



PORFÍRIO GOMES GUEDES

**ACOLHIMENTO DO UTENTE IDOSO EM
INTERNAMENTO DE ORTOPEDIA**

Um Estudo num Centro Hospitalar da Região de Lisboa

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

Universidade Aberta

Lisboa
Janeiro de 2008

OS MEUS AGRADECIMENTOS

PELO APOIO, PACIÊNCIA E
COMPREENSÃO DA MINHA FAMÍLIA;

À PROFESSORA DOUTORA NATÁLIA RAMOS
PELO APOIO, ORIENTAÇÃO E DISPONIBILIDADE;

AOS UTENTES QUE PARTICIPARAM COMO AMOSTRA DESTE ESTUDO,
SEM OS QUAIS NÃO TERIA SIDO POSSÍVEL A SUA REALIZAÇÃO;

ÀS MINHAS COLEGAS ISABEL E SIMONE PELO APOIO PARTILHA E INCENTIVO.

*“...ninguém fica velho simplesmente
porque viveu alguns anos.
A pessoa só envelhece quando
abandona os seus ideais ...”*

Douglas McArthur

RESUMO

Este estudo foi realizado com o objectivo de conhecer “*Quais os factores que contribuem para o bom ou mau acolhimento do idoso no internamento de ortopedia na opinião dos idosos internados.*” Foi realizado num internamento de ortopedia de um centro hospitalar da região de Lisboa. É um estudo qualitativo, do tipo exploratório, descritivo de nível I.

No contexto teórico-conceptual com o objectivo de suportar o estudo empírico é abordado o Envelhecimento; a Sociedade e a Família; o Hospital Ortopédico; a Ortopedia e o Idoso; a Ansiedade e a Dor; a Comunicação e a Informação em Cuidados de Saúde; a Relação de Ajuda; a Humanização nos Cuidados e Serviços de Saúde.

Na colheita de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, a qual foi aplicada a 30 utentes. Recorreu-se à análise de conteúdo para o tratamento das questões abertas e análise qualitativa e recorreu-se à estatística descritiva para o tratamento das perguntas fechadas.

Dos resultados do estudo ressalta da opinião dos idosos entrevistados, a necessidade de melhorar o acolhimento pela valorização de um certo número de constrangimentos.

Ao nível **Organizacional** os espaços físicos são pela descrição destes utentes extremamente reduzidos na urgência, e reduzidos na enfermaria de ortopedia; a qualidade de materiais deveria ser revista e adequada às reais necessidades do utente (nas camas, nas macas, nos acessos ao bar e espaço verde, etc); os horários de visitas encontram-se profundamente desenquadrados das necessidades dos utentes e das famílias, apresentando-se incómodos e limitativos na duração; há um número reduzido de profissionais em determinados turnos; os procedimentos que conduzem a um combate e avaliação da Dor eficaz não se apresentam os mais adequados.

Ao nível dos **Aspectos Relacionais** verifica-se um esforço dos profissionais no sentido de ultrapassar os profundos constrangimentos físicos e organizacionais; os utentes demonstram interesse e vontade em participar no projecto terapêutico, evidenciando conhecimentos de uma realidade que não é praticada nesta instituição em grande parte por condicionalismos organizacionais; é notória a falta de formação dos profissionais na relação utente/profissional de saúde; é necessário investir na formação dos profissionais relativamente à informação/comunicação em saúde.

ABSTRACT

This study was conducted in order to know "Which are the factors contributing to the good or bad reception of the elderly in an internment of the orthopaedics in the opinion from hospitalized elderly." It was conducted in an internment of the orthopaedics of a hospital centre in the Lisbon region. It is a qualitative study, the type exploratory, descriptive level I.

In the theoretical and conceptual framework with the aim of supporting the empirical study is approached the Aging; the Society and the Family; the Hospital Orthopaedic; the Orthopaedics and the Elderly; the Anxiety and the Pain; the Communication and the Information in Health Care; the Relationship of Help; the Humanization in Care and Health Services

In the data collected it was used the semi-structured interview, which was applied with 30 users. It was used the analysis of content for the treatment of the open questions and qualitative analysis and appealed to the descriptive statistics for the treatment of closed questions.

Of the results of the study highlights the view of the elderly respondents, the need to improve the reception for the recovery of a number of constraints.

At the **Organizational** level the physical spaces by the description of these users are extremely low in urgency, and reduced in the ward of the orthopaedics, the quality of the materials should be reviewed and appropriate to the real needs of the user (in the beds, in nosily, in access to the bar and green space, etc.), the visits time are deeply unsuited to the needs of users, presenting nuisance and limiting the duration, there is a limited number of professionals in certain shifts; the procedures leading to a fight and evaluation Health Care effective are not the most appropriate.

At the level of **Relational aspects** there is an effort of the professionals in order to overcome the deep physical and organizational constraints; the users shows interest and willingness to participate in the project therapeutic, demonstrating knowledge of a reality that is not practised by this institution largely of organizational constraints, it is apparent the lack of training of professionals in relation client / occupational health, it is necessary to invest in the training of professionals on information / communication in health.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
I PARTE - CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	4
1 – ENVELHECIMENTO	5
1.1 – Evolução do Conceito	5
1.2 – Aspectos Demográficos	8
1.3 – A Assistência em Portugal	12
1.4 – O Sistema Nacional de Saúde	14
2 – A SOCIEDADE E A FAMÍLIA	16
2.1 – A Evolução do Conceito de Família	16
2.2 – A Evolução do Conceito em Portugal	18
2.3 – O Utente Idoso a Família e o Hospital	21
3 – O HOSPITAL ORTOPÉDICO Dr. JOSÉ DE ALMEIDA	24
3.1 – Breve História do Hospital	24
3.2 – Enfermaria de Ortopedia	26
4 – A ORTOPEDIA E O IDOSO	27
4.1 – Osteoporose	27
4.2 – Tratamento na Artrose	28
4.3 – Tratamento nas Fracturas mais Frequentes	29
4.3.1 – <i>Fracturas do membro superior</i>	29
4.3.2 – <i>Fracturas da coluna</i>	30
4.3.3 – <i>Fracturas da bacia</i>	30
4.3.4 – <i>Fracturas da extremidade superior do fémur</i>	31
4.3.5 – <i>Fracturas do tornozelo</i>	31
5 – A ANSIEDADE E A DOR	32
6 – A COMUNICAÇÃO E A INFORMAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE	35
6.1 – Relação Profissional de Saúde/Utente na Medicina Moderna	35
6.2 – A Comunicação e a Informação	38
7 – A RELAÇÃO DE AJUDA E A HUMANIZAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE	42

	Pág.
II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	45
1 – METODOLOGIA	46
1.1 – Tipo e Delineamento do Estudo	46
1.2 – População e Amostra	47
1.3 – Instrumento de Colheita de Dados	49
1.4 – Pré-Teste e Análise de Dados	50
1.5 – Procedimentos Éticos e Legais	51
2 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	53
2.1 – Sexo	53
2.2 – Idade	54
2.3 – Grau de Escolaridade	54
2.4 – Estado Civil	55
2.5 – Filhos	55
2.6 – Agregado Residencial	56
2.7 – Dimensão do Núcleo Residencial	56
2.8 – Familiares a Cargo	57
2.9 – Quem se inteira da Situação de Doença	57
3 – ACOLHIMENTO DO UTENTE	58
3.1 – Horário Proporcionado às Visitas	58
3.2 – Espaço para Receber as Visitas	61
3.3 – Privacidade Proporcionada na Recepção das Visitas	63
3.4 – Perspectiva de Independência na Sequência do Internamento	64
3.5 – Perspectiva de Destino Após a Alta Hospitalar	66
3.6 – Dificuldades na Espera pela Cirurgia Programada	66
3.7 – Recordações Positivas do Acolhimento na Urgência	68
3.8 – Recordações Negativas do Acolhimento na Urgência	68
3.9 – Informações Dadas na Urgência Relativamente ao Motivo do Internamento	71
3.10 – Apoio Familiar/Amigos aquando do Internamento	72
3.11 – Sentimento Vivenciado à Chegada à Enfermaria de Ortopedia	73
3.12 – Facilidade no Contacto com os Diversos Profissionais na Enfermaria	74
3.13 – Motivos que Não Facilitaram o Contacto com os Diversos Profissionais na Enfermaria	76
3.14 – Satisfação com a Casa de Banho	77
3.15 – Importância Atribuída à Existência de uma Sala de Estar	80

	Pág.
3.16 – Importância Atribuída à Existência de uma Sala de Refeições	82
3.17 – Satisfação com as condições de Mobilidade	83
3.18 – Experiência Relativa à Dor/Ansiedade neste Internamento	85
3.19 – Clareza das Informações Fornecidas	87
3.20 – Suficiência das Informações Fornecidas	88
3.21 – Melhoria das Informações Fornecidas	89
3.22 – Sugestões/Ideias para Melhorar o Acolhimento no Serviço	91
4 – SÍNTESE DOS RESULTADOS	94
CONCLUSÕES	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	107
Anexo 1 – Autorização Institucional para a Realização do Estudo	108
Anexo 2 – Guião da Entrevista	110

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº 1	Horário proporcionado às visitas 60
Quadro nº 2	Espaço para receber as visitas 63
Quadro nº 3	Privacidade proporcionada na recepção das visitas 64
Quadro nº 4	Perspectiva de independência na sequência do internamento 65
Quadro nº 5	Perspectiva de destino após a alta hospitalar 66
Quadro nº 6	Dificuldades na espera pela cirurgia programada 67
Quadro nº 7	Recordações positivas do acolhimento na urgência 68
Quadro nº 8	Recordações negativas do acolhimento na urgência 71
Quadro nº 9	Informações dadas na urgência relativamente ao motivo do internamento 72
Quadro nº 10	Apoio familiar/amigos aquando do internamento 73
Quadro nº 11	Sentimento vivenciado à chegada à enfermaria de ortopedia 74
Quadro nº 12	Facilidade no contacto com os diversos profissionais na enfermaria 75
Quadro nº 13	Motivos que não facilitaram o contacto com os diversos profissionais na enfermaria 77
Quadro nº 14	Satisfação com a casa de banho 80
Quadro nº 15	Importância atribuída à existência de uma sala de estar 82
Quadro nº 16	Importância atribuída à existência de uma sala de refeições 83
Quadro nº 17	Satisfação com as condições de mobilidade 85
Quadro nº 18	Experiência relativa à dor/ansiedade neste internamento 87
Quadro nº 19	Clareza das informações fornecidas 88
Quadro nº 20	Suficiência das informações fornecidas 89
Quadro nº 21	Melhoria das informações fornecidas 91
Quadro nº 22	Sugestões/ideias para melhorar o acolhimento no serviço 93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico nº 1 Sexo	53
Gráfico nº 2 Idade	54
Gráfico nº 3 Grau de escolaridade	54
Gráfico nº 4 Estado civil	55
Gráfico nº 5 Filhos	55
Gráfico nº 6 Agregado Residencial	56
Gráfico nº 7 Dimensão do núcleo residencial	56
Gráfico nº 8 Familiares a cargo	57
Gráfico nº 9 Quem se inteira da situação de doença	57

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº 1 Pirâmide de Idades, Portugal 1995-2005	9
Figura nº 2 Evolução da Proporção da população jovem e idosa (Portugal 1960 – 2001)	10
Figura nº 3 Distribuição da População idosa por regiões (Portugal 2005)	12
Figura nº 4 Sanatório Marítimo de Carcavelos (1902)	24
Figura nº 5 Sanatório Marítimo Dr José de Almeida (1921)	25

INTRODUÇÃO

Pelo aumento da proporção de idosos na população total, a sociedade, e claro está também os profissionais de saúde, vêm-se confrontados com novos desafios e a necessidade de adequação a esta nova realidade.

Aos profissionais de saúde é solicitado o mais alto desempenho e competência pelo que se exige, da investigação na área da saúde um incremento cada vez mais significativo, até porque os desenvolvimentos científicos/tecnológicos e das mentalidades, coexistentes com o reconhecimento dos direitos do indivíduo, implicam uma resposta de qualidade em termos de cuidados de saúde.

A doença e a hospitalização, como outros factores geradores de stress que afectam a vida e os seus acontecimentos, têm o potencial de deixar o utente, família e pessoas significativas desorganizadas e em ansiedade e stress.

No internamento hospitalar, o utente idoso encontra-se afastado do ambiente familiar, dos seus padrões de vida diária, está dependente de outras pessoas, acabando por ficar parcial ou totalmente isolado dos sistemas de suporte habituais. Os sentimentos de impotência, incapacidade, solidão e despersonalização são comuns.

A vivência de um agravamento das fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento constitui para o idoso algo difícil de superar, especialmente quando abruptamente se vê, decorrente do internamento hospitalar, desinserido do seu ambiente familiar.

O profissional de saúde consciente do processo de envelhecimento e de todas estas dificuldades, deverá investir a sua actuação numa relação terapêutica que irá privilegiar os valores humanistas centrados na pessoa idosa.

Na nossa prática profissional, num serviço de ortopedia, de um hospital da especialidade da região de Lisboa, também o elevado número de utentes idosos na população do serviço é real, assim como é real a necessidade sentida de melhor adequar os serviços prestados.

“As pessoas de idade têm pequenas reservas biológicas para empenhar na recuperação de uma fractura e estão particularmente sujeitas a elas pela fragilidade do esqueleto osteoporótico. Uma fractura que exija internamento e cirurgia causa os máximos problemas. Estes doentes têm grande dificuldade em superar o súbito corte com o seu ambiente quotidiano, tornando-se facilmente confusos e desorientados” (Serra, 2001:137).

Aos profissionais de saúde compete conhecer a opinião dos utentes, a qual constitui um importante contributo para a adequação dos serviços às suas reais necessidades.

Assim no âmbito deste 7º Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde, decorrente de um olhar mais atento à problemática do envelhecimento, surgiu por confrontação com a realidade profissional hospitalar, num serviço de ortopedia, a necessidade de conhecer:

“O Acolhimento do Utente Idoso em Internamento de Ortopedia – Um Estudo num Centro Hospitalar da Região de Lisboa”

A realização deste estudo parece-nos bastante oportuna, pois encontra-se em curso uma reestruturação dos serviços hospitalares e o utente idoso está numa particular posição de desfavorecimento.

Assim optámos por um estudo que permita explorar e descrever o fenómeno, e tendo em conta o problema formulado, emergiu a questão derivada da pesquisa e reflexão sobre o tema:

“Quais os factores que contribuem para o bom ou mau acolhimento do idoso no internamento de ortopedia na opinião dos idosos internados.”

Como reconhece a Direcção Geral da Saúde (2004), o modelo actual de prestação de cuidados de saúde, organizado essencialmente com o intuito de dar resposta aos episódios agudos de doença, apresenta-se inadequado para responder às necessidades de saúde da população em envelhecimento.

Sendo esta necessária reorganização dos serviços, uma situação nova e que nos envolve a todos, teremos todos de nos adequarmos à mesma, recorrendo à formação e investindo na adequação dos serviços de saúde, realizando um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

Sabemos também da importância que a família desempenha na melhor adaptação do utente idoso ao hospital. A família é aquela a quem recorremos para garantir o suporte social indispensável à reinserção e reabilitação social do idoso no regresso a casa.

Daqui resulta que a família deva surgir como parceiro na relação do profissional de saúde com o idoso para a realização de um melhor acolhimento e também um mais adequado planeamento da alta. A família deverá ser então um elo essencial neste estudo.

O presente trabalho apresenta-se estruturado em duas partes:

I - **Contexto Teórico-Conceptual**, onde se pretende apresentar as bases de suporte do estudo, abordando o Envelhecimento; a Sociedade e a Família; A instituição hospitalar em estudo; A Ortopedia e o Idoso; A Ansiedade e a Dor; A Comunicação e a Informação em Cuidados de Saúde; A Relação de Ajuda e a Humanização nos Cuidados de Saúde; correspondendo estes temas aos capítulos 1 a 7 respectivamente.

II – **Investigação Empírica**, onde são apresentados quatro capítulos; a Metodologia, Caracterização da Amostra; Acolhimento do Utente e a Síntese dos Resultados.

A Metodologia, com o objectivo de contribuir para a fiabilidade do estudo, e no qual são apresentados os subcapítulos; Tipo e Delineamento do Estudo; População e Amostra; Instrumento de Colheita de Dados; Pré-Teste e Análise de Dados; Procedimentos Éticos e Legais; correspondendo estes temas aos capítulos 1 a 5.

A Apresentação e Análise de Dados, relativos ao estudo empírico, são realizadas nos capítulos Caracterização da Amostra e Acolhimento do Utente. São apresentadas ainda a Síntese dos Resultados no último capítulo.

Nas conclusões pretendemos realçar os resultados mais significativos e mostrar as implicações que os mesmos apresentam para o desenvolvimento da melhoria do acolhimento ao utente. Abordaremos também algumas sugestões e limitações do estudo.

Temos consciência que este trabalho faz tão-somente parte de um percurso, que no entanto esperamos seja produtivo e contribua para a reflexão e melhoria dos cuidados de saúde e da comunicação entre profissionais de saúde – utentes e famílias.

I PARTE – CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1 – ENVELHECIMENTO

A pessoa que envelhece é até ao fim uma pessoa em desenvolvimento. Um desenvolvimento marcado pela evolução biológica, mas também na forma como é dado sentido ao mundo e ao que nele acontece. No entanto as perdas desenvolvimentais sobrepõem-se aos ganhos o que marca decisivamente esta etapa do ciclo de vida do indivíduo (Fonseca, 2004).

1.1 – Evolução do Conceito

Na nossa sociedade ser-se idoso é ainda extremamente estigmatizante, correspondendo a uma atitude cultural, a qual não foi ainda ultrapassada apesar da evolução favorável num acréscimo de vida saudável e activa a que se assiste.

Com o aumento da proporção de idosos na população total, a sociedade vê-se confrontada com novos desafios e a necessidade de adequação a esta nova realidade. Constitui hoje um desafio à responsabilidade do indivíduo e da sociedade o envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, resultando assim um desenvolvimento económico dos países.

Ao encarar o envelhecimento essencialmente no foro desenvolvimental pretende-se optimizá-lo e contrariar a desvalorização das pessoas idosas. Essa desvalorização está patente nos mitos existentes sobre os idosos que são vistos como incompetentes, decrepitos e assexuados. Formam-se então estereótipos negativos sobre os idosos, influenciando a atitude da sociedade e fazendo com que os próprios idosos assim reajam em face às expectativas a eles atribuídas.

É consensual, para o estudo do envelhecimento, ser necessária uma visão pluridisciplinar do fenómeno. Ao serem articuladas as componentes biológicas com condições de natureza psicológica e ambiental pretende-se alcançar uma visão integrada e global de aspectos como a saúde, a competência, a personalidade e o bem-estar psicológico (Fonseca, 2004).

Relativamente à componente biológica, o indivíduo é caracterizado por uma vulnerabilidade crescente, nomeadamente pelo aumento com a idade da vulnerabilidade

para muitas doenças e por uma redução das capacidades de adaptação às modificações do meio ambiente (Correia, 2003).

As sociedades organizam-se numa dada conjuntura histórica e constroem-se expectativas relativamente aos papéis sociais dos indivíduos. À família foi retirada a responsabilidade pela função educativa e de segurança social que passou a ser do Estado. Esta conjuntura social veio retirar aos idosos importância, responsabilidade e poder já que estes eram os responsáveis pela transmissão do saber.

Na generalidade e com o avançar dos anos nos idosos surgem dificuldades progressivas de adaptação aos acontecimentos exteriores e às tensões sociais e afectivas, conduzindo a um número crescente de necessidades afectadas.

O envelhecimento é influenciado pelas condições ambientais a que os indivíduos estão sujeitos e pela sua maior ou menor plasticidade desenvolvimental. Cada trajecto de vida é uma forma única e portanto resulta num modo diverso de envelhecer (Fonseca, 2004).

A ênfase tradicional dos estudos existentes da velhice é nos idosos problemáticos. Mas a larga maioria das pessoas idosas são idosos não problemáticos. Lembra-nos Zimerman que *“só morre quem pára, por isso é preciso preocupar-se sempre em crescer, em evoluir, em perseguir objectivos, seja em que fase da vida for”* (2000:123). Deveremos portanto preocuparmo-nos com todos os idosos e com as condições que lhes permitam sentir-se realizados para viverem uma vida plena.

Nos idosos a competência de vida diária é realizada recorrendo a mecanismos de selecção, optimização e compensação realizando a adequação entre necessidades sentidas e recursos disponíveis. A perda da qualidade de vida e o surgimento de sintomas depressivos, surgem nos idosos associados à diminuição da capacidade que lhes permitia realizar as tarefas do quotidiano. Passa então o idoso a sentir-se dependente não tanto pela incapacidade, mas sim pelo stresse de vivenciar esta situação.

Surge pela existência de descontinuidades e de diferenças qualitativas nas idades da velhice a distinção entre 3ª idade e 4ª idade. A 3ª idade apresenta uma elevada plasticidade mostrando a capacidade de regular o impacto subjectivo da maioria das perdas que vão

ocorrendo. Na 4ª idade os sistemas comportamentais direccionam-se negativamente, apresentando poucas funções robustas e resilientes, surgindo concomitantemente a ocorrência de patologias (Fonseca, 2004).

Saliente-se a importância da promoção da saúde e a realização de cuidados de prevenção, dirigidos aos idosos e não só, contribuindo para aumentar a longevidade e melhorar a saúde e a qualidade de vida, ajudando a racionalizar os recursos da sociedade.

Conforme reconhece a Direcção Geral da Saúde (2004:10), “...a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades demográficas e sociais, constituindo muitas vezes barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias.”

Actualmente há um esforço de um grande número de instituições de saúde, no sentido de se adaptarem à necessidade de abertura das mesmas às famílias dos utentes, pois sabe-se hoje actuar a rede social como factor de protecção, contribuindo no processo de resiliência dos idosos.

A resiliência pode ser promovida pelo recurso a acções terapêuticas e educativas, e esta é, acima de tudo, uma capacidade individual ou familiar (Vanistendael, 2000, citado por Ramos, 2004).

A diminuição da acuidade auditiva, acuidade visual, a inexistência de prótese dentária ou uma má adaptação à mesma, a atrofia muscular, etc, são “pequenas coisas” que iram exigir muito da plasticidade do idoso ao enfrentar um internamento hospitalar. E se ainda possuir uma fractura que lhe provoca dor e exige imobilização?

No entanto relativamente à adaptação ao internamento hospitalar e à situação de doença, o que dificulta mais a capacidade de adaptação do idoso, não é a diminuição das funções cognitivas, mas sobretudo a perda de papeis sociais, as situações de stresse, a doença, o desenraizamento e outros traumatismos que podem causar problemas psicológicos (Fernandes, 2000).

1.2 – Aspectos Demográficos

Uma análise demográfica do envelhecimento da população portuguesa impõe, em primeiro lugar, uma reflexão sobre o que se entende, em demografia, por envelhecimento de uma população, e quais os métodos mais adequados para o avaliar.

Em demografia uma população envelhece sempre que se regista uma redução da importância relativa de pessoas nas idades mais jovens. O aumento relativo de idosos, que se observa no topo da pirâmide de idades, é designado por envelhecimento no topo.

Quando se verifica diminuição relativa de jovens na base, então estamos perante um fenómeno de envelhecimento na base. A situação mais comum, em qualquer sociedade na 2ª ou 3ª fase da transição demográfica, é um processo simultâneo de duplo envelhecimento.

Pela redução do nível da mortalidade aumenta a esperança de vida e, desta forma, aumentam os efectivos no topo da pirâmide; pela redução da natalidade, diminui o número dos nascimentos e, por isso, diminuem os efectivos da base.

Portugal era em 1970 um dos países mais jovens da Europa. Mas foi a partir de 1940 que se iniciaram as diferenças acentuadas até hoje, ao nível das estruturas que vieram a evidenciar a variação da proporção de jovens e idosos.

Consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade de reforma. Quanto às designações, são utilizadas indiferentemente, pessoas idosas ou com 65 e mais anos, dado não existir nenhuma norma específica a nível nacional.

O envelhecimento da população a um ritmo elevado foi a alteração mais importante da evolução demográfica recente, traduzindo-se numa perda de população jovem e num aumento de população idosa. Este facto deveu-se à existência duma redução da natalidade e da mortalidade e à existência de fortes fluxos migratórios que conduziram a um envelhecimento da população portuguesa (Correia, 2003).

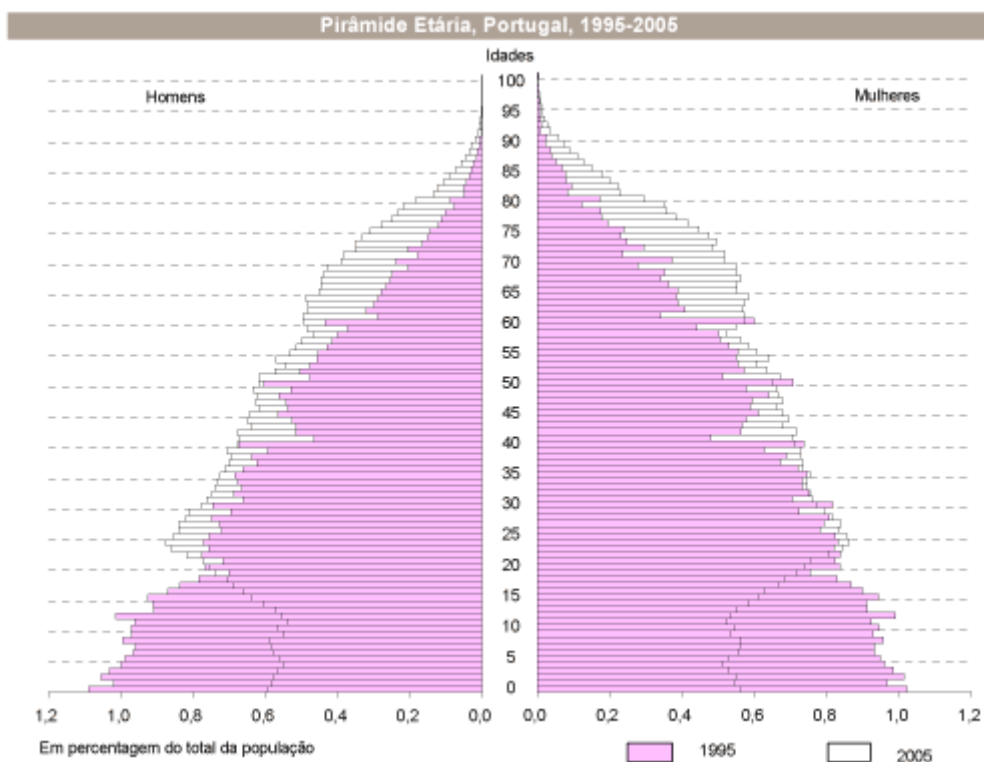
O envelhecimento pode portanto ser analisado sob duas grandes perspectivas:

- Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida.
- O envelhecimento demográfico, por seu turno, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa.

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides de idades em 1995 e 2005.

Este fenómeno deve-se à transição demográfica, ou seja a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos. Levando ao estreitamento da base da pirâmide de idades (figura nº 1), com diminuição de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimos de efectivos populacionais idosos.

Figura nº 1 – Pirâmide de Idades, Portugal 1995-2005

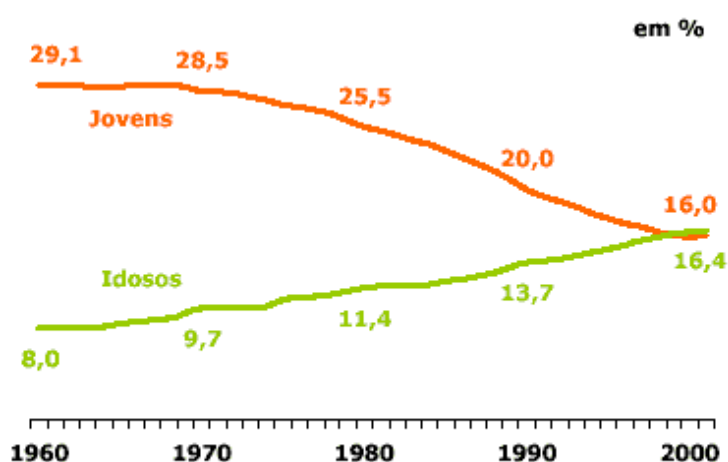


Fonte: INE, Estimativas de População Residente

Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa.

A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 2001, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos (figura nº 2).

Figura nº 2 – Evolução da Proporção da população jovem e idosa (Portugal 1960 – 2001)



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

Mas como previsto o aumento da proporção de idosos em Portugal continua em crescimento e segundo o Instituto Nacional de Estatística, considerando o peso relativo na população havia em 2005:

- 15,6% de jovens (0 – 14 anos);
- 67,3% de pessoas em idade activa (15 – 64 anos);
- 17,1% de idosos (65 e mais anos).

Estes valores põem em evidência o aumento progressivo do peso relativo da população idosa na população total. Se anteriormente a 2001 a percentagem de jovens na população era superior à percentagem de idosos, a partir dessa data a situação inverteu-se. Prevê-se mesmo que em 2050 esta faixa etária da população represente cerca de 32% do total de efectivos populacionais.

Resultando da maior longevidade feminina, na faixa etária dos 65 e mais anos, a população feminina apresenta uma importância relativa de 19,3% contra 14,8% na população masculina.

Em Portugal, à semelhança do que acontece no resto da Europa, a conjugação de baixos níveis de fecundidade, durante um período de tempo alargado, e os ganhos na esperança de vida, em particular nas idades mais elevadas, encontra-se na base de um contínuo aumento da população idosa (com 65 ou mais anos de idade), particularmente da mais idosa (80 ou mais anos).

Não se encontram previstas alterações tendenciais num futuro próximo, quer seja pela manutenção dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações, mesmo em cenários mais optimistas, quer seja pelo aumento ainda expectável da esperança de vida da população portuguesa.

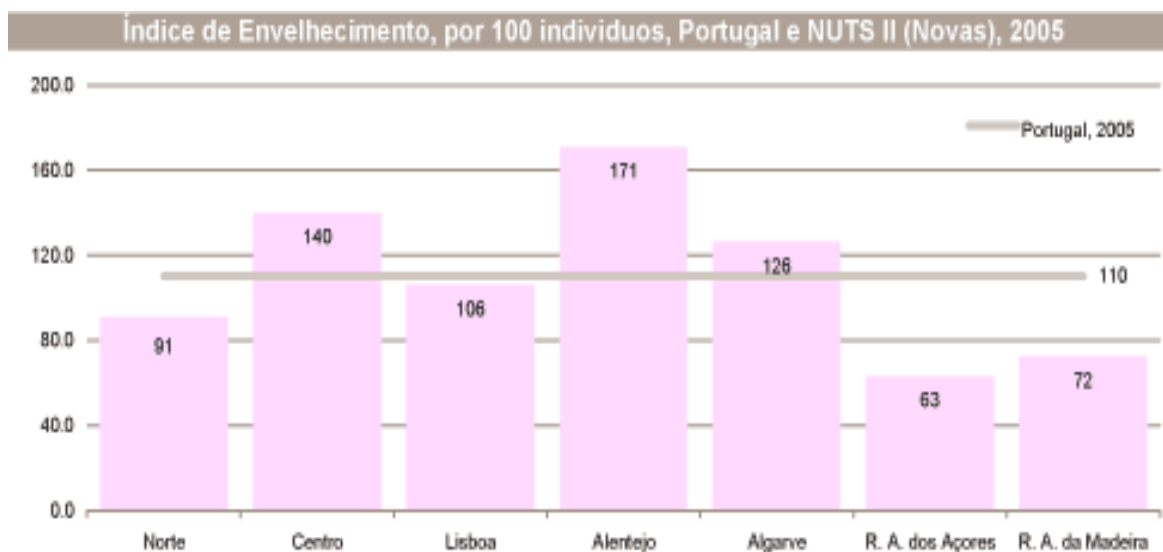
O ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica no Mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea.

Tendo em conta as estimativas para a população residente apresentadas pelo Instituto Nacional de Estatística em 2005, verifica-se que o Norte detinha a mais baixa percentagem de idosos no Continente. A maior importância relativa de idosos pertencia ao Alentejo, seguido do Centro e do Algarve, deixando transparecer uma faixa litoral bastante menos envelhecida. Às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira pertenciam os menores níveis de envelhecimento do país, ou seja, as zonas geográficas com níveis de fecundidade mais elevados.

O índice de envelhecimento aumentou de 109 idosos por cada 100 jovens em 2004, para 110 em 2005, traduzindo o envelhecimento populacional.

Uma análise a nível regional evidencia que acima da média nacional se encontra o Alentejo, com 171 idosos por cada 100 jovens, seguido do Centro (140) e do Algarve (126). É nas Regiões Autónomas que se verificam os índices mais baixos: 63 idosos por cada 100 jovens nos Açores e 72 na Madeira (figura nº 3).

Figura nº 3 – Distribuição da População idosa por regiões (Portugal 2005)



Fonte: INE, Estimativas de População Residente

Com base em dados fornecidos pelo INE, dos censos de 2001, constata-se que em 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total de famílias. No período compreendido entre 1991 e 2001, a proporção de famílias onde se encontravam presentes idosos aumentou cerca de 23%, passando de 30,8% para 32,5%.

Contudo as famílias compostas por idosos e outros, viram a sua importância relativa diminuir ligeiramente, as compostas apenas por idosos aumentaram cerca de 36% no período intercensitário. Importa também salientar que do total de famílias só de idosos a grande maioria são constituídas por apenas um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%).

1.3 – A Assistência em Portugal

Em Portugal desde o século XV, que graças à fundação das Misericórdias, a igreja encarregou-se da assistência social, expandindo-se largamente e absorvendo mesmo instituições hospitalares e outras de tipo assistencial.

Com a criação da Casa Pia surgem em finais do século XVIII outras instituições de assistência social pública como asilos de mendicidade, para velhos, inválidos e crianças.

As referências a idosos da época encontram-se associadas a incapacidade material de subsistência e abrigo.

Em 1960 mais de metade dos homens com mais de 65 anos ainda vivia do seu trabalho, situação que se inverte em 1981, onde já quase toda esta população tem direito à pensão de reforma. As taxas de actividade baixaram e o número de pensionistas reformados não pára de aumentar.

Aquando da revisão constitucional em 1982, ficou especificado que existe a necessidade de promover uma política para a 3ª Idade, englobando medidas de carácter económico, social e cultural que proporcionassem às pessoas idosas a oportunidade de realização pessoal participando activamente na sociedade.

As instituições totais englobam as vertentes de residência e trabalho sendo autónomas relativamente ao estado.

Os asilos desaparecem da nossa sociedade com essa designação; em seu lugar surgem:

- Centros de Dia
- Centros de Convívio
- Residências ou Lares de 3ª Idade
- Universidade de 3ª Idade
- Apoio Domiciliário
- etc...

As políticas sociais e a acção social desenvolvem-se em conformidade com as realidades sociais de cada sociedade. Os meios económicos da média dos reformados na sociedade portuguesa estão possivelmente abaixo dos valores médios dos meios económicos de que dispõem os reformados em qualquer dos países que dispõe de um sistema de segurança social há mais tempo.

Em sociedades socialmente mais evoluídas, as políticas sociais progrediram de tal forma que se tem excluído a faixa etária dos idosos. A especialização na produção de bens para a velhice tende não só a orientar para consumos particulares, como também a promover a constituição de espaços sociais restritos à categoria etária dos mais velhos.

1.4 – O Sistema Nacional de Saúde

O actual sistema de saúde português foi criado na década de 70, para fazer face a uma protecção na doença muito insuficiente e a um estado de saúde da população medíocre. Este veio permitir uma melhoria radical do estado de saúde da população.

Na década de 90 começaram a ser introduzidas reformas em que o sector privado foi chamado a desempenhar um papel que tem vindo a crescer.

No decurso das duas últimas décadas as despesas do Serviço Nacional de Saúde aumentaram muito nomeadamente as despesas hospitalares e de produtos farmacêuticos.

“O desempenho do sistema de saúde deverá realizar-se a par com objectivos de equidade e eficiência. A equidade no financiamento dos serviços e no acesso aos serviços por toda a população. A eficiência diz respeito às noções do nível adequado das despesas de saúde de acordo com o PIB (eficiência macroeconómica) e da maximização da eficiência produtiva, da qualidade dos cuidados prestados e da capacidade de adaptação do sistema (eficiência micro económica)” (OCDE, 2004: 138).

A equidade foi um dos grandes objectivos para a criação do Sistema Nacional de Saúde, assente no princípio da cobertura universal. Mas existem insuficiências, que limitam o acesso aos serviços e a equidade do financiamento.

Geograficamente os serviços não se encontram proporcionalmente distribuídos com qualidade e acessibilidade. A diferença é grande entre zonas urbanas e zonas rurais.

Constitui hoje também uma dura realidade, o atraso para além do aceitável da espera no sector público por uma consulta ou cirurgia. São já vários os programas criados na tentativa de resolução deste problema.

A despesa com os medicamentos vê a sua importância variar consoante os rendimentos das famílias o que no caso dos idosos se torna mais evidente (maior ocorrência de patologias e recursos económicos mais débeis). Há no entanto alguma protecção relativamente a doenças crónicas e taxas moderadoras.

A eficiência do sistema de saúde necessita de melhorar assim como a adequação às necessidades dos utentes. A eficiência falha por uma gestão em que falta autonomia e responsabilidade com falta de motivação por uma melhor produtividade e qualidade.

As despesas de saúde têm estado a aumentar, e se o envelhecimento da população e a necessidade de acompanhar o progresso tecnológico agravam este aumento da despesa, há que por outro lado melhorar a eficiência ao nível micro económico, melhorando os cuidados de saúde, a qualidade e os resultados.

Com esta adequação dos serviços de saúde a uma maior eficiência é concerteza importante ouvir as sugestões dos utentes para que esta se processe também de acordo com os seus interesses.

2 – A SOCIEDADE E A FAMÍLIA

Cada época, cada sociedade, cada grupo social, conhecem as suas formas familiares. Variando com a sociedade em que se insere o agrupamento familiar assume configurações diferentes e diversas. A sociedade e a família resultam de forças sociais, económicas e culturais comuns

2.1 – A Evolução do Conceito de Família

A família é um sistema vivo em constante transformação, uma instituição ancestral e universal, caracterizada por uma extrema diversidade, a qual se altera ao longo do tempo com o objectivo de assegurar a continuidade e o crescimento dos seus membros componentes.

O conceito de família tem evoluído ao longo da história, em paralelo com as mudanças socioculturais, políticas e económicas, que vão ocorrendo. Ao longo dos tempos as formas de família têm variado muito, desde a organização da tribo, do clã, da família patriarcal, até à família de menores dimensões das civilizações industriais.

Na sua aceção antiga a família designava em Roma no século III a.C., o conjunto de pessoas (parentes e domésticos) e bens patrimoniais que viviam e estavam sob a autoridade do “pater famílias” (Leandro, 2001).

A família conjugal parece ser a mais difundida no mundo, e desde tempos remotos tem coexistido com muitas outras formas de família de índole associativa.

Embora exista uma forma de família predominante, coexistem formas e estruturas familiares diversificadas as quais possuem alguns elementos comuns como a coabitação, a funcionalidade, a existência de laços de aliança, de sangue e institucionais ou contratuais (Leandro, 2001).

Como refere Leandro (2001:58), *“Sob muitos aspectos, podemos mesmo dizer que as civilizações, as culturas e as sociedades se definem por um certo modo de organização familiar.”*

A tradição, a religião, a cultura, o contexto político, económico e social determinam um número elevado de parâmetros, cuja complexidade dificulta uma definição clara de família. A reflexão sobre as formas de vida familiar na sociedade actual incide nas estruturas mas, também, nas funções, nos papéis e nas representações e nas relações.

As posições ocupadas pelos indivíduos envolvidos dentro da unidade familiar de uma forma regular, com ocorrência de interações e relações representa a estrutura da família. Cada membro ocupa uma determinada posição ou tem um determinado estatuto, como por ex. marido, esposa, filho, avô, avó, irmão, neto,... e então cada membro da família ocupa, habitualmente, várias posições em simultâneo.

Os indivíduos orientam-se por papéis correspondentes a expectativas de comportamento, obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição na família ou grupo social. Os factores sociais e culturais que influenciam o desempenho de um papel implicam padrões de mudança social, ambiguidades, contradições, modificações e alternativas nas definições do mesmo.

As famílias desempenham funções para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às suas necessidades e às expectativas da sociedade. Dentro delas destacam-se as funções de geradora de afecto, proporcionadora de segurança e aceitação pessoal; proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade; asseguradora da continuidade das relações; proporcionadora de estabilidade e socialização, e inculcadora da autoridade e do sentimento do que é correcto. A estas acrescenta-se uma função básica da família que é proteger a saúde dos seus membros e dar apoio e resposta às necessidades básicas durante os períodos de doença (Stanhope & Lancaster, 1999).

O ciclo de vida da família passa por períodos previsíveis, de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação e também por momentos de desequilíbrio. Esta passagem de uma fase a outra dá-se numa reestruturação contínua relacional, em busca de uma nova ordem familiar.

A família sendo uma instituição fundamental das sociedades, tem mostrado a sua capacidade de resistência e adaptação. Esta dupla capacidade é revelada pela história. Hoje apesar das profundas mudanças sociais, económicas, culturais e políticas que se reflectem na família, esta continua a ser um valor fundamental das sociedades.

E na sociedade actual encontramos novas configurações familiares com o surgimento de famílias reconstituídas, resultantes de separação e divórcio, com filhos da união anterior e da nova união; famílias monoparentais; uniões de facto entre heterossexuais ou entre homossexuais.

Mas a família continua a ser, considerada, simultaneamente como espaço físico, relacional e simbólico, reconhecido universalmente como espaço privilegiado de construção individual e de reprodução social.

Como refere Ramos (2005:195), *“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.”*

2.2 – A Evolução do Conceito em Portugal

O século XIX foi um período de transformação e crescimento em Portugal. O processo de industrialização é lento e o proletariado não apresenta as características de poder reivindicativo essenciais; existe um predomínio das pequenas empresas familiares, a norte do país, surgindo poucas empresas de maior porte. Na região Sul predominam os latifúndios e a grande região industrial.

A industrialização instalou-se em Portugal e progrediu, absorvendo cada vez mais mão-de-obra que migrou dos campos para as cidades e também para a Europa em busca de melhores salários.

A mudança é desencadeada, com as modificações introduzidas na economia portuguesa nos anos sessenta e setenta, decorrentes da guerra do ultramar, a emigração e a consequente passagem da predominância do rural para urbano.

Decorrente deste contexto escasseia a mão-de-obra masculina e é então que progressivamente a mulher entra no mercado de trabalho. Ao usufruir de um salário a mulher passa a contribuir para a economia familiar de forma visível direccionando-se no caminho da sua autonomia e individualização.

Com a contribuição da ciência e da técnica ocorrem também alterações profundas nos comportamentos das famílias nomeadamente a nível das práticas anticonceptivas. São fornecidas à mulher condições para controlar a fecundidade, o que acompanhado por uma abertura das mentalidades permitiu uma relação totalmente diferente com a sexualidade e a contraceção.

A morfologia social altera-se como refere Durkheim (1975), citado por Leandro (2001:136), “...à medida que o meio social se distende, urbaniza e complexifica, permitindo uma maior extensão e variedade de relações e comunicação, a família vai-se restringindo...”. As relações intergeracionais modificam-se pela diminuição da importância atribuída à herança dos bens materiais e a valorização do salário, deixando o indivíduo entregue a si próprio. São adoptadas também estratégias natalistas que conduzem à redução do número de filhos.

A família passa então a investir cada vez mais na sua privacidade, no afectivo e no emocional, e embora possa parecer ocupar-se cada vez menos dos idosos, esta não rompeu de modo algum as relações com o parentesco.

A família contemporânea acolhe, fornece calor e carinho personalizado. Há agora uma diferença marcada entre a esfera do privado e do público e há também uma maior proximidade entre pais e filhos diluindo-se a hierarquia marcada de outros tempos. É sobrevalorizada a dimensão relacional, afectiva e sentimental num número de elementos que é pequeno e característico da família conjugal contemporânea.

Hoje a grande maioria das crianças e jovens tem a oportunidade de nascer e viver mais tempo com os quatro avós vivos, de conviver com avós mais saudáveis, mais instruídos, que vivem mais tempo e que têm, em geral, mais poder económico. Saliente-se também a possibilidade de as gerações mais novas beneficiarem agora de um apoio mais individualizado dos avós, já que, por nascerem cada vez menos crianças, os avós terem menos netos para cuidar ou apoiar (Attias-Donfut, 1998 citado por Ramos, 2005).

O controlo da família passa agora, também, para o Estado e suas instituições. Assim é cada vez mais dependente das instituições públicas e das influências externas.

Assim sendo, não é viável analisar a família de forma linear, em termos de consanguinidade e/ou de coabitação, pois ela ultrapassa os critérios objectivos da propriedade, da descendência, ou mero refúgio privado, para ocupar o centro da vida pública, com vínculos à sociedade, à religião e à política da comunidade.

A família, embora e ainda que por vezes em situação de conflito, aparece como elemento fundamental e um espaço onde se desenvolve o inter-reconhecimento e a própria identidade.

No entanto a família tem também de enfrentar sérias dificuldades, como refere Goleman (2003:256), *“A agitação, instabilidade e inconsistência da vida quotidiana campeiam em todos os segmentos da nossa sociedade, incluindo os mais instruídos e abastados (...) a competição a nível internacional a fazer baixar os custos de mão-de-obra cria forças económicas que pressionam as famílias. Vivemos uma época de famílias financeiramente sitiadas em que ambos os pais trabalham longas horas (...) Tudo isto significa, mesmo para os pais melhor intencionados, a erosão dessas incontáveis e pequenas trocas entre pais e filhos que estão na origem das competências emocionais.”*

No entanto a família tendo hoje de enfrentar separações, divórcios, as exigências laborais de ambos os membros, a distância e a mobilidade geográfica, a valorização dos valores individualistas dificultando os papéis e as relações intergeracionais, contribuindo para o aumento dos idosos que vivem sós, estes factores não eliminaram as solidariedades intergeracionais.

A família é sinónima de segurança e engloba alguns aspectos importantes como a pertença, a função e a relação afectiva. É na família que os indivíduos conseguem encontrar e reconstruir as principais componentes da sua identidade. Neste sentido, pode-se referir que os sentimentos e a qualidade das relações revestem uma importância crucial, especialmente na presença de doença.

2.3 – O Utente Idoso a Família e o Hospital

A hospitalização surge na grande maioria das vezes em consequência de problemas de saúde agudos.

“Estar doente e ser internado num hospital, por si só, é desagradável, pelas incertezas que deixa em relação ao futuro e pelo mal-estar inerente à doença” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006:104).

A relação do idoso internado com a equipe de saúde processa-se grande parte das vezes de forma comunicacional triangular. O idoso conta com a família para estabelecer uma melhor relação com a equipe de saúde e ao mesmo tempo a equipe de saúde através da família do idoso tem oportunidade de conhecer melhor o idoso.

O idoso e a sua família/rede social têm já enraizadas regras de relacionamento. Mas o contacto do idoso e da sua família com os elementos da equipe de saúde só agora vai iniciar-se.

“Acréscce que o meio hospitalar é estranho, as pessoas são desconhecidas, comportam-se de forma pouco usual, usam uma linguagem misteriosa e imperceptível. Paralelamente, a hospitalização fere a identidade individual, os sujeitos são despojados de roupas e objectos pessoais, vestem um pijama ou bata igual ao dos outros internados...Há normas para serem cumpridas, já decididas, em que os próprios não têm uma palavra a dizer: hora e tipo de comida, visitas com um tempo próprio e limitadas...Os procedimentos técnicos e de diagnóstico podem ser dolorosos e agressivos. Este processo, delicado em qualquer idade, atinge contornos mais dramáticos na velhice pela associação mais imediata à incapacidade e morte” (Sousa e tal., 2006:104).

A adaptação do idoso ao meio hospitalar é para este muito difícil, quer pelo novo ambiente encontrado, quer pela sua situação de doença, a que se podem juntar preocupações por problemas pessoais que trás consigo.

Daqui resulta que o idoso se apresenta frequentemente como um indivíduo vulnerável física e psicologicamente, sujeito a atitudes violentas e desvalorizadoras. Estas *“...são o*

resultado da ausência de estruturas concebidas para a prestação de cuidados humanizados e personalizados, da insuficiência de recursos humanos que potencia o stress, que viola o direito a uma fidelização do cuidador, que se torna um obstáculo ao desenvolvimento das cumplicidades e dos afectos que adoçam o pesado ónus da dependência e da doença” (Guimarães, 1998:69).

Em face deste contexto o profissional de saúde, consciente do mesmo, deverá fazer uso dos recursos que permitam ao idoso ultrapassar esta situação. E um destes recursos é sem dúvida a família do idoso.

Desde tempos remotos a família exerce um papel importante acerca da saúde dos seus elementos. Porém este aspecto é muitas vezes ignorado pela própria noção de serviço de saúde, quase sempre limitado aos profissionais de saúde, esquecendo o trabalho das famílias a este respeito. A solidariedade é, em contexto da saúde e da doença, a característica mais marcante da família.

Para Jean Watson, citada por Collière (1999:14), *“A situação de doença e conseqüentemente a hospitalização, exacerba na família a necessidade de protecção e carinho para com aqueles a quem está ligado por laços afectivos ou genéticos.”*

Como se sabe a família é parte integrante e fundamental em todo o processo terapêutico devendo a equipe de saúde funcionar em conjunto com a mesma. Os cuidados de saúde só serão efectivos compreendendo que o utente é parte integrante e fundamental de uma família.

Na doença, a família não deve ser excluída, das funções de saúde e de prestação de cuidados de assistência. É na família que esta função se torna mais genuína, uma vez que pela sua natureza, só aí a relação estabelecida é integralmente pessoal. Neste sentido, a família constitui a primeira instância da sociedade, garante do equilíbrio desejável na sociedade mais abrangente.

A família no âmbito dos cuidados de saúde, pode ser considerada como uma unidade de intervenção, ou seja, sujeito de cuidados e fonte de suporte para os profissionais de saúde ou,

como um contexto facilitador dos cuidados, isto é, uma fonte de suporte para o doente e fonte de informação para os profissionais de saúde.

Capacitar as famílias para dinamizarem os seus recursos e fontes de suporte e dessa forma resolverem eficazmente as diversas crises no seu contexto vivencial, tornou-se a filosofia que deve dominar nos cuidados à família.

Mais recentemente redescobriu-se a importância do envolvimento da família no contexto da prática de cuidados, contribuindo para uma maior humanização e individualização dos cuidados, resultando também em benefícios económicos.

A aprendizagem de determinados cuidados por parte das famílias, reduzirá a sobrecarga de trabalho dos profissionais em várias tarefas, permitirá uma recuperação mais rápida, melhor adaptação à situação de doença e uma adequada preparação atempada da alta hospitalar.

3 - O HOSPITAL ORTOPÉDICO Dr. JOSÉ DE ALMEIDA

3.1 – Breve História do Hospital

Antigo Forte do Junqueiro, mais conhecido por Forte de S. Domingos de Rana, foi mandado edificar em 1645 no reinado de D. João IV por ordem do Conde de Cantanhede, D. António Luís de Menezes, então governador de armas de Cascais, durante as guerras da Restauração.

Em 26 de Novembro de 1897, o conselheiro Tomás Ribeiro e o médico Dr. José Joaquim de Almeida obtiveram no Ministério da Guerra a concessão do Forte para a instalação do primeiro sanatório marítimo, destinado ao tratamento de crianças com doenças extra pulmonares (numa primeira fase tuberculose ganglionar).

A 24 de Agosto de 1902 foi inaugurado o Sanatório Marítimo de Carcavelos (figura nº 4), após obras de adaptação financiadas pela benfeitora D. Maria Albina Baracho Encerrabodes, começando a funcionar com lotação para 26 crianças do sexo masculino.



Figura nº 4 – Sanatório Marítimo de Carcavelos (1902)

Fonte: Dias [Postais Antigos de Carcavelos]

São ainda posteriormente realizadas obras de ampliação e ganha dois novos pavilhões. Com um dos pavilhões isolado, dá-se início em 1905 à Cirurgia Ortopédica, ainda em estado embrionário. Posteriormente ainda, após profundas obras de melhoramento e ampliação, o Sanatório passou a tratar doentes de ambos os sexos.

Devido à sua localização privilegiada junto às praias de Carcavelos e Parede, com excelente microclima para os tratamentos hélio-marítimos, em que a helioterapia se podia praticar durante todo o ano, o Sanatório tornou-se um centro de tratamento de tuberculose óssea de renome.

Em 22 de Dezembro de 1921, o Sanatório Marítimo de Carcavelos passou a denominar-se Sanatório Marítimo Dr. José de Almeida (figura nº 5), em homenagem ao seu principal fundador, médico e director do sanatório, e seu grande benfeitor.



Figura nº 5 – Sanatório Marítimo Dr. José de Almeida (1921)

Fonte: Dias [Postais Antigos de Carcavelos]

Em 1963, com o decréscimo da tuberculose óssea, devido aos progressos da terapêutica e ainda devido ao aparecimento de novos problemas de saúde, foram reconvertidas camas para doentes de traumatologia, oriundos dos serviços de urgência dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

A 1 de Janeiro de 1976, o Sanatório deixa de pertencer ao serviço da Luta Antituberculosa (ex-SLAT), e é integrado na Direcção geral dos Hospitais, com autonomia própria. E com a progressiva reconversão, a partir dos anos 60, em estabelecimento vocacionado para a traumatologia e ortopedia, a sua designação é alterada em 1981 para Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida.

Em 1985 iniciaram-se obras de beneficiação das enfermarias, tendo sido fechadas as varandas que funcionavam como solários. As amplas enfermarias então com 28 e 30 camas foram substituídas pelos actuais quartos com capacidade para quatro utentes cada.

Com a portaria de 29 de Maio de 2000, é criado o Centro Hospitalar de Cascais que integra o Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida e o Hospital Condes de Castro Guimarães, mantendo no entanto a vertente ortopédica.

No Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida funcionam actualmente duas enfermarias de Ortopedia, uma enfermaria de Medicina, um Bloco Operatório, uma unidade de Recobro e um serviço de Consultas. O Hospital dispõe ainda de um serviço de Fisioterapia, serviço de Esterilização, Cozinha e um Bar (este num edifício anexo).

3.2 – Enfermaria de Ortopedia

O internamento de Ortopedia do Hospital Dr. José de Almeida recebe doentes de traumatologia vindos do serviço de Urgência do Hospital de Cascais (Hospital Condes Castro Guimarães) e doentes de ortopedia vindos da Consulta Externa deste Hospital.

Os serviços de ortopedia têm a dotação de vinte e quatro camas divididas por seis quartos com quatro camas cada um, mistos (homens e mulheres). A nível do pessoal que exerce funções nestes serviços, pode cada um contar com:

- Um director de serviço
- Seis médicos
- Uma enfermeira chefe
- Uma enfermeira especialista
- Oito enfermeiros na prestação de cuidados, sete dos quais fazem um horário rotativo de manhãs, tardes e noites
- Onze auxiliares de acção médica, nove das quais fazem horário rotativo
- Quatro fisioterapeutas
- Uma assistente social
- Uma secretária de unidade.

4 – A ORTOPEDIA E O IDOSO

A mobilidade é uma das actividades de vida fundamentais para o bem-estar biopsicológico do ser humano, que depende não só da motivação psicológica de cada um, mas também do estado de conservação do sistema músculo-esquelético, principal motor da mobilidade.

As alterações como a diminuição da densidade óssea e a degenerescência articular, constituem o factor principal que irá lentamente alterando as estruturas deste sistema. Estas alterações manifestar-se-ão na forma de dor e deformidade, ou então em consequência de uma força de baixa energia (como uma pequena queda), surgirá uma fractura.

4.1 - Osteoporose

Os ossos são formados pela deposição de cálcio e fósforo numa rede de fibras proteicas. A resistência e dureza dos ossos deve-se à presença do cálcio, e uma certa elasticidade é proporcionada pelas fibras proteicas.

“A osteoporose é uma doença caracterizada pela redução acentuada da densidade óssea, o que faz com que os ossos se tornem frágeis e se fracturem, na sequência de quedas e traumatismos de pouca importância” (Direcção Geral da Saúde, 2000:25). A osteoporose é caracterizada por um desenvolvimento lento, sem sintomas, durante anos.

No tecido ósseo saudável, durante os primeiros 30 anos de vida, o processo de reconstrução prevalece relativamente ao processo de destruição, aumentando a massa óssea. Mas a partir dos 40 anos de idade, o processo de destruição dos ossos evolui a maior velocidade e passa a ocorrer diminuição da densidade óssea. Esta destruição progride a maior velocidade quando a concentração de cálcio passa a migrar da massa óssea para a circulação sanguínea.

Na população do sexo feminino, desencadeada pela menopausa a osteoporose prevalece. Este facto é motivado pela diminuição da secreção das hormonas femininas que faz acelerar a destruição da massa óssea.

Sabe-se também que a osteoporose é acelerada pela falta de exercício físico, excessiva permanência na cama, imobilização, tabagismo, e consumo excessivo de álcool. Constitui factor protector uma dieta adequadamente rica em cálcio.

4.2 - Tratamento na Artrose

Não existe tratamento preventivo ou curativo da artrose apesar desta constituir um problema de saúde pública pelas dores e impotência funcional que acarreta.

Até aos 45 anos de idade a artrose prevalece no sexo masculino mas depois prevalece significativamente na mulher. Há medida que a idade avança, ocorre um aumento progressivo das articulações afectadas e da sua gravidade em ambos os sexos (Serra, 2001).

Na artrose “... as articulações mais afectadas são, por ordem decrescente: as interfalângicas distais dos dedos da mão, a metatarso-falângica do hallux (secundária ao hallux valgus), joelhos, metacarpo-falângicas dos 4 últimos dedos e carpo-metacarpina do polegar, interfalângicas proximais da mão e anca” (Serra, 2001:248).

Os factores de risco na artrose do joelho (gonartrose) e na artrose da anca (coxartrose) são a idade, a obesidade, a sobrecarga articular de origem profissional ou desportiva, os traumatismos e a cirurgia articular.

Não se conhecem as causas responsáveis pelo carácter sintomático ou assintomático da artrose.

O tratamento tem como objectivo combater a dor e melhorar a função articular e portanto a qualidade de vida dos indivíduos. A actuação no tratamento é feita com o recurso a terapêuticas não medicamentosas e medicamentosas que são usadas em conjugação. O sucesso do tratamento envolve a participação activa do indivíduo no projecto terapêutico, informando-o, consciencializando-o e incentivando-o na realidade da patologia que o afecta (Piperno, 2002).

Nestes utentes com uma faixa etária elevada, quando o tratamento deixa de controlar a dor, a imobilidade repercute-se de modo evidente. Valbona (1984: 996) refere que no essencial

da imobilização resulta:”...um desequilíbrio da relação normal entre o repouso e a actividade física, dois processos biológicos que são essenciais à preservação da condição física óptima do homem.” É então lícito propor ao doente um tratamento cirúrgico.

Saliente-se que o critério para a opção cirúrgica é o funcional em detrimento do aspecto radiográfico (Piperno, 2002).

Sendo a artrose do joelho (gonartrose) e a artrose da anca (coxartrose), aquelas que se repercutem de modo mais limitativo no indivíduo, são também estas as que ocupam um lugar de destaque nas intervenções cirúrgicas programadas nos serviços de ortopedia. Das duas, predomina a colocação de prótese total do joelho na gonartrose seguindo-se a colocação de prótese total da anca na coxartrose.

Estas cirurgias são geradoras de grande instabilidade hemodinâmica sendo exigentes em cuidados pós-operatórios. A fisioterapia será longa e só após um período de dois a três meses há uma efectiva adaptação à prótese e se encontra restabelecida a independência funcional.

4.3 - Tratamento nas Fracturas mais Frequentes

Como refere Serra (2001:46), “*A fragilidade esquelética torna possível fracturas no idoso por traumatismos mínimos que as não ocasionariam num adulto jovem*”.

A Direcção Geral da Saúde (2000:25), refere ainda que num esqueleto osteoporótico “*Um traumatismo ligeiro pode dar origem a fracturas, sendo as do fémur e dos ossos do punho as mais frequentes.*”

4.3.1 - Fracturas do membro superior

De entre as fracturas mais frequentes no idoso estão a fractura do colo do úmero e a fractura de Colles. Estas habitualmente seguem o tratamento em ambulatório pois o tempo de imobilização é relativamente curto e não necessitam de internamento e correcção cirúrgica. O tratamento preferencial na fractura do colo do úmero é o conservador, consistindo na imobilização do braço contra o tórax.

A fractura de Colles ocorre na extremidade distal do rádio, próximo do punho e mais de 90% dos casos ocorrem por queda ao caminhar (Serra, 2001). A fractura de Colles no idoso surge quase exclusivamente no sexo feminino devido à osteoporose. Por manipulação sob anestesia local é feita a redução desta fractura e aplicada imobilização gessada.

4.3.2 - Fracturas da coluna

“A osteoporose é a causa predisponente mais importante de fracturas vertebrais, como em tantas outras regiões ósseas. Ocorre espontaneamente ou em quedas fortuitas e atinge, por ordem decrescente, a coluna dorsal e a lombar” (Serra, 2001:101).

São frequentes nas pessoas com osteoporose:

- a fractura em cunha que é aquela onde ocorre esmagamento em cunha do corpo vertebral;
- a fractura por compressão axial que é aquela onde o corpo vertebral esmaga uniformemente.

O tratamento é dominado pelo risco de ocorrência ou agravamento da lesão neurológica. Daí que a estabilidade da lesão vertebral constitua o factor decisivo na orientação do tratamento.

É necessária fixação interna (cirúrgica), nas luxações e nas fracturas instáveis existindo já ou não lesão medular. Mas as fracturas estáveis sem lesão neurológica exigirão somente repouso no leito a qual com a aplicação de uma ortotese irá permitir ao doente sair do leito impedindo-o de flectir a coluna.

4.3.3 - Fracturas da bacia

Desencadeadas por forças com baixa energia, as fracturas só surgem na bacia depois desta estar fragilizada pela osteoporose (Serra, 2001).

A fractura dos ramos isquio-ileo-púbicos constitui a fractura mais comum da bacia e de todas as fracturas é relativamente frequente. Na mulher idosa, osteoporótica, ocorrem as fracturas unilaterais devido a uma pequena queda durante a marcha.

O repouso no leito por um período de duas a quatro semanas, com o posterior retorno progressivo à deambulação, constitui o tratamento neste tipo de fracturas.

4.3.4 - *Fracturas da extremidade superior do fémur*

Surgem aqui as fracturas trocântéricas e as fracturas do colo do fémur, predominantemente na mulher idosa. São ocasionadas por baixas energias, muito frequentemente por pequenas quedas. O tratamento nestas fracturas é preferencialmente cirúrgico.

Nas fracturas do colo do fémur com desvio (implica corte da irrigação sanguínea), é necessário substituir a cabeça femural por uma prótese. Já nas fracturas com pouco desvio é realizada a fixação cirúrgica com parafusos.

Na fractura trocântérica é realizada osteossíntese com materiais de maior ou menor resistência consoante a fractura é instável ou estável.

4.3.5 - *Fracturas do tornozelo*

Dentro das lesões traumáticas do tornozelo, é a fractura do tornozelo por rotação externa a mais frequente, ocorrendo preferencialmente na mulher osteoporótica (Serra, 2001). Neste tipo de fractura a rotação externa, poderá dar origem à fractura do maléolo externo, à fractura bimaléolar ou ainda ocasionar a fractura do maléolo posterior na fractura trimaleolar.

As fracturas do tornozelo são tratadas com redução por manipulação e imobilização gessada ou por tratamento cirúrgico consoante a estabilidade da fractura. Aqui é essencial o controlo do edema pois ocorre com facilidade, que acarreta o risco de complicações no tratamento.

5 – A ANSIEDADE E A DOR

O internamento hospitalar e a cirurgia provocam no utente e na família alterações bio-psico-sociais e espirituais, relacionadas com a dor, o desconforto, a mudança de ambiente, o desconhecido, o isolamento, a sensação de perda, de separação e de abandono, e ainda o medo da morte. O principal objectivo dos cuidados de saúde é satisfazer as necessidades dos utentes (Pinheiro, 1999).

O contributo do profissional de saúde é extremamente importante para o bem-estar do utente. Torna-se necessário o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito entre o profissional de saúde e o utente. Há diversas intervenções dos profissionais de saúde que poderão contribuir para que os utentes hospitalizados reforcem os seus mecanismos de adaptação.

Os receios mais comuns associados às intervenções cirúrgicas são os efeitos da anestesia, intensidade das dores, de ser “cortado” e de não abrir os olhos. Uma vez que estes receios estão relacionados com padrões de mais longa e mais difícil recuperação, é fundamental que a informação seja planeada à medida das necessidades específicas de cada utente.

Informações de ordem geral sobre o funcionamento dos serviços, cuidados pós-operatórios e controlo da dor, podem ser benéficas. Contudo, esta informação terá que ser dada com ponderação, e por vezes, a informação deve ser reduzida ao mínimo para evitar a sobrecarga, sendo necessário escolher o que é mais importante para o utente e apresentá-lo clara e lentamente (Corney, 1996).

A finalidade do ensino no pré-operatório é auxiliar o utente a reduzir todos os receios e a prepará-lo para a cirurgia. O utente precisa de saber: os procedimentos a que vai ser submetido, as rotinas, aspectos acerca da cirurgia, sensações que pode vir a experimentar (como a dor), quais as medidas para reduzir os receios e que actividades irão promover a recuperação pós-operatória (Phipps et al, 1995).

Existem ainda outros medos relacionados, tais como: medo dos cuidados, medo de ser manipulado, medo de ser mobilizado, medo dos exames dolorosos, medo das mãos inábeis

ou muito bruscas. Além destes medos, o utente tem ainda o medo de que a lesão corporal se instale na sua vida, levando-o à invalidez.

Os medos e a falta de conhecimento real da situação e do ambiente hospitalar, são muitas vezes motivo para que o utente tenha um comportamento e uma atitude inadequada perante a cirurgia. Para além da informação descrita anteriormente, deverá ser demonstrado e explicado ao utente o que se espera dele a nível de participação, e os resultados dessa participação na prevenção de complicações.

O suporte emocional deverá ser desenvolvido no âmbito de uma relação profissional de saúde/utente que veicule a informação numa perspectiva terapêutica.

O comportamento que uma pessoa exhibe quando está com dor, é o produto de um processo de ensino/aprendizagem, que é muito influenciado pela cultura.

A nossa sociedade encoraja o papel do inválido, pois uma dor que é manifestada (por exemplo através de choro, lamento, expressão facial sugestiva, etc.), e que por isso fica sujeita a tratamento; é mais aceite como real e recebe mais simpatia que uma pessoa que adopta um comportamento estoicista. Isto não significa que as pessoas adoptem estes comportamentos conscientemente, contudo é grande o encorajamento para que este papel seja aprendido (Diamond, 1997).

A curto prazo, o papel de inválido é benéfico para quem está doente, pois permite-lhe repouso, o que facilitará a recuperação. Já a longo prazo, o papel de doente acaba por ser inútil para a saúde em geral pois tendencialmente a actividade é progressivamente diminuída, o que por exemplo se traduzirá: numa maior formação de trombos, na formação de úlceras de pressão, diminuição da socialização, etc. Deste modo, o comportamento da dor pode tornar-se algo perverso (Diamond, 1997).

Embora todos os seres humanos passem durante a sua vida por várias experiências de dor, esta permanece um mistério e um fenómeno carregado de subjectividade quando se tenta perceber a dor que o outro está a sentir. Apesar de ser uma experiência apreendida, torna-

se individual por ser influenciada pelas vivências de cada sujeito a nível sociocultural, psicológico, espiritual e económico. Conforme refere Martins et al. (2001:32), a reacção a uma dor “... *difere entre as pessoas e na mesma pessoa difere conforme o momento.*”

Uma vez definida a dor como pós-operatória, deve-se avaliar a sua intensidade, utilizando *escalas de dor*. O registo da intensidade da dor vai proporcionar a avaliação da eficácia do seu tratamento.

A aplicação de frio para aliviar a dor é praticada há séculos, no entanto só recentemente se começa a compreender o mecanismo de acção para este efeito. Ele é muitas vezes capaz de penetrar nos músculos e assim pode reduzir o espasmo muscular e a inflamação. O frio também previne a hemorragia e o edema através da vasoconstricção. Embora não sendo um tratamento de 1ª linha a aplicação de gelo mostrou-se eficaz na redução da dor pós-operatória da cirurgia ortopédica. O gelo pode inicialmente ser doloroso (pelo peso), mas a zona acaba por ficar “dormente” e o alívio da dor ser mais duradouro (Peacock, 1998).

Em traumatologia e cirurgia ortopédica recorre-se à aplicação de gelo com o objectivo descrito. A aplicação de gelo numa fase inicial, no doente ansioso ou confuso constitui uma tarefa que exige do profissional de saúde sentido de oportunidade e perícia.

A distração é, segundo a Direcção-Geral da Saúde (2001), um factor que actua positivamente no controlo da dor crónica. A pessoa estar ocupada com alguma actividade, conviver com outras pessoas ou mesmo ver televisão, leva a que esta foque a sua atenção em situações que lhe transmitem prazer, diminuindo desta forma a dor sentida.

Daqui resulta a importância do ambiente hospitalar se apresente acolhedor e convidativo a que o utente saia do quarto, se desloque a outros espaços e conviva com outros utentes.

6 – A COMUNICAÇÃO E A INFORMAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE

6.1 – Relação Profissional de Saúde/Utente na Medicina Moderna

A compreensão da natureza dos cuidados de saúde é realizada também através do conhecimento e reflexão sobre a sua evolução. Esta evolução reflecte-se no quadro conceptual que tem orientado as profissões de saúde quer na formação dos profissionais, quer nas práticas e investigação, daqui resultando modelos de cuidados de saúde. Estes modelos foram-se progressivamente instalando e consolidando ao longo da história dos cuidados de saúde.

No modelo biomédico as características universais das doenças, a sua história natural, é o centro da atenção médica em detrimento da pessoa que está doente. São efectivamente desvalorizados os factores sociais, morais e comportamentais para a saúde e bem-estar (Ribeiro, 1998).

A atenção dirige-se neste modelo à doença do corpo e não à pessoa doente originando a concepção biomédica da saúde. A medicina do corpo objecto foi-se progressivamente afastando do corpo sujeito dando origem a uma abordagem redutora centrada na dimensão biológica da pessoa.

Os aspectos psicológicos e sociais são considerados irrelevantes, a hiperespecialização do saber médico atribui uma importância acrescida à doença descontextualizada da pessoa doente e é dada especial atenção ao ter sintomas em detrimento do sentir-se doente.

No modelo biomédico o profissional de saúde actua com uma atitude paternalista, centrando a informação em si. Não sente o dever de informar o utente sobre a sua situação de saúde e sobre as hipóteses terapêuticas, riscos e estimativas de sucesso. São assim criadas condições para assumir a liderança no processo de tomada de decisão, pois não reconhece o outro como parceiro no processo terapêutico, nem lhe reconhece o direito à autodeterminação.

Neste modelo é considerado mau utente aquele que levanta questões e quer ter parte activa no processo de decisão no plano terapêutico. Em oposição o bom utente é aquele que delega nos profissionais de saúde todas as decisões sem as questionar, acomodando-se.

Mas o conceito de saúde e bem-estar foi evoluindo e passou a considerar-se que *“a saúde e a doença não podem ser restritas aos factores biológicos ou orgânicos, pois as dimensões psicológica e social da pessoa são igualmente relevantes”* (Reis, 1998:39).

Gradualmente foram sendo reforçadas a importância da integração dos factores psicossociais e biológicos como um todo para a compreensão dos fenómenos da saúde e doença e a importância da afectividade, espiritualidade, bem-estar e qualidade de vida na realização do homem em equilíbrio.

No modelo biopsicossocial é aceite à partida ser a dimensão biológica do homem a explicar algumas características da doença, mas não o processo de adoecer e o modo como a pessoa vivência esse processo. Este modelo fundamenta-se na inter relação das dimensões biológica, psicológica e social do ser humano, valorizando a pessoa no seu todo e não só as vertentes bioquímicas e fisiológicas. É enfatizada a interdisciplinaridade pois na análise do processo de doença estão incluídas as outras dimensões do homem.

O papel do doente é expor as suas crenças, valores e significações ou interpretações sobre o seu estado de saúde que são avaliados por um profissional de saúde com a responsabilidade de colher dados sobre essa situação de saúde e melhor planear o processo terapêutico. Ao profissional de saúde compete procurar compreender o sofrimento e a disfunção que levam a pessoa a assumir o papel de doente e a procurar ajuda.

O utente continua a assumir um papel passivo, não se valorizando a sua autonomia no processo saúde/doença, *“a pessoa não confronta nem é confrontada com as suas concepções e interpretações sobre o seu estado de saúde ou sobre o processo de diagnóstico e de tratamento. Limita-se a ser um espectador dos vários procedimentos clínicos ou preventivos, impostos por outrem”* (Reis, 1998:151). No processo de tomada de decisão continua a não ser considerado o direito à autodeterminação do utente.

Na década de setenta surge uma nova disciplina, a psicologia da saúde, dando origem à segunda revolução da saúde que coloca a tónica na saúde e não na doença. É dada então uma importância acrescida à responsabilidade individual na aquisição de comportamentos direccionados à promoção da saúde, a qual é, saliente-se, um conceito multidisciplinar.

A carta de Ottawa em 1986 define a promoção da saúde como o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar. Como refere Ramos (2004:102), “A conferência de Ottawa (OMS, 1986) salienta as seguintes estratégias para a promoção da saúde:

- criação de ambientes físicos e sociais de suporte;
- definição de políticas públicas que promovam a saúde;
- reforço da participação activa dos indivíduos e da comunidade;
- desenvolvimento das aptidões e competências individuais;
- reestruturação dos serviços de saúde.”

Aos profissionais de saúde é atribuído o papel fundamental de facilitar o desenvolvimento de competências dos cidadãos actuando como mediadores a favor da saúde.

A relação entre os profissionais de saúde, o cidadão e a comunidade passará a ser de parceria devolvendo à população poder em matéria de saúde, retirando-o às instituições e aos profissionais.

Há então uma nova visão dos cuidados de saúde, apoiada no modelo holístico, no qual a pessoa e o seu ambiente passam a constituir um todo, existindo como componentes dessa totalidade os factores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais.

O profissional será o parceiro nos cuidados de saúde, portador de conhecimentos técnicos, científicos e competências, numa relação terapêutica, em que são igualmente valorizados os conhecimentos do utente, as suas significações sobre a doença e a saúde e sobre os procedimentos no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Por outro lado é o utente que conhece melhor a sua vida, o confronto das suas ambições, intenções e expectativas e aquilo que pode e é capaz de realizar. Quando o utente participa na tomada de decisão do que vai fazer, fica obviamente mais motivado, aderindo mais e melhor ao que ficou acordado.

Ao utente é atribuído um papel activo e participativo com o intuito de desenvolver o potencial de cada indivíduo, família, grupo ou comunidade. Referindo a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), os cidadãos enquanto utentes devem ter um papel activo na promoção da sua própria saúde, fazendo valer os seus direitos e cumprindo os seus deveres.

6.2 – A Comunicação e a Informação

A comunicação é indispensável ao acolhimento do utente e contribui decisivamente para o desenvolvimento da relação de ajuda com o utente.

Como refere Phaneuf (2001:VI), *“A comunicação é um processo de troca, de partilha de informações e de sentimentos, que se desenrola num clima de abertura entre duas pessoas que se exprimem numa linguagem verbal e não verbal.”*

A utilização das palavras continua a ser a maneira mais completa de as pessoas se entenderem.

A comunicação realiza-se simultaneamente em vários níveis:

- Cognitivo e informativo composto por palavras e frases, às quais se atribuem sentido. Inclui lógica, congruência e raciocínio.
- Afectivo ligado ao significado profundo e emotivo da mensagem, aos sentimentos que ela faz nascer.

Ou como nos refere Ramos (2004:297), numa perspectiva transformadora, *“A comunicação é um processo bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo, irreversível, que se produz num dado contexto físico e social, influenciando o comportamento.”*

Todos nós temos responsabilidades na melhoria das técnicas de comunicação, o que pressupõe conhecimento, empenho, cooperação para aumentar o envolvimento e participação no cumprimento dos objectivos da organização.

A comunicação tem acompanhado gerações de profissionais. Sem a comunicação não existe o profissional de saúde, pois esta é o cerne do seu papel profissional.

Os actos comunicacionais interpessoais podem apresentar diversas formas, que motivam ou são motivados por diferentes padrões culturais, diferentes instituições sociais e diferentes maneiras de ser (Pearce, 1994).

No exercício dos profissionais de saúde, a comunicação é aceite como crucial, uma vez que constitui uma componente essencial do relacionamento entre o profissional de saúde, o utente e as visitas do utente internado. A presença ou ausência de uma comunicação eficaz determina o ambiente em que os cuidados de saúde são prestados e recebidos.

Como refere Ramos (2004:298, citando Fallowfield, 1990, Emanuel, 1992, Levine, 1992), “...vários estudos mostram que fornecer informação aos doentes e envolvê-los satisfaz várias necessidades:

-Ao nível médico-legal permite o consentimento informado;

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

O utente que necessita de nós profissional e humanamente deve ser o centro das nossas atenções no processo de cuidar, não ignorando todos os valores que lhe são inerentes, e que decorrem dos direitos e deveres estabelecidos e por todos assumidos.

Ao envolver o utente nos cuidados deverá ser fornecida informação clara, esclarecedora e precisa, estimulada a participação na decisão e nos cuidados e procedimentos a realizar, esclarecendo dúvidas com abertura e de modo adequadamente acessível, motivando-o a aderir ao procedimento terapêutico.

Não se esqueça que quando falamos de comunicação referimo-nos ao “...*intercâmbio recíproco de informações, ideias, crenças, sentimentos e atitudes entre duas pessoas (...)* é

um processo dinâmico que exige adaptações contínuas por aqueles envolvidos nesse processo” (Taylor, 1992:56).

Assim os valores e crenças dos profissionais de saúde e dos indivíduos com quem interage influenciam o processo comunicacional.

Segundo Pender (1987:159) *“a nossa compreensão e explicação da realidade, apoia-se naquilo em que se acredita e se valoriza quer do ponto de vista cognitivo quer no afectivo”.*

Aos hábitos de vida e crenças ligaram-se valores, sendo o valor o grau de importância e de estima social concedidos a uma ou outra crença, o que cria para o grupo uma necessidade de a proteger e defender. Os valores apoiam-se no conhecimento efectivo de hábitos de vida que um ou outro grupo considera necessário manter, em função de um dado meio.

Desta forma a mudança apenas pode acontecer a partir da reflexão sobre as práticas.

Collière (1999:277) confirma este poder transformador da reflexão quando diz que: *“A dúvida põe em causa uma crença, introduzindo uma incerteza; é o rastilho de todo o conhecimento novo (...) de uma maneira de ver, de compreender e depois de proceder de maneira diferente”.*

A construção social apesar de se revelar complexa, é realizada a partir da interacção entre as pessoas, das trocas de palavras, das conversas (actos de fala), que ajudam a consolidar, a escolher e a criar as nossas relações, as nossas crenças e também o nosso conceito de indivíduo.

A comunicação envolve transacções entre as pessoas, consistindo num processo de troca de informação que é dinâmico e se encontra em constante mudança.

A palavra comunicação vem do latim *«communis»*, que significa comum; assim comunicação significa a existência de significados comuns para o emissor e receptor.

Os significados comuns não significam que os dois ou mais intervenientes tenham ideias semelhantes, mas que saibam descodificar o conjunto de símbolos existentes no processo.

As pessoas em conversação co-constroem as suas realidades sociais e simultaneamente são moldadas pelos mundos sociais que criam. O modo como comunicam, tanto como o conteúdo do que dizem determinam como se sentem consigo próprias e com os outros.

Lembremos ainda e de acordo com Pearce (1994), que os interlocutores não têm um completo controlo sobre o significado daquilo que dizem, pois a comunicação aponta para além de si própria.

É através da comunicação que se estabelece um elo de ligação entre o profissional de saúde/utente/família/comunidade, como resposta à satisfação das necessidades humanas básicas.

7 – A RELAÇÃO DE AJUDA E A HUMANIZAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE

O mundo actual apresenta-se complexo, o que condiciona o percurso harmonioso de cada pessoa inserida na sua família, na sua comunidade, e em todo o ambiente envolvente.

A relação de ajuda aplicada aos cuidados de saúde conserva o seu carácter de respeito e de confiança no homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa (Phaneuf, 1985).

No contexto dos cuidados e serviços de saúde só é possível humanizar se considerarmos o homem como um todo numa perspectiva holística. A humanização deve orientar-se portanto para o lado subjectivo do utente, aceitando a construção de significações sobre processos de saúde e doença que cada pessoa faz.

Ao cuidar de idosos o profissional de saúde deverá ter já aprofundado os conhecimentos sobre o processo de envelhecimento, saberá identificar as necessidades afectadas e realizará a sua intervenção de acordo com os recursos existentes, tendo por finalidade a promoção e a manutenção da autonomia do utente.

Os contactos com o idoso são frequentemente, para muitos profissionais de saúde, inseridos na prática dos cuidados diários (refeições, posicionamentos, medicação, higiene) e embora por vezes de curta duração, deverão servir para estabelecer uma relação de ajuda, sem ser necessário consagrar-lhe um tempo determinado.

Rogers (1980), refere que a pessoa carente de ajuda, após intervenção do profissional de saúde que pratica no seu cuidar, relação de ajuda, vai buscar as suas capacidades latentes e a relação que se estabelece, permite actualizá-la da forma que melhor convém às características daquela pessoa. Nesta intervenção o profissional de saúde ajuda a pessoa a reconhecer o seu modo particular de estar no mundo, acolhe-o e deixa-o crescer.

O estabelecimento de uma relação de ajuda pode permitir ao idoso a diminuição do sofrimento, da solidão e do isolamento, tão frequentes nesta faixa etária. Ao envelhecer as forças, a energia declinam levando o idoso a exprimir os seus sentimentos relativamente à

sua impotência e à sua perda de autonomia, pelo que a intervenção do profissional de saúde pode contribuir para atenuar o efeito das perdas, proporcionando-lhe um ambiente seguro.

O alívio do sofrimento não pode ser somente um imperativo ético, deve constituir a referência fundamental da prática de cuidados, o horizonte de focagem da sua intervenção.

O profissional de saúde deverá possuir a capacidade para demonstrar afecto ao idoso, de se sentar junto dele, de o informar, de discutir os problemas que o preocupam e só assim poderá entender as alterações sensoriais, emocionais, físicas e espirituais do idoso, que permite a ambos estabelecer estratégias de comunicação e compreensão.

Hoje assiste-se a uma cada vez maior consciência ecológica, a um maior respeito pelos direitos humanos e à não-aceitação da discriminação. Os valores humanistas têm apresentado uma evolução favorável, numa população cada vez mais bem informada e com a consciência ecológica em ascensão.

Os cuidados efectivamente prestados surgem da dificuldade de adequar os cuidados que se desejam prestar à realidade existente no local de trabalho. A actuação deverá ser direccionada tendo como finalidade central a pessoa, relativizando a importância da actuação científica e técnica do profissional de saúde, quando desintegrada do Ser enquanto Ser humano (Rogers, 1980).

Conforme Hesbeen (2000) refere, o conforto, a doçura, o calor e os mil e um pormenores são quatro elementos que estão presentes numa estrutura de cuidados e a sua ausência é notada.

Trata-se de um ambiente que é criado pela presença do cuidador, pela sua maneira de agir e estar, sentindo o utente como especialmente proveitosa essa actuação.

“O profissionalismo está nesta subtilidade, nesta capacidade de ir ao encontro do outro e dar sentido a esse encontro, e, depois, de fazer o caminho com ele” (Hesbeen, 2000:72).

Imbuir os cuidados de saúde ao idoso destas quatro características é contribuir para um cuidar mais humano, essencial, feito de pequenas coisas, evidenciando a grandeza da ajuda, por vezes discreta, prestada à pessoa.

Ao falar em humanização não é hoje possível fazê-lo sem alertar para situações de violência contra o idoso. A sociedade e mesmo a família continuam a menosprezar os seus direitos e a atribuir-lhes estereótipos pouco dignificantes.

São exemplos de violência contra o idoso os maus tratos físicos, a falta de atenção e carinho, a falta de tempo para os ouvir e servir, a falta de estimulação, considerá-los em massa e não como pessoas individuais, as dificuldades na assistência a todos os níveis, a começar pela saúde, não lhes dar trabalho ou ao menos alguma ocupação, o culto da juventude, renegando o que já não é jovem, e também a falta de adequação das estruturas arquitectónicas para a sua idade (Oliveira, 2005).

Só quando tivermos assimilado as atitudes, os conhecimentos e as competências necessárias é que poderemos assegurar a assistência ao idoso, ajudando deste modo a pessoa de idade a rentabilizar ao máximo as suas capacidades.

A actuação do profissional de saúde, mediante a qual este competente e capaz se ocupa do bem de outra que se apresenta indefesa, tem na realidade um significado humanitário, ético e moral da maior nobreza.

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – METODOLOGIA

Ir-se-á agora descrever a forma como se pretende orientar o estudo e conduzir a pesquisa. Considera-se esta fase de primordial importância no desenrolar do trabalho, pelo que se irá referir qual a metodologia a utilizar nas diversas etapas.

Com o intuito de melhor clarificar as ideias que pretendemos transmitir, dividimos este capítulo em várias etapas, das quais destacamos:

- Tipo e Delineamento do Estudo
- População e Amostra
- Instrumento de Colheita de Dados
- Pré-teste e Análise de Dados
- Procedimentos Éticos e Legais

1.1 – Tipo e Delineamento do Estudo

Resultando da necessidade de melhor adequar os serviços prestados aos utentes idosos num serviço de ortopedia, surgiu a necessidade de conhecer a opinião dos mesmos relativamente ao acolhimento prestado.

Emergiu então a questão derivada da pesquisa e reflexão sobre o tema:

Quais os factores que contribuem para o bom ou mau acolhimento do idoso no internamento de ortopedia na opinião dos idosos internados.

Foi delineado como objectivo principal:

- *Conhecer os factores que contribuem para o bom ou mau acolhimento do idoso no internamento de ortopedia na opinião dos idosos internados.*

Especificamente importará:

- Identificar as acções e actividades dos profissionais de saúde que contribuem para o acolhimento do idoso no internamento de ortopedia na opinião dos idosos internados.
- Conhecer a importância atribuída aos factores que contribuem para o bom ou mau acolhimento do idoso no internamento de ortopedia na opinião dos idosos internados.

- Identificar as sugestões e as preocupações relativamente aos factores que contribuem para melhorar o acolhimento do idoso no internamento de ortopedia na opinião dos idosos internados.

Sendo o fenómeno em estudo uma experiência pessoal e subjectiva optou-se por um estudo de paradigma qualitativo. Como também é característica nos métodos qualitativos, os investigadores “*Procuram compreender as perspectivas daqueles que estão a estudar, de todos na globalidade e não apenas de alguns*” (Carmo & Ferreira, 1998:180).

Nesta fase de delineamento é permitido ao investigador tomar decisões metodológicas, planear o estudo e elaborar as estratégias que pretende utilizar. Optou-se por realizar um estudo exploratório descritivo, uma vez que este, segundo Fortin (1999:52) “*consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido*”

Convém ainda referir, de acordo com Gil (1991:45) que “*as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisadas para estudos superiores.*”

Este tipo de estudo tem por objectivo não só uma maior apreensão de dados sobre as características da população em estudo mas também os fenómenos sobre que incidiram menos investigações, o que possibilita identificar e caracterizar os factores ou conceitos determinantes que, de alguma forma, se associem ao fenómeno. Portanto trata-se de um estudo de nível 1, pelo que de acordo com Fortin (1999) não apresenta hipóteses.

1.2 – População e Amostra

A selecção da população em estudo é um momento muito importante na estruturação da investigação. É necessário definir a população e os sujeitos que esta representa. O termo população refere-se a todos os sujeitos de um conjunto, que se distinga dos restantes por apresentarem determinadas características que os diferenciam dos outros. Polit e Hungler (1995:143) referem que a população “*... é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios*”.

Como população acessível temos os utentes com 65 ou mais anos internados em ortopedia num Hospital Ortopédico da Grande Lisboa.

Atendendo à dimensão do grupo que se pretende analisar, há que escolher alguns dos elementos do grupo que o permitam retratar de forma válida, o que implica a utilização de uma amostra, conceito que é definido por Fortin (1999:202) como “*um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.*” Desta forma as características da população devem estar sempre presentes na amostra seleccionada.

Foi utilizada a técnica de selecção não probabilística pelo que a probabilidade de pertencer à amostra não foi igual para todos os elementos da população. Assim, nesta situação, a amostra foi seleccionada com base nos critérios que pré-definimos para o nosso estudo, por julgarmos serem pertinentes e adequados ao tipo de investigação que queríamos realizar. Os critérios de inclusão que utilizámos para seleccionar a amostra foram:

- Serem utentes internados em ortopedia num Hospital Ortopédico da Grande Lisboa;
- Serem utentes com 65 ou mais anos de idade;
- Terem capacidade de comunicação verbal, estarem conscientes e orientados no tempo e no espaço;
- Estarem internados aquando do período da colheita de dados;
- Terem um internamento superior a três dias.

A escolha da amostra foi realizada por conveniência o que quer dizer “*...favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeitos de um estudo...*”(Polit & Hungler, 1995:146). Assim os sujeitos que utilizámos para a nossa amostra foram todos os utentes que no período da recolha de dados, possuíam os critérios de inclusão acima referidos.

A amostra a trabalhar será uma amostra não probabilística accidental. De acordo com Fortin (1999:208), “*a amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.*” A amostra accidental “*...é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, no momento preciso,*

como, por exemplo, as pessoas hospitalizadas. Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o efeito desejado.”

As entrevistas foram realizadas entre 1/04/2007 e 30/06/2007 conforme programado. Os sujeitos da amostra são 30 utentes que previamente foram elucidados sobre os objectivos do estudo, das condições propostas, das vantagens e desvantagens do mesmo sendo solicitado o seu consentimento para a participação no estudo, o qual foi dado verbalmente.

1.3 – Instrumento de Colheita de Dados

A escolha dos métodos mais eficazes para a colheita de dados, num processo de pesquisa, contribui em grande parte para o sucesso da mesma. Constitui portanto uma das fases mais significativas da investigação. O instrumento escolhido foi a entrevista.

“De acordo com as múltiplas situações em que podem ocorrer, as entrevistas assumem diversos formatos de modo a adequar-se convenientemente às contingências do ambiente e aos objectivos que o investigador se propõe atingir” (Carmo & Ferreira, 1998:129).

Atendendo a que a população em estudo possui uma grande experiência de vida e se pretende centrar o tema da entrevista no acolhimento optou-se por uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e perguntas fechadas.

A entrevista semi-estruturada vai ao encontro dos objectivos delineados para a temática deste estudo, porque permite colher informação nesta amostra relativamente às suas ideias, preferências, comportamentos, sentimentos, expectativas e atitudes.

Na preparação da entrevista foi dedicado um especial cuidado pois *“...pretende-se criar um ambiente de partilha voluntária de informação e não de aquisição coerciva da mesma”* (Carmo & Ferreira, 1998:126).

Foi elaborado um guião (Anexo nº 2), para a realização das entrevistas constituído por duas partes. A primeira com orientações sobre o tema, objectivo e garantia de confidencialidade. A segunda com as questões orientadas para a colheita de informação.

O instrumento de colheita de dados foi elaborado e decidido o registo sob a forma manuscrita pelo investigador no momento da entrevista. Esta opção foi ponderada como a

melhor, visto os entrevistados serem pessoas idosas que possivelmente não estariam muito familiarizadas com a presença de um gravador, ou seria factor fortemente limitativo da amostra a resposta dos próprios por escrito.

Por outro lado o investigador pôde desta forma validar com o entrevistado as respostas efectuadas no momento da entrevista. Este procedimento foi facilitador pois o entrevistado pôde constatar o que estava a ser registado, demonstrando confiança no decorrer da entrevista.

De salientar que o investigador exerce a profissão de enfermeiro na prestação de cuidados, no serviço onde decorreu o estudo, o que poderá ter acarretado algum receio no início da entrevista e que rapidamente foi aparentemente ultrapassado pelo interesse demonstrado pelos entrevistados nos temas tratados. Por outro lado, ao ser a entrevista conduzida por alguém que não era completamente estranho facilitou a aproximação.

1.4 – Pré-Teste e Análise de Dados

Polit e Hungler (1995: 169) referem que “ *um pré-teste constitui uma tentativa para se determinar, se o instrumento está enunciado de forma clara e se ele solicita o tipo de informação que deseja* “. Sendo assim, evita-se o falseamento dos resultados, garantindo-se que não existam erros.

É praticamente impossível antever de forma exaustiva os problemas e dificuldades que decorrem de uma pesquisa que incida numa colheita de dados. Assim, depois de elaborado o guião da entrevista procedeu-se ao seu pré-teste de forma a verificar até que ponto o instrumento de colheita de dados tinha condições de garantir resultados isentos de erros.

O pré-teste foi realizado a dois utentes abrangidos pelos critérios pré-definidos para o nosso estudo. Entendeu-se então ser mais facilitador subdividir algumas perguntas de modo a não ficarem temas sem resposta.

Os utentes foram entrevistados individualmente, em ambiente privado, com tranquilidade e privacidade e as entrevistas foram realizadas num único momento acordado com o utente. Todos os utentes foram entrevistados estando em vias de ter alta hospitalar e tendo já

efectuado o primeiro levante da cama para a cadeira. A duração das entrevistas foi muito variável, mas a média rondou os 40 minutos.

Relativamente ao tratamento dos dados recorreu-se à análise de conteúdo para as perguntas abertas. Como refere Carmo e Ferreira (1998:253) na “...*análise qualitativa, a noção de importância implica a novidade, o interesse, o valor de um tema.*”

A análise de conteúdo segundo Quivy e Champenhoudt (2005:227) “...*oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade,...*”.

Por considerarmos ser este um estudo fenomenológico para a análise de dados efectuámos o seguinte percurso:

- As entrevistas foram numeradas de um a trinta, codificando-as respectivamente (E1; ...; E30);
- De seguida foram transcritas e agrupadas as respostas por questão, sendo então lidas e relidas várias vezes para colocar em evidência o sentido global do texto;
- Foram identificadas as unidades de significação;
- Procedeu-se ao desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação elaborando quadros com o agrupamento das codificações respectivas
- Foi elaborada a síntese do conjunto das unidades de significação.

Para o tratamento das perguntas fechadas foi utilizada a estatística descritiva com recurso ao tratamento através do programa EXCEL.

1.5 – Procedimentos Éticos e Legais

Ao assumir-se os cuidados de saúde realizados nas nossas instituições hospitalares, assentes em princípios e regras científicas, é impensável o desenvolvimento das mesmas, sem o apoio da investigação, seja ela incidente sobre os utentes, suas necessidades e adequação dos cuidados às mesmas ou sobre o seu círculo familiar e de amigos.

Naturalmente a ética que “... *no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e arte de dirigir a conduta.* “ (Fortin, 1999:114), assume um papel determinante na investigação, pois em momento algum se pode esquecer que toda e qualquer pessoa tem direitos.

A bioética, engloba além da tradicional ética médica uma extensa lista de problemas do indivíduo, referentes aos direitos e obrigações dos profissionais, dos doentes e da sociedade, os quais se relacionam com a saúde (Queirós, 2001).

Assim, a investigação tem o seu espaço, mas claramente delineado pelo domínio dos direitos das pessoas, começando o problema logo no respeito pelo direito do utente à autodeterminação. Um equilíbrio constante entre fiabilidade, rigor, verticalidade e respeito deve (e só assim se poderá falar em protecção dos direitos do utente) permitir que nasça uma natural confiança, que pressupõe um reconhecimento por parte do investigador de todo um universo que poderá ser diferente do seu, pois o utente pode ter crenças e valores que têm que ser totalmente respeitados, nomeadamente num contexto em que o utente poderá inclusive estar fragilizado. Há que preservar pois, na totalidade, o conceito de Dignidade Humana, o direito a ser uma pessoa individualmente considerada.

Nesta investigação foram respeitadas as considerações éticas relacionadas com:

- Consentimento informado;
- Anonimato e confidencialidade;
- Obtenção dos dados;
- Tratamento dos dados;
- Relação participante / investigador.

Neste contexto e seguindo rigorosamente as regras expostas, apresentámos à Direcção de Enfermagem do Hospital Ortopédico onde o estudo foi realizado, o nosso pedido para ser aplicado o instrumento de colheita de dados (entrevista) aos utentes do Hospital onde foram também mencionados os objectivos do estudo. A resposta foi favorável (Anexo nº 1).

2 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste capítulo, com o intuito de apresentar as características da amostra em estudo, são apresentados os resultados referentes à caracterização da amostra:

Sexo; idade; escolaridade; estado civil; filhos; agregado residencial; dimensão do núcleo residencial; familiares a cargo; quem se inteira da situação de doença.

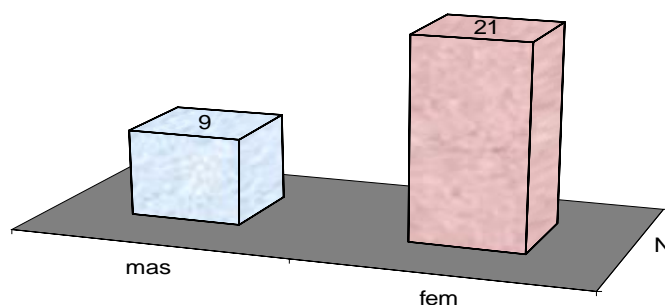
Os resultados estão apresentados em gráficos, sendo omitidos o local e a data onde foi efectuado o estudo, assim como as fontes dos mesmos, tendo em consideração que estas informações já foram mencionadas anteriormente.

2.1 – Sexo

Como se pode verificar no gráfico nº 1, dos 30 utentes que fizeram parte deste estudo, 21 são do sexo feminino, e 9 do sexo masculino. Como é sabido na população idosa predomina o sexo feminino, em virtude de a população feminina continuar a possuir um maior índice de esperança de vida que a população masculina.

Esta população feminina é profundamente afectada pelos efeitos da menopausa, demarcando-se nesta a osteoporose e os problemas osteoarticulares, resultando daí também a sua maior representatividade no internamento de ortopedia.

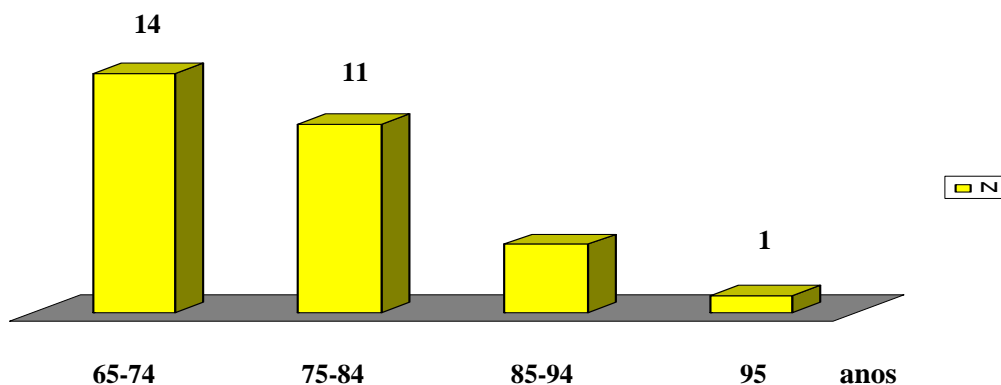
Gráfico nº 1 – Sexo



2.2 - Idade

Na amostra em estudo, conforme se verifica no gráfico nº 2, as idades têm uma distribuição compreendida entre os 65 e 95 anos. Destes 14 encontram-se no grupo dos 65-74 anos, 11 no grupo dos 75-84 anos e os restantes 5, têm 85 ou mais anos.

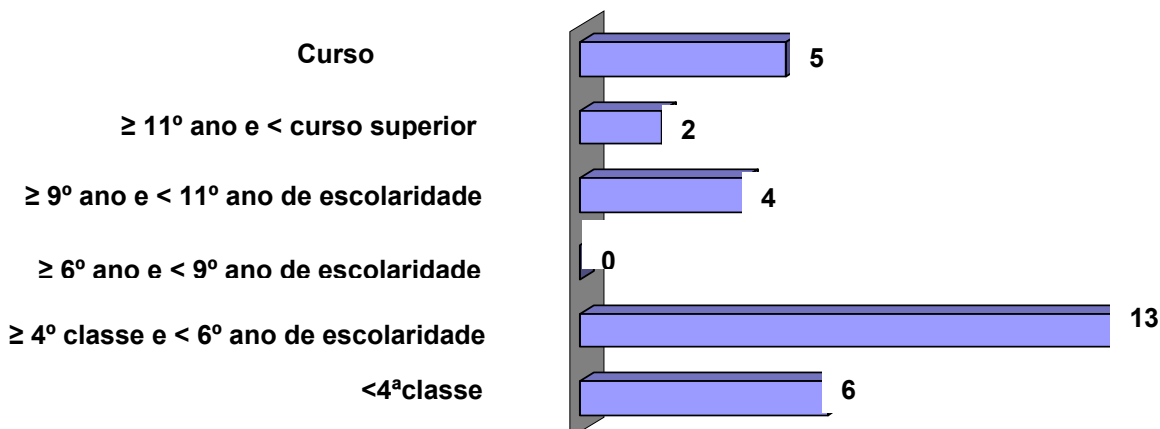
Gráfico nº 2 - Idade



2.3 - Grau de Escolaridade

Pela observação do gráfico nº 3, verificamos que 19 utentes possuem uma escolaridade inferior ao 6º ano e os restantes 11 utentes, uma escolaridade superior ou igual ao 9º ano. Como refere Leandro (2001:284), “*importa, todavia, deixar claro que se envelhece diferentemente, segundo o sexo e a condição social (...) a esperança de vida é, normalmente mais curta para a classe operária do que para as classes médias.*” Talvez seja por este motivo que nesta amostra de utentes idosos, conscientes e orientados no tempo e no espaço, o grau de escolaridade não seja tão baixo quanto seria de supor.

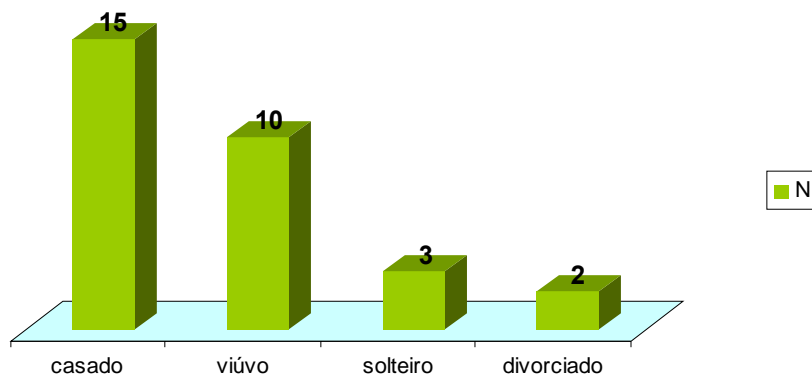
Gráfico nº 3 - Grau de escolaridade



2.4 – Estado Civil

Na amostra em estudo como se pode observar no gráfico nº 4, referenciando o estado civil, 15 utentes são casados, 10 utentes são viúvos, 3 utentes são solteiros e 2 utentes são divorciados.

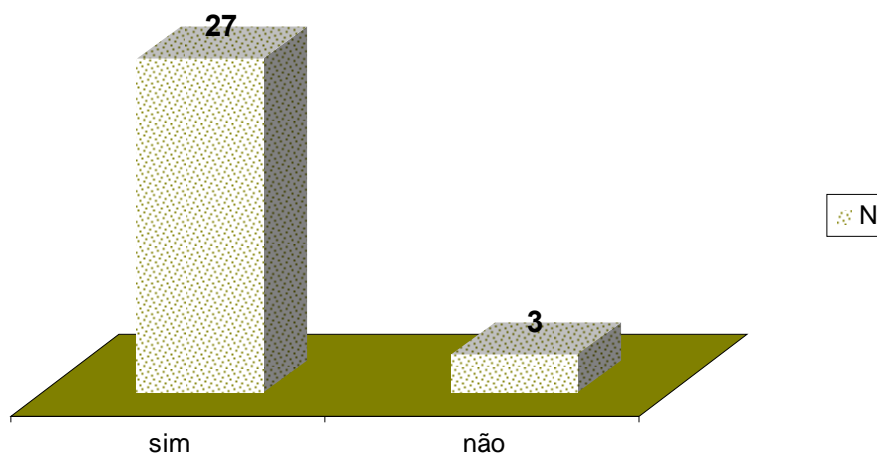
Gráfico nº 4 - Estado civil



2.5 – Filhos

Conforme se pode observar no gráfico nº 5, constatamos que 27 utentes têm filhos e 3 não têm filhos.

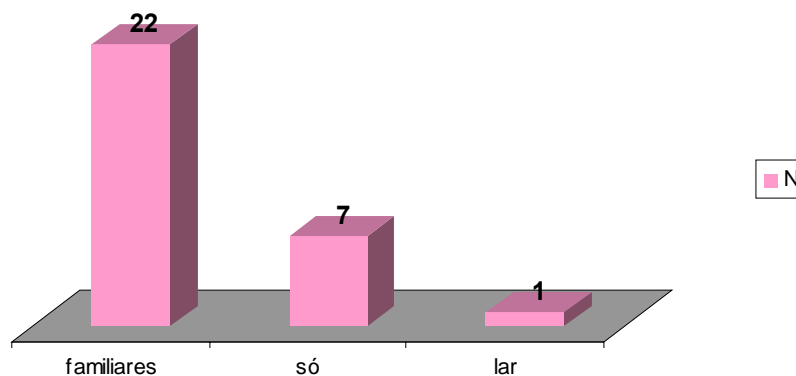
Gráfico nº 5 - Filhos



2.6 – Agregado Residencial

Conforme verificamos no gráfico nº 6, relativamente ao agregado residencial, 22 utentes vivem com familiares, 7 utentes vivem sozinhos e uma utente vive num lar.

Gráfico nº 6 - Agregado residencial



2.7 – Dimensão do Núcleo Residencial

Pela observação do gráfico nº 7, verificamos que a dimensão do núcleo residencial para 12 utentes é composto por várias pessoas, para 11 utentes é composto por duas pessoas e para 7 utentes é composto por uma pessoa.

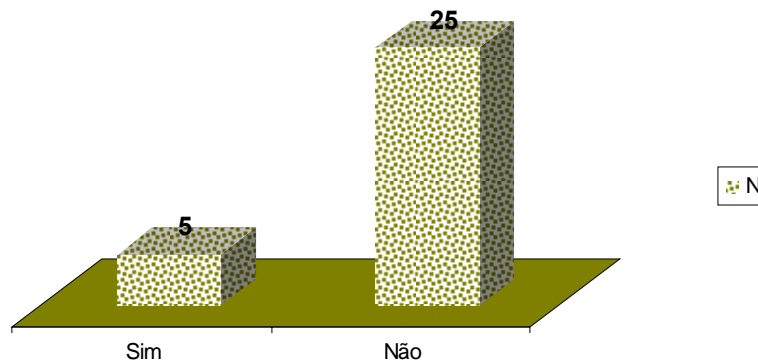
Gráfico nº 7 - Dimensão do núcleo residencial



2.8 – Familiares a Cargo

Conforme se pode verificar no gráfico nº 8, relativamente à existência de familiares a cargo, 5 utentes têm familiares a cargo e 25 utentes não têm familiares a cargo.

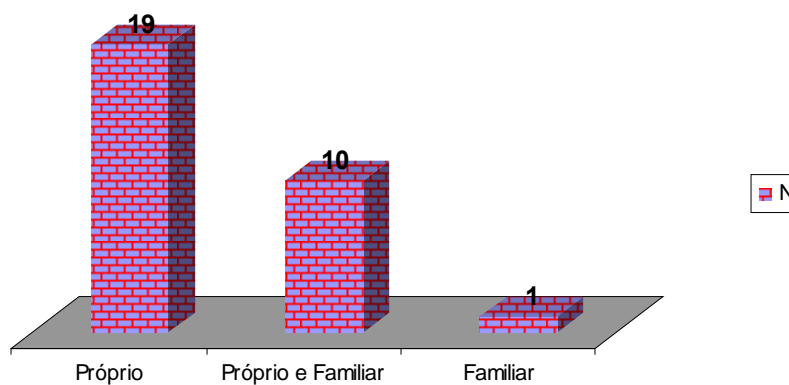
Gráfico nº 8 - Familiares a cargo



2.9 – Quem se Inteira da Situação de Doença

Pela observação do gráfico nº 9, verificamos que 19 utentes referem ser os próprios a inteirar-se da situação de doença, 10 utentes referem serem o próprio e familiar a inteirar-se da situação de doença e 1ª utente refere ser a família a inteirar-se da situação de doença.

Gráfico nº 9 - Quem se inteira da situação de doença



3 – ACOLHIMENTO DO UTENTE

Neste capítulo, no intuito de dar resposta aos objectivos do trabalho, são apresentados, analisados e interpretados os dados obtidos pela entrevista. Os resultados estão apresentados em quadros, sendo omitidos o local e a data onde foi efectuado o estudo, assim como as fontes dos mesmos, tendo em consideração que estas informações já foram mencionadas anteriormente.

Estiveram presentes a fidedignidade dos dados colhidos pela entrevista, analisando e interpretando os dados de modo a não manipular os resultados. Desta forma, em nossa opinião respeitámos os princípios éticos inerentes à investigação.

Como se sabe, a família e os amigos são para o idoso a fonte de aconchego, identidade, lembranças e segurança. É também para todos nós, adultos, jovens, crianças ou idosos, impensável emocionalmente, culturalmente e socialmente numa situação de doença sermos privados do contacto e apoio dos nossos entes queridos.

“De facto, a família é, em Portugal e nos países do sul da Europa, a unidade básica de suporte a todos aqueles que careçam de cuidados,...” (Sousa et al., 2006:53).

As instituições hospitalares são conhecedoras desse desejo e necessidade dos utentes, sendo que cada vez mais sabem também do benefício que a presença dos mesmos trás. Mas este benefício está condicionado por regras de acesso na forma de horários estabelecidos.

Na Instituição Hospitalar em estudo as visitas são confrontadas com o seguinte horário:

- Os sete dias da semana das 15 às 16 horas (máximo duas visitas junto ao utente);
- Nos dias úteis uma visita única das 18.30 às 19 horas.

3.1 – Horário Proporcionado às Visitas

As opiniões sobre o **Horário proporcionado às visitas** são apresentadas no Quadro nº 1.

Neste surgem duas subcategorias: **Adequado** e **Inadequado**.

Na subcategoria **Adequado**, surge o significado:

- **Bom,**

“Acho bem, é um horário bom” (E4).

Na subcategoria **Inadequado** está a grande maioria dos entrevistados que expressam as suas dificuldades com o horário com que se vêm confrontadas as suas visitas surgindo os significados:

- **Há facilidades no nº de visitantes,**

“Gosto que facilitem e deixem estar mais que duas pessoas” (E5);

- **Há facilidades para ultrapassar o horário,**

“No meio disto tudo valha-nos o pessoal que é simpático e facilita o horário, não nos fazendo sair logo as visitas” (E15);

- **Há concentração de visitas,**

“Assim juntam-se aqui muitas visitas que não vamos dizer para irem embora” (E24);

- **Reserva na necessidade de silêncio,**

“O alargamento devia existir, mas não ser em exagero para permitir o silêncio necessário a um bom ambiente” (E14);

- **Dificuldade para quem trabalha,** (expresso por 20 entrevistados),

“Podia ser mais alargado e a horas mais adequadas a quem trabalha” (E11);

“Para quem trabalha não é facilitador” (E26);

- **Dificuldade na duração (geral),** (expresso por 14 entrevistados)

“Há horários noutras hospitais que são melhores, têm mais tempo” (E10);

“O horário é curto e por vezes as visitas são muitas pois dou-me com toda a gente” (E13)

“Se fosse das 16.30 às 19.30 horas seria o ideal” (E24);

- **Dificuldade na duração (fim-de-semana),**

“É curto em especial ao fim de semana. A minha mulher trabalha ao fim de semana e por vezes não consegue vir ver-me porque o horário é somente das 15 às 16 horas” (E20)

“Ao fim de semana devia ser mais alargado pois as pessoas têm mais disponibilidade para nos visitarem” (E25);

- Dificuldade na duração (visita da noite),

“A visita da noite, sendo das 18.30 às 19 horas é-nos prejudicial porque quando chega o jantar (às 19 horas), as nossas visitas não nos podem acompanhar nessa altura e têm de sair” (E15).

O horário proporcionado às visitas como podemos constatar pelos depoimentos é incómodo. Torna-se inadequado por dificultar o contacto do utente com os seus familiares que trabalham e é fortemente limitativo na duração.

É inquestionável a importância do apoio emocional em situações de stresse ou doença e a família e amigos são a fonte natural desse apoio. Daí que estes utentes em face de um horário totalmente inadequado às suas necessidades, expressem o seu desacordo com o mesmo.

Quadro nº 1 - Horário proporcionado às visitas

Categoria	Subcategoria	Significados	Nº de Registo
Horário	Adequado	Bom	E2,E3,E4,E19,E29
	Inadequado	Há facilidades no nº de visitantes	E5
		Há facilidades para ultrapassar o horário	E15
		Há concentração de visitas	E13,E15,E24,E25
		Reserva na necessidade de silêncio	E14
		Dificuldade para quem trabalha	E5,E7,E9,E10,E11,E13,E14,E15,E16,E17,E18,E20,E21,E22,E23,E24,E26,E27,E28,E30
		Dificuldade na duração (geral)	E7,E8,E9,E10,E11,E12,E13,E16,E21,E23,E24,E25,E27,E28
		Dificuldade na duração (fim de semana)	E1,E15,E20,E25
Dificuldade na duração (visita da noite)	E6,E15,E26,E30		

3.2 – Espaço para Receber as Visitas

Relativamente ao **Espaço para receber as visitas**, como se pode observar no Quadro nº 2, surgem as subcategorias, **Bom**, **Razoável** e **Mau**.

Na subcategoria **Bom**, surgem os significados:

- Adequado,

“Penso ser adequado” (E29)

- Facilitador a sala de estar,

“*Gosto que exista uma sala para receber as visitas em especial quando são em maior número*” (E5);

- Espaço verde,

“*O espaço verde é ótimo e gostei no internamento anterior de ir até ao jardim com os meus familiares*” (E6);

- Mas poucas cadeiras,

“*Espaço tem, mas podia haver mais que uma só cadeira*” (E8).

Na subcategoria **Razoável**, surge o significado:

- Aceitável,

“*O espaço não é muito, mas as pessoas cá se orientam*” (E18).

Na subcategoria **Mau**, surgem os significados:

- Reduzido,

“Um pouco mais de espaço, pois por vezes temos mais visitas e é difícil recebê-las condignamente” (E22);

- Sala de estar pouco adequada,

“*No Hospital Amadora-Sintra tem uma coisa boa que são boas salas para receber as visitas*” (E10);

- Horário curto das visitas,

E27- “*Já que o horário é tão limitado, as visitas concentram-se muitas e o espaço torna-se visivelmente limitado*” (E27);

- Circular em cadeira de rodas,

“Quando as visitas estão cá é difícil a deslocação em cadeira de rodas pois o espaço fica apertado” (E14);

- Acesso ao espaço verde,

“Gostaria que o espaço verde envolvente estivesse melhor aproveitado e cuidado para nos podermos lá deslocar e receber melhor as nossas visitas” (E15);

- Poucas cadeiras,

“Devia de haver mais cadeiras para as visitas” (E17).

O espaço para receber as visitas não é o mais adequado, segundo referem uma parte significativa destes utentes. Este condicionamento, atendendo a que também a duração da visita é curta, faz com que a relação a estabelecer com várias visitas simultâneas, esteja sujeita a condicionamentos na proximidade. Esta distância física vai aumentar dificuldades de audição e visão frequentes e afectar a interacção.

Embora só dois utentes o refiram, a deslocação em cadeira de rodas no horário das visitas acentua profundamente a diferença, pelas reais dificuldades de espaço, o que nos casos de recuperação mais demorada é profundamente marcante.

Há pequenas coisas referidas que se forem alvo de um pouco mais de atenção poderão ser melhoradas:

- A sala de estar onde também se arrumam cadeiras de rodas e que poderia ser tornada mais acolhedora e confortável;
- Melhorar o acesso ao espaço verde envolvente ao edifício do internamento e permitir assim que o utente se possa deslocar a este, na companhia dos seus familiares e amigos;
- Disponibilizar mais algumas cadeiras para as visitas;
- Alargar o horário das visitas e assim diminuir a concentração destas.

Se a falta de espaço é notada na presença das visitas, esta acaba por condicionar a presença dos profissionais de saúde nesse horário que preferem realizar as suas tarefas e cuidados fora desse período. A falta de espaço tornar-se-á então também limitativa para uma melhor relação dos familiares com os profissionais de saúde.

Quadro nº 2 - Espaço para receber as visitas

Categoria	Subcategoria	Significados	Nº de Registo
Espaço	Bom	Adequado	E3,E4,E5,E8,E20,E23,E29,E30
		Facilitador a sala de estar	E5,E7
		Espaço verde	E6
		Mas poucas cadeiras	E8
	Razoável	Aceitável	E18,E19,E24,E28
	Mau	Reduzido	E9,E11,E17,E21,E22,E25,E26
		Sala de estar pouco adequada	E10,E15
		Horário curto das visitas	E11,E12,E13,E16,E27
		Circular em cadeira de rodas	E14,E16
		Acesso ao espaço verde	E15,E21
Poucas cadeiras		E17,E22	

3.3 - Privacidade Proporcionada na Recepção das Visitas

Relativamente à **Privacidade proporcionada na recepção das visitas**, conforme se pode observar no Quadro nº 3, surgem os seguintes significados:

- Adaptação às condições existentes,

“Não é a melhor mas lá se arranja um momento ou outro mais adequado” (E18);

“Se necessário poder-se-ia ir até à sala de estar para ter uma conversa privada” (E20);

- Falta de privacidade,

“Considero importante e faltam condições para que se tenham momentos a isso destinados” (E22);

- Melhoria de privacidade, se o espaço estivesse melhor aproveitado,

“Poderia existir porque a instituição até tem espaço, mas este não é aproveitado, pelo que não existem condições de privacidade” (E15).

Estes utentes valorizam a privacidade Nesta instituição de saúde os serviços são organizados por salas de quatro camas e se por um lado facilitam um convívio mais próximo, por outro é natural a necessidade de um pouco de privacidade própria e na relação do utente com os seus familiares e amigos.

As cortinas que existem para separar as camas quando necessário não permitem uma conversa privada. É necessário desenvolver e aplicar estratégias para que se ultrapasse esta dificuldade expressa por estes utentes.

Quadro nº 3 - Privacidade proporcionada na recepção das visitas

Categoria	Significados	Nº de Registo
Privacidade	Adaptação às condições existentes	E3,E4,E5,E6,E7,E8,E14,E18,E19,E20, E24,E26,E27,E29,E30
	Falta de privacidade	E9,E12,E14,E15,E16,E17,E21,E22,E25
	Melhoria de privacidade, se o espaço estivesse melhor aproveitado	E10,E11,E13,E15,E16,E17

3.4 - Perspectiva de Independência na Sequência do Internamento

Relativamente à **Perspectiva de independência na sequência do internamento** conforme se pode observar no Quadro nº 4 surgem os seguintes significados:

- Perspectivas positivas de melhoras,

“Tenho Fé que fique melhor pois tenho confiança no médico” (E21);

“Estou a contar ficar melhor e melhorar a minha independência pois vim ser operada a uma deformidade no pé. Penso vir fazer a mesma operação ao outro pé” (E28);

- Retoma da independência,

“Vou voltar ao normal e faço os possíveis por ajudar” (E2);

“Penso que vou retomar a minha independência” (E26);

- Precisa de tempo para recuperação,

“Penso que a minha independência estará alterada, mas temporariamente” (E5);

- Receio,

“Neste momento estou mais limitada pois desde que tive o AVC há três anos tenho vindo a melhorar. Já conseguia andar um pouco com o tripé. Deram hoje o recado há minha filha que vou ter alta amanhã e ainda nem fui à fisioterapia. Sou uma pessoa com uma grande força de vontade e tinha esperanças de sair daqui melhor” (E17);

“Como estive acamada uns dias estou com menos força nas pernas e tenho receio de que a força não volte a ser a mesma” (E25);

- Permanência de algumas limitações,

“Penso que a minha independência vai melhorar não a 100%, mas pelo menos a 50%, o que já vai ser muito bom” (E4).

A maioria destes utentes, estando para breve a sua alta hospitalar, tem uma boa perspectiva de independência na sequência do internamento. Mas uma faixa significativa sabe que irá ainda enfrentar dificuldades que lhe limitam a independência.

São estes utentes com limitações na sua independência que correm o risco de enfrentar sentimentos de impotência se não sentirem que a sua alta está a ser correctamente planeada. Isto inclui o acompanhamento em consulta, a continuação da fisioterapia, uma adequada resolução social da dependência e saírem a acreditar numa evolução favorável.

Quadro nº 4 - Perspectiva de independência na sequência do internamento

Categoria	Significados	Nº de Registo
Independência	Perspectivas positivas de melhoras	E4,E7,E10,E11,E19,E20,E21,E24,E28,E30
	Retoma da independência	E1,E2,E6,E12,E14,E15,E16,E23,E24,E26,E27,E29
	Necessita de tempo para recuperação	E5,E9,E13,E22
	Receio	E3,E14,E17,E18,E25
	Permanência de algumas limitações	E4,E8,E17

3.5 - Perspectiva de Destino Após a Alta Hospitalar

Relativamente à **Perspectiva de destino após a alta hospitalar** conforme se pode observar no Quadro nº 5 surgem os seguintes significados:

- Casa,

“Para casa que estou desejosa” (E15);

- Casa mas acompanhada,

“Um Filho e a Nora irão algum tempo para minha casa para me acompanhar” (E5);

“Ir para casa mas contratar alguém que lá permaneça connosco” (E9);

- Lar,

“Ir para o Lar onde estava” (E2).

A grande maioria destes utentes conta regressar a casa, no entanto alguns expressam a necessidade de terem alguém que os acompanhe.

Quadro nº 5 - Perspectiva de destino após a alta hospitalar

Categoria	Significados	Nº de Registo
Alta	Casa	E1,E3,E4,E7,E10,E11,E12,E13,E14,E15,E16,E17,E18,E19,E20,E21,E22,E23,E24,E25,E26,E27,E28,E29,E30
	Casa mas acompanhada	E5,E6,E8,E9
	Lar	E2,E8

3.6 - Dificuldades na Espera pela Cirurgia Programada

Relativamente à **Dificuldades na espera pela cirurgia programada** conforme se pode observar no Quadro nº 6 surgem os seguintes significados:

- Ter dores,

“Tinha guinadas nos joelhos que me impossibilitavam de andar mais do que uns passos” (E11);

“Antes da cirurgia tinha muitas dores e tinha de andar de canadianas” (E20);

- Limitações na marcha,

“Já antes de vir à consulta de ortopedia, há seis meses atrás, tinha dificuldade em andar pelo que aguardei com grandes limitações a cirurgia” (E24);

“Aguardei pela cirurgia um ano e um mês e já tinha dificuldade em andar” (E28);

- Fazer medicação para as dores,

“Fazia medicação para as dores” (E8);

- Muito tempo de sofrimento,

“Aguardei um ano e meio e custou-me muito por causa das dores” (E7);

“Vim à consulta há um ano com carta da médica de família porque já não tinha confiança na médica que me seguia e operou no Hospital Amadora-Sintra. Aqui na consulta o médico explicou-me que tinha que me colocar uma prótese. Andava há três anos com canadianas por causa das dores” (E10).

Nas dificuldades enfrentadas na espera pela cirurgia programada surge o problema da dor que pelos significados expressos evidenciam o sofrimento e limitações enfrentadas. Estas limitações repercutem-se também no isolamento social condicionando laços essenciais como a entreaajuda.

Refira-se ainda que associada a uma faixa etária elevada, estes utentes vêm incidir sobre si de forma marcante os resultados da imobilidade, daí a importância de, ao estar-lhes indicada a intervenção cirúrgica, esta deva ser realizada com a máxima urgência. Valbona (1984: 996) refere que no essencial da imobilização resulta *“...um desequilíbrio da relação normal entre repouso e a actividade física, dois processos biológicos que são essenciais à preservação da condição física óptima do homem”*.

Quadro nº 6 - Dificuldades na espera pela cirurgia programada

Categoria	Significados	Nº de Registo
Espera pela cirurgia programada	Ter dores	E7,E8,E10,E11,E19,E20,E24,E28,E30
	Limitações na marcha	E8,E10,E11,E19,E20,E24,E28,E30
	Fazer medicação para as dores	E8,E11,E23,E24
	Muito tempo de sofrimento	E7,E10,E11,E20,E24,E28,E30

3.7 - Recordações Positivas do Acolhimento na Urgência

Relativamente às **Recordações positivas do acolhimento na urgência** conforme se pode observar no Quadro nº 7 surgem os seguintes significados:

- Bem acolhido/a pelos profissionais,

“O atendimento profissional foi cuidadoso” (E21);

“Apesar das instalações serem muito exíguas o pessoal é cuidadoso” (E16);

- Atendido/a sem demora,

“Quando entrei tive a sorte de a urgência ainda não estar muito cheia pelo que fui rapidamente atendida” (E6);

- Simpatia,

“Fui bem tratada e deram-me as informações com simpatia” (17).

A ida à urgência envolve sempre alguma ansiedade, pelo diagnóstico incerto, no caso da ortopedia frequentemente por dor, impotência funcional, etc.

Quase metade dos entrevistados expressam recordações positivas, sendo a mais referida o ser bem acolhido/a pelos profissionais. Expressão ainda o atendimento sem demora e a simpatia.

Quadro nº 7 - Recordações positivas do acolhimento na urgência

Categoria	Significados	Nº de Registo
Acolhimento na urgência	Bem acolhido/a pelos profissionais	E3,E4,E5,E14,E15,E16,E17,E21,E25,E27,E29
	Atendido/a sem demora	E6,E14,E27,E29
	Simpatia	E15,E17,E26

3.8 - Recordações Negativas do Acolhimento na Urgência

Relativamente às **Recordações negativas do acolhimento na urgência** conforme se pode observar no Quadro nº 8 surgem os significados:

- Percorrer várias instituições de saúde,

“Fui à Urgência de Cascais e por não haver Ortopedista de Urgência nessa manhã, fui transferido para o HSFX e depois Hospital de Cascais e depois ainda HOJA” (E1);

- Mudança de maca para maca,

“Tive que mudar muitas vezes de maca. Foi maca dos bombeiros, maca da urgência, novamente maca dos bombeiros e sem falar nas duas vezes que tive de ir à mesa do raio X” (E29);

- Maca muito desconfortável,

“A maca não oferecia condições pois custou-me muito com a perna partida estar lá mais de 24 horas” (E22);

“A maca no Hospital de Cascais era muito má. A maca no H.S.F.X. era mais confortável” (E27);

- O desconforto e as dores,

“Tive de ir de Cascais ao H.S.F.X. e de lá para Cascais e depois é que vim para aqui. Com a fractura custa um bocadinho, até vomitei no caminho” (E25);

- Passar a noite na urgência,

“Caí em casa ao fim do dia e disse logo que só ia ao hospital no dia seguinte de manhã para não ficar lá à espera naquela confusão toda” (E16);

- A demora e a ansiedade,

“Entrei primeiro no Hospital Amadora-Sintra e estive lá quase 24 horas. Deixaram-me lá conforme estava com a minha roupa vestida e toda ensanguentada. Fizeram-me os exames e puseram-me o gesso no braço. Aguentei sem comer e sem urinar, fartei-me de chamar. Quando cheguei ao Hospital de Cascais tiveram de tirar-me as urinas que Eu já nem conseguia urinar” (E13);

- Confusão/Sobrelotação,

“A confusão que se gera quando a afluência aumenta” (E6);

“É lá muita gente e uma grande confusão o que torna impossível atender bem as pessoas sem um espaço físico capaz” (E21);

- Ruído ambiente,

“Estive lá de um dia para o outro e não consegui descansar nada com toda aquela confusão, com toda a gente a gritar...” (E12);

- Muito tempo sem comer,

“Ficamos muito tempo sem comer. Uma destas vezes cheguei a estar 24 horas sem comer” (E15);

- Risco de contágio,

“Tive um senhor ao lado que se fartou de tossir, coitado, mas Eu tinha receio de apanhar qualquer coisa” (E16);

- Vivenciar o sofrimento dos outros,

“A maca provocava-me dores horrorosas. A confusão, os gritos, as gargalhadas, formam um ambiente inconcebível. Ouvei uma enfermeira dizer aquela senhora já morreu. E coitada morreu naquele ambiente” (E9);

- Falta de privacidade,

“Em Cascais estava imensa gente as macas como a sardinha na canastra. E foi aí, homens ao meu lado, que tiveram de me algaliar. Fizeram o que podiam é que as condições são muito más, e tive de passar lá a noite” (E13);

Como se pode perceber as condições na urgência são inaceitáveis. O serviço de urgência deveria ter um investimento adequado em recursos materiais e espaço físico, essenciais no entender destes utentes.

A Confusão/Sobrelotação surge como o significado mais referido, sendo-o pela exiguidade do espaço físico, como referenciado. São também referenciados por vários utentes, o desconforto da maca e o desconforto e as dores.

As situações descritas por estes utentes não são situações excepcionais como se compreende pelos testemunhos destes utentes.

Quadro nº 8 - Recordações negativas do acolhimento na urgência

Categoria	Significados	Nº de Registo
Acolhimento na urgência	Percorrer várias instituições de saúde	E1,E9,E13,E25,E27
	Mudança de maca para maca	E1,E27,E29
	Maca muito desconfortável	E4,E6,E9,E12,E17,E22,E27
	O desconforto e as dores	E1,E9,E15,E25,E26,E29
	Passar a noite na urgência	E12,E13,E16
	A demora e a ansiedade	E4,E13,E16
	Confusão/Sobrelotação	E6,E9,E12;E13,E14,E16,E21,E25,E27,E29
	Ruído ambiente	E9,E12,E17,E25
	Muito tempo sem comer	E12,E13,E15
	Risco de contágio	E16
	Vivenciar o sofrimento dos outros	E9,E16
	Falta de privacidade	E13

3.9 - Informações Dadas na Urgência Relativamente ao Motivo do Internamento

No que se refere às **Informações dadas na urgência relativamente ao motivo do internamento** conforme se pode observar no Quadro nº 9 surgem os seguintes significados:

- Foi informado por um profissional de saúde,

“Foi explicado e foram cuidadosos na explicação” (E5);

“Pelo ortopedista, que tinha partido a perna e teria de ser operado aqui para onde era transferido” (E14);

- Foi informado por um familiar,

“Sim, foi a minha família, e até estava confuso com as dores que tinha” (E22);

- Não foi informada, mas já sabia,

“Ninguém me explicou nada e Eu já sabia que a ortopedia era aqui neste hospital e que teria de ser aqui tratada” (E15);

Os profissionais de saúde na urgência preocupam-se em informar o utente do motivo do internamento em Ortopedia.

Quadro nº 9 - Informações dadas na urgência relativamente ao motivo do internamento

Categoria	Significados	Nº de Registo
Motivo do internamento	Foi informado por um profissional de saúde	E1,E2,E3,E4,E5,E6,E9,E12,E13,E14,E16,E17,E21,E25,E27,E29
	Foi informado por um familiar	E2,E22
	Não foi informada, mas já sabia	E15

3.10 - Apoio Familiar/Amigos Aquando do Internamento

Relativamente à **Apoio familiar/amigos aquando do internamento** conforme se pode observar no Quadro nº 10 surgem as Subcategorias **Acham importante** e **Não acha importante**.

Na Subcategoria **Acham importante** surgem os seguintes significados:

- **Teve apoio familiar/amigos,**

“O meu Sobrinho e a Mulher. Acho agradável” (E2);

“Vieram os familiares e acho muito importante porque é nessa altura que nos sentimos muito desanimados e que muito lhes agradecemos” (E4);

“Vieram dois filhos, o marido e um neto. Acho importante pois valorizo o ambiente familiar” (E24);

- **Nesse momento não pôde contar com o apoio da família,**

“Vim sozinha porque o meu marido estava para fora e telefonaram-me na véspera para me apresentar no dia seguinte” (E10);

“Eu estava confuso e não deixaram a minha esposa entrar o que teria sido importante” (E22);

Na Subcategoria **Não acha importante** surge o seguinte significado:

- **Não dá importância,**

“Não dou importância porque Eu tomo as minhas decisões” (E29).

Os utentes deste estudo valorizam o apoio familiar/amigos aquando do internamento. No serviço onde decorre o estudo por regra é facilitada a entrada dos familiares/amigos aquando do internamento. Este facto decorre do reconhecimento da importância do suporte da família neste primeiro contacto com o serviço.

Quadro nº 10 - Apoio familiar/amigos aquando do internamento

Categoria	Subcategoria	Significados	Nº de Registo
Apoio familiar/ amigos aquando do internamento	Acham importante	Teve apoio familiar/amigos	E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9, E11,E13,E14,E15,E16,E17, E18,E19,E20,E21,E23,E24, E25,E26,E27,E28,E30
		Nesse momento não pôde con- tar com o apoio da família	E10,E22,E12
	Não acha importante	Não dá importância	E29

3.11 - Sentimento Vivenciado à Chegada à Enfermaria de Ortopedia

Relativamente ao **Sentimento vivenciado à chegada à enfermaria de ortopedia** conforme se pode observar no Quadro nº 11, surgem os seguintes significados:

- Tranquilidade,

“Como vim da urgência que estava uma confusão senti que vinha para o Céu” (E6);

“Fui bem recebida e senti-me aliviada porque aqui temos um ambiente mais calmo” E15);

- Bem recebido/a,

“Vinha bem disposta, com uma boa expectativa e fui bem atendida” (E28);

- Alívio por ter saído da confusão da urgência,

“Senti que entrei noutra mundo, fiquei muito mais calma pois em Cascais tinha a tensão muito alta” (E13);

“Agradou-me muito porque saí da confusão de Cascais e encontrei aqui o ambiente organizado” (E17);

- Ansiedade/Preocupação,

“Estava preocupada se ia voltar a andar” (E2);

- **Vinha mais calmo por já conhecer o hospital e os profissionais,**

“*Desta vez já estava menos assustada que das outras vezes por já conhecer o serviço e as pessoas*” (E4);

- **Vinha com dores,**

“*Estava ansiosa e preocupada com as dores*” (E8);

- **Vinha confuso** referindo E22- “*Estava confuso e com dores e não consegui perceber se estava ou não num hospital. No dia seguinte já estava orientado e então quando surgiu a minha mulher, mais calmo fiquei*” (E22).

À chegada à enfermaria de ortopedia os utentes exprimem a tranquilidade e o alívio que sentem pelo ambiente mais calmo encontrado. Expressam também ansiedade/preocupação, dores e confusão pela situação de doença que atravessam. É referido também serem bem recebidos. Aqueles que já conhecem o hospital e os profissionais por internamentos anteriores, referem vir já mais calmos por esse facto.

Quadro nº 11 - Sentimento vivenciado à chegada à enfermaria de ortopedia

Categoria	Significados	Nº de Registo
Sentimento À chegada	Tranquilidade	E5,E6,E9,E12,E13,E15,E17,E23,E24,E25,E26,E27,E28,E29
	Bem recebido/a	E7,E15,E28,E30
	Alívio por ter saído da confusão da urgência	E1,E6,E12,E13,E15,E16,E17,E26,E27
	Ansiedade/Preocupação	E2,E3,E7,E8,E10,E14
	Vinha mais calmo por já conhecer o hospital e os profissionais	E4,E11,E12,E16,E20,E21,E25
	Vinha com dores	E8,E9,E22
	Vinha confuso	E22

3.12 - Facilidade no Contacto com os Diversos Profissionais na Enfermaria

Relativamente à **Facilidade no contacto com os diversos profissionais na enfermaria** conforme se pode observar no Quadro nº 12, surgem os seguintes significados:

- A simpatia/carinho,

“Todas as pessoas são simpáticas e gostam de mim” (E2);

“O contacto é fácil pois as pessoas são carinhosas” (E16);

“Gostei do ambiente familiar e de se lembrarem de mim de quando estive cá internada há um ano” (E21);

- Sentir-se acompanhado,

“Por vezes é mais difícil em certas altura por haver menos pessoal, mas sentimo-nos seguros e bem tratados” (E9);

- Bom relacionamento,

“Tem sido fácil porque brincam um pouco comigo e tentam animar-me” (E8);

“São competentes, embora uns sejam mais carinhosos e tenhamos um contacto mais próximo do que com outros” (E19);

“O contacto geral foi bom excepto uma pessoa (auxiliar de acção médica) que me deu uma resposta um pouco autoritária e inadequada” (E22);

- Relacionamento razoável,

“O contacto é fácil com os diversos profissionais. O contacto com os médicos é tipo visita de médico; é um contacto rápido” (E11).

A facilidade no contacto com os diversos profissionais na enfermaria de ortopedia surge pela simpatia/carinho e pela segurança de sentir-se acompanhado. Referem a maioria existir um bom relacionamento apontando uma ou outra situação menos adequada no seu entender.

Quadro nº 12 - Facilidade no contacto com os diversos profissionais na enfermaria

Categoria	Significados	Nº de Registo
Facilitador no contacto	A simpatia/carinho	E2,E4,E5,E7,E8,E12,E15,E16,E17,E19,E21,E25,E26,E27
	Sentir-se acompanhado	E3,E9
	Bom relacionamento	E1,E4,E5,E6,E8,E11,E12,E13,E14,E15,E16,E18,E19,E20,E22,E23,E24,E28,E29,E30
	Relacionamento razoável	E10,E11,E15,E17

3.13 - Motivos que Não Facilitaram o Contacto com os Diversos Profissionais na Enfermaria

Relativamente aos **Motivos que não facilitaram o contacto com os diversos profissionais na enfermaria** como se pode observar no Quadro nº 13, surgem os seguintes significados:

- Estar nervoso/ansioso,

“Tive um momento de confusão em que me mexi mais do que devia, mas o resto correu bem” (E30);

- As dores,

“A minha situação pelas dores e o meu desespero” (E8);

- Respostas/Atitudes inadequadas dos profissionais,

“Agora que estou perto de ter alta estou com receio de que seja precoce. Exprimi essa ideia e penso que fui mal interpretado. Nomeadamente o meu médico disse-me [isto aqui não é um asilo]” (E14);

“Deveria haver formação no sentido de melhorar a relação com o doente e visitas que por vezes não é a mais adequada” (E21);

- Falta de profissionais,

“Por vezes as pessoas têm mais trabalho, mas esforçam-se por ultrapassar essa situação” (E27);

- A espera por várias solicitações simultâneas,

“Por vezes necessitarmos das pessoas e elas estarem a atender outros doentes” (E23);

- Falta de informação,

“Por vezes numa situação ou outra pontual a falta de informação na evolução do meu estado dificultou esse contacto” (E4);

- Ansiedade pré-operatória,

“Mais difícil foi entrar na sala de operações porque estava nervosa” (E3);

- Falta de contacto com os médicos,

“Estou aqui há um mês e só vi três vezes o médico” (E22);

- Diminuição da acuidade visual e auditiva,

“Eu ouço e vejo mal, por isso não consigo aperceber-me de muita coisa que se passa aqui no quarto” (E25).

Como motivos que não facilitaram o contacto com os diversos profissionais, surgem respostas/attitudes inadequadas dos profissionais, evidenciando uma lacuna na formação dos mesmos. Também não facilitou o contacto a falta de profissionais, a espera por várias solicitações simultâneas, a falta de contacto com os médicos e a falta de informação.

O facto de estar nervoso/ansioso e as dores não facilitaram igualmente o contacto com os diversos profissionais pois como se sabe são geradores de stresse. A diminuição da acuidade visual e auditiva afecta a socialização e também a facilidade do contacto com os profissionais na enfermaria.

Quadro nº 13 - Motivos que não facilitaram o contacto com os diversos profissionais na enfermaria

Categoria	Significados	Nº de Registo
Não facilitador do contacto	Estar nervoso/ansioso	E3,E8,E14,E30
	As dores	E8
	Respostas/Attitudes inadequadas dos profissionais	E10,E14,E15,E21,E26,E28,E29
	Falta de profissionais	E9,E12,E27
	A espera por várias solicitações simultâneas	E5,E23,E26
	Falta de informação	E4
	Ansiedade pré-operatória	E3
	Falta de contacto com os médicos	E17,E22
	Diminuição da acuidade visual e auditiva	E25

3.14 - Satisfação com a Casa de Banho

Relativamente à **Satisfação com a casa de banho** como se pode observar no Quadro nº 14, surgem os seguintes significados:

- Satisfeito/a,

“Sim, embora seja só uma casa de banho, os funcionários organizam a ida o que permite que funcione” (E20);

“Sim, a casa de banho é espaçosa embora tenha só uma não apanhei grande movimento” (E30);

- Em número insuficiente,

“Não, poderia haver mais casas de banho para não esperarmos uns pelos outros” (E11);

“Não, é só uma para tantas senhoras” (E15);

- Tem espaço e permite ser auxiliado/a,

“Sim, permite que me ajudem quando necessito de lá deslocar-me” (E3);

- Tem barras de apoio/cadeira de banho,

“Sim tem barras que me permitem apoiar na mudança da cadeira para a sanita” (E8);

“Sim, gostei da cadeira de banho que facilitou o mesmo, embora uma seja mais confortável que a outra” (E22);

- Boa higiene,

“...o asseio é bom” (E6);

- Higiene insuficiente,

“A limpeza por vezes deveria ser feita mais assiduamente” (E15);

- Arejamento deficiente,

“O arejamento não é o suficiente pois nem tem janela” (E16);

- Falta privacidade,

“A privacidade não é a mais adequada” (E24);

- Falta uma campainha,

“Deveria de existir uma campainha lá, pois podemos necessitar de ajuda mais urgente” (E24);

- Desagrado na ajuda de profissional do sexo oposto,

“Custa-me um pouco ser ajudada por um profissional homem, mas lá se ultrapassa a situação” (E27).

A satisfação com a casa de banho passa pela existência de uma casa de banho para homens e outra para mulheres. A taxa de ocupação no serviço por utentes do sexo feminino é prevalecte, e a inexistência de uma terceira casa de banho torna-se mais evidente, em certas, alturas em que há uma maior percentagem de utentes que não estão retidos na cama.

Referem-se satisfeitos com a casa de banho alguns utentes que não se depararam com dificuldades na utilização da casa de banho. Mas um grande número de utentes expressão a sua insatisfação com o número insuficiente de casas de banho.

Há utentes que valorizam características da casa de banho como o espaço que lhes permite serem auxiliados e também a presença de barras de apoio e cadeira de banho, contribuindo para o seu bem-estar e segurança na utilização da casa de banho.

A higiene é referida como boa e também insuficiente pois certamente com uma utilização elevada não seja fácil a sua melhor manutenção.

Na casa de banho das senhoras existem dois duches e uma sanita, e não possui janela. Quando a utilização é grande o arejamento não é o adequado, facto referido por quatro utentes.

A cabine do duche tem uma porta, mas o utente veste-se já fora da cabine partilhando o espaço com outros utilizadores e expondo também as suas limitações e necessidade de ajuda, pelo que a privacidade não é a melhor.

A vigilância e apoio ao utente que utiliza a casa de banho, bem como o respeito pela sua privacidade, beneficiariam com a presença de uma campainha, facto referido por uma utente. Também é referido o constrangimento que gera o apoio de um profissional do sexo oposto por uma utente.

Quadro nº 14 - Satisfação com a casa de banho

Categoria	Significados	Nº de Registo
Casa de banho	Satisfeito/a	E14,E18,E19,E20,E30
	Em número insuficiente	E1,E6,E7,E9,E10,E11,E12,E13,E15,E16,E23,E24,E25,E27,E28,E29
	Tem espaço e permite ser auxiliado/a	E3,E4,E5,E30
	Tem barras de apoio/cadeira de banho	E5,E8,E20,E22
	Boa higiene	E4,E6
	Higiene insuficiente	E15
	Arejamento deficiente	E6,E15,E16,E21
	Falta privacidade	E21,E24
	Falta uma campainha	E24
	Desagrado na ajuda de profissional do sexo oposto	E27

3.15 - Importância Atribuída à Existência de uma Sala de Estar

Relativamente à **Importância atribuída à existência de uma sala de estar** como se pode observar no Quadro nº 15, surgem os seguintes significados:

- Para sair do quarto,

“...para ao longo do dia irmos até lá um pouco, para mudar do ambiente do quarto. É que estamos quatro pessoas em cada quarto” (E15);

“Sim, para mudar de ambiente” (E20);

- Pelo convívio,

“Gosto de conviver e talvez gostasse de ter uma sala de estar” (E2);

“Sim, para as pessoas se poderem distrair um bocadinho; jogar às cartas, dominó, etc” (E11);

“Para podermos conversar um pouco com outros doentes” (E21);

- Receber as visitas,

“Sim, tem uma boa vista e permitiu-me receber os familiares lá quando vieram em maior número” (E3);

“Sim, seria mais agradável nomeadamente receber as pessoas numa sala que não o quarto” (E25);

“Para receber mais condignamente as visitas” (E26);

- Pela privacidade,

“Também é bom porque facilita a privacidade de quem está acamado” (E26);

“Sim, é importante para receber as visitas com mais privacidade” (E29);

- Melhorar o conforto,

“Sim e deveria ser mais espaçosa que esta que existe. Poderia ter por exemplo um sofá e portanto algum conforto” (E12);

“Sim, é um espaço útil para esquecer que se está no hospital” (E30);

Embora valorizando de diferentes formas a existência de uma sala de estar, estes utentes atribuem-lhe um importante significado.

Se pensarmos que na cama do hospital, o utente do foro ortopédico, sofre um repouso forçado, dores, imobilizações e posicionamentos obrigatórios por longos períodos de tempo (vários dias ou semanas), é natural que valorize a existência de uma sala de estar, para onde se irá poder deslocar as primeiras vezes que puder sair do quarto. E fá-lo-á com grande satisfação, a qual será também um incentivo no esforço da sua recuperação.

A sala de estar é importante para possibilitar sair do quarto e mudar de ambiente, também para conviver com outros utentes, para bem receber a família e amigos e para poder permitir a quem ainda está acamado ter alguma privacidade (os quartos são de quatro camas), sendo no entanto, atribuído à existente, falta de conforto, o qual é valorizado.

Na instituição em estudo não existe propriamente uma sala de estar, mas sim um quarto desocupado onde além de se guardarem alguns materiais (cadeiras de rodas, etc), possui umas seis cadeiras e uma mesa. Tem como a maioria dos quartos uma boa vista que é valorizada pelos utentes.

A distração é, segundo a Direcção-Geral da Saúde (2001), um factor que actua positivamente no controlo da dor crónica. A pessoa estar ocupada com alguma actividade,

conviver com outras pessoas ou mesmo ver televisão, leva a que esta foque a sua atenção em situações que lhe transmitem prazer, diminuindo desta forma a dor sentida.

Quadro nº 15 - Importância atribuída à existência de uma sala de estar

Categoria	Significados	Nº de Registo
Importância à sala de estar	Para sair do quarto	E6,E14,E15,E17,E19,E20,E22,E24,E26,E27,E28,E29
	Pelo convívio	E2,E7,E11,E13,E17,E21,E23,E28
	Receber as visitas	E3,E5,E6,E9,E15,E21,E24,E25,E26,E27,E29
	Pela privacidade	E4,E9,E13,E25,E26,E29
	Boa vista	E3
	Melhorar o conforto	E8,E10,E12,E13,E16,E18,E20,E21,E30

3.16 - Importância Atribuída à Existência de uma Sala de Refeições

Relativamente à **Importância atribuída à existência de uma sala de refeições** como se pode observar no Quadro nº 16, surgem os seguintes significados:

- **Seria um espaço adequado às refeições,**

“*Sim, para não comer no quarto que é onde se dorme*” (E15);

“*Sim, ao mudar de ambiente até o comer nos sabe melhor*” (E17);

“*Sim, seria melhor que comer junto à cama e seria mais agradável*” (E21);

“*Sim, para mudar de ambiente e comer com mais apetite pois por vezes pedem a arrastadeira nas horas das refeições*” (E12);

- **Convívio e troca de experiências e vivências,**

“*Sim, para encontrar outras pessoas e outras experiências de doença*” (E9);

“*Sim porque permitia o convívio, alimentarmo-nos num espaço mais acolhedor, trocar experiências com outros doentes*” (E10);

“*Conviver com outras pessoas, trocar impressões com quem está a passar pelo mesmo que nós*” (E24);

- **Existência indiferente,**

“*Considero supérfluo, se bem que melhoraria o hospital*” (E29);

Embora na instituição em estudo não exista uma sala de refeições e os utentes façam a refeição na cama ou junto à mesma, estes utentes exprimem o valor significativo que atribuem à existência de uma sala de refeições.

Seja pela imprescindível adequação do ambiente ou pela necessária troca de experiências e vivências fica claro que a sala de refeições é um espaço que não pode ser dispensado a estes utentes.

Quadro nº 16 - Importância atribuída à existência de uma sala de refeições

Categoria	Significados	Nº de Registo
Importância à sala de refeições	Seria um espaço adequado à refeição	E1,E4,E5,E7,E9,E10,E12,E13,E15,E16,E17,E18,E19,E20,E21,E22,E23,E24,E25,E26,E28
	Convívio e troca de experiências e vivências	E5,E6,E7,E8,E9,E10,E11,E14,E15,E16,E23,E24,E25,E27,E30
	Existência indiferente	E3,E29

3.17 - Satisfação com as Condições de Mobilidade

Relativamente à **Satisfação com as condições de mobilidade** como se pode observar no Quadro nº 17, surgem os seguintes significados:

- Espaço adequado,

“Poderiam ser melhores, mas adequam-se” (E19);

- Espaço insuficiente pelas cadeiras de rodas referindo E12- *“O espaço no quarto devia ser maior para permitir a mobilidade com a cadeira de rodas” (E12);*

“Uma vez que a maior parte de nós se desloca em cadeira de rodas o espaço é muito limitado” (E17);

“Não é fácil porque é um bocadinho apertado” (E25);

- Acesso impedido ao bar em cadeira de rodas,

“O acesso do edifício ao bar está praticamente impedida por existir calçada portuguesa extremamente irregular que impede a passagem das cadeiras de rodas” (E1);

“Deveria existir uma passagem para o bar que permitisse a circulação das cadeiras de rodas” (E30);

- Acesso impedido ao espaço verde envolvente,

“Gostaria que o espaço envolvente que é grande, fosse melhor aproveitado nomeadamente relativamente à calçada que dificulta a deslocação em cadeira de rodas” (E6);

“Como existe espaço verde, é pena que não esteja aproveitado para benefício do doente pois o acesso é difícil” (E24);

- Portas estreitas para as camas entrarem,

“É pouco espaço para as camas entrarem nos quartos visto as portas serem estreitas” (E28).

A adopção de medidas favorecedoras da acessibilidade e da mobilidade dos indivíduos é uma preocupação real no mundo contemporâneo, tendo em vista a necessidade de se criar ambientes mais saudáveis e promover a saúde da população.

Os espaços verdes ou de lazer devem ser adequados a portadores de necessidades especiais de locomoção e constituem um real estímulo à actividade física e ao convívio social.

Embora oito utentes tenham considerado o espaço adequado, a maioria dos utentes encontraram limitações nas condições de mobilidade. É referida a falta de espaço na enfermaria pela necessidade da deslocação em cadeira de rodas, por uma boa parte destes utentes.

Também uma boa parte destes utentes vê a acessibilidade impedida na saída do edifício do internamento quer seja para se deslocar ao bar, quer seja para usufruir do espaço verde envolvente. O empedrado irregular do chão não permite ao utente em cadeira de rodas deslocar-se de modo autónomo no mesmo, condicionando o espaço ao lazer.

É ainda referida a largura insuficiente das portas dos quartos, sendo que quando o utente regressa do recobro depois de operado, vê a cama em que está sujeita a algumas manobras menos confortáveis para entrarem nos quartos.

Quadro nº 17 - Satisfação com as condições de mobilidade

Categoria	Significados	Nº de Registo
Condições de mobilidade	Espaço adequado	E3,E4,E5,E7,E8,E19,E23,E26
	Espaço insuficiente pelas cadeiras de rodas	E9,E10,E11,E12,E13,E14,E15,E17,E18,E22,E25,E27,E28,E29
	Acesso impedido ao bar em cadeira de rodas	E1,E4,E20,E21,E23,E30
	Acesso impedido ao espaço verde envolvente	E6,E7,E9,E10,E11,E12,E15,E16,E21,E23,E24
	Portas estreitas para as camas entrarem	E28, E29

3.18 - Experiência Relativa à Dor/Ansiedade neste Internamento

No que se refere à **Experiência relativa à dor/ansiedade neste internamento** como se pode observar no Quadro nº 18, surgem os seguintes significados:

- Dores no transporte,

“Também tive dores pelas mudanças de maca na urgência” (E29);

“A dor no transporte para chegar cá” (E1);

- Dores antes da cirurgia,

“Enquanto estive a aguardar pela cirurgia estive na cama com tracção cutânea e tinha dores fortes sempre que me mexia” (E12);

“Enquanto aguardei pela cirurgia que foi uma semana, tive dores fortes” (E29);

“Antes da cirurgia tinha dores que me limitavam o andar” (E30);

- Dores após a cirurgia,

“Quando se é operada sempre se tem dores” (E6);

“Após a cirurgia tive dores muito fortes pelo que sofri um bocado. Agora passados oito dias tenho ainda dores, mas são mais ligeiras” (E10);

“Após a cirurgia tive dores moderadas” (E29);

- Medicação aliviava dores,

“As dores estiveram presentes, acalmaram com a medicação mas não passaram totalmente, tornaram-se mais suportáveis. Deram-me medicação quando solicitei” (E9);

“Após a cirurgia ainda tive dores valentes que melhoraram com a medicação” (E21);

“Tive dores moderadas após a cirurgia que passaram com a medicação” (E28);

- Posicionamento aliviou dores,

“Uma vez tive uma dor mais intensa na perna e a enfermeira endireitou-a e passou-me a dor” (E1);

- Não ficar agarrado/a à dor,

“Estava confiante que como noutras situações não podia ficar agarrada à dor e iria conseguir ultrapassar esta situação” (E2);

- Ansiedade pela dor,

“Tive mais dores antes de ser operada e estas ajudaram a que ficasse mais ansiosa” (E3);

“Correu bem, mas ainda tive dores. Não que não suportasse. Põem-me um pouquinho nervosa” (E7);

“Antes da cirurgia custou-me muito e até estive confuso pois não foi nada fácil” (E22);

- Esforço nos exercícios de recuperação,

“Após a cirurgia não tive dores, custa-me um pouco é a recuperação com os exercícios necessários” (E19).

A experiência relatada relativa à dor/ansiedade neste internamento mostra que este fenómeno continua a ser subvalorizado pelos profissionais de saúde, que com os recursos disponíveis nos dias de hoje, têm a possibilidade de obter muito melhores resultados no combate à dor.

Segundo Cohen (1980), Kuhn (1990), citados por Loveman e Gale (2001:32), “*Embora o controlo da Dor constitua uma prioridade no cuidado dos doentes, existem indicadores de que a maioria continua a sofrer dores moderadas a graves*”. É portanto necessário mudar atitudes que, face à dor e ao sofrimento se apresentam ainda demasiado rígidas. Esta mudança de comportamentos que deverá sê-lo não só dos profissionais de saúde, mas também dos utentes e daqueles que lhe são mais próximos, exige uma evolução na cultura e exercício do modo de estar.

A intensidade da dor é medida actualmente por escalas de avaliação da dor. Estas escalas ajudam o profissional de saúde a perceber o grau de alteração na qualidade de vida do utente e assim poderá ir ao encontro das necessidades da pessoa de uma forma muito mais efectiva. No entanto, não sendo aplicada ainda a Circular Normativa da Direcção Geral de

Saúde de 2003 que indica a aplicação das referidas escalas, estes utentes continuam a não beneficiar do referido procedimento o que implica não existir uma melhor adequação e planeamento do mesmo no combate à dor.

Quadro nº 18 - Experiência relativa à dor/ansiedade neste internamento

Categoria	Significados	Nº de Registo
Dor/ Ansiedade	Dores no transporte	E1,E27,E29
	Dores antes da cirurgia	E3,E10,E11,E12,E15,E16,E17,E22,E25,E26,E29,E30
	Dores após a cirurgia	E4,E6,E10,E11,E12,E15,E17,E18,E20,E21,E26,E27,E28,E29,E30
	Medicação aliviava dores	E4,E5,E6,E9,E10,E12,E13,E21,E24,E26,E27,E28
	Posicionamento aliviou dores	E1,E7
	Não ficar agarrado/a à dor	E2,E23
	Ansiedade pela dor	E3,E7,E8,E9,E22
	Esforço nos exercícios de recuperação	E12,E19,E20

3.19 - Clareza das Informações Fornecidas

Relativamente à **Clareza das informações fornecidas** como se pode observar no Quadro nº 19, surgem os seguintes significados:

- **Foram claras,**

“As que foram dadas foram claras” (E9);

“Percebi as informações dadas” (E11);

- **Foram vagas,**

“Poderiam ser mais claras pois das duas primeiras vezes que a prótese se deslocou não percebi bem o motivo. Quando fracturei a perna fui operada a primeira vez no Hospital Amadora-Sintra e senti que não ficou bem. Passados três meses fiz luxação da prótese” (E15);

Grande parte destes utentes consideram as informações claras, mas houve dois que as perceberam como vagas. Ao utente deve ser dada oportunidade para expressar as suas dúvidas pois frequentes vezes aquilo que parece claro não o é.

Verifica-se, frequentemente, uma discrepância ao nível do conhecimento científico e técnico, entre o profissional de saúde e o utente. As informações devem ser transmitidas ao utente de modo que se tornem perceptíveis, podendo então este considerá-las claras se o forem efectivamente.

Quadro nº 19 - Clareza das informações fornecidas

Categoria	Significados	Nº de Registo
Clareza das informações	Foram claras	E3,E4,E5,E6,E9,E10,E11,E12,E13,E17,E18,E21,E23,E25,E27,E28,E29
	Foram vagas	E8,E15

3.20 - Suficiência das Informações Fornecidas

Relativamente à **Suficiência das informações fornecidas** como se pode observar no Quadro nº 20, surgem os seguintes significados:

- **Foram suficientes,**

“*Não senti falta assim de nada*” (E6);

“*Chegaram*” (E25);

- **Estar entregue nas mãos dos profissionais,**

“*Eu não sei, eles é que mandam e sabem o que vai acontecer a seguir*” (E13);

- **Falta o planeamento e discussão com o utente dos procedimentos a realizar,**

“*Não foram suficientes pois foram poucas, nomeadamente a seguir à cirurgia o plano de levante e fisioterapia que nunca me informaram ou discutiram comigo*” (E17);

- **Falta o prognóstico a curto prazo,**

“*Gostava de saber o que se vai passar a seguir. Falta-me informação*” (E10);

“*Poderiam ser um pouco melhores, para ter uma perspectiva da alta por exemplo*” (E12);

- Pouca informação,

“Gostaria de ter sido melhor esclarecido relativamente à cirurgia, pois assim estou um pouco receoso em relação à minha evolução” (E14);

“Têm sempre muito trabalho, muitos doentes e o tempo é pouco e por isso compreendo que haja pouca informação” (E18).

Relativamente à suficiência de informações fornecidas, as opiniões destes utentes dividem-se. Uma parte considera que foram suficientes, dois utentes expressão estar entregues nas mãos dos profissionais e um outro grupo revela descontentamento. Este descontentamento é expresso pela falta de planeamento e discussão com o utente dos procedimentos a realizar, na falta do prognóstico a curto prazo e na pouca informação.

No entanto, deveriam os profissionais ser consciencializados da importância de uma adequada comunicação com o utente/família/amigos, para a qual é essencial que o profissional atribua o devido significado ao fornecimento de informações ao utente.

Quadro nº 20 - Suficiência das informações fornecidas

Categoria	Significados	Nº de Registo
Suficiência das informações	Foram suficientes	E1,E3,E4,E5,E6,E11,E21,E23,E25,E27,E29
	Estar entregue nas mãos dos profissionais	E2,E13
	Falta o planeamento e discussão com o utente dos procedimentos a realizar	E7,E17,E26
	Falta o prognóstico a curto prazo	E8,E9,E10,E12
	Pouca informação	E14,E15,E18,E22,E26

3.21 - Melhoria das Informações Fornecidas

Relativamente à **Melhoria das informações fornecidas** como se pode observar no Quadro nº 21, surgem os seguintes significados:

- Foram boas,

“Talvez por já ter conhecido este hospital, embora há muitos anos atrás, considere que as coisas estão mais ou menos na mesma, o que me facilitou esse conhecimento do serviço” (E11);

“Sou uma pessoa simples e acho que foram suficientes” (E20);

- Poderia ter mais informações,

“Não sei mas gostaria de ter tido mais informações” (E12);

- Conhecer os passos sucessivos do tratamento para o enfrentar com menos receio,

“Se conseguíssemos planejar melhor a evolução do nosso estado; quando iremos ter menos dores; vamos mexer-nos melhor ou quando iremos ter alta” (E9);

“Com mais informação para não estranhar as fases por que estou a passar” (E10);

- Falta o planeamento e discussão com o utente dos procedimentos a realizar,

“Os primeiros levantes exigem-nos um grande esforço e gostaria de ser um pouco melhor compreendida nesse facto. Por vezes quando regresssei ao leito ia demasiado cansada” (E15);

- Apostar na formação dos profissionais,

“Se fizessem formação ao pessoal as coisas melhoravam” (E26);

Relativamente à melhoria das informações fornecidas, uma parte destes utentes considera que foram boas, mas uma parte mais significativa tem críticas a fazer.

Alguns utentes gostariam de ter mais informações, outros conhecer os passos sucessivos do tratamento para o enfrentar com menos receio, outros ainda referem faltar o planeamento e discussão com o utente dos procedimentos a realizar, e por fim um utente sugere a aposta na formação dos profissionais.

As opiniões expressas pelos utentes deste estudo, traduzem a necessidade sentida, de os profissionais melhorarem o fornecimento de informações ao utente.

Quadro nº 21 - Melhoria das informações fornecidas

Categoria	Significados	Nº de Registo
Melhoria das informações	Foram boas	E3,E4,E11,E16,E20,E21,E29,E30
	Poderia ter mais informações	E12,E17,E24
	Conhecer os passos sucessivos do tratamento para o enfrentar com menos receio	E7,E9,E10,E13,E14
	Falta o planeamento e discussão com o utente dos procedimentos a realizar	E15,E18
	Apostar na formação dos profissionais	E26

3.22 - Sugestões/Ideias para Melhorar o Acolhimento no Serviço

Relativamente às **Sugestões/ideias para melhorar o acolhimento no serviço** como se pode observar no Quadro nº 22, surgem as categorias **Nível Organizacional** e **Relações Interpessoais**.

Na categoria **Nível Organizacional** surgem os seguintes significados:

- **As camas mais antigas são inadequadas,**

“As camas velhas são muito altas e tenho dificuldade em entrar e sair da cama para a cadeira de rodas. As eléctricas devem ser melhores” (E28);

- **As camas eléctricas facilitam a mudança de posição,**

“Desta vez tive a sorte de ter uma cama eléctrica que me foi muito confortável porque me permitiu mudar de posição sem estar dependente de outros” (E6);

E também E16- *“A pouco e pouco continuarem a melhorar o serviço; por exemplo serem todas camas eléctricas”* (E16);

- **O serviço de alimentação devia ser melhorado,**

“A comida veio fria duas vezes” (E7);

“A qualidade da alimentação deveria ser melhorada pois deixa-nos francamente insatisfeitos apesar de termos três pratos à escolha. Esta insatisfação passa pelos menus apresentados e pela qualidade da confecção” (E15);

- **Falta de toalhas turcas,**

“Achava importante existirem mais toalhas turcas” (E28);

- **Falta de um folheto a explicar as cirurgias,**

“Ter um folheto a explicar a cirurgia” (E7);

- **Muito ruído no serviço à noite,**

“Há muito barulho no serviço, de tal maneira que a noite passada acordei e demorei a perceber onde estava” (E26);

Na categoria **Relações Interpessoais** surgem os seguintes significados:

- **Melhorar a empatia por parte de alguns profissionais;**

“Poderia ser melhorada a empatia por parte de alguns auxiliares de acção médica e enfermeiros” (E15);

- **Ultrapassar o modelo biomédico e estabelecer uma relação de parceria com o utente,**

“Melhorar as informações, ultrapassar o modelo biomédico, tratar os doentes como adultos” (E9);

“Se o doente estivesse melhor informado poderia participar no tratamento” (E14);

- **Valorizar o ambiente familiar,**

“Gosto deste ambiente familiar que gostaria se mantivesse” (E11);

- **Escassez de profissionais aos fins-de-semana,**

“Ao fim de semana o serviço na manhã não é igual ao dos outros dias da semana por haver menos profissionais” (E22).

Relativamente às sugestões/ideias para melhorar o acolhimento no serviço, prevalece a opinião que as camas eléctricas facilitam a mudança de posição e as camas mais antigas são inadequadas, pois estas fazem depender de terceiros a elevação da cabeceira e os pés, além de serem muito altas o que dificulta a entrada e saída nas mesmas.

É referido por quatro utentes a sua insatisfação com o serviço de alimentação que deveria ser melhorado referindo problemas como a qualidade dos menus alimentares, confecção e temperatura da mesma.

São ainda preocupações sugerir a existência de um folheto a explicar as cirurgias, o ruído no serviço à noite e a falta de toalhas turcas.

É também sugerida a melhoria da empatia por parte de alguns profissionais, a ultrapassagem do modelo biomédico e o estabelecimento de uma relação de parceria com o utente e a valorização do ambiente familiar, que constituem opiniões já expressas ao longo deste trabalho. É nomeada a escassez de profissionais aos fins-de-semana pois os profissionais são em menor número no turno da manhã dos fins-de-semana e feriados.

Quadro nº 22 - Sugestões/ideias para melhorar o acolhimento no serviço

Categoria	Significados	Nº de Registo
Nível Organizacional	As camas mais antigas são inadequadas	E5,E22,E27,E28,E30
	As camas eléctricas facilitam a mudança de posição	E5,E6,E16,E23,E25,E30
	O serviço de alimentação devia ser melhorado	E7,E15,E19,E20
	Falta de toalhas turcas	E28
	Falta de um folheto a explicar as cirurgias	E7
	Muito ruído no serviço à noite	E26
Relações Interpessoais	Melhorar a empatia por parte de alguns profissionais	E10,E15,E21
	Ultrapassar o modelo biomédico e estabelecer uma relação de parceria com o utente	E9,E14
	Valorizar o ambiente familiar	E11
	Escassez de profissionais aos fins-de-semana	E12,E22

4 – SÍNTESE DOS RESULTADOS

Um dos factores essenciais à concretização de um melhor acolhimento do utente idoso nos serviços de saúde, realizar-se-á, pela promoção da expressão das suas expectativas e anseios no sentido de assim contribuir para a melhoria do seu bem-estar e da sua qualidade de vida.

“A medicina experimental, querendo basear e objectivar as suas práticas segundo os métodos das ciências ditas “duras” avança para uma redução do ser humano limitando-o apenas para a sua parte objectivável. É por isso que, na medicina moderna, há tão pouco espaço para o que o doente exprime, para a sua palavra que é, essencialmente, subjectiva. Ora, é a palavra que permite ao sujeito dizer, contar o sofrimento que sente no seu ser, a sua doença ou o seu mal-estar” (Hesbeen, 2000:15).

Tendo em vista os objectivos deste estudo iremos agora, e atendendo aos resultados obtidos nos dois capítulos anteriores, efectuar uma síntese dos mesmos.

Relativamente à **análise da caracterização da amostra** verificámos:

- Na amostra prevalece o sexo feminino. Há 21 utentes do sexo feminino e 9 utentes do sexo masculino, estando de acordo com a maior representatividade do sexo feminino nos utentes idosos que frequentam o serviço;
- Dos 30 utentes que constituem a amostra 14 encontram-se no grupo dos 65-74 anos, 11 no grupo dos 75-84 anos e os restantes 5, têm 85 ou mais anos;
- Há 19 utentes com uma escolaridade inferior ao 6º ano e os restantes 11 utentes, com uma escolaridade superior ou igual ao 9º ano. Embora se espere encontrar um grau de escolaridade mais baixo, na população de utentes idosos que frequenta o serviço, atendendo a que se envelhece diferentemente segundo a condição social, ao condicionarmos a amostra a utentes conscientes e orientados no tempo e no espaço, necessariamente condicionámos a real representatividade da mesma;
- 15 utentes são casados, 10 utentes são viúvos, 3 utentes são solteiros e 2 utentes são divorciados;
- 27 utentes têm filhos e 3 não têm filhos;
- 22 utentes vivem com familiares, 7 utentes vivem sozinhos e uma utente vive num lar.

- O núcleo residencial para 12 utentes é composto por várias pessoas, para 11 utentes é composto por duas pessoas e para 7 utentes é composto por uma pessoa;
- 5 utentes têm familiares a cargo e 25 utentes não têm familiares a cargo, evidenciando uma das preocupações resultante do internamento hospitalar em 5 destes utentes;
- 19 utentes referem ser os próprios a inteirar-se da situação de doença, 10 utentes referem serem o próprio e familiar a inteirar-se da situação de doença e 1ª utente refere ser a família a inteirar-se da situação de doença.

Salientando agora de uma forma global as opiniões mais significativas recolhidas sobre o **Acolhimento do Utente**, sobressaem deste estudo os seguintes resultados:

- O **horário proporcionado às visitas** é inadequado e limitativo na duração;
- O **espaço para receber as visitas** não é o mais adequado;
- É valorizada a **privacidade na recepção das visitas** e considerada não ser a mais adequada;
- A maioria destes utentes, estando para breve a sua alta hospitalar, tem uma boa **perspectiva de independência na sequência do internamento**;
- A grande maioria destes utentes relativamente à **perspectiva de destino após a alta** hospitalar conta regressar a casa, no entanto alguns expressam a necessidade de terem alguém que os acompanhe;
- Nas **dificuldades enfrentadas na espera pela cirurgia programada** surge o problema da dor que pelos significados expressos evidenciam o sofrimento e limitações enfrentadas.
- Quase metade dos entrevistados expressa **recordações positivas do acolhimento na urgência** evidenciando-se nestas o ser bem atendido/a pelos profissionais;
- No entanto as condições na urgência são inaceitáveis como referem estes utentes relativamente às **recordações negativas do acolhimento na urgência**. O serviço de urgência deveria ter um investimento adequado em recursos materiais e espaço físico, essenciais no entender destes utentes. Estes utentes referem a confusão/sobrelotação, descrevendo várias situações extremas, violentas e atentatórias à dignidade do indivíduo. Constituem ainda maior preocupação o desconforto das macas e o desconforto e as dores;
- Os profissionais de saúde na urgência preocupam-se em informar o utente do **motivo do internamento em ortopedia**;
- Os utentes neste estudo valorizam o **apoio familiar/amigos aquando do internamento**.
- **À chegada à enfermaria de ortopedia** os utentes exprimem a tranquilidade e o alívio que sentem pelo ambiente mais calmo encontrado;

- **A facilidade no contacto com os diversos profissionais na enfermaria** de ortopedia surge pela simpatia/carinho e pelo bom relacionamento;
- Como **motivos que não facilitaram o contacto com os diversos profissionais**, surgem as respostas/attitudes inadequadas dos profissionais, a falta de profissionais, a espera por várias solicitações simultâneas e a falta de contacto com os médicos como mais referenciadas;
- É expressa a insatisfação pelo reduzido número de **casas de banho** no internamento;
- A **existência de uma sala de estar** é referenciada na enfermaria como um espaço imprescindível que permitirá a mudança de ambiente, o convívio, acolher as visitas, proporcionar privacidade e usufruir do conforto que a mesma deverá possuir. A distração proporcionada pela sala de estar contribui para que o enfoque na dor, frequente nestes utentes, seja direccionado a outras actividades;
- Embora na instituição em estudo não exista uma sala de refeições e os utentes façam a refeição na cama ou junto à mesma, estes utentes exprimem o valor significativo que atribuem à **existência de uma sala de refeições**;
- A maioria dos utentes referem limitações nas **condições de mobilidade**, quer na enfermaria como nos restantes acessos dentro da instituição;
- **A experiência relatada relativa à dor /ansiedade neste internamento** mostra que este fenómeno é subvalorizado pelos profissionais de saúde;
- Relativamente à **clareza das informações fornecidas**, grande parte destes utentes consideram as informações claras, mas houve dois que as perceberam como vagas;
- Relativamente à **suficiência de informações fornecidas**, as opiniões destes utentes dividem-se. Uma parte considera que foram suficientes, dois utentes expressam estar entregues nas mãos dos profissionais e um outro grupo revela descontentamento. Este descontentamento é expresso pela falta de planeamento e discussão com o utente dos procedimentos a realizar, na falta do prognóstico a curto prazo e na pouca informação;
- Relativamente à **melhoria das informações fornecidas**, as opiniões expressas pelos utentes deste estudo, traduzem a necessidade sentida, de os profissionais melhorarem a comunicação e o fornecimento de informações ao utente;
- Relativamente às **sugestões/ideias para melhorar o acolhimento no serviço**, prevalece a opinião que as camas eléctricas facilitam a mudança de posição e as camas mais antigas são inadequadas, sendo também referida insatisfação com o serviço de alimentação.

CONCLUSÕES

Ao chegarmos a esta fase do estudo que nos propusemos realizar, podemos dizer ter sido muito estimulante e enriquecedor, apesar de algumas dificuldades sentidas no decurso do mesmo, pensando ter atingido os objectivos inicialmente propostos.

Este trabalho permitiu debruçarmo-nos sobre um problema real, sentido numa instituição de saúde, obter uma visão necessária e essencial, para a intervenção e mudança, reflectindo e analisando o fenómeno em estudo. Embora o tema seja muito abrangente pareceu-nos a abordagem realizada no contexto teórico-conceptual a mais indicada.

A opção metodológica foi criteriosa, respeitando as características da população em estudo. Os dados obtidos foram ricos e permitiram conhecer e clarificar o acolhimento do utente.

Quando nos debruçamos sobre o conjunto de opiniões apresentadas neste estudo concluímos poder agrupá-los em dois subconjuntos:

1 - Aspectos Organizacionais:

- Os **espaços físicos** são pela descrição destes utentes extremamente reduzidos na urgência, e reduzidos na enfermaria de ortopedia;
- A **qualidade de materiais** deveria ser revista e adequada às reais necessidades do utente (nas camas, nas macas, nos acessos ao bar e espaço verde, etc);
- Os **horários de visitas** encontram-se profundamente desenquadrados das necessidades dos utentes, dos seus familiares e amigos, e também estão desenquadrados da necessidade de um contacto mais próximo dos profissionais de saúde com as visitas do utente internado, não sendo facilitadores ao desenvolvimento dessa relação. Não nos esqueçamos que em especial a família/amigos/familiar significativo, do utente idoso são um aliado/parceiro essencial do profissional de saúde no melhor entendimento da sua realidade de vida;
- O **número reduzido de profissionais em determinados turnos** faz com que devido a uma descontinuidade na disponibilidade, a relação se processe de modo distinto impedindo o desenvolvimento de uma sólida relação de confiança;
- Os **procedimentos que conduzem a um combate e avaliação da Dor** eficaz não se apresentam os mais adequados;

2 – Aspectos Relacionais:

- Há esforço dos profissionais no sentido de ultrapassar os profundos constrangimentos físicos e organizacionais;
- Os utentes demonstram interesse e vontade em participar no projecto terapêutico, evidenciando conhecimentos de uma realidade que não é praticada nesta instituição em grande parte por condicionalismos organizacionais;
- É notória a falta de formação dos profissionais na relação utente/profissional de saúde;
- É necessário investir na formação dos profissionais relativamente à informação/comunicação em saúde.

Aparentemente, esta instituição de saúde, apresenta condicionantes ditas “macro” fortemente impeditivas do desenvolvimento das condicionantes ditas “micro” no sentido de que seja alcançada a humanização nos cuidados de saúde prestados.

As condições “macro”, organizacionais constituem um forte impedimento a que os utentes (e a família) usufruam das condições mínimas indispensáveis à abertura e aproximação Hospital – Família – Comunidade, preconizada no modelo holístico de saúde e para que os cuidados de saúde resultem humanizados.

Também se apresenta o desempenho dos profissionais de saúde nesta realidade (com fortes condicionalismos organizacionais), desprovido de condições essenciais para a sua mais adequada realização, condicionando a comunicação e a relação de ajuda, e portanto o acolhimento ao utente idoso.

A este propósito convém referir, *“toda a comunicação é dinâmica, interactiva, irreversível e produz-se num determinado contexto físico e sociocultural. Assim, a comunicação não se limita apenas às mensagens e às interacções, mas inclui também o sistema, o contexto que as torna possíveis”* (Ramos, 2001:158).

É portanto imperiosa a mudança ao nível organizacional, a formação dos responsáveis/gestores e profissionais de saúde na área da comunicação em saúde e da humanização dos cuidados e serviços de saúde.

Neste trabalho e apesar do rigor metodológico que foi preocupação ao longo do mesmo, surgiram como limitações neste estudo a inexperiência do investigador na realização deste tipo de estudo e a limitação temporal para a sua execução.

Este estudo permitirá ainda, sendo um estudo exploratório e descritivo, dar continuidade à reflexão e desenvolvimento do tema, agora em meio profissional, possibilitando uma melhor adequação do exercício profissional.

Gostaríamos que igualmente servisse de estímulo a um modo diferente de adequar as realidades dos nossos serviços às reais expectativas dos nossos utentes. Esforçar-nos-emos para que as opiniões expressas pelos utentes deste estudo sejam ouvidas, cientes no entanto de não se tratarem de conclusões absolutas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, M^a C. (2003). *Cuidados e Cuidadores: um estudo sobre a interação do idoso dependente com os prestadores de cuidados, em contexto domiciliário*. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade Aberta.
- Azevedo, M. (2004). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares: sugestões para estruturação da escrita* (4^a ed.). Lisboa: Universidade Católica.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3^a ed.) São Paulo: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, A Doença e O Hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Cardoso, A. & Pinto, P. (2002). Acolhimento do doente no hospital: um cuidado de enfermagem. *Nursing*. 170, 11-14.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, F. et al. (2003). Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Artroplastia Total do Joelho. *Sinais Vitais*, 47, 40-44.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*. (4^a ed.). Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Corney, R. (1996). *Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e de Aconselhamento em Medicina*. Lisboa: Climepsi.
- Correia, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar de Idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Co-edição Formasau e Educa.

Cresson, G. (1995). *Le Travail Domestique de Santé*, Paris: Éditions L'Harmattan.

Diamond, A. (1997). *Controlo da Dor*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Dias, A. [Postais Antigos de Carcavelos] <<http://pwp.netcabo.pt/carcavellos/galeria.htm>> recuperado em 2007, Novembro 30.

Dinis, R. (2006). *A Família do Idoso: O Parceiro Esquecido? – Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família, Perspectiva dos Enfermeiros*. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade Aberta.

Direcção Geral da Saúde (2000). *Conservar-se em Forma na Idade Avançada. Guia nº 1*. Lisboa: Autor.

Direcção-Geral da saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Autor.

Direcção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Circular Normativa nº 9/DGCG.

Direcção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Circular Normativa nº 13/DGCG.

Duncan, H. (1995). *Dicionário para Enfermeiros e Outros Profissionais de Saúde*. (2ª ed.) São Paulo: Andreia.

Feytor, P. (1991). A Importância da Família no Universo da Saúde. *Servir*.39. 243-251.

Fernandes, A.(1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta.

Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto.

- Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gil, A. (1991). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. (12ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Gonçalves, P. (2004). A relação do enfermeiro com o doente idoso hospitalizado. *Nursing*, 188, 16-17.
- Guimarães, P. (1998). Idosos Sem Poder? A urgência de uma mudança de atitudes. *Servir*, 47, 67-70.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadra os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- IASP. (2007). *International Association for the study of Pain*. Recuperado em 2007, Setembro 6 «<http://www.iasp-pain.org>».
- INE (2001). Instituto Nacional de Estatística: envelhecimento da população. «<http://alea-estp.ine.pt/Html/actual/html/act29.html>» recuperado em 2007, Fevereiro 17.
- INE (2005). Instituto Nacional de Estatística: envelhecimento da população. «<http://alea-estp.ine.pt/Html/actual/html/act46.html>» recuperado em 2008, Janeiro 6.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Kaltenbach, G. (2001). A prevenção do envelhecimento patológico. *Servir*, 49, 239-246.

Lei nº 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).

Leitão, J. (1992). Contributo da Relação Enfermeiro/Utente no Comportamento do doente cirúrgico. *Nursing*, 58.

Leandro, M. (2001). *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.

Loveman, E. & Gale, A. (2001). Factores que influenciaram as inferências dos enfermeiros quanto à dor. *Nursing*, 153, 32-36.

Magalhães, M. (1995). Cuidar a pessoa idosa numa relação de ajuda. *Sinais Vitais*. 7, 27-30.

Martins, F. et al. (2001). Avaliação e Prevenção da Dor. *Informar*, 25, 32-35.

Marujo, H.; Neto, L.; Perloiro, M. (2004), *Educar para o Optimismo*, (12ª ed.)Lisboa: Presença.

McCaffery, M. & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. (s/ed.). St. Louis: Mosby.

Mitchell, C. (2002). Avaliação e tratamento da dor crónica nos doentes idosos. *Nursing*, 170, 29-31.

Neto, L. (2003). Dez Questões sobre o Modelo Comunicacional da Gestão Coordenada das Significações, *Pensar Enfermagem*, 7, 22-31.

OCDE (2004). *Études économiques de l' OCDE: Portugal*. Vol. 13. Autor.

Oliveira, J. (2004). *Psicologia Positiva* (1ª ed.). Porto: ASA.

- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (2ªed.). Porto: Legis.
- Paul, M. (1997). *Lá para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paul, M. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Peacock, E. (1998). Cuidados a pessoas com feridas. In : Sorensen & Luckmann, *Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica* (1ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Pearce, W. (1994). *Interpersonal Communication: Marking Social Worlds*. Nova Iorque: Harper Collins.
- Pender, N. (1987). *Health Promotion in nursing practice*. (2ª ed.). Norwick; Appleton e Lange.
- Phaneuf, M. (1985). *Soins infirmiers la demarche scientifique: orientation vers le diagnostic infirmier*. Toronto : Mc Graw-Hill.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phipps, W. et al. (1995). *Enfermagem Médico Cirúrgica : conceitos e prática clínica*. (2ª ed.) Lisboa: Lusodidacta.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Pinheiro, M. (1999). O idoso em Destaque. *Enfermagem*, 15, 41.
- Piperno, M. (2002). Tratamento da Gonartrose. *Servir*, 50, 145-150.

- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ª ed.). Portalegre: Artes Médicas.
- Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Quivy, R. & Champenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (4ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2, 155-178.
- 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*, 1, 195-216.
- Reis, J. (1998). *O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.
- Ribeiro, J. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*. XII, 179-191.
- Ribeiro, L. (1998). *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa.
- Rodrigues, A. (1999). Promover a Independência no Utente. *Sinais Vitais*. 23, 41-43.
- Rogers, C. (1980). *Tornar-se pessoa*. (5ª ed.). Lisboa: Moraes.
- Serra, L. (2001). *Critérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia*. (2ª ed.). Lisboa: LIDEL.
- Serrão, D. & Nunes, R. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.

- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice* (2ª ed.). Porto: Ambar.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. (13ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Turek, S. (1991). *Ortopedia: princípios e sua aplicação*. (4ª ed.) São Paulo: Manole.
- Valbona, (1984). Respostas do Organismo à Imobilização. Em Krusen: *Tratado de Medicina Física e Reabilitação*. (3ª ed.) São Paulo: Manole.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização Institucional para a realização do Estudo

Porfírio Gomes Guedes
Rua Ilha de Stª Maria nº244 3ºdt
2775-799 Carcavelos

autorizado
para conferimento à SPC
EUS chefe.

23-11-06

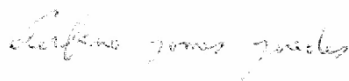


Ao Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Cascais

Porfírio gomes Guedes, Enfermeiro graduado, a exercer funções no Hospital Dr. José de Almeida, encontrando-se a frequentar o Mestrado em Comunicação em Saúde e na fase de elaboração da Dissertação, cujo tema é "*Factores que contribuem para o bom ou mau acolhimento do idoso no internamento de ortopedia na opinião dos idosos internados*", solicito a V. Ex.ª a autorização para realizar entrevista semi-estruturada a utentes idosos (conscientes e orientados), no Serviço de Ortopedia, no âmbito da colheita de dados para o referido trabalho de investigação. Conhecendo as regras Éticas que implica um trabalho desta natureza, comprometo-me perante a instituição e os entrevistados a guardar sigilo acerca da identificação dos participantes.

Grato pela atenção dispensada, aguardo resposta ao pedido solicitado.

Carcavelos, 22 de Novembro de 2006



Anexo 2 – Guião da Entrevista

Sr. Utente

Sou Enfermeiro e estou a frequentar o 7º Mestrado em Comunicação em Saúde na Universidade Aberta.

Nesse âmbito estamos a realizar uma investigação que pretende estudar os *Factores que Contribuem para o Bom Acolhimento do Idoso no Internamento de Ortopedia: A Opinião dos Idosos Internados num estudo num Centro Hospitalar da Região de Lisboa*

Para a recolha de dados optámos pela utilização de uma entrevista semi-estruturada, na medida em que se apresenta como a mais adequada a este tipo de estudo. Naturalmente, as informações recolhidas serão confidenciais e unicamente utilizadas no âmbito do presente estudo.

O utente tem o direito de recusar responder a alguma pergunta, podendo inclusive abandonar o estudo, sendo-lhe garantido que em nada será prejudicado, caso opte por esta posição.

A sua participação contribuirá para um melhor conhecimento da problemática em estudo, permitindo desta forma a introdução de estratégias adequadas, para a melhoria das condições de atendimento ao utente.

Agradeço desde já a sua simpatia e disponibilidade para colaborar connosco.

Enfermeiro Porfírio Gomes Guedes

ENTREVISTA

1) Sexo: Fem Mas

2) Idade ___ anos

3) Grau de escolaridade:

< 4ª classe

≥ 9º ano e < 11º ano de escolaridade

≥ 4º classe e < 6º ano de escolaridade

≥ 11º ano e < curso superior

≥ 6º ano e < 9º ano de escolaridade

curso superior

4) Estado civil _____ (casado, união de facto, viúvo, solteiro, divorciado)

5) Filhos: Sim Não

6) Reside: Sozinho Com familiares Lar Outra _____

7) Composição do Agregado Familiar _____

8) Tem familiares a seu cargo (idosos; a quem faz as refeições...ou outras preocupações que trás para o hospital) _____

9) Já esteve internado neste hospital? (a última vez foi há quantos anos) _____

10) Quem o visita no hospital? _____

11) Quem se inteira da sua situação de doença (próprio, familiar, amigo) _____

Relativamente às condições proporcionadas às suas visitas o que pensa do:

12) Horário; _____

13) Espaço para as receber; _____

14) Privacidade; _____

15) Pensa que a partir deste episódio de internamento a sua independência se vai alterar?

16) Quando tiver alta está a pensar ir para onde? (temporariamente ou definitivo) _____

17) Tem uma recordação positiva do acolhimento na urgência? _____

18) Tem uma recordação negativa do acolhimento na urgência? _____

19) Na urgência foi-lhe explicado porque seria internado/a? _____

20) Os seus familiares/amigos vieram ao serviço vêr onde ficava? Acha importante? _____

21) O que sentiu ao entrar neste serviço? _____

22) O que considera ter sido mais fácil para si no contacto com os diversos profissionais?

23) O que considera ter sido mais difícil nesse contacto? _____

Relativamente ao espaço físico:

24) Está satisfeito/a com o W.C.? _____ Porquê? _____

25) Acha importante existir uma sala de estar? _____ Porquê? _____

26) Acha importante que existisse uma sala de refeições? _____ Porquê? _____

27) Está satisfeito/a com as condições de mobilidade existentes? _____ Porquê? _____

28) Como foi a sua experiência relativamente à dor/ansiedade neste internamento? _____

Relativamente às informações que lhe foram fornecidas:

29) Considera-as claras? _____

30) Considera-as suficientes? _____

31) Como poderiam ser melhoradas? _____

32) Sugestões/ideias para melhorar o acolhimento e atendimento neste serviço? _____
