



**DEOLINDA MARIA DA SILVA AFONSO GONÇALVES**

*DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE*

***“ A PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA  
DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA “***

**ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA NATÁLIA RAMOS  
CO-ORIENTADOR: MESTRE ANTÓNIO MARRUCHO**

**LISBOA**

**NOVEMBRO 2008**



**DEOLINDA MARIA DA SILVA AFONSO GONÇALVES**

*DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE*

**“ A PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA**

**DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA “**

ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA NATÁLIA RAMOS  
CO-ORIENTADOR: MESTRE ANTÓNIO MARRUCHO

LISBOA

NOVEMBRO 2008

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Natália Ramos, pela orientação e palavras de estímulo,

Ao Enfermeiro Marrucho pelo tempo disponibilizado e pela sua orientação,

Ao Conselho de Administração do Hospital onde trabalho, nomeadamente à Senhora Enfermeira Fernanda Rosa, pela autorização concedida para a realização das entrevistas, assim como pela licença sem vencimento por um mês concedida,

Ao Enfermeiro João Fernandes pela colaboração quando solicitada,

À Senhora Enfermeira Leonor pelas palavras de estímulo,

À Enfermeira Fátima Figueira e ao Enfermeiro João Santos pela documentação possibilitada,

Aos participantes,

Aos meus colegas,

Aos meus amigos,

À minha família.

**Um muito obrigado**

## RESUMO

O presente estudo, realizado num serviço de cirurgia de um hospital central de Lisboa, aborda o tema “A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa Hospitalizada”.

Compreender a contribuição do enfermeiro na preparação do regresso a casa do idoso hospitalizado, foi o objectivo traçado para este trabalho.

As principais temáticas do enquadramento teórico, são: Envelhecimento, Família, Hospitalização, Programas que visam o bem - estar dos idosos e Preparação do Regresso a Casa.

Trata-se de uma abordagem qualitativa, tendo-se optado pelo método fenomenológico.

A entrevista semi-estruturada a 16 pessoas idosas foi a técnica de pesquisa seleccionada, tendo como orientação um guião.

O tratamento dos dados foi realizado pelo método de análise de conteúdo, privilegiando-se a análise categorial, que teve por base as áreas temáticas decorrentes das questões de investigação.

Dos principais resultados destacamos: Os idosos deste estudo consideram-se preparados para o regresso a casa; Não foram identificados neste estudo factores que pudessem impedir uma adequada preparação do regresso a casa; A presença da família é fulcral na preparação do regresso a casa; Ficou demonstrada satisfação por parte dos idosos em relação aos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Após a síntese dos resultados procedemos à apresentação de sugestões das quais se destacam, a continuação do estudo mais alargado, um estudo dirigido à família e ainda um estudo dirigido aos enfermeiros.

## **ABSTRACT**

The current study, that was made in the Surgery department, of a Lisbon Central hospital, addresses the subject of “Preparation of home discharge of in-hospital elderly patient”

The objective of this study, was to understand the contribution of nurses , in the preparation of the discharge from the hospital of elderly patients.

The key theoretical issues considered were: Ageing ; Family; Hospitalization; Programmes addressing the elderly well-being ; and preparation of home return.

A qualitative approach was taken, and the phenomena method was used.

Half structured interviews to 16 elderly people, was the selected research technique, vising a pre-defined script.

Data was assessed , using the method of content analysis . Emphasis was given to the category analysis , that was based on the themes arising from the research .

The key results that deserve to be highlighted are:

-The elderly enrolled in the study considered themselves ready for discharge to their homes.

-Issues that could prevent an adequate preparation , of return home were not identified in this study.

- Family support is of paramount importance in the preparation of home discharge.

-The elderly studied showed satisfaction concerning nursing care received.

Following the demonstration of the study results, we present a set of suggestions. The key ones are : to repeat this study with a larger sample population; and to undertake new studies using as sample populations the family of the elderly; and the nurses of the department.

## RESUMÉ

Cet étude a été réalisée dans un service de chirurgie, d'un Hôpital Central, et traite le sujet « Préparer le retour à la maison du malade âgé hospitalisé »

L'objectif qui a été considéré, pour ce travail, c'était identifier la contribution, de l'infirmier dans la préparation, de la décharge du malade âgé hospitalisé.

Les principaux sujets de l'encadrement théorique, sont : Vieillesse ; Famille ; Hospitalisation ; Programmes dirigés au bien-être de l'âge et préparation du retour à la maison.

On fait une approche qualitative, en usant la méthode phénoménologique.

L'entretien semi-structuré, à 16 personnes âgées fut la technique de recherche utilisée, en utilisant un script, pour orientation, ont subi des entretiens, qui ont été tapés – audio.

Le traitement des données, a été fait utilisant la méthode de analyse de contenu, principalement l'analyse de catégorie, qui est basé sur les sujets en relation avec les questions de la recherche.

On destaque des résultats le suivant :  
Les sujets âgés de cet étude se considéraient préparés pour le retour à la maison ;  
Dans cette étude on n'a pas identifié des facteurs, qui pourraient empêcher une préparation correcte du retour à la maison ;  
La présence de la famille c'est fondamental dans la préparation du retour à la maison ;  
Les sujets âgés, ont exprimé satisfaction, concernant les soins reçus des infirmiers.

Suite à la synthèse des résultats on propose des suggestions, dont les principales sont : La répétition de l'étude avec un échantillon plus grand ; conduire des études similaires dirigés à la famille, et aux infirmiers.

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

### PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### **CAPÍTULO 1**

<b>O ENVELHECIMENTO NA ACTUALIDADE.....</b>	<b>22</b>
<b>1 - <u>ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO</u>.....</b>	<b>22</b>
1.1 – ENVELHECIMENTO EUROPEU.....	23
1.2 – ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL.....	25
<b>2 - <u>ENVELHECIMENTO BIO-PSICO-SOCIAL</u>.....</b>	<b>31</b>
2.1- TEORIAS DO ENVELHECIMENTO.....	37
2.1.1- <u>Teorias do Envelhecimento Biológico</u> .....	37
2.1.2– <u>Teorias do Envelhecimento Psicossocial</u> .....	39
2.2 – MITOS E ESTEREÓTIPOS.....	40
<b>3 - <u>O ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO E O PROJECTO INDIVIDUAL DE VIDA</u>.....</b>	<b>43</b>

#### **CAPÍTULO 2**

<b>O IDOSO NA SOCIEDADE ACTUAL.....</b>	<b>53</b>
<b>1 - <u>O IDOSO E A FAMÍLIA</u> .....</b>	<b>53</b>
<b>2 – <u>O IDOSO HOSPITALIZADO – PARCERIA E COMUNICAÇÃO</u>.....</b>	<b>60</b>

3 – <u>PROGRAMAS QUE VISAM O BEM - ESTAR DOS IDOSOS – CUIDADOS CONTINUADOS</u> .....	70
3.1 – LARES DE IDOSOS.....	73
3.2 – CENTROS DE DIA.....	74
3.3 – APOIO DOMICILIÁRIO.....	75
3.4 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	76
4 – <u>PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA</u> .....	80

## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO E DOCUMENTAL**

### **CAPÍTULO 3**

#### **METODOLOGIA**

1 – <u>TIPO DE ESTUDO</u> .....	88
2 – <u>LOCAL DO ESTUDO</u> .....	91
3 – <u>POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA</u> .....	94
4 – <u>TÉCNICAS / INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</u> .....	97
5 – <u>COLHEITA DE DADOS: CONTEXTUALIZAÇÃO</u> .....	99
6 – <u>TRATAMENTO DOS DADOS</u> .....	101

## **CAPÍTULO 4**

### **APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

#### **ÁREAS TEMÁTICAS EMERGENTES**

1 – <u>ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA / PESSOA SIGNIFICATIVA NOS CUIDADOS</u> .....	107
1.1 – VISITAS / ACOMPANHANTE.....	108
1.2 – PARTICIPAÇÃO / PARCERIA.....	112
2 – <u>TRANSMISSÃO DA INFORMAÇÃO</u> .....	118
2.1 – AO UTENTE.....	120
2.1.1 – <u>Oral</u> .....	120
2.1.2 – <u>Escrita</u> .....	126
2.2 – À FAMÍLIA.....	132
2.2.1 – <u>Oral</u> .....	133
2.2.2 – <u>Escrita</u> .....	135
3 – <u>GARANTIA DA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS</u> .....	137
3.1 – REDE DE APOIO INFORMAL.....	138
3.1.1 – <u>Família</u> .....	138

3.1.2 – <u>Vizinhos / Amigos</u> .....	140
3.2 – REDE DE APOIO FORMAL.....	142
3.2.1 – <u>Apoio Domiciliário / Cuidados Domiciliários</u> .....	142
3.2.2 – <u>Centros de Dia</u> .....	145
3.2.3 – <u>Lar / Outros</u> .....	146
4 - <u>DURAÇÃO DO INTERNAMENTO</u> .....	147
4.1 – ADEQUADO.....	148
4.2 – ADEQUADO TENDO EM CONTA QUE TERÁ APOIO.....	150
5 - <u>SATISFAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</u> .....	152

## **CAPÍTULO 5**

### **INVESTIGAÇÃO DOCUMENTAL**

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE 1992-1999-2006 SOBRE A OPINIÃO DO UTENTE ACERCA DAS CONDIÇÕES DE ACOLHIMENTO AO UTENTE/FAMÍLIA NO DECORRER DO INTERNAMENTO.....	159
CONCLUSÃO .....	176
BIBLIOGRAFIA.....	180

### **ANEXOS**

**ANEXO I** – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital para a realização das entrevistas

**ANEXO II** – Autorização por parte do Conselho de Administração para a realização das entrevistas

**ANEXO III** – Guião das Entrevistas

**ANEXO IV** – Resumo das Entrevistas

**ANEXO V** – Guias de Orientação e Ensino e Folhetos Informativos

- Guia de Acolhimento ao Utente e Família
- Guia de Orientação para a pessoa submetida a Bypass Gástrico
- Guia de Orientação ao Utente com Colostomia
- Auto Exame da Mama
- Guia de Orientação à mulher submetida a tumorectomia e/ou mastectomia
- Viver / Conviver com familiar Mastectomizada
- Guia de Orientação para a pessoa com hipertensão arterial
- Guia de Ensino para a pessoa com Distúrbios Venosos
- Guia de Ensino para a Pessoa com Trombose Venosa Profunda
- Guia de Orientação para a pessoa com Diabetes Mellitus
- Cuidados a ter com os pés para a pessoa com Diabetes Mellitus
- Guia de Orientação aos doentes amputados abaixo do joelho
- Guia de Orientação aos doentes amputados acima do joelho
- Guia de Orientação para a pessoa submetida a CPRE

**ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO Nº 1 - Previsões da população na União Europeia (2025 e 2050).....	22
QUADRO Nº 2 - Envelhecimento Percentual da População (1981-2001).....	28
QUADRO Nº 3 -População residente segundo a estrutura etária e sexo (1981-1991-2001).....	29
QUADRO Nº 4 - Índices de Dependência e Envelhecimento.....	30
QUADRO Nº 5 - Índices de Produtividade.....	91
QUADRO Nº 6 - Caracterização da População.....	95
QUADRO Nº 7 - Guião das Entrevistas.....	98
QUADRO Nº 8 – Preparação do Regresso a Casa.....	105
QUADRO Nº 9 - Grelha Global de Análise, com Temas, Categorias e Subcategorias.....	106
QUADRO Nº 10-Grelha de Análise do Tema Envolvimento da Família nos Cuidados.....	107
QUADRO Nº 11-Grelha de Análise do Tema Transmissão da Informação.....	118
QUADRO Nº 12-Grelha de Análise Tema como Garantiram a Continuidade de Cuidados...	137
QUADRO Nº 13-Grelha de Análise do Tema Duração do Internamento.....	147
QUADRO Nº-14-Grelha de Análise do Tema Satisfação com a Atitude dos Profissionais....	152

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

GRÁFICO Nº 1- População com 65 e mais anos nos países da EU-% em 1996.....	25
GRÁFICO Nº 2- Envelhecimento Populacional (1981–1991-2001).....	26
GRÁFICO Nº 3- Pirâmide Etária (1991 – 2001).....	27
GRÁFICO Nº 4- Tipologia da Família Portuguesa - % em 1999.....	54



## INTRODUÇÃO

Em Portugal, à semelhança das sociedades desenvolvidas, tem-se verificado um envelhecimento crescente da população, decorrente do declínio da mortalidade e da diminuição da natalidade, prevendo-se para as próximas décadas, um acréscimo considerável de pessoas com idade superior a 65 anos. A longevidade, assim como a redução da natalidade e da mortalidade infantil, associadas à existência de fortes fluxos migratórios nas últimas décadas, tem determinado a conversão progressiva da pirâmide de idades, de triangular em losângica, a que corresponde um envelhecimento no topo e na base, característico das sociedades envelhecidas.

Tentativas de explicar o fenómeno do envelhecimento desenvolveram várias teorias que têm sido agrupadas por afinidades teóricas, fazendo parte destas as teorias do envelhecimento biológico e as do envelhecimento psicossocial.

BERGER et al., (1995), refere também, que no decorrer dos anos há tendencialmente maior perda de familiares e amigos, perda do papel desempenhado no local de trabalho, assim como desvalorização do papel desempenhado na sociedade e na família. Verifica-se portanto uma retracção da vida social por parte da pessoa idosa, o que não corresponde a que a velhice se possa considerar como algo semelhante a uma “segunda infância”, como frequentemente se quer fazer querer. Comportamentos discriminatórios relacionados com a idade, podem impedir que as capacidades da pessoa idosa sejam reconhecidas, favorecendo um olhar de si próprios de acordo com as expectativas da sociedade.

Dos estereótipos mais frequentemente observados é o de que a pessoa idosa apresenta comportamentos conservadores e rígidos, pouca iniciativa ou actividade.

EBERSOLE (1985), nos seus estudos identificou sete mitos relacionados com pessoas idosas: a maioria dos idosos é senil ou doente, todos são semelhantes, não são

produtivos, são infelizes, estão isolados, mantêm obstinadamente os seus hábitos e a maior parte está doente e necessita de ajuda. A sociedade, onde se incluem os profissionais de saúde, é influenciada por estas ideias, encontrando-se muitas vezes limitada para colaborar na resolução dos problemas das pessoas mais velhas.

De acordo com NUNES (2005)

*“O principal desafio do envelhecimento é viver com a máxima autonomia e independência possíveis, sendo para isso essencial a promoção do envelhecimento activo, ou seja, otimizar as condições favoráveis de saúde, bem como de participação ou intervenção, da pessoa idosa nos contextos em que vive”.*

Um Envelhecimento bem sucedido, segundo ROWE e KAHN (1998), citados por FONSECA (2005), caracteriza-se pelo evitar das doenças, especialmente daquelas que se repercutem negativamente na autonomia da pessoa, por um alto nível de funcionamento físico e cognitivo, bem como pelo empenhamento activo face à vida. Emerge assim uma imagem positiva e de normalidade, associada ao acto de envelhecer, transmitida por noções como actividade, autonomia ou capacidade de realização, contribuindo para a destruição progressiva de uma série de mitos e estereótipos.

Tal como nas outras etapas da vida, faz todo o sentido, também no envelhecimento, que a pessoa continue a estabelecer, manter ou alterar objectivos, papel chave no desenvolvimento humano.

*“os projectos pessoais de cada indivíduo coincidem com as principais tarefas desenvolvimentais da respectiva idade (...) os objectivos dos idosos dizem habitualmente respeito à saúde, reforma, actividades de lazer e assuntos relativos à vida mundial”.* (FONSECA, 2005, p.23)

As pessoas idosas regulam a sua qualidade de vida pela definição de objectivos dirigidos habitualmente para áreas como, saúde, autonomia pessoal, estabilidade emocional, auto-estima, vida familiar e relações de amizade.

Segundo RAMOS (2005), a família proporciona suporte afectivo, psicológico e material, favorável ao desenvolvimento integral e ao bem – estar de todos os seus elementos. A coexistência de várias gerações na família constitui enriquecimento, pela possibilidade de convivência, de trocas afectivas, relacionais e culturais, assim como de experiências e de saberes, entre as gerações que a constituem.

Têm-se verificado alterações consideráveis na estrutura das famílias, tendo passado de comunidades extensas, com funções importantes no bem – estar dos seus elementos, em que os idosos tinham um papel preponderante, para pequenos grupos com funções menos definidas. Outras alterações, como a redução do número de casamentos, a maior incidência de primeiros casamentos em idades mais avançadas, maior número de divórcios, maior incidência de coabitação, número maior de mulheres a criarem sozinhas os seus filhos, é particularmente significativo na actualidade. Observa-se um aumento das famílias pequenas, onde estão incluídas as famílias monoparentais, predominantemente de mulheres e sobretudo situadas nas faixas etárias mais elevadas.

A família tem um papel preponderante no apoio ao idoso, não devendo substituí-lo, mas sim promover a sua autonomia no sentido deste fazer parte integrante da dinâmica familiar.

E quando surge uma hospitalização?

A admissão num hospital confronta o utente com um ambiente que lhe é estranho, levando na maioria dos idosos, a uma alteração nas suas referências existenciais. É esperado, na maioria das vezes, que a pessoa hospitalizada colabore e adira a um conjunto de rotinas, que fazem todo o sentido para os profissionais de saúde, mas que são completamente estranhas para o próprio.

Também na situação de doentes provenientes de outras culturas, falando uma outra língua, no que se refere à comunicação e até ao diagnóstico, surgem dificuldades para os utentes e famílias e para os próprios profissionais de saúde.

*As próprias interpretações feitas pelos doentes em relação ao que lhes é dito pelos profissionais de saúde, são influenciadas pelas suas crenças e tradições, pelo nível de proximidade com a sociedade de acolhimento e pelo grau de familiaridade com a medicina ocidental” (RAMOS, 2007, p.157).*

O estilo de enfermagem centrado no utente respeita as necessidades individuais e a autonomia. Os utentes são consultados como iguais e é-lhes possibilitada toda a informação para poderem participar na tomada de decisão.

Para BARBOSA (2006), a inclusão da família na prestação de cuidados implica que os profissionais de saúde compreendam e avaliem as suas necessidades e criem condições favoráveis à expressão dos sentimentos, receios e angústias do utente e família.

De modo a evitarmos episódios de hospitalização, ou a reduzir a sua duração, sempre que isso seja possível, importa ter conhecimento dos recursos da comunidade para prestar cuidados de saúde e apoio social a idosos (CABETE, 2005).

A existência de necessidades não satisfeitas após a alta é indicador de má preparação do regresso a casa. Um inadequado planeamento de alta, segundo MARAMBA et al. (2004), tem como consequências, uma má utilização dos recursos da comunidade, um inadequado seguimento após a alta, falta de preparação para o auto cuidado, assim como readmissões subsequentes.

A preparação do regresso a casa é um processo de identificação e preparação das necessidades antecipatórias de saúde, com vista à alta do idoso, que requer planeamento desde o início e o envolvimento de toda a equipa de cuidados, tendo a sua sistematização sido associada a resultados positivos, nomeadamente, satisfação por parte de doentes e prestadores de cuidados, melhoria da referenciação, utilização dos serviços da comunidade, menos complicações após a alta, diminuição do número de readmissões, diminuição do tempo de internamento e diminuição com os custos.

O envelhecimento significativo da população é uma realidade dos nossos dias, sendo por isso, os serviços hospitalares cada vez mais procurados por um número crescente de pessoas das faixas etárias mais avançadas.

De acordo com CABETE (2005),

*Cerca de metade dos serviços hospitalares no Reino Unido são ocupados por idosos. Hall et al, (1997); os mesmos valores são referenciados nos Estados Unidos da América. Beers & Berkow (2000); Portugal não é excepção a esta regra: 48% dos doentes que têm alta de um hospital central são idosos (CABETE, 1999).*

A par com esta realidade há também uma tendência para reduzir, ao estritamente necessário, a duração dos tempos de internamento hospitalar. Se por um lado, imperam razões económicas (rentabilização de custos, resolução de listas de espera para internamento / cirurgias...), por outro, minimizar-se-á, certamente, os tão preocupantes inconvenientes da hospitalização, mais evidenciados no caso de pessoas idosas. As infecções hospitalares, situações de stress, depressões, bem como perda de autonomia, de entre outras, são aspectos a evitar e que se relacionam muitas vezes com a duração do internamento, sendo de favorecer o regresso, o mais precoce possível, ao meio familiar, minimizando, assim, interrupções nos hábitos de vida da pessoa idosa, assim como, no seu projecto individual de vida.

O enfermeiro, dentro da equipa em que está inserido tem um papel importante e um contributo a dar na preparação do regresso a casa do idoso hospitalizado.

A partir desta ideia, a questão que se segue, constituiu o ponto de partida para a realização deste trabalho:

-Na alta hospitalar, considerar-se-á a pessoa idosa preparada para o regresso a casa?

Decorrente da experiência profissional, por um lado, mas fundamentada também, pela revisão bibliográfica, construímos o seguinte objectivo geral para este estudo:

-Compreender a contribuição do enfermeiro na preparação do regresso a casa, da pessoa idosa, hospitalizada num serviço de cirurgia, na perspectiva do utente.

Propusemo-nos, ainda, atingir os seguintes objectivos específicos:

- Perceber se os idosos e famílias, na alta hospitalar, se consideram preparados para o regresso a casa;

- Identificar factores que possam impedir uma adequada preparação do regresso a casa;

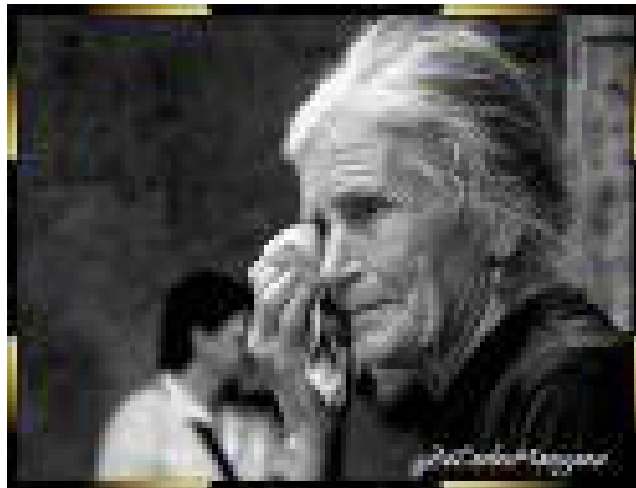
- Analisar a importância da presença da família, considerada pela pessoa idosa, durante o internamento hospitalar;

- Ter a percepção do seu grau de satisfação, relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Em face do objectivo geral, traçado para este estudo, optámos por uma abordagem qualitativa, pois é aquela que, na perspectiva de alguns autores, mais se adequa ao tipo de estudo em curso. Dentro deste tipo de abordagem, optámos pelo método fenomenológico.

O presente estudo encontra-se organizado em duas partes principais. A **Parte I** - *Enquadramento Teórico*, apresenta diferentes aspectos da problemática do envelhecimento na actualidade, assim como, aspectos do idoso na sociedade actual, nomeadamente, na família e na situação de hospitalização, incluindo a preparação do regresso a casa. Na **Parte II** - *Estudo Empírico e Documental*, abordamos os procedimentos metodológicos adoptados, faz-se a *Apresentação dos Resultados*, analisamos os dados colhidos e discutimos os resultados. Inclui-se uma *Investigação*

*Documental* efectuada no Serviço (sobre as condições de acolhimento no decorrer do internamento) e a apresentação de conclusões. Segue-se a bibliografia e os anexos.



## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO



## **CAPÍTULO 1**

### **O ENVELHECIMENTO NA ACTUALIDADE**

#### **1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO**

No passado, os idosos em número mais reduzido, eram possuidores de grande autoridade. O idoso monopolizava o poder nas grandes famílias, na agricultura controlava o saber agrícola e na cultura tinha também autoridade pelo saber acumulado. Com a modernização, a realidade passou a ser outra. O desenvolvimento da medicina, verificado no último século, tendo levado a um aumento do número de idosos, contribuiu para a sua massificação. Também as novas tecnologias, ao criarem novas ocupações, retiraram idosos mais cedo ao trabalho, o que contribuiu, em parte, para uma certa desvalorização em termos do seu estatuto social. A urbanização, ao atrair os jovens para as cidades na procura de educação, ofereceu-lhes novos conhecimentos resultantes dos avanços científicos e tecnológicos e o aumento do igualitarismo e do individualismo passa a ser observado a par, tantas vezes, com um decréscimo no respeito pela pessoa idosa.

O envelhecimento demográfico é definido como o aumento da importância relativa de idosos na população total. FERNANDES (1997), refere-nos, no entanto, que a população também envelhece quando se regista uma redução da importância relativa de pessoas de idades mais jovens. Assim, observa-se um envelhecimento no topo quando há um aumento relativo de idosos, e um envelhecimento na base sempre que se verifica diminuição relativa de jovens na base da pirâmide. Presentemente, a um envelhecimento no topo e na base corresponde uma redução quer da mortalidade quer da natalidade, estimando-se que esta última tende a estabilizar.

As projecções para as próximas décadas prevêem um aumento considerável de pessoas com idade superior a 65 anos em todo o mundo. Tendo em conta as projecções da população, assentes numa certa estabilidade da fecundidade e um aumento moderado da esperança de vida e ainda, de um saldo migratório positivo, estima-se que a população idosa em Portugal também continue a aumentar, FERNANDES (1997).

### **1.1- ENVELHECIMENTO EUROPEU**

Um dos aspectos mais notáveis da demografia comunitária reside no aumento acelerado da relação numérica entre pessoas idosas e jovens – envelhecimento demográfico. As transformações económicas, a crescente urbanização com a individualização e a independência hoje tão defendidas, implica que dificilmente se encontram três gerações a viver em comum. Com o aumento da esperança de vida, deseja-se que os avós possam assumir uma crescente importância na vida dos mais novos, sendo que a maioria dos idosos vive sozinha na União Europeia. (FERNANDES, 1997).

Se por um lado o aumento da idade média da população – longevidade - está associado a alterações sociais e ambientais, o que se deve, também, à melhoria das condições de vida, por outro lado resulta, do mesmo modo, da grande baixa de natalidade, verificada nos últimos tempos. A crescente redução da taxa de natalidade observada, determina a relação entre o número de idosos e de jovens na Europa, aproximando-se cada vez mais da igualdade.

Segundo o Eurostat e de acordo com o quadro nº1, a União Europeia em 1984 apresentava uma população de 372 milhões de habitantes, em que 49 milhões tinham idade superior a 65 anos e 66 milhões encontravam-se abaixo dos 15 anos.

O envelhecimento da população na União Europeia, previsivelmente crescente até cerca de 2025, onde atingirá 388 milhões e, com a distribuição que podemos observar, irá declinando, a partir de então, passando a um total de 367 milhões em 2050, de acordo com o Eurostat.

**QUADRO Nº 1 - Previsões da População na União Europeia (2025 - 2050)**

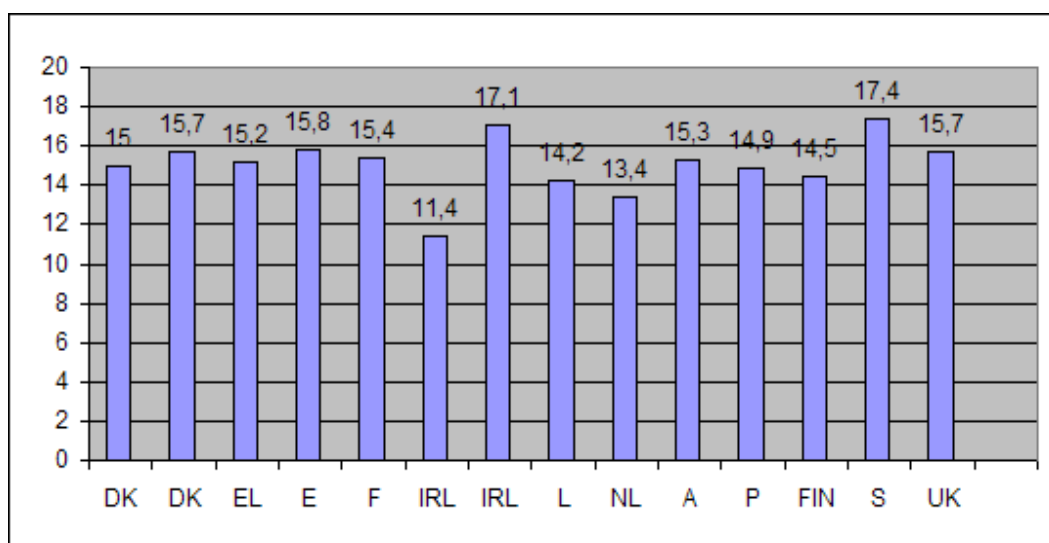
<u>Ano</u>	<u>Total</u>	<u>+65 anos</u>	<u>-15 anos</u>
<b>1984</b>	372 milhões	49 milhões	66 milhões
<b>2025</b>	<b>388 milhões</b>	<b>80 milhões</b>	<b>59 milhões</b>
<b>2050</b>	<b>367 milhões</b>		

Fonte: EUROSTAT

Numa perspectiva comparativa, Portugal, em relação aos restantes países membros da Comunidade Europeia, era em 1996 o quinto país menos envelhecido, face à percentagem de idosos no total da população, como se pode verificar pelo gráfico nº 1. A nível europeu, a população com idade superior ou igual a 65 anos, apresentava uma percentagem de 15,8% para uma percentagem em Portugal de 14,9%.

Com altos níveis de envelhecimento, no topo e na base, encontram-se os países do Norte da Europa e da Europa Ocidental, e com níveis médios os Países do Sul da Europa. Os Países de Leste apresentam valores acima da média. Assim, num contexto europeu, Portugal, Espanha, Itália e Grécia, encontram-se numa situação intermédia face ao envelhecimento da população.

GRÁFICO Nº 1 - População com 65 e mais anos (%) nos países da UE em 1996



Fonte: EUROSTAT, Statistiques démographiques (1996)

Os contextos históricos, políticos e sociais têm determinado que diferenças demográficas tão significativas possam ser observadas nos diferentes países da Europa. Por um lado, países como a Suécia que apresenta uma população duplamente envelhecida, com 19% de jovens e 18% de idosos, por outro lado, a Albânia, duplamente jovem, com 33% de jovens e 5% de idosos. Portugal apresenta um envelhecimento da população no topo e na base, pelo que iremos referir alguns dos aspectos mais relevantes desta problemática. (FERNANDES, 1997).

## 1.2 – ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL

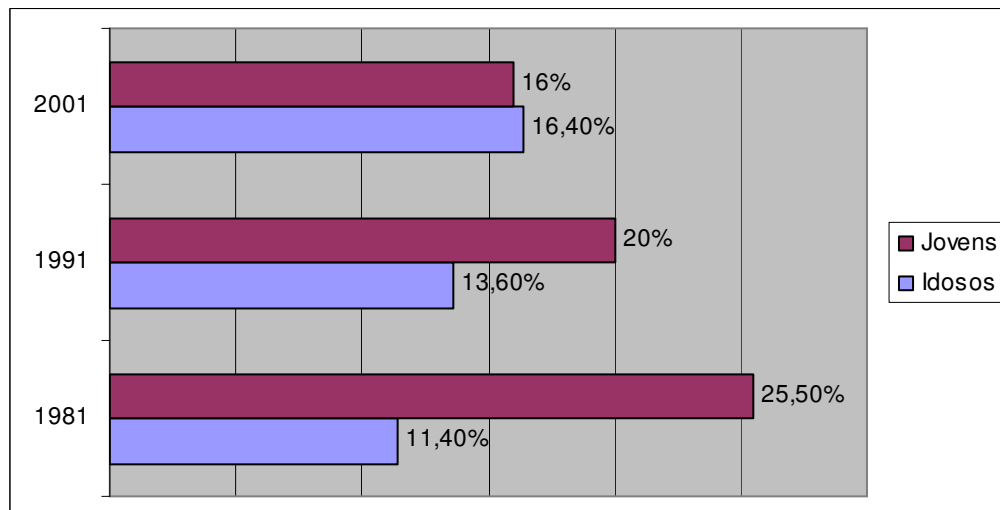
À semelhança das sociedades desenvolvidas, também em Portugal, ocorre um envelhecimento da população a um ritmo acelerado, decorrente do declínio da mortalidade e da redução da natalidade, com repercussões a nível económico, sociológico, cultural e político, apesar de, durante muito tempo se ter pensado que o

envelhecimento demográfico era característica, apenas, dessas sociedades, pela redução da natalidade e pelas condições de saúde. As estruturas populacionais, as formas e os padrões de interação social sofreram por isso também alterações consideráveis.

PIMENTEL (2005), refere-nos que na década de 60 se acentua o envelhecimento demográfico em Portugal, com a guerra em África e os fluxos migratórios de jovens, que saem e regressam mais tarde, já idosos. A partir da década de 80, o envelhecimento acentua-se com a redução da natalidade e da mortalidade também.

Podemos observar no gráfico nº 2 que, enquanto a população jovem (dos 0 aos 14 anos) em 1981 apresentava um valor de 25,5% e a população idosa (com 65 e mais anos de idade) um valor de 11,4%, em 2001, os idosos já representavam 16,4% da população total, ultrapassando, pela primeira vez, a proporção de jovens com 16%.

**GRÁFICO Nº 2 – Envelhecimento Populacional 1981-1991-2001**



Fonte: INE, 2002.

Segundo refere CORREIA (2003), ao longo de todo o país observa-se uma maior densidade populacional no litoral, desde Viana do Castelo a Setúbal, com grande incidência para as zonas do Porto e Lisboa, assim como, de alguns concelhos litorais do Algarve, sendo no entanto o Alentejo a região do país com maior percentagem de idosos

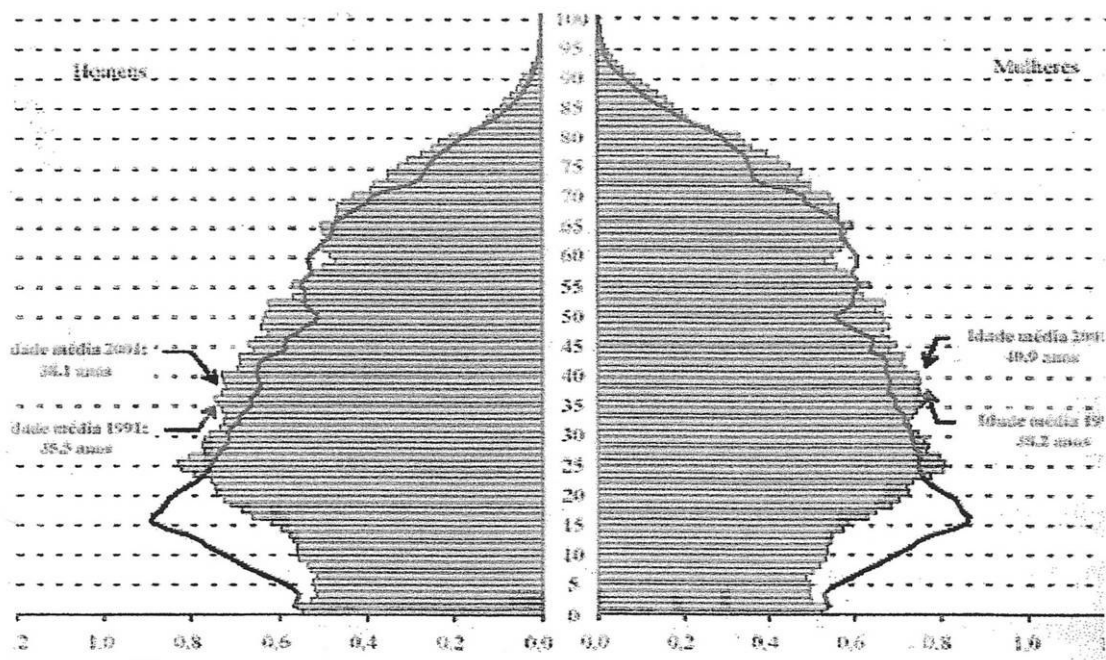
(23,6% em 2001 enquanto em 1981 era de 16,1%), e aquela onde a proporção de jovens é a mais baixa. A segunda região com maior proporção foi, em 1991, o Algarve, passando a ser em 2001 o Centro com 19,6%.

O Norte do país tem apresentado as mais elevadas percentagens de jovens, tendo essas vindo também a baixar: 1981 com 28,9%; 1991 com 17,5% e 2001 com 17,5%.

As regiões autónomas são também áreas com elevadas percentagens de jovens, apresentando algumas flutuações.

Decorrente da diminuição da natalidade por um lado, e da longevidade, por outro, assim como, da existência de fortes fluxos migratórios, nas últimas décadas, como já foi referido, a pirâmide de idades da população portuguesa vem sofrendo um envelhecimento, tanto na base, como no topo. A conversão progressiva de uma pirâmide triangular em losângica, é característica de uma população envelhecida (Gráfico nº 3).

**GRÁFICO Nº 3 - Pirâmide Etária, 1991 - 2001**



Fonte:INE (Censos 2001).

O Índice de Envelhecimento da população portuguesa, considerado como o quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população jovem (dos 0 aos 14 anos), tem vindo a aumentar nos últimos anos.

Em 1981, esta relação era de 45 idosos para 100 jovens, tendo progressivamente aumentado e passado, em 2001, para 103 idosos por 100 jovens, o que se deve ao aumento da população feminina. (Quadro nº 2).

**QUADRO Nº 2 – Envelhecimento Percentual da População**

	1981	2001	População Feminina	População Masculina
Idosos (+ de 65)	45	103	122	84
Jóvens (0 - 14)	100	100	100	100

Fonte: INE (2002)

Este índice é mais elevado nos concelhos do interior do país, nomeadamente Vila Velha de Ródão, Alcoutim, Idanha-a-Nova, Gavião e Penamacor. Por outro lado, os concelhos com Índices de Envelhecimento mais baixos são, Câmara de Lobos (Madeira), Ribeira Grande (Açores), Lagoa (Açores) e Paços de Ferreira (CORREIA , 2003).

Uma mais elevada relação de masculinidade à nascença, seguida de uma mortalidade masculina, a partir dos vinte anos, são a explicação para a diminuição da relação de masculinidade, ao longo dos grupos etários, entendendo-se esta relação como o quociente entre os efectivos populacionais do sexo masculino e os do sexo feminino, num determinado ano.

**QUADRO Nº 3 - População residente segundo a estrutura etária e sexo  
1981 – 1991 – 2001**

	0a14 anos			15a24 anos			25a64 anos			»= 65 anos		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
<b>1981</b>	25.5	27.0	24.1	16.6	17.3	15.9	46.6	46.1	46.9	11.4	9.6	13.1
<b>1991</b>	20.0	21.2	18.9	16.3	17.1	15.6	50.1	49.9	50.2	13.6	11.7	15.4
<b>2001</b>	16.0	17.0	15.1	14.3	15.0	13.6	53.3	53.7	52.9	16.4	14.3	18.4

Fonte: CORREIA, J. M. (2003).

Nos dois últimos censos verificou-se uma redução neste fenómeno. No grupo dos 25 aos 64 anos, de acordo com o quadro nº 3, as mulheres apresentavam percentagens superiores às dos homens, tanto em 1981 como em 1991, alterando-se esta situação em 2001, pois só a partir dos 65 anos se verificou essa vantagem das mulheres. Esta situação é resultado da diminuição da mortalidade nos homens, com conseqüente aumento da esperança de vida, assim como da imigração recente, predominantemente masculina, em que, numa primeira fase tende a deslocar-se sem os familiares.

O quadro nº 4, para além do Índice de Envelhecimento, mostra-nos os Índices de Dependência. O Índice de Dependência Total, entendido como a relação entre o número de jovens (0 aos 14 anos) mais o número de idosos (65 ou mais anos) e a população activa (dos 15 aos 64 anos), decresceu em Portugal de 59 em 1981 para 48,1 em 2001.

**QUADRO Nº 4 - Índices de Dependência e Envelhecimento**

	%
Índice de Envelhecimento (65 e+anos / 0-14 anos)	103
Índice de Dependência Total (0-14 e 65 e+anos) / 15-64anos	48.1
Índice de Dependência de Idosos (65 e+anos / 15-64anos)	24,7
Índice de Dependência de Jovens (0-14 anos / 15-64 anos)	23.4

Fonte: INE (CENSO 2001).

O Índice de Longevidade, definido como a relação entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos, sofreu uma queda entre 1960 e 1974, voltando a aumentar progressivamente, até um máximo em 2001.

O ritmo de crescimento da população idosa é superior ao da população total, o que implica que a estrutura etária da população, continuará a sofrer alterações. Assim, em 2020, os idosos representarão 18,1% da população e os jovens 16,1%. Assistir-se-á, também, a um aumento da população de idosos com mais de 75 anos, correspondendo a 7,7% da população total. Estima-se que, em 2050, Portugal será um dos países da União Europeia em que a percentagem de população activa será inferior à percentagem de idosos.

## **2 – ENVELHECIMENTO BIO-PSICO-SOCIAL**

O Envelhecimento, é formalmente nas nossas sociedades atribuído a uma categoria de idade, no entanto esta atribuição é variável com as estratificações sociais.

De facto, os princípios de classificação do mundo, mesmo os mais naturais, remetem-nos sempre para os seus fundamentos de natureza social. Sem falar dos meios culturais, os estigmas físicos e, mais geralmente, as propriedades biológicas, como idade e género, servem de critérios de classificação dos indivíduos no espaço social. A elaboração destes critérios está geralmente associada ao aparecimento de instituições e de profissionais especializados que encontram nestas definições o suporte das respectivas actividades.

O Envelhecimento, processo individual de vida, surge ligado à noção de pessoa que varia de sociedade para sociedade. Esta noção insere-se no ciclo de vida biológico (nascimento, crescimento e morte), natural a todo o ser humano. A forma variável como este ciclo biológico é vivenciado está directamente relacionada com os contextos sociais decorrentes de uma diversidade cultural e histórica.

HALBWACHS, citado por LENOIR (1989), contesta o facto da idade servir de princípio para a constituição de grupos socialmente reconhecidos. Afirma o autor que a idade não é um dado natural mesmo quando serve de instrumento para medir a evolução biológica dos indivíduos ou dos animais.

*“A idade não é um dado imediato da consciência universal, um indivíduo humano isolado, privado de todas as relações com os seus semelhantes e sem apoio na experiência social, não saberá mesmo que vai morrer... é pois uma*

*noção social, estabelecida por comparação com os diversos membros do grupo”, de acordo com o mesmo autor (pg. 63).*

ARIÉS (1975), citado pelo mesmo autor, reforça esta ideia ao afirmar que a primeira vez que a idade aparece como critério de classificação é em França, no século XVI, aquando da generalização da inscrição dos nascimentos nos registos paroquiais.

O valor dos indivíduos no mercado de trabalho é também uma das variáveis essenciais que influencia a determinação do envelhecimento social. A importância da actividade profissional na definição do valor social dos indivíduos é um aspecto que LENOIR (1989) aponta quando se refere à relação directa entre hierarquia social e hierarquia profissional.

*«A hierarquia das formas e dos graus de envelhecimento no campo das profissões parece reproduzir a hierarquia social e respeitar essa "hierarquia" até no interior das empresas» (LENOIR, 1989, p.67).*

A manipulação da idade da reforma é particularmente exemplificativa dessa ideia se tivermos em conta que nela estão implícitas as duas dimensões referidas na definição das categorias de idade: a oposição de grupos sociais e o confronto entre gerações.

Um inquérito realizado em França, em 1961, forneceu dados sobre a atitude de 100 chefes e directores de grandes e médias empresas privadas, perante a idade a partir da qual as diferentes categorias sociais começam a envelhecer. A análise desses dados aponta para um envelhecimento mais precoce para os membros das classes baixas: os serventes são considerados produtivos a 100%, em média até aos 51,4 anos; os operários qualificados até aos 53,5 anos; os que têm cargos de direcção até aos 55,9 anos; os quadros técnicos até aos 57,9 anos e não indicam qualquer idade para os chefes de empresa (*Haut-Comité Consultatif de la Population et de la Famille*, 1962).

O critério da idade associa-se aqui ao critério da produtividade em cada profissão para designar quem é “velho”.

A divisão social do trabalho estrutura a repartição das tarefas entre os grupos sociais e portanto também as categorias de percepção e de avaliação desses grupos. Ela corresponde a uma luta entre os grupos sociais para impor os princípios de uma dada visão do mundo social, de forma a manter ou a transformar a posição de cada um no espaço social.

Numa sociedade em que o estatuto da pessoa é ligado ao trabalho e à rentabilidade, a reforma provoca, desde logo, uma primeira exclusão: a reforma vai sublinhar a sua não produtividade e a sua inutilidade económica.

São os interesses da classe dominante económica que determinam as classificações de classes sociais, e de grupos etários evidenciados por discursos, e apelações elaboradas por conselheiros, serviços especializados no contexto da concertação social. O conjunto destes procedimentos induz a uma ordenação social para que os cidadãos interiorizem esses valores de segmentação etária, que KARSZ (1988) designa por «olhar exterior» e que qualifica e dignifica a pessoa jovem e desqualifica a pessoa idosa.

De facto, quando uma pessoa rejeita ou não se dispõe a assumir os comportamentos e atitudes atribuídos à velhice, o «olhar exterior» ajuda-a a interiorizá-los.

*«O olhar exterior procede a um apelo à ordem. Enuncia um princípio da realidade tanto mais sólido e razoável que nem os dados, nem os factos que ele exhibe são inventados por ele. O sujeito tem muita dificuldade em se furtar durante muito tempo e sistematicamente»*

( KARSZ, 1988, p. 36).

KARZS caracteriza a velhice como

*«O processo discursivo e institucional que visa uma adequação tão perfeita quanto possível entre, por um lado, um sujeito real e concreto que tem uma certa idade, um modo de vida dado, problemas e dificuldades de diversa natureza mas também forças e capacidades reais e, por outro lado, um conjunto de representações, definições e dispositivos a partir do qual o dito sujeito é percebido e tratado, seja a configuração "velhice" a que é suposto ser eleito».* (KARZS, 1988, p. 37).

Em síntese, a imagem social da "velhice" assenta numa aparente confusão entre o envelhecimento biológico e o envelhecimento social. A sua construção assenta numa base material independente do processo orgânico. O significado de "velhice" apoia-se em aspectos materiais, da luta de classes e de idades, ou seja, numa interpretação socio-cultural do envelhecimento biológico.

Para além da velhice biológica, a história e o sistema das relações sociais fornecem um contexto, ou ambiência, bem como as referências económicas, institucionais, políticas e até afectivas. As variações históricas e sociais, específicas de cada sociedade, virão escorar a variável velhice biológica, que é comum a todas as pessoas em todas as sociedades.

As atitudes e estereótipos cujo carácter parcelar é aceite por todos através de uma imagem que contém componentes intelectuais, afectivas e comportamentais são relativas a uma dada sociedade. Pode-se supor que estas imagens são "sensações mentais", ou seja, impressões que os objectos e as pessoas deixam no nosso cérebro. À semelhança das sensações ou das percepções, estes "átomos cognitivos", estas estimulações combinam-se para produzir percepções ou imagens diferentes. (MOSCOVICI, 1996, p.9).

O juízo de valor aparece como um juízo de facto após a constituição do objecto, neste caso, o da velhice. Os pontos de vista dos indivíduos ou dos grupos são encarados tanto pelo seu carácter de comunicação como pelo seu carácter de expressão. Em geral, as imagens e as opiniões, são recenseadas, estudadas, pensadas, unicamente por aqueles que manifestam oposição a essas imagens e opiniões, com base numa escala de valores de um indivíduo ou de uma comunidade. Na realidade, eles comunicam a sua maneira de pensar e ver aos seus interlocutores preparando-se intelectualmente para isso.

É neste sentido que surge a definição da velhice como,

*«representação ideológica sob a qual as pessoas cronologicamente idosas são reconhecidas enquanto ilustrações animadas da velhice e por outro lado desconhecidas enquanto sujeitos de desejos inscritos em classes sociais determinadas».* (KARZS, 1988, p. 45).

É possível envelhecer sadiamente conservando funções normais, como plasticidade, atenção e memória, se adoptarmos medidas como alimentação adequada, actividade física e mental, prevenção e/ou tratamento de doenças, estimulação de apoios no sentido de integração social e familiar e da persistência de interesses profissionais e culturais.

O factor que habitualmente define o envelhecimento é a idade cronológica, ou seja, aquela que se conta desde a data do nosso nascimento. No entanto há três tipos de idade que por si só ou em conjunto podem alterar a nossa concepção da idade, são elas a idade biológica, a idade psicológica e a idade social.

A Idade Biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de auto-regulação torna-se menos eficaz, ou seja, o processo normativo que envolve o

nosso comportamento pessoal e social torna-se menos imperativo perante as exigências do corpo.

A componente biológica do envelhecimento (senescência), reflecte uma vulnerabilidade crescente donde resulta uma maior probabilidade de morrer.

O processo de envelhecimento não é linear em todos os indivíduos, os órgãos não parecem envelhecer todos ao mesmo tempo e ao mesmo ritmo. Em certos indivíduos, o envelhecimento exprimir-se-á por uma degradação mais precoce do sistema cardiovascular, noutros por um envelhecimento cerebral precoce ou ainda por um declínio funcional de outros órgãos.

A Idade Psicológica, é outro factor a ter em conta, é, de certa forma, também uma idade cultural, na medida em que pressupõe um background que permita uma maleabilidade cognitiva capaz de resistir de uma forma melhor ou pior às constantes e bruscas mudanças de ambiente pessoal e social as quais são de tão grande fertilidade nas sociedades ditas modernas.

A Idade Social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos das pessoas relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pelo grau de civilização, pela cultura e pela história de um país ou de uma região, determina a posição que o indivíduo ocupa no grupo em que está inserido.

A entrada na reforma ou na terceira idade é por vezes vivida pelos indivíduos como uma experiência traumatizante, associada a uma morte social, como a passagem de um atestado de inutilidade social. A sociedade dá uma valorização extrema ao trabalho, pela sua significação na componente criadora de riqueza, e o ser-se colocado à margem do processo das actividades remuneradas, pode provocar grandes dificuldades psicológicas a algumas pessoas.

## 2.1 -TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo a que todos os seres vivos estão sujeitos, sendo caracterizado por um conjunto de factores fisiológicos, psicológicos e sociais que diferem de indivíduo para indivíduo. Para a Direcção Geral de Saúde, o envelhecimento humano é considerado como,

*“O processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, dos indivíduos que iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”* (Direcção Geral de Saúde, 2004).

Embora muito se tenha estudado já sobre o assunto, parece não existir consenso científico, no que se refere às teorias de envelhecimento. Muitas categorias identificadas foram agrupadas de acordo com as suas afinidades teóricas, pelo que abordaremos algumas dessas teorias que tentam explicar o fenómeno do envelhecimento biológico e psicossocial.

### 2.1.1 – Teorias do Envelhecimento Biológico

De entre as seis teorias gerais do envelhecimento biológico, apenas a teoria do desgaste descreve as consequências do envelhecimento, sendo que as restantes explicam as suas causas. Assim, de acordo com BERGER et al, (1995) e de uma forma resumida, iremos descrever essas teorias:

Segundo a teoria do desgaste, o organismo humano vai-se deteriorando ao longo dos tempos com o uso. O organismo humano comporta-se como se de uma

máquina se tratasse, degradando-se as peças progressivamente com o uso, levando a déficits de funcionamento bem como à sua conseqüente paragem.

De acordo com a teoria genética, o envelhecimento é programado biologicamente fazendo parte de um contínuo ao longo do desenvolvimento orgânico. Esta teoria segue rigorosamente a embriogenese, a puberdade e a maturação. Muitos investigadores, consideram o envelhecimento conseqüência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares.

Uma outra teoria, a teoria do erro da síntese proteica, defende que na molécula de ADN surgem alterações que falseiam a informação genética, levando à formação de proteínas incompletas. Esses erros ou perturbações, seriam responsáveis pelo envelhecimento. A programação genética e as alterações da molécula de ADN não podem só por si, ser explicação para o envelhecimento celular.

Na teoria imunológica, considera-se que o sistema imunitário deixa de conseguir distinguir as células sãs existentes no organismo, das moléculas do invasor estranhas ao organismo.

Uma outra teoria, a teoria neuro-endócrina, consiste na regulação do envelhecimento celular e fisiológico estar ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas.

Pela teoria dos radicais livres, estes provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células.

As teorias gerais do envelhecimento biológico dizem respeito apenas a alguns aspectos do envelhecimento, pelo que tem suscitado muito o interesse dos investigadores, tanto o envelhecimento biológico, quanto o envelhecimento psicossocial, também.

### **2.1.2 – Teorias do Envelhecimento Psicossocial**

Com o objectivo de explicar a influência dos factores culturais e sociais sobre o envelhecimento, desenvolveram-se várias teorias de entre as quais falaremos resumidamente das três principais. Teoria da actividade, teoria da desinserção e teoria da continuidade (BERGER et al., 1995).

Na primeira, segundo LEMON et al., (1972), um idoso deve manter-se activo se quer conservar a saúde, obter mais satisfação na vida e conservar a sua auto-estima. Segundo esta teoria, o envelhecimento bem sucedido implica a descoberta de novos papéis ou o desenvolvimento dos já desempenhados. A sociedade deverá valorizar a idade e facilitar este processo.

De acordo com a teoria da desinserção o envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo. Por um lado a pessoa idosa gradualmente vai pondo fim ao seu empenhamento retirando-se da sociedade e esta também passa a oferecer-lhe menos que anteriormente. A diminuição das relações inter – pessoais e a perda dos papéis anteriormente desempenhados, tornam-se situações normais para o indivíduo, atingindo este um novo equilíbrio quando a desinserção é total, equilíbrio esse que é caracterizado pela modificação do seu sistema de valores. À luz desta teoria de ZARIT, (1980), a desinserção satisfaz igualmente o próprio e a sociedade.

BACK, (1977) diz-nos que esta teoria tenta justificar a desinserção, ao considerar o afastamento físico e social do meio no decorrer do envelhecimento, como etapa normal do desenvolvimento. Outros autores têm contestado esta teoria dando lugar a novos estudos.

A teoria da continuidade demonstra que o envelhecimento não é uma etapa final separada das anteriores, é antes uma parte integrante do ciclo de vida. A pessoa idosa

mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes, parte da sua personalidade.

A sua adaptação é determinada por alguma descontinuidade ao nível das situações sociais, bem como dos hábitos e estilo de vida adquiridos, adoptando o idoso, comportamentos cujo fio condutor é a direcção de vida já anteriormente iniciada (BERGER et al, 1995).

## 2.2 - MITOS E ESTERÍOTIPOS

*“ Todos ... conheceram a juventude, a infância, a dor, a doença. Porém ainda não conheceram a velhice...é-lhes difícil, por vezes compreender toda a complexidade da vivência dos idosos e considerar a velhice como um período de crescimento e de evolução”* (BERGER et al, 1995, p.7).

Devido a um certo desconhecimento do processo de envelhecimento, os mitos em relação às pessoas idosas, manifestam-se com relativa frequência nas nossas frases e atitudes, impedindo da nossa parte uma boa relação com as pessoas destas faixas etárias.

BERGER refere também, que no decorrer dos anos há tendencialmente maior perda de familiares e amigos, perda do papel desempenhado no local de trabalho, assim como desvalorização do papel desempenhado na sociedade e na família. Verifica-se portanto uma retracção da vida social por parte da pessoa idosa, o que não corresponde a que a velhice se possa considerar como algo semelhante a uma “segunda infância”, como frequentemente se quer fazer querer.

A infantilização da pessoa idosa, a sua dependência, assim como a redução da sua responsabilidade, são aspectos que contribuem para a perpetuação de certas atitudes, mitos (os mitos escondem muitas vezes a hostilidade, são representações simbólicas que

não se baseiam na realidade) e estereótipos (opiniões pré-concebidas, trata-se de percepções automáticas não adaptadas à situação), bem como para a desvalorização do seu estatuto social.

*"A visão de que as pessoas idosas são no mínimo incompetentes e talvez até senis, é parcialmente responsável pela tendência da sociedade para discriminá-las, ignorá-las, ou não levá-las a sério"* (HOFFMAN, PARIS & HALL citados por FONSECA, 2004).

Comportamentos discriminatórios como a gerontofobia - medo irracional de tudo o que possa estar relacionado com a velhice ou com o envelhecimento, o idadismo - discriminação baseada na idade, ou o bebeismo - infantilização, podem impedir que se reconheçam as capacidades dos idosos e contribuir para um certo olhar de si próprios, de acordo com as expectativas da sociedade.

Considerarmos os idosos um grupo homogéneo, todos com as mesmas necessidades e sem características próprias, é um dos estereótipos mais frequentemente observado, assim como o de que a pessoa idosa apresenta comportamentos conservadores e rígidos, pouca iniciativa ou actividade, apesar de não haver confirmação científica.

Estudos efectuados por EBERSOLE, (1985) identificaram sete mitos principais:

-A maioria dos idosos é senil ou doente - Apenas 4 a 5% com 65 ou mais anos estão institucionalizados com doenças cerebrais orgânicas. A partir dos 75 e sobretudo após os 85 anos, verifica-se um ligeiro aumento nesta proporção. O envelhecimento normal não afecta as faculdades mentais de forma previsível;

-Todos os idosos são semelhantes - Para além de condicionados pelos factores genéticos e hereditários, as pessoas vão sendo também o resultado das influências positivas e negativas que sofreram no decorrer da vida, sujeitas a factores extrínsecos como o estilo de vida, actividades empreendidas, estado nutricional, ambiente, educação e condições de saúde;

-Os idosos não são produtivos - Pelo facto da reforma estar prevista aos 65 anos

não se deve considerar o idoso não produtivo. Deverá ser considerado um elemento da sociedade, agente do desenvolvimento desta, com direito à sua dignidade e a permanecer activo o mais tempo possível. Os recursos adquiridos ao longo da vida são uma mais valia para as famílias e para a comunidade onde estão inseridos. Estudos referem que os idosos apresentam uma taxa de absentismo menos elevada, menos acidentes, e um rendimento mais constante;

-A maior parte dos idosos é infeliz - O envelhecimento não corresponde a algo negativo e os estudos apontam para níveis de satisfação equivalentes aos dos adultos, portanto relativamente elevados. A velhice é para alguns a plenitude da vida, mantendo muitos a sua autonomia e contribuindo para a sociedade;

-A maioria dos idosos está isolada - Há evidência de que muitos idosos mantêm ligações de amizade e estão em contacto com a família, apesar das circunstâncias sociais, (estruturas familiares, tipo de habitação, trabalho, estudos), que prejudicam o relacionamento com os filhos e netos;

-Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos - Quando surgem situações novas, está provado que os idosos são capazes de se adaptar tal como as outras pessoas;

-A maior parte dos idosos, está doente e necessita de ajuda - A dependência não é sinónimo de terceira idade, mas sim integra as diversas etapas da vida de cada um.

### **3 - ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO E PROJECTO INDIVIDUAL DE**

#### **VIDA**

O estado de saúde é determinado por processos biológicos e também por factores psicológicos, económicos e pelas normas sociais. Comportamentos individuais como a dieta, o exercício físico e o consumo de tabaco, podem afectar directamente a saúde, sendo que metade das mortes prematuras nos países ocidentais podem ser atribuídas ao estilo de vida (FERNANDES, 1997).

A classe social e o género têm, também, um grande impacto na saúde, existindo um grau de variação no estado de saúde, atribuível a uma interacção entre processos comportamentais e normas sociais.

A saúde e os comportamentos com ela relacionados, ocorrem dentro de um complexo sistema de influências mútuas. Desta forma, uma promoção de saúde eficaz deve dirigir-se ao sistema e não apenas, a indivíduos isolados dentro dele. Esta perspectiva exige intervenções a múltiplos níveis, centradas nos indivíduos, nas relações sociais e naqueles que as controlam, nos processos ambientais e culturais.

De acordo com NUNES M. P. (2005, p. 85),

*“O principal desafio do envelhecimento é viver com a máxima autonomia e independência possíveis, sendo para isso essencial a promoção do envelhecimento activo, ou seja, otimizar as condições favoráveis de saúde, bem como de participação ou intervenção, da pessoa idosa nos contextos em que vive”.*

Um envelhecimento bem sucedido, segundo ROWE e KAHN (1998), citados por FONSECA (2005, p. 286), caracteriza-se pelo evitar das doenças, especialmente

daquelas que se repercutem negativamente na autonomia da pessoa, por um alto nível de funcionamento físico e cognitivo, bem como pelo empenhamento activo face à vida.

O envelhecimento bem sucedido inclui variáveis psicológicas, dimensões como a saúde, a alimentação, o exercício físico, as relações sociais e os hábitos de vida de entre outros.

FONSECA (2005), refere que o conceito de *“envelhecimento positivo”*, *“envelhecimento com sucesso”*, ou ainda *“envelhecimento bem – sucedido”*, surgiu nos anos 60 e definia, tanto um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, como uma procura de equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente.

De acordo com CORREIA (2003), o envelhecimento bem sucedido tem sido alvo de vários estudos de investigação nos EUA, apoiados pela *“McArthur Foundation Research Network On Successful Aging”*.

Assim, como BALTES et al. (1980) referem, há três tipos de factores ou influências que determinam o envelhecimento:

- *“Age-graded influences”* – ( influências ligadas ao grupo etário )
- *“History-graded influences”* – ( influências ligadas ao período histórico )
- *“Non-normative influences”* – ( influências ligadas à história pessoal )

As influências ligadas ao grupo etário têm grande importância na infância e no decorrer do envelhecimento e englobam as determinantes biológicas e ambientais. Estão relacionadas com a idade cronológica e são comuns a todas as pessoas. Como exemplos, temos a maturação biológica, a escolarização obrigatória e a reforma.

As influências ligadas ao período histórico prendem-se com os diferentes factos históricos, vivenciados em cada geração. Estas influências, são o oposto da influência do grupo etário. As influências relacionadas com os processos históricos não

dependem das pessoas e temos, como exemplo, a 1ª grande guerra ou a revolução industrial.

As influências ligadas à história pessoal, influências não normativas, poderão estar sobre o controlo da pessoa (escolha de profissão, casamento...) ou, pelo contrário, ser independentes da vontade do próprio (desemprego, acidente pessoal, viuvez...). Terão, com a idade, um efeito de intensidade progressiva.

No modelo evolutivo proposto por BALTES et al. (1980), citados por CORREIA, (2003), o efeito da idade predominaria na infância e progressivamente no envelhecimento; o efeito histórico seria mais importante na adolescência e o não normativo aumentaria a sua influência ao longo da vida.

Estas influências são únicas na história individual e, da sua síntese resulta o envelhecimento bem ou mal sucedido de cada um.

Segundo FONSECA (2005), as sociedades que mais referem a possibilidade do envelhecimento ser vivido de forma positiva, são aquelas que ainda têm uma visão estereotipada das pessoas idosas muito enraizada, considerando-as como incapazes, rígidas, maçadoras, dependentes, um peso para a sociedade, onde se incluem os mais novos.

Esta visão expressa-se, tanto no “idadismo”, como na grande tendência para considerar os idosos como um grupo social homogéneo, redutível à sua idade cronológica.

Os estudos como os da “*MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging*” e outros que se lhe seguiram contribuíram para a inversão na representação da velhice, o que tem contribuído para a destruição progressiva duma série de mitos e estereótipos, fazendo emergir uma imagem positiva e de normalidade, associada ao acto de envelhecer, transmitida por noções como actividade, autonomia, ou capacidade de realização.

ROWE E KAHN (1998), citados por FONSECA (2005 p. 38), defendem que

*“o envelhecimento bem sucedido não deve ser uma tentativa de “imitação da juventude”, adquirindo antes uma especificidade que lhe seja própria, não necessitando de pedir emprestadas configurações normalmente associadas ao sucesso noutras fases do ciclo de vida”.*

Autores como MARGOSHS (1996), BALTES E CARSTENSEN (1999), ROWE E KAHN (1998), citados pelo mesmo autor, referem-nos dos seus estudos, aspectos que consideram mais importantes para um envelhecimento com sucesso. Destes autores destacam-se ROWE E KAHN (1998) com o seu conceito de envelhecimento bem sucedido, traduzindo este a capacidade para manter três comportamentos ou características essenciais:

- baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença;
- funcionamento físico e mental elevado;
- envolvimento / compromisso activo com a vida.

Para ROWE E KAHN só a combinação destas características pode proporcionar um Envelhecimento Bem Sucedido, respeitando estas, determinada hierarquia. A ausência de doença ou incapacidade facilita a manutenção do funcionamento físico e mental e a sua manutenção torna mais fácil um envolvimento activo com a vida.

A vida de cada ser humano é única e resulta, em grande parte, do projecto individual de vida que cada um traça para si, servindo este como fio condutor durante todo o processo de crescimento e conseqüente envelhecimento. As estratégias individuais adoptadas, com a finalidade de envelhecer harmoniosamente, constituem uma mais valia para o indivíduo em questão.

Dever-se-á implementar e desenvolver actividades e competências individuais saudáveis, que suscitem emoções e sentimentos positivos como a alegria, interesse, contentamento, amor e abertura de espírito.

De acordo com PIRES (2005), a alegria surge em contextos considerados como seguros e familiares, por acontecimentos interpretados como realização ou progresso em direcção aos objectivos de uma pessoa. A alegria cria o desejo de brincar, não apenas o brincar físico e social, como também o brincar intelectual e artístico.

Brincar, especialmente a brincadeira imaginária, é em grande parte criativo, envolve exploração, invenção e apenas brincadeira livre. É dirigido, não apenas, a um tipo de acção, brincar pode tomar várias formas. O desejo de brincar representa uma tendência bastante genérica e não específica de pensamento – acção. A alegria é uma disposição para realizar.

O interesse e os estados afectivos consigo relacionados (curiosidade, questionamento, excitação, motivação intrínseca e procura), surgem em contextos considerados como seguros e como oferecendo novidades, mudanças, um sentido de possibilidade e desafio ou mistério.

O interesse gera (um sentimento de querer investigar, tornar-se envolvido, ou de se expandir incorporando novas informações e tendo novas experiências com a pessoa ou objecto que estimulou o interesse) abertura a novas ideias, experiências e acções.

O contentamento e suas emoções relativas, serenidade, tranquilidade, e alívio, surgem em situações consideradas como seguras, como tendo um alto grau de certeza e um baixo grau de esforço.

Esta emoção prepara o indivíduo para apreciar o momento ou sentir-se “*a si próprio*” com os outros ou o mundo à sua volta, e integrar experiências quotidianas recentes no seu próprio auto-conceito e visão do mundo.

O contentamento traduz um alargamento da perspectiva sobre si mesmo e o mundo.

A alegria, o contentamento, o interesse e o amor, não partilham apenas o facto de alargarem os reportórios momentâneos do pensamento – acção, como também

partilham a tarefa de construir os recursos pessoais, desde os recursos físicos e intelectuais até aos recursos sociais, sendo o mais importante a tendência destes recursos a permanecerem no tempo.

Segundo NUNES (2005), deve ser dada importância a um conjunto de ideias favoráveis a um envelhecimento feliz e criativo, nomeadamente:

-Fazer exercício físico com regularidade e consultar periodicamente o médico;

-Gostar de si, cultivando uma atitude optimista;

-Manter abertura à mudança tentando obter melhorias nas atitudes e comportamentos;

-Partilhar actividades criativas com outras pessoas, tais como pintar, viajar ou cozinhar, entre outras;

-Relacionar-se com pessoas mais novas, como estímulo mental e emocional;

-Participar em actividades intelectuais, cursos, conferências sobre temas variados;

-Criar interesses na comunidade, integrando-se num grupo de voluntariado, em actividades cujo objectivo é a felicidade dos outros ou em grupos de defesa dos idosos;

-Planear o seu próprio projecto de vida.

## PROJECTO INDIVIDUAL DE VIDA

Estabelecer, manter, e, eventualmente, alterar objectivos de forma sistemática no envelhecimento, tal como no restante decurso da vida, faz sentido, desempenhando a definição de objectivos pessoais, um papel chave no desenvolvimento humano, orientando os planos de vida futuros e as tomadas de decisão.

De acordo com CARSTENSEN & FREUND (1994), citado por FONSECA (2004 p.29),

*“ os objectivos vão-se alterando no decurso do ciclo de vida, apesar dos autores considerarem que todas as pessoas apresentam um conjunto de objectivos que permanecem relativamente constantes ao longo das suas vidas, como ter amigos, ser autónomo, manter-se produtivo, (...)”*

A capacidade para definir e manter objectivos apropriados a cada uma das fases dos ciclos de vida, é considerada como algo central para o desenvolvimento, por isso, também durante as últimas etapas da vida, estabelecer objectivos constitui uma componente fundamental para o ajustamento psicológico.

Ao longo da vida de uma pessoa, ocorrem por um lado acções intencionais com resultados favoráveis e por outro acontecimentos inesperados com resultados desfavoráveis. A optimização do desenvolvimento e o envelhecimento bem sucedido não podem ser encarados apenas em termos da procura de ganhos e do evitar das perdas, numa lógica de ganhos e perdas desenvolvimentais, pelo que deverá ter-se em conta a forma como as pessoas dão resposta às divergências entre os resultados desejáveis e a trajectória efectiva das suas vidas.

Em qualquer momento do ciclo de vida, e mais ainda nas últimas etapas da

vida, a adaptação e aquilo que dela resulta - bem estar psicológico, auto-eficácia, controlo, entre outros – não dependem apenas do controlo que a pessoa exerce sobre a sua vida e sobre o seu desenvolvimento, mas também da sua capacidade para aceitar o que é inalterável e para se ajustar às circunstâncias que já não terá oportunidade de alterar (BRANDTSTADTER e ROTHERMUND (2002) citados por FONSECA, 2004).

Num estudo realizado por NURMI (1992), citado por FONSECA (2005 p.103), este concluiu que

*“Os projectos pessoais de cada indivíduo coincidem com as principais tarefas desenvolvimentais da respectiva idade (...) os objectivos dos idosos dizem habitualmente respeito à saúde, reforma, actividades de lazer e assuntos relativos à vida mundial”.*

Os indivíduos idosos regulam a sua qualidade de vida pela definição de objectivos dirigidos habitualmente para áreas como, saúde, autonomia pessoal, estabilidade emocional, auto-estima, vida familiar e relações de amizade.

As pessoas orientam as suas vidas, estabelecendo e articulando objectivos pessoais diferenciados ao longo do tempo, não podendo pois falar-se numa ausência de objectivos mas antes na sua substituição ou na modificação da respectiva relevância pessoal. O maior ou menor êxito na gestão deste processo, reflecte igualmente um maior ou menor bem-estar, bem como a capacidade para dirigir o desenvolvimento pessoal e exercer controlo sobre a própria vida.

A realidade demonstra que a maioria dos idosos se encontra capaz ao nível cognitivo e da tomada de decisões, mas raramente é incentivada a sua participação na definição do seu próprio projecto de vida.

O idoso deve ser motivado a reconhecer as suas potencialidades, motivando-o igualmente para a aprendizagem e aperfeiçoamento de novos conhecimentos e aptidões, o que resulta no aumento da auto-estima e da auto-determinação.

Este processo contribui para que o idoso tenha um conhecimento real dos seus direitos e dos seus deveres, que lhe permita uma participação familiar e social activa, comprometendo-se e co-responsabilizando-se nas mudanças que influenciam a sua vida.

Esta reconquista de poder implica o acesso a uma cidadania plena, com liberdade de escolha e decisão.

## CAPÍTULO 2

### O IDOSO NA SOCIEDADE ACTUAL

#### 1 - O IDOSO E A FAMÍLIA

A família, segundo RAMOS (2005), constitui um espaço relacional, social, educativo e de cuidados por excelência, pois proporciona suporte afectivo, psicológico e material, favorável ao desenvolvimento integral e ao bem-estar de todos os seus elementos.

*“No espaço familiar constroem-se laços de solidariedade e identidades, tecem-se vínculos e relações privilegiadas, desenvolvem-se competências emocionais e sociais e transmitem-se, através das gerações, representações e valores morais, humanitários, educativos e culturais”* RAMOS (2005, p.195).

A coexistência de várias gerações na família, constitui enriquecimento, pela possibilidade de convivência, de trocas afectivas, relacionais e culturais, assim como de experiências e de saberes, entre as gerações que a constituem.

As famílias têm sido afectadas com as alterações dos índices demográficos, observadas nas últimas décadas, vindo a sofrer transformações na sua estrutura e dinâmica. A família, tem vindo a sofrer alterações profundas, ao longo dos tempos, tendo passado de comunidades extensas, com funções importantes no bem-estar dos seus elementos, em que os idosos mantinham um papel preponderante, para grupos pequenos, com funções menos definidas e partilhadas por diversas instituições.

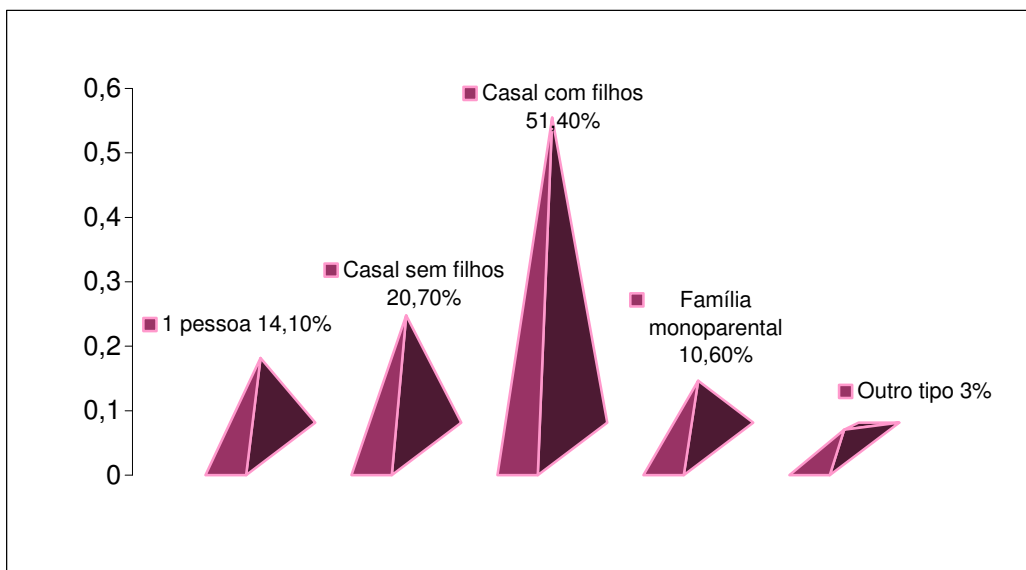
Outras alterações significativas se têm verificado na estrutura das famílias, nomeadamente, redução do número de casamentos, maior incidência de primeiros casamentos em idades mais avançadas, assim como do primeiro filho; a existência de

um número maior de divórcios, a maior incidência de coabitação, e o número crescente de mulheres a criarem sozinhas os seus filhos é particularmente significativa nos últimos tempos. De salientar será também a incidência de mulheres a progredir nos estudos e a enveredar pelo mundo do trabalho, tradicionalmente masculino (FERNANDES, 1997).

Actualmente, o aumento substantivo de famílias pequenas, onde se incluem as famílias monoparentais, apresenta implicações desfavoráveis nos escalões etários mais elevados.

De acordo com o gráfico nº 4, as famílias unipessoais registaram em 1999 uma percentagem de 14%, sabendo-se que cerca de 60% destas famílias são de mulheres, independentemente do escalão etário. No entanto, são os idosos que mais vivem sós (FERNANDES, 1997)

**GRÁFICO Nº 4 - Tipologia da Família Portuguesa - 1999**



Fonte: INE – Inquérito ao Emprego

Segundo a mesma autora, os processos migratórios, a expansão urbana e a emancipação da mulher, assim como a sua conseqüente entrada no mercado de trabalho,

favorecem a redução do número de crianças por mulher em período de fecundidade, provocando alterações no conceito de família.

Citado por ATKINSON (1989), DUVALL (1977), refere-se à família como a *“Ligação de duas ou mais pessoas através do casamento, consanguinidade ou adopção”*.

Em face da evolução sócio-cultural e demográfica observada, a mulher tradicionalmente cuidadora por excelência, perante os desafios exteriores, onde se incluem os profissionais, não encontra já a mesma disponibilidade para cuidar dos seus idosos dependentes, passando estes, também, a ser cuidados por idosos. São os idosos mais autónomos que cuidam dos mais dependentes. É a terceira idade a cuidar dos idosos de 80-90 anos, considerados na quarta idade.

Para SHANDS & ZAHLIS (1995), citado por MARRUCHO (2001, p. 87),

*“ A família pode definir-se de acordo com a proximidade geográfica, tal como em coabitação na mesma casa ou lares...pelos laços sentimentais entre indivíduos ou pela própria rede de apoio”*.

Enquanto para BOURDIEU (1997), citado pelo mesmo autor, a família define-se como, *“ um conjunto de indivíduos aparentados, ligados entre si por aliança, casamento, ou filiação, ou ainda e mais excepcionalmente pela adopção (parentesco), que vivem sob um mesmo tecto (coabitação)”*.

OSÓRIO (1996), citado ainda pelo mesmo autor, diz-nos que

*“ A família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consanguinidade (irmãos) – e que a partir dos objectivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição das suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais”*.

Segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), o conceito de família define-se por:

*“Grupo ou conjunto de seres humanos considerados como indivíduos ligados uns aos outros por laços de sangue, parentesco, relações emocionais ou legais, incluindo outras pessoas significativas”* (International Council of Nurses, 2000).

DUVALL & MILLER citados por STAHOPE & LANCASTER (1999), defendem um modelo de funcionamento familiar que compreende as seguintes funções:

- Gerar afecto entre os seus membros (entre o casal, entre os pais e os filhos e entre os outros elementos);
- Proporcionar segurança e aceitação pessoal (a família deve proporcionar estabilidade favorável ao desenvolvimento natural dos seus membros, por si próprios e à sua maneira);
- Proporcionar satisfação e sentimento de utilidade (os membros duma família têm prazer por viverem juntos realizando actividades que os satisfazem);
- Assegurar a continuidade das relações (as relações familiares positivas e estimulantes são favoráveis à sua continuidade);
- Proporcionar estabilidade e socialização (a família transmissora da cultura de uma geração para a seguinte, prepara os seus membros para o papel a desempenhar na sociedade);
- Inculcar a noção de autoridade e sentimento do que é correcto (é na família que em primeiro lugar se aprendem as regras, os direitos, as obrigações e as responsabilidades características das sociedades humanas);
- A família dá não só resposta às necessidades básicas dos seus membros, como deve cuidar dos seus elementos em situação de doença.

No decorrer dos anos, tendencialmente, há cada vez mais perdas de familiares e amigos e, portanto, falta de relacionamento afectivo significativo, pelo que se vai instalando a experiência de solidão. A pessoa idosa atribui, também por isso, grande

importância à relação com a família / pessoas significativas.

De acordo com JOSÉ et al., (2002), a família tem um papel preponderante no apoio ao idoso, não devendo esta substituí-lo, mas antes fomentar a sua autonomia no sentido deste fazer parte integrante da dinâmica familiar.

É importante aqui referir que também o espaço do lar familiar, a casa que cada indivíduo adquiriu para ele próprio, tem um significado psicológico único, uma vez que há laços afectivos que o ligam a esse espaço através de memórias do passado. Segundo PAUL, (2002), o processo de apropriação, ligação e identidade do indivíduo à sua casa implica que a pessoa se aproprie do seu meio, porque o controla, cuida dele, torna-o familiar, criando um sistema de interacção entre si e o seu espaço/ambiente. No caso dos idosos, porque normalmente já residem na sua casa há largos anos e porque os processos que ligam os indivíduos às suas casas se desenrolam e fortalecem ao longo do tempo, este é um espaço bastante importante, ao qual estão associados um conjunto de sentimentos.

A consciencialização das famílias para a responsabilidade de cuidar dos seus elementos sobretudo os mais vulneráveis, onde se incluem os idosos, é preocupação na actualidade. Se um dos elementos da família adoece pode surgir medo, falta de controlo, ameaça à forma habitual de vida e à própria vida. A perspectiva de evolução de uma doença, a possibilidade de uma hospitalização, implica sempre insegurança, sofrimento, ansiedade, não só vivida pelo próprio como também pelos outros elementos da família, alterando o seu equilíbrio, o modo de funcionamento e a saúde dos seus elementos (MARRUCHO, 2001, RAMOS, 2005).

A natureza da doença, o ciclo de vida em que a família se encontra, a sua constituição, assim como a situação económica e social desta e, ainda, a rede de apoio disponível, são aspectos que têm consequências de nível variável de família para família. A vivência destas situações requer disponibilidade e recursos a mobilizar, pelos familiares, favoráveis a uma adaptação adequada por parte dos mesmos.

As redes de suporte ou de apoio social, importantes na vida da pessoa idosa, são decisivas no sentimento de bem – estar físico e psicológico das pessoas. Estas redes de apoio social ao idoso podem, de uma forma geral, dividir-se em dois grupos principais: as redes de apoio formal, sobre as quais falaremos mais à frente, e as redes de apoio informal, onde se incluem os amigos e vizinhos.

O suporte familiar que diz respeito às funções, desempenhadas por familiares, em benefício da pessoa idosa, pode englobar apoio, em que são mobilizadas emoções (amor, estima, preocupação, confiança...), - suporte sócio-emocional – e pode também ser constituído por suporte familiar instrumental que se refere a bens, dinheiro, equipamentos, disponibilidade de tempo ou esforço para proporcionar a satisfação de necessidades da pessoa idosa.

O cuidador informal é o familiar / pessoa significativa que, não tendo preparação técnica, assegura cuidados no domicílio à pessoa em situação de dependência. Surge normalmente da rede de relações do idoso perante a necessidade de cuidados, identificada no domicílio ou até durante uma hospitalização.

Refere-nos RIBEIRO et al. (1995) que cerca de 80% dos cuidados à pessoa idosa são de carácter informal e prestados por familiares, pelos próprios idosos, por vizinhos, amigos e voluntários. Segundo os mesmos autores o bem - estar do idoso depende também do bem - estar daqueles que se encarregam de cuidar dele.

O cuidador informal, porque também carece de espaço para si, nas situações cujo grau de dependência do idoso assim o requeira, será por vezes, complementado por um ou mais cuidadores secundários, familiares, vizinhos ou amigos que colaboram consigo na prestação de cuidados ao idoso.

Para PAUL (1997), os vizinhos e amigos podem complementar a acção dos familiares ou substituí-los na ausência destes, sendo uma mais valia no suporte sócio emocional. Trata-se de relações diferentes das que se mantêm com os familiares,

enquanto escolhas feitas pelo próprio e normalmente com base na partilha de interesses e trocas subjectivas significativas para ambas as partes. As relações de vizinhança, relações com os cuidadores, são relações de amizade resultantes dos contactos do dia a dia, por parte de quem lhes dá atenção e afecto. São estes, em muitas situações, o único suporte, garantia de bem - estar para o idoso.

O autor refere, ainda, que por vezes, os encontros com a família, não sendo fáceis, podem ser ritualizados, vazios, dando origem a conflitos, enquanto os encontros com amigos são mais estimulantes e positivos para a pessoa idosa. Em termos relacionais, de entre os amigos, os mais íntimos possuem um potencial mais forte que é observado, por exemplo, no acompanhamento ao doente idoso hospitalizado.

O prolongamento da vida, podendo ocorrer a par com mais doenças e incapacidades, constitui um desafio a um novo olhar sobre os cuidados de saúde e necessidades de hospitalização. O espaço domiciliário, com todo o suporte sócio-familiar que lhe é característico, é local privilegiado à recuperação de doentes e também àqueles que se encontram nas últimas etapas da vida junto das pessoas que lhes são significativas.

## **2 – O IDOSO HOSPITALIZADO – PARCERIA E COMUNICAÇÃO**

A perda de saúde sendo das perdas mais temidas, implica a partir da altura em que a pessoa adoece, alterações nos hábitos de vida, sendo essas alterações agravadas se necessitar de internamento hospitalar. A hospitalização por sua vez, constitui quase sempre um trauma para o utente e sua família, provocando com frequência desde a admissão, medos, angústias, fantasmas, que cada indivíduo exprime de acordo com a sua personalidade.

Ao ser internada, a pessoa vê-se privada das suas funções laborais e da sua vida social assim como do afecto de familiares e amigos. É normalmente despojada dos seus valores, passando à condição de doente. Passa a conviver com situações que geram habitualmente medo, insegurança e ansiedade. De acordo com SERRA (2005), para além do medo da doença e do impacto desta na vida da pessoa, o ambiente impessoal e institucional do hospital (com a falta de privacidade e novos procedimentos), contribui para a instalação de sentimentos de deslocação e desespero.

*“a hospitalização é geralmente encarada como uma ameaça, momento de incerteza sobre o tratamento, dor, desconforto associado ao facto de estar longe de casa, perda de controlo sobre as suas funções do dia a dia, perda de privacidade e dependência”* (AMARAL (2002), citado por SERRA (2005), p.70).

O utente geralmente está apreensivo e, a atitude da equipa de saúde envolvida na admissão pode fazê-lo sentir-se mais confortável. Uma recepção acolhedora, com demonstração de verdadeiro interesse, fá-lo sentir-se como um indivíduo único com valor e dignidade.

CABETE (2005, p.19), diz que:

*“ O internamento pode constituir uma série de ameaças: ameaça à vida e à integridade corporal, exposição à vergonha, desconforto devido à dor, cansaço, alterações à alimentação, privação da satisfação sexual, restrição de movimentos, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de antipatia ou de rejeição dos outros face à sua situação, incerteza quanto ao futuro, separação da família e dependência dos outros para o bem estar”.*

A admissão num hospital confronta o utente com um ambiente que lhe é estranho, provocando na maioria dos idosos, uma alteração nas suas referências existenciais.

GAS (1997), refere que os hospitais têm sido criticados pela maneira como tratam os pacientes e pela despersonalização que muitas das suas rotinas consideradas essenciais, imprimem ao indivíduo.

O autor refere que *“ O enfermo é interrogado (...), é levado para a enfermaria (...), é destinado a um quarto ou uma cama numerada (...), tem de se despojar de todas as suas roupas e de muitos dos seus objectos que o ajudam a distinguir-se como pessoa (...), passa na maioria das situações a usar roupa da instituição (habitualmente um pijama igual ao de todos os outros e quase sempre desajustado ao seu tamanho). Então vários estranhos cercam o seu leito, para questionar dados pessoais e examinar o seu corpo (...).”*p.38.

Diz-nos ainda o autor que por vezes essas pessoas nem se apresentam e o paciente procura adivinhar quem são através dos seus uniformes. Quando o enfermo é conduzido a uma sala com outros pacientes, tem de ser ele frequentemente a ter de criar o seu próprio ambiente.

A alteração dos hábitos, e das rotinas usuais sobretudo nos idosos, como a necessidade de cuidar da sua higiene sempre de manhã, a necessidade de partilhar um quarto com pessoas que desconhece, ou até as manobras por vezes invasivas ao próprio corpo, efectuadas por vagas sucessivas de estranhos, obriga a pessoa gradualmente a aprender a adaptar-se a toda uma nova dinâmica diária como refere SERRA (2005).

Para COSTA (2002), nos internamentos hospitalares os doentes são sujeitos ao isolamento em relação ao mundo que os rodeia. São obrigados ao cumprimento de regulamentos que programam o seu quotidiano, e à apreciação dos seus comportamentos a partir da referência única a uma ideologia centrada na doença. Apesar da hospitalização, na maioria das vezes acontecer na sequência de uma relação de confiança com o médico assistente, como nos refere BAGROS & LE BRETON (1990) citado por CABETE (2005), o doente não deixa de estar dividido entre duas culturas, a sua e a do hospital, encontrando-se num universo que nem sempre compreende.

O caso concreto da perspectiva de uma cirurgia, pode dar origem a distúrbios fisiopatológicos relacionados com o stress e que se manifestam física e psíquicamente de vários modos. É frequente ansiedade pré operatória como resposta antecipada a uma situação de ameaça à integridade do organismo, à participação habitual na vida e até à própria vida, dependendo a intensidade da reacção do doente, de factores físicos, psíquicos, sociais, culturais e espirituais também.

São também causadores de stress, identificados pelos utentes, para além da própria doença, a falta de informação (apesar de nem todos os utentes desejarem ser informados); a não obtenção de respostas às questões; a separação da família, assim como dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde. Profissionais e doentes não falam a mesma língua, não só sob o ponto de vista da comunicação, como dos conceitos.

Citado por CABETE (2005, p. 21), BROUCHON et al. (1994), referem:

*“Frequentemente o doente não sabe quase nada sobre a doença, não conhece o diagnóstico e não é informado sobre os procedimentos; muitas vezes nem as questões que coloca lhe são respondidas.”*

De acordo com RAMOS (2007), na hospitalização de doentes provenientes de culturas diferentes, falando uma outra língua, no que se refere à comunicação e até ao próprio diagnóstico, apresentam-se dificuldades acrescidas para os próprios e famílias e também para os profissionais de saúde.

*“As próprias interpretações feitas pelos doentes em relação ao que lhes é dito pelos profissionais de saúde, são influenciadas pelas suas crenças e tradições, pelo nível de proximidade com a sociedade de acolhimento e pelo grau de familiaridade com a medicina ocidental”* (RAMOS, 2007, p.157).

Poderão surgir dificuldades com estes doentes durante a hospitalização, no que se refere ao acolhimento. Principalmente se os profissionais de saúde não tiverem uma atitude de compreensão, e lhes impuserem condutas contrárias às suas crenças, aos seus hábitos e costumes, das quais não entendem a lógica nem o sentido. A autora invoca também a ansiedade e os conflitos resultantes destas atitudes. A hospitalização pode ocorrer em qualquer fase da vida e encontra-se na maioria das vezes relacionada com a situação de doença. Esta experiência desencadeia uma vivência dolorosa para a maioria das pessoas, deixando por vezes marcas mais ou menos profundas que permanecem por toda a vida.

RAMOS (2007) invocando vários estudos, refere os benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e o utente, no estado de saúde deste último: na sua capacidade de adaptação aos tratamentos, e na sua recuperação. É ainda referido pela autora (2007, p.153) que fornecer informação aos doentes, envolvê-los,

comunicar com eles, satisfaz várias necessidades a diferentes níveis, tendo repercussões positivas para os utentes e famílias, para as instituições de saúde a nível financeiro e para a humanização dos cuidados.

*“-a nível médico legal, permite o consentimento informado;*

*-a nível psicológico, ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o stress e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do utente/doente”;*

*-a nível médico-institucional – reduz o número de dias de internamento, o número de medicamentos ingeridos e facilita a recuperação do doente”* (RAMOS, 2007, p.154).

Para o idoso no entanto, a situação de internamento pode vir a ser uma realidade mais próxima.

Durante a hospitalização, espera-se que o doente colabore e se entregue a uma rotina cheia de sentido para os profissionais de saúde, apesar de estranha para o doente. (SERRA, 2005).

Este autor refere ainda que

*“ A reacção de passividade dos doentes face ao internamento pode (...) ser fomentada pela equipa, ao dar explicações pouco claras sobre normas, impondo regras arbitrariamente (...), ao não reconhecer o doente como um adulto (...), ou infantilizando-o. Os idosos são frequentemente tratados, ainda que com alguma dose de afecto, como tendo regredido a um estadio muito anterior da sua vida, num discurso “bebeísta”, cheio de diminutivos em que o “bracinho” ou a “perninha” são alvo de tratamento”* (p.59).

Para se proteger, a pessoa adota o papel de bom doente na maioria das situações. Escolhe um papel passivo, em que não faz perguntas e sujeita-se aos tratamentos que lhe sugerem.

Importa pois, durante todo o internamento que começa na admissão, proporcionar o máximo de bem - estar a todos os que passam por esta experiência. Criar um ambiente favorável à expressão dos sentimentos dos utentes, colhendo os dados necessários para planear os cuidados personalizados, é tarefa importante do enfermeiro. Sendo a impressão inicial do paciente sobre o Hospital adquirida na admissão, a aparência do local e o tipo de acolhimento dado pela equipa, são portanto de extrema importância.

Na admissão, e durante o internamento, é de grande importância chamar a pessoa pelo nome, por que gosta de ser tratado. É igualmente importante a apresentação da pessoa que o recebe, bem como dos profissionais presentes e das pessoas que se encontram no mesmo quarto. A apresentação das instalações e do modo de funcionamento da sua unidade, contribuirá certamente para que se possa sentir em segurança. A presença de familiar ou outra pessoa significativa na admissão, para que saiba onde e como se encontra instalado, deve ser possibilitada, assim como esta presença deverá ser valorizada no decorrer do internamento, desde que o estado de saúde o permita, para que o utente se sinta mais seguro, e a família fique mais tranquila. A família deve ser integrada na prestação de cuidados – higiene, alimentação, tratamentos, como forma de reduzir a ansiedade face ao desconhecido e de estimular a comunicação com o doente e com a equipa terapêutica (ANTODILHO et al., 1995).

*“Para que a família possa desempenhar na totalidade a sua função de prestadora de cuidados, os profissionais de saúde devem procurar compreender e avaliar as necessidades sentidas pelos familiares e criar condições para que a família e o utente possam verbalizar os seus sentimentos, receios e angústias. Este é um tempo oportuno para o ensino do*

*familiar cuidador, em especial se estiver previsto o regresso a casa do utente”*  
(BARBOSA, 2006, p. 453).

Proporcionar a informação oral e escrita considerada necessária, com a satisfação de todas as dúvidas, a começar na admissão (com a entrega do guia de acolhimento com normas e regras do serviço) bem como a informação prévia à execução de tratamentos e exames, a que possa ser sujeito e também perante a perspectiva de uma cirurgia, minimizará certamente reacções evidentes ou ocultas a nível emocional. A informação garantida ao próprio e seus familiares como preparação para o mais rápido regresso a casa possível, tem significado neste contexto.

De modo a poderem garantir a continuidade dos cuidados no domicílio após a alta hospitalar do idoso dependente, é importante que o cuidador informal seja considerado como parceiro, e sujeito de cuidados, sendo-lhe disponibilizada informação, acompanhamento e treino, como nos refere (SILVA, 2006).

O conceito de parceria largamente utilizado no campo empresarial, também na área da saúde tem sido cada vez mais valorizado. Incluem-se preocupações desta ordem, no novo sistema de cuidados continuados integrados, no apoio integrado a idosos, com a chancela da Organização das Nações Unidas. Trata-se de parcerias sobretudo interinstitucionais. No que se refere à área de enfermagem, no âmbito da prestação de cuidados, em que *“tem sido pioneira a área materno – infantil”*, citado por CASEY, (1995), o conceito de parceria aplica-se a nível interpessoal. Entre os cuidadores formais do hospital e os da comunidade, entre cuidadores formais e utentes e ainda entre cuidadores formais e informais.

Através de trabalhos realizados, diz-nos o autor, que os enfermeiros começaram a compreender as barreiras interpessoais, comportamentais e sociais ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Foram feitas tentativas para ultrapassar essas barreiras, passando a prática de enfermagem a reflectir uma abordagem de parceria.

O mesmo autor acrescenta que

*“...Se um membro da família é capaz de estar presente, ou a pessoa se quer auto - cuidar, um processo de negociação é estabelecido com a enfermeira que fornece suporte contínuo, é feito ensino para capacitar a família para a tomada de decisões informadas sobre cuidados e qual a sua parte neles”* (1995, p.1059)

Problemas de comunicação podem impedir que os cuidadores informais tomem a opção de acompanhar os idosos internados fornecendo-lhes cuidados. O que mais pode influenciar o nível de envolvimento, é de facto, o grau de comunicação entre enfermeiros e famílias. A literatura sobre interacção profissional / família e sobre atitudes dos enfermeiros perante o envolvimento da família, sugere que o facto do estilo de desempenho de enfermagem ser centrado no enfermeiro ou centrado na pessoa, exerce também grande influência.

O estilo de enfermagem tradicional, centrada no enfermeiro, tem os profissionais a controlar a informação, tomando decisões em nome das famílias. Estes enfermeiros acreditam que sabem o que é melhor para o doente, em contraste com o estilo de enfermagem centrado no utente, que respeita as necessidades individuais e a autonomia; consulta-os como iguais e facilita-lhes toda a informação para poder participar na tomada de decisão.

Citado por DINIS (2006, p. 51), para SQUIRE (2005), no âmbito da promoção da saúde, parceria pode ser considerada, como:

*“Respeitar as perspectivas das outras pessoas, analisar as nossas atitudes face aos cuidados sociais e de saúde e chegar a consensos e a decisões conjuntas acerca das actividades e programas de promoção da saúde”(...) “partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com os outros”.*

Já para GOMES (2002), citado pelo mesmo autor, parceria trata-se de um

*“Processo dinâmico negociado, em conjunto por duas partes, doentes/famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de*

*cada um, respeitando as crenças e saberes, no intuito de querer alcançar um objectivo comum”.*

Parceria é sem dúvida um conceito complexo, que MARTINS (2004, p.10) simplesmente refere como *“...um processo durante o qual o doente e o enfermeiro trabalham juntos para amortecer o impacto com a hospitalização”.*

DINIS (2006), invocando a complexidade do conceito, perante estas definições de parceria, de entre outras, questiona se só poderemos falar em parceria estando todos os atributos desta presentes, ou pelo contrário, na presença apenas de alguns. E ainda, em caso afirmativo, quais seriam então?

*“Ser parceiro implica querer – ser”*; Está dependente da vontade de querer ter um papel activo no trabalho com o outro; *“Ser parceiro implica fazer – com”*, ao contrário de *“fazer – por”* (SANTOS, 2002).

Para DINIS (2006), de acordo com o conceito de parceria subjacente, assim poderá variar o critério para que uma pessoa se possa considerar parceiro. Se a concepção de parceria se apoia principalmente na participação, o grau de intervenção na acção, independentemente de outros critérios, pode ser o critério para se ser considerado parceiro.

*“Parceria de cuidados pode ser um ideal em qualquer contexto de cuidados de saúde, mas compreender melhor o relacionamento entre profissionais e cuidadores informais aproxima o ideal da realidade”.* (CASEY,1995) p.1061).

### 3 –PROGRAMAS QUE VISAM O BEM-ESTAR DOS IDOSOS-CUIDADOS CONTINUADOS

Os programas desenvolvidos em torno do envelhecimento, e das respostas sociais de apoio aos idosos têm adquirido nos últimos anos crescente actualidade e importância.

Segundo CABETE (2005), é importante o conhecimento das políticas de saúde e dos recursos nacionais e locais vocacionados para prestar cuidados de saúde e apoio social aos idosos, para que a hospitalização possa ser um acontecimento a evitar se possível, e caso contrário que esta possa ter uma duração o mais curta possível.

Centros de dia, organizações de viagens para a 3ª idade com preços e itinerários adaptados; passe social para maiores de 65 anos; programas de prevenção e rastreio de doenças e a criação de linhas telefónicas para o cidadão idoso, são alguns dos exemplos de estratégias de apoio social para os idosos. O objectivo principal é estimulá-los a viver com qualidade, adoptando estilos de vida mais saudáveis, e tornando-os mais participativos na vida da sociedade.

Para BARRON (1996), o apoio social é um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre indivíduos, enquanto para CRUZ (2001 p. 84):

*“O Apoio Social é genericamente definido como a utilidade das pessoas (que nos amam, dão valor e se preocupam connosco) nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância”.*

Neste contexto o apoio assume um papel de assistência e ajuda através de elementos de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.

Na opinião destes autores o apoio social não deve ser simplesmente uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transacções entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer as suas necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos.

O papel protector das forças sociais e a sua influência no bem-estar e qualidade de vida, são hoje indiscutíveis. Confirmam-no diversas investigações das quais destacamos as de SERRA (1999). As razões apontadas pelo autor traduzem-se nos seguintes aspectos:

-Estabelecerem elos afectivos mais firmes aumentando assim a segurança;

-Contribuírem para a integração social, favorecendo o reconhecimento, valor e competências do indivíduo;

-Possibilitarem as trocas (dar e receber) conselhos e informações orientadoras;

-Proporcionarem aos seres humanos, a prestação de cuidados a outras pessoas reforçando deste modo sentimentos de utilidade.

As várias redes sociais de apoio têm uma importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato.

No plano das respostas organizadas para idosos, importa pois apresentar propostas que integrem novas relações emergentes entre diferentes gerações, mas que respeitam as opções pessoais de cada um, inerentes aos seus projectos de vida.

As redes de apoio social ao idoso podem de uma forma geral dividir-se em dois grupos principais: as redes de apoio formal e as redes de apoio informal, estas últimas já anteriormente faladas.

No grupo constituído pelas redes de apoio formal incluem-se serviços estatais, de segurança social e os organizados pelo poder local - Lares para a terceira idade, Serviços de Apoio Domiciliário e Centros de Dia. Nas redes de apoio informal, estão incluídos por um lado as famílias do próprio idoso e por outro, os amigos e vizinhos.

Historicamente foi depois de 1974, que as políticas sociais dirigidas à "terceira idade" ganharam maior incremento, contemplando todas as pessoas do meio rural e urbano em idade limite de reforma, e as consideradas incapacitadas para o trabalho.

O modelo do sistema de segurança social, que assegura a aplicação destas políticas sociais, começou a evidenciar na década de 80 uma crise no seu sistema de financiamento. Neste contexto, o Estado reagiu criando espaços de actividade social privada e fortaleceu-se para a produção de bens e serviços.

A Sociedade - Providência organizada, inicialmente em actividades do sector de segurança social, é reforçada pelo Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro que alarga a concepção legal de IPSS aos «domínios da saúde, da educação, da habitação e outros em que as necessidades sociais dos indivíduos e das famílias encontram apoio».

No caso das pessoas idosas, isto traduziu-se na implementação de estruturas de apoio à "terceira idade" (lares de idosos, centros de dia, e apoio domiciliário) a cargo de Instituições Privadas de Solidariedade Social (Decreto-Lei nº 519 G2/79, de 29 de Dezembro).

Assim, desde a década de 80 surgiram lares de idosos em quase todas as sedes de concelho onde ainda não existiam. O número de lares de idosos em Portugal tutelados por IPSS era em 1981 de 322, passando a 543 em 1993. Nesse mesmo

intervalo de tempo, os centros de convívio passaram de 60 para 162; e os centros de dia e apoio domiciliário de 35 para 858 e de 28 para 710, respectivamente.

Na década de 90, surgiram experiências - piloto de residências como alternativa aos lares de grandes capacidades e em 1993 implementaram-se 10 unidades destas, abrangendo 273 utentes (MESS/DGAS, 1994).

Publicada em 1998, a primeira Carta Social da rede de serviços e equipamentos, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, identifica como respostas sociais para pessoas idosas com maior relevância, três tipos de equipamentos: os lares e centros de dia com a preponderância de 30% cada; e o apoio domiciliário com 27% do total das valências. As restantes ofertas apresentavam um peso diminuto: centros de convívio com 9%, acolhimento familiar com 3% e residências com 1%.

Desde 1998, os equipamentos e serviços que apresentaram um maior acréscimo foram os dirigidos à população idosa, com 770 novas valências, 16 536 lugares criados servindo 26 251 utentes seguindo-se a área da infância e juventude com um aumento de 285 valências, 12 543 novos lugares e 22 812 utentes, representando 50% e 37%, respectivamente, do total das valências existentes. (MTS-DEPP, 2001, p. 34).

O aumento progressivo do número de idosos, fez aumentar simultaneamente a probabilidade de ocorrerem situações de dependência física, psíquica e social, fazendo crescer a necessidade de respostas sociais mais adequadas a estas situações.

### 3.1 – LARES DE IDOSOS

A política social de apoio aos idosos tem vindo a desenvolver medidas que visem a permanência destes na sua residência, inseridos no seu meio social. No entanto esta realidade nem sempre é possível, devido a falta de eficácia nos serviços de apoio, originando a necessidade de recorrer a lares.

Há uns anos atrás, as medidas de protecção em relação aos idosos, dirigiam-se principalmente no sentido de prestar auxílio aos excluídos socialmente. Mendigos, velhos, inválidos entre outros, eram acolhidos em asilos /sem abrigo que lhes garantiam alimentação e dormida, mantendo-os de certa forma afastados da sociedade geral.

Nos dias de hoje a posição do idoso adquiriu autonomia e tratamento relativamente diferenciado. Os idosos presentemente possuem estruturas sociais específicas criadas para lhes prestar auxílio.

Os lares continuam a alojar idosos, principalmente os mais carenciados. O lar de idosos é um estabelecimento onde são desenvolvidas:

*“Actividades de apoio social a pessoas idosas através de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”*

(Despacho Normativo nº 12/98, 25-2-1998, p.767-774).

Em relação aos aspectos jurídicos os lares podem ser lares oficiais, IPSS, e lares privados com fins lucrativos. Existem diferenças na origem dos financiamentos nos vários tipos de lares, sendo que os oficiais e os particulares de solidariedade social são financiados pelo estado, contribuindo os idosos de acordo com as suas possibilidades / reformas.

Os lares particulares de Solidariedade Social têm vindo a aumentar. O Estado fornece apoio financeiro e fiscaliza no sentido de garantir uma boa prestação dos serviços e uma correcta utilização dos apoios fornecidos, afastando-se simultaneamente da administração directa.

No que se refere aos lares privados, estes vêm praticando mensalidades livres e muitos deles não se encontram devidamente legalizados.

### 3.2 – CENTROS DE DIA

Os centros de dia aparecem em meados dos anos setenta, tendo como objectivo essencial a criação de condições mais favoráveis à manutenção das pessoas idosas no seu domicílio. O centro de dia aparece como uma estrutura de apoio social fornecendo diversos serviços que dão respostas imediatas às carências socio-económicas dos idosos. Favorecem as suas relações interpessoais a fim de evitar o isolamento, e promovem actividades sócio - culturais e recreativas diversificadas.

Nos anos 80, os centros de convívio passaram de 60 para 162 e os centros de dia de 35 para 858. (MESS/DGAS, 1994).

Os Centros de Dia como respostas sociais locais têm a sua área de influência maioritariamente a nível da freguesia. Como respostas de proximidade, os Centros de Dia recebem predominantemente idosos das suas próprias freguesias.

Os Centros de Dia combatem o isolamento e a falta de disponibilidade das famílias que têm idosos a seu cargo.

### 3.3 – APOIO DOMICILIÁRIO

Hoje, a população tem acesso a um amplo leque de informação, levando a que, em algumas áreas, haja uma maior procura dos serviços como, por exemplo, o Apoio Domiciliário.

Esta actividade tem sido igualmente potenciada por factores que se prendem com o envelhecimento da população, e o conseqüente aumento do número de indivíduos portadores de doença crónica ou, ainda, com as altas hospitalares precoces.

O Apoio Domiciliário consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados a indivíduos e famílias na sua própria residência. Tem como finalidade assegurar a satisfação das suas necessidades e / ou as actividades da vida diária, por motivos de doença, deficiência ou impedimentos de outra ordem.

O serviço de apoio domiciliário garante a prestação de cuidados de enfermagem e médicos, de carácter preventivo, curativo e outros, bem como a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas.

Este tipo de serviço é praticado através de um conjunto de acções multidisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articuladas, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio.

No passado estas situações eram resolvidas através de uma rede informal, constituída por familiares, e que tipicamente não era contabilizada. Por alterações demográficas e culturais, esta rede informal tem vindo a reduzir-se, se não mesmo a desaparecer. Em sua substituição emergiram organizações privadas, mas que com frequência são claramente deficientes na sua capacidade de responder às necessidades qualitativas e quantitativas.

A existência dos cuidados domiciliários reveste-se de grande importância, porque permite aos indivíduos permanecerem em suas casas enquanto tal for possível, levando a uma redução da sobrecarga hospitalar e promovendo, em simultâneo, a qualidade de vida do indivíduo que necessita destes cuidados, mas, também, de familiares que assegurem esta função.

Os cuidados domiciliários, uma das actividades básicas dos cuidados de saúde primários, respondem a um direito de igualdade no acesso aos cuidados de saúde, direito este contemplado pelo Sistema Nacional de Saúde. São cuidados caracterizados pela sua intervenção integral, integrada e multidisciplinar.

Cabe aos Serviços de Saúde a responsabilidade de promover a acessibilidade e a qualidade dos cuidados que prestam, sobretudo a nível dos cuidados domiciliários.

#### 3.4 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS

Em 2003 foi aprovada a Rede de Cuidados Continuados, constituída pelas entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde e que se destinavam a

*“Promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos... incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal de vida” (Plano Nacional de Saúde 2004/2010).*

Este diploma, visa garantir um regime de complementaridade e estreita articulação entre as redes de cuidados de saúde primários e hospitalares.

São orientações estratégicas inseridas no Plano Nacional de Saúde 2004/2010, de entre outras, as seguintes:

- adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos;
- implementação e avaliação do Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas;
- investimento na identificação das dificuldades mais frequentes no acesso aos serviços e cuidados de saúde;
- Informação da população idosa sobre o modo de lidar com as situações de doença mais frequentes;
- articulação dos serviços de saúde com o sistema de cuidados continuados;
- actuar sobre as determinantes de autonomia e independência;
- identificação dos critérios de fragilidade da população idosa;
- generalização e prática do conceito de envelhecimento activo;
- promover e desenvolver intersectorialmente, ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos;
- detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas;
- detectar e encaminhar adequadamente, situações de violência, abuso ou negligência;
- recurso cada vez maior a tecnologias e serviços favorecedores de apoio e de segurança ( ex. telealarme);
- articulação dos cuidados de saúde com grupos de apoio da sociedade civil e com serviços prestados por outros ministérios.

*“O Projecto de Cuidados Continuados e Apoio Social”* visa a criação de um modelo de intervenção articulada (Saúde/Acção Social), com o envolvimento dos parceiros e o aproveitamento e racionalização dos recursos existentes. Tem como finalidade, garantir a qualidade de vida das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias e comunidade para gerir estas situações (Ministério da Saúde, 1999).

A intervenção do Enfermeiro visa desenvolver no indivíduo e na família as capacidades e conhecimentos que lhe permitam lidar com a situação de dependência e com a doença ou deficiência que lhe está subjacente. Deve promover o máximo de autonomia possível em cada situação e assegurar os cuidados necessários.

Esta actividade deve desenvolver-se de acordo com os seguintes princípios definidos conjuntamente pelos Serviços de Saúde e Sociais (Ministério da Saúde, 1999):

- prevenção da dependência;
- promoção da autonomia;
- reconhecimento da dignidade e dos direitos sociais das pessoas em situação de dependência;
- prioridade à permanência no meio habitual de vida;
- coordenação das políticas de saúde e de acção social;
- reforço das parcerias locais.

Pelo Dec<sup>o</sup> Lei nº 101/2006 de 6 de Junho do Ministério da Saúde, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tendo-se iniciado com experiências piloto durante o primeiro ano. Estas experiências piloto são devidamente monitorizadas, a fim de avaliar o seu funcionamento e introdução de eventuais medidas correctivas, teve como objectivo melhorar a qualidade dos serviços prestados e a adaptação às necessidades das populações numa perspectiva local.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, é constituída pelo conjunto de instituições públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados preferencialmente no local de residência do utente, mas também em instalações próprias quando tal não for possível.

Os serviços prestados tanto por entidades públicas (hospitais e centros de saúde) como privadas (nomeadamente IPSS e Misericórdia), assentam em parcerias com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e são compostas por diversas entidades que participam em experiências piloto por todo o país, com um número crescente de camas para os cuidados continuados, sendo a prestação

de cuidados continuados assegurada da seguinte forma:

- Unidades de Internamento

Unidades de Convalescença (internamento até 30 dias)

Unidade de Média Duração e Reabilitação (internamento até 90 dias)

Unidade de Longa Duração e Manutenção (internamento superior a 90 dias)

Unidade de Cuidados Paliativos

- Unidades de Ambulatório

Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia

- Equipas Hospitalares

Equipa de Gestão de Altas

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

- Equipas Domiciliárias

Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

O Artº 31 do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, identifica a população alvo dos cuidados continuados integrados, onde se incluem as pessoas idosas com critérios de fragilidade, nomeadamente em situação de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos ou níveis de dependência, necessitando de cuidados de saúde e/ou sociais.

Por Cuidados Continuados Integrados entende-se:

*“ O conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global e entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, Artº 13).*



#### **4 – PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA**

Um problema frequentemente encontrado nos hospitais, é a má definição do papel do profissional de saúde, nomeadamente do enfermeiro, na preparação do regresso a casa do paciente internado. A evidência de um planeamento do regresso a casa inadequado, tem suporte em estudos que identificam, após a alta, a existência de necessidades não satisfeitas. (MARAMBA et al., 2004). A autora refere que um inadequado planeamento de alta contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, inadequado seguimento após a alta, falta de preparação para o auto-cuidado e readmissões subseqüentes por insuficiente educação do paciente. É, também, invocada como causa de um ineficaz processo de preparação da alta, a comunicação insuficiente bem como a falta de tempo para educar / informar.

O internamento hospitalar, para além do seu custo económico, tem um preço quer a nível físico, quer psicológico e também social, pelo que não será de valorizar o seu prolongamento para além do estritamente necessário. O espaço domiciliário, como atrás referido, é local privilegiado à recuperação destas pessoas, junto daqueles que lhes são significativos, desde que para tal haja as condições necessárias.

As curtas estadias no hospital, que tantas vantagens apresentam, podem no entanto, afectar a educação do paciente. Por um lado, limitam o tempo de que os enfermeiros dispõem para identificar necessidades e educar / informar utentes e cuidadores sobre auto-cuidado, por outro lado, afectam a capacidade do utente para aprender.

Num estudo sobre doentes submetidos a *by-pass* coronário foram identificadas situações no hospital, como desfavoráveis à aprendizagem.

*“A preocupação com necessidades físicas, desconforto e letargia secundária a medicação para a dor, foi frequentemente invocada como a razão da incapacidade dos pacientes para se concentrarem no ensino” (MARAMBA et al., 2004, p.124).*

Há indicadores dos resultados pós alta em doentes hospitalizados, de acordo com ELIOPOULOS (2005), tais como:

-a complexidade das condições médicas (quanto mais complexas piores os resultados);

-a auto-investigação do estado de saúde (têm maior possibilidade de recuperar a saúde após a alta, os idosos que consideram a sua saúde boa);

-a história anterior da responsabilidade mantida pela própria saúde (alterações a este nível nomeadamente por deficiências físicas, cognitivas ou outros problemas anteriores, aumenta o risco de dificuldades com a alta);

-suporte familiar ou social (pessoas com disponibilidade para auxiliar nos cuidados ou prestar apoio aumenta o sucesso pós alta).

O planeamento da alta hospitalar é competência, também, dos enfermeiros, sendo esta, por vezes, ainda pouco valorizada. CABETE (2005) questiona, se a alta será meramente um processo administrativo, com alguns procedimentos por parte de alguns técnicos, na véspera de se pretender que o doente vá para casa. A autora coloca também a seguinte interrogação:

*“ Questionamos a nossa prática no que diz respeito à preparação do regresso a casa, entendida como um processo que tem que ser iniciado tão cedo quanto possível e que pode, por si só, ser benéfico na redução do medo quanto ao futuro? (p. 139).*

Sendo a incerteza quanto ao futuro uma das causas de ansiedade do idoso hospitalizado, é de grande importância o planeamento em equipa desde cedo, influência positiva certamente na redução deste medo, e de forma a que a alta clínica possa coincidir, com a saída efectiva do doente do hospital.

A equipa de saúde deverá elaborar um plano de cuidados globais, de acordo com as necessidades individuais do doente, com a finalidade de o preparar para o regresso a casa, promovendo a sua autonomia e posterior reinserção na sociedade, dentro das suas possibilidades.

A elaboração do plano de cuidados deve ter em conta o projecto de vida do doente e, se possível, ser construído em parceria com ele e com a família. A participação activa do doente e família permite o envolvimento em todo o processo, assim como uma co-responsabilização nas decisões tomadas.

ELIOPOULOS (2005), refere que os idosos hospitalizados merecem um planeamento de alta precoce e bem elaborado, devendo este incluir, prevenção de complicações, redução do risco de nova hospitalização, bem como o minimizar do stress, tanto para os próprios como para os seus cuidadores.

Assim, a preparação do regresso a casa, é um processo contínuo e gradual que deve iniciar-se na admissão hospitalar, variando de acordo com a fase e estado em que o idoso se encontra. Toda a equipa de saúde deverá estar envolvida desde o início, no acompanhamento do idoso, e avaliará todo o processo de recuperação.

*“ O planeamento efectivo da alta é particularmente significativo, dada a permanência tendencialmente menor no hospital por parte dos utentes, e respectivo regresso a casa em estádios mais debilitados” (ELIOPOULOS, 2005, p.425).*

O apoio social, a família e os amigos são elementos muito importantes na recuperação do idoso hospitalizado. A identificação do futuro prestador de cuidados do idoso é essencial, no sentido de o incluir na preparação do regresso a casa. O ensino, a identificação das necessidades técnicas e humanas, disponibilizando-se para o encaminhar, muitas vezes diminui a sua ansiedade.

É importante reconhecer o cuidador informal, como a componente fundamental, na recuperação após a alta e num processo de alta bem sucedido.

*“As referências para avaliar cuidados em casa prestados pelos cuidadores informais, inclui demonstração pelos cuidadores, de boa vontade, prontidão para assumir o papel de cuidador, conhecimento dos regimes de tratamento recomendados e compreensão de quando contactar profissionais de saúde”* (MARAMBA et al., 2004, p.125).

É fundamental promover a sistematização da preparação do regresso a casa. A preparação do regresso a casa, é um processo de identificação e preparação das necessidades antecipatórias de saúde, com vista à alta do idoso, tendo sido associada a resultados positivos, onde se inclui:

-  
*“Alta satisfação por parte dos doentes e prestadores de cuidados, melhoria da referenciação, utilização dos serviços da comunidade, menos complicações após a alta, diminuição do número de readmissões, diminuição do tempo de internamento, diminuição dos custos com o internamento”* (MARAMBA et al., 2004, p.123).

Em relação ao regresso a casa há ainda:

- necessidade de maior número de recursos humanos, aumentando, assim, os custos com honorários do pessoal e os custos com a sua formação;

- aumento da percepção dos doentes e prestadores de cuidados, sobre as competências para assegurar a continuidade dos cuidados ou o plano terapêutico;
- diminuição da duplicação de acções;
- redução da omissão de intervenções necessárias para a preparação do regresso a casa;
- melhoria da qualidade de vida de doentes e familiares;
- a continuidade de cuidados, podendo influenciar positivamente o estado de saúde do doente.

A promoção da presença de pessoas significativas junto do idoso, incentivando-os a participar nos cuidados e mostrando-lhes disponibilidade para exporem as suas dúvidas e receios, favorece a consolidação da aprendizagem por parte do utente, e poderá, mais tarde, já em casa, vir a ajudá-lo a pôr em prática os aspectos ensinados, quer lembrando e motivando, quer ajudando-o, ou substituindo-o nas actividades em que se encontre dependente. Cuidadores presentes na preparação do regresso a casa, demonstram menos ansiedade, maior satisfação e os familiares revelam menos problemas de saúde.

Segundo HAYNES (1979) citado por OGDEN (1999), os níveis de satisfação dos doentes, resultam de várias componentes, em particular dos aspectos afectivos (por exemplo, apoio emocional e compreensão), dos aspectos comportamentais (por exemplo, prescrição, explicações adequadas), e dos aspectos ligados à competência do profissional de saúde (por exemplo, encaminhamento adequado).

A formação e a informação das pessoas, sobre a melhor forma de cuidar, poderá ajudar ambas as partes, quem cuida e quem é cuidado. Os utentes a quem foi feito ensino, recorrerão certamente menos aos serviços de saúde por intercorrências relacionadas com o motivo do internamento.

Destinados a ser utilizados pelo utente e pessoa significativa, também os guias orientadores de ensino e folhetos informativos, poderão facilitar a compreensão por parte destes, dos aspectos mais significativos a ter em atenção. A possibilidade de utilização de normas de ensino e grelhas, com aspectos orientadores de ensino, parece-nos vantajoso pois pode dar à equipa uma visão global do ponto da situação em termos de ensino, permitindo-lhe dar continuidade ao trabalho iniciado, ensinando, consolidando e validando.

Uma boa comunicação com a família, passará pela transmissão de informação adequada às suas necessidades, ensino dos cuidados ao familiar doente, permissão aos familiares de participarem nos tratamentos e nos cuidados a prestar ao utente e pela instilação de tranquilidade, segurança e esperança (MARRUCHO, 2001).

As necessidades da família ou de pessoas significativas que prestam apoio e assistência nos cuidados, devem ser consideradas na preparação do regresso a casa. Assim, a fim de aumentar o bem-estar do cuidador, e de favorecer o seu melhor desempenho, o enfermeiro deverá apoiar e vigiar o cuidador (devendo os familiares que têm idosos a seu cargo poder dispor de tempo para cuidar de si próprios), assegurar cuidados durante o descanso, informar, ensinar, orientar para rede de suporte social e de grupos de apoio, proporcionar o envolvimento da família e o seu suporte, incluindo o suporte emocional (devendo fazer-se o reconhecimento do seu trabalho), aconselhamento e instilação de esperança, assim como apoio à tomada de decisão.

De acordo com MARTINS (2005), doentes e cuidadores que saem do hospital com informação, à medida que o tempo passa sentem-se inseguros, necessitando de reforços.

*“...Dos 53% de doentes que receberam informação para o pós alta, 19% recorreram ao hospital...dos 47% de doentes que não receberam informação para a alta, 58% tiveram recaídas” (MARTINS, 2004) p. 17).*

Das intervenções que devem ser implementadas para assegurar uma adequada transição do hospital para a comunidade, incluem-se: uma ligação formal entre o hospital e a comunidade, que garanta a continuidade de cuidados; articulação com os cuidados de saúde primários, através da nota de alta, contacto telefónico prévio e envio da informação por fax ou por outra forma; articulação com outras instituições, lares, cuidados domiciliários ou outros, dando informações no sentido da continuidade de cuidados. Se necessário, o enfermeiro do Hospital poderá vir a prestar cuidados no domicílio numa fase transitória Hospital / Comunidade; os resultados esperados são relatados ao utente e ao cuidador informal, já que ambos são essenciais para uma alta bem sucedida.

Está provado por estudos efectuados, que doentes informados recorrem menos após a alta aos serviços de saúde, devendo o enfermeiro / equipa de enfermagem disponibilizar-se para prestar todos e quaisquer esclarecimentos, quando necessário, também após a alta. Mesmo quando se consideram os doentes bem informados no momento da alta, é referido nesses estudos que, passados alguns dias há necessidade de mais informação.

Após a alta hospitalar o enfermeiro / equipa de enfermagem ou pessoa referenciada para o efeito, deverá favorecer satisfação de todas as dúvidas se o doente assim o solicitar, após ter-lhe sido possibilitado o contacto telefónico, ou outra forma considerada.



## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO E DOCUMENTAL



## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGIA**

#### **1 – TIPO DE ESTUDO**

Como já foi referido neste trabalho, o facto do aumento da longevidade ter implicações nos nossos serviços de saúde, que passaram a ser cada vez mais procurados por pessoas das faixas etárias mais elevadas, nomeadamente no serviço de cirurgia onde exercemos funções, e dada a tendência cada vez maior à redução dos tempos de internamento hospitalar ao estritamente necessário, sentimo-nos motivados para a realização deste estudo, cujo tema é “A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa Hospitalizada”. Conscientes da importância de que se reveste a preparação do regresso a casa na hospitalização, sobretudo da pessoa idosa, colocou-se-nos desde o início a seguinte questão:

-Na alta hospitalar, considerar-se-á a pessoa idosa preparada para o regresso a casa?

O enfermeiro, dentro da equipa em que está inserido tem um papel importante e um contributo a dar na preparação do regresso a casa do idoso hospitalizado.

Partindo então deste pressuposto, decorrente da experiência profissional por um lado, mas fundamentada também pela revisão bibliográfica, construímos o seguinte objectivo geral para este estudo:

-Compreender a contribuição do enfermeiro na preparação do regresso a casa, do idoso hospitalizado num serviço de cirurgia geral, na perspectiva do idoso.

Propomo-nos ainda atingir os seguintes objectivos específicos:

- Perceber se os idosos e famílias, na alta hospitalar, se consideram preparados para o regresso a casa;

- Identificar factores que possam impedir uma adequada preparação do regresso a casa;
- Analisar a importância da presença da família, considerada pela pessoa idosa, durante o internamento hospitalar;
- Ter a percepção do seu grau de satisfação relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Em face do objectivo geral traçado para este estudo, optámos por uma abordagem qualitativa, relativamente ao estudo empírico, pois é aquela que na perspectiva de alguns autores mais se adequa ao tipo de estudo em curso, e dentro deste tipo de abordagem optámos pelo método fenomenológico.

Para CARMO (1998, p.180),

*“Os métodos qualitativos são “humanísticos” – Quando os investigadores estudam os sujeitos de uma forma qualitativa tentam conhecê-los como pessoas e experimentar o que eles experimentam na sua vida diária...”*

LENINGER (1984), citada por MARRUCHO (2001, p.125), refere que:

*“ ...A investigação qualitativa é, frequentemente, a forma (...) de documentar factos desconhecidos de certos aspectos das pessoas, (...), considerando-a o principal método para, entre outras, descobrir essências, sentimentos e significados (...) [ou seja] para abordar experiências subjectivas”.*

CARMO (1998, p.180) refere-nos também que:

*“A investigação qualitativa é “descritiva”. A descrição deve ser rigorosa e resultar directamente dos dados recolhidos. Os dados incluem transcrições de entrevistas, registos de observação, documentos escritos (...). Os*

*investigadores analisam (...) os dados recolhidos, respeitando, tanto quanto possível, a forma segundo a qual foram registados ou transcritos”.*

Para este autor,

*“a investigação descritiva compreende (...): definição do problema, revisão da literatura, formulação das hipóteses ou das questões de investigação, definição da população - alvo e escolha da técnica de recolha de dados, determinação da dimensão da amostra, selecção da técnica de amostragem adequada e selecção ou desenvolvimento de um instrumento de recolha” (p.213).*

Deverá haver uma correspondência entre os resultados e a realidade, traduzindo estes resultados na verdade a realidade estudada.

*“O problema da validade atravessa todas as etapas de uma análise de conteúdo, desde a constituição do corpus à escolha das unidades de análise e ao sistema de quantificação. Não há questões de validade específicas da análise de conteúdo. Como em qualquer outro procedimento de investigação, também neste o investigador deve assegurar-se e deve assegurar os seus leitores de que mediu o que pretendia medir” VALA (2003, p.116).*

Segundo CARMO (1998, p.199),

*“ A fiabilidade pode ser garantida sobretudo através de uma descrição pormenorizada e rigorosa da forma como o estudo foi realizado, a qual implica, não só uma explicação dos pressupostos e da teoria subjacentes ao próprio estudo, mas também uma descrição do processo de recolha de dados e da forma como se obtiveram os resultados”.*

*Como complemento do estudo empírico apresentamos uma investigação documental também realizada no serviço.*

## 2 – LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo é o serviço de cirurgia de um hospital central de Lisboa. Este serviço com capacidade para 53 doentes, possui quartos de duas e três camas distribuídos por duas alas e inclui uma unidade de Cuidados Intermédios com seis camas. Os utentes são normalmente provenientes da Consulta Externa, com cirurgia planeada ou não, ou ainda da Urgência Geral, vindo daí directamente, ou da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos / Recobro, se tiverem sido submetidos a intervenção cirúrgica.

### **QUADRO Nº 5 - Índices de Produtividade 2005 - 2006 - 2007**

<b>Ano</b>	<b>Taxa de Ocupação</b>	<b>Demora Média</b>	<b>Rentabilidade por Cama</b>
<b>2005</b>	78,22%	6,34	41,04
<b>2006</b>	75,30%	5,91	46,5
<b>2007</b>	81,10%	5,81	51,0

A grande incidência de idosos neste serviço corresponde à realidade actual pois tem sido crescente e considerável, sendo também um dos factores que nos tem motivado à abordagem desta temática.

São objectivos deste serviço:

-proporcionar ao utente o mais elevado nível de assistência, visando uma recuperação física, psíquica, social e profissional tão rápida quanto possível;

-compreender o significado da saúde e ao mesmo tempo a disfunção física ou psicológica, assim como o seu efeito sobre o ser humano total;

-ajudar o indivíduo a enfrentar os seus problemas e a colocá-los numa perspectiva adequada à sua situação, visando atingir o máximo da homeostase;

-servir de campo de aprendizagem a estudantes de medicina, enfermagem ou outros elementos que trabalham na área da saúde;

-desenvolver um bom ambiente de trabalho de forma a favorecer satisfação pessoal e profissional, com promoção social, desenvolvimento cultural e económico dos seus funcionários.

As visitas aos doentes internados, ocorrem das 15 às 17 horas, sendo permitido neste período de tempo a presença constante de duas pessoas que podem no entanto alternar-se, de modo a não ultrapassarem esse número. Das 19 às 20 horas a visita destina-se apenas a uma pessoa. Para além das visitas, o utente pode escolher um familiar ou amigo, para estar junto de si mais tempo, podendo este vir também a colaborar na prestação de cuidados, se assim o desejar. Formalmente o acompanhante pode estar com o utente das 12,30 às 20 horas, mas avaliado caso a caso e de acordo com as necessidades do utente / família ou do próprio serviço, poderá estar mais tempo junto deste.

Uma preocupação com o acolhimento ao utente no decorrer do internamento tem sido valorizada neste serviço, pelo que foi criado um guia de acolhimento ao utente e família há largos anos, onde se inclui, em anexo, um questionário sobre as condições de acolhimento no decorrer do internamento. Este questionário com 14 questões fechadas (sobre apresentação ao pessoal do serviço e aos outros doentes do quarto na admissão, sobre a informação das normas do serviço, sobre as informações possibilitadas ou não, antes de ser submetido a exames, a cirurgia, ou dos cuidados a ter após a alta, ao próprio e à família) e 3 questões abertas (sobre o que é que mais lhe agradou, o que menos lhe agradou e a possibilidade de apresentar sugestões), destina-se a ser preenchido na alta hospitalar pelo utente, podendo não ser assinado e sendo sempre colocado em caixa própria, existente uma em cada ala do serviço. Os questionários são

recolhidos, lidos e estabelecidas medidas correctivas. Também durante um mês em cada semestre, os dados são analisados e é feita comparação entre o primeiro e o segundo semestre, sendo os resultados apresentados aos enfermeiros e introduzidas medidas de correcção segundo a avaliação feita. Um estudo comparativo entre 1992, 1999 e 2006 que se encontra no capítulo 5, revela-nos melhorias assinaláveis, nos seguintes aspectos:

- apresentação ao pessoal do serviço e aos utentes do quarto na admissão;
- entrada de familiares no quarto, na admissão, para que soubessem onde e como se encontrava instalado;
- informação das normas do serviço;
- opinião sobre o acolhimento na admissão;
- informação ao ser submetido a exames, tratamentos ou cirurgia;
- interesse, disponibilidade e ajuda por parte dos enfermeiros;
- cuidados a ter após a alta ao próprio e à família.

O método de trabalho praticado pelos enfermeiros, é o método individual (responsabilidade pela prestação global de cuidados aos utentes que lhe estão atribuídos) na enfermaria, e o método por enfermeiro responsável na Unidade de Cuidados Intermédios (desde a admissão até à alta o enfermeiro é responsável por um grupo de utentes apesar dos cuidados serem realizados por outros colegas na sua ausência. É o enfermeiro responsável que planeia os cuidados.

Houve um contacto informal para obtenção da autorização de realização do estudo, com a Enfermeira Directora numa primeira fase, a que se seguiu um pedido formal dirigido ao Conselho de Administração (ANEXO I).

Em anexo encontra-se também a autorização para a realização das entrevistas, concedida pelo Conselho de Administração (ANEXO II).

### 3 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

O estudo empírico incide sobre uma população de pessoas idosos, apresentando portanto os participantes idade igual ou superior a 65 anos.

A amostra populacional, é intencional e é constituída por dezasseis idosos.

FORTIN (1999), refere-nos que na investigação qualitativa convém ao investigador considerar um número reduzido de sujeitos. Deverá evitar-se uma amostra de grandes dimensões, cujos dados se tornariam difíceis de analisar.

Os critérios de inclusão compreendem os idosos com 65 ou mais anos de idade, orientados no tempo e no espaço, sem problemas cognitivos e que aceitaram participar no estudo.

O quadro que se segue enuncia as características dos participantes no estudo, de acordo com a idade, género, estado civil, extensão do agregado familiar, nível de ensino frequentado, ocupação actual e anterior, bem como o diagnóstico de internamento ou a cirurgia a que foi submetido.

As idades estão compreendidas entre 65 e 88 anos, sendo a média de 75 anos.

Estando de acordo com os dados das estatísticas do INE (2002) a nível nacional, fazem parte deste estudo principalmente mulheres, havendo apenas três homens. Como referido na literatura, com o decorrer da idade é nas mulheres que se observa o maior índice de longevidade comparado com o dos homens. Por essa razão, e estando essa característica relacionada directamente com o estado civil, também neste estudo, pode observar-se uma grande incidência de mulheres viúvas, em número de nove, sendo uma divorciada e três casadas. Dos homens que fazem parte do estudo, dois são viúvos, e um é casado.

**QUADRO Nº 6 - Caracterização da Amostra**

	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>	<b>E7</b>	<b>E8</b>
<b>Idade</b>	67	72	76	73	77	88	65	77
<b>Género</b>	F	F	F	F	M	F	F	F
<b>Estado Civil</b>	Casada	Viúva	Viúva	Viúva	Viúvo	Viúva	Viúva	Viúva
<b>Agregado Familiar</b>	2	1	1	4	2	1	1	1
<b>Nível de Ensino</b>	4º Ano	2º Ano	4º Ano	1º Ano	3º Ano	3º Ano	10º Ano	3º Ano
<b>Situação Actual</b>	Doméstica	Doméstica	Reformada	Doméstica	Reformada	Reformada	Doméstica	Reformado
<b>Ocupação Anterior</b>	Doméstica	Trabalhava em malhas	Empregada de balcão	Malhas e Rendas	Loja de Tecidos	Comerciante	Doméstica	Empregado de Hotel
<b>Diagnóstico / / Cirurgia</b>	Histerectomia	Tumorectomia Mamária	Colecistec- tomia	Colecistectomia via Laparoscópica	Amputação Traumática	Hemicolectomia Colostomia provisória	Hemicolec- tomia (Colostomia)	Amputação 1/3 superior perna esq <sup>a</sup>

	<b>E9</b>	<b>E10</b>	<b>E11</b>	<b>E12</b>	<b>E13</b>	<b>E14</b>	<b>E15</b>	<b>E16</b>
<b>Idade</b>	79	83	76	71	81	78	75	73
<b>Género</b>	F	F	F	F	M	F	F	M
<b>Estado Civil</b>	Casada	Divorciada	Casada	Viúva	Casado	Viúva	Viúva	Viúvo
<b>Agregado Familiar</b>	2	Lar	2	1	2	1	Lar	1
<b>Nível de Ensino</b>	4º Ano	5º Ano	4º Ano	4º Ano	3º Ano	5º Ano	2º Ano	4º Ano
<b>Situação Actual</b>	Doméstica	Doméstica	Reformada	Doméstica	Reformado	Reformada	Doméstica	Reformado
<b>Ocupação Anterior</b>	Doméstica	Trabalhava em malhas	Empregada de balcão	Malhas e Rendas	Comerciante	Empregada de Balcão	Doméstica	Empregado de Hotel
<b>Diagnóstico / / Cirurgia</b>	Hérniorrafia Inguinal	Neoplasia Abdominal	Reconstrução Intestinal	Mastectomia	Oclusão Int. Colectomia Colostomia	Reconstrução Intestinal	Diverticulite	Herniorrafia

Relativamente à constituição do agregado familiar, dos homens, um que vivia com a esposa (até ao internamento, pois foram vítimas de um acidente em que esta faleceu), passará a viver alternadamente com um e outro filho, outro vive só, e há ainda um terceiro casado, e que vive com a esposa. No respeitante às mulheres, trata-se de famílias predominantemente monoparentais, em que sete idosas vivem sozinhas nas suas casas, três vivem nas suas casas com o cônjuge, e apenas uma pertence a uma família com quatro

elementos. Uma ainda, já vivia em lar, e outra passará a partir da alta a residir também em lar.

O nível de ensino frequentado, foi na maioria dos participantes o 4º ano de escolaridade (seis participantes), nem sempre tendo ocorrido a sua conclusão. Quatro pessoas frequentaram o terceiro ano, duas o segundo e outras duas o quinto ano de escolaridade. Uma pessoa frequentou o primeiro e outra o décimo ano.

Actualmente encontram-se reformados oito participantes, nos quais se incluem os três elementos do sexo masculino, sendo que os restantes, do género feminino, referem ser domésticas.

#### 4 – TÉCNICAS / INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Perante a temática abordada e o tipo de estudo que nos propusemos realizar, como técnicas de colheita de dados foi utilizado o inquérito por entrevista, e observação participante.

Segundo SELTTIZ (1967), citado por GIL (1989, p.113):

*“Enquanto técnica de colheita de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”.*

Optámos pela escolha da entrevista semi-estruturada, por permitir maior flexibilidade na condução da entrevista, favorável a uma recolha de informação mais ampla e mais próxima da realidade.

Para a realização das entrevistas, elaborámos um guião (ANEXO III) que compreende etapas, como, consentimento informado, caracterização dos entrevistados, identificação das necessidades no regresso a casa e caracterização das acções de enfermagem que favorecem a melhor preparação do regresso a casa. Compreende também objectivos a alcançar em cada etapa, assim como as respectivas questões a serem colocadas ao entrevistado. Na sua aplicação, este guia orientador permite alguma flexibilidade, tanto na sequência das questões como até na abordagem dos assuntos, na tentativa de não contrariar a fluência do discurso dos entrevistados, neste caso idosos.

O guião foi sujeito à apreciação do orientador e co-orientador, tendo algumas questões sido alteradas por indicação dos mesmos.

**QUADRO Nº 7 - Guião das Entrevistas**

ETAPAS	OBJECTIVOS	QUESTÕES / ORIENTAÇÕES
I - Consentimento Informado	1 - Dar a conhecer os objectivos do estudo. 2 - Garantir a confidencialidade dos dados. 3 - Obter autorização para entrevista gravada.	São dadas informações sobre o assunto a ser estudado, bem como do objectivo do mesmo.
II - Caracterização dos entrevistados	1 - Obter dados sobre a identidade do idoso. 2 - Tomar conhecimento de vivências significativas ao longo da vida, na saúde e na doença.	São efectuadas questões como, Idade Sexo Estado Civil Composição do Agregado Familiar Nível de Ensino Frequentado Profissão actual e / ou na vida activa Acontecimentos de Vida Situação de Saúde / Doença Internamentos (anteriores e actual)
III - Identificação das necessidades no regresso a casa  IV - Caracterização das acções de enfermagem que favorecem a melhor preparação do regresso a casa	- Identificar grau de dependência na alta hospitalar.  - Obter por parte do idoso, informação sobre	Grau de dependência nas actividades da vida diária.  Saber se os enfermeiros,  1 - durante o internamento possibilitaram a presença e/ou participação de familiares ou pessoas significativas nos seus cuidados caso tenha havido necessidade. ( Parceria - Formação )  2 - lhe disponibilizaram informação escrita (guia de acolhimento, guias de ensino, folhetos informativos)  3 - no decorrer do internamento o informaram (e treinaram) dos cuidados a ter após a alta referindo quais e dirigidos a quê  4 - deram informações / fizeram ensino (treino) a familiares/pessoas significativas (ou não foi necessário)  5 - caso necessário como garantiram a continuidade de cuidados.  6- Saber se o utente considera adequado o tempo que esteve internado e porquê.

## 5 – COLHEITA DE DADOS: CONTEXTUALIZAÇÃO

Todos os idosos aceitaram ser entrevistados tendo sido informados do fim a que se destinava a entrevista, garantido o anonimato e assinado o seu consentimento informado. Foi também pedida autorização para gravar a entrevista como forma de obter um registo da informação.

Foi respeitado o direito à privacidade, assegurado o anonimato, e garantida a confidencialidade das informações, assim como informado que os dados apenas iriam ser utilizados para o fim a que se destinavam.

As entrevistas foram realizadas num serviço de cirurgia em espaço reservado, o gabinete da enfermeira chefe, de modo a permitir alguma privacidade, ausência de interrupções e alguma qualidade da gravação. Esta preocupação em proporcionar ao entrevistado condições físicas que lhes proporcionasse bem-estar de modo a favorecer a sua permanência, foi conseguida. Cada entrevista teve uma duração média de quarenta minutos.

As entrevistas decorreram normalmente, sendo crescente o à vontade observado no decorrer das mesmas. Quase todos manifestaram satisfação por aqueles momentos de conversa e alguns agradeceram por terem tido oportunidade de colaborar.

No final da entrevista formulava um agradecimento pela colaboração, informava que a entrevista tinha terminado e perguntava à pessoa se queria fazer alguma pergunta.

A entrevista efectuada no espaço referido era sempre precedida de uma conversa, normalmente no quarto do doente, em que o convite e a forma de colaboração neste estudo era aí explicitada. A capacidade de comunicação destes idosos já era do

nosso conhecimento, mas esta abordagem inicial permitia clarificar também de que, em qualquer momento da entrevista se este não quisesse responder, o poderia fazer, ou mesmo vir a desistir se assim o entendesse.

Do registo áudio das entrevistas, todas foram por nós transcritas, e apesar de se revestir de uma actividade morosa e cansativa, permitiu a entrada de novo no “mundo do entrevistado” o que favoreceu a sua melhor compreensão. Todo este material passou a constituir o *corpus* da análise, “...conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1997, p.90).

Nas transcrições das entrevistas procurou-se manter o padrão da linguagem utilizada, apesar de se terem observado alguns erros gramaticais e por vezes termos incompreensíveis. Isto reflecte por um lado os contextos culturais, o que nalguns casos dificulta o tratamento da informação. O recurso frequente a reticências, traduz a existência de descrições por vezes excessivas e emotivas fora já do contexto da entrevista, a que o idoso recorre antes de voltar ao cerne do tema abordado.

Cada entrevista foi identificada com a letra E a que se seguiu um número correspondente à ordem pela qual foram efectuadas.

## 6 – TRATAMENTO DOS DADOS

A análise dos dados é uma etapa vital que se reveste de alguma complexidade e morosidade. No tratamento dos dados das entrevistas transcritas (Resumo Das entrevistas – ANEXO IV), a técnica utilizada foi a análise de conteúdo, pois que na opinião de vários autores esta é a forma mais adequada de o fazer. Privilegiámos a análise categorial, tendo por base as áreas temáticas que foram emergindo das entrevistas, de acordo com os objectivos do estudo.

Análise de conteúdo segundo BARDIN (1997, p. 37), é o

*“conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.*

Enquanto BERELSON (1952), citado por VALA, (2003, p.103), define análise de conteúdo como *“uma técnica de investigação que permite a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”*, já CARTWRIGHT (1953), citado pelo mesmo autor, ao adoptar esse conceito, propõe no entanto a sua extensão *“a todo o comportamento simbólico”*.

Assim, tendo presente não só o objectivo do estudo como também o objecto da pesquisa, os dados já dissociados da fonte e das condições gerais em que foram produzidos, passaram a ser colocados num novo contexto.

À transcrição inicial do registo áudio, correspondeu desde logo uma pré-análise, pois permitiu-nos de certo modo absorver noções acerca dos conteúdos temáticos.

Obtido o *corpus* de análise, iniciámos uma leitura flutuante de todas as entrevistas que após alguma repetição, favoreceu a percepção do sentido geral das mesmas e facilitou o início da classificação por temas, depois de excluído o verbatim que se afastava dos objectivos deste estudo, tendo ficado também assinalado com reticências. Sempre que houve necessidade de colocar palavras nossas para algum esclarecimento, estas passaram a estar entre parêntesis rectos [ ].

Da classificação por temas e com base também no guião da entrevista, emergiram as seguintes áreas temáticas:

- envolvimento da família / pessoa significativa nos cuidados;
- transmissão da informação;
- garantia da continuidade de cuidados;
- duração do internamento;
- satisfação com os profissionais de saúde.

É de referir que as entrevistas foram divididas em unidades de registo, de acordo com as expressões dos participantes. Para o efeito, à letra E seguida do número de ordem da entrevista, passou a ser colocado o número de ordem da unidade de registo em cada entrevista (E1 S1; E1 S2).

Construímos as categorias e subcategorias de cada área temática, onde incluímos todas as unidades de registo, sem as repetirmos em mais que uma categoria, requisito da validade interna, ao que se seguiu a análise dos resultados.

## CAPÍTULO 4

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De acordo com o guião das entrevistas e após leitura das mesmas, as áreas temáticas emergentes do tema central, - “*A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada*” - , em número de cinco, resultaram do conjunto de categorias e subcategorias e estas por sua vez das unidades de registo.

Emergiram assim, as seguintes áreas temáticas:

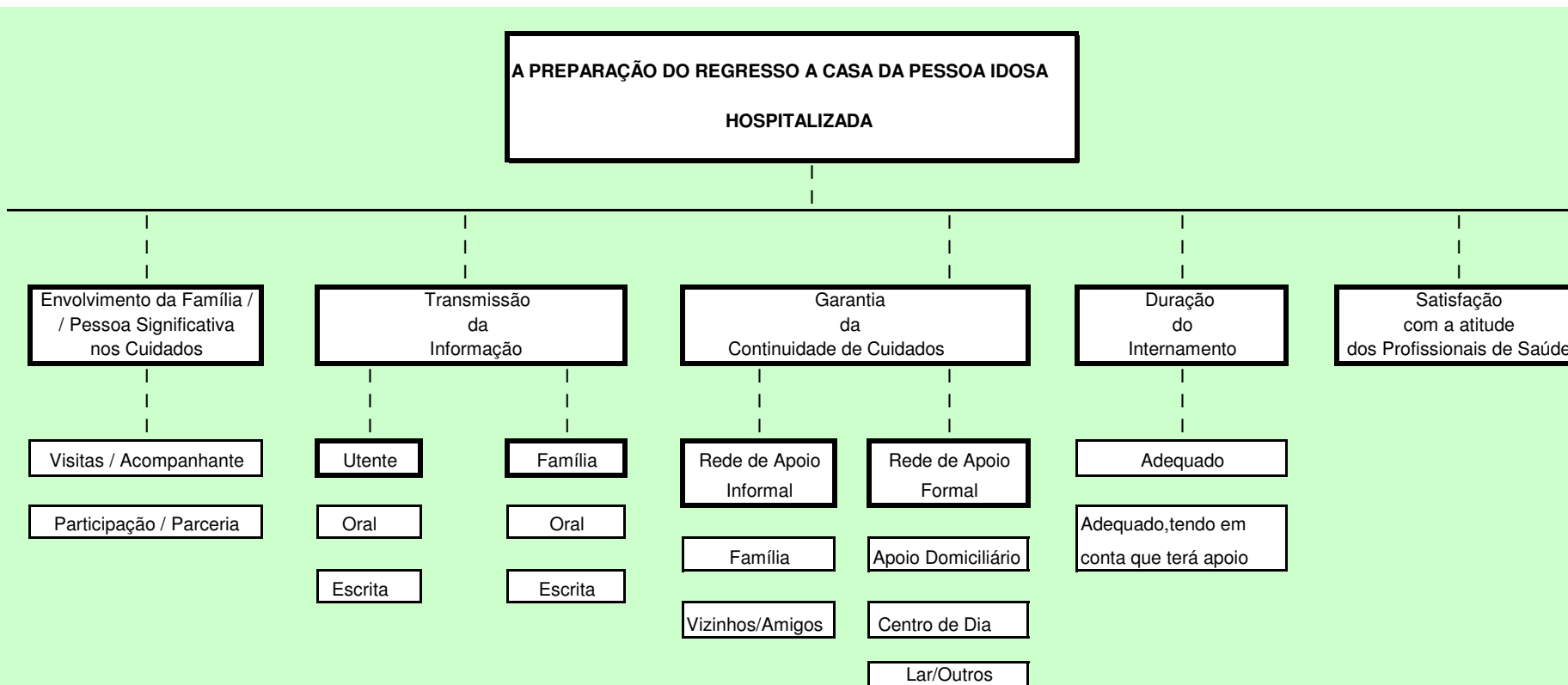
- Envolvimento da família / Pessoa significativa nos cuidados;
- Transmissão da informação;
- Garantia da continuidade de cuidados;
- Duração do internamento;
- Satisfação com a atitude dos profissionais de saúde.

Neste capítulo iremos apresentar os resultados dos dados recolhidos através de grelhas de análise construídas por temas, categorias e subcategorias, onde a referência à unidade de registo é precedida da letra e número da entrevista.

No Quadro nº 8 que se encontra na página 105, apresentamos todos os temas, categorias e subcategorias e no Quadro nº 9 da página 106, para além destes dados, incluímos também as unidades de registo, num total de 192.

## QUADRO Nº 8 - Preparação do Regresso a Casa

Temas, Categorias e Sub-categorias



**QUADRO Nº 9 - Grelha Global de Análise, com Temas, Categorias e Sub-Categorias**

<b>TEMA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>SUB-CATEGORIA</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>	
<b><u>ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA/ PESSOA SIGNIFICATIVA NOS CUIDADOS</u></b>	1.1-...VISITAS / ACOMPANHANTE...		E1S2;E3S2;E3S3;E4S5;E4S6;E5S6;E6S6;E6S7;E8S10;E9S1;E10S3;E12S1;E12S2;E13S1;E13S2;E13S3;E15S2;E15S3;E16S1.	
	1.2-PARTICIPAÇÃO / PARCERIA		E1S1;E3S2;E3S3;E4S5;E4S6;E5S6;E6S6;E6S7;E8S10;E9S1;E10S3;E12S1;E12S2;E13S1;E13S2;E13S3.	
<b><u>TRANSMISSÃO DA INFORMAÇÃO</u></b>	2.1.-AO UTENTE	2.1.1.- <u>Oral</u>	E2S3;E2S4;E2S10;E2S13;E2S14;E3S5;E3S6;E3S7;E4S2;E4S4;E5S2;E6S10;E7S1;E7S9;E7S13;E7S16;EE7S18;E8S1;E8S2;E8S3;E8S4;E8S10;E9S7;E9S10;E10S5;E10S9;E11S2;E11S10;E12S7;E12S8;E13S4;E14S8;E15S7;E16S3.	
		2.1.2.- <u>Escrita</u>	E2S5;E2S6;E2S11;E2S15;E3S7;E3S14;E4S3;E4S4;E5S8;E5S9;E6S12;E6S13;E7S21;E8S6;E8S7;E8S5;E9S6;E9S8;E9S12;E10S9;E11S3;E11S5;E11S12;E12S4;E12S10;E13S5;E14S7;E15S5;E16S2.	
	2.2.-À FAMÍLIA	2.2.1.- <u>Oral</u>	E4S10;E5S10;E6S9;E7S2;E7S11;E7S14;E7S15;E7S22;E8S5;E8S8;E13S6;E15S6.	
		2.2.2.- <u>Escrita</u>	E2S7;E3S8;E7S8;E7S10;E7S12;E10S6;E11S4;E12S5.	
	<b><u>GARANTIA DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS</u></b>	3.1.-REDE DE APOIO INFORMAL	3.1.1.- <u>Família</u>	E3S11;E6S1;E6S4;E7S5;E7S6;E7S7;E12S6;E13S7.
			3.1.2.- <u>Vizinhos/Amigos</u>	E2S9;E6S5.
3.2.-REDE DE APOIO FORMAL		3.2.1.- <u>Apoio Domiciliário</u>	E5S12;E6S12;E6S3;E11S3;E14S4;E16S7.	
		3.2.2.- <u>Centro de Dia</u>	E5S4;E13S8;E11S3;E3S11.	
		3.2.3.- <u>Lar/Outros</u>	E5S11;E10S8;E10S9;E15S1.	
<b><u>DURAÇÃO DO INTERNAMENTO</u></b>		4.1.-ADEQUADO		E2S19;E3S13;E4S11;E6S21;E8S14;E8S13;E9S15;E11S11;E12S10;E13S9;E14S6;E15S8;E16S5.
	4.2.-ADEQUADO TENDO EM CONTA QUE TERA APOIO		E6S14;E7S23;E7S24;E10S11.	
<b><u>SATISFAÇÃO COM A ATITUDE DOS PROFISSIONAIS</u></b>			E2S1;E2S2;E2S8;E2S12;E2S16;E2S17;E3S1;E3S9;E3S10;E4S1;E4S9;E5S1;E5S3;E5S14;E5S15;E6S15;E7S19;E7S25;E7S26;E8S17;E9S3;E9S14;E10S1;E10S2;E11S1;E11S6;E11S10;E12S9;E13S10;E14S1;E14S5;E15S9;E16S6.	

**1 – ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA / PESSOA SIGNIFICATIVA NOS CUIDADOS**

**QUADRO Nº 10 – Envolvimento da Família / Pessoa Significativa nos Cuidados**

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
<b><u>ENVOLVIMENTO</u></b> <b><u>DA</u></b> <b><u>FAMÍLIA /</u></b> <b><u>/ PESSOA SIGNIFICATIVA</u></b> <b><u>NOS</u></b> <b><u>CUIDADOS</u></b>	1.1 - ...VISITAS /ACOMPANHANTE...		E1S2;E3S2;E3S3;E4S5;E4S6; E5S6;E6S6;E6S7;E8S10;E9S1; E10S3; E12S1;E12S2;E13S1; E13S2;E13S3;E15S2;E15S3;E16S1.
	1.2 - PARTICIPAÇÃO / PARCERIA		E1S1;E3S2;E3S3;E4S5;E4S6;E5S6; E6S6;E6S7;E8S10;E9S1;E10S3; E12S1;E12S2;E13S1;E13S2;E13S3.

O quadro nº 10 sobre o tema “Envolvimento da Família / Pessoa Significativa nos Cuidados”, com um total de trinta e cinco (35) unidades de registo, apresenta-nos as categorias “Visitas/Acompanhante”, e “Participação/Parceria”, sendo feita referência às unidades de registo respectivas. Na primeira categoria foram identificadas dezanove (19) e na segunda dezasseis (16) unidades de registo.

A hospitalização considerada factor desencadeante de stress para o utente e sua família, deverá ser encarada pelos profissionais de saúde como tal, sobretudo quando se trata de pessoas idosas. A presença de pessoas significativas (visitas, acompanhante...) durante o internamento, proporcionará certamente bem-estar a todos os que se encontram nestas faixas etárias.

O envolvimento da família / pessoa significativa nos cuidados, surge muitas vezes de uma relação estabelecida entre estes, a pessoa idosa e o enfermeiro que tem origem nos espaços de tempo enquanto visita, ou acompanhante. Este envolvimento pode variar desde o interesse em querer saber, em estar informado, para assim poder incentivar

ou ajudar durante a hospitalização e mais tarde também em casa, até ao querer fazer com o seu familiar, em parceria, incluindo a tomada de decisão. É importante que a identificação inicial do futuro prestador de cuidados do idoso, ocorra de modo a poder vir a ser incluído na preparação do regresso a casa. A família e os amigos assim como todo o apoio social, são peças muito importantes na recuperação do idoso hospitalizado.

### **1.1 – VISITAS / ACOMPANHANTE**

A categoria “Visitas / Acompanhante”, foi incluída no tema “Envolvimento da Família / Pessoa Significativa nos Cuidados” por terem emergido algumas referências com significado e termos a noção de que é a partir daqui que muitas vezes um maior envolvimento das pessoas significativas ocorre durante o internamento.

De acordo com NUNES (2005), os horários das visitas deverão ter em conta não só as necessidades dos serviços, mas também, e sobretudo, as necessidades dos doentes e a disponibilidade da população.

As pessoas idosas, consideram importante para si e para os seus, esta possibilidade de serem visitadas num horário de acordo com as suas necessidades e as dos seus familiares, sendo por parte de alguns utentes referidas as seguintes considerações:

*- “o meu filho como está a trabalhar não pode vir à tarde...mas assim com a visita das 7 às 8 ele aproveita e vem a essa hora...é uma hora que dá jeito para as pessoas que trabalham...” (E3 S4)*

- “*Facilitaram a presença dos familiares e das minhas amigas também. Facilitaram até bastante, mesmo na altura em que eu estava lá ao fundo nos cuidados intermédios.*”(E3 S2)

- “*Durante o tempo que cá estive, deixaram sempre entrar a minha família e as minhas amigas no serviço para me poderem visitar e para me ajudarem...*”(E6 S6)

- “*O meu primo tem cá andado, ou para vir falar comigo, ou com as senhoras enfermeiras, ou até com a assistente social. Também estive cá a falar com o Sr. Dr. algumas vezes...*”(E6 S7)

- “*A minha filha vinha cá todos os dias, mesmo quando vinha do trabalho à noite, ainda vinha por aqui...nunca faltou...todos os dias...das 7 às 8...fazia-me companhia ao jantar e ajudava-me...nunca faltou... todos os dias...todos os dias...* (E8 S10)

- “*A minha família vinha à visita e depois iam-se embora...* (E4 S5)

- “*...esta visita das 3 às 5 para duas pessoas é muito bom...é um grande conforto...*”(E12 S1)

- “*Vinha cá a minha mulher quando a minha nora ou o meu filho a trazia...mas era todos os dias...só faltou um dia que teve uma consulta e chegou cansada a casa... de resto veio sempre...e olhe até ficava cá algum tempo...*”(E13 S2)

- “*Aqui as visitas nunca faltaram, eu ainda tenho amigos...e há um que ainda pode e veio-me cá ver...somos uns para os outros... quando ele e a família dele precisam, nós também lá vamos...*”(E13 S1)

- “*A minha amiga veio cá sempre à visita, mas desta vez a minha sobrinha lá foi aparecendo também...é assim...é a vida...*”(E15 S2)

A permissão da presença dos que lhes são significativos, num horário planeado mas com a flexibilidade que cada caso requeira, são aspectos referidos nas afirmações que se seguem:

*-“ A minha filha às vezes é que chegava um bocadinho mais cedo...deixavam que ela entrasse...sempre...”(E4 S6)*

*“...facilitaram sempre a entrada da minha família e das minhas amigas...sim senhora...a minha amiga pedia para cá vir de manhã e deixavam-na entrar sempre...ela pedia para me vir ver e nunca lhe foi negado...sabe senhora enfermeira, é muito reconfortante termos os nossos por perto... (E9 S1)*

*-“ ...não houve problema nenhum em deixarem entrar aqui as minhas visitas, aqui tive sempre muitas visitas... antigamente pagava-se, e não havia visitas todos os dias...entrava-se e saía-se logo...uma pessoa até desesperava abandonada nos hospitais...ainda bem que isso mudou...”(E10 S3)*

*“...surpreende-me terem-me cá vindo visitar ao hospital...nunca íam lá a casa... é verdade o ditado – é na prisão e nos hospitais que se conhecem os amigos( – parece que até me vão ajudar lá a casa agora... tenho estado tão sozinha ultimamente ...eu às vezes até penso se vale a pena tanta solidão!...)” (E16 S1)*

Ao longo da vida há cada vez mais perdas de familiares e amigos, instalando-se tendencialmente a experiência de solidão, por falta de relacionamento afectivo significativo. As pessoas idosas atribuem assim, grande importância à relação com a família / pessoas significativas, pelo que a presença de um acompanhante durante o internamento deverá ser possibilitada, para que o utente se possa sentir seguro e a família mais tranquila. O acompanhante, neste serviço, é a pessoa à escolha do utente que formalmente tem autorização para permanecer junto deste num período entre as 12,30 e as 20 horas.

Expressões como as que se seguem são evidência da importância para os idosos, da permanência de familiares na hospitalização.

*-“Deixavam vir a minha nora, foi bom...ela passava comigo a maior parte do tempo durante o dia...”(E3 S3)*

*-“ Facilitaram sempre a entrada aqui dos meus..., até estava combinado que eles vinham à hora que quisessem...”(E5 S6)*

*- “...o meu irmão e a minha cunhada estão cá todos os dias...eles dão-me muito apoio...”(E12 S2)*

*- “O pessoal aqui é compreensivo, não mandam ninguém embora...sabem que precisamos de companhia... e isso é bom... porque..., quem é que não gosta de ter os seus ao pé?”(E13 S3)*

Observa-se no acompanhamento ao utente idoso que por vezes não é com a família mas com pessoas amigas que se mantêm as relações mais positivas e estimulantes, por falta de familiares ou por razões de outra ordem. Por vezes os contactos com familiares não passam de rituais que perduram ao longo dos anos, sendo por vezes conflituosos, tornando-se mais fácil outro tipo de relações.

*-“...mas eu tive pessoas amigas que me vieram cá visitar...mais ainda do que pessoas da família...(os bons já se foram...aqueles que eu mais amava...o meu marido e a minha irmã, e a minha sobrinha também não aparece sempre...), com aquela minha prima a conversa é sempre a mesma...aborreço-me senhora enfermeira!...eu gosto é daquela senhora mais baixinha que cá vem...ela vive no mesmo prédio...ela ía-me ajudar depois lá a casa...é claro que não me ía fazer as coisas todas não é?!” (E15 S3)*

RAMOS (2005), refere-nos que a família proporciona suporte afectivo, psicológico e material, favorável ao desenvolvimento e ao bem-estar dos seus membros, devendo na hospitalização ser favorecida a continuidade destas relações.

Colaborar nos cuidados dando resposta à satisfação de necessidades do utente e preparar-se para a continuidade de cuidados, são funções da família que os profissionais deverão valorizar desde a primeira hora na hospitalização.

A presença de um acompanhante para além do horário das visitas, deverá ser facilitador ao envolvimento do familiar / cuidador informal nos cuidados, podendo daí emergir uma nova forma de estar ...de participação...de parceria...

## **1.2 – PARTICIPAÇÃO / PARCERIA**

Segundo GOMES (2007), são requisitos essenciais para que o doente possa participar, a sua capacidade de acesso à informação adequada, de a compreender e de ter, portanto, conhecimentos apropriados.

A participação activa do utente e respectiva família nos cuidados, favorece o seu envolvimento em todo o processo, bem como uma co-responsabilização nas decisões tomadas, devendo esta ser promovida durante a hospitalização. O planeamento de cuidados tendo presente o projecto de vida do utente, deverá ser construído em parceria com o mesmo, e na medida do possível a família deverá estar incluída. Cuidadores que estão presentes na preparação do regresso a casa, revelam menos ansiedade e maior satisfação, e os utentes menos problemas de saúde.

O grau de comunicação entre enfermeiros e famílias pode também influenciar o nível de envolvimento destes nos cuidados, podendo favorecer ou impedir que os cuidadores informais acompanhem os idosos hospitalizados e lhes prestem cuidados.

De acordo com LE MAY (1998) citado por DINIS (2006), *“a comunicação bem sucedida é um complexo processo que envolve a transmissão, reconhecimento, compreensão e interpretação de sinais verbais e não verbais”*.

Alterações na capacidade de comunicação decorrentes do envelhecimento, poderão promover sentimentos de reduzido bem-estar nas pessoas de idade avançada, encontrando-se nesta situação por vezes não só os utentes, como também as próprias famílias. Por parte dos profissionais, quando o enfermeiro está empenhado em envolver os familiares nos cuidados, reconhecendo como positivo que o familiar faça parte deste processo, favorece naturalmente a sua participação no processo de cuidados.

*“...no início ela vinha para ao pé de mim e conversava comigo...depois as enfermeiras a pouco e pouco começaram a explicar as coisas e agora já sabe e gosta de me ajudar ...”*(E14 S2)

*-“...e a senhora enfermeira até disse ao meu marido naquele dia que podia cá ficar a apoiar-me e a tratar de mim com as senhoras enfermeiras...mas isso foi tão pouco tempo que não deu para mais ”*(E9 S2).

Um processo de negociação deve ser empreendido sempre que a pessoa se quer auto-cuidar, ou um elemento da família / pessoa significativa é capaz de estar presente, sendo feito ensino para preparar a família para a tomada de decisões informadas sobre cuidados, e qual a sua parte neles. Os utentes que apresentem capacidade de decidir sobre os seus cuidados, deverão ser eles próprios, após informação adequada, a tomar as suas decisões.

Para GOMES (2002, p. 210),

*...um “processo dinâmico negociado, em conjunto por duas partes, doentes / famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes, no intuito de querer alcançar um objectivo comum”,*

trata-se de parceria.

*-“ A senhora enfermeira perguntou-me quem é que eu queria que me ajudasse e aprendesse a tratar de mim, qual dos meus filhos...eu contei-lhes.*

*Responderam-me que queriam saber tudo os dois... (ainda aqui andaram algum tempo e aprenderam muita coisa) ...”(E5 S4)*

*-“...os meus filhos e a minha nora vêm durante o dia...a qualquer hora para falar com o Sr. Dr., para verem como é que tratam de mim e para ajudarem...se não vem um, aparece o outro com a minha nora...”(E5 S7)*

*-“...uma até tem ajudado a tratar de mim...não é todos os dias...que ela também tem a vida dela... (E6 S8)*

*-“ ...e quando podia quase que passava cá o dia para me ajudar...Todos os dias...todos os dias...a qualquer hora...nunca ninguém dificultou a entrada...”( E8 S11)*

*-“...o meu marido estava aqui muito tempo comigo, não é como nos outros hospitais que mandam logo as pessoas embora...aqui facilitam muito a entrada das pessoas, mas não era só com o meu marido...é bom porque ele ajudava-me muito...”(E9 S11)*

*-“...aqui tive sempre muitas visitas...e a minha filha até ajudou a tratar de mim...”(E10 S4)*

*-“ ...a minha filha B que vocês conhecem muito bem...andou cá a aprender a tratar de mim, ajudava as senhoras enfermeiras a fazer-me o que era preciso...foi incansável aqui junto de mim...também deixavam-na cá estar sempre que podia... (a outra coitada já tem uma vida mais complicada).”(E11 S7)*

*-“ agora como o meu irmão ficou preocupado comigo, ela [cunhada] tem-me acompanhado sempre e tem vindo cá ao hospital...passa tempo aqui comigo...quer aprender tudo para me ajudar depois...”( E12 S 3).*

A família / o cuidador informal, para vir a prestar cuidados em casa com competência, deverá iniciá-los ainda durante a hospitalização de modo a preparar-se para o regresso a casa. Falamos de participação nos cuidados.

Mas será que poderemos falar em algumas destas situações, de parceria?

*-“ Foi muito bom a minha sobrinha ter vindo para aqui...eu pensava que estava a dar muita atenção às coisas e não estava a dar atenção nenhuma...estava com o espírito noutro lado...eu vejo assim...eu sou franca ainda não tive vontade de ir ver ao espelho...”(E7 S4).*

*- “ [A minha sobrinha] tem andado aqui todos os dias...quer aprender tudo para me ajudar...eu não me sentia com coragem de tratar de mim...”(E7 S3).*

*“ A partir da outra vez em que estive cá no hospital, ela aprendeu aqui com as senhoras enfermeiras a dar atenção a tudo... a tudo...e agora tem continuado e vai ser depois o mesmo lá em casa novamente..., se Deus quiser...eu tenho rezado muito...”(E14 S3)*

É importante que o cuidador informal seja considerado como parceiro, sendo-lhe dada informação, treino e apoio.

O bem – estar do cuidador deverá ser promovido pela equipa, devendo este ser apoiado e estimulado a organizar períodos de descanso. A existência de cuidadores secundários da rede familiar / social, favorecerá certamente o assegurar dos cuidados durante o descanso do cuidador principal.

Todas as tentativas para ultrapassar barreiras interpessoais, comportamentais e sociais, deverão ser empreendidas, passando a prática de enfermagem a reflectir uma abordagem de parceria.

De forma a que a família possa desempenhar na totalidade a sua função de prestadora de cuidados, os profissionais de saúde devem procurar compreender e avaliar

as necessidades sentidas pelos familiares criando condições para que a família e o utente possam verbalizar os seus sentimentos, receios e angústias.

Segundo ELIOPOULOS (2005), *“o planeamento efectivo da alta é particularmente significativo, dada a permanência tendencialmente menor no hospital por parte dos utentes e respectivo regresso a casa em estadios mais debilitados”*,

sendo por isso os membros da família, uma componente de ligação importante na transição de cuidados hospitalares.

– *“Os enfermeiros fizeram tudo para que a minha filha estivesse aqui sempre que pudesse, e me ajudasse... (E4 S8)*

Citado por DINIS (2006), para SQUIRE (2005), no âmbito da promoção da saúde, parceria pode ser considerada,

*“Respeitar as perspectivas das outras pessoas, analisar as nossas atitudes face aos cuidados sociais e de saúde e chegar a consensos e a decisões conjuntas acerca das actividades e programas de promoção da saúde”(...) “partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com os outros”.*

Enquanto MARTINS (2004, p.10) define parceria como *“...um processo durante o qual o doente e o enfermeiro trabalham juntos para amortecer o impacto com a hospitalização”*, DINIS (2006), questiona se só poderemos falar em parceria estando todos os atributos desta presentes, ou pelo contrário, na presença apenas de alguns. E ainda, em caso afirmativo, quais seriam então?

*“Ser parceiro implica querer – ser”*; Está dependente da vontade de querer ter um papel activo no trabalho com o outro; *“Ser parceiro implica fazer – com”*, ao contrário de *“fazer – por”*. (SANTOS, 2002).

Para DINIS (2006), de acordo com o conceito de parceria subjacente, assim poderá variar o critério para que uma pessoa se possa considerar parceiro. Se a concepção de parceria se apoia principalmente na participação, o grau de intervenção na acção, independentemente de outros critérios, pode ser o critério para se ser considerado parceiro.

*“Parceria de cuidados pode ser um ideal em qualquer contexto de cuidados de saúde, mas compreender melhor o relacionamento entre profissionais e cuidadores informais aproxima o ideal da realidade”*. (CASEY, 1995).

– *“a sra. enfermeira...não me lembro agora que nome tem, já se sentou aqui a conversar connosco e pediu à minha sobrinha para vir cá passar o dia para aprender e me ajudar...para não termos dificuldades depois quando for para casa. Ela estava morta por ajudar e aprendeu tudo. Uma coisa num dia, no outro mais qualquer coisa e vá de fazer...Já sabe fazer tudo...(Eu tenho andado a fugir um bocadinho...porque a minha cabeça não me deixa...mas eu acho que vou conseguir fazer isso concerteza...)”*(E7 S22)

Os profissionais de saúde podem ter um papel decisivo na saúde e bem-estar dos cuidadores, favorecendo o seu melhor desempenho. Assim, deverão apoiar o cuidador, fomentando a necessidade de tempo para o cuidador destinar a si próprio, necessidade de serem assegurados cuidados durante o seu descanso, informar, orientar para a rede de suporte social e de grupos de apoio. Avaliar o nível de sobrecarga, identificar casos de depressão ou situações problemáticas, educar no sentido de preparar o cuidador para o bom exercício do seu papel sendo-lhe dado apoio na tomada de decisão.

## 2 – TRANSMISSÃO DA INFORMAÇÃO

**QUADRO Nº 11 – Transmissão da Informação**

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
<b><u>TRANSMISSÃO</u></b>  <b><u>DA</u></b>  <b><u>INFORMAÇÃO</u></b>	2.1 – AO UTENTE	2.1.1. <u>Oral</u>	E2S3;E2S4;E2S10;E2S13;E2S14;E3S5; E3S6;E3S7;E4S2;E4S4;E5S2;E6S10; E7S1;E7S9;E7S13;E7S16;E7S18;E8S1; E8S2;E8S3;E8S4;E8S10;E9S7;E9S10; E10S5;E10S9;E11S2;E11S10;E12S7; E12S8;E13S4;E14S8;E15S7;E16S3.
		2.1.2. <u>Escrita</u>	E2S5; E2S6;E2S11;E2S15;E3S7;E3S14; E4S3;E4S4;E5S8;E5S9;E6S11;E6S12; E6S13;E7S21;E8S6;E8S7;E9S5;E9S6; E9S8;E9S12;E10 S9;E11S3;E11S5;E11S12; E12S4;E1210;E13S5;E14S7;E15S5;E16S2.
	2.2 – À FAMÍLIA	2.2.1. <u>Oral</u>	E4S10;E5S10;E6S9;E7S2;E7S11;E7S14; E7S15;E7S22;E8S5;E8S8;E13S6;E15S6.
		2.2.2. <u>Escrita</u>	E2S7;E3S8;E7S8;E7S10;E7S12;E10S6; E11S4;E12S5.

A “Transmissão da Informação” com um total de oitenta e quatro (84) unidades de registo, é o tema apresentado no quadro nº 11 que inclui as categorias “Transmissão da Informação ao Utente” e “Transmissão da Informação à Família” e as respectivas sub-categorias “oral” e “escrita”.

Como podemos observar, enquanto na “Transmissão da Informação ao Utente”, esta apresenta sessenta e quatro (64) unidades de registo, distribuídas pelas

sub-categorias “Oral” e “Escrita”, com trinta e quatro (34) e trinta (30) unidades de registo respectivamente, na “ Transmissão da Informação à Família”, esta categoria apresenta vinte (20) unidades de registo, em que a sub-categoria “Oral” tem doze (12) e a “Escrita” tem oito (8) unidades de registo.

Não obstante a doença e a conseqüente hospitalização, tanto a falta de resposta por vezes às questões colocadas, como a falta de informação, contribuem para situações de stress durante a hospitalização. Segundo OGDEN (1999), utentes a quem foi feito ensino, recorrem menos aos serviços de saúde por intercorrências relacionadas com o motivo do internamento, tendo a informação, efeitos positivos na recuperação dos utentes.

A educação do utente idoso deve começar com a avaliação daquilo que este necessita saber para conseguir recuperar e voltar ao seu funcionamento normal. Esta deve ser apropriada à sua idade, nível de escolaridade, educação e competências linguísticas. A utilização de uma linguagem simples deve ser estimulada, e a terminologia médica ou gíria devem ser evitadas.

Apesar da educação dos utentes ser há muito considerada pedra fundamental nos cuidados de saúde, a redução dos tempos de internamento aumentou a necessidade do ensino incluir os cuidados em casa. A avaliação das necessidades educacionais feita pelos profissionais de saúde, incluirá então não só a doença, mas também o ambiente para onde o utente regressará, assim como os recursos disponíveis.

De acordo com MARAMBA et al., (2004), um planeamento de alta incorrecto, contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, um inadequado seguimento após a alta, falta de preparação para o auto-cuidado e readmissões subsequentes por insuficiente educação do paciente. A falta de tempo para o ensino, bem como a comunicação insuficiente, são aspectos também invocados como estando na origem de um processo de preparação de alta ineficaz.

## **2.1 - UTENTE**

A informação oral e escrita considerada necessária, deverá ser proporcionada ao utente, assim como a satisfação de todas as dúvidas desde a admissão, incluindo a entrega do guia de acolhimento onde constam normas e regras do serviço. A informação prévia à execução de tratamentos e exames a que possa ser sujeito e também perante a perspectiva de uma cirurgia, minimizará certamente reacções evidentes ou ocultas a nível emocional. A informação garantida ao próprio e seus familiares como preparação para o mais rápido regresso a casa possível, é assunto da maior importância.

### **2.1.1 – Oral**

No que se refere à informação oral proporcionada aos utentes, alguns segmentos de texto poderão caracterizar aquilo que a população entrevistada mais valorizou, nomeadamente,

- *“Fui informada dos cuidados a ter depois da alta, falaram comigo várias vezes...Acho que fui muito bem informada...”* (E2 S3)

- *“As Enfermeiras, o Dr. S. e a Dra. H. que também é muito querida... explicam-me sempre tudo...”* (E10 S5)

- *“...Têm-me explicado tudo o que está no livrinho que me tinham dado [Cuidados à Mulher submetida a Mastectomia ou a Tumorectomia]...e estivemos ao espelho a fazer uns exercícios e a ver como é que eu devo andar direita ...”* (E2 S13)

- “...a informação que eu tenho é...não posso de maneira nenhuma comer aquilo que eu gostaria e que sei que faz mal (mas sabe bem!)...posso comer de tudo sem excessos... (E3 S5)

- “Tenho de fazer uma alimentação com poucas gorduras. Tenho de repousar...(é bom porque eu gosto de dormir uma sestazinha ...e gosto de fazer os meus Arraiolos). Também preciso de arranjar umas roupas que tenho a roupa toda larga...e assim vou repousar, mas estou entretida...”(E3 S6)

- “ Já me disseram para não entrar em excessos, para fazer repouso e que devo andar...e como é que deve ser a minha dieta...”(E3 S7)

- “Disseram-me para não deixar o braço caído, mas sim em cima da almofada, nos primeiros dias...(E2 S4)

- “ A Senhora Enfermeira disse-me para mexer o braço devagarinho no princípio e depois para começar a pentear-me e mexer-me sem esforços e não pegar em pesos. A endireitar as costas ali em frente do espelho e para não andar com o braço pendurado...É verdade, também me disseram para não cortar as peles das unhas desta mão deste lado da operação e para não deixar tirar sangue nem pôr soro neste braço...”(E2 S10)

- “Os enfermeiros ensinaram-me muitas coisas que eu não fazia ideia nenhuma...ao princípio eu só falava para me queixar com dores...e eles lá me davam remédios para a dor se ir embora...depois queriam que eu falasse com eles...e ajudaram-me muito...a senhora enfermeira também...sabe bem que me tem ajudado muito...”(E5 S2)

- “ A senhora enfermeira falou-me na preocupação com a alimentação e depois já cá estive a senhora dietista há um bocado...que também me explicou tudo... “(E6 S10)

- “ Os sacos estão preparados com carvão, já sei..., e há cuidados também com a alimentação relativamente aos cheiros... (está no livrinho e o enfermeiro também me falou...) (E7 S9)

- “Foram-me dando informações dos cuidados a ter após a alta..., foi o livrinho...estas coisas de pôr o saco.... Um bocado de diálogo ...” (E7 S18)

- “...Os médicos e as enfermeiras informaram-me sempre quando ía fazer algum exame e quando fui operada!” (E8 S3)

- “ Ensinaram-me tanta, tanta coisa, para eu saber pôr o saquinho [saco de colostomia] ... para que não se notasse quando eu andasse na minha vida, para vigiar qualquer complicação...eu sei lá... ”(E11 S2)

As pessoas idosas assim como os seus familiares, esperam informação adequada às suas necessidades.

De acordo com HAYNES, citado por OGDEN (1999), a instrução comportamental individualizada aumenta a adesão até 75%.

- “As enfermeiras disseram para nunca fazer esforços com este braço e não carregar pesos...para movimentar o braço devagarinho...que me podia pentear, não há mal nisso, e para repousar o braço com frequência em cima de uma almofada quando estiver sentada, como fazia aqui... também me disseram para não deixar tirar sangue neste braço e para não cortar as peles das unhas desta mão, mas eu já faz tempo que não ligo nada a isso...” (E12 S7)

- “Deram-me a almofadinha para pôr no soutien...e depois vou ter outra de silicone, já sei...e um soutien com uma bolsa para a pôr, que também é o hospital que oferece...mas isso é quando esta ferida estiver tratada, depois

*quando vier às consultas...agora já me deram os papéis com a marcação das consultas...se tiver dúvidas telefono para cá...”(E12 S8)*

*- “ as enfermeiras todos os dias me ensinavam coisas... a mim e ao meu marido quando ele cá estava...e nós gostávamos muito sempre que eles vinham falar connosco...E9 S10)*

*- “ ...eles deram-me sempre muitas explicações sobre tudo...quando fui ser operada foi o Senhor Doutor ...já tínhamos conversado tudo na consulta...e depois aqui no internamento estão sempre a explicar-me tudo...” (E14 S8)*

*- “...é claro que não posso fazer esforços agora, depois de ter sido operado...já antes aquilo foi por eu ter feito esforços...mas eu já tinha a hérnia há muito tempo, já não era de agora...eu dantes pegava em tudo, fazia tudo, mas agora já não...já nem posso como dantes...”(E16 S3)*

Tempo suficiente e oportunidades de treino, devem ser proporcionados no sentido de favorecer o auto-cuidado. A prática deverá ser integrada em todos os momentos de ensino ao utente, até este se encontrar preparado para ter alta. Todos os esforços devem ser feitos para assegurar que a aprendizagem é realizada por etapas e que os utentes não são sobrecarregados com grande quantidade de informação dumavez só, devendo ser disponibilizado tempo para repetição e questões.

A existência de documentação específica, com indicação dos procedimentos a ser utilizados por parte dos enfermeiros, a utilização de normas de ensino e grelhas com as etapas de ensino, pode dar orientações à equipa, uma visão global do ponto da situação do ensino realizado aos utentes, assim como as etapas ainda a percorrer, consolidando e validando as etapas anteriores.

*- “Penso que estou preparado para mudar estes sacos...penso não! estou mesmo...foi difícil encarar isto...mas agora já fiz várias vezes e já sei...para quê ser a minha mulher a tratar disto?...ela também tem problemas...o pessoal*

*aqui teve muita paciência e ajudou-me sempre... vamos a ver se isto é para ser fechado ou não... vamos esperar...” (E13 S4)*

*“Em relação à colostomia... eu tenho estado assim a ver tratar... e a senhora enfermeira ainda hoje me disse outra vez, “vá ao espelho”... que é melhor!... queria que eu fosse com ela e insistiu comigo” (E7 S1)*

*- “Ainda não sei muito bem passar da cama para a cadeira sozinha... mas com a ajuda da minha filha ou do meu filho já consigo... que nós já temos experimentado cá... a senhora enfermeira ensinou-os, e também tenho lá um rapaz que é meu afilhado e a mulher... que é muito esperta... vamos ver se eles me ajudam lá agora... o hospital já me deu a cadeira de rodas, é esta!” (E8 S1)*

*- “...A senhora enfermeira também me andou a ensinar como é que eu devia fazer a ligadura, e eu ando a ver se me ajeito...” (E8 S4)*

*- “Aqui tenho andado com... o andarilho, hoje já andei... queriam que andasse assim em casa... mas já não vale a pena... já estamos habituados assim... [com uma canadiana de um lado e um tripé do outro] ...a terapeuta também insistiu comigo...” (E4 S2)*

Uma efectiva aprendizagem irá variar dependendo da saúde dos utentes, capacidade funcional e status cognitivo. Ao longo do tempo, barreiras relacionadas com a idade, como por exemplo diminuição da acuidade visual, perda de força muscular ou problemas com o equilíbrio ou a marcha, podem tornar-se mais acentuados e a adaptação deve ser feita tendo esses aspectos em consideração.

Estudos efectuados provam que doentes informados recorrem menos após a alta aos serviços de saúde (MARTINS, 2005). A informação / ensino feito no decorrer do internamento, deverá sempre vir a ser reforçada pelo enfermeiro, na altura da alta. Posteriormente sempre que surja alguma dúvida, esta deverá ser satisfeita pelos profissionais do hospital ou ainda através dos recursos da comunidade. A informação de que deverá contactar o hospital sempre que sinta necessidade, baseia-se no facto

conhecido de que após alguns dias, mesmo as pessoas bem preparadas, necessitam de mais informações. Após a alta hospitalar, o enfermeiro / equipa de enfermagem ou pessoa referenciada para o efeito, deverá possibilitar satisfação de todas as dúvidas se o doente assim o solicitar, após ter-lhe sido possibilitado o contacto telefónico, ou outra forma considerada.

As unidades de registo apresentadas, revelam aspectos da prática de enfermagem valorizados pelas pessoas idosas na alta hospitalar:

- *“A enfermeira explicou que depois hei-de vir à consulta com o Sr. Dr. e que devo perguntar tudo sempre que precisar, a ele ou às Sras. Enfermeiras e que posso telefonar para cá quando tiver alguma dúvida ou preocupação.”* (E2 S14)

- *“...a enfermeira veio-me trazer duas cartas, uma para o meu médico de família e a outra para a enfermeira do centro de saúde”.* (E4 S4)

- *“ O enfermeiro também disse para eu apresentar sempre as dúvidas todas que tenha, para telefonar se precisar, ou no dia 9 quando cá vier à consulta...disseram-me que também há uma consulta de enfermagem de ostomizados onde irei depois quando vier à consulta médica...e sempre que precise...”* (E7 S13)

*“...a minha filha também está ao corrente de tudo e parece que também iam telefonar outra vez lá para o lar. A senhora dietista também já aqui esteve...”* (E8 S10)

- *“ Tenho indicação, para ir ao Centro de Saúde de Setúbal...e depois quando vier para a minha casa vou ao meu Centro de Saúde...e se houver alguma dúvida entro em contacto connvosco... mas a minha sobrinha tem toda a informação...”* (E7 S16)

- “ *Tenho de vir a uma consulta cá depois também...da fisioterapia...a senhora enfermeira também disse que não podia faltar...*”(E8 S2)

- “*...e a senhora enfermeira disse-me para eu ir para casa descansar e não fazer esforços nem pegar em pesos, para vir cá dia 19 ter com o Sr. Dr., e deu-me o nº do telefone daqui para eu ligar se tivesse alguma dúvida. Também disse para eu me alimentar bem, carne e peixe, fruta e legumes, sem ficar muito cheia, e para eu não me esquecer de beber água. Disse e escreveu como é que eu devia tomar os comprimidos...*”(E9 S7)

- “*Já me explicaram como vou tomar os medicamentos e tudo o que devo e não devo fazer ...*”(E11 S10)

- “*A consulta já está marcada e de resto já sei, faço como da outra vez, se tiver alguma necessidade telefono ou venho cá...* (E10 S9)

- “*A Senhora Enfermeira disse que se eu precisasse, em qualquer altura podia telefonar para cá...*”(E15 S7)

### **2.1.2 – Escrita**

Para além da importância da informação oral, a informação escrita é um complemento que não substituindo a anterior, tem efeitos comprovados sobre a adesão, tendo-se verificado uma melhoria significativa dos resultados em estudos efectuados.

Também a integração do utente na unidade de internamento, proporcionando-lhe um acolhimento adequado onde se inclui informação sobre aspectos da organização e funcionamento do serviço, deve ser complementada com a entrega do guia de acolhimento, tendo por parte de alguns dos inquiridos, sido feitas as seguintes referências:

- *“Também me deram um livro [Guia de Acolhimento] quando cá cheguei... com muita informação sobre isto tudo aqui...” (E2 S6)*

- *“...deram-me o guia de acolhimento quando cheguei ao serviço...” (E3 S14)*

- *“Deram-me um livrinho que a minha filha esteve aqui a ler-me, com muitas explicações sobre este serviço...que as enfermeiras também me explicaram...” (E4 S3)*

- *“...entregaram-me também o outro livrinho que fala aqui deste serviço, como é que são as coisas...dos nossos direitos...” (E5 S9)*

- *“Quando cá cheguei deram-me um livrinho que tinha informações daqui do serviço. Comecei a ler... depois o meu marido antes da operação levou-me os óculos e agora não acabei de o ler. Levo-o para casa. Tinha dentro um papel com perguntas que eu já respondi [Questionário sobre as condições de acolhimento no decorrer do internamento], com a ajuda da minha vizinha do lado e deixei ali fora naquela caixa...” (E9 S8)*

- *“...deram-me os livrinhos para eu ler mais o meu marido...um é este aqui... o guia de acolhimento...” (E11 S3)*

- *“ olhe que me deram..., deram sim senhora, uns livrinhos para eu ler sobre este meu problema desta colos...tomia [Guia de Ensino ao Utente Ostomizado] e outro também quando cheguei cá ao hospital, com muita informação...(até trazia aquele papel que eu acabei de escrever...aquele questionário... não é?...que já ali pus no corredor...)” (E13 S5)*

- *“ Deram-me aquele livrinho que eu já tinha começado a ler da outra vez... o guia de acolhimento sim, (o que eu li...eu mais a minha cunhada...da outra vez, foi o outro [Guia de orientação e ensino ao utente com Colostomia] com as indicações aqui da forma como havia de tratar de mudar o saco e assim...)” (E14 S7)*

- “ *...deram-me aquele livrinho [Guia de Acolhimento] quando cá cheguei...(tinha dentro para responder, aquela folha com perguntas sobre o tratamento das pessoas aqui...já respondi e já lá pus fora naquela caixa)...”*  
(E16 S2)

Com a redução da demora média de internamento e a conseqüente limitação de tempo para o ensino, a informação escrita é importante em qualquer plano de ensino para a alta. Destinados a ser utilizados pelo utente e pessoa significativa, os guias orientadores de ensino bem como os folhetos informativos, não dispensando nunca a instrução comportamental por parte dos enfermeiros através da oralidade e treino, poderão ser de grande utilidade, pois facilitam a compreensão e a retenção da aprendizagem dos aspectos mais significativos a ter em atenção. O utente pode ao seu próprio ritmo e sem stress, vir a reter a informação, e a formular questões posteriormente aos profissionais, ou a compreender melhor outras etapas de ensino com esta leitura prévia.

Da análise das entrevistas, dentro do tema, categoria e subcategoria, emergiram as seguintes unidades de registo:

- “*A senhora enfermeira há dias deu-me um livro que é sobre a minha operação, para eu me preparar [Cuidados à Mulher submetida a Mastectomia ou Tumorectomia] ...e deu-me outro depois ...para eu ter atenção com o outro lado e a parte boa que ficou, daqui para a frente [Auto-Exame da Mama] ”*  
(E2S5)

- “*...deram-me um papel dobrado com desenhos e informações, foi a enfermeira F. [Folheto Informativo]”*(E3S7)

- “*Deram-me informação escrita sim, está ali em cima aquele livrinho [Guia de Ensino ao Utente Amputado acima do joelho] que mostra como se faz a ligadura e as outras explicações todas ...”*(E5 S8)

- *“...as enfermeiras até me deram aqueles três livrinhos que ali estão...um do doente amputado, o outro dos diabetes e o outro ainda que também é dos diabetes mas é sobre os pés [Cuidados a ter com os pés para a pessoa com diabetes mellitus] que é para não acontecer ao outro o que aconteceu a este pé...têm muitos ensinamentos para mim...e para a minha filha ler e depois me fazer como lá está..., da ligadura, como se põe...do cuidado para não fazer feridas e não estar muito tempo na cadeira...e de ter muito cuidado com o pé para não voltar a acontecer mais nada como desta vez...”(E8S7)*

Devido a ansiedade e desconforto, por vezes os utentes retêm pouco da informação dada durante a hospitalização, devendo as informações ser limitadas aos conteúdos específicos, comportamentos e habilidades necessários para aprender antes da alta. Aquilo que o utente deseja saber e o que pode ser aprendido no limitado tempo disponível, deve ser tido em consideração na avaliação da informação necessária.

MARAMBA (2004), identificou situações desfavoráveis à aprendizagem no decorrer da hospitalização que poderiam condicionar a concentração no ensino, como por exemplo, preocupações com necessidades físicas, desconforto e letargia secundária a terapêutica para a dor, de entre outras, sendo também disso um exemplo, as referências que se seguem:

- *“Não cheguei a fazer aqui a mudança do saco...não tive cabeça...eu também tive medo porque eu desmaiei duas vezes...”(E7 S21)*

- *“ (explicaram-me tudo lá de fora e daqui do quarto e da casa de banho quando cá cheguei...) estão sempre a dar-me informações para eu seguir...mas eu é como lhe digo para ler ainda não tive paciência...agora quando for para casa penso que vai ser diferente...á já vou a pouco e pouco ler aqueles livrinhos...”(E12 S10)*

- *“ Eu sempre fui uma pessoa que gostou de estar informada, mas olhe que ainda não abri os livrinhos que me deram [Guia de Acolhimento], [Guia de*

ensino à Mulher Mastectomizada], [Guia do Auto-Exame da Mama], *não estou nada para aí virada... não estou com paciência... (depois a minha cunhada que já leu tudo, vai-me ajudar!...)* (E12S4)

Também na alta há informação complementar a ser possibilitada, informação solicitada pelo utente e família bem como receitas médicas, a carta de alta médica e de enfermagem, informações escritas de outros profissionais como dietista e assistente social de entre outros.

- *“Deu-me uma carta para levar à médica de família e mais outra para a Enfermeira do Centro...”* (E2S15)

- *“...[a Dietista] deixou uma carta com tudo escrito e uma lista que o meu primo já levou...”* (E6 S11)

- *“Eu não me vou preocupar porque já vi que está tudo escrito para eles saberem como é que se vai fazer tudo... os comprimidos que eu tenho que tomar, a data da consulta para vir ao médico... Há também uns livrinhos que explicam tudo... e também ficou combinado que íamos levar dois para dar às enfermeiras...”* (E6 S12)

- *“Deram-me o livrinho...o livrinho...[Guia de Orientação e Ensino ao Utente Ostomizado] Já o li.. já o li Acho... não sei ... talvez... acho pouco... de uma maneira geral ... não só nós que somos colostomizados... a certo nível, as pessoas deviam saber... conhecer ...”* (E7 S8)

- *“...mas o sr. enfermeiro disse que ía chamar a dietista ontem e hoje ela já me deixou aqui uns papéis com tudo escrito”.* (E7S10)

- *“ Sim, levo as informações do médico, das enfermeiras e a da Sra. Dietista também levo que esteve aqui com a minha filha há pedaço e deixou um papel... Tenho cartas para os médicos e para a enfermeira...”* (E8 S6)

- “O Sr. Doutor como a Sra. Enf<sup>a</sup> Chefe viu, deu-me aquelas duas cartas, uma era para a Dra. e a outra era para mim, não era? Deu-me também a indicação das marcações de consulta uma para 19 e a outra depois...não me lembro bem da data...” (E9 S5)

- “Não interessa, está lá escrito! Tem lá também a receita dos comprimidos para as dores para eu aviar na farmácia...” (E9 S6)

O médico deu-me as cartas e explicou-me tudo à frente do meu marido. A senhora enfermeira também...” (E9 S12)

- “Já tenho a consulta marcada, tenho ali o papel com o dia e a hora.” (E2 S11)

- “A enfermeira veio trazer duas cartas para o médico de família e para a enfermeira do Centro de Saúde.” (E4 S4)

- “Já me deram uma folha com tudo o que devo fazer agora lá no lar, a minha filha também está ao corrente de tudo e parece que também iam telefonar outra vez para o lar...a Sra. Dietista também já aqui esteve.” (E10 S9)

- “...Já tenho a carta para o médico lá do Centro de Saúde ...” (E11 S12)

- “Também me deram, mais a senhora dietista, uma lista com o que devia e o que não devia comer, por causa dos cheiros e se tivesse as fezes mais soltas, ou ao contrário. Foram incansáveis...” (E11 S5)

- “Deram-me uma mala [oferecida por uma empresa de material de ostomia] com tudo o que é preciso para tratar disto aqui do saco...” (E6 S13)

- “...a Senhora Dietista deixou aqui uma lista que era para eu levar para casa, quando eu pensava que ía para lá...mas agora a minha sobrinha já guardou para entregar no lar...” (E15 S5)

## **2. 2 – FAMÍLIA**

Para que o processo de alta possa ser bem sucedido é importante considerarmos a família como a componente fundamental na recuperação após a alta.

O conceito de família é aqui usado num sentido mais lato pois inclui qualquer pessoa que desempenha um papel importante na vida do utente. Esta pessoa pode não ter um papel legalmente instituído, mas ser aquele que assume a responsabilidade principal pelos cuidados em casa, ou apenas a pessoa mais envolvida afectivamente que o apoia e lhe dá atenção. O envolvimento precoce e o ensino à família são essenciais, especialmente se a condição clínica do utente os impede de aprender. É importante transmitir a informação a este membro da família que também passa a ser um utente.

A consolidação da aprendizagem por parte do utente idoso poderá ser favorecida se houver uma preocupação por parte dos profissionais com a promoção da presença de pessoas significativas junto deste, mostrando-lhes disponibilidade para exporem as suas dúvidas e receios e incentivando-os a participar nos cuidados. Mais tarde já em casa, este familiar / pessoa significativa, poderá vir a ajudá-lo a pôr em prática os aspectos ensinados, lembrando-o e motivando-o, ajudando-o, ou ainda substituindo-o nas actividades em que se encontre dependente.

Com a redução dos tempos de internamento, os doentes com alta podem não se sentir preparados para tal, ou fisicamente capazes de realizar as actividades de autocuidado. Por conseguinte, os membros da família são as ligações vitais nas transições de cuidados hospitalares para casa. As famílias devem ser incluídas no ensino, fazendo deste parte, também as demonstrações e treino.

### 2.2.1 –Oral

A formação e a informação das pessoas sobre a melhor forma de cuidar, é um contributo muito importante tanto para quem é cuidado, como para o futuro prestador de cuidados (cuidador informal).

Segundo MARRUCHO (2001), uma boa comunicação com a família, inclui instilação de tranquilidade, segurança e de esperança, inclui a transmissão da informação de acordo com as suas necessidades, a permissão da participação nos cuidados ao seu familiar doente, e também o ensino sobre os mesmos cuidados.

Referências por parte dos entrevistados, revelam-nos aspectos da informação / ensino proporcionado aos familiares, dos quais se aperceberam ou valorizaram:

- *“ Ela recebeu todas as informações necessárias... a minha filha...foi tudo explicado à minha filha.”* (E4 S10)

- *“ Os meus filhos ainda aqui andaram algum tempo e aprenderam muita coisa...aprenderam a ajudar-me a mudar da cama para a cadeira de rodas, e na casa de banho também [Amputação traumática] ”* (E5 S10)

- *“...mas aprendeu com as senhoras enfermeiras a tratar deste meu problema, aqui da íleos...tomia...aqui do saco...(tenho dificuldade em dizer este nome), para eu ter mais alguma ajuda...porque eu já estou velha para aprender estas coisas...bem andaram aqui a querer que eu aprendesse...”* (E6 S9)

- *“ A minha sobrinha que cá vem, de propósito...é que tem dado assistência a essa colocação [saco de colostomia]...Foi tudo ensinado à minha sobrinha...ela não tem dificuldade nenhuma...”* (E7 S2)

- *“A senhora enfermeira...não me lembro agora que nome tem, sentou-se aqui a conversar connosco e pediu à minha sobrinha para vir cá passar o dia para aprender e me ajudar...para não termos dificuldades depois quando voltar a casa. Ela estava morta por ajudar e aprendeu tudo. Uma coisa num dia, no outro mais qualquer coisa e vá de fazer...já sabe fazer tudo ...”* (E7 S22)

- *“ A minha sobrinha já está a par...(que os sacos estão preparados com carvão... e há cuidados a ter com a alimentação relativamente aos cheiros...) ela já ficou com essas informações todas também...”* (E7 S11)

- *“Esta coisa como é que se chama...? A placa...Sim. A minha não é redondinha, eu vi a enfermeira fazer...é ovalada...”* (E7 S14)

- *“...a minha sobrinha tem o molde para cortar sempre igual...ela sabe... foi-lhe explicado...ela tem a informação toda...eu não tenho tido cabeça, é tanta pressão...mas eu vou aprender...depois tranquilamente...”* (E7 S15)

- *“ À minha filha também ensinaram ...a ela ensinaram tudo...que ela andou cá a aprender!...vinha para aqui e ajudava a tratar de mim para aprender...ao princípio ela fazia tudo mas agora há muita coisa que sou eu que faço...”* (E8 S5)

- *“ Agora deram-me...parece uma caneta, com insulina e ensinaram a minha filha como é que vai dar a insulina com aquilo...”* (E8 S8)

- *“ A minha filha está sempre informada de tudo...dizem-lhe tudo...dizem-lhe tudo...às vezes até antes de me dizerem a mim...que ela vem cá falar com eles...com os Senhores Doutores...e com as Senhoras Enfermeiras também...”* (E10 S6)

- *“...a minha nora e o meu filho sabem tudo o que se passa, foi a ela e à minha mulher que as enfermeiras estiveram a explicar tudo...mas não foi preciso elas mexerem aqui por enquanto...e espero que não faça falta (E13 S6)*

- *“ Falaram com a minha sobrinha, mas a minha amiga também me acompanhou aqui, e está a par de tudo...”(E15 S6)*

Segundo RAMOS (2007), fornecer informação aos doentes, envolvê-los e comunicar com eles, satisfaz várias necessidades a diferentes níveis, tendo repercussões positivas para os utentes e famílias, para as instituições de saúde a nível financeiro e para a humanização dos cuidados, quer a nível médico legal, quer psicológico e também a nível médico - institucional.

### **2.2.2 - Escrita**

A informação escrita, segundo HAYNES, citado por OGDEN (1999), tem efeitos sobre a adesão, verificando-se uma melhoria significativa dos resultados, de acordo com estudos realizados.

Sobre este aspecto da informação escrita possibilitada ao familiar / pessoa significativa, o utente idoso na alta hospitalar dá-nos os seguintes testemunhos:

- *“ A minha amiga é que esteve a ler o guia de acolhimento ...” (E2 S7)*

- *“ A minha cunhada já leu tudo [Guia de Acolhimento, Guia de Ensino à Mulher Mastectomizada, Guia do Auto-Exame da Mama], e disse que me vai ajudar a fazer o que lá está escrito. Também assistiu a alguns ensinamentos das enfermeiras e do fisioterapeuta e fez-lhes perguntas, quis saber tudo...como é que se faz e porque é que se faz...” (E12 S5)*

- *“...parece que a minha sobrinha também já tem o papelinho com a marcação da consulta...”* (E7 S12)

- *“Também entregaram um livrinho [Guia de Ensino ao Utente Ostromizado] à minha filha quando ela esteve cá a aprender a tratar de mim se fosse preciso depois em casa...com muita coisa sobre isto...”* (E11 S4)

- *“ O Sr. Doutor também falou com o meu filho... entregaram tudo... receita...carta para o médico lá da caixa... à minha nora e é assim, ...* (E3 S8)

O reforço da informação na alta hospitalar ao utente e ao cuidador informal (assim como após a alta sempre que solicitados), acompanhado de um documento escrito, minimizará situações de stress por parte dos idosos e dos cuidadores, favorecerá certamente a recuperação do idoso, assim como a redução de readmissões.

### **3 – GARANTIA DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS**

**QUADRO Nº 12 – Garantia da Continuidade de Cuidados**

<b>TEMA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>SUB-CATEGORIA</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
<b><u>GARANTIA</u></b>  <b><u>DA</u></b>  <b><u>CONTINUIDADE</u></b>  <b><u>DE CUIDADOS</u></b>	3.1 – REDE DE APOIO INFORMAL	3.1.1 - <u>Família</u>	E3S11;E6S1;E6S4;E7S5; E7S6;E7S7;E12S6;E13S7
		3.1.2 – <u>Vizinhos/Amigos</u>	E2S9;E6S5.
	3.2 – REDE DE APOIO FORMAL	3.2.1 – <u>Apoio Domiciliário</u>	E512;E6S2;E6S3; E11S3;E14S4;E16S7.
		3.2.2 – <u>Centro de Dia</u>	E5S4;E13S8;E11S3;E3S11.
		3.2.3 – <u>Lar / Outros</u>	E5S11;E10S8;E10S9;E15S1

O Quadro nº 12 apresenta o tema “Garantia da Continuidade de Cuidados”, com vinte e cinco (25) unidades de registo. Das categorias emergentes neste tema, a Rede de Apoio Informal com onze (11) unidades de registo, apresenta a subcategoria Família com oito (8) unidades, e a subcategoria Vizinhos / Amigos com três (3). A categoria Rede de Apoio Formal com catorze (14) unidades de registo, apresenta as subcategorias Apoio Domiciliário com seis (6) unidades, a subcategoria Centro de Dia com quatro (4), e a subcategoria Lar também com quatro (4) unidades de registo.

O internamento hospitalar deverá ser limitado ao absolutamente necessário, devendo o idoso regressar ao seu meio, com os seus entes mais próximos, sempre que haja vontade expressa pelo próprio ou familiares, logo que se considere preparado para tal, ou que os cuidados possam ser prestados em ambulatório, devendo a alta hospitalar ser preparada desde a admissão do utente na unidade.

Fundamental para a garantia da continuidade de cuidados será a ligação formal entre o hospital e a comunidade. Relativamente a cada pessoa, a articulação com os cuidados de saúde primários, assim como com outras organizações, deverá então ser feita através de contacto telefónico prévio e envio da nota de alta por fax (não existindo um sistema informatizado), e através do próprio doente/ família.

Também o apoio social, entendido como a utilidade das pessoas em quem se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância, envolve permutas entre os cidadãos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer as suas necessidades sociais, promovendo e otimizando os recursos pessoais, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos.

### **3.1 – REDE DE APOIO INFORMAL**

Nas redes de apoio informal, encontram-se incluídos por um lado as famílias do próprio idoso e por outro, os amigos e vizinhos.

#### **3.1.1 – Família**

De acordo com PAUL (2002), os idosos, porque normalmente já vivem há largos anos na sua casa e os laços que os ligam a estas se fortalecem ao longo do tempo, apresentam associados a estas, sentimentos que favorecem durante a hospitalização, o desejo de regressar à sua casa.

A continuidade de cuidados poderá ser garantida pela família/pessoa significativa, devendo a permanência no meio habitual de vida ser favorecida, evitando-se sempre que possível a residência em lares. Também tem havido uma maior preocupação ultimamente, na preparação das famílias para se responsabilizarem por cuidar dos seus, principalmente dos mais vulneráveis onde se incluem os idosos.

MARAMBA (2004), refere que

*“...para avaliar cuidados em casa prestados pelos cuidadores informais, inclui-se demonstração pelos cuidadores de:*

- boa vontade;*
- prontidão para assumir o papel de cuidador;*
- conhecimento dos regimes de tratamento recomendados;*
- compreensão de quando contactar profissionais de saúde”.*

O cuidador informal é uma componente chave na recuperação após a alta e num processo de alta bem sucedido. A disponibilidade da família para auxiliar nos cuidados ou prestar apoio, aumenta o sucesso pós alta, devendo também as necessidades destes ser consideradas na preparação do regresso a casa. Assim, este deverá ser alertado desde a primeira hora para a importância de haver cuidadores secundários (familiares, vizinhos ou amigos), que colaborem consigo e que o substituam nos seus impedimentos ou períodos de descanso.

A continuidade de cuidados garantida pela família, é expressa nas afirmações seguintes:

*-“ Ainda vou um bocadinho debilitada, mas vou para casa do meu filho e da minha nora e uma filha não me tratava melhor...”(E3 S11)*

*-“ ...vou-me embora hoje mas o meu primo... andou-me a tratar das coisas com as Enfermeiras e com a Assistente Social para eu ir para casa com alguém a ajudar-me...Comprou-me um microondas porque ...diz ele...tem medo que eu possa mexer no lume...assim aqueço só a comida...tenho ali aquele andarilho que me deram...e já vou poder movimentar-me um pouco...”(E6 S1)*

*-“O meu primo disse que ía comprar-me um telefone sem fios para ter sempre junto de mim...Aquela minha prima, a mãe dele, é muito minha amiga...também vai lá fazer-me companhia...”(E6 S4)*

*- “Dá-me tranquilidade pensar que vou para casa da minha irmã e vou ter a presença da minha irmã e da minha sobrinha...tenho a minha irmã que é formidável...que parece que estudou enfermagem...está sempre pronta...”(E7 S5)*

As necessidades da família ou de pessoas significativas que prestam apoio e assistência nos cuidados, devem ser consideradas na preparação do regresso a casa, de modo a favorecer o bem-estar do cuidador.

*- “Eu estava a pensar que fazia só uma operação e que depois ía para casa ou ía comer ao Centro Paroquial ou assim...mas não!...eu preciso de recuperar um pouco mais... com elas...”(E7 S6)*

*- “...vou precisar de lá estar e aceito...vou precisar de estar com gente...vou para casa da minha irmã...”(E7 S7)*

*- “... a minha cunhada diz que me vai ajudar lá a casa e depois quando eu estiver melhor passo a ir para casa dela almoçar com eles...”(E12 S6)*

*- “Eu vou para casa, e já está assim dito pelo meu filho, que agora a minha nora passa a ir lá mais, e se calhar até cozinha lá e ele vai lá jantar também...agora nestes primeiros tempos...depois há-de se ver...”(E13 S7)*

### **3.2 – Vizinhos / Amigos**

Nem sempre são os familiares aqueles que podem proporcionar suporte e bem-estar à pessoa idosa. O suporte social por parte de amigos, (amizades muitas vezes conseguidas ao longo dos tempos por razões de proximidade, de vizinhança) corresponde muitas vezes a escolhas feitas pelo próprio, na base da partilha de interesses e trocas subjectivas significativas para ambas as partes, e está tantas vezes ao nível, ou ultrapassa tantas outras vezes, o proporcionado por familiares. Na ausência destes últimos, será a família substituída por quem de proximidade, lhes dá atenção e afecto (o que constitui uma

mais valia no suporte sócio emocional da pessoa idosa) e se disponibiliza por razões de amizade, de solidariedade ou de cidadania, como se pode perceber pelos seguintes relatos:

*-"Tenho uma amiga, uma senhora minha vizinha, ...ela é muito minha amiga...já me veio cá ver várias vezes e também me acompanhou no primeiro dia...ela falou com as enfermeiras que lhe ensinaram algumas coisas...estou a contar com a sua ajuda...apesar de eu já não precisar..."(E2 S9)*

*-"...sim eu tenho pessoas muito minhas amigas, mesmo ao pé donde eu moro ...nunca me dei mal com ninguém. Sempre fui muito considerada pelas pessoas...Sinto-me acompanhada... as minhas amigas estão ali todas...Sabe aquelas que cá estiveram no outro dia... no dia em que eu fiz anos...são umas grandes amigas... fizeram-me aquele bolo e veja lá, tinha velas e tudo!...Fizeram até questão de deixar a receita do bolo...E estava muito bom! Todas as pessoas gostaram! No ano passado convidei-as, mas este ano eu confesso... não estava à espera de nada disto..."(E6 S5)*

Os encontros com a família segundo PAUL (1997), nem sempre são fáceis, sendo por vezes conflituosos, pelo que as relações com amigos são por vezes mais estimulantes e positivas para as pessoas idosas.

O espaço domiciliário, quando apresenta possibilidades de suporte sócio-emocional, é local privilegiado à recuperação de doentes e também àqueles que se encontram nas últimas etapas da vida junto das pessoas que lhes são significativas.

O enfermeiro deverá preocupar-se com o bem-estar do cuidador, proporcionando o seu envolvimento e o seu suporte, incluindo o suporte emocional, e o reconhecimento do seu trabalho, favorecendo assim, o seu melhor desempenho. Informar, ensinar e orientar para rede de suporte social e de grupos de apoio, são aspectos importantes que os profissionais de saúde deverão ter presente.

Apoiar o cuidador, fomentando a existência de cuidadores secundários, no sentido destes disporem de tempo para cuidar de si próprios, mantendo garantida a prestação de cuidados durante o descanso, é aspecto da máxima importância.

### **3.2 – REDE DE APOIO FORMAL**

A garantia de cuidados, por vezes proporcionada dentro da rede de apoio informal, é muitas vezes complementada com apoio formal, nomeadamente apoio domiciliário (como higiene pessoal, alimentação, higiene da casa, de entre outros), e cuidados de enfermagem no domicílio.

#### **3.2.1 - Apoio Domiciliário / Cuidados Domiciliários**

Um dos direitos dos doentes, mencionado por NUNES (2005), é o direito à continuidade de cuidados. O doente tem direito a que o hospital em conjunto com o centro de saúde, antes da alta, lhe garanta a continuidade de cuidados, fazendo os segmentos de texto que se seguem, alusão à continuidade de cuidados:

*- “ A Sra. enfermeira disse que a enfermeira dos cuidados continuados ía lá a casa para me ajudar com a ileostomia ...disse também que qualquer dúvida que eu tenha, ou dificuldade, posso sempre telefonar-vos ou vir cá com o meu primo.... Isto como sabe também está tudo combinado com o meu primo...” (E6 S3)*

*-“Eu hei-de cá vir às consultas, mas para já são elas [enfermeiras] que me vão fazer a casa o penso e vigiar se tudo vai bem...” (E14 S4)*

*- “ ...a Senhora Assistente Social diz que vão lá a casa para me ajudarem nas coisas da casa e naquilo que eu precisar...agora no princípio...” (E16 S7)*

O Apoio Domiciliário, prestação de cuidados de enfermagem e médicos, a nível preventivo e curativo, individualizados e personalizados a indivíduos e famílias na sua própria residência, assim como a prestação de apoio social, tem por finalidade assegurar a

satisfação das actividades da vida diária, e / ou das actividades instrumentais de vida quotidiana por motivos de doença, deficiência ou impedimentos de outra ordem.

Este tipo de serviço é praticado através de um conjunto de acções multidisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articuladas, de apoio social e de saúde, e tem sofrido grande incremento relacionado com a longevidade, o acréscimo de pessoas portadoras de doença crónica e ainda com a redução dos tempos de internamento.

A grande importância da existência dos cuidados domiciliários consiste no facto de permitir aos indivíduos permanecerem em suas casas enquanto tal for possível, favorecendo a redução da sobrecarga hospitalar e a promoção da qualidade de vida do utente e cuidadores.

De acordo com o quadro nº 12, a sub-categoria Apoio Domiciliário, inclui ainda as seguintes unidades de registo:

*-"Já não posso estar à espera de ajuda do meu marido...dali já não dá...eu é que o ajudava a ele mas agora vou precisar do apoio domiciliário...vão lá a casa ajudar-me nestes primeiros tempos..."(E11S3)*

*-"(Preciso da ajuda do andarilho...e preciso que me lavem e me vistam... o que eu era!...deitava a mão a tudo!...trabalhei muito...sempre toda a vida...) Vou ficar com uma senhora lá em casa do apoio domiciliário particular, uma senhora que vai lá a casa fazer-me as coisas da casa e ajudar na alimentação e no que for preciso... Depois quando passar a ter a ajuda do Centro de Apoio Domiciliário, logo se verá...se preciso que essa senhora continue a apoiar-me no resto do tempo, ou não...Foi isso que ficou combinado com o meu primo, com a Sra. Enfermeira e com a Sra. Assistente Social...acho que foi assim..."(E6 S2)*

*- " Também me andam a dizer que depois vou ficar um tempo em casa de um e em casa do outro filho...estão preocupados comigo..."(E5 S12)*

Deverá ser feita a avaliação da situação social e financeira do doente, e a articulação com os outros serviços de saúde (segurança social, instituições privadas de solidariedade social, organizações não governamentais), o mais cedo possível durante o internamento.

No serviço em questão, o contacto diário e a boa articulação com a Assistente Social permite o levantamento atempado das situações referidas e o desencadear de acções com vista à resolução dos seus problemas.

A constituição recente de equipas de gestão de altas, onde está incluída uma enfermeira, uma médica e uma assistente social, podemos considerar uma mais valia para a resolução destes problemas, quando se trata de encaminhar para unidades de convalescença, unidades de média e de longa duração, assim como para cuidados paliativos.

Não foi entrevistado nenhum utente que tivesse ido para a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), pois nesta altura a equipa de gestão de altas do hospital a iniciar as suas funções nesta área começou por dirigir a sua actividade aos utentes do serviço de medicina, tendo após algum tempo passado a ser também incluído o serviço de cirurgia.

A experiência mais recente no serviço com estas situações, revela alguma demora, nem sempre havendo resposta em tempo útil, pelo que se espera que o aumento progressivo da sua capacidade possa vir a dar a resposta que se espera destas unidades. Também a transferência dos doentes para estas unidades, será de esperar que se faça para a proximidade da zona habitacional onde familiares e amigos continuem a poder estar presentes, o que nem sempre se tem verificado.

Os cuidados domiciliários, dão resposta a um direito de igualdade no acesso aos cuidados de saúde, contemplado pelo Sistema Nacional de Saúde. São cuidados caracterizados pela sua intervenção integral, integrada e multidisciplinar.

Cabe aos Serviços de Saúde a responsabilidade de promover a acessibilidade e a qualidade dos cuidados que prestam, sobretudo a nível dos cuidados domiciliários.

### **3.2.2 – Centro de Dia**

Os centros de dia, estrutura de apoio social, normalmente a nível da freguesia ou da paróquia, favorecem as relações interpessoais ao nível das pessoas idosas, de modo a evitar o seu isolamento perante a falta de disponibilidade das famílias que têm idosos a seu cargo. Estes centros fornecem serviços que dão respostas às carências socio-económicas dos idosos incluindo actividades culturais e recreativas diversificadas e têm como principal objectivo a criação de condições favoráveis à manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida.

- *“ Já antes de para aqui vir eu costumava ir para o Centro de Dia...e olhe que se passa lá muito bem...(E5S4)*

- *“ Vou para o Centro Paroquial...(E13S8)*

*“A Sra. Assistente Social disse que eu ía para o Centro de Dia e que era de lá depois que me traziam às consultas...”(E11S)*

- *“...mas eu também frequento um Centro de Dia de O. em P.A. que é da Misericórdia, já os conheço muito bem a todos e vou continuar a ir para lá...eles apoiam-me muito...”(E3S15)*

### **3.2.3 – Lar / Outros**

A política social de apoio aos idosos tem vindo a desenvolver medidas que visem a permanência destes na sua residência, inseridos no seu meio social. No entanto esta realidade nem sempre é possível, e tem-se verificado por vezes a necessidade de recorrer a lares.

As unidades de registo referenciadas, documentam dos utentes entrevistados, os que por carência de outros recursos tiveram de recorrer a esta possibilidade de continuidade de cuidados:

- “...já iam ligar outra vez para o lar e a senhora enfermeira disse no outro dia que já tinham falado para lá, para explicar tudo o que devo fazer agora...” (E10S8)

- “ Já me deram uma folha com tudo o que devo fazer agora lá no lar, a minha filha também está ao corrente de tudo e parece que também iam telefonar outra vez para o lar. A Sra. Dietista também já aqui esteve.” (E10 S9)

- “ Sabe que eu vou para a Companhia de Seguros...e lá deve haver isso tudo...[varões na casa de banho para a transferência da cadeira de rodas para a sanita e vice-versa], os meus filhos dizem que é melhor para mim, porque lá há melhores condições do que aqui, mas eu não sei...” (E5 S11)

“Ainda pensei que me arranjavam alguém que me desse apoio lá em casa até eu poder ir ao Centro de Dia...a minha sobrinha falou logo que era melhor eu ir para o lar até ficar melhorzinha...assim espero... voltar à minha casa...e voltar a estar com aquela minha amiga...deixo lá tudo...hei-de voltar...hei-de voltar...” (E15S1)

#### **4 – DURAÇÃO DO INTERNAMENTO**

**QUADRO Nº 13 – Duração do Internamento**

<b>TEMA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>SUB-CATEGORIA</b>	<b>UNIDADES DE REGISTO</b>
<b><u>DURAÇÃO</u></b> <b><u>DO</u></b> <b><u>INTERNAMENTO</u></b>	4.1 - ADEQUADO		E2S19;E3S13;E4S11;E6S21; E8S14;E9S13;E9S15;E11S11; E12S10;E13S9;E14S6;E15S8. E16S5.
	4.2 - ADEQUADO TENDO EM CONTA QUE TERÁ APOIO		E6S14;E7S23;E7S24;E10S11.

O quadro anteriormente apresentado, quadro nº 13, cujo tema é “Duração do Internamento”, refere também as Unidades de Registo inerentes a cada categoria, “Adequado” com treze (13) unidades e “Adequado tendo em conta que terá apoio”, com quatro (4) unidades, num total de dezassete (17) unidades de registo.

No internamento hospitalar, não será de valorizar o seu prolongamento para além do estritamente necessário, uma vez que para além do seu custo económico, este apresenta implicações para o utente e família a nível físico, psicológico e também de carácter social.

A redução dos tempos de internamento, podem afectar no entanto a educação do utente / família, na medida em que a capacidade do utente para aprender pode estar ainda comprometida. O tempo que os enfermeiros podem dispor para o ensino com vista ao auto-cuidado também pela mesma razão poderá ser considerado limitado.

De acordo com ELIOPOULOS (2005), os idosos hospitalizados merecem um planeamento de alta precoce e bem elaborado, devendo este incluir, prevenção de complicações, redução de risco de nova hospitalização bem como o minimizar do stress, tanto para os próprios como para os seus cuidadores.

Aumentou assim a necessidade do ensino incluir os cuidados em casa, pelo que a avaliação das necessidades educacionais da pessoa idosa, incluirá não só a doença, mas também o ambiente para onde esta irá regressar e ainda os recursos disponíveis.

Neste tema emergiram as categorias anteriormente referidas, não tendo nenhum dos entrevistados, considerado que a duração do internamento tivesse sido inadequada.

#### **4.1 - ADEQUADO**

Os utentes entrevistados, que consideram o tempo de internamento adequado, expressaram-se do seguinte modo:

*-“Já não estou cá a fazer nada...”* (E2 S19)

*-“Eu considero, considero o tempo que cá estive adequado...”* (E3 S13)

*-“Claro que foi adequado, mas não me importava de cá ficar mais algum tempo...é que a descer não há problema porque me agarro ao corrimão, mas a subir para o 2º andar, isso eu não consigo. Agora levam-me e depois vou ficar mais em casa...”* (E4 S11)

Não só as condições de saúde, mas também as condições ambientais (para além dos recursos da comunidade), terão de ser tidos em conta na preparação da alta hospitalar.

Cabete (2005), compara o idoso da comunidade rural com o da comunidade urbana, referindo que por vezes o primeiro com estadia transitória na comunidade urbana,

em casa de filhos, encontra-se desfazado do meio envolvente. É a falta de relacionamento social, enquanto os filhos que trabalham não chegam, o que acontece só à noite, são os prédios com escadas a que não estavam habituados...

- *“Eu estive cá o tempo necessário...nem mais nem menos...”*(E8 S14)

- *“...vou-me embora na altura certa...eles vão-me ajudar, vão-me ajudar todos...”*(E6 S21)

- *“Eu não estava à espera de ir já...mas de facto não estou cá a fazer nada...vendo bem é para a minha casa que devo ir, correu tudo tão bem...sinto-me bem preparada porque fui bem tratada e já posso ir para casa com estas instruções que me deram....”*(E9 S13)

- *“...no entanto acho que estive cá pouco tempo, foi rápido. Estava cá muito bem como já lhe disse (riu-se)...”*(E9 S15)

- *“Eu não preciso de estar cá mais tempo...se precisasse não havia problema nenhum porque gosto de cá estar...fui sempre muito bem tratada...mas chegou a altura de voltar para a minha casa...também vai saber-me bem...”*(E11 S11)

- *“Antigamente as pessoas ficavam mais tempo no hospital, acho bem como é agora...agora já não é a mesma coisa...mas também quase que não havia visitas e ainda tinha de se pagar para visitar alguém...e não era como aqui, ninguém dava explicações a ninguém sobre nada... eu já me posso ir embora... aqui foram muito cuidadosos comigo...e explicaram-me sempre tudo...já estou bem para ir...”*(E12 S10)

- *“Acho que estive cá o tempo que fez falta... não foi a mais, nem a menos...É claro que fui muito bem tratado...pelos Srs. Doutores... pelas*

*Enfermeiras...por todos...mas agora vou para casa, pronto, é melhor assim...”*  
(E13 S9)

- *“...já não é preciso ficar cá mais tempo...tenho a consulta marcada...e espero não ter dúvidas desta vez...mas se tiver faço como da outra vez, telefono-vos ou vimos cá ao hospital...”*(E14 S6)

- *“Se precisava de ficar cá mais tempo?...Eu gostava...Eu não me importava nada de ficar cá mais uns dias...mas também...agora o que falta, penso que é com o tempo...isto a pouco e pouco vai...eu sou rija...”*(E15 S8)

- *“...já me encontro bem. Não tenho dores, ou se tenho é moderada e passa com um comprimido. Já posso comer comida normal e tenho tudo a funcionar bem, vou à casa de banho e tudo...portanto posso ir...Os hospitais quando a gente pode é para estar pouco tempo...”*(E16 S5)

#### **4.2 – ADEQUADO, TENDO EM CONTA QUE TERÁ APOIO**

A pessoa idosa na alta hospitalar poderá não se sentir completamente preparada para o regresso a casa ou incapacitada para o auto-cuidado, sendo os membros da família o elo fundamental na transição de cuidados hospitalares para casa.

- *“Acho que se não tivesse este apoio dos meus primos teria de ficar cá mais algum tempo...assim vou-me embora na altura certa...eles vão-me ajudar, vão-me ajudar todos...”*(E6 S14)

- *“De qualquer modo sinto-me um pouco dependente...Sozinha faço uma higiene à gato...Só preciso de ganhar forças...Neste momento estou um bocadinho dependente...vou para casa da minha irmã...e a minha sobrinha ficou toda interessada em fazer isso...por isso neste momento estou um pouco dependente...neste momento preciso... não consigo ir para casa e fazer*

*tudo...Neste momento tenho pouca força nas pernas...dou três voltas e volto para trás...eu não conseguia deitar-me sozinha... de há dois dias para cá é que eu me sinto melhor...o meu corpo pesava tanto que eu não conseguia...”*  
(E7 S23)

- “ *...eu não me importava de ficar aqui mais tempo...até me vêm visitar mais aqui...sabe ficam preocupados quando sou internada...mas eu já estou muito melhor!”* (E10 S11)

-“ *Se me sinto preparada para ir para casa... Tem que ser! A gente entra no hospital e tem que sair...Só por necessidade...Se não tivesse quem me ajudasse em casa, eu não estava preparada para estar sozinha...não estava...O hospital só é bom enquanto é necessário. Eu chego a perder a noção do tempo...Se não tivesse apoio, teria necessidade...sei lá...nem que fosse dum apoio domiciliário...O hospital só no que diz respeito ao necessário...depois é preciso um intervalo...de não criarmos stress aqui dentro...Eu chego a perder a noção do tempo...Eu vou-me embora agora a pensar que daqui a três meses ou quatro, tenho de voltar [Ficou com colostomia e voltará para fazer reconstrução do trânsito intestinal]...isso já é muito bom...penso assim, não é?”* (E7S24)

A permanência por muito tempo no hospital, pode ser constrangedora para a pessoa hospitalizada. Nesta situação, em que a permanência se arrastou por um mês, e em que há um problema familiar grave, de longa data, de falta de relacionamento com os netos, e problemas de saúde com familiares, de entre outros, pode parecer pelo segmento de texto, que se trata de uma alta imprópria, mas a família foi integrada nos cuidados, estava preparada, e o que a senhora necessitava naquele período de convalescença, era de vir a estar com os seus, a sentir-se apoiada... acarinhada...

Pudemos constatar em contactos posteriores, nomeadamente no reinternamento para reconstrução do trânsito intestinal, que a alta, naquela fase para junto dos familiares, teve bons resultados, encontrando-se a utente muito mais comunicativa, menos centrada em si própria, fruto de tanta preocupação na altura.

**5 – SATISFAÇÃO COM A ATITUDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**QUADRO Nº 14 - Satisfação com a Atitude dos Profissionais de Saúde**

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
<u>SATISFAÇÃO</u> <u>COM A ATITUDE</u> <u>DOS</u> <u>PROFISSIONAIS</u>			E2S1;E2S2;E2S8;E2S12;E2S16;E2S17;E3S1;E3S9; E3S10;E4S1;E4S9;E5S1;E5S3;E5S14;E5S15; E6S15;E7S17;E7S19;E7S25;E7S26;E8S17;E9S3; E9S14;E10S1;E10S2;E11S1;E11S6;E11S10; E12S9;E13S10;E14S1;E14S5;E15S9;E16S6.

O quadro nº 14, apresenta o tema “Satisfação com a Atitude dos Profissionais de Saúde”. Não tendo deste tema emergido categorias assinaláveis, é feita referência às Unidades de Registo. Do total de participantes do estudo todos referem satisfação, tendo sido identificadas trinta e uma (31) unidades de registo.

Numa sociedade voltada para a produtividade e que valoriza sobretudo a juventude, símbolo de saúde e de progresso, poderia supor-se, uma vez que os enfermeiros também fazem parte dela, menos interesse pelas pessoas idosas, e o recurso a atitudes e comportamentos como mitos e estereótipos relacionados com o envelhecimento. Neste estudo, observam-se no entanto referências muito positivas em que a pessoa idosa sente que foi considerada e estimada, nomeadamente:

*-“ as enfermeiras...( e os enfermeiros que aqui também têm...) foram de uma atenção comigo...nem queira saber...Sabe muito bem!...mesmo muito antes de sabermos que isto não era para toda a vida (que isso sim já foi uma grande alegria que me deram), mas nessa altura a minha cabeça estava muito*

*baralhada... e eles, muito respeitadores sempre, queriam-me animar, tratavam de mim, da colostomia e estavam sempre a explicar-me como é que se fazia...”*  
(E11 S1)

O respeito, de acordo com BERGER (1995), é a atitude do enfermeiro que considera a outra pessoa como um ser aceitável e como um objecto de afecto. O enfermeiro reconhece-a e estima-a.

Como manifestações de respeito, ao nível das atitudes, podemos considerar o estar lá para o utente, considerá-lo como um ser humano, descobrir os seus recursos e acreditar na sua boa vontade; ao nível dos comportamentos, ser competente, evitar julgar, ser empático, ser afectuoso e ajudar o utente a desenvolver os seus recursos.

HAYNES (1979), citado por OGDEN (1999) referencia também, como promotores de satisfação por parte dos doentes, os aspectos afectivos, onde se incluem apoio emocional e compreensão por parte dos profissionais de saúde, sendo disso referência as unidades de registo seguintes:

*-“ dei aqui entrada, fiquei aqui no piso, no quarto...e fui muitíssimo bem atendida...não posso dizer melhor...eu quando falo nisto, às vezes até me comovo...fui tão bem tratada!...desde o pessoal maior até ao pessoal menor...tão acarinhada...não tenho palavras para descrever...”*(E3 S1)

*-“A minha irmã disse – agradece lá à senhora enfermeira - . Telefonou de manhã e foi a senhora enfermeira que atendeu. Faltou-lhe a bateria no telemóvel e depois...falaram, falaram e não chegou a agradecer toda a disponibilidade que tem demonstrado...”*(E7 S17)

*-“Sinto-me muito bem preparada...”*

*Vieram cá o meu filho de França e a minha nora e tudo...não tenho que dizer...só tenho a dizer bem, só bem! Apoiaram-me muito...Apoiaram-me muito...”*(E8 S17)

- “...os enfermeiros fizeram-me tudo. Eles deram-me muita atenção.” (E9 S14)

- “... a enfermeira F...até me acompanhou, e veio-me dar até um beijinho, desejar-me as melhoras e veio despedir-se de mim...” (E3 S9)

- “Mas eu gosto muito das pessoas aqui do Hospital...São tão bons! São todos muito simpáticos...eu tenho muita confiança neles, trataram-me sempre cinco estrelas...” (E10 S1)

- “...não podem ser melhores do que são...estão sempre a querer fazer-nos o melhor...” (E10 S2)

Para o autor antes referido, os níveis de satisfação dos doentes também podem resultar dos aspectos comportamentais, bem como dos aspectos ligados à competência do profissional de saúde, onde se inclui o encaminhamento adequado.

Relacionado com aspectos comportamentais, identificámos dez (10) unidades de registo, que apresentaremos de seguida:

- “...está tudo muito bem esclarecido e ajudaram-me muito...” (E2 S16)

- “Eu fui tratada muito bem e explicaram-me tudo e estive tudo óptimo...” (E2 S17)

- “Quando cá cheguei uma enfermeira explicou que eu ia ser operada e o que eu ia fazer, explicou-me tudo sobre o quarto, apresentou-me tudo, às outras pessoas que cá estavam também...a minha amiga gostou muito, ainda há bocado falou disso...desde o princípio foram muito atenciosos todos...” (E2 S1)

- “As pessoas quando têm de estar no hospital gostam disso...que falem connosco e que expliquem as coisas...” (E2 S2)

*-“ Fui muito bem preparada. Está tudo a correr muito bem e também gostei muito de cá ter estado...Disseram os perigos em que eu estava, o que acontecia se cometesse excessos e para evitar esforços” (E3 S10)*

*-“Aqui fui bem tratada, não tenho razão de queixa”(E4 S1)*

*- “ Acho que estou bem preparada e foi tudo explicado à minha filha. ...” (E4 S9)*

*-“Senti-me aqui muito bem..., eu até gostava de continuar aqui mais tempo (de não ter de ir para a Companhia de Seguros onde eu não conheço pessoa nenhuma)...aqui os enfermeiros conversam muito comigo...eu tenho muita confiança nos enfermeiros porque eles ajudam-me muito...fazem-me ver as coisas como elas são mesmo quando eu estou assim mais desesperado...graças a eles e aos senhores doutores também, eu já vou fazendo tanta coisa que não me passava pela cabeça...ao princípio eu queria era morrer também... (E5 S14)*

*- “mas eles são muito capazes, é gente muito capaz para o que está a fazer...”(E5 S15)*

*- “ Eu sinto que as coisas estão muito bem preparadas para eu poder regressar a casa...(mas eu gostava mesmo era de ter muito dinheiro para poder ir para um lar... nesta fase...mas pronto, tenho muitas pessoas amigas...e estes meus primos são fora de série...estão a tratar de tudo para me ajudarem...) (E6 S15)*

*-“ ...Ajudaram-me muito...e eu precisei muito do apoio que me deram...” (E7 S19)*

*- “Há bons profissionais aqui no hospital...eu tenho conhecido bons profissionais aqui no hospital, não podem fazer mais...não podem fazer mais...” (E7 S25)*

*-“O pessoal dá todo o seu melhor...não é só a mim...têm cá uma dose de profissionalismo...e de um certo... como é que hei-de dizer?...de generosidade...eu acho...Eu considero o pessoal aqui muito humano!” (E7 S26)*

*- “...que as senhoras enfermeiras e os senhores doutores também, são excepcionais...nunca me deixaram sem resolver os meus problemas...” (E11 S10)*

*-“...eu tenho muita confiança em todas vós...depois daquela experiência e de tudo por que passei... [refere-se ao internamento anterior, em que ficou com colostomia]. Agora desta vez já estava preparada para isto...quem me dera que tivesse sido há mais tempo [Reconstrução do trânsito intestinal]. Como era para ficar melhor, para deixar de usar o saquinho e já conheço as pessoas daqui, sabia que me íam tratar bem como da outra vez... e foi o que aconteceu ...” (E11 S16)*

*-“ Os enfermeiros receberam-me muito bem ...e têm sido muito cuidadosos comigo...” (E12 S9)*

*-“ os enfermeiros...eles são do melhor...alguns enfermeiros às vezes até brincam comigo e levam-me a fazer as coisas...” (E5 S3)*

*- “Não tenho mal a dizer daqui do Hospital., as pessoas são todas muito simpáticas, a alimentação é muito boa ...por acaso é o melhor Hospital que eu...que eu para mim é o melhor Hospital... Mesmo para atender as pessoas e tudo...” (E5 S1)*

*- Gosto muito dos enfermeiros...havia cá uma que eu adorava e tive tanta pena dela se ter ido embora... já não a encontrei cá desta vez...era um amor... era espanhola... era a P...chegava-me a cantar cantigas em espanhol... que querida que ela era... e a A e a L a I...eram tão queridas... e agora já cá não estão ...estas que cá estão agora também são uns amores...explicam-me*

*sempre tudo, elas são do melhor que há...Não querem que eu coma comida com sal, querem que eu ande de um lado para o outro e eu também gosto disso...gostam muito de me ouvir...(E10 S1)*

*- “ Eu até gostava de cá ficar mais tempo, estava ali tão bem naquela caminha ao pé da janela com aquelas senhoras que eu até me fui despedir delas...”(E9 S3)*

A sistematização da preparação do regresso a casa, tem sido associada a resultados positivos onde se inclui, de acordo com MARAMBA (2004), a satisfação por parte dos utentes e familiares, a melhoria da referenciação e utilização dos serviços da comunidade, menos complicações após a alta, bem como diminuição do tempo de internamento, de readmissões e também dos custos com a hospitalização.

*- “...toda a gente me tratou bem, fui ajudada quando precisei...pelas enfermeiras, pelos médicos, auxiliares e por todos...” (E2S12)*

*- “Ajudaram-me no princípio mas agora já não preciso...sinto-me perfeitamente bem para fazer tudo o que é preciso...”(E2S8)*

*- “Eu fui tratada muito bem e explicaram-me tudo e esteve tudo ótimo” (E2S17)*

*- “Fui muito bem tratado, ... o pessoal aqui teve muita paciência comigo e ajudou-me sempre...”(E13S10)*

*- “...já cá tinha estado...não houve dificuldades nenhuma e correu tudo muito bem...como da outra vez...”( E14S1)*

*- “ Como sempre, fui muito bem tratada...pelos Senhores Doutores e pelas Senhoras Enfermeiras também...continuem sempre assim, são todos muito bons...as Auxiliares também são muito prestáveis...”(E14S5)*

- “...fui bem tratada, são muito carinhosas as moças, e as enfermeiras também. O meu Doutor tem aquela voz, mas tratou-me sempre muito bem...só tenho a dizer muito bem de todos...”(E15S9)

- “Trataram bem de mim. Eu estive internada em X. já há muitos anos quando fui atropelado e foi bem diferente daqui. As pessoas são muito humanas, tratam muito bem de nós...se nos queixamos com dores, vêm logo resolver o assunto...estiveram mais dois no mesmo quarto que eu, e foi sempre o mesmo com eles também...”(E16S6)

## **CAPÍTULO 5**

### **INVESTIGAÇÃO DOCUMENTAL**

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE 1992-1999-2006 SOBRE A OPINIÃO DO UTENTE ACERCA DAS CONDIÇÕES DE ACOLHIMENTO AO UTENTE / FAMÍLIA, NO DECORRER DO INTERNAMENTO.

Garantir a qualidade assistencial dos cuidados de enfermagem foi a meta proposta para a avaliação do desempenho. Os padrões usados são os cuidados de enfermagem personalizados na satisfação de necessidades e expectativas do utente.

Em Maio de 1992 foi implementado no Serviço onde decorreu o estudo, a entrega de um questionário aos utentes com alta, tendo-se realizado uma análise dos dados do mês de Novembro, que constitui o primeiro estudo de referência para este trabalho. Os dados eram tratados várias vezes durante o ano, tendo nos últimos anos ficado acordado que passariam a ser estudados os correspondentes a um mês por semestre.

Neste trabalho de investigação documental, compara-se os dados entre 1992, 1999 e 2006, correspondentes ao mês de Novembro.

Conscientes da importância dos aspectos relacionados com a humanização dos cuidados de enfermagem, no nosso dia a dia, procuramos dar o nosso melhor no acolhimento, cuidados prestados durante o internamento e preparação para a alta.

Torna-se assim importante ter em conta os resultados, para analisar os aspectos que devemos manter e aqueles que devemos aperfeiçoar, através da opinião

dos utentes que tiveram alta no nosso serviço e que preencheram o questionário para esse efeito.

Não se dirigindo especificamente às pessoas idosas este estudo documental, mas uma vez que a grande incidência de idosos neste serviço tem sido uma realidade assinalável e a opinião destes está portanto aqui representada, parece-nos com a sua inclusão neste trabalho, poder contribuir para a melhor compreensão do fenómeno estudado.

#### POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

O estudo documental incide sobre toda a população de utentes com alta hospitalar, nos períodos de tempo que abaixo se referem:

- 6 de Novembro a 6 de Dezembro de 1992;
- 1 de Novembro a 30 de Novembro de 1999;
- 1 de Novembro a 30 de Novembro de 2006.

#### TÉCNICAS / INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Como técnicas de colheita de dados foi utilizado o inquérito por questionário, possuindo este catorze perguntas fechadas e três abertas, como se pode perceber no decorrer da apresentação.

Obtiveram-se no primeiro período 123 questionários preenchidos, dum total de 174 utentes com alta. No segundo período foram preenchidos 96 questionários, sendo o número de altas 168. No último período estudado, 76 questionários para um total de 139 utentes com alta hospitalar, foi a resposta obtida dos nossos utentes.

#### COLHEITA DE DADOS: CONTEXTUALIZAÇÃO

Na entrega do questionário juntamente com o guia de acolhimento, feita na admissão ao serviço, é explicado pelo enfermeiro que acolhe o utente o fim a que se destina na alta hospitalar e que após preenchimento deverá ser colocado directamente em caixas existentes para o efeito uma em cada ala do serviço, não necessitando de identificação.

#### TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados é manual e tem sido feito por um grupo de enfermeiros do serviço.

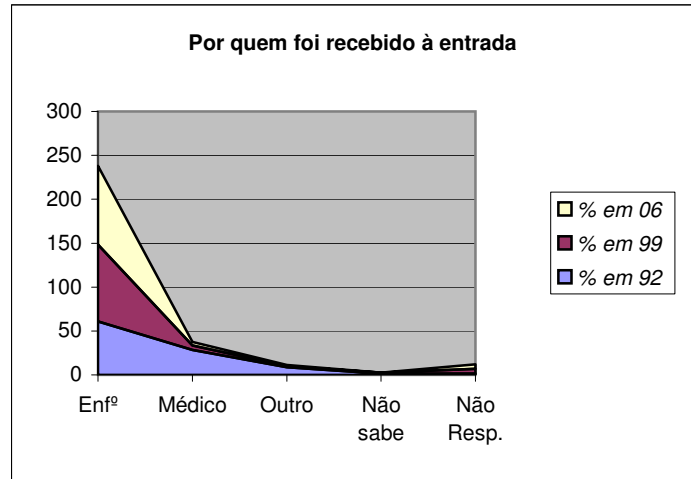


## 1 - Por quem foi recebido ao chegar ao Serviço de Cirurgia Geral ?

GRÁFICO Nº 1

QUADRO Nº 1

	% em 92	% em 99	% em 06
Enfº	61	87,5	89,6
Médico	28,5	5,2	3,9
Outro	8,9	1,04	1,3
Não sabe	1,6	1,04	0
Não Resp.	1,6	5,2	5,2



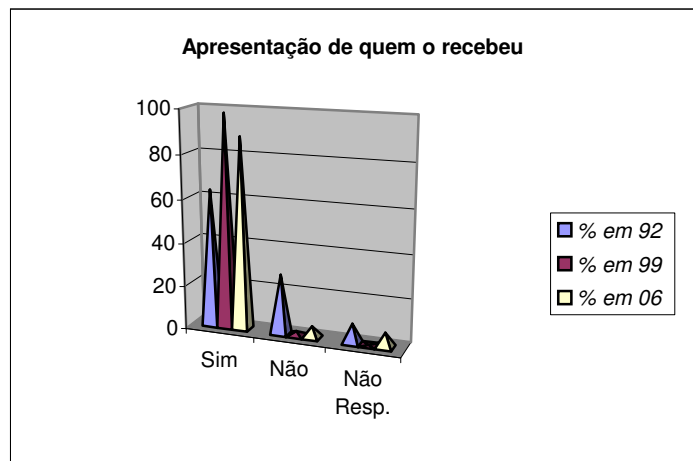
Verifica-se no 1º estudo uma elevada percentagem, 28,5 % de utentes que referem ter sido o médico a recebê-los no serviço. Embora as percentagens dos outros estudos sejam significativamente inferiores, colocam-se-nos dúvidas quanto ao esclarecimento do utente em relação à categoria profissional de quem o recebe, porque quem recebe o utente no serviço é sempre o enfermeiro.

## 2 - A pessoa que o recebeu apresentou-se ?

GRÁFICO Nº 2

QUADRO Nº 2

	% em 92	% em 99	% em 06
Sim	63,5	97,9	88,1
Não	27,6	2	5,2
Não Resp.	8,9	0,1	6,7



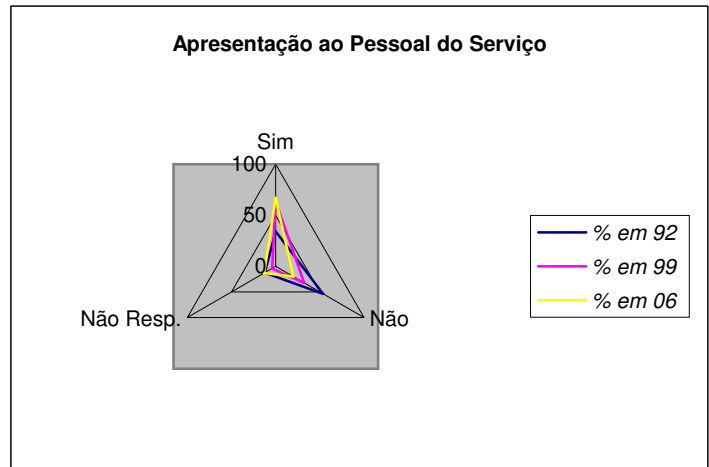
Houve neste ítem uma melhoria na evolução observada entre o 1º e o 2º estudo, com um aumento de 34,5% de respostas favoráveis no 2º período estudado e apenas de 24,6% no 3º período. Entre o 2º e o 3º estudo há uma baixa de 9,8% nas respostas favoráveis.

### 3 - Apresentaram-lhe o pessoal do Serviço?

QUADRO Nº 3

	% em 92	% em 99	% em 06
<b>Sim</b>	34,1	63,5	67,2
<b>Não</b>	53,7	32,2	19,7
<b>Não Resp.</b>	12,2	4,1	13,1

GRÁFICO Nº 3



O aumento da percentagem das respostas positivas verificado no 2º estudo relativamente ao 1º, foi de 29,4 %, e do 3º relativamente ao 1º foi de 33,1%, o que traduz melhoria na qualidade do acolhimento.

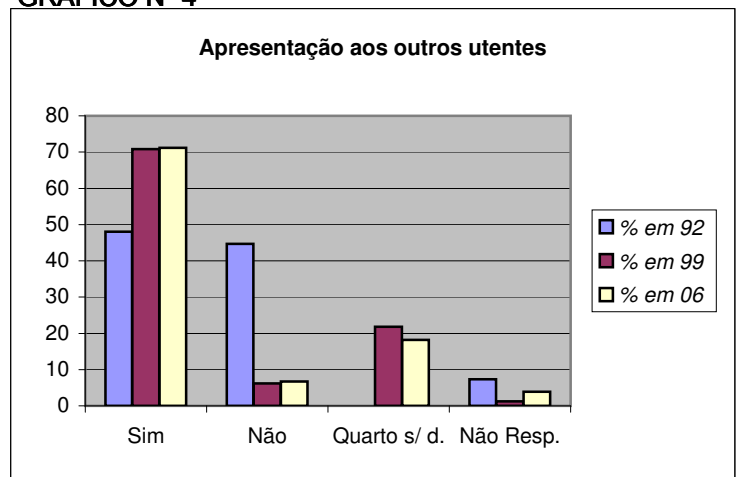
Também nas respostas negativas há uma redução tendencial do 1º para o 2º estudo e deste para o 3º em que ainda 19,7 % dos utentes referem não lhes ter sido apresentado pessoal do serviço. Este facto pode estar relacionado com a proveniência pela urgência, em que o utente chega ao serviço de cirurgia de maca acompanhada por pessoal do serviço de urgência e em estado por vezes impróprio para apresentações.

### 4 - Foi apresentado aos outros utentes do quarto?

QUADRO Nº 4

	% em 92	% em 99	% em 06
<b>Sim</b>	48	70,8	71,2
<b>Não</b>	44,7	6,2	6,7
<b>Quarto s/ d.</b>		21,8	18,2
<b>Não Resp.</b>	7,3	1,2	3,9

GRÁFICO Nº 4



Observa-se evolução positiva com significado na resposta afirmativa, indicador de melhoria de qualidade.

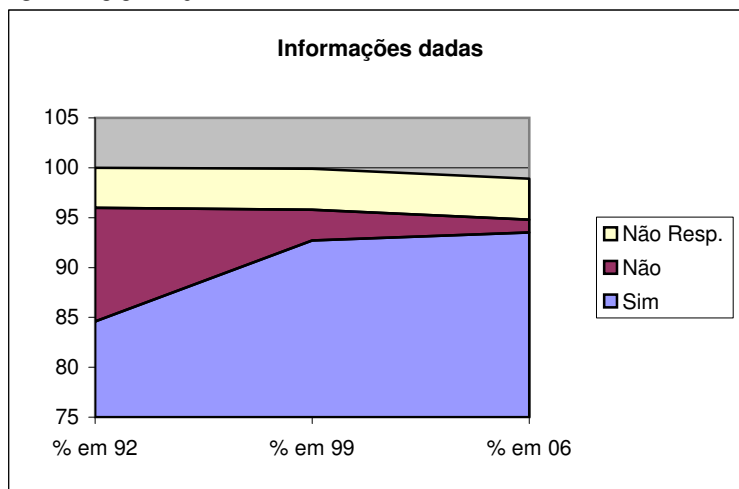
Não tendo feito parte do 1º estudo a resposta " Quarto sem doente", certamente terão sido incluídas algumas das respostas deste item no anterior (Não), que apresenta uma percentagem elevada.

### 5 - Deram-lhe todas as informações que necessitou?

QUADRO Nº 5

	% em 92	% em 99	% em 06
Sim	84,6	92,7	93,5
Não	11,4	3,1	1,3
Não Resp.	4	4,1	4,1

GRÁFICO Nº 5



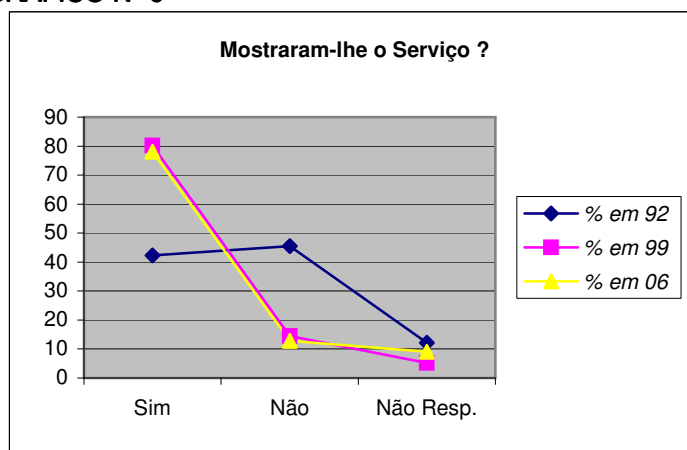
Houve uma melhoria progressiva nas informações dadas, relativamente ao estudo de 92. As percentagens são cada vez mais elevadas, sendo um aspecto importante por constituir uma opinião do utente, no entanto é de continuar a tentar reduzir ao mínimo os valores que foram negativos, sendo de 3,1 % os utentes que referiram no estudo de 1999 e 1,3 em 2006, não terem recebido todas as informações necessárias. É a pensar nesses que devemos melhorar este aspecto do acolhimento.

### 6 - No dia do internamento mostraram-lhe o Serviço?

QUADRO Nº 6

	% em 92	% em 99	% em 06
Sim	42,3	80,2	78,1
Não	45,5	14,5	12,8
Não Resp.	12,2	5,2	9,1

GRÁFICO Nº 6



A questão analisa se a pessoa que recebeu o utente lhe mostrou as instalações e a estrutura do serviço de internamento no 1º dia.

Houve uma evolução muito positiva desde 1992, onde apenas a 42,3% dos utentes tinham mostrado o serviço no dia do internamento. Em 1999 já este é mostrado a 80,2 % dos utentes. No 3º estudo, apesar de uma ligeira redução relativamente ao anterior, é no entanto aquele com resultados mais favoráveis na resposta negativa.

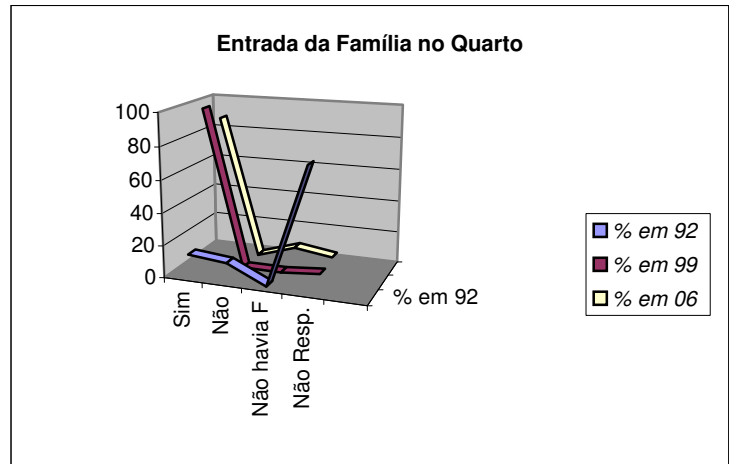
Muito melhores resultados não serão de esperar ainda nas respostas a esta questão, pois que uma parte dos doentes que têm um internamento urgente vêm acamados e é difícil mostrar-lhes o serviço no dia do internamento.

**7 - Facultaram a entrada da sua família no quarto, para que soubessem onde e como ficava instalado ?**

**QUADRO Nº 7**

	% em 92	% em 99	% em 06
Sim	13,8	97,9	87,9
Não	11,4	0	0
Não havia F	0	0	7,8
Não Resp.	74,8	2,1	4,3

**GRÁFICO Nº 7**



Encontramos uma melhoria muito acentuada desde 92 até 99 (84,1 %), tendo contribuído para o facto certamente, a permissão da presença de um familiar ou amigo junto do utente no período entre as 12,30 horas e as 20 horas, desde o início de 1999. O valor de 13,8% no 1º estudo poderá relacionar-se com a elevada percentagem de utentes que não responderam à questão.

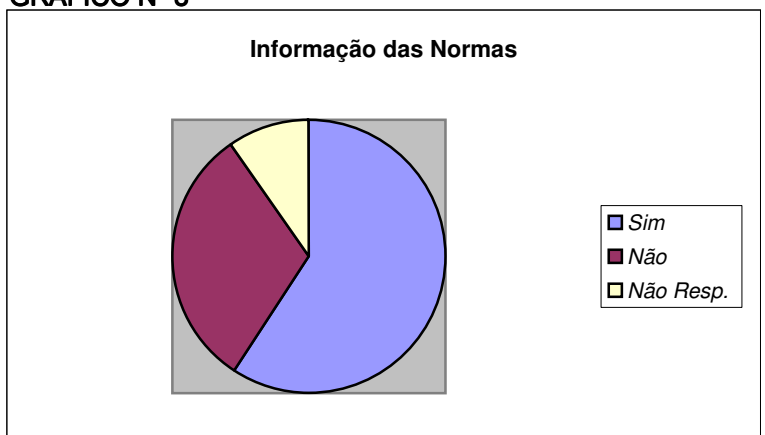
No 2º estudo, em 97,9 % dos casos foi permitida a entrada da família, assim como em 87,9% dos casos no 3º estudo. No entanto neste último período em 7,8% das situações não havia familiar ou outro acompanhante. Estes valores podem ser considerados muito bons pois que os doentes provenientes da urgência não vêm acompanhados.

**8 - Foi informado das normas do Serviço?**

**QUADRO Nº 8**

	% em 92	% em 99	% em 06
Sim	59,3	90,6	92,4
Não	30,9	3,1	3,1
Não Resp.	9,8	6,2	4,5

**GRÁFICO Nº 8**



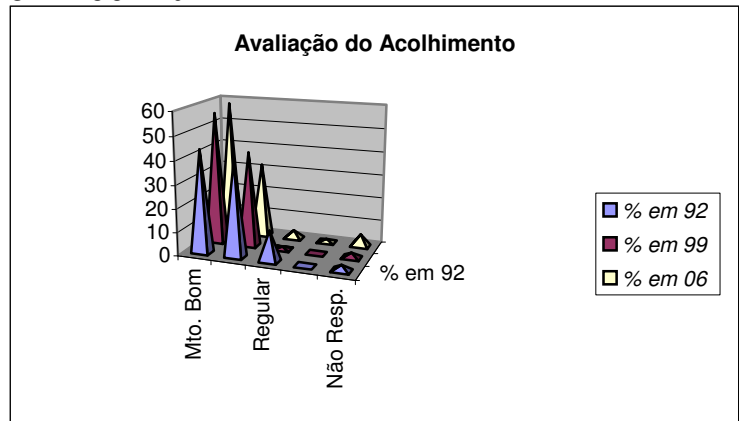
Verifica-se neste aspecto uma evolução muito positiva. Em 92 apenas 59,3% dos utentes tinham sido informados das normas do serviço, em 99 chegou-se ao valor 90,6% e em 2006 obtivemos 92,4%. Houve portanto uma diferença de 31,3% na informação das normas entre o 1º e o 2º estudo e uma diferença de 33,1% entre o 1º e o 3º estudos.

**9 - Quando foi internado considerou o acolhimento, Mto.Bom, Bom, Regular ou Mau ?**

QUADRO Nº 9

	% em 92	% em 99	% em 06
Mto. Bom	43,9	56,2	58
Bom	40,7	40,6	32
Regular	13	1	3,5
Mau	0	0	1,3
Não Resp.	2,4	2,2	5,2

GRÁFICO Nº 9



A evolução positiva desde 92 até 2006 corresponde no muito bom a 14,1 %, sendo que em 92 obtivemos 43,9%, em 99 obtivemos 56,2 % e em 2006 o valor de 58%.

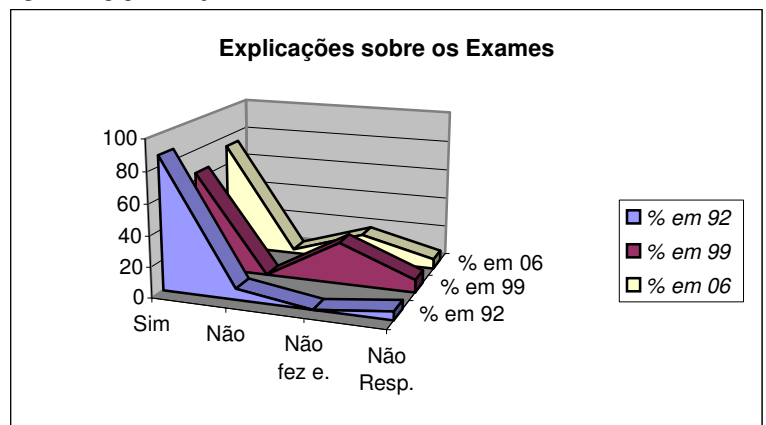
É nesta questão que podemos avaliar melhor a qualidade do acolhimento, uma vez que o utente o classifica em escala de valores segundo a sua opinião pessoal. Por mais normas que existam para cumprir durante um acolhimento, nunca deve ser descurada a forma como essas normas são adaptadas àquele utente. O envolvimento, disponibilidade, e empenho que o enfermeiro demonstra no momento do acolhimento, são únicos e os mais importantes para que o utente se sinta muito bem acolhido. Devemos procurar melhorar, para que de futuro menos pessoas possam referir que foram regularmente ou apenas bem acolhidas. É de lamentar que um utente tenha considerado o acolhimento mau em 2006.

**10 - Ao ser submetido a tratamentos e exames, explicaram-lhe o que ía fazer?**

QUADRO Nº 10

	% em 92	% em 99	% em 06
Sim	87	64,5	72,7
Não	7,3	0	2,6
Não fez e.		27,2	18,2
Não Resp.	5,7	8,3	6,5

GRÁFICO Nº 10



A questão analisa se houve ensino prévio ao utente sobre os procedimentos técnicos que lhe iriam fazer tanto

no serviço como fora e durante o internamento.

A evolução nesta questão é desfavorável em 22,5 %, do 1º para o 2º período, tendo melhorado no último estudo. A percentagem de utentes que não responderam em qualquer dos estudos é de considerar, pois que a informação nesta área é aspecto a privilegiar.

Salienta-se no entanto que 27,2% no 2º estudo, referem não terem sido submetidos a exames e 18,2% no 3º dizem também não ter feito exames ou tratamentos (esta resposta não existia no questionário de 92).

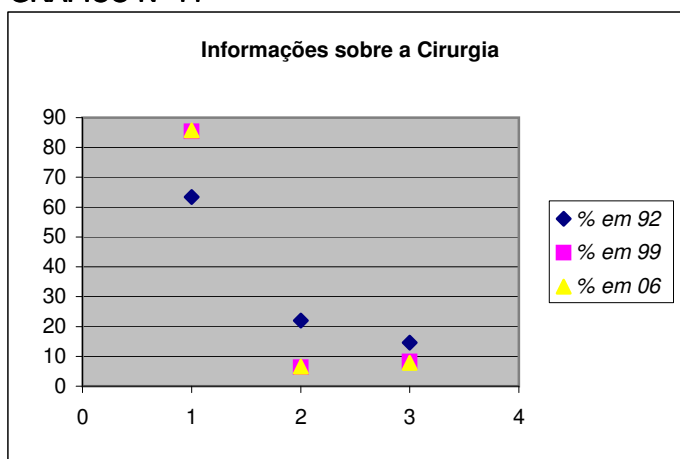
O valor 2,6% da resposta negativa observado no último estudo, deverá ser reduzido e se possível eliminado.

### 11 - Antes de ser submetido a Cirurgia foi-lhe explicado como iria decorrer e como ficaria após a mesma ?

QUADRO Nº 11

	% em 92	% em 99	% em 06
Sim	63,4	85,4	85,7
Não	22	6,3	6,5
Não Resp.	14,6	8,3	7,8

GRÁFICO Nº 11



A questão " Antes de ser submetido a cirurgia foi-lhe explicado como iria decorrer e como ficaria após a mesma ? ", analisa se os profissionais envolvidos neste processo de ensino, que são essencialmente o Médico e o Enfermeiro, o fizeram de forma planeada antes da cirurgia.

Verifica-se que houve uma evolução desde 1992, existindo mais utentes informados sobre a cirurgia e pós-operatório, em 99 e 2006. A percentagem de utentes não informados no 2º estudo é de 6,3%, e de 6,5% no 3º, o que embora francamente mais baixa que no 1º estudo, ainda é de desejar baixar atendendo a que qualquer procedimento e ainda mais uma cirurgia, deve ser explicado e implicado o utente nesse processo de decisão.

A percentagem de utentes que não responde a esta questão sofre alguma melhoria, mas inclinámo-nos para pensar que estes valores se deviam provavelmente ao facto destes utentes não terem sido submetidos a cirurgia, o que

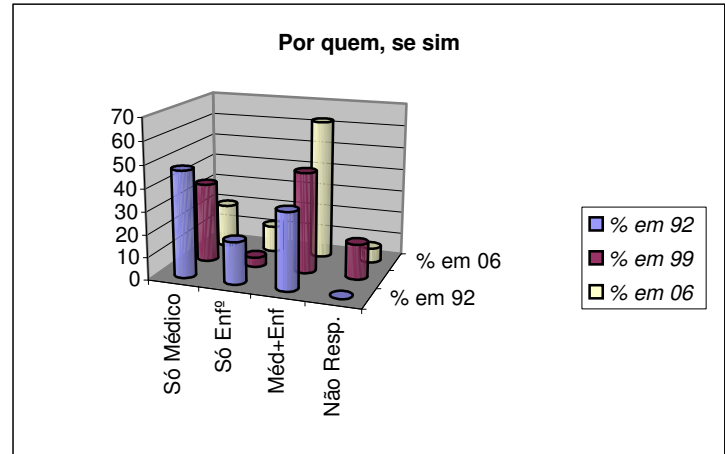
não estava especificado na opção de resposta no questionário e julgámos ser importante assinalá-la.

### 11 a) Se sim, por quem ?

QUADRO Nº 12

	% em 92	% em 99	% em 06
Só Médico	47,2	35,4	19,5
Só Enf <sup>o</sup>	18,7	4,3	11,7
Méd+Enf	34,1	44,7	62,3
Não Resp.	0	15,6	6,5

GRÁFICO Nº 12



Nesta alínea da questão anterior, a questão é " Se sim por quem ? ". Analisa-se a evolução da resposta afirmativa, entre os dois estudos e sua distribuição pelos profissionais envolvidos.

Verifica-se que cada vez mais deixa de ser o médico ou só o enfermeiro a dar este tipo de informação ao utente, passando a ser ambos os profissionais a estar mais envolvidos nesta preocupação.

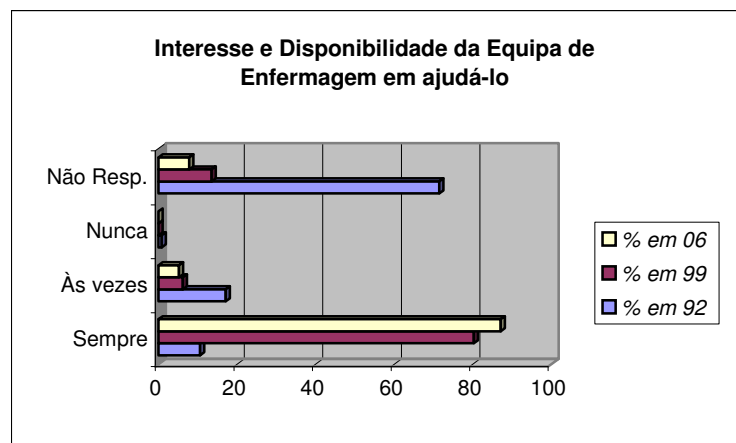
A percentagem de utentes que não responde a esta questão no 2º estudo é de 15,6 % e no 3º é de 6,5% (no 1º estudo o questionário não possuía esta possibilidade de resposta).

### 12 - A equipa de enfermagem mostrou interesse e disponibilidade e ajudou-o na resolução dos seus problemas ?

QUADRO Nº 13

	% em 92	% em 99	% em 06
Sempre	10,6	80,3	87,1
Às vezes	17,1	6,2	5,2
Nunca	0,8	0	0
Não Resp.	71,5	13,5	7,8

GRÁFICO Nº 13



A questão " A equipa de enfermagem mostrou interesse e disponibilidade e ajudou-o na resolução dos

seus problemas e preocupações ? ", analisa se o utente sentiu que a equipa de enfermagem obteve uma relação de ajuda nos problemas e preocupações durante o internamento, constituindo uma avaliação global dos cuidados

Verifica-se uma grande evolução entre 92 e 99, diferindo 69,7 % e mais 6,8% até 2006, embora o baixo valor de 1992 se deva a grande percentagem de utentes que não responderam à questão.

Apesar do bom resultado da resposta afirmativa em 2006, de 87,1%, é de investir na melhoria do resultado na resposta às vezes em 2006.

Esta questão é importante porque traduz a opinião global sobre os cuidados de enfermagem, e os resultados são muito positivos.

**13 - Ao longo do internamento foi informado dos cuidados a ter após a alta, tais como:**  
**Tomar medicamentos**

**Atenção à dieta e repouso**

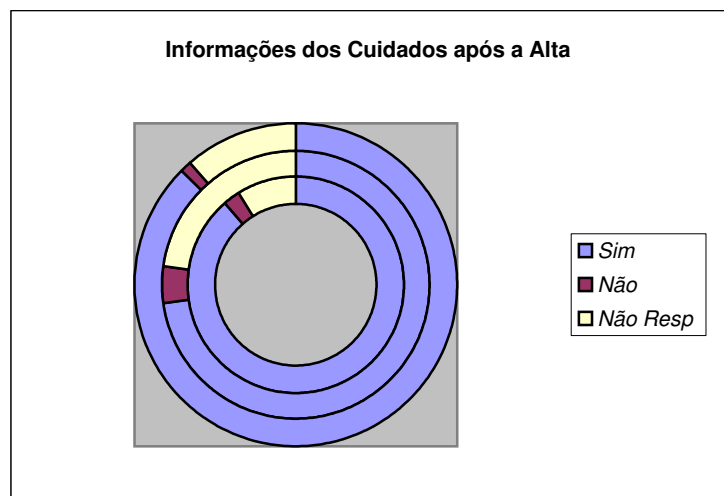
**Como dirigir-se à consulta**

**Dirigir-se ao seu médico de família**

QUADRO Nº 14

	% em 92	% em 99	% em 06
Sim	88,7	72,9	87,4
Não	2,4	4,2	1,3
Não Resp	8,9	22,9	11,3

GRÁFICO Nº 14



A questão "Ao longo do internamento foi informado.....", analisa a preparação e ensino para a alta.

Embora as percentagens das respostas afirmativas sejam elevadas, em relação ao ensino efectuado ao utente, no 2º estudo houve um decréscimo a considerar, tendo sido restabelecido no último estudo.

A percentagem significativa de utentes que não respondem a esta questão, 22,9% no no 2º estudo e 11,3 no 3º, é factor de reflexão.

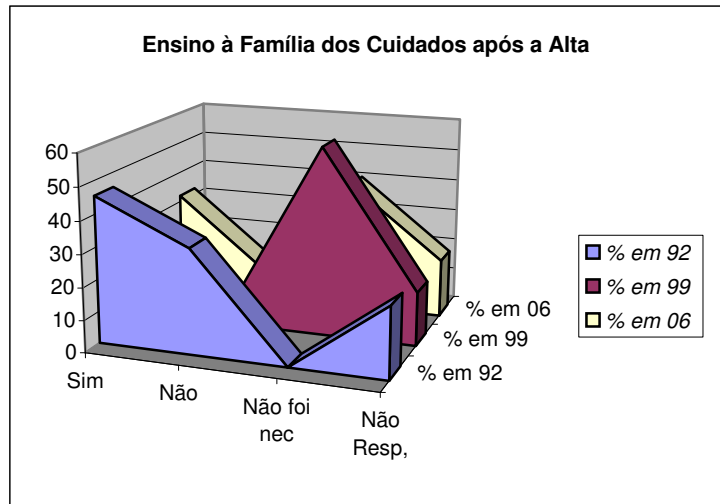
A alta deve ser preparada ao longo do internamento, sendo feita uma revisão desse ensino no momento da alta.

#### 14 - Foi feito ensino à sua família dos cuidados a ter após a alta ?

QUADRO Nº - 15

	% em 92	% em 99	% em 06
Sim	45,5	19,7	32
Não	32,5	5,2	9,1
Não foi nec		58,5	40,7
Não Resp,	22	16,6	18,2

GRÁFICO Nº - 15



A questão " Foi feito ensino à sua família dos cuidados a ter consigo após a alta ? ", analisa a implicação da participação da família no ensino, como preparação para a alta, cabendo ao enfermeiro fazer essa ligação à família para garantir a continuidade de cuidados ao utente após a alta.

As percentagens de implicação da família na alta do utente são baixas em todos os estudos e houve um decréscimo acentuado na resposta afirmativa no 2º estudo em 25,8%, tendo melhorado no entanto em 12,3% entre 1999 e 2006.

Observa-se uma percentagem de 58,5 % de utentes que consideram não ter sido necessário o ensino no segundo estudo e 40,7% de utentes no 3º estudo.

Este ensino à família, sempre que necessário, é muito importante no planeamento da alta efectuado pelo enfermeiro, e deve ser efectuado em todos os casos que seja importante fazê-lo.

**15 - O QUE MAIS LHE AGRADOU NO SERVIÇO ?****Em 1992**

Tudo, considerando o serviço muito bom	30
O profissionalismo dos diferentes estratos profissionais	45
As boas condições de humanização	24
Não referiram nada	24

**Em 1999**

Tudo e consideraram o serviço muito bom	11
Profissionalismo dos médicos e enfermeiros com refª à sua competência/eficiência	8
Boas condições de humanização (atenção dispensada, simpatia dos enfermeiros, o carinho e a disponibilidade demonstrada)	19
Não referiram nada	59

**Em 2006**

Tudo, considerando o Sº excelente	31
A atenção, disponibilidade, simpatia e profissionalismo	28
Acolhimento	5
Instalações	1
Haver colchões antiescara	1
A alimentação	4
A higiene	2
Não referiram nada	15

**16 - O QUE MENOS LHE AGRADOU NO SERVIÇO ?***Em 1992*

32 utentes responderam a esta questão, evidenciando-se as seguintes referências:

Demora no internamento	4
Falta de pessoal de enfermagem e auxiliar	6
Pouco repouso ( levantar-se no dia seguinte à cirurgia )	1
Falta de silêncio no turno	4
Internamento curto	8
Alimentação inadequada	3
Horas de visita limitadas	7
Não referiram nada	91

*Em 1999*

24 utentes responderam a esta questão, salientando-se as seguintes referências:

Falta de auxiliares	4
Demora no atendimento de campainhas	1
Distanciamento e frieza de alguns médicos	1
Barulho nocturno	3
Atendimento de enfermagem	1
Cama muito alta	1
Não referiram nada	72

*Em 2006*

Barulho das obras	9
Barulho à noite dos doentes	1
Falta de roupa	4
Falta de limpeza	2
Falta de bidé na casa de banho	1
Cama pouco confortável	1
Não referiram nada	42

## 17 - SUGESTÕES APRESENTADAS PELOS UTENTES

## Em 1992

Necessidade de mais pessoal	11
"Continuem com a organização que têm"	5
Mais humanização	3
Mais silêncio no turno da noite	2
Mais material-urinóis e suportes	2
Prolongar a hora da visita	2
Espaço para leitura	1
Não referiram nada	83

## Em 1999

Enfermeiras mais carinhosas	1
Maior humanização de alguns médicos	1
Observações clínicas mais frequentes	1
Manter os bons níveis de desempenho	1
Aumentar o número de auxiliares	1
Camas com altura regulável	1
Mais atenção na limpeza	1
Maior disponibilidade do pessoal	1
Responderam que não tinham nada a sugerir	7
Não responderam	81

## Em 2006

Continuar assim / Estão no bom caminho	10
Arranjar o ar condicionado	3
Poupar	1
Melhorar o aspecto relacional de 1 AAM e mais apoio aos doentes acamados	1
Melhorar limpeza	2
Arranjarem mais roupa	2
Arranjar TV	5
Acesso ao espaço exterior	1
Melhorar condições físicas / Pintura Melhorar sala de Convívio	3
Nada a referir	6
Sem resposta	46

## *Universo do estudo*

6 / 11 a 6 / 11 / 1992	174 altas
1 / 11 a 30 / 11 / 1999	168 altas
1 / 11 a 30 / 11 / 2006	139 altas

## *Amostra*

Períodos de 30 dias tendo sido devolvidos os seguintes questionários:

1ª Período	123 Q
2º Período	96 Q
3º Período	76 Q

## SÍNTESE DOS RESULTADOS

A percentagem de questionários preenchidos no primeiro estudo foi de 70,68 %, tendo-se verificado uma redução no segundo e no terceiro com 57,14% e 54,67% respectivamente, sendo no entanto francamente favorável a evolução entre 1992 e 2006, nos aspectos seguintes:

-apresentação ao pessoal do serviço com uma melhoria de 33,1% na resposta afirmativa;

-apresentação aos utentes do quarto na admissão, com uma melhoria de 23,2%, na resposta sim;

-entrada de familiares no quarto, na admissão, para que soubessem onde e como se encontrava instalado com 74,1%;

-informação das normas do serviço apresentando 33,1% de diferença positiva;

-opinião sobre o acolhimento na admissão, com um valor diferencial de 14,1% no Muito Bom;

-informação ao ser submetido a exames, tratamentos ou cirurgia com 22,3%;

-interesse, disponibilidade e ajuda por parte dos enfermeiros, apresentando 76,5% na hipótese de resposta Sempre;

-cuidados a ter após a alta ao próprio e à família.

Referências à qualidade do serviço, ao profissionalismo dos médicos e enfermeiros, à disponibilidade demonstrada, simpatia e atenção dispensada por estes profissionais, são mencionadas em qualquer dos estudos, sofrendo estes no entanto algumas oscilações. No primeiro estudo estes aspectos são invocados por 80,48% dos sujeitos, no segundo estudo por 38,54% e no último período por 78,94% dos sujeitos, sendo no entanto de referir que no primeiro estudo vinte e quatro utentes nada referiram, no segundo cinquenta e nove e no terceiro estudo foram quinze, aqueles que nada tinham a referir.

De entre os aspectos a evitar, e que constituem a resposta ao que menos lhe agradou no serviço, encontram-se a falta de silêncio, especificado em 1999 por um utente, como barulho nocturno, assim como em 2006, para além das referências neste último estudo ao barulho das obras nos andares de baixo.

A falta de pessoal é invocada no primeiro e no segundo estudo, bem como a demora por diferentes factores: A demora no internamento, quando alguns doentes de cirurgia programada aguardam na sala de espera a sua eventual admissão (se o serviço se encontra com as camas todas ocupadas devido ao internamento de utentes provenientes da urgência, e se espera a concretização de altas para a sua possível hospitalização, devendo o utente em espera ser sempre esclarecido quando uma destas situações ocorra), apresenta quatro referências no primeiro estudo; a demora para atender campainhas, invocada por um utente no segundo estudo, devendo esta ser sempre evitada.

Referências como as da duração do internamento e do horário de visitas ser limitado, apenas aparecem no primeiro estudo, sendo assuntos já resolvidos no nosso serviço. Também a atitude dos profissionais, com uma referência relativamente aos enfermeiros e outra relativamente aos médicos, é apenas invocada no segundo estudo.

No último estudo, as respostas desfavoráveis prendem-se sobretudo com aspectos de materiais e equipamentos, como pode ser constatado pelas respostas dadas, para além das referências ao ruído, perturbador para qualquer pessoa hospitalizada, fragilizada pela doença.

Nas sugestões, é transversal a todos os estudos referências positivas à continuação do bom nível de prestação de cuidados, nomeadamente *“continuem com a organização que têm”* com cinco referências no primeiro estudo, *“manter os bons níveis de desempenho”* com uma referência no primeiro estudo e *“continuar assim / estão no bom caminho”*, com dez referências no último estudo. São também aqui mencionados os aspectos anteriormente referidos como tendo agradado menos e que agora se apresentam como sugestão para a resolução destes. As dificuldades de ordem material, como arranjar o ar condicionado, melhorar a limpeza, arranjar a TV, melhorar condições

físicas / Pintura, são portanto incluídas nas sugestões para melhoria. Um utente fala-nos em poupar e há ainda outra referência à necessidade de melhorar o aspecto relacional de uma AAM assim como mais apoio aos utentes acamados.

## CONCLUSÃO

Chegados ao final deste percurso, importa reflectir acerca do trabalho realizado, tendo em conta os objectivos traçados, bem como questões formuladas.

Decorrente, como já anteriormente referido, da hospitalização crescente de pessoas idosas no local onde exerço funções de trabalho, desde o início se colocou a questão:

Na alta hospitalar, considerar-se-á a pessoa idosa preparada para o regresso a casa?

Consideramos a resposta a esta questão um desafio, tendo-se iniciado desde então o presente estudo. No decorrer deste trabalho procurámos atingir quatro objectivos específicos, pelo que passaremos à sua apreciação:

*1. Perceber se os idosos e famílias, na alta hospitalar, se consideram preparados para o regresso a casa.*

Este objectivo é mais abrangente que os restantes, pois podemos considerar que uma vez atingido, pressupõe que os outros sejam atingidos também. Na análise dos dados, não emergiu qualquer referência em nenhum dos temas, a falta de preparação por parte dos participantes do estudo, nem em relação aos seus familiares. Em relação ao envolvimento da família nos cuidados, na categoria visitas/acompanhante as referências são muito positivas e na categoria participação/parceria, as declarações são também bastante significativas. Há várias referências muito positivas, à informação oral e escrita, tanto aos participantes como aos seus significativos. A garantia da continuidade de cuidados, parece-nos ter ficado assegurada, e em relação à duração do internamento, também este é considerado adequado. A satisfação com a atitude dos profissionais de

saúde que representa a opinião dos utentes sobre os profissionais, abrange aspectos vários, desde aspectos afectivos, a comportamentais, e pode ser considerada muito boa.

*2. Identificar factores que possam impedir uma adequada preparação do regresso a casa.*

Não foram identificados factores que pudessem impedir uma adequada preparação do regresso a casa. Não houve nenhuma situação identificada em que a pessoa estivesse mal preparada para o regresso a casa, no entanto da experiência e da literatura sabemos que as curtas estadias hospitalares, com todas as vantagens que constitui para a pessoa idosa e para a sua família, bem como para as instituições por razões económicas, não estando adequados os recursos, poder-se-há incorrer em má preparação para o regresso a casa com as consequências inerentes, nomeadamente reinternamentos.

*3. Analisar a importância da presença da família, considerada pela pessoa idosa, durante o internamento hospitalar.*

É referido pelos participantes satisfação com o sistema de visitas, no que se refere ao seu horário alargado e à flexibilidade do mesmo, tendo presente as necessidades dos utentes e das famílias. A presença de um acompanhante é valorizada, e há referências muito positivas relativamente à participação dos familiares nos cuidados.

Na globalidade, e sobretudo por que falamos de idosos, a presença da família é considerada, factor de grande satisfação, minimizando o stress da hospitalização, podendo ser considerada fulcral na preparação do regresso a casa, pela possibilidade de participação / parceria nos cuidados.

4. *Ter a percepção do seu grau de satisfação relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros.*

Há referências muito positivas por parte dos participantes no estudo, em que a pessoa sente que foi considerada e estimada pelos profissionais, quer ao nível das atitudes quer ao nível dos comportamentos, sendo o respeito demonstrado pelos profissionais, muito valorizado nas afirmações dos entrevistados.

A investigação documental realizada no serviço entre 1992 e 2006, não se dirigindo especificamente aos idosos, dá-nos no entanto informação relevante - podendo esta complementar a resultante do presente estudo - pois que em 2006, para além dos aspectos mais desfavoráveis onde é invocado o que menos lhes agradou no serviço durante a hospitalização - “*barulho das obras*” dos andares de baixo, com nove referências -, nas sugestões apresentadas, há referências positivas como “*continuem assim / estão no bom caminho*” com dez observações. Verifica-se alguma dispersão de respostas relativamente a aspectos relacionados com materiais e equipamentos, não havendo dúvida que têm influência na forma como o utente é acolhido e no seu próprio bem-estar, sendo de entre outros, os aspectos mais relevantes, a sugestão de melhoria das “*Condições Físicas do Serviço / Pintura*”; “*Melhorar Sala de Convívio*”; “*Arranjar o ar Condicionado e as Televisões*”.

Dos aspectos que esses utentes referiram, como sendo aqueles que mais lhes agradaram no serviço, observa-se em 2006 que um número considerável invoca “*as boas condições de humanização, a atenção, a disponibilidade, a simpatia e o profissionalismo*” aí existentes, sendo também assinalável o número daqueles que “*considera o serviço excelente*”.

A leitura prévia de outros estudos, não nos deu a percepção de todo o investimento que a realização de um trabalho desta complexidade implica, tanto no que se refere à pesquisa bibliográfica, para um enquadramento teórico adequado, como até nas

restantes etapas, o que implica, para além de outros incidentes, que consideremos pouco o tempo preconizado. Também a realização de um trabalho com estas características, a par com a actividade profissional, é obra considerável, pelo que a possibilidade de mais tempo, nos deu oportunidade de um melhor desenvolvimento, também no que se refere à análise e até à própria conclusão.

Apesar de inicialmente termos pensado em abordar também a família da pessoa idosa hospitalizada, sobre a preparação do regresso a casa, a necessidade inicial de limitar o tema por razões de tempo, levou-nos a não incluir esse aspecto no nosso estudo, dada a falta de experiência neste tipo de trabalhos. Pensamos no entanto, presentemente, que seria de interesse repetir o estudo desta vez a uma população mais alargada e alargar este estudo não só aos familiares das pessoas idosas hospitalizadas, como também aos profissionais e em particular aos enfermeiros, sobre as representações e práticas relacionadas com o tema. Uma sugestão ainda, será a comparação entre um serviço do sector público e outro do privado.

Este trabalho, com os inconvenientes que tem o facto de ser realizado no local de trabalho do investigador, pois pode trazer-nos alguns constrangimentos, é uma mais valia, no entanto, pelo suporte informacional proporcionado, e que pode ser utilizado, na abordagem desta população tão significativa, no serviço em questão e na promoção de melhores práticas de acolhimento desta população.

A realização deste estudo, foi uma experiência única que nos permitiu desenvolver competências cognitivas, afectivas e comunicacionais, de índole teórico e prático.



**BIBLIOGRAFIA**

ALBARELLO, L. ; DIGNEFFE, F. & HIERNAUX J. (2005). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (2ªed.). Lisboa: Gradiva.

ALVES, R. (2004). *As cores do crepúsculo. A estética do envelhecer*. Porto: Edições Asa.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. (1989). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Guanabara.

BACK, K. W. (1977). "*Personal characteristics and social behavior: Theory and method*". In R. H. Binstock and E. Shanas, eds. p. 403-421.

BALTES, P. B. et al. (1980). "*Integration versus differentiation of fluid / crystallized intelligence in old age*". *Developmental Psychology*, 16, 6, 625-635.

BARBOSA, A. ; NETO, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina.

BARDIN, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. (3ª ed). Lisboa: Edição 70.

BARRÓN, A. I. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veinteuno.

BASS, M. (1994). *Promouvoir la Santé*. Paris: L'Harmattan.

BELL, J. (1997). *Como realizar um Projecto de Investigação. – Um Guia para Pesquisa em Ciências Sociais e Educação*. Lisboa: Gradiva.

BENNET, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Cimepsi Editores.

BERGER, L.; MAILLAUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.

BOLANDER, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

BOND, J.; COLEMAN, P. & SHEILA, P. (1993). *Ageing in Society: An Introduction to Social Gerontology*, (2ª. ed.). London: Sage.

BRUNNER, L. & SUDDARTH, D.S. (1982). *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Inter-americana.

BULL, M. J. ROBERTS, J. (2001). *Components of a proper hospital discharge for elders*. In *Journal of Advanced Nursing*, 35 (4), 571 - 581.

CABETE, D.G. (2005). *O Idoso a Doença e o Hospital: o Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.

CARAPINHEIRO, G. (1998). *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. (3ª ed.). Porto: Edição Afrontamento.

CARMO, H.; FERREIRA, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

CASEY, A. (1995). *Partnership Nursing: influences on involvement of informal carers*. In *Journal of Advanced Nursing*, 22, London: p.1058-1062.

CLEGG, F. (1995). *Estatística para todos*. (1ª ed.). Lisboa: Gradiva.

COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- CORREIA, J.M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- COSTA, M. A. M. (1998). *Enfermeiros: dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- COSTA, M. A. (2002). *Cuidar Idosos. Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Lisboa: Formasau e EDUCA.
- CRUZ, E. B. L. (2001). *Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e o bem-estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social*. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior de Miguel Torga: Coimbra.
- DINIS, R. (2006). *A Família do Idoso: O Parceiro Esquecido?* Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- EBERSOLE, P. & HESS. (1985). *Toward Healthy Aging*. (2<sup>nd</sup> ed.). St. Louis Mosby Co. p.109.
- ECO, U. (2004). *Como se faz uma tese em Ciências Humanas*, (11<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- ELIOPOULOS, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica*, (5<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- ESTEVES, A. & AZEVEDO, J. (1998). *Metodologias Qualitativas para Ciências Sociais*. Porto: Instituto de Sociologia.
- FAGULHA, T. ; DUARTE, M. & MIRANDA, M. (2000). *A "Qualidade de Vida": Uma Nova Dimensão Psicológica?* *Psychologica*, 25, 5 -17.
- FERNANDES, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

FONSECA, A. (2004). *O Envelhecimento. Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.

FONSECA, A. & PAÚL C. (2005). *Envelhecer em Portugal*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

FORTIN, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realidade*. Loures: Lusociência.

GIL, A. C. (1989). *Como elaborar projectos de pesquisa*. (2ª ed.). S. Paulo: Atlas.

GOLEMAN, D. (2003). *Inteligência Emocional*. (12ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.

GOMES, I. D. (2002). *O Conceito de Parceria no Processo de Cuidados de Enfermagem ao Doente Idoso " O Erro de Narciso"*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

GOMES, I. et al. (2007). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania*. Lisboa: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

HALL, M. & MADENNAN, W. (1997). *Cuidados Médicos ao Doente Idoso*. Lisboa: Climepsi Editores.

HENZEEL, M. (1999). *Diálogo com a Morte*. (3ª ed.). Lisboa: Notícias Editorial.

HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

INE - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002). *XIV Recenseamento Geral da População*.

ICN – International Council of Nurses (2000). *CIPE/ICNP. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão beta*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

JOSÉ, J. et al. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções*. Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.

KARSZ, S. (1988). « *Deconstruire la vieillesse* ». *Les Cahiers de la Recherche sur le travail Social*. Paris.

LEMON, B.W. et al. (1972). " *An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among movers to a retirement community*", *Journal of Gerontology*, vol.27, nº 4, p.511.

LENOIR, R. (1989). *Objet sociologique et problème social : Initiation à la pratique sociologique*. Paris : Dunod / Bordas.

LERNER, R. (1996). *Relative Plasticity Integration, temporality and diversity in human development: A developmental contextual perspective about theory, process, and method*. *Developmental Psychology*. 32, p. 781-786

LIMA, M. P. (1999). *A personalidade na terceira idade*. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*. Vol. 3, nº 2, p. 385-396.

LIMA, A. & VIEGAS, S. (1988). *A Diversidade Cultural do Envelhecimento: A Construção Social da Categoria de Velhice*. *Psicologia*, 6 (1), 149-158.

LUND, M. (2005). *Caregiver, take care*. In *Geriatric Nursing*, 26, p. 152-153.

MANCIAUX, M. (2003). *Resiliência e idade avançada*. Barcelona: Gedisa Editorial.

MARAMBA, P. et al. (2004). *Discharge Planning Process. Applying a Model for Evidence – based Practice*. Virginia: Care Qual.

MARCHAND, H. (2005). *Psicologia do Adulto e do idoso*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

MARRUCHO, A. F. (2001). *Impacto da Doença na Família da Pessoa com Infecção VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

MARTIN, V. & HENDERSON, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, (1ª ed.). Lousã: Monitor.

MARTINS, M. (2004). *Visitas e Parceria de Cuidados*. In: *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*.

MARTINS, T. (2005). *Preparação do Regresso a Casa*. Seminário de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade Aberta.

MATOS, A. P. ; FERREIRA, A. (2000). *Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade*. *Psiquiatria clínica*.

MAURITTI, R. (2004). *Análise Social - Padrões de Vida na Velhice*. Lisboa: ISCTE.

MESQUITA C. et al. (2007). *Parceria e Cuidados de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania*. (1ª ed.). Lisboa. Formasau – Formação e Saúde, Lda.

MEZOMO, J. (2001). *Gestão de Qualidade na Saúde*. Princípios Básicos, Barueri: Manole.

MONIZ, J. M. N. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa - A prática de cuidados como experiência formativa*. Mafra: Lusociência.

MOSCOVICI, S. (1996). *Psychologie Sociale au Relations à autrui*. Paris : Nathan.

NAZARETH J. (1988). *O Envelhecimento Demográfico, Psicologia*, 6 (2), 135-146.

NUNES, L. et al. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

NUNES, M. P. (2005). *O Envelhecimento no Feminino. Um desafio para o novo milénio*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. Presidência do Conselho de Ministros.

NURMI, J. E. (1992). *Age differences in adult life goals, concerns, and their temporal extension. International Journal of Behavioral Development*, 15 (4).

OGDEN, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Organização das Nações Unidas (1999). *A Situação da População Mundial*. New York: FNUAP.

PAUL, C. ; FONSECA, A. (2002). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

PAUL, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

PAUL, R. P. ; EKSTRAND, S. R. (2002). *Aide Attendue et Recue du Réseau de Soutien Social Informel Par des Personnes Âgees Subissant une Chirurgie Cardiaque. Recherche en Soins Infirmiers*. Lyon : Mallet Conseil.

PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lisboa: Lusociência.

PEREIRA, A. (1999). *SPSS. Guia Prático de Utilização*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

PIMENTEL, L. (2005). *O lugar do Idoso na Família*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

PIRES, C. (2005). *A Saúde Psicológica ao longo da Vida*. Seminário de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade Aberta.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.

RAMOS, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

RAMOS, N. (2005). *Relações e Solidariedades Intergeracionais na Família. – Dos avós aos Netos*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano 39, nº1. p. 195-216.

RAMOS, N. (2007). *Comunicação e Interculturalidade nos Cuidados de Saúde*. *Psychologica*, 45, 147-169.

RIBEIRO et. al. (1995). *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: EDUCA.

ROBINSON, A. & STREET, A. (2004). *Improving networks between acute care nurses and an aged care assesement team*. *Journal of Clinical Nursing*, 13. p. 486-496.

SANTOS, J. M. (2002). *Parceria dos Cuidados – uma Metodologia Centrada no Doente*. Porto: Edições Fernando Pessoa.

SERRA, M. N. (2005). *Aprender a Ser Doente*. Loures: Lusociência.

SERRA, V. A. (1999). *O Stress da Vida de Todos os Dias*. Coimbra; quarteto.

SILVA, J. F. (2006). *Quando a Vida Chegar ao Fim*. Lisboa: Lusociência.

SIMÕES, A. (2005). *Envelhecer bem ? - Um modelo*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 39, nº 1, p. 217-227.

STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência.

TOURNIER, P. (1997). *Aprendendo a envelhecer*. Barcelona: Clic.

VALA, J. (2003). *Análise de Conteúdo*. In: Silva, A. S. Pinto, J. M. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento. p. 101-128.

WILCOX, V. et al. (1994). *Social Support and Physical Disability in older people after hospitalisation: a prospective study*. *Health Psychology*, 13.

ZARIT, S.H. (1980). *Aging and Mental Disorders*. New York: The Free Press.

## **Legislação**

Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro.

Decreto-Lei nº 519 G2/79, de 29 de Dezembro.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho – *Criação da RNCCI*.

Despacho Normativo nº 12/98, 25-2-1998:767-774.

Diário da República, Ministério do Trabalho e da Solidariedade. *Normas Reguladoras das Condições de Instalação e Funcionamento dos Lares de Idosos*. I Série B, nº47.

Ministério da Saúde (1999) – *Projecto de Cuidados Continuados e Apoio Social*.

Plano Nacional de Saúde 2004 / 2010.



## ENTREVISTA Nº 2

Tenho 72 anos... fui até à 2ª classe...fui sempre empregada de limpeza...era casada mas fiquei viúva muito cedo...já nem me lembro há quanto tempo...tive dois filhos mas uma morreu...com uma embolia cerebral...Tenho dois netos, filhos dela ... uma com 29 e um com 26. Vivem com o pai e com a avó da parte do pai que também está muito doente...Eu vivo sozinha senhora enfermeira...

Há 1 ano e meio fui operada ao joelho esq... e fui mandada para o Hospital W... ainda tenho a perna um bocadinho presa...ainda coxeio...

Depois por este problema estive a ser tratada sempre aqui no Hospital. Estive à espera de ser operada [Tumorectomia com Esvaziamento Axilar] e então mandaram-me para aqui... Ainda estou no processo de recuperação de tudo isto...e agora vou ser operada à vista esquerda, a uma catarata... Não sei quando vai ser mas está para breve! O Dr. ainda hoje me disse “ *Vai ficar toda nova...*”

Sempre a lutar pela vida, mas sempre com esta cara alegre...vai de mim, não é? Que eu era muito alegre... isso vai das pessoas...

É mesmo de mim ...às vezes até podem rir-se de mim mas eu fui sempre assim...a boa disposição que a gente irradia é bom, traz-nos bons resultados...

Sempre a rir toda contente...É a maneira de ser das pessoas...

Tenho problemas respiratórios há muito tempo mesmo... tinha a minha filha dois anos... que isto já vem do meu pai, é herança dele...cansaço...o meu pai tinha este problema...

Quando cá cheguei uma enfermeira explicou que eu ia ser operada e o que eu ia fazer, explicou-me tudo sobre o quarto, apresentou-me tudo, às outras pessoas que cá estavam também... a minha amiga gostou muito, ainda há bocado falou disso...desde o princípio foram muito atenciosos todos.....as pessoas quando têm de estar no hospital gostam disso...que falem connosco e que expliquem as coisas...

Fui informada dos cuidados a ter depois da alta, falaram comigo várias vezes...Acho que fui muito bem informada... Disseram-me para não deixar o braço caído, mas sim em cima da almofada, nos primeiros dias...

A senhora enfermeira há dias deu-me um livro que é sobre a minha operação, para eu me preparar... e deu-me outro depois... para eu ter atenção com o outro lado e a parte boa que ficou, daqui para a frente...

Também me deram um livro [Guia de Acolhimento] quando cá cheguei... com muita informação sobre isto tudo aqui... ...e a minha amiga é que esteve a lê-lo [Guia de Acolhimento], é sobre acolhimento?!... disse ela...mas a sra. enfermeira já me tinha explicado a mim e a ela, tudo o que lá está escrito...aquí sobre o serviço...

Ajudaram-me no princípio, mas agora já não preciso de ajuda para me vestir nem despir...e sinto-me perfeitamente bem para fazer tudo o que é preciso...

Não vou ter ajuda em casa não!...não tenho ninguém, a minha família...estão todos na vida deles têm a vida deles...

Sabe, a casa é muito pequenina, os meus irmãos estão todos fora de Lisboa. Os netos moram na Costa, os meus irmãos, um mora no Seixal e o outro em Corroios e a minha irmã mora também do lado de lá... Mas assim de família não tenho cá ninguém...

Tenho uma amiga, uma senhora minha vizinha, ela mora no direito e eu moro no esquerdo...Ela é extraordinária... já me veio cá ver várias vezes e também me acompanhou no primeiro dia... ela falou com as enfermeiras que lhe ensinaram algumas coisas...estou a contar com a sua ajuda...apesar de eu já não precisar...

Eu estou do lado de cá...mas também gosto de estar na minha casinha, tenho a minha independência...mas tenho boa relação com a família, tenho, tenho...

A senhora enfermeira disse-me para mexer devagarinho o braço no princípio, e depois para começar a pentear-me, e mexer-me sem esforços e sem pegar em pesos. A endireitar as costas ali ao espelho e para não andar com o braço pendurado...É verdade também me disseram para não cortar as peles das unhas desta mão deste lado da operação e para não deixar tirar sangue nem pôr soro neste braço...

Já tenho a consulta marcada, tenho ali o papel, com o dia e a hora...

Acho que fui muito bem informada...que toda a gente me tratou bem, fui ajudada quando precisei...pelas enfermeiras, pelos médicos, auxiliares e por todos...

Têm-me explicado tudo o que está no livrinho que me tinham dado...e estivemos ao espelho a fazer uns exercícios e a ver como é que eu devo andar direita...

A enfermeira explicou que depois hei-de vir à consulta com o Sr. Dr. e que devo perguntar tudo sempre que precisar, a ele ou às Sras. Enfermeiras... e que posso telefonar para cá quando tiver alguma dúvida ou preocupação...

Deu-me uma carta para levar à médica de família e mais outra para a Enfermeira do Centro...

Acho que fui muito bem informada...está tudo muito bem esclarecido e ajudaram-me muito...Eu fui tratada muito bem e explicaram-me tudo e estive tudo óptimo. Eu não sei se estou a ser clara senhora enfermeira mas para mim estive...ajudaram-me no princípio mas agora já não preciso...sinto-me perfeitamente bem para fazer tudo o que é preciso...Ainda há pouco o Sr. Dr. encontrou-me no corredor e fez-me uma festa e disse “ *Então já vai embora hoje?* E eu disse-lhe claro Sr. Doutor que ...já tenho saudades da minha casinha e já não estou cá a fazer nada...são coisas que a gente como doentes...cai-nos muito bem...

Olhe o sr. Dr. até disse “*gostei muito de a cá ter...que você é muito divertida...*”

Eu no Hospital W deixei lá também muitas pessoas amigas...estava sempre bem disposta...Agora vou à consulta no Hospital Y que esse médico também faz lá serviço...ele é de lá o meu médico do Hospital Z não tem lá estado ...de modo que mandaram-me para o Hospital W ...fiquei muito satisfeita..., até do centro de saúde eu só tenho a dizer **bem...**

## ENTREVISTA Nº 3

Tenho muito apoio familiar, graças a Deus. No entanto, como eu frequento um Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia de O. que é em P. A., tenho assistido a casos que revoltam! Como por exemplo: agora recentemente uma senhora que tem Alzheimer e que fez aquela operação ao intestino, ficou com o saco... com uma colostomia. O marido é cego!... e mandaram-na do hospital para casa...e é claro, a Dra. lá do Centro não devia ter aceite! Mas o caso foi de tal maneira, que ela falou aqui com a colega, que eu não sei se era daqui do hospital ou do hospital X. Mas aquilo é que foi de tal maneira, que ela teve tanta pena e aceitou aquele trabalho, mas as domiciliárias, as que têm aquela preparação (porque elas têm de fazer preparação), ficaram sobrecarregadas de trabalho...

Eu acho que o hospital devia ter assistência para um caso daqueles, porque aquilo foi uma coisa...que impressionou toda a gente! O marido não a queria ter em casa, não a queria aceitar, não tinha condições ...se ela tem Alzheimer já adiantadíssimo!...

Aquilo, revoltou imenso as pessoas como eu e outras que estavam ali. Nós pensamos, agora à beira dos 75, eu penso!... o que será de mim se me faltar o meu filho... não é?... E se eu não tiver apoio de mais ninguém... porque isto é tudo muito bom... porquê? Porque eu ainda me movimento... e também gosto muito da minha independência...e felizmente estou completamente independente...

Tenho 74 anos ... estive casada 24 anos e estou viúva há 24 anos...

Vivo sozinha em P. de A., já estou reformada...o meu filho vive na A., no C.

Mas independentemente disso eu tenho muitas amigas...

De maneira que tenho também as minhas sobrinhas que é como...como minhas filhas ... são duas...uma mora em L. e a outra em C., a de L. mete-se no carro e vem por aí fora...

Eu fui até à 4ª classe. Embora eu tivesse feito preparação para o 2º ano, só que entretanto o meu marido queria-me propor a exame do 2º ano que era para depois continuar... Eu gostava muito de estudar...só não fui estudar por uma burrice do meu pai...e eu adorava muito o meu pai...que eu tenho muito o feitio do meu pai...

O meu pai que era industrial ...tinha um grande desgosto...andou na Marquês..., (andou na Marquês, na Comercial), andou numa particular e pronto!... acabou em desenhador... e então a loucura do meu avô era a neta tirar um curso. E o meu professor... eu fui fazer exame, fiz o exame já tarde porque eu passei para a 4ª classe naquela altura entrei para a 4ª classe aos 7, aos 8, aos 9 e aos 10.

Era assim que era no meu tempo...entrava-se aos 7 anos para a escola, para a 1ª classe mas naquela altura ...adoeci, caí e espetei um vidro (que eu era uma menina muito bem comportada! ....dava pancada em todas!). E depois estive muito mal... bem... tive complicações e esse ano foi ao ar. No ano seguinte houve uma epidemia de tifo em P. d`A. e estive 3 meses no H. do Rego. Depois eu tinha um grande desgosto de não ter ficado ao menos com a 4ª classe. O meu avô disse: "Não! O avô vai falar com o amigo C.!" Fui para lá... o avô foi falar com o amigo Coelho que era um grande professor... fui para lá e fiz a 4ª classe com distinção. Ele foi pedir ao meu avô para me deixar estudar, para eu continuar e ele ficou todo inchado! Feliz da vida!... Mas quando chegou à altura de ir lá ao escritório pedir-lhe dinheiro para as matrículas, o meu pai não deixou...não queria que eu andasse no comboio...com os rapazes...

Mas depois coitadinho, quando já estava assim muito velhinho e doente disse-me "Ai filha...perdoa-me...eu parti-te as pernas..."

De maneira que é assim!... E como o meu marido depois de casada (ele escrevia muito bem...escrevia para jornais... e gostava), via que eu tinha vontade, passava-me trabalhos, e o mesmo em namoro... E depois em casada continuei...Mas quando estava mesmo apta, fiquei grávida do meu filho e já não fui mais...Quer dizer...isto também tem muita influência... eu gosto muito de

ler... e a pessoa pode ser uma autodidacta...eu gosto muito de ler...por outro lado o meu marido sabia muito bem português, muito bem... e... estava-me sempre a corrigir, não é?...

Por exemplo, o meu sogro tinha uma papelaria e oficina de tipografia e ...esse é que era um autêntico autodidacta porque ele foi uma pessoa que se instruiu por ele, ele escrevia...ele até era convidado sempre para júri do sindicato dos tipógrafos porque ele era realmente uma pessoa com grandes conhecimentos...e é claro, esse contacto todo, instrui...

É engraçado porque eu não tenho netos, mas tenho sobrinhos netos, e há uma sobrinha minha que é licenciada em gestão, e ela então quando era mais novinha havia duas coisas em que ela tinha muita vaidade, era em ter bisavó e era ter a tia, com a idade que tinha, naquela altura com 60 e tal anos, com conhecimentos ...

Isto avalia-se tudo por ...por vários programas que nós às vezes estamos a assistir na televisão. Eles fazem aquelas perguntas e eu dou as respostas e ela então ficava eufórica “ *ó tia como tu ainda te lembras disso?...*” Estava comigo!... E tive um bom professor!

Uma coisa que me aflige muito agora é ver miúdos que estão na preparatória e no liceu, não é?...faz-me aflição porque estão a dar coisas que eu dei na 4ª classe.

Eu fui fazer a admissão ao liceu e ia com uma boa avaliação... não é?...

Os miúdos estão agora a entrar para o liceu e não sabem nada daquelas coisas que nós sabíamos...no entanto há pessoas que fizeram a 4ª classe e que pouco mais são do que analfabetas, só sabem escrever ... Mal e porcamente!...

Embora eu também dê muitos erros porque estou muito tempo sem escrever, mas quando é preciso escrevo à minha maneira!... e quando tenho dificuldades...ou que tenho problemas de saber se aquela palavra é bem escrita ou bem dita... vou ao dicionário!...

Eu trabalhei, e muito. Vou-lhe dizer! Como o meu pai não me deixou estudar fui para a modista, a minha mãe pôs-me na modista depois comecei a trabalhar em casa, tinha pequenas a trabalhar em casa. Depois casei, tive um grande acidente de automóvel, parti 7 costelas, a clavícula, a omoplata, fiz traumatismo na base do crâneo ...Então o médico disse que eu não podia estar sentada a coser, esse médico até tinha sido explicador do meu marido e disse “*olha se a tua mulher fica sentada em casa a coser, daqui a uns anos acaba numa cadeira de rodas...*” tinha a coluna muito afectada...

Depois fui para uma cabeleireira que havia lá em P. d`A...já tinha o meu filho e movimentava-me que era o que o médico queria. Estive lá 4 anos, quase 5 anos. Depois ... a minha mãe foi operada, e eu não tinha quem ficasse com o meu filho, saí fui para casa e fui para monitora da Tupperwere durante 10 anos, quase 11. Depois o meu marido adoeceu, teve uma doença bastante grave, um Tumor do Pâncreas, era diabético, ele precisava de ir para a insulina, apareceu-lhe hepatite e teve cirrose e uma quantidade de problemas... e por isso tudo deixei...

Um dia a minha mãe que tinha um lugar de criação na praça há anos, foi atropelada e coitadinha estava muito aflita porque tinha lá a criação para vender... eu que não percebia nada daquilo..., fui para lá...Não percebia nada daquilo mas fui para lá. É assim eu deito a mão a tudo!

Depois quando o meu marido morreu, também fiquei numa situação má, logo a seguir não renovaram o contrato de trabalho ao meu filho Pimenta. Naquela altura já me deviam 90 e tal contos, ficaram de me pagar em prestações, um caso que o meu marido tinha ganho em tribunal. E eles andavam a pagar... 6 contos por mês. Só que quando o meu marido morreu nunca mais pagaram. Ficaram a dever-me 80 e tal contos senhora enfermeira. E o meu filho que trabalhava lá, pois foi nessa condição, era o amparo de casa. O meu filho foi um filho excepcional, de maneira que fiquei numa situação muito precária. Depois olhe, era o que aparecia, era o que aparecia...

Como uma amiga minha explorava um bar com piscina, o Arriba... em Cascais, ... estive aí a trabalhar com ela, ela veio-me pedir...eu sou daquelas pessoas que... é preciso, vamos para a frente!..., não me diminui..., sinto-me enriquecida ...,porque em qualquer lugar por onde passo...(O meu filho um dia até achou graça. Foi lá à piscina com umas amigas, e tiraram o bilhete para entrar, ele conhecia a pequena e ela não o conhecia, mas quando ele lhe foi falar e disse quem era, ela disse

“Ah! porque é que não me disse nada? Não tinha pago o bilhete se tivesses dito” - e depois nem o almoço lhe deixou pagar. Então o meu filho disse -“ Deixas um cartão de visita em todo o lado!” E lá isso é verdade, sinto-me...)

Eu vou dizer-lhe,...entrei aqui pela primeira vez no dia 17 de Agosto de 2005...vim de urgência do Centro de Dia no 112...

Cheguei lá abaixo e fui atendida por uma médica que eu gostava de voltar a encontrar para ela ouvir o que eu tenho para lhe dizer...

Não sabia o que é que tinha... mas eu vinha era com uma crise de Vesícula...

Teve a coragem de só me por a soro, tirar análises, depois havia lá uns valores que estavam elevados, pois deviam de estar... era a Velocidade de Sedimentação que estava elevada, e ela teve a coragem de me mandar para casa naquele estado. Não me fez uma radiografia, não me fez uma ecografia, com um antibiótico para eu tomar até ao fim...porque a Sra. Dra. disse para eu tomar até ao fim! E o meu filho muito cuidadoso “ *Oh mãe tens de tomar até ao fim...*”

E sabe o que é que me aconteceu? Fiquei com uma Hepatite, uma H. medicamentosa... entretanto chegou uma colega e diz-lhe “*Então como é que isto tem corrido ?*” e ela respondeu: “*Isto está muito vazio...*” Pois claro! Ela mandava as pessoas embora sem medir as consequências.

Agora quando voltei, vim para aqui. No Sábado de Aleluia dei aqui entrada de urgência, estava eu sozinha em casa. Depois disso, o meu filho já não me deixava vir sozinha para a minha casa, porque numa semana cheguei a ter 3 crises...

Fui atendida por uma médica muito boa que não deixou dar-me água, não deixou dar-me nada, nada, nada... eu só me apercebi que estava em perigo quando uma auxiliar me veio dar uma tigelinha de sopa, só me deu 3 colheres e a médica gritou de lá “ *Não dê nada que se calhar vai ser operada*”. Quando ouvi aquilo foi um alívio, eu queria era ver-me livre da vesícula.

A médica estava já de saída e foi a minha salvação. Foi quando entraram os Dr. X e o Dr. Y.

Perguntou-me que dia é hoje e eu disse.

A Sra. *está boa de cabeça...* disse o Dr. X

Contei-lhe e ele disse: *Pouca sorte! Foi a vergonha da classe!...*

Depois dei aqui entrada, fiquei aqui no piso e fui muitíssimo bem atendida...não posso dizer melhor...eu quando falo nisto, às vezes até me comovo...fui tão bem tratada... fui tão bem tratada! ..., desde o pessoal maior até ao pessoal menor...tão acarinhada...não tenho palavras para descrever...e depois fui para a Consulta Externa e por acaso encontrei lá uma Sra. que era lá de P.A. mas que eu nem sequer sabia que ela estava aqui empregada...

Mas encontrei um santo de um Dr. o Sr. Dr. Z que disse que eu ia ser operada e eu em brincadeira, que eu gosto de brincar... disse “mas Sr. Dr. não pode ser já hoje? Mas ele disse *N-ã-o!*

Há médicos e médicos...Sabiam o estado em que eu estava...

Eu estava em bolimía...comia, tinha dores, deitava os dedos à boca e vomitava. Andava só nisto, só nisto, e abati muitos Kgs. Não foi nenhuma brincadeira...já não sou nenhuma criança para andar a abater...

Sabe eu tenho uma pensão muito pequenina...Vive-se com o que se tem. Vou comer à Misericórdia e pago 17 Euros por mês. Tenho o almoço e o lanche.... mas como gosto de cozinhar, de vez em quando...

As minhas amigas telefonam-me e querem ir à sardinhada...

Tenho uma sra. amiga que mora no Canadá, mas tem casa cá e vem cá às vezes. Telefona-me e chega a estar ao telefone a falar comigo 40 minutos...

O meu filho é que acha imensa graça...Tenho muitas amigas...

Durante o internamento facilitaram a presença dos meus familiares a estarem presentes e a ajudarem-me, sim, sim. Facilitaram a presença dos familiares e das minhas amigas também. Facilitaram até bastante, mesmo na altura em que eu estava lá ao fundo nos cuidados intermédios. Deixavam vir a minha nora, foi bom...ela passava comigo a maior parte do tempo durante o dia...

O meu filho como está a trabalhar não pode vir à tarde...mas assim com a visita das 7 às 8 ele aproveita e vem a essa hora...é uma hora que dá jeito para as pessoas que trabalham...

Se me deram todas as informações que necessitei? Deram-me o guia de acolhimento quando cheguei ao serviço...e para além disso a informação que eu tenho é ...não posso de maneira nenhuma comer aquilo que eu gostaria e que sei que faz mal (mas sabe bem!)...posso comer de tudo sem excessos...Tenho de fazer uma alimentação pobre em gorduras. Tenho de repousar...(É bom porque eu gosto de dormir uma sestazinha... e gosto de fazer os meus Arraiolos).Também preciso de arranjar umas roupas que tenho a roupa toda larga...e assim vou repousar, mas estou entretida...

Já me disseram para não entrar em excessos, para fazer repouso e que devo andar. E como é que deve ser a minha dieta.

Deram-me um papel dobrado com desenhos e informações, foi a enfermeira F... que até me acompanhou, e veio-me dar até um beijinho, desejar-me as melhoras e veio despedir-se de mim.....

Ah! Fui muito bem preparada. Está tudo a correr muito bem e também gostei muito de cá ter estado. .Disseram os perigos em que eu estava, o que acontecia se cometesse excessos e para evitar esforços.

Ainda vou um bocadinho debilitada, mas vou para casa do meu filho e da minha nora e uma filha não me tratava melhor...

Já sei que não posso comer banana para já, e se eu gosto!...e a dietista vai-me deixar a lista antes de me ir embora.

Eu considero, considero o tempo que cá estive adequado...

...mas eu também frequento um Centro de Dia de O. Em P.A.que é da Misericórdia, já os conheço muito bem a todos e vou continuar a ir para lá...eles apoiam-me muito...

Em que aspectos acha que os enfermeiros deveriam melhorar para que os doentes se possam sentir melhor preparados?

Não sei, eu sinceramente, a essa pergunta não sei que resposta lhe hei-de dar.

Eles se não nos dão melhor preparação é porque também eles não podem ter... porque o governo também está a tratar muito mal a classe médica e de enfermagem, a classe de saúde ..eu para mim!... Talvez eu esteja a pecar, não é!...mas eu para mim por aquilo que ouço na televisão, acho que a classe médica e a classe de enfermagem e tudo, não estão nada a ser bem tratados e muitas vezes isso reflecte-se depois nos doentes. Porque por muito boa vontade, por muito boas que sejam, as pessoas sentem-se, vá lá... sentem-se desmotivadas, muitas vezes porque dão o seu melhor e não são reconhecidas pelo governo...

Eu sou... uma política... até já nem vou votar, ... porque não vale a pena!... mas no meu entendimento e na minha pouca instrução aquilo que eu reconheço é isto:

Como é que uma enfermeira, ou uma auxiliar, ou um médico, podem ter boa cara... muitas vezes... porque sabe Deus o que é que lá vai dentro... porque eles também têm a sua vida familiar!... também precisavam de ganhar melhor!..., também precisavam de ter melhor apoio do estado e não têm!...tudo isso reflecte-se depois em nós.

Eu já sou pensionista, não é! Mas por exemplo o meu filho e outros como o meu filho que pagam e pagam bem! ...e descontam bem!... depois sentem-se revoltados quando cá chegam e descarregam a sua revolta naqueles que coitados já são tão massacrados...

Estou a falar bem ou não? Eu tenho a impressão que estou a dizer bem! ( Riu-se )

**Considera o tempo que cá esteve adequado?**

Eu considero o tempo que cá estive adequado...

Como estou em casa do meu filho, a minha nora nem sabe o que me há-de fazer...trata-me sempre muito bem...ela sabe fazer muito bem a comida, como sempre a horas e é tudo muito bom. O meu filho veio comigo cá fazer o penso e agora temos de vir para a próxima semana à consulta. Está tudo a correr muito bem e também gostei muito de cá ter estado...

## ENTREVISTA Nº 4

Andei na escola mas não dava nada...queria era trabalhar...fazer as coisas da casa.

Fui empregada de cozinha num restaurante, trabalhei em Algés no C., saí de lá derivado às minhas pernas que era de subir escadas e descer... e depois fui para um restaurante em C. de O. e como ajudante de cozinha onde também fazia tudo. Era lavar a louça, ajudar a cozinheira a preparar as coisas para fazer a comida...fui uma mártir. Andei a trabalhar no carvão quando era nova, a trabalhar na areia, a subir as pranchas dos barcos, com as canastas à cabeça cheias de areia e a despejar para dentro dos barcos e andei também com as canastas de carvão a subir as pranchas para mandar para dentro dos porões... a minha vida foi sempre assim...depois casei, tive filhos e ao fim de 60 anos o meu marido morreu... (chora)...eu já tenho 73 anos...

Tive seis filhos, duas gémeas, 4 raparigas e 2 rapazes. Um morreu com um tumor na cabeça, e as outras duas, uma que mora em C. , que é uma das gémeas, de quem estou à espera para me vir buscar, e a outra que também é casada mora lá ao pé de mim com um filho deficiente, anda numa cadeirinha de rodas, com 16 anos, está todo...assim...entrevado...nasceu de 6 meses e depois ao fim deu-lhe aquilo, ficou assim...

Tenho um filho que está a trabalhar em Espanha, (não está ao pé de mim)...e tenho é os meus 2 netos lá em casa...a mãe deles trabalhava aqui nas limpezas e ainda trabalha cá...

Gosto muito de estar com eles... é a minha distracção...nasceram lá em casa e tudo...o de 16 anos, e o de 10 anos. Estão com a minha filha... que a minha filha quer estar a tomar conta deles...pois a mãe deixou o meu filho... foi morar para S., com outro homem. Tenho uma menina, uma neta com 2 aninhos... ao fim de semana vem para a minha casa. A minha filha vai buscá-la a S e fica cá e ao fim de semana vai levá-los, mas o meu neto com 10 anos não gosta de lá estar com a mãe. Ficou traumatizado daquilo que a mãe fez ao pai, não querem estar ao pé da mãe...e então ela pediu à minha filha (como ele veio agora de férias, pediu à minha filha), se pedia a transferência cá em baixo na escola onde está outro neto meu, que a mãe faleceu... para ele vir cá ficar em casa. Agora vem para a escola de cá, já não vai mais para S.. Fica a minha filha, a B., a tomar conta dele.

Já estive internada no H. da E., com o mesmo problema das dores que me davam... das cólicas... da infecção urinária... fiquei internada e fui para o H. da E.strela, fiquei lá, depois fui transferida para Sta. Marta, e depois de Sta. Marta fiquei uns dias em casa... tornou outra vez a repetir, foi quando aconteceu outra vez isto...

Aqui fui bem tratada, não tenho razão de queixa, tanto aqui como em Sta. Marta, como no H. da Estrela, fui bem tratada, não tenho razão de queixa.

Agora vamos lá a ver daqui para diante... como eu fui operada à vesícula [Colecistectomia por via laparoscópica], só espero que a dor que me dava tenha passado ...Este lado esquerdo era o lado onde mais vezes doía... que às vezes para me deitar...eu deitava-me para o lado das trombozes que me deu – deu-me 5 trombozes. Eu sentia parece uma bola de um lado para o outro...e eu dizia à minha filha “ai Beatriz eu sinto aqui uma bola”... e ela dizia “*lá está você com as suas manias*”, “*lá está você com as suas manias*”... que ela também trabalhou no H. de C., essa a minha B., trabalhava no H. de C. ... *lá está você com as suas manias*... Foi então quando eu fui à consulta no dia 30, ao meu médico...e o médico metia-lhe espécie...esta dor ...e ser tudo sempre do lado esq.... e então eu fui ao médico no dia 30 e ele disse para a minha filha, para as minhas duas filhas, (que elas foram as duas comigo, a mais velha e a B.), e ele disse “*se repetir nova dor da cólica renal, vem imediatamente com ela para o hospital*”...

Fui na 6ª feira à consulta...olhe no sábado eram 11 e tal da manhã, estava bem, levantei-me da cadeira para me deitar, deu-me uma dor tão forte que me apanhou aqui...e comecei a vomitar.

Foi quando a minha filha disse assim “*chame já uma ambulância que você vai já para o hospital*”...isto aconteceu no sábado, e depois no domingo eram 11 e tal da noite, quando eu fui ser operada, era meia noite já estava a ser operada...

E depois a minha filha falou com o Sr. Dr. e ele disse, correu tudo bem e que a minha vesícula já estava na última...

Esta trombose deve ter sido há uns 7 a 8 anos, fiquei com menos força do lado esquerdo...,mas depois deram-me uma cadeira de rodas quando fiquei internada... mas a minha filha um dia disse (que ela é toda decidida) “*você vai sair da cadeira de rodas*”, e o que é que ela fez? Comprou-me uma muleta com 3 pés e uma canadiana. Eu levantava-me e andava pela casa fora devagar com a canadiana e com aquela muleta. Tanto que em casa...a minha filha tira-me da cama (ela tem um turno das 6 da manhã às 9 horas na universidade que fizeram ao pé de mim na Ajuda, a trabalhar nas limpezas - a essa hora eu estou ainda a dormir), vai para casa e tira-me da cama, trata de mim e dá-me o pequeno almoço. Umaz vezes almoço outras não almoço, quando me levanto da cama não tenho apetite...Ela então trata de mim... Mas quando eu começo a andar mais um bocado dá-me umas dores nas pernas...começo a ir-me abaixo das pernas...

Aqui tenho andado com...o andarilho, hoje já andei...queriam que andasse assim em casa...mas já não vale a pena...já estamos habituados assim...[com uma canadiana de um lado e um tripé do outro] a terapeuta também insistiu comigo... A pequena, a terapeuta, faz-lhe espécie como é que eu não ando bem com o andarilho e ando bem em casa com a muleta com 3 pés e a canadiana? O andarilho é pesado...porque se eu puser a canadiana aqui deste lado eu já não consigo andar...

Portanto consigo deslocar-me pela casa fora...vou à casa de banho, venho da casa de banho, ponho-me a andar de um lado para o outro e às vezes vou à cozinha, e ando por ali assim... Eu moro num 2º andar, para descer ainda vá lá, o corrimão fica do lado direito, mas para subir é que é pior...Não tem elevador e acabo por não sair muito...

O que me distrai é a televisão. Às vezes vou espreitar à janela mas começo a ver tudo enevoadado...

Levantar-me da cama, é assim... Agarro-me à cabeceira da cama, faço força e empurro, outras vezes tenho de pedir ao meu neto para me ajudar a pegar no braço e levantar -me...

A minha filha de manhã quando vem é que me tira da cama... A minha filha é que me dá banho ...Quando estou cansada das pernas tenho de me ir sentar...

Vou para a casa de banho, seguro-me e ela dá-me banho...limpa-me, põe-me a fralda e depois veste-me as calças e o pijama...e faz-me o comer...

Aqui durante este internamento deram-me um livrinho que a minha filha esteve aqui a ler-me, com muitas explicações sobre este serviço...que as enfermeiras também me explicaram...mas isso foi no princípio...agora...uma enfermeira veio-me trazer duas cartas para o meu médico de família e para a enfermeira do centro de saúde.

A minha família vinha à visita e depois iam-se embora. A minha filha às vezes é que chegava um bocadinho mais cedo...deixavam que ela entrasse...sempre, sempre... e a enfermeira até me pediu um dia para ela vir mais cedo para falar com ela...depois quiseram que ela aceitasse que eu ia andar com o andarilho... Os enfermeiros fizeram tudo para que a minha filha estivesse aqui sempre que pudesse e me ajudasse...

Agora aqui fui bem tratada, não tenho razão de queixa. Acho que estou bem preparada, e foi tudo explicado à minha filha... Queriam que eu me habituasse ao andarilho mas acho que já é tarde pois em casa dou-me bem com o tripé e com a canadiana...

Ela recebeu todas as informações necessárias... a minha filha... foi tudo explicado à minha filha...

O internamento claro que foi adequado, mas não me importava de cá ficar por mais algum tempo..., é que a descer não há problemas porque me agarro ao corrimão, mas a subir para o segundo andar, isso não consigo. Agora levam-me e depois vou ficar mais em casa.

**Filha:** *Eu sei muito bem o que tenho a fazer porque treinei aqui convosco, estive cá estes dias todos, vi fazer, repeti e já sei...agora quando tiver alguma dúvida, tenho o número de telefone daqui e já me disseram para ligar...*



## ENTREVISTA Nº 5

Tenho 77 anos. 77 é tanto tempo...Fiquei viúvo...

Sei ler...praticamente tirei a 3ª classe...no S. de A. . Vim da terra directo para lá, com 26 anos... Vim para trabalhar na quinta, para tratar dos animais ...das vacas taurinas. A tratar das vacas taurinas e à noite de padeiro...

Fazia de tudo... de lá fui para a doca pesca e estive lá até à reforma aos 65 anos.

Fazia carga e descarga...mas por acaso saudades do trabalho não tenho...

Trabalhei lá até à última... sem uma baixa, até à idade da reforma. Quando me vim embora, nos primeiros tempos, tinha saudades, depois passou...

Passei a ocupar o tempo a trabalhar para mim próprio. Tenho um quintalzinho ali em Valejas... tinha que me entreter...tem muitas árvores e isso tudo...

Agora, agora...ninguém cuida daquilo porque os meus filhos não sabem... e também estão empregados... mas o meu rapaz vai lá e pelo menos rega, está empregado perto...

Já estive internado no H. S. há muitos anos. Fui entalado aqui nesta mão...foi um entalão de um navio contra outro...

Fizeram-me a amputação de três dedos! Este aqui ainda foi um bocado...

Mas recuperei muito bem, nem se nota...

Pois foi, pois foi...estava um navio de costas... que eu estava para entrar para o porão ...para descarregar o peixe...e estava outro ao lado... foi no parque da ribeira...estavam a descarregar o peixe...e eu na conversa com um colega meu ...descuidei-me quando o navio veio, encosta ao outro...eu só disse para o meu colega, já está!...

Levaram-me para o H.S. estive lá pouco tempo...mas já não me lembro há quanto tempo foi...Foi a única vez que estive internado.

A minha Sra. era mais nova que eu 11anos...lembro-me que foi no dia 14. Por volta das 4 ou 5 horas mais ou menos...

Lembro-me que íamos a subir umas escadinhas... e no meio das escadinhas tem um redondo...e a minha mulher como sofria do coração, parou ali um bocadinho a descansar... quando subimos o resto das escadas, já íamos a passar o passeio... quando a carrinha se aproximou pela direita pelo passeio fora, contra mão e fui apanhado ...

Chegamos ao cimo das escadas, só demos 2 passos para correr para passar do passeio... a camioneta apanhou-nos logo, eu enchi-me de gritar para o lado, a minha mulher caiu-me mesmo aos pés ...como um passarinho...E trouxeram-me logo para aqui, para o Hospital, logo directo...

Disseram: "*Vamos salvar este!*"

Gritava por todos os cantos, com as dores... e ver-me naquela situação ainda pior!

Depois aqui, era o fim...

Só depois de me cortarem a perna é que comecei a controlar-me...até lá tinha muitas dores... Eram umas dores horríveis!...

Não tenho mal a dizer daqui do Hospital., as pessoas são todas muito simpáticas, a alimentação é muito boa ...por acaso é o melhor Hospital que eu...que eu, para mim... é o melhor Hospital... Mesmo para atender as pessoas e tudo...

Lá em cima fartei-me de sofrer enquanto não fui operado....graças a Deus aqui...só dei conta quando já estava tudo resolvido...[Amputação transfemural]

O Sr. Dr. chegou ao pé de mim e disse: "*Ó Sr Armindo, parece que nós vamos ter de lhe cortar a perna...*"

O Sr. Dr. é que vê... respondi-lhe eu...eu tinha tanta dor!...

"*Vamos dar também informações aos seus filhos que é também para eles saberem...*" disse o Dr....

Os enfermeiros ensinaram-me muitas coisas que eu não fazia ideia nenhuma...ao princípio eu só falava para me queixar com dores...e eles lá me davam remédios para a dor se ir embora...depois queriam que eu falasse com eles... e ajudaram-me muito...a senhora enfermeira também... sabe bem que me tem ajudado muito...

os enfermeiros...eles são do melhor... alguns enfermeiros às vezes até brincam comigo e levam-me a fazer as coisas que eu toda a vida fiz por mim, não é? Aqui é que a coisa foi diferente no princípio...

A senhora enfermeira perguntou-me quem é que eu queria que me ajudasse e aprendesse a tratar de mim, qual dos meus filhos...eu contei-lhes... responderam-me que queriam saber tudo os dois... mas depois como o culpado do acidente...o culpado não, o patrão dele...tem o seguro, eles foram tratar para eu ir para a companhia de seguros...ainda aqui andaram algum tempo e aprenderam muita coisa...

Facilitaram sempre a entrada aqui dos meus..., até estava combinado que eles vinham à hora que quisessem...há pessoas que vêm à hora da visita, mas os meus filhos e a minha nora vêm durante o dia... a qualquer hora ... para falarem com o Sr. Dr.... para verem como é que tratam de mim e para ajudarem... se não vem um, aparece o outro com a minha nora...

Deram-me informação escrita sim, está ali em cima aquele livrinho que mostra como se faz a ligadura e as outras explicações todas...entregaram-me também o outro livrinho que fala aqui deste serviço, como é que são as coisas...dos nossos direitos...

Os meus filhos... ainda aqui andaram algum tempo e aprenderam muita coisa... aprenderam a ajudar-me a mudar da cama para a cadeira de rodas, e na casa de banho também, mas é pena na casa de banho não haver daqueles varões para a gente se segurar e poder mudar sozinho. Isto é um hospital... e eu já cá vi mais pessoas com problemas do género do meu...do género do meu mas nenhum deles foi dum acidente como este, tão desgraçado...Sabe que eu vou para a Companhia de Seguros...e lá deve haver isso tudo... os meus filhos dizem que é melhor para mim porque lá há melhores condições do que aqui, mas eu não sei...

Também me andam a dizer que depois vou ficar um tempo em casa de um e em casa do outro filho...estão preocupados comigo...

...a preparação para voltar a casa... ainda vou continuar na companhia de seguros, mas considero que até aqui correu tudo muito bem senhora enfermeira, senti-me aqui muito bem...eu até gostava de continuar aqui mais tempo, de não ter que me ir embora para a companhia de seguros onde eu não conheço pessoa nenhuma...aqui os enfermeiros conversam muito comigo... eu tenho muita confiança nos enfermeiros porque eles ajudam-me muito... fazem-me ver as coisas como elas são, mesmo quando eu estou assim mais desesperado...graças a eles e aos senhores doutores também, eu já vou fazendo tanta coisa que não me passava pela cabeça... Ao princípio eu queria era morrer também...

Mas eles são muito capazes, é gente muito capaz para o que está a fazer...não sei se me vão tratar da mesma maneira para onde vou...

#### **-Perdeu-se o final da gravação-**

A família referiu grande satisfação pelos cuidados prestados ao pai, por ter sido possibilitada a sua presença a qualquer hora, feito ensino aos dois filhos (apenas sobre transferências Cama-cadeira de rodas e vice versa, cuidados a ter enquanto na cadeira e rodas e na cama), e pela forma como o pai foi referindo que se sentia relativamente à equipa de saúde no decorrer do internamento.

## ENTREVISTA Nº 6

Tenho 88 anos e estou viúva há 34. O meu marido morreu com cirrose e no entanto ele não bebia álcool...Depois que o meu marido morreu fiquei com a minha mãe que viveu até aos 113 anos. Sem doenças...foi emagrecendo...era boazinha de tratar. Quando eu nasci já ela tinha 44 anos...Agora vivo sozinha...

Andei na escola até aos 13 anos... fiz a 3ª classe por duas vezes, depois o meu pai morreu quando eu tinha 14 ou 15 anos e fui trabalhar.

Trabalhei como alfaiate, mulher a dias...fiz de tudo! Depois fui para uma fábrica de azulejos. Trabalhei lá 32 anos e foi daí que me reformei. Pintava azulejos...havia a oficina com painéis e pintores...Na rua do Alecrim havia uma loja de louça e a fábrica era na Boa-Hora...Eu gostava muito do meu trabalho...Quando me reformei era estampilhadora...

Quando casei já estava naquela fábrica, já ganhava melhor...

O meu pai era pescador... ganhava pouco, não havia reformas nem nada...O meu tio fazia viagens para a Madeira – carregamentos de bananas – pediu ao comandante se arranjava uma pensão para a minha mãe... e ele arranjou 20\$00!...e a minha mãe ia lá buscar, veja lá...depois começou a aumentar e chegou a um conto de reis...

Não é a primeira vez que estou num hospital... há 12 anos fui operada à barriga..

Andava a perder sangue e não sabia o que era, fui ao médico e depois de me fazerem várias raspagens internaram-me para ser operada...tinha um quisto...já era viúva ...foi no Hospital W.

Sempre sofri das costas...dores...e o médico receitava-me Voltaren...sempre usei pomada de Voltaren...

Desta vez fui à farmácia e pedi medicamentos...comecei a tomar os comprimidos e passei a ficar amarela...amarela...

Fui ao médico de família que me mandou ao hospital... e a enfermeira perguntou-me:

*“O que é que a Sra. está a tomar?!...Isto é para o reumático! A Sra. está a dar cabo de si!...”*

Fiquei logo internada...Ía fazer exames ao recto e ao intestino e o Doutor disse:

*“A Sra. tem o intestino na última”.*

Estava com uma anemia...fui logo operada!...[Hemicolectomia direita com Íleostomia]. Eu disse –Sr. Doutor tenho tanto medo...e ele respondeu-me:

*“ Não tenha, os tratamentos aqui fazem-se sempre com anestesia”...*

Ainda levei duas transfusões de sangue...

O problema agora é este saco!... que eu preciso de ajuda para o mudar!

Vou-me embora hoje mas o meu primo, que é filho de uma prima minha, andou-me a tratar das coisas com as Enfermeiras e com a Assistente Social para eu ir para casa com alguém a ajudar-me...Comprou-me um microondas porque... diz ele... tem medo que eu possa mexer no lume...assim aqueço só a comida...tenho ali aquele andarilho que me deram... e já vou poder movimentar-me um pouco...

Preciso da ajuda do andarilho... e preciso que me lavem e me vistam... o que eu era!...deitava a mão a tudo!... trabalhei muito...sempre toda a vida...

Vou ficar com uma senhora lá em casa do apoio domiciliário particular, uma senhora que vai lá a casa fazer-me as coisas da casa e ajudar na alimentação e no que for preciso... Depois quando passar a ter a ajuda do Centro de Apoio Domiciliário, logo se verá ...se preciso que essa sra. continue a apoiar-me no resto do tempo, ou não... Foi isso que ficou combinado com o meu primo com a Sra. Enfermeira e com a Sra. Assistente Social...acho que foi assim...

A Sra. enfermeira disse que a enfermeira dos cuidados continuados ía lá a casa para me ajudar com a ileostomia ...disse também que qualquer dúvida que eu tenha, ou dificuldade, posso

sempre telefonar-vos ou vir cá com o meu primo.... Isto como sabe também está tudo combinado com o meu primo...

O meu primo disse que ia comprar-me um telefone sem fios para ter sempre junto de mim...foi o que ele me disse que ia fazer, agora quando saiu daqui, antes de ir para casa aguardar que a ambulância chegue lá comigo...Trouxe-me esta roupa para eu me preparar ...vêm-me cá buscar logo ... e quando eu lá chegar a casa, o meu primo está lá à minha espera...

Aquela minha prima, a mãe dele, é muito minha amiga...também vai lá fazer-me companhia...sim eu tenho pessoas muito minhas amigas, mesmo ao pé donde eu moro ...nunca me dei mal com ninguém. Sempre fui muito considerada pelas pessoas...Sinto-me acompanhada... as minhas amigas estão ali todas...Sabe aquelas que cá estiveram no outro dia... no dia em que eu fiz anos...são umas grandes amigas... fizeram-me aquele bolo e veja lá, tinha velas e tudo!...Fizeram até questão de deixar a receita do bolo...E estava muito bom! Todas as pessoas gostaram!

No ano passado convidei-as para um cházinho, mas este ano eu confesso... não estava à espera de nada disto...

Tenho ali grandes amigas, isso é muito bom... elas vão-me ajudar...

Durante o tempo que cá estive, deixaram sempre entrar a minha família e as minhas amigas no serviço para me poderem visitar e para me ajudarem...O meu primo tem cá andado a qualquer hora, ou para vir falar comigo ou com as senhoras enfermeiras, ou até com a assistente social. Também estive cá a falar com o Sr Dr. algumas vezes...e a minha prima, a mãe dele e as minhas amigas, puderam sempre vir visitar-me sem problema nenhum, uma até tem ajudado a tratar de mim...não é todos os dias... que ela também tem a vida dela...mas aprendeu com as senhoras enfermeiras a tratar deste meu problema, aqui da íleos...tomia...aqui do saco... (tenho dificuldade em dizer este nome), para eu ter mais alguma ajuda...porque eu já estou velha para aprender estas coisas...bem andaram aqui a querer que eu aprendesse...

A senhora enfermeira falou-me na preocupação com a alimentação e depois já cá estive a Sra. Dietista há um bocado... que também me explicou tudo... e deixou uma carta com tudo escrito e uma lista que o meu primo já levou...

Eu não me vou preocupar porque já vi que está tudo escrito para eles saberem como é que se vai fazer tudo...os comprimidos que eu tenho que tomar, a data da consulta para vir ao médico...Há também uns livrinhos que explicam tudo...e também ficou combinado que íamos levar dois para dar às enfermeiras...Deram-me uma mala com tudo o que é preciso para tratar disto aqui do saco...

Acho que se não tivesse este apoio dos meus primos teria de ficar cá mais algum tempo...assim vou-me embora na altura certa...eles vão-me ajudar, vão-me ajudar todos...

Eu sinto que as coisas estão muito bem preparadas para eu poder regressar a casa...mas eu gostava mesmo era de ter muito dinheiro para poder ir para um lar... nesta fase...mas pronto, tenho muitas pessoas amigas...e estes meus primos são fora de série...estão a tratar de tudo para me ajudarem...

## ENTREVISTA Nº 7

Já entrei na terceira idade...tenho 65 anos...e já estou viúva há uns anos...

Fiz exames... tenho a escolaridade ...10 anos de escolaridade ...tenho um pequeno Curso de Artes Decorativas...Tenho muito interesse por coisas que têm a ver com medicina... gosto de coisas sobre medicina e coisas de saúde. Havia no canal 14 um programa que (tinha de se pagar...)chamava-se métodos naturais de tratatamento... estou muito atenta em viver entre o chá e a drageia... antigamente tomava muitos medicamentos mas actualmente não...Eu era escriturária na indústria de produtos químicos e farmacêuticos...trabalhava na área farmacêutica ...embora estivesse inserida na parte de escritórios de uma fábrica de tintas e de lá reformei-me. Trabalhei lá sempre, não andei a saltar.

Tive muitos problemas em conjunto. Tive problemas de saúde...estive um bocado atrapalhada da cabeça...

Já estive internada várias vezes. Uma para fazer uma cesariana, outra vez para fazer uma histerectomia, outra há 6 anos aqui, para fazer uma colecistectomia, a dos buraquinhos... e como achei que fui bem atendida, que tinha corrido tudo bem, decidi vir para cá outra vez...Tinha a sigmoidea cheia de divertículos...

Achei que tinha corrido tudo bem da última vez que cá estive...e voltei para cá...Eu vim com entrada marcada, telefonaram-me e vim. Estava a ser seguida na consulta...já tinha feito análises, exames...e já cá estou há 1 mês...voltei cá e ainda de cá não saí ...

Esta cirurgia...Não estava preparada para ter uma colostomia ... estava mas não estava... e sabia que estava muito doente dos meus intestinos...foram muitos anos de sofrimento...

Estava para ser operada à vesícula... era uma confusão tal, com tantas dores e tinha tantas diarreias antes de vir para aqui ...que eu andei nos hospitais e não sabiam o que me haviam de fazer...eu estava cheia de divertículos... já tinha feito um exame que tinha mostrado tantos divertículos...perdi muitos Kgs nessa altura ...não sei se foi da pedra se foi do cólon...sei que tive diarreias, diarreias... e estava de tal maneira fraca que quando vim para aqui... tinha tomado umas vitaminas entretanto que lá me aliviaram um bocadinho...para vir para aqui...Mas estava muito mal, muito mal mesmo... tinha o tamanho de 7 por 4 cm a pedra... Foi um grande alívio quando tirei a vesícula...Naquela altura fiquei muito bem, entretanto voltaram alguns sintomas que já eram antigos, fiz exames, e então vim cá parar ...[ Foi feita Hemicolectomia direita e Colostomia provisória]...

Entretanto já estava bem,... quase para sair e deu-se isto...senti-me mal e...foi uma fístula... foi abcesso...quando ouvi a equipa dizer o que é que me aconteceu... que eu estive muito mal desta operação...Eu estava mais mal do que o que parecia...

E agora...bom! Tirando o problema de...não ter apetite... como muito mal...tenho a cabeça muito abaulada...A sra. enfermeira até falou com a Sra. Dietista para ver a minha situação...

Em relação à Colostomia...eu tenho estado assim a ver tratar... e a sra. enfermeira ainda hoje me disse outra vez, "*vá ao espelho... que é melhor*"...,queria que eu fosse com ela e insistiui comigo...

A minha sobrinha que cá vem, de propósito... é que tem dado assistência a essa colocação ...Foi tudo ensinado à minha sobrinha...ela não tem dificuldade nenhuma...tem aqui andado todos os dias...quer aprender tudo para me ajudar... Eu não me sentia com coragem de tratar de mim...

Tenho-me tornado naquilo que eu não sou...muito dependente... porque além dos nossos problemas de saúde temos os outros problemas familiares todos por trás disso...Às vezes a gente vem para aqui e traz os outros problemas todos em cima...A minha sobrinha vai-me ajudar depois...

Foi muito bom a minha sobrinha ter vindo para aqui... eu pensava que estava a dar muita atenção às coisas e não estava a dar atenção nenhuma... estava com o espírito noutro lado...eu vejo

assim...eu sou franca, ainda não tive vontade de ir ver ao espelho...Além dos problemas de saúde temos outros por trás disso...eu hei-de... como tudo ...pequenas grandes coisas... que nos afectam ...é isto, é aquilo e mais aquilo, coisas também com os familiares...a minha ideia de ser forte, ser forte...não estou a ser muito...não estou a ser muito...O meu corpo... tanto peso... parecia que não era meu...não era só o peso do corpo... era o peso de tudo...

Dá-me tranquilidade pensar que vou para casa da minha irmã e vou ter a presença da minha irmã e da minha sobrinha...tenho a minha irmã que é formidável ...que parece que estudou enfermagem...está sempre pronta...Eu estava a pensar que fazia só uma operação e que depois ia para casa ou ia comer ao Centro Paroquial ou assim ... mas não!... eu preciso de recuperar um pouco mais...com elas ...Vou precisar de lá estar... e aceito...vou precisar de estar com gente...vou para casa da minha irmã...

A minha sobrinha tem andado aqui todos os dias, quer aprender tudo para me ajudar...Já está farta de estudar, está na área da publicidade que é um campo muito vasto...agora parece que vai para Espanha porque na publicidade tem de se saber muito ...(O namorado... gosta de saber tudo... hoje em dia esta mocidade gosta muito de estar atenta...ele é simpático...também me quer ajudar...)

Nós temos de nos fazer à ideia ... nós temos as coisas e quanto mais cedo melhor!...esconder é pior...porque infelizmente a cultura é pouca...e há outros problemas que as pessoas têm ... aquelas coisas que as pessoas pensam...ai o cheiro...ai isto...ai aquilo...agora o que é que eu vou vestir...agora o que é que vai ser... como é que vai ser a minha vida?

Vai ser com o tempo...com o tempo vou conseguir adaptar-me...

Deram-me o livrinho...o livrinho... Já o li.. já o li...

Acho... não sei ... talvez... acho pouco...de uma maneira geral ...não só nós que somos colostomizados... a certo nível as pessoas deviam saber...conhecer ...

Esse problema não pode ser por vezes, concerteza um motivo de... sei lá ...um motivo de chaco-o-o-ta ...qualquer coisa assim... ai coitadinho!...não tem que ser...não tem que ser...e como a pessoa se confronta depois no dia a dia com os outros, ...tem que haver formas de...temos de ultrapassar!...por um lado temos de ultrapassar... temos de saber tratar de nós... até de maneira que as outras pessoas nem percebam... Uma coisa são os nossos ...os que estão à nossa volta que podem estar preparados... e nós não temos problemas de, enfim...de evidenciar porque são as pessoas que estão connosco...mas como não sabemos como é que os outros interpretam e temos de andar aí no dia a dia ... deve haver formas para não fazer transparecer para os outros... quando andamos fora... quando vamos no autocarro... etc, O que é melhor...como disfarçar... o que é melhor...usar umas calças...eu acho que é melhor usar umas calças...

Sim! Pois!...mas o Sr. Dr. disse que daqui a três meses ia fazer a volta do intestino...

Os sacos estão preparados com carvão, já sei... e há cuidados também com a alimentação relativamente aos cheiros... está no livrinho e o enfermeiro também me falou...mas o sr. enfermeiro disse que ía chamar a dietista ontem e hoje ela já me deixou aqui uns papéis com tudo escrito. A minha sobrinha já está a par... Ela já ficou com essas informações também... parece que a minha sobrinha também já tem o papelinho com a marcação da consulta...

O enfermeiro também disse para eu apresentar sempre as dúvidas todas que tenha, para telefonar se precisar, ou no dia 9 quando cá vier à consulta...Disseram-me...a Senhora Enfermeira, que também há uma consulta de enfermagem de ostomizados onde irei depois quando vier à consulta médica...e sempre que precise...

O livrinho, mais a minha sobrinha...aqui o que se vai ouvindo duma enfermeira e doutra...

Esta coisa, como é que se chama...? A placa...

Sim. A minha não é redondinha, eu vi a enfermeira fazer...é ovalada...

A minha sobrinha tem o molde para cortar sempre igual...ela sabe... foi-lhe explicado... ela tem a informação toda...eu não tenho tido cabeça, é tanta pressão...mas eu vou aprender...depois tranquilamente...

A vida dela não pode ser só o hospital ou tratar de mim em casa... tem as aulas também, tem isso tudo...a minha cabeça está...

Estou cansada, agora tenho de ir descansar... agora será boa alimentação e repouso...

Tenho indicação para ir ao Centro de Saúde de S...e depois quando vier para minha casa vou ao meu centro de saúde...E se houver alguma dúvida entro em contacto convosco... mas a minha sobrinha tem toda a informação...

A minha irmã disse, “agradece lá à sra. enfermeira”. Telefonou de manhã e foi a sra. enfermeira que atendeu. Faltou-lhe a bateria no telemóvel e depois...falaram, falaram e não chegou a agradecer toda a disponibilidade que tem demonstrado...

Foram-me dando informações dos cuidados a ter após a alta...foi o livrinho...estas coisas de pôr o saco...um bocado de diálogo ...ajudaram-me muito...e eu precisei muito do apoio que me deram...

Chegando a casa, ando à vontade e vamos ver...estando à vontade acho que vai ... uma pessoa diz daqui, outra ...

Não cheguei a fazer aqui a mudança do saco...não tive cabeça...eu também tive medo porque eu desmaiei duas vezes...

A sra. enfermeira ...não me lembro agora que nome tem, sentou-se aqui a conversar connosco e pediu à minha sobrinha para vir cá passar o dia para aprender e me ajudar ...para não termos dificuldades depois quando fôr para casa. Ela estava morta por ajudar e aprendeu tudo. Uma coisa num dia, no outro mais qualquer coisa e vá de fazer...Já sabe fazer tudo...Eu tenho andado a fugir um bocadinho... porque a minha cabeça não me deixa...mas eu acho que vou conseguir fazer isso concerteza ...

Esta coisa... Lá estou eu outra vez...Esta placa!... Quando estiver mais arrebitada...

De qualquer modo sinto-me um pouco dependente... Sozinha faço uma higiene à gato...Só preciso de ganhar forças...Neste momento estou um bocadinho dependente...vou para casa da minha irmã...e a minha sobrinha ficou toda interessada em fazer isso... por isso neste momento estou um pouco dependente...neste momento preciso...não consigo ir para casa e fazer tudo...Neste momento tenho pouca força nas pernas... dou três voltas e volto para trás...Eu não conseguia deitar-me sozinha...de há dois dias para cá é que eu me sinto melhor...o meu corpo pesava tanto que eu não conseguia...

Se me sinto preparada para ir para casa?...tem que ser! A gente entra no hospital e tem que sair...Só por necessidade...Se não tivesse quem me ajudasse em casa, eu não estava preparada para estar sozinha...não estava...O hospital só é bom enquanto é necessário. Eu chego a perder a noção do tempo... Se não tivesse apoio, teria necessidade... sei lá... nem que fosse dum apoio domiciliário...Mas eu também não sei até que ponto é que eu me ia meter numa encrenca dessas...que eu também não tenho muito dinheiro... O hospital só no que diz respeito ao necessário... depois é preciso um intervalo... de não criarmos stress aqui dentro...Eu chego a perder a noção de tempo...Eu vou-me embora agora a pensar que daqui a três meses ou quatro, tenho de voltar...isso já é muito bom...penso assim, não é?

Há bons profissionais aqui no hospital ... eu tenho conhecido bons profissionais aqui no hospital, não podem fazer mais... não podem fazer mais... Há outras coisas que faltam mas isso...dava cá um gasto!...sou eu que sou sonhadora...mas isso não é do profissional...O pessoal dá todo o seu melhor...não é só a mim... tenho estado aqui há um mês...têm cá uma dose de profissionalismo...e de um certo... como é que hei-de dizer?... de generosidade ...eu acho...não podem fazer mais...eu considero o pessoal daqui muito humano!...

O que é que podia mudar? Não sei... francamente não sou assim tão...para dizer aquilo que é bom ... entre vocês... e naturalmente muitos doentes...com nível superior a mim portanto ...terão ideias melhores. Sei lá... não sei se é de exigir aos enfermeiros tudo e mais alguma coisa...quando eles têm uma dose de humanismo...se não tivessem, estaria mal ... não valeria a pena ser enfermeiros...

Eu vejo aqui no dia a dia o trabalho físico que as pessoas fazem, o que ouvem, o que têm que dar...cansados ou não cansados... uns e outros... tenho observado, isto tem sido muito bom... não é só dizer...ai não sei quê, não sei quê, não sei quê ...que culpa é que o enfermeiro tem de o hospital ser velho...tem muitas coisas...ai! Não posso chegar aqui não posso chegar ali... não podem vir quando eu quero ...é impossível, é impossível não é ?... tocar numa campainha e virem logo meia dúzia de pessoas aqui...nós temos também que saber o que é que se aguenta e aquilo que não se aguenta... e eles coitados... Eu considero o pessoal daqui muito humano...Eu só tenho razões da doença...Eu considero o pessoal aqui muito humano!

Olhe!...há uma coisa que eu também acho aqui... nós somos informados sobre muitas coisas...mas...duma forma geral uma chamada de atenção para o doente, porque o doente às vezes... é a primeira entrada que tem no hospital e tem a cabeça cheia de ideias feitas, tem que exigir...e tudo isso...e há pessoas completamente insubordinadas!... Coisas que se podem dizer que a pessoa não fique logo assim “ah!..e agora esta está a chamar-me malcriada!”..., ou assim...

Também o doente tem de ser abordado, que não tem um enfermeiro só para ele, não tem um empregado só para ele... tem que pensar... será que isto é assim tão urgente?.. devo estar a tocar às campainhas aqui até ninguém poder mais?... Tem de haver uma abordagem ao doente... os doentes que vêm pela 1ª vez pensam que são os mais difíceis...acho eu... nunca lá estiveram... Têm de ser abordados ...Os outros já estão mais preparados...os outros nem estão minimamente feitos à ideia do Hospital...têm de ser abordados assim “*tenha calma*”...abordados assim de uma maneira que não seja chocante...porque já basta quando estamos piores e pensamos “*desta vez é que está aí a acontecer qualquer coisa*”...

(Muito deprimida durante o internamento e com muitas reticências no decorrer da entrevista. À medida que esta foi decorrendo foi ganhando confiança e falou no final, de aspectos já sem interesse para o tema mas importantes para a doente)

Filhos é só um que tenho, com 41 anos, e netos...

Isso é a parte mais...mais horrível. É que eu não vejo os meus netos desde a separação do meu filho. É uma parte que dói, já não os vejo há muito tempo. O meu filho vive no estrangeiro. Veio cinco dias de férias e voltou para F... está em F.. Está divorciado...

Ele próprio tentou ver os filhos e o menino foi assim um bocado duro para ele, não o aceitou muito bem...a menina ficou a chorar...Desde que eles se divorciaram, nunca mais...desde que foi a separação (ele veio com as malas lá para casa, ficou ali assim) ...

Arranjou trabalho para fora e só vem de férias...Os netos vivem em Setúbal também...

O meu filho e o meu sobrinho casaram com duas irmãs... já estão ambos divorciados...

Mas a minha irmã vê o neto...Problemas muito graves com os divórcios...Filho e sobrinho divorciados...A minha irmã já ultrapassou um bocado, eu não, nunca consigo extravasar...

Vejo o meu filho sofrer por causa dos filhos... e é isso que às vezes não nos ajuda a ultrapassar...

O meu irmão doentíssimo no HW., entupido... vai para lá para desentupir...canais entupidos para o Pâncreas...aquilo entope vai para desentupir...não sei...também...fazem-nos falta...o meu irmão tem menos oito anos que eu. Ele tem 59 acho eu. Ficámos sem mãe e sem pai com um intervalo de 3 meses...pequenos...temos uma história de vida horrível!...

Em relação aos netos ...já não me conhecem... três anos que sejam, quatro, na vida de uma criança é muito...

A minha irmã tem contacto com o neto...O divórcio foi feito em moldes diferentes, com outro acordo...são coisas completamente independentes...só tinham um menino, é diferente...

Ela tinha feito exigências muito grandes... Então não é?!

Para o pai também é duro...Vejo o meu filho sofrer para ver os filhos...Gastar imenso dinheiro para tentar estar um dia com os filhos...

Consegui ver o filho, mas a menina ou não o conheceu ou coisa assim...É tudo muito duro(Choro) É a parte da doença... mas estas paredes...

Indo agora para S. e com a ajuda da minha irmã?

Não se dão! Nem a ex-nora se dá com a minha irmã...Impossível a minha ex-nora dar-se com a minha irmã...comigo nem um telefonema. Uma vez quis falar com o meu neto, pelo aniversário do meu neto, e foi-me negado...Não há relacionamento nenhum... a minha nora nunca quis ligações de espécie nenhuma com a minha família...embora tivesse a irmã casada com um sobrinho meu... nem sei porque é que ela casou com o meu filho...para fazer este tipo de coisa, uma tragédia tão grande numa família... nunca quis durante o casamento qualquer ligação com a minha família... muito menos agora... é tudo tão ruim...está a fazer vida com outra pessoa...tudo bem ... ela escusava era de negar que a avó visse os netos...tudo bem...Eu às vezes até penso que ela foi a grande causadora do divórcio...Sentem-se superiores, têm um nível de vida superior... (Os casamentos são assim... fazem-se e desfazem-se...)

Têm um nível de vida muito superior ao nosso...pelo menos ao meu...nunca fui a avó, nem nunca fui uma mãe que pudesse colaborar assim tanto...a gente junta umas migalhinhas que às vezes até fazem falta para outra coisa... eu não sou uma avó rica ...se fosse uma avó rica era outra coisa. É tudo muito na base do dinheiro...A minha irmã tem um nível de vida diferente do meu...tem um nível de vida mais ou menos bonzinho...

Eu agora já estou um pouco mais aberta mas eu era uma pessoa ...muito sufocada...por ficar viúva ...Com as preocupações... acabamos por ficar fechados... tornamo-nos muito fechados!...tinha uma médica que era da N. e que eu já cheguei a ver cá no hospital e eu conversava muito com ela, e eu dizia: - Sra. Dra. eu sofro muito porque eu não consigo, eu sou uma pessoa que ouve tudo, ouve tudo, ouve tudo, e não consegue expandir nada...- O saco vai enchendo... vai enchendo... e às vezes é a causa de todas as doenças mais que nós temos...problemas de cólon muitas vezes têm a ver com problemas que nos caem...

Connosco foi assim...foi um cair de coisas atrás umas das outras, de problemas...tive a febre tifóide em miúda (pode ter ocasionado problemas no cólon) e eu esqueço-me sempre de dizer isso...tive eu e um tio meu na mesma casa e ficou ostomizado...morreu ostomizado...e não sei se é por isso um conjunto de coisas...eu estou ostomizada também...

Há coisas que nós vamos esquecendo ao longo da vida... e que deixam uma marca ao longo da vida... as contrariedades...não há-de ser mal...não há-de ser mal...não há-de ser mal...venci a histerectomia...graças a Deus não era mal... também hei-de vencer agora.....

Uma vez tinha contrariedades, contrariedades ...sentia aqui ...esta coisa aos pulos, esta parte aqui toda aos pulos...era o que eu sentia...eu vou rebentar, eu vou rebentar...

Não sei como é que eu consigo ter coração para aguentar estas anestésias também!... (sendo que o meu pai também faleceu de coração...isto parece incrível...)

Como é que eu tenho aguentado estas anestésias todas...Este coração aguentou estas coisas todas e mais as outras coisas que nos rebentam no dia a dia... Mas é que há coisas que nos rebentam no dia a dia!...rebentam mesmo!...

Eu acho que toda a gente tem problemas... mas assim, eu ponho-me a pensar, assim tão juntinhos... tantos problemas como eu...mas será que há pessoas que têm assim tantos?

Eu tenho a minha família desfeita...É a minha cunhada que me tirou as falas, mais as minhas sobrinhas... o meu irmão doente e tudo, tirou-me as falas, não sei porquê... que macacoa lhe deu...não sei...tirando isto da minha irmã, tenho o meu irmão coitado à beira da morte outra vez...

**(2º internamento [para Reconstrução da Continuidade do Cólon])**

Encontro-me mais robusta...porque eu da outra vez saí daqui muito frágil ainda...mas foi muito bom e muito bonito o apoio que a minha sobrinha e a minha irmã me deram quando fui para casa delas...elas estimularam-me muito...a minha sobrinha estava muito bem preparada e ajudou-me muito...a minha irmã também...sabe sra. enfª já antes eu estava a precisar deste apoio, de ter família próximo que me desse carinho, foi muito bonito, foi muito bom...

Estou preparada para deixar que me resolvam este problema...A expectativa é muito boa...agora vamos lá a ver se tudo corre bem...há-de correr...tenho confiança...nos Srs. Doutores e nos Srs. Enfermeiros).

## ENTREVISTA Nº 8

Sou viúva e vivo sozinha na minha casa... (a casa é minha)...Tenho 77 anos.

Andei na escola, fui até à 3º classe. Íamos até à 3ª ...porque até à 4ª...ui! Jesus!... Isso a gente já não tinha vagar para mais ...também não tínhamos cabeça para mais...vá que isto é mesmo assim... até à 4ª classe havia só 2 rapazes...foi só o meu marido e um outro que chegaram até à 4ª classe...tiveram as professoras que eram muito amigas e até à noite lhes dava explicações...

Depois da escola ficávamos em casa... que a minha mãe não me deixava ir trabalhar para a vinha...andava ela...coitadita e não deixava...o meu pai estava para a Argentina...ficámos duas filhas... mas ele mandou sempre sustento...para a gente depois ele veio... e começámos na fruta...no negócio da fruta e eu é que andava com o pessoal...e trabalhava...Depois casei, casei-me com 19 anos. Ainda cheguei a fazer as bodas de Ouro...nós estivemos 50 e tal anos casados... graças a Deus, foi uma vida muito feliz. Tenho dois filhos, um rapaz e uma rapariga, a minha rapariga é a que está ali à minha espera e que tem vindo cá sempre...e o outro é o que está em França. Mas ele já cá esteve uma vez...e a esposa veio cá com ele e depois veio passar 8 dias comigo. São muito queridos.

Estava em casa da mãe que eles têm aqui um andar em M., mas ela não queria ir para lá sozinha (foi para casa da mãe que mora em C.), ia para lá e vinha aqui para a minha beira toda a tarde.

Eu trabalhei em França, estive lá 20 anos e era auxiliar com as enfermeiras, numa clínica. Gostava muito. O patrão que era cirurgião e o dono da clínica...queria que eu fosse tirar o curso... de enfermeira... que tinha muito jeitinho, era muito amiga dos doentes, e então queria que eu fosse...mas eu tinha os meus filhos...eu tinha de ir 3 dias para Paris... ele tinha um empregado para nos levar e trazer...mas eu não queria... ele chamava-me a mãe galinha.”*Olha que mãe galinha só quer estar com os filhos...*” dizia ele. Ora então! Estava morta que chegasse a hora para vir para junto dos meus filhos!

O meu marido não queria que eu fosse para França!...Dizia-me...”*Oh mulher tu não vás... que aquilo não dá, que aquilo é terrível, que aquilo é trabalhoso e eu lá não te posso ter sem trabalhares, mesmo por causa da segurança e tudo...não te posso ter...*”

- Então também é para ti não é? Então pronto! (Ele trabalhava na construção civil).

O meu filho acabou por ficar lá. Acabou por ficar lá a trabalhar numa empresa. Eu reformei-me.

Eles vêm para cá todos os anos...Ainda não determinaram férias nenhuma por minha causa, porque não sabem se hão-de vir para aqui para Lisboa, ou se hão-de ir para P. J. que é a minha terra, uma aldeia a seguir a L....não sabiam para onde ir estavam à minha espera...

Eu estava em minha casa, eles foram lá, a minha filha e o meu genro... viram como é que eu tinha o pé e trouxeram-me para casa deles!... De lá fui a L.V....a um Centro de Saúde, e de lá foi que me mandaram para aqui...

É a 1ª vez que estou internada, tenho sido sempre saudável, a não ser os Diabetes...e já não é pouco...

Quantos são hoje?... Então faz mesmo hoje dois meses que eu aqui estou internada...

A minha filha vai marcar a data da consulta, disseram-me que era 3 semanas... Se eles vão de férias, não vimos aqui de L. por nada, só pela consulta, tanto dá ser mais adiante ou mais atrás...

Vou ter facilidade em andar lá em casa na cadeira de rodas,...a sala é grande.

Ainda não sei muito bem passar da cama para a cadeira sozinha...mas com a ajuda da minha filha ou do meu filho já consigo... que nós já temos experimentado cá...a sra. enfermeira ensinou-os, e também tenho lá um rapaz que é meu afilhado e a mulher... que é muito esperta... vamos ver se eles me ajudam lá agora... O hospital já me deu a cadeira de rodas, é esta!

Tenho de vir a uma consulta cá depois também...da fisioterapia...a sra. enfermeira também disse que não podia faltar...

Os médicos e as enfermeiras informaram-me sempre quando ia fazer algum exame e quando fui operada! [Amputação do 3º e 4º dedos e posteriormente pelo 1/3 superior da perna esquerda]. A senhora enfermeira também me andou a ensinar como é que eu devia fazer a ligadura, e eu ando a ver se me ajeito. À minha filha também ensinaram ...a ela ensinaram tudo... que ela andou cá a aprender!...vinha para aqui e ajudava a tratar de mim para aprender...ao princípio ela fazia tudo, mas agora há muita coisa que já sou eu que faço...

Sim, levo as informações do médico, das enfermeiras e a da Sra. Dietista também levo que estive aqui com a minha filha à peça e deixou um papel... Tenho cartas para os médicos e para a enfermeira...As enfermeiras até me deram aqueles três livrinhos que ali estão... um do doente amputado, o outro dos diabetes e o outro ainda que também é dos diabetes mas é sobre os pés que é para não acontecer ao outro o que aconteceu a este pé...têm muitos ensinamentos para mim... e para a minha filha ler e depois me fazer como lá está..., da ligadura, como se põe... do cuidado para não fazer feridas e não estar muito tempo na cadeira...e de ter muito cuidado com o pé para não voltar a acontecer mais nada como desta vez...

Eu queria mudar agora da insulina para os comprimidos...eu com a insulina é um bocadinho difícil. Estava lá um médico que era muito meu amigo... controlei durante 10 anos ...mas foi para lá um médico brasileiro que quis mudar-me de medicamentos e me pôs nisto...puseram-no fora e agora acho que foi para lá um médico que sempre foi meu amigo e quero ver se ele me ajuda...se me põe outra vez nos comprimidos...não queria a insulina...a insulina comecei-a aqui...quando fui internada...Agora deram-me... parece uma caneta, com insulina e ensinaram a minha filha como é que me vai dar a insulina com aquilo...

Sinto-me muito bem preparada...

No princípio quando foi que vim...parecia-me que enlouquecia... pensava que estava na minha casa...achava que estava na P. ...em minha casa...eu sempre fui muito pegada à minha casa...quando o meu marido era vivo...o meu filho tem na parte de cima da nossa casa, uma casa que tem piscina e tudo...e ele queria que a gente lá estivesse porque a casa estava sozinha...e o meu marido queria lá estar e eu é que não!..eu não saía da minha casa...eu entrei lá com 19 aninhos que não sabia nada o que era a vida... e então agora vou sair daqui? ...pensava eu...

Também não sei... tenho lá em baixo o meu marido enterrado...eu dele... tenho muitas saudades!...em casa tenho muitas fotografias dele... E tenho então lá no cemitério um jazigo capela, eu então estou morta por ir lá... eu falo com ele como se estivesse vivo e tudo... falo com ele como se fora vivo...ele era muito meu amigo...ele estimou-me muito, muito...

A vontade do meu filho era levar-me para lá para França, mas eu não quero ir...( choro )...

(mais animada) A minha filha vinha cá todos os dias, mesmo quando vinha do trabalho à noite, ainda vinha por aqui...nunca faltou...todos os dias...das 7 às 8,...fazia-me companhia ao jantar e ajudava-me...nunca faltou...todos os dias... todos os dias...e quando podia quase que passava cá o dia...para me ajudar... Todos os dias...todos os dias... a qualquer hora... nunca ninguém dificultou a entrada...

Vieram cá o meu filho de França e a minha nora e tudo...não tenho que dizer... só tenho a dizer bem, só bem! Apoiaram-me muito... Apoiaram-me muito...

As próprias enfermeiras, quando eu chamava para me porem a arrastadeira...eu tocava à campainha para me porem a arrastadeira... vinham e perguntavam... “ *O que é que é preciso?*” Era preciso a arrastadeira ...”*Pronto não é preciso mais ninguém!*” diziam elas...e elas punham-me... “*O que é que deseja?*”... Eu preciso que me ponham a arrastadeira... e já não iam chamar mais ninguém...Lá em França os enfermeiros não faziam isso....

Pois...eu estive cá o tempo necessário...nem mais nem menos...

## ENTREVISTA Nº 9

(Aceitou ser entrevistada mas não quis que a entrevista fosse gravada, pelo que foi escrita)

Não quero que grave a entrevista!...posso dizer alguma asneira e eu tenho pouca instrução e já sou velhota...

Tenho 79 anos, vivo com o meu marido e sempre fui doméstica, andei na escola até à 4ª classe...tratei do meu pai e da minha mãe até quase aos 90 anos. Não tiveram de sair da casa deles! Fui eu e a minha irmã que nos ocupámos disso...

Na escola andei até à 4ª, depois fiquei sempre em casa...

Eu sempre estive em casa... fazia a lida da casa e ainda tinha tempo para fazer costura e bordados...agora é que já não posso ...a minha vista não dá...

Eu já tinha vindo parar aqui uma vez ao hospital. Passei uma noite aqui no hospital...ia no autocarro e no cruzamento do C.C. de B. um autocarro bateu-me e vim aqui parar ao hospital para me coserem a cabeça, cheguei à noite e só fui para casa de manhã...

Noutra altura caí em casa... os dois pés prenderam-se no tapete e aí magoei a omoplata, desloquei-a. Vim à urgência e depois o tratamento foi no H., fiquei lá não sei quantos dias. **Ai a Sra. Enfª escreve tão depressa...**

E agora desta vez...eu era seguida pela Dra. N., a minha médica de família, minha e do meu marido... aconselhou-me aí há um ano a vir ao hospital ....

Sabe... eu constipei-me...primeiro constipei-me eu e depois o meu marido...emagreci seis quilos...sentia esta “ranhura”... com aquela tosse! ... a tosse foi tanta que eu tinha de pôr a mão na barriga...

A Dra. mandou-me tirar umas radiografias à C. e o Sr. Dr. também disse que eu devia ter uma hérnia... Este relevo começou a crescer. Trouxe uma credencial para vir ao hospital e marquei a consulta para o Dr. C. Andei com ele em muitas consultas e pensei que era ele que me ia operar[ Herniorrafia Inguinal Esquerda], mas afinal parece que não pôde, estava fora, sei lá!...Fiquei com bastante pena de não ser o Dr. C....

Estava com receio de ser operada...sou bastante nervosa e estava com receio...

Aquela ciática a 9 de Junho!... ia para me levantar e deu-me uma caimbra... passados uns dias comecei a não conseguir andar... tive de vir de urgência e os comprimidos fizeram-me muito bem! Depois continuei na minha médica a fazer o tratamento e na cama sem poder fazer o serviço...com dores muito fortes e sem poder estar na mesa... o meu marido é que me levava a comida à cama...

O médico disse: “*Então a Sra. vai ser operada*”. Eu concordei...

O médico da ciática também tinha dito que eu podia ter caído e com a hérnia podia ser perigoso e quanto mais tarde pior seria...

Eu tenho 79 anos e cuido de mim sem precisar de ajuda para nada...lá isso é verdade... eu e o meu marido ajudamo-nos um ao outro, e ainda aqui estamos muito rijos...

Nas coisas da casa... eu trabalho na cozinha e ele faz as coisas fora. Gosto de cozinhar, mas também gosto de comer. E o meu marido também...O meu marido não gosta de ser contrariado...É uma jóia de pessoa, mas não gosta de ser contrariado...

...facilitaram sempre a entrada da minha família e das minhas amigas sim senhora... a minha amiga pedia para cá vir de manhã e deixavam-na entrar sempre... ela pedia para me vir ver e nunca lhe foi negado...sabe senhora enfermeira é muito reconfortante termos os nossos por perto...e a Sra. enfermeira até disse ao meu marido naquele dia que podia cá ficar a apoiar-me e a tratar de mim com as senhoras enfermeiras...mas isto foi tão pouco tempo que não deu para mais. Eu até gostava de cá ficar mais tempo, estava ali tão bem naquela caminha ao pé da janela com aquelas senhoras que eu até me fui despedir delas...Eu tinha combinado com o meu marido para ele vir cá pela manhã para saber de mim, e ele veio logo cedo. Mas o Sr. Dr. logo de manhã veio-me dizer que estava tudo a

correr bem comigo, que me iam fazer o penso, e que depois se eu quisesse podia ir para casa. A Sra. Enf<sup>a</sup> até disse que ia telefonar para casa para me virem buscar, mas o meu marido, como tínhamos combinado, já ali estava...ele tinha dito que vinha para cá ...

O Sr. Dr., como a Sra. Enf<sup>a</sup> Chefe viu, deu-me aquelas duas cartas, uma era para a Dra. N e a outra era para mim, não era? Deu-me também a indicação das marcações de consulta uma para 19 e a outra depois... não me lembro bem da data...Não interessa está lá escrito. Tem lá também a receita dos comprimidos para as dores para eu aviar na farmácia. E a Sra. Enf<sup>a</sup> disse-me para eu ir para casa descansar e não fazer esforços nem pegar em pesos, para vir cá dia 19 ter com o Sr. Dr., e deu-me o n<sup>o</sup> do telefone daqui para eu ligar se tivesse alguma dúvida. Também disse para eu me alimentar bem, carne e peixe, fruta e legumes, sem ficar muito cheia, e para não me esquecer de beber água. Disse e escreveu como é que eu devia tomar os comprimidos...

Quando cá cheguei deram-me um livrinho que tinha informações daqui do serviço. Comecei a ler, depois o meu marido antes da operação levou-me os óculos e agora não acabei de o ler. Levo-o para casa. Tinha um papel com perguntas que eu já respondi com a ajuda da minha vizinha do lado e deixei ali fora naquela caixa.

Deram-me as cartas que já sabe...

As enfermeiras todos os dias me ensinavam coisas, a mim e ao meu marido quando ele cá estava e nós gostávamos muito sempre que eles vinham falar connosco. O meu marido estava aqui muito tempo comigo, não é como nos outros hospitais que mandam logo as pessoas embora...aqui facilitam muito a entrada das pessoas, mas não era só com o meu marido...é bom porque ele ajudava-me muito...

O médico deu-me as cartas e explicou-me tudo à frente do meu marido. A Sra. Enf<sup>a</sup> também.

Eu não estava à espera de ir já ...mas de facto não estou cá a fazer nada...vendo bem é para a minha casa que devo ir, correu tudo tão bem...sinto-me bem preparada porque fui bem tratada e já posso ir para casa com estas instruções que me deram...

Os enfermeiros fizeram-me tudo. Eles deram-me muita atenção.

No entanto acho que estive cá pouco tempo, foi rápido. Estava cá muito bem como já lhe disse (riu-se).

## ENTREVISTA Nº 10

Eu tenho 83 anos.

Eu vivia num andar muito alto e já viu bem o que é eu descer aquela escadaria toda para vir à praça comprar coisas para o comer?...não dá! ... Havia lá uma senhora que queria pôr elevador no prédio porque o prédio é muito bom, mas os outros não querem... quem me dera ir para a minha casa...de maneira que agora estou provisoriamente, num lar...agora estou num lar...

A minha filha também não pode ter-me lá em casa porque está a trabalhar...

Mora no B. ... sai de casa às 7,30h da manhã para entrar no Banco e chega a casa às 10 horas da noite. Olha eu não tenho saúde para estar todo o dia sozinha sempre, sempre...

É uma doença muito má... É uma doença muito aborrecida... (Chora)

Eu tenho 83 anos...sou divorciada ...desde os 24 anos ...tenho 2 filhas...

Netos tenho 4... e bisnetos tenho 4 também.

A minha filha que está no A. esteve em M.. Casou e foi para M. A outra estava em A. Depois vieram. A que estava em M. foi para o A. trabalhar...

Saí de minha casa quando adoeci, quando desmaiei na rua, trouxeram-me para o hospital e pronto! ...eu vi logo que a minha vida estava desfeita... já não podia ir mais para aquela casa...a casa daquela senhora era tão boa...Era uma Sra. tão boa! ... Mas ela está muito doente e sofreu agora um grande desgosto...Tem um irmão que de tanto fumar teve de cortar uma perna...É uma família muito boa... e veja lá que pouca sorte...

No sábado a minha filha levou-me a almoçar a mim e a ela...

Eu morava com aquela Sra. em C..

De princípio era em X., depois fizeram lá o pilar da ponte 25 de Abril e nós tivemos de sair para outro lado, não é?...é assim a vida das pessoas...

Andei na escola quase até ao 5º ano do Liceu...Eu não acabei o 5º ano do Liceu ...andei no Filipa de Lencastre, depois... entretanto...casei e não estudei mais!

Eu trabalhei! Trabalhei e de que maneira! Fartei-me de trabalhar...mas depois divorciei-me do meu marido...e o que é que eu fiz? Ainda fui para um escritório. Mas sabe eu tinha uma queda para malhas, então fui para a L. que era uma casa muito boa, agora já não é tão boa... e era aí que eu trabalhava...Fazia um vestido, marcava um vestido... trabalhava à peça...

Chegava a levantar-me às 8 horas da manhã para me agarrar à máquina e à 1 hora da manhã ainda estava agarrada à máquina...

Por isso é que eu estou toda torta, foi da máquina, foi da máquina de tricotar. Não ganhei nada com isso. Depois quando já não aguentava mais a máquina, havia um senhor que tinha 2 gatos, pediu-me para eu ir tratar dos gatos. E eu ia! E depois tive um Enfarte e vim parar aqui ao hospital...estive aqui 15 dias internada... tive de deixar de trabalhar... foi há 9 anos ainda me lembro, no dia 5 de Outubro...

Mas eu ainda faço botinhas e xailes. Agora já me custa um bocadinho, aqui as costas já me cansa muito...Foi a pior coisa que eu podia ter feito, foi trabalhar com a máquina de tricotar...

Eu já tinha estado internada antes. Uma vez fui atropelada (há 20 anos ainda trabalhava na L.) de noite por uma senhora. Depois fui em coma para o H. S. e depois mandaram-me para o Hospital C. Estive lá quê?... 10 dias, internada com um Traumatismo Craneano.

Das 2 vezes que fui internada vim sempre de urgência para o hospital.

Desta vez não foi de urgência. Foi o Sr. Dr. que me mandou vir fazer o exame.

Sim porque eu desmaiei no meio da rua porque estava sempre a perder sangue, sempre a perder sangue...e o meu médico dizia que era do hemorroidal, mas não era! Era do tumor que eu tenho ...trouxeram-me para cá.

E a Dra. H. fez-me o toque e disse: “*Não! Não é do hemorroidal ...a Sra. tem mais alguma coisa, tem de ficar internada...*” fizeram-me dois exames e depois fui ainda fazer mais um exame à Av. L.. Aí confirmaram que eu tinha Cancro e então o Dr. Y. chegou ao pé de mim e eu disse-lhe: Oh Sr. Dr. diga-me o que é que eu tenho?

“*A Sra. é muito corajosa, então eu vou-lhe dizer!*” E disse: “*a senhora tem...*”

Mas depois quando vieram os médicos todos e começaram a falar de mim, aí então é que eu comecei a chorar...

Eu estive numa clínica particular quase ao pé de S. C....As pessoas eram tão boas! Aquilo era uma gente excepcional também...

Mas eu gosto muito das pessoas aqui do H ....São tão bons! São todos muito simpáticos...eu tenho muita confiança neles, trataram-me sempre 5 estrelas...não podem ser melhores do que são...estão sempre a querer fazer-nos o melhor...

Um enfermeiro que já não é criança mas não é velho, anteontem quando me viu disse logo “*Há a Sra. está cá outra vez ao pé de nós?*”...fez-me uma festa...está a ver conheceu-me ao fim de dois anos!...são todos tão atenciosos...gosto muito da maneira como tratam a gente...são simpáticas as moças...

E uma pequena que está lá no lar e é uma espécie de auxiliar... quando soube que eu vinha para aqui, também disse: “*Vais para o H. X?...vais muito bem...eu já lá estive e come-se lá muito bem...é um pessoal muito bom...*”Ela é brasileira...é muito simpática...mas não há nada como a nossa casa...

Eu estou no lar há 1 ano e dois meses...Primeiro estive 9 meses noutra...

Este também não é melhor! é mais alegre, tem mais claridade... é mais alegre em questão de claridade porque em questão de internadas o outro era mais alegre!...

As velhotas no outro eram mais giras, ali não! São umas macambúzias...não queira saber...ai que horror!...

O médico do lar diz-me: “*C. saia!...vá à rua todos os dias...*”

Há Sr. Dr. com ruas tão estreitinhas como é que eu posso passar o dia na rua? Não tenho força, não posso!

A minha filha não pode ir comigo...aos fins de semana vai para o filho para o P. tem um netinho pequenino,... já se sabe quer estar ao pé do netinho...já me tem dito “*oh mãe não quer ir comigo ao P.?*” Mas eu não aguentava a viagem...

Às vezes vem cá e traz-me o menino, é muito engraçado, anda no colégio, pois já se sabe...

O pai dele é professor de E. F. e agora foi comprar uma fazenda ao B...

E eu digo, Oh filho porque é que foste fazer isso? Cá há coisas tão lindas...

“*Sabe ó vó, o clima lá é muito bom, é muito quente*” responde-me ele...E tenho outro na A....

Eu estou sozinha...(não estou sozinha que a minha filha não me deixa!) mas é diferente!...

Sabe lá, como era a minha vida!...Fazia-mos coisinhas...dá-me vontade de chorar de pensar como era a minha vida... e agora a minha vida é tão triste!...sabe lá! Eu choro muito...

Sabe lá, eu ia para casa e fazíamos coisinhas à mão, estava-mos as duas ao desafio a fazer mantas para as camas...quando eu chegava a casa dizia: - Entrei no céu...entrei no céu...

Enfim estou à espera...estou à espera...

Eu era uma mulher levada da breca...(ria-se)... trabalhava e depois ... ainda andava nas manifestações ..andava nas manifestações com o W...Ele veio-me cá ver...aqui não...ao lar, estava eu lá com as outras velhotas...eu gosto muito dele ele é muito engraçado...gosto mais dele do que do pai...é mais desempoeirado...

Os carços, com a radioterapia desapareceram...

E não me falem dos ossos...de resto com a bengalinha lá vou...mas há dias mais difíceis...

Mas agora o meu netinho, o meu bisneto do Porto...(a minha filha veio-me buscar e levou-nos até Belém) ele deu-me a mão assim...para eu andar...e viu lá umas flores amarelinhas...e foi buscar para me dar...é um miúdo tão pequenino...e chama-me avó Kika...oh avó Kika! Ele a chamar-me

para eu ir com ele, a puxar por mim para eu ir com ele! ...eu gosto tanto daquele menino...também gosto dos outros ...mas aquele é o mais pequenino...

Não houve problema nenhum em deixarem entrar aqui as minhas visitas, aqui tive sempre muitas visitas...antigamente pagava-se e não havia visitas todos os dias...entrava-se e saía-se logo...uma pessoa até desesperava abandonada nos hospitais...ainda bem que isso mudou...aqui tive sempre muitas visitas e a minha filha até ajudou a tratar de mim...são todos simpáticos e eu tenho muita confiança neles...mas no lar...as pessoas não gostam muito de ir aos lares, faz-lhes muita impressão...custa muito ver aquela gente...ninguém lá vai...até a minha filha não gosta, vai lá a despachar...eu um dia perguntei a um amigo meu: Mas não vem cá ninguém porquê? Ele disse: *“As pessoas não gostam de vir cá aos lares - só quando é obrigatório”*...

Custa muito ver aquela gente...não faz ideia...naquele lar, no outro não, mas naquele quando as pessoas estão muito mal levam-nas para a sala para ao pé de nós...e nós a ver as pessoas a morrer...eu acho muito mal!...Isto entristece-nos, nós ficamos desmoralizadas...custa muito ver as pessoas a irem-se embora... No outro não! As pessoas que estavam mal, ficavam no quarto ou na cama... nós amanhã também podemos estar assim...Custa muito ver as pessoas irem-se embora! Só desde que eu lá estou, já vi partir 12 pessoas... é muito triste!

*“Vá passear...”* diz o meu médico, - Tomara eu! ...

Eu tenho muita gente amiga de C. . eu tenho lá muitas amizades, e há lá um lar onde ela me inscreveu... a minha filha foi-me lá inscrever... e então o que é que ela faz? Ela de vez enquanto diz-me: *“Arranja-te que eu vou-te buscar e levar-te a C....”* e leva-me para uma pastelaria lá ao pé, onde estão muitas das minhas amigas...e depois vai-me buscar quando sai do emprego...não pode ser sempre...

Ainda hoje a senhora da pastelaria me telefonou e disse-me: *“Então ó C. você está outra vez internada?”*

- Estou mas hoje vou já sair.

- *“Então venha cá”*, disse ela...

Pois, vou lá ter com as minhas amigas...pois, pois, tenho muitas, tenho muitas...

As enfermeiras, o Dr. S, e a Dra. H que também é muito querida...explicam-me sempre tudo...Ainda agora O Dr. S. esteve aqui sentado ao pé de mim e até disse *“6ª feira quero vê-la cá na consulta”*

Sim... A minha filha está sempre informada de tudo...dizem-lhe tudo... às vezes até antes de me dizerem a mim...que ela vem cá falar com eles... com os Senhores Doutores... e com as Senhoras Enfermeiras também...

Gosto muito dos enfermeiros...havia cá uma que eu adorava e tive tanta pena dela se ter ido embora... já não a encontrei cá desta vez...era um amor... era espanhola... era a P...chegava-me a cantar cantigas em espanhol... que querida que ela era... e a A e a L a I...eram tão queridas... e agora já cá não estão ...estas que cá estão agora também são uns amores...explicam-me sempre tudo, elas são do melhor que há...Não querem que eu coma comida com sal, querem que eu ande de um lado para o outro e eu também gosto disso...gostam muito de me ouvir...

Eles não podem ser melhores do que são... estão sempre a querer fazer-nos o melhor...já iam ligar outra vez para o lar e a senhora enfermeira disse no outro dia, que já tinham falado para lá, para explicar tudo o que devo fazer agora ...

Já me deram uma folha com tudo o que devo fazer agora no lar, a minha filha também está ao corrente de tudo e parece que também iam telefonar para o lar. A Sra. Dietista também já aqui esteve.

Eu não me importava de ficar aqui mais tempo...até me vêm visitar mais aqui...sabe, ficam preocupados quando sou internada...mas eu já estou muito melhor!

Queria sair dali e ir para uma casa onde pudesse ver o rio... vou jogar para me sair e comprar uma casa bonita num rés-do-chão.

## ENTREVISTA Nº 11

Tenho 76 anos, sou casada há 55 anos...já fiz as bodas de ouro sra. enfermeira...e graças a Deus ainda estamos juntos os dois...ele tem sido saudável só tem a tensão um bocadinho alta e problemas de estômago toda a vida quando se enerva ..., agora eu é que tenho cá estes problemas...

Andei na escola até à 4ª classe e não andei lá mais do que aqueles quatro anos... saí e tinha muito trabalho à espera que a vida naquele tempo...era uma sorte eu ter ido à escola...a minha mãe andava a trabalhar e eu fazia falta lá em casa para cuidar dos meus irmãos...das raparigas eu era a mais velha. Éramos três raparigas e dois rapazes. O meu irmão mais velho só não andou mais na escola porque ía para a vadiagem... se ele quisesse!...podia muito bem ter aproveitado!...ele não tinha as minhas obrigações!...eu era a segunda mas era rapariga.... Os mais novos já puderam andar na escola o tempo que quiseram... mas eu cedo tive de substituir a minha mãe em casa...ela ia muitas vezes acompanhar o meu pai para o campo...

Toda a vida trabalhei e muito...para criar as minhas filhas... uma agora tem 51 e a outra tem 54...não chegava o meu marido ir trabalhar, eu ajudei-o sempre. Ele trabalhava na polícia e eu a princípio trabalhava na lavoura, mas depois mais tarde empreguei-me na padaria onde estive alguns anos. Aí sim, já era um trabalho mais limpo e as miúdas já conseguiam estar à minha beira...fazia-se lá o pão e tudo, mas isso era de noite que eu só trabalhava durante o dia. Estive lá uns 12 anos e gostei muito...só que depois houve para lá uns problemas e na padaria em primeiro deixou-se de fazer o pão, e por último acabou por fechar. Vi-me sem trabalho e então o meu marido dizia “*ó mulher não te preocupes que com aquilo que eu trago para casa a gente há-de governar-se!*” Eu andava muito ralada, até que fui falar com o Sr. H que me disse para eu ir ter com a Sra. J do lugar, que vendia comida e de tudo o que fazia falta não é?...enchi-me de coragem e fui, porque as minhas duas filhas andavam à escola e o dinheirinho fazia muita falta...Bendita a hora, perguntou-me quando é que eu queria começar a trabalhar porque me conhecia muito bem...de lá houve uma altura que comecei a descontar e tudo... o meu marido andava sempre a dizer para eu falar nisso que ele sabia como é que era...e assim reformei-me com alguma coisinha. Sabe não precisamos da ajuda das filhas, isso é bom...às vezes ainda somos nós que as ajudamos a elas...mais à A porque a B está muito bem...não precisa de trabalhar diz que me viu trabalhar toda a vida e ela quer estar mais com os filhos do que eu toda a vida pude estar...dei-lhes muito amor...isso nunca lhes faltou...agora, não tinham tudo que lhes apetecia ter...a vida não dava...

Tenho cinco netos, desta filha tenho um rapaz e uma menina e da outra coitada que tem outra vida, tenho mais três netos...são dois rapazes e uma menina, mas dos rapazes, a um deles na escola descobriram um problema que ele não anda para a frente como os outros ... tem repetido algumas vezes na escola...

Eu já tinha estado cá internada como sabe... daquela vez em que me deu a dor forte e vim aqui parar...tiveram de me operar e deixaram-me com o saquinho [Hemicolectomia /Colostomia] ... ai Jesus quando eu me vi com aquilo eu não sabia o que pensar...não sabia o que fazer à minha vida...o que é que ia ser de mim...as enfermeiras...(e os senhores enfermeiros que aqui também têm) foram de uma atenção comigo... nem queira saber...sabe! Sabe muito bem!... mesmo muito antes de sabermos que isto não era para toda a vida...que isso sim já foi uma grande alegria que me deram...mas nessa altura a minha cabeça estava muito baralhada e eles, muito respeitadores sempre, queriam-me animar, tratavam de mim, da colostomia e estavam sempre a explicar-me como é que se fazia, ensinaram-me tanta, tanta coisa para eu saber pôr o saquinho... para que não se notasse quando eu andasse na minha vida, para vigiar qualquer complicação...eu sei lá...deram-me livrinhos para eu ler mais o meu marido... um é este aqui... o guia de acolhimento...e também entregaram um livrinho à minha filha quando ela esteve cá a aprender a tratar de mim se fosse preciso depois em casa... com muita coisa sobre isto...também me deram, mais a senhora dietista uma lista com o que

devia e o que não devia comer por causa dos cheiros e se tivesse as fezes mais soltas ou ao contrário...eles foram incansáveis... sabe senhora enfermeira eu tenho muita confiança em todas vós... depois daquela experiência, e de tudo por que passei...

Desta vez vim toda satisfeita, pudeira!...A minha filha B que vocês conhecem muito bem... andou cá a aprender a tratar de mim, ajudava as senhoras enfermeiras a fazer-me o que era preciso... foi incansável aqui junto de mim...também deixavam-na cá estar sempre que podia...a outra coitada já tem uma vida mais complicada, com os filhos e a trabalhar tanto...vão muito cedo para o trabalho sabe, e quando voltam têm a lida toda...mas vinha cá quase todos os dias...à noite, coitada...da outra vez que cá estive (porque agora correu tudo tão bem e era para uma coisa tão boa que muitas vezes telefona para mim ou para o meu marido e telefona sempre também para a irmã a saber se estou bem... veio cá no sábado e no domingo...sabe que está tudo a correr muito bem, não é? Está descansada lá na vida dela...), o meu marido muito preocupado precisou muito também da ajuda desta minha filha, ela deu-lhe muito apoio...sim porque algumas vezes depois de eu ter ido para casa, ele telefonava-lhe a dizer que eu não me estava a entender muito bem com aquilo...há horas...e ela vinha logo lá a casa...era ele que a queria sempre ali a apoiar-me...mas a gente também tem que ver não é preciso estar sempre ali e a deixar a vida dela a ficar para trás... ainda eu estava aqui no hospital, a princípio a minha filha participava em tudo, mas depois para o fim já não era preciso porque eu já sabia fazer sozinha. Nos primeiros dias em casa voltei a precisar da ajuda dela, parece que não tinha muito bem a certeza se estava a fazer tudo bem...mas isso logo deixou de ser necessário...

Agora desta vez já estava preparada para isto [Reconstrução do Trânsito Intestinal]...quem me dera que tivesse sido há mais tempo. Como era para ficar melhor, para deixar de usar o saquinho e já conheço as pessoas daqui, sabia que me íam tratar bem como da outra vez, e foi o que aconteceu... fiquei toda feliz quando o Sr. Dr. me disse que íamos marcar a operação [Reconstrução do Trânsito Intestinal] ...

Já tenho a carta para o médico lá do centro de saúde, já me explicaram como vou tomar os medicamentos e tudo o que devo e não devo fazer que eu já me queria pôr a fazer, um dia destes, coisas que não devo...tenho de repousar...foram duas cirurgias em pouco tempo e duas anestésias também... A consulta já está marcada e de resto já sei, faço como da outra vez, se tiver alguma necessidade telefono ou venho cá...que as senhoras enfermeiras, e os senhores doutores também, são excepcionais...nunca, nunca me deixaram sem resolver os meus problemas...

Eu não preciso de estar cá mais tempo...se precisasse não havia problema nenhum porque gosto de cá estar... fui sempre muito bem tratada...mas chegou a altura de voltar para a minha casa...também vai saber-me bem...

## ENTREVISTA Nº 12

Eu já tenho 71 anos...nem se dá pelo tempo a passar...agora não!... Agora sem o meu marido a coisa já é diferente...sabe, ele ralou-me sempre muito, mas no fundo era meu amigo e deixou-me uma grande saudade...tinha era o seu feitiozinho...agora estou sozinha...

Se andei na escola?...andei lá até à 4ª classe e gostava bastante, se fosse hoje tinha ido mais além, a professora dizia que eu tinha boa cabeça... não era como muitas que lá andavam...mas naquele tempo... ninguém continuava os estudos...vinha-mos para casa aprender a fazer as coisas e ajudar no que fosse preciso...

Gostava muito de fazer malha e renda também...sabia fazer tudo. Cheguei a comprar uma máquina de tricotar, já era casada, e fazia malhas para fora...ganhei algum dinheirinho com essa actividade...à noite fazia renda e era tudo para pessoas que me encomendavam esses trabalhos...é a vida...bons tempos!

Eu sempre fui uma pessoa muito activa. Já em criança só queria era brincadeira, queria era andar com as minhas amigas... O meu irmão até tinha muita paciência para mim... para me levar a qualquer lado...quando íamos às sociedades... e para os meus pais me deixarem ir ...era a ele que eu ía pedir para me acompanhar...o que veio a ser meu marido estava lá sempre à minha espera...

As minhas amigas ...não! Não tinham tantos problemas como eu, uma, a mãe ía com ela, havia uma outra que agora já lá não mora porque saiu dali quando se casou mas ía sempre comigo sem lhe porem problemas ne-nhuns! A minha grande amiga, de entre elas todas, já cá não está...já foi para o céu senhora enfermeira...eu bem me tenho lembrado dela com aquela doença tão má...agora quando fui fazer aquele exame e deu isto...[ Neoplasia da Mama] ela não me saía do pensamento...Vamos lá a ver sra. enfermeira se isto vai correr tudo bem... o Sr. Doutor diz que sim... que limpou tudo...[foi submetida a Mastectomia Radical Modificada], mas agora se calhar ainda vou fazer aqueles tratamentos ... vamos aguardar...

...esta visita das 3 às 5 para duas pessoas é muito bom...é um grande conforto...

...o meu irmão e a minha cunhada estão cá todos os dias...eles dão-me muito apoio...a minha cunhada dantes não era, mas agora desde que o meu marido nos deixou, tem sido muito minha amiga...sabe, não gostava dele... que eu não sei que mal é que ele alguma vez lhe possa ter feito...enfim! São os feitios das pessoas, não se dão!...agora como o meu irmão ficou preocupado comigo ela tem-me acompanhado sempre e tem vindo cá ao hospital... passa tempo aqui comigo... quer aprender tudo para me ajudar depois.... Estou à espera dela e do meu irmão para me levarem...dantes não eram assim...muitas vezes o meu irmão ia visitar-me e não a levava...estou muito satisfeita com ela ultimamente, tem-me apoiado muito, e eu agora bem que preciso...a gente ouve falar, vê as outras pessoas, mas não pensa que nos pode tocar a nós...(chora).

...ela quis saber tudo e vai-me ajudar...eu sempre fui uma pessoa que gostou de estar informada, mas olhe que ainda não abri os livrinhos que me deram[Guia de Acolhimento], [Guia de ensino à mulher mastectomizada], [Guia do auto-exame da mama] não estou nada para aí virada...não estou com paciência...a minha cunhada já leu tudo e disse que me vai ajudar a fazer o que lá está escrito. Também assistiu a alguns ensinamentos das enfermeiras e do fisioterapeuta e fez-lhes perguntas, quis saber tudo...como é que se faz e porque é que se faz...confesso que me tem surpreendido, mas fico muito feliz...Diz que me vai ajudar lá a casa e depois quando eu estiver melhor passo a ir para casa dela almoçar com eles...

Não tive filhos...mas tive muita pena...ainda ajudámos a criar a minha afilhada...mas agora não estão por perto... foram viver para Braga e quem eu tenho de família é mesmo o meu irmão que mora duas ruas a seguir à minha...

Tenho sido saudável graças a Deus, vou ao médico por causa das pernas ultimamente pois tenho estas varizes assim muito grossas... já me falaram em operação...de resto tenho-me sentido bem rija ...agora com isto vamos lá a ver... esta é que não estava nada à espera...fui fazer os exames que a gente dantes não fazia nada disto, nem se ouvia falar, agora parece que tem de ser ...vamos à procura de encontrar o mal... e lá o encontrámos desta vez, no ano passado ou no outro já não sei bem...não havia ainda nada...vamos ver...vamos ver...

As enfermeiras disseram para nunca fazer esforços com este braço e não carregar pesos...para movimentar o braço devagarinho...que me podia pentear, não há mal nisso, e para repousar o braço com frequência em cima de uma almofada quando estiver sentada, como fazia aqui...também me disseram para não deixar tirar sangue neste braço e para não cortar as peles das unhas desta mão mas eu já faz tempo que não ligo nada a isso...

Deram-me a almofadinha para pôr no soutien... e depois vou ter outra de silicone, já sei... e um soutien que também é o hospital que oferece...mas isso é quando esta ferida estiver tratada, depois quando vier às consultas...agora já me deram os papéis com a marcação das consultas...se tiver dúvidas telefone para cá...

Os enfermeiros receberam-me muito bem e explicaram-me tudo lá de fora e daqui do quarto e da casa de banho quando cá cheguei...têm sido muito cuidadosos comigo, estão sempre a dar-me informações para eu seguir... mas eu é como lhe digo para ler ainda não tive paciência...agora quando for para casa penso que vai ser diferente...aí já vou a pouco e pouco ler aqueles livrinhos...

Antigamente as pessoas ficavam mais tempo no hospital...acho bem como é agora... quase que não havia visitas e ainda tinha de se pagar para visitar alguém...e não era como aqui, ninguém dava explicações a ninguém sobre nada... aqui não, aqui foram muito cuidadosos comigo...e explicaram-me sempre tudo...eu já me posso ir embora...já estou bem para ir...

## ENTREVISTA Nº 13

.....

Vou fazer no próximo mês 82...nunca pensei que chegava até aqui...já vi partirem muitos...da minha família e amigos também...

Eu sempre tive cuidado com a saúde... comia a horas...todos os dias, todos os dias... ía a casa almoçar...gostava muito dos pratos que a minha L. me fazia...agora já não, já não posso...mas eu também não comia muito...gostava era da comida que a minha L. fazia...era muito saborosa...eu trabalhava lá ao fundo da rua X e como morávamos na... podia fazer isso...ir a casa almoçar...Que tempos!...à tarde quando saía é que já era diferente...quando era mais novo juntava-me com a rapaziada e não ía-mos logo para casa!...Nem pensar! Fazíamos o que calhava!...Bons tempos!...Tenho saudades!...

Eu fiz a 3ª classe, e ainda fui até à 4ª...mas o exame não fiz...o meu pai precisava de mim na loja...e contas...eu sempre fiz e muitas, toda a vida a trabalhar...lia todos os dias o jornal... iam lá entregá-lo logo de manhã e percebe, quem tem o hábito de ler o jornal todos os dias, é uma pessoa bem informada...

Não fiz o exame da 4ª...o tempo foi passando...foi pena...O meu filho já fez tudo...acabou o comercial sem nunca ter reprovado e depois de arranjar emprego ainda foi fazer o ...como é que se diz?... para contabilista...não me ocorre...ainda foi estudar para fazer escritas...temos orgulho nele...saiu-nos muito trabalhador...e soube educar os filhos...vê-mo-nos é pouco...tem sempre muito trabalho...A minha nora gosta de nós...aparece mais...sabe ela está em casa... e às vezes vem-nos buscar para ir-mos lá passar um bocado, para almoçarmos com ela...outras vezes vem ajudar a minha mulher nas coisas lá de casa...é nossa amiga...

As visitas... Aqui as visitas nunca faltaram, eu ainda tenho amigos...e há um que ainda pode e veio-me cá ver...somos uns para os outros... quando ele e a família dele precisam, nós também lá vamos...Vinha cá a minha mulher quando a minha nora ou o meu filho a trazia...mas era todos os dias...só faltou um dia que teve uma consulta e chegou cansada a casa... de resto veio sempre...e olhe até ficava cá algum tempo...

O pessoal aqui é compreensivo, não mandam ninguém embora...sabem que precisamos de companhia... e isso é bom... porque..., quem é que não gosta de ter os seus ao pé?

Penso que estou preparado para mudar estes sacos...penso não! estou mesmo...foi difícil encarar isto...mas agora já fiz várias vezes e já sei...para quê ser a minha mulher a tratar disto?...ela também tem problemas...o pessoal aqui teve muita paciência e ajudou-me sempre...vamos a ver se isto é para ser fechado ou não...vamos esperar...

...olhe que me deram..., deram sim senhora, uns livrinhos para eu ler sobre este meu problema desta colos...tomia [Guia de Ensino ao Utente Ostomizado] e outro também quando cheguei cá ao hospital, com muita informação...até trazia aquele papel que eu acabei de escrever...aquele questionário... não é?...que já ali pus no corredor...

...a minha nora e o meu filho sabem tudo o que se passa, foi a ela e à minha mulher que as enfermeiras estiveram a explicar tudo... mas não foi preciso elas mexerem aqui por enquanto...e espero que não faça falta...

Eu vou para a minha casa, e já está assim dito pelo meu filho, que agora a minha nora passa a ir lá mais, e se calhar até cozinha lá e ele vai lá jantar também...agora neste primeiros tempos..depois há-de se ver...

O Sr. Doutor também falou com o meu filho... entregaram tudo... receita...carta para o médico lá da caixa... à minha nora e é assim, ... agora já vou para a minha casa que também é bom a minha L. não ter que para aqui andar sempre,,,

Acho que estive cá o tempo que fez falta... não foi mais, nem menos...É claro que fui muito bem tratado...pelos Srs. Doutores... pelas Enfermeiras...por todos...mas agora vou para casa, pronto, é melhor assim...

Fui muito bem tratado, ... o pessoal aqui teve muita paciência comigo e ajudou-me sempre...

## ENTREVISTA Nº 14

.....  
Com 78 anos sou uma velha...não é o que dizem?...eu não me sentia nada velha... mas depois deste problema que tive...dos intestinos...ai meu Deus... eu fui-me muito abaixo senhora enfermeira!... Estava tão bem, sem dores nem nada, e venho parar ao hospital assim de repente...tiveram que me operar...foi um grande desgosto que eu tive...ver-me assim de um momento para o outro com esta alteração tão grande...e andei muito desorientada no princípio...mas tenho só boas impressões de todos daqui...

Quem me trouxe aqui para o hospital da outra vez foi a minha cunhada que estava a par do meu problema e já não me deixava ficar sozinha lá em casa... queria que eu fosse lá para a casa deles...mas também achou que era melhor vir aqui primeiro à urgência, só esperámos pelo meu irmão, para nos vir trazer...já não saí de cá...passei um mau bocado...mas este meu irmão, que é o mais novo, ficou muito preocupado, foi incansável enquanto aqui estive internada, ele e a minha cunhada...depois quiseram-me levar para a casa deles, mas eu não quis ir...foram só os primeiros três dias...eu aprendi tudo muito bem sem dificuldades, e comecei a acreditar que era para resolver a situação, e sabe?... eu tenho muita força...eu pensei assim:

-Tenho que ser eu a ajudar-me a mim própria...é muito bom eu saber, porque foi o que o Sr. Doutor me disse, que ía ser outra vez operada para fechar...e por isso eu tive de encontrar aí toda a força que foi preciso...precisei de ter coragem...eu tenho fé ...eu acredito que Deus me ajudou e vai continuar a ajudar-me...

.....  
Como eu já tinha cá estado, senhora enfermeira, desta vez foi tudo muito mais natural, não houve dificuldades nenhuma e correu tudo muito bem...como da outra vez...

A partir da outra vez em que estive cá no hospital, ela aprendeu aqui com as senhoras enfermeiras a dar atenção a tudo... a tudo...e agora tem continuado e vai ser depois o mesmo lá em casa novamente..., se Deus quiser...

No início ela vinha para ao pé de mim e conversava comigo...depois as enfermeiras a pouco e pouco começaram a explicar as coisas e agora já sabe e gosta de me ajudar...

Eu hei-de cá vir às consultas, mas para já são elas [enfermeiras] que me vão fazer a casa o penso e vigiar se tudo vai bem...

Como sempre, fui muito bem tratada...pelos Senhores Doutores e pelas Senhoras Enfermeiras também...continuem sempre assim, são todos muito bons... as Auxiliares também são muito prestáveis...

... já não é preciso ficar cá mais tempo...tenho a consulta marcada...e espero não ter dúvidas desta vez...mas se tiver faço como da outra vez, telefone-vos ou vimos cá ao hospital...

Deram-me aquele livrinho que eu já tinha começado a ler da outra vez...o guia de acolhimento sim, ( o que eu li ...eu mais a minha cunhada... da outra vez, foi o outro com as indicações aqui da forma como havia de tratar de mudar o saco e assim...)

...eles deram-me sempre muitas explicações... quando fui ser operada foi o senhor Doutor...já tínhamos conversado tudo na consulta...e depois aqui no internamento estão sempre a explicar-me tudo...

## ENTREVISTA Nº 15

.....

.....

O que me está agora a ralar é ter de ir para o lar...porque eu já tenho 75 anos...a caminho dos 76 e o meu medo é de...já não sair de lá...

Eu na minha casa, bem ou mal, fazia as coisas que era preciso...às vezes ia lá aquela minha sobrinha ou a minha vizinha que mora em baixo... elas até me ajudavam...a minha sobrinha não aparecia sempre, à vezes até faltava durante muito tempo, mas telefonava para saber se eu precisava de alguma coisa...eu gosto muito da minha casa...sabe é alugada, eu até não pago muito...pago o que me pediram naquele tempo mais dois aumentos ...mas já se sabe é uma casa antiga, não tem as condições destas de agora...foi lá que sempre vivi com o meu...que apesar das suas coisas...do seu feitio, estávamos bem ali um com o outro...então nos últimos tempos depois de vir para casa reformado voltou a ser mais meu amigo...coitado agora quando já tinha deixado a galderice... que ele em novo deu-me muito trabalho... andava sempre por fora...sabe como é que é...mas agora já não...fazia-me companhia até bastante e ajudava-me muito. Era ele que ia comprar as coisas, que o nosso andar é alto...e quando íamos os dois à rua ele amparava-me para descer as escadas...

Ainda pensei que me arranjavam alguém que me desse apoio lá em casa até eu poder ir ao Centro de Dia...a minha sobrinha falou logo que era melhor eu ir para o lar até ficar melhorzinha...assim espero... voltar à minha casa...e voltar a estar com aquela minha amiga...deixo lá tudo...hei-de voltar...hei-de voltar...

A minha amiga veio cá sempre à visita, mas desta vez a minha sobrinha lá foi aparecendo também...é assim...é a vida...

...mas tive pessoas amigas que me vieram cá visitar...mais ainda do que pessoas da família...(os bons já se foram...aqueles que eu mais amava...o meu marido e a minha irmã, a minha sobrinha também não aparece sempre...), com aquela minha prima a conversa é sempre a mesma...aborrece-me senhora enfermeira!...eu gosto é daquela senhora mais baixinha que cá vem...ela vive no mesmo prédio...ela ía-me ajudar depois lá a casa...é claro que não me ía fazer as coisas todas não é?

Explicaram-me o que é que eu posso comer e a Sra. Dietista deixou-me aqui uma lista que era para eu levar para casa, quando eu pensava que ía para lá, mas agora a minha sobrinha já levou para entregar no lar...

Falaram com a minha sobrinha, mas a minha amiga também me acompanhou aqui, e está a par de tudo...

A Senhora enfermeira disse que se eu precisasse, em qualquer altura podia telefonar para cá...

Se precisava de cá ficar mais tempo?... Eu gostava...fui bem tratada, são muito carinhosas as moças, e as enfermeiras também. O meu Doutor tem aquela voz, mas tratou-me sempre muito bem... só tenho a dizer muito bem de todos...

Eu não me importava nada de ficar cá mais uns dias...mas também... agora o que falta penso que é com o tempo...isto a pouco e pouco vai...eu sou rijá...

## ENTREVISTA Nº 16

Eu sou viúvo há três anos. A minha esposa faleceu de repente, sofria do coração e eu tive muita dificuldade em me adaptar...Tive e tenho...nunca mais foi a mesma coisa...dantes eu ajudava muito em casa, até a cozinhar eu ajudava, muitas vezes fazia eu a comida porque gostava, não era obrigação nenhuma...mas agora já não tenho gosto nenhum e para mim só, é difícil...sabe uma pessoa sozinha é muito diferente...e nesta idade então...

Eu já andava há anos com aquele problema e o Sr. Doutor do Centro de Saúde dizia-me, - *“vá-se mentalizando para marcarmos a operação... temos de resolver esse assunto...”* - e assim foi, vim cá parar ao hospital, vim às consultas, fiz exames e marcaram a operação, não fiquei assim muito tempo à espera, como dizem para aí que é o normal...

...surpreende-me terem-me cá vindo visitar ao hospital...nunca foram lá a casa saber se eu precisava de alguma coisa... é verdade o ditado – é na prisão e nos hospitais que se conhecem os amigos – parece que até me vão ajudar lá a casa agora... tenho estado tão sozinho ultimamente ...eu às vezes até penso se vale a pena tanta solidão...

Pois foi,...deram-me aquele livrinho quando cá cheguei...tinha dentro para responder, aquela folha com perguntas sobre o tratamento das pessoas aqui...já respondi e já lá pus fora naquela caixa...

Foram-me explicando antes de operar que não me devia levantar sozinho da primeira vez, e da posição correcta para não me doer e como é que devia respirar...

É claro que não posso fazer esforços agora, depois de ter sido operado...já antes aquilo foi por eu ter feito esforços...mas eu já tinha a hérnia há muito tempo, já não era de agora... eu dantes pegava em tudo, fazia tudo, mas agora já não...já nem posso como dantes...

Acho que não foi necessário dar informações a ninguém da minha família...há! Se calhar deram... agora vão passar a ir lá a casa para me ajudarem ...já me disseram...

Já me encontro bem. Não tenho dores, ou se tenho é moderada e passa com um comprimido. Já posso comer comida normal e tenho tudo a funcionar bem, vou à casa de banho e tudo...portanto posso ir...os hospitais quando a gente pode, é para estar pouco tempo...

Trataram bem de mim. Eu estive internado em X. já há muitos anos, quando fui atropelado e foi bem diferente daqui. As pessoas são muito humanas aqui, tratam muito bem de nós...se nos queixamos com dores, vêm logo resolver o assunto...estavam mais dois no mesmo quarto que eu, e foi sempre o mesmo com eles também...

A Senhora Assistente Social diz que vão lá a casa para me ajudarem nas coisas da casa e naquilo que eu precisar...agora ao princípio...