



ISABEL MARIA LOPES MARTINS NUNES

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO  
UTENTE INTERNADO NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA**  
Contributos Para Melhorar a Comunicação e a Qualidade  
dos Cuidados ao Utente

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

ORIENTADOR:  
PROFESSORA DOUTORA NATÁLIA RAMOS

Universidade Aberta

Lisboa  
Janeiro de 2008

ISABEL MARIA LOPES MARTINS NUNES

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO  
UTENTE INTERNADO NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA**  
Contributos Para Melhorar a Comunicação e a Qualidade  
dos Cuidados ao Utente

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

ORIENTADOR:  
PROFESSORA DOUTORA NATÁLIA  
RAMOS

Universidade Aberta

Lisboa  
Janeiro de 2008

***“ Não podes continuar estático num  
Mundo que se transforma à  
tua volta”***

***Antoine de Saint-Exupery***

## AGRADECIMENTOS

No momento de apresentarmos este trabalho queremos deixar expressa a nossa gratidão a todos aqueles que contribuíram para a sua realização.

Este foi o passo mais difícil de efectuar, talvez pelo medo de não conseguirmos traduzir para a escrita todos os sentimentos tidos ao longo da concretização desta árdua investigação. Desde já, apresentamos o nosso sincero pedido de desculpas se alguém que nos foi importante neste caminho aqui não foi referenciado.

Em primeiro lugar, o nosso mais profundo reconhecimento vai para os familiares dos utentes internados e para os profissionais de saúde do serviço de ortopedia de um centro hospitalar da região de Lisboa, que acederam a participar no estudo, contribuindo com informações preciosas. Foram eles a matéria-prima deste trabalho, sem eles nada seria possível.

À Professora Doutora Natália Ramos, orientadora desta dissertação, pela oportunidade da sua orientação, pela mais valia das suas sugestões e exigência, bem como pela oportunidade de me fazer crescer enquanto investigadora e pessoa. No seu saber se esteou a investigação que realizamos. Agradeço ainda, as suas palavras sábias de apoio, paciência, cuidado e incentivo, que muitas vezes teimava em fugir.

A todos os professores, que no ano curricular contribuíram com saber e elementos importantes para a elaboração deste trabalho.

Ao Centro Hospitalar de Cascais, Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida, na pessoa da Enfermeira Directora.

Contudo, este trabalho só foi possível dada a disponibilidade, incentivo, ajuda, encorajamento e apoio da família.

Ao meu marido – Jorge, por me fazer companhia todos os dias, lembrando-me que eu fazia parte de um todo, pelo silêncio quando dele precisava, pela

possibilidade de partilha, pelo orgulho, pela humildade,... por tudo quanto deveria dizer e não consigo .....

Ao meu filho – Tiago, pela paciência, e o não reclamar que a mãe deveria ter mais tempo para ele, também pela força e carinho que me deu.

À minha mãe – Maria Piedade, aprendi com ela a não desistir e a ter sempre um sorriso. Aprendi a força e a capacidade de resistência. Obrigado pelo apoio, muitas vezes escondido mas, que me permitia descansar o corpo e a alma depois de dias de correria e luta.

Às minhas irmãs – Ângela e Cita, pelo forte incentivo e coragem mesmo nos momentos mais difíceis, tinham sempre uma palavra de conforto.

À minha amiga – Sandra, pela disponibilidade mostrada em colaborar quando foi necessário ir buscar o meu filho às suas actividades.

À minha amiga – Anabela Páscoa, pela insistência na palavra “vais conseguir”.

**RESUMO**

Durante e após uma doença aguda, ou em situações como causa de morbidade hospitalar, a pessoa tem que ser tratada e recuperada através de uma intervenção pluridimensional, que abrevie o tempo de internamento, pois o hospital de hoje não é o melhor lugar para se ficar por muito tempo. Naturalmente que o regresso a casa ou a um local tanto quanto possível próximo do seu meio, é o que se deseja.

A família é, assim, o elemento fulcral para a continuidade dos cuidados, pelo que a sua participação na prestação de cuidados é fundamental, havendo da parte dos profissionais de saúde a preocupação em estabelecer uma relação cada vez mais próxima com o elemento cuidador para garantir a qualidade destes cuidados, após a alta hospitalar.

Como parceiros, os familiares poderão ter um papel activo na prestação de cuidados e na tomada de decisões; como receptores de cuidados, eles requerem informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de forma a reunir as melhores condições para lidarem com a situação / problema.

No processo de cuidados de saúde, a comunicação assume o sentido de partilha, de pôr em comum, e a sua eficácia está relacionada com o que existe de comum no conhecimento ou na vivência dos sujeitos, que participam no processo.

As principais temáticas do enquadramento teórico e que suportam o estudo empírico são: *Família*; *a Doença na vida da Família*; *Internamento / hospitalização*; e *Comunicação em Contexto Hospitalar e de Cuidados de Saúde*.

Optámos pela realização de um estudo exploratório e descritivo, utilizando uma metodologia do tipo qualitativo, recorrendo à entrevista áudio-gravada como técnica de pesquisa aos familiares participantes, e um questionário aos profissionais de saúde participantes. Foi utilizado o método de análise de conteúdo.

Procuramos conhecer: a importância da integração da família nos cuidados; as actividades de vida mais importantes para a integração da família; as competências mais importantes dos familiares nos cuidados e identificar

sugestões dos familiares e profissionais de saúde, para a participação da família nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia.

Relativamente aos resultados das entrevistas efectuadas aos familiares participantes, ressaltam alguns aspectos:

- ***Os participantes foram unânimes em referir que gostam de participar nos cuidados ao familiar internado***, o que nos leva a concluir, que será fácil haver uma relação de parceria com a família.

- ***Quanto ao tipo de cuidados que gostaria de realizar durante o internamento***, surgem como tarefas a realizar, **a alimentação, a higiene e o conforto.**

- ***Quanto às medidas para melhorar a participação da família nos cuidados ao utente internado, é realçado o alargamento do horário das visitas.***

Da análise dos registos dos questionários aplicados aos profissionais de saúde, há a salientar:

- **A grande percentagem dos participantes considerou importante a participação da família nos cuidados.**

- ***Quanto ao tipo de cuidados realizados em parceria com a família***, surgem as **actividades da vida diária**; e os cuidados de higiene e alimentação.

- ***Quanto às vantagens da participação da família nos cuidados***; surge o **envolvimento no processo terapêutico e preparação da família para a continuidade dos cuidados**

- ***Quanto às sugestões para melhorar a parceria com a família nos cuidados***; surge o **alargamento do horário de visitas, e, o incentivo da família a participar.**

Estes resultados revelam a importância atribuída pelos dois grupos participantes, à participação da família nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia, de um centro hospitalar da região de Lisboa.

Em suma, a participação da família nos cuidados ao utente internado, abrange vantagens evidentes, no que se refere ao utente, (manutenção do vínculo profissional, maior apoio, menor sentimento de ruptura com o ambiente familiar, preparação para a continuidade dos cuidados).

**ABSTRACT**

During and after an acute disease, or in situations such as the cause of hospital morbidity, a person has to be treated and rehabilitated through a pluri-dimensional intervention, which shortens the time of internment as hospitals nowadays are not the best places to be for a long time. The return to a home or a place as close as possible to his/her environment, is what is desired.

Therefore the family is, a crucial element for the continuation of health care. Due to this fact the family participation in the provision of care is essential, thereby underlying the necessity for health providers to establish a closer relationship between the caregiver and the family to guaranty the quality of the patient's care after having been release from hospital.

Within this partnership, the family members will be able to play an active role in the provision of health care and in taking decisions; As care providers they reassure information and gaidance from the part of the professionals, in order to gather the best conditions to deal with the situation / problem.

In the healthcare process, communication assume the role of sharing/teamwork, and it's efficiency is related to what exists in common knowledge or in the relatives' experiences who participate with in the process.

The main theme of the theoretical framework which supports the empirical study is: the Family; the Family Medical history; Internment/hospitalisation; Communication in the Context of Health Care.

We have chosen to carry out an exploratory and descriptive study, using qualitative methodology, by making use of recorded interviews as a research technique involving participating relatives, combined with a questionnaire to the health professionals. The context analyses method was used for this purpose.

The intention of this study is to know: the importance of the integration of the family in care; the most important life activities for the family integration; the most important effective roles of the relatives in care and to identify suggestions made by relatives and health workers carers for the participation of family in care of the patient that is interned in orthopaedics service.

Related to the results of the recorded interviews registred taken form the participating relatives, some important aspects must be considered:

- **Concerning the willingness of the participation of family member carers:** the participants unanimously agreed, which led us to conclude, that a partnership relationship with the family would be easy to attend.

- **As for the type of care that would be desirable to be carried out during the internment,** chores such as, **nutrition and hygiene and comfort** arose.

- **As for the measures to improve the participation of the family in the carer's user, the extending of the time of the visits** is highlighted. When looking to the records of the questionnaires applied to health professional, we need to point out.

- **A large percentage of the participants considered important the participation of the family in caring;**

-**As for the type of care conducted in partnership with the family;** arose the activities of daily life and the care of hygiene and nutrition.

- **As for the advantages of the participation of the family in care;** arose the involvement in the therapeutic process and preparing the family for the continuity of care.

- **As for suggestions to improve the partnership with the family in care;** arose the extension of the hours of visits, encourage families to participate. These results show the importance attributed by the two participant groups in the participation of the family in caring the patients admitted in a orthopaedics service centre of a hospital in the region of Lisbon.

In short, the participation of the family in caring the patients admitted, has obvious advantages, in relation to the user, (maintenance of the link training, more support, less sense of rupture with the family environment, preparing for the continuity of care).

---

**ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
<b>1 - FAMÍLIA.....</b>	<b>21</b>
1.1 - O CONCEITO.....	21
1.2 - EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA AO LONGO DOS TEMPOS.....	23
1.3 - FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DA FAMÍLIA.....	26
1.4 - ETAPAS DO CICLO VITAL DA FAMÍLIA.....	27
<b>2 - A DOENÇA NA VIDA DA FAMÍLIA.....</b>	<b>30</b>
2.1 - DIREITOS DO DOENTE E DA FAMÍLIA.....	34
<b>3 - INTERNAMENTO / HOSPITALIZAÇÃO.....</b>	<b>37</b>
3.1 - A PESSOA E A SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	41
3.2 - FAMÍLIA – PARCEIRA NO CUIDAR.....	43
3.3 - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS.....	47
<b>4 - COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR E DE CUIDADOS DE SAÚDE.....</b>	<b>51</b>
<b>CAPITULO II – METODOLOGIA.....</b>	<b>58</b>
<b>1 - METODOLOGIA.....</b>	<b>59</b>
1.1 - TIPO DE ESTUDO.....	60
1.2 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	63
1.2.1 - Breve História do Hospital.....	63
1.2.2 - Local do Estudo.....	65
1.2.3 - Recursos Humanos.....	66
1.2.4 - Tipologia dos Utentes.....	67
1.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	69
1.3.1 - Amostra dos Familiares.....	70
<u>1.3.1.1 - Sexo dos Familiares Participantes.....</u>	<u>70</u>
<u>1.3.1.2 - Idade dos Familiares Participantes.....</u>	<u>71</u>
<u>1.3.1.3 - Estado Civil dos Familiares Participantes.....</u>	<u>71</u>
<u>1.3.1.4 - Habilitações Literárias dos Familiares Participantes.....</u>	<u>72</u>
<u>1.3.1.5 - Profissão dos Familiares Participantes.....</u>	<u>72</u>
<u>1.3.1.6 - Grau de Parentesco do Utente Quanto ao Familiar Participante.....</u>	<u>73</u>
1.3.2 - Amostra dos Profissionais de saúde.....	74

1.3.2.1 - Sexo dos Profissionais de Saúde Participantes.....	75
1.3.2.2 - Idade dos Profissionais de Saúde Participantes.....	75
1.3.2.3 - Categoria Profissional dos Profissionais de Saúde Participantes.....	76
1.3.2.4 - Escolaridade / Formação dos Profissionais de Saúde Participantes.....	77
1.3.2.5 - Vínculo à Instituição dos Profissionais de Saúde Participantes.....	77
1.3.2.6 - Tempo de Serviço no Actual Serviço dos Profissionais de Saúde Participantes.....	78
1.4 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	79
1.4.1 - Considerações Éticas.....	84
<b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>86</b>
<b>1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>87</b>
1.1 - ALTERAÇÕES FAMILIARES ORIGINADAS PELO INTERNAMENTO DO FAMILIAR.....	88
1.2 - PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO.....	91
1.3 - TIPO DE CUIDADOS QUE GOSTARIA DE REALIZAR DURANTE O INTERNAMENTO DO FAMILIAR.....	96
1.4 - DISPONIBILIDADE PARA PARTICIPAR NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO.....	98
1.5 - CONHECIMENTO DOS DIREITOS DO DOENTE.....	101
1.6 - CONHECIMENTO DOS DIREITOS DA FAMÍLIA.....	104
1.7 - CONDIÇÕES DO SERVIÇO PARA A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS.....	107
1.8 - MEDIDAS PARA MELHORAR A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO.....	113
1.9 - ADEQUAÇÃO DO HORÁRIO DAS VISITAS.....	117
1.10 - IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS.....	120
1.11 - PORQUE CONSIDERA IMPORTANTE A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO.....	121
1.12 - SITUAÇÃO DE TRATAMENTO EM PARCERIA COM A FAMÍLIA.....	125
1.13 - SENTIMENTO VIVIDO EM PARCERIA.....	128
1.14 - TIPO DE CUIDADOS REALIZADOS EM PARCERIA.....	131
1.15 - CONDIÇÕES NA ORGANIZAÇÃO PARA OS CUIDADOS EM PARCERIA COM A FAMÍLIA.....	133
1.16 - VANTAGENS PARA A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS.....	138
1.17 - SUGESTÕES PARA MELHORAR A PARCERIA COM A FAMÍLIA NOS CUIDADOS.....	141
<b>2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>145</b>

<b>3 - SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	
<b>PARTICIPANTES.....</b>	<b>157</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>158</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>175</b>
ANEXO 1 - Autorização Institucional para a Realização do Estudo.....	176
ANEXO 2 - Guião da Entrevista Realizada aos Familiares.....	177
ANEXO 3 - Questionário Realizado aos Profissionais de Saúde.....	178
ANEXO 4 - Carta dos Direitos do Doente.....	179

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura nº 1</b> – Sanatório Marítimo de Carcavelos.....	64
<b>Figura nº 2</b> – Sanatório Marítimo Dr. José de Almeida.....	64

---

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO Nº1</b> – SEXO DOS FAMILIARES PARTICIPANTES.....	70
<b>GRÁFICO Nº2</b> – IDADE DOS FAMILIARES PARTICIPANTES.....	71
<b>GRÁFICO Nº3</b> – ESTADO CIVIL DOS FAMILIARES PARTICIPANTES.....	71
<b>GRÁFICO Nº4</b> – HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS FAMILIARES PARTICIPANTES.....	72
<b>GRÁFICO Nº5</b> – PROFISSÃO DOS FAMILIARES PARTICIPANTES.....	73
<b>GRÁFICO Nº6</b> – FAMILIAR INTERNADO/PARENTESCO DOS FAMILIARES PARTICIPANTES.....	73
<b>GRÁFICO Nº7</b> – SEXO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....	75
<b>GRÁFICO Nº8</b> – IDADE DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....	76
<b>GRÁFICO Nº9</b> – CATEGORIA PROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....	76
<b>GRÁFICO Nº10</b> – ESCOLARIDADE/FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....	77
<b>GRÁFICO Nº11</b> – VINCULO À INSTITUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....	77
<b>GRÁFICO Nº12</b> – TEMPO DE SERVIÇO NO ACTUAL SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....	78
<b>GRÁFICO Nº13</b> – GOSTARIA DE PARTICIPAR NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO.....	92
<b>GRÁFICO Nº14</b> – CONSIDERA O HORÁRIO ADEQUADO.....	117
<b>GRÁFICO Nº15</b> – CONSIDERA IMPORTANTE A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS.....	121

---

**ÍNDICE DE QUADROS**

<b>QUADRO 1</b> – ALTERAÇÕES FAMILIARES ORIGINADAS PELO INTERNAMENTO DO FAMILIAR.....	91
<b>QUADRO 2</b> – PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO.....	96
<b>QUADRO 3</b> – TIPO DE CUIDADOS QUE GOSTARIA DE REALIZAR DURANTE O INTERNA – MENTO DO FAMILIAR.....	98
<b>QUADRO 4</b> – DISPONIBILIDADE PARA PARTICIPAR NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO.....	100
<b>QUADRO 5</b> – CONHECIMENTO DOS DIREITOS DO DOENTE.....	104
<b>QUADRO 6</b> – CONHECIMENTO DOS DIREITOS DA FAMÍLIA.....	106
<b>QUADRO 7</b> – CONDIÇÕES NO SERVIÇO PARA A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE.....	112
<b>QUADRO 8</b> – MEDIDAS PARA MELHORAR A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO.....	116
<b>QUADRO 9</b> – ADEQUAÇÃO DO HORÁRIO DAS VISITAS SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	120
<b>QUADRO 10</b> – IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE.....	125
<b>QUADRO 11</b> – SITUAÇÃO DE TRATAMENTO EM PARCERIA COM A FAMÍLIA.....	128
<b>QUADRO 12</b> – SENTIMENTO VIVIDO COM TRATAMENTO EM PARCERIA.....	130
<b>QUADRO 13</b> – TIPO DE CUIDADOS REALIZADOS EM PARCERIA COM A FAMÍLIA.....	133
<b>QUADRO 14</b> – CONDIÇÕES NA ORGANIZAÇÃO PARA CUIDADOS EM PARCERIA COM A FAMÍLIA.....	137
<b>QUADRO 15</b> – VANTAGENS DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS.....	141
<b>QUADRO 16</b> – SUGESTÕES PARA MELHORAR A PARCERIA COM A FAMÍLIA NOS CUIDADOS.....	144

## INTRODUÇÃO

Considerando a doença, não apenas um processo biológico, entendemos que este acontecimento não se limita a uma só pessoa “ *para que este seja reconhecido como doente, com efeito, deve haver uma espécie de consenso entre as suas percepções de mal-estar e as percepções dos seus pares, cuja cooperação é aliás essencial à obtenção dos direitos e benefícios concedidos ao papel do doente*” (Quintela, 2001:80), o que justifica que o caminho a percorrer também passa pelos familiares.

A doença é um acontecimento que provoca alterações no equilíbrio, mais ou menos estável, da vida de uma pessoa. Maiores, e mais graves, serão estas quando o indivíduo é confrontado com uma situação de internamento, quer para o próprio, quer para a família e/ou comunidade à qual pertence.

Sendo o ser humano um ser social, que normalmente não vive isolado e sendo a família a unidade da sociedade, tornou-se também fundamental reflectir sobre a família em todo este processo. A família não é só um apoio para a pessoa/utente internado, mas é também alvo dos cuidados dos profissionais de saúde. É essencial perceber o impacto da hospitalização na família, e perceber as dificuldades e as emoções pelas quais passam todos os membros. O profissional de saúde deve estar atento a todos os factores relacionados com a família, porque é com ela que tem de existir maior interacção.

Não havendo dúvidas da importância da humanização e continuidade de cuidados de saúde nestas situações, é necessário minimizar os efeitos que a mesma possa causar, diminuindo as diferenças entre o meio familiar e o meio hospitalar.

Ser doente e estar internado num meio hospitalar é sem dúvida uma medida extrema, que desvia a pessoa do seu meio natural, a família.

Ser capaz de viver esse desvio é uma responsabilidade que não é exclusiva do utente ou dos profissionais.

A família deve fazer parte da equipa de saúde, e por isso deve haver uma relação pluridimensional. Neste contexto, há cada vez mais necessidade de intervenção

activa da família, pois ela constitui um pilar importante que pode ajudar o utente a viver e a superar uma experiência, difícil naquele momento.

Segundo Cunha (1991:232) “... *É bom salientar que a exigência de solidariedade começa na família, mas os serviços devem, por seu lado, organizar-se de modo a que aquele apoio se não torne num incomportável sacrifício....*”

Ainda Pinto (1991:244) refere que: “... *A assistência e reabilitação, durante a fase aguda, quando o doente está acamado, e depois durante a convalescença, de tal maneira se reconhece a importância da família que muitos autores afirmam que, mesmo nos doentes hospitalizados, a família é membro integrante da equipa clínica...*”

Das nossas vivências diárias, parece-nos que a problemática do envolvimento dos familiares na prestação de cuidados directos, é deveras importante, na medida em que consideramos que a envolvência dos familiares, poderá contribuir para a redução do sentimento de crise vivido pelos diferentes elementos que se relacionam por laços afectivos e/ou de parentesco.

Por outro lado, achamos ainda, que a envolvência da família na prestação de cuidados, poderá contribuir de uma forma substancial, para um aumento da qualidade dos cuidados prestados.

Assim sendo, achamos pertinente uma reflexão nesta área e consideramos importante conhecer a: “Participação da Família nos Cuidados ao Utente Internado num Serviço de Ortopedia, Tendo em Vista Melhorar a Comunicação e a Qualidade dos Cuidados ao Utente”.

Com uma política de cuidados de saúde hospitalares orientada essencialmente para o tratamento da doença, reabilitação do indivíduo e integração social em que se preconizam internamentos hospitalares cada vez mais curtos, há uma grande preocupação pela transferência dos cuidados hospitalares para os cuidados prestados na comunidade.

Esta transição tem aumentado a consciência da importância da família como cuidadora, responsabilizando-se por vezes as famílias sem se avaliar se estas têm condições sociais, psicológicas, económicas e até mesmo, se os seus elementos

têm condições físicas para assumirem essa responsabilidade, sem comprometerem o equilíbrio familiar e a qualidade dos cuidados, num tempo em que se operam mudanças estruturais e sociais significativas na família.

Como refere Andrade et al (2005:23), a família apresenta “ *Uma responsabilidade acrescida e uma sobrecarga de trabalho, (...), sem que nada lhe possamos oferecer como incentivo/reconhecimento do seu esforço, à semelhança do que acontece na maioria de outros países, onde existem redes de apoio à família aos mais variados níveis*”.

Weitzner et al (2000:14), alertam para “...*A necessidade das actuais políticas de saúde facultarem à família formação que lhe permita implementar os cuidados no domicílio*”, contudo como defendem Temmink et al (2000:57), “...*Os profissionais de saúde, bem como as organizações de saúde, não se encontram preparados para fornecer este tipo de cuidados*”.

Do ponto de vista estrutural o presente trabalho é composto por três capítulos:

**No Capítulo I**, procurámos apresentar a contextualização e fundamentação da pesquisa, dividida em tantas partes quantas áreas temáticas consideramos susceptíveis de ter importância para o nosso enquadramento teórico; que se inicia pelo conceito de família, a evolução da família inicia-se pela análise das mudanças familiares ao longo dos tempos, funções e competências da família e etapas do ciclo vital da família. Depois elaboramos a relação da doença na vida da família, os direitos e deveres do doente e da família; a análise dos conceitos internamento /hospitalização, a pessoa e a satisfação das necessidades humanas básicas, a relação família – parceira no cuidar e a continuidade dos cuidados e para finalizar a importância da comunicação em contexto hospitalar e de cuidados de saúde;

**No capítulo II**, apresenta-se a metodologia, a descrição pormenorizada e rigorosa da forma como o estudo foi realizado; tipo de estudo; caracterização do local do estudo; população e amostra; procedimento de recolha de dados;

**No capítulo III**, apresentamos e analisamos os dados, e discutimos os resultados obtidos no estudo empírico. Nas conclusões, onde é dado realce aos resultados que

consideramos mais relevantes, procurou-se identificar as suas implicações para melhorar a comunicação e a qualidade dos cuidados, formulando algumas sugestões no sentido de melhorar a intervenção profissional e as limitações do nosso estudo.

Tendo por base várias investigações desenvolvidas no âmbito da comunicação em saúde e de áreas afins, procura-se aqui, desenhar algumas linhas de resposta às questões levantadas.

**CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico faz parte da revisão da literatura. Esta, segundo Polit (1995:55) "... *pode ser bastante útil no processo de familiarizar o pesquisador com a teoria relevante e de indicar estratégias, procedimentos e instrumentos específicos que possam resultar na solução de um problema.*"

### 1 – FAMILIA

#### 1.1- O CONCEITO

Quando falamos da nossa família, raramente nos questionamos, sobre o que é verdadeiramente uma família. É certo que são inúmeras as ciências que estudam a família, pelo que será difícil encontrar uma definição que sirva inteiramente, até porque, também existindo em todas as sociedades humanas de modos por vezes bem distintos, é difícil criar um conceito universal.

Neste contexto Moura (1988:37) refere: "...*se nós pensarmos a nível planetário e mundial, não parece que conseguiremos, dada a diversidade de culturas e mesmo de situações sociais existentes nos diferentes países do mundo, encontrar um conceito de família que pudesse servir a toda a gente*".

Contudo, parece-nos adequado afirmar que em todas as definições são encontrados elementos comuns, sendo eles:

- A família é uma instituição com valores e características próprias;
- É um grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco;
- É um sistema de relações inter dependentes com funções de manutenção, protecção e sobrevivência.

A família representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. É um grupo de pessoas, ou um número de grupos domésticos ligados por descendência (demonstrada ou estipulada) a partir de um ancestral comum, matrimónio ou adopção. Nesse sentido o termo confunde-se com clã.

Dentro de uma família existem graus de parentesco variados. Membros de uma família costumam compartilhar do mesmo sobrenome, herdado dos ascendentes directos.

A família é unida por múltiplos laços capazes de manter os membros moralmente, materialmente e reciprocamente durante uma vida e durante as gerações.

Podemos então, definir família como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interacção dos membros da mesma, considerando-a, igualmente, como um sistema, que opera através de padrões transaccionais.

Assim, no interior da família, os indivíduos podem constituir subsistemas, podendo estes ser formados pela geração, sexo, interesse e/ ou função, havendo diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um membro afectam e influenciam os outros membros.

A família como unidade social, enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento, diferindo a nível dos parâmetros culturais, mas possuindo as mesmas raízes universais (Minuchin, 1990).

A palavra família vem do vocabulário "*famulus*" que significa servo ou escravo. Esta raiz etimológica alude à natureza possessiva das relações familiares entre os povos primitivos, em que a mulher devia obedecer ao seu marido e os filhos pertenciam aos pais, os quais tinham direitos absolutos sobre os mesmos (Osório, 1996).

Seguindo esta terminologia, a noção de posse e poder estão intrinsecamente vinculados à origem e evolução do grupo familiar.

Muitas consideram o ponto de partida a parentalidade, ou seja, os papéis paterno e materno como estruturas do grupo familiar (Osório, 1996).

Existem várias teorias sobre a origem das famílias, umas baseadas nas suas funções biológicas, e outras, nas suas funções psicossociais.

A família, enquanto célula central em torno da qual a sociedade se desenvolve, tem vindo a sofrer profundas alterações ao longo do tempo, tornando-se ela própria um fenómeno histórico.

Segundo Saraceno apud Pereira, (2001:42), “... *A família tem também a sua história própria que transforma continuamente as regras e as formas das gerações, bem como as relações e os intercâmbios entre famílias e sociedades*”.

A noção de família tem evoluído ao longo dos tempos.

## 1.2 – EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA AO LONGO DOS TEMPOS

O termo “*famulus*” foi criado na Roma Antiga para designar um novo grupo social que surgiu entre as tribos latinas, ao serem introduzidas à agricultura e também para a escravidão legalizada.

Se nesta época predominava uma estrutura familiar patriarcal em que um vasto leque de pessoas se encontrava sob a autoridade do mesmo chefe, nos tempos medievais (Idade Média), as pessoas começaram a estar ligadas por vínculos matrimoniais, formando novas famílias. Dessas novas famílias fazia também parte a descendência gerada que, assim, tinha duas famílias, a paterna e a materna.

Com a Revolução Francesa surgiram os casamentos laicos no Ocidente e, com a Revolução Industrial, tornaram-se frequentes os movimentos migratórios para cidades maiores, construídas em redor dos complexos industriais.

Em Portugal, como refere, Leandro (2001:95) “ (...) *entre os mais de três milhões de famílias distribuídas de forma irregular, no espaço nacional, à semelhança de outros aspectos, contrastam as regiões do interior mais ruralizado e do litoral mais urbanizado, sendo de realçar nestas últimas, as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto*”.

Estas mudanças demográficas originaram o estreitamento dos laços familiares e as pequenas famílias, num cenário similar ao que existe hoje em dia.

Leandro (2001:95) refere ainda, “ (...) *as estruturas familiares e a sua diversidade e implantação acabam por ser tributárias desta distribuição sócio-espacial, embora a forma predominante seja da família nuclear conjugal, isto é, a que apresenta uma estrutura triangular constituída pelo pai, mãe e filho (s)*”

.Ainda outra consequência desta nova realidade, surge quando, “*As mulheres saem de casa, integrando a população activa, e a educação dos filhos é partilhada com as*

*escolas. Os idosos deixam também de poder contar com o apoio directo dos familiares nos moldes da Pré-Revolução Francesa e Industrial, sendo entregues aos cuidados de instituições de assistência” (Moreira, 2001:22).*

Para o mesmo autor, a família era definida como um “*agregado doméstico (...) composto por pessoas unidas por vínculos de aliança, consanguinidade ou outros laços sociais, podendo ser restrita ou alargada*” (Moreira, 2001: 22).

Nesta definição, nota-se a ambiguidade motivada pela transição entre o período anterior às revoluções, representada pelas referências à família alargada, com a tendência reducionista que começava a instalar-se reflectida pelos vínculos de aliança matrimonial.

Na cultura ocidental, uma família é definida especificamente como um grupo de pessoas do mesmo sangue, ou unidas legalmente (como no matrimónio e na adopção).

A família poderia assim, constituir-se de uma instituição normalizada por uma série de regulamentos de afiliação e aliança, aceites pelos membros. Deverá ser encarada como um todo que integra contextos mais vastos como a comunidade em que se insere.

De encontro a esta afirmação, Janosik e Green apud Stanhope, (1999:492), referem que “*A família é um sistema de membros interdependentes que possuem dois atributos: comunidade dentro da família e interacção com outros membros*”.

A família vem-se transformando através dos tempos, acompanhando as mudanças religiosas, económicas e sócio-culturais do contexto em que se encontram inseridas. Esta é um espaço sócio-cultural que deve ser continuamente renovado e reconstruído; o conceito de próximo encontra-se realizado mais que em outro espaço social qualquer, e deve ser visto como um espaço político de natureza criativa e inspiradora.

A estrutura familiar tem vindo a mudar conforme as épocas e os factores sociais, políticos, económicos e religiosos prevalentes num dado momento da evolução de determinada cultura.

Para Gonçalves et al, (2001:15), “ *A família actual apresenta padrões distintos e a sua evolução é o reflexo do que se observa na sociedade em que está inserida*”.

Actualmente e face às alterações da sociedade, deparamo-nos com uma definição de família muito complexa, uma vez que podemos encontrar desde as famílias nucleares, às monoparentais e até às famílias que podem ser definidas pelos laços sentimentais entre indivíduos ou pela própria rede de apoio, de tal modo que podemos afirmar, tal como refere Benjumea apud Gonçalves et al (2001:15), que “ (...) *quando falamos de família não só nos referimos a vínculos biológicos mas também afectivos (...) e há que evitar excluir as pessoas significativas*”.

Segundo Worsley (1996), o elemento significativo é o elemento com que o indivíduo mantém muitas vezes ligações mais importantes de que as mantém com os membros da sua família.

Sendo esta ideia também partilhada por Sampaio e Gameiro (1995:89), quando mencionam que: “ (...) *O tempo de família designa um conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só; de certo modo consideramos que fazem parte da família, elementos não ligados por traços biológicos mas, que são significativos no contexto relacional do indivíduo, ou indivíduos que solicitam a nossa intervenção*”.

Bell apud Loureiro (1999:16), afirma ainda que famílias são “ (...) *aqueles que se preocupam contigo*”.

Em contraposição, Pereira (2001:41), define família como: “ (...) *um conjunto de indivíduos ligados entre si ou por uma aliança, casamento ou por filiação, ou ainda e mais excepcionalmente pela adopção (parentesco), que vivem sob o mesmo tecto (coabitação), as definições acima apresentadas convidam-nos a ser flexíveis quando no conceito de família, podendo englobar pessoas que não estejam unidas por laços «tradicionais»* ”.

Nos dias de hoje, fala-se em crise da família moderna, sendo apontadas como causas a perda da transmissão de valores tradicionais pela família; o triunfo do individualismo sobre o sentimento familiar; mudanças nos padrões de

relacionamento entre mães e filhos, isto devido às mães terem cada vez mais um papel activo na sociedade e ao abandono das tarefas do lar, o controlo da fecundidade a recusa do casamento pelos jovens (Pereira, 2001).

Todas as famílias possuem os seus direitos e funções.

### 1.3 - FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DA FAMÍLIA

Segundo Radcliffé-Brown (1952), o conceito de “*função*” é o papel que ela desempenha na vida social como um todo e, por conseguinte, a contribuição que ela traz à manutenção da continuidade estrutural.

O conceito de função está intimamente ligado ao conceito de estrutura social, que é o arranjo particular e não accidental, o padrão a que obedecem as relações sociais.

As famílias como agregações sociais, ao longo dos tempos, assumem ou renunciam funções de protecção e socialização dos seus membros, como resposta às necessidades da sociedade pertencente.

Nesta perspectiva, as funções da família regem-se por dois objectivos, sendo um de nível interno, como a protecção psicossocial dos membros, e o outro de nível externo, como a acomodação a uma cultura e sua transmissão.

Segundo Minuchin (1990) a família deve então, responder às mudanças externas e internas de modo a atender às novas circunstâncias sem, no entanto, perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros.

Existe conseqüentemente, uma dupla responsabilidade, isto é, a de dar resposta às necessidades quer dos seus membros, quer da sociedade (Stanhope, 1999).

Duvall e Miller (1991:79) identificaram como funções familiares, as seguintes:

“*Geradora de afecto entre os membros da família*”; “*proporcionadora de segurança e aceitação pessoal*”, promovendo um desenvolvimento pessoal natural;

“*Proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade*”, através das actividades que satisfazem os membros da família;

- “*Asseguradora da continuidade das relações*”, proporcionando relações duradouras entre os familiares;
- “*Proporcionadora de estabilidade e socialização*”, assegurando a continuidade da cultura da sociedade correspondente;
- “*Impositora da autoridade e do sentimento do que é correcto*”, relacionado com a aprendizagem das regras e normas, direitos e obrigações características das sociedades humanas.

Para além destas funções, Stanhope (1999:503), acrescenta ainda uma função relativa à saúde, na medida, em que a família protege a saúde dos seus membros, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença. “*A família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros (estado de saúde da família)*”.

Para Serra (2005), a família tem como função primordial a de protecção, tendo sobretudo, potencialidades para dar apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra agressões externas.

Fallon (1999) reforça ainda que, a família ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo, por constituir o maior recurso natural para lidar com situações potenciadoras de stress associadas à vida na comunidade.

O desempenho dos membros da família é influenciado por vários factores como por exemplo a fase do ciclo de vida familiar.

#### 1.4 - ETAPAS DO CICLO VITAL DA FAMILIA

A família é um sistema que se modifica no tempo, um sistema vivo. O seu processo evolutivo consiste num avanço progressivo até novos estágios de desenvolvimento e crescimento. Isso dá-se na recuperação do tempo, na integração do novo com o velho, do horizonte futuro com o presente e a experiência passada com o presente.

O ciclo de vida familiar é primordial para o estudo das famílias ao longo do tempo. Para Stanhope (1999:304), *“Este reflecte as tarefas de desenvolvimento familiar em cada momento e identifica o “stress” familiar nos períodos críticos”*.

O ciclo de vida da família passa por períodos previsíveis, de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação; e por momentos de desequilíbrio que engloba o estágio novo e mais complexo, onde se desenvolvem novas funções e capacidades. Esta passagem de uma fase a outra dá-se numa reestruturação contínua de seu tecido relacional, em busca de uma nova ordem familiar.

O conhecimento do ciclo de vida familiar e das suas fases, permite-nos prever e estar atentos para algumas dificuldades e, deste modo prestar cuidados adequados à família.

Watson apud Gonçalves et al (2001), identificou oito estádios de desenvolvimento familiar:

- Estádio de estabelecimento (instalação);
- Estádio de novos pais;
- Estádio da idade dos filhos com idade pré-escolar;
- Estádio da idade dos filhos com idade escolar;
- Estádio dos filhos adolescentes;
- Estádio parental;
- Estádio pós-parental;
- Estádio do envelhecimento familiar.

As etapas do ciclo vital da família surgem neste enquadramento por acreditarmos que a família tenderá a responder de modo diferente, de acordo com a etapa em que se encontre.

Sousa et al (2004:25) considera que *“... Para o bom desempenho das funções de cada membro da família deve representar determinados papéis e assumir a responsabilidade a eles inerentes...”*. Contudo estamos conscientes que as mudanças ocorridas até ao mundo dos nossos dias conduziram à existência de vários modelos de interacção familiar, todos eles determinados por factores históricos e sociais.

Acreditamos que, quando o profissional de saúde cuida do utente em actividades de vida que poderiam ser realizadas por familiares competentes, estão a limitar-lhes a capacidade de encontrarem soluções para resolver problemas que dizem respeito a uma determinada pessoa doente, e não são problemas chave de determinada doença ou acontecimento.

## 2 - A DOENÇA NA VIDA DA FAMÍLIA

Ao analisarmos o impacto que a doença de um membro da família tem sobre ela, devemos ter presente que a doença desse membro afectará, até certo ponto, todos os outros, e considerar tanto a doença específica (natureza, carácter agudo ou crónico e grau de incapacidade de cada doente) como o indivíduo afectado.

Importa ainda conhecer a sobrecarga que a família suporta e os meios de que dispõe, para cuidar do familiar doente.

Algumas das características, intrínsecas à família, que se podem repercutir na sua experiência de prestadora de cuidados a um familiar doente, são na perspectiva de Shands e Zahlis (1995).

- **O ciclo de vida da família** – a família tem a responsabilidade adicional de cuidar de filhos, ainda crianças, ou pais idosos, e podem os filhos mais velhos ou jovens adultos participar na prestação desses cuidados?
- **A situação económico-social** – a família pode recorrer a auxílio extra para compensar a perda de emprego, por parte do familiar doente, ou os custos da doença implicam um esforço adicional para a mesma?
- **A constituição da família** – trata-se de uma família grande, com várias pessoas que possam participar na prestação de cuidados, ou de uma família monoparental, já de si em grandes dificuldades para cuidar dos seus membros?
- **A resolução do problema** – os membros da família possui conhecimentos e capacidade para dar solução ao problema que se lhes põe, com a prestação de cuidados a um familiar doente, e para satisfazer as exigências da família?
- **A saúde da família** – o familiar que presta cuidados é, ele próprio, portador de doença crónica, como muitas vezes acontece em famílias de certa idade?
- **A rede de apoio** – existem pessoas alheias à família que ajudem os membros desta, na execução das suas tarefas, e lhes dêem apoio moral?

As mesmas autoras, acrescentam que estas características, “... *Como atributos positivos, poderão constituir indicadores dos recursos da família, mas como atributos negativos, poderão ser indícios de falhas na capacidade de superação da família*” (Shands e Zahlis, 1995:123).

O homem é um animal que deve ser visto como um ser global com necessidades específicas; global enquanto ser bio-psico-social e espiritual e não podemos dissociar do corpo, a mente, a família, o grupo e também as crenças e a sua fé, pelo que tudo deve estar em equilíbrio para que seja um indivíduo único, saudável e em harmonia consigo próprio e com o meio em que se encontra inserido.

Quando na vida do indivíduo, surge uma situação de doença, esse equilíbrio deixa de existir levando-o a uma situação de perda, a qual provoca insegurança, angústia e mau estar, quer no indivíduo quer na própria família.

A natureza do projecto de vida da pessoa, a percepção que ela tem da sua afecção e do seu futuro, a sua vontade de se curar, que não se consegue por imposição, são também elementos que vão agir sobre a sua adesão ao que está a ser tentado, ou seja, sobre a sua **motivação**, a qual mostra que existe vontade e é o motor de arranque para quem tem em vista um destino que pretende alcançar.

Assim sendo, não se pode motivar as pessoas mas, antes, dar-lhes ou mostrar-lhes razões fortes, portadoras de sentido para que possam motivar-se a elas próprias.

Qualquer alteração na rotina de um dos elementos da família, quer seja por doença ou internamento hospitalar, causa stress, perturbando o seu equilíbrio.

Uma crise familiar é quase sempre desencadeada em situações agudas de doença, principalmente se houver perigo de vida, uma vez que a família tem a percepção do mau prognóstico da situação levando muitas vezes à chamada “angústia antecipada”, uma vez que o sofrimento pela separação de uma pessoa querida, começa mesmo antes de se dar a separação em si.

Perante esta situação, o primeiro sentimento que domina a família é a incapacidade, a qual rapidamente gera impotência, ira, pena, tristeza, raiva, sofrimento, angústia, incerteza e outros sentimentos.

Nesta sequência, a família pode adoptar perante uma situação de separação eminente ou separação confirmada atitudes muito diferentes Phipps et al (1995:121-132), mencionam algumas destas atitudes, as quais passamos a apresentar:

- **Negação / Esperança** – Negação, como mecanismo de defesa perante o medo que provoca reconhecer a realidade. A não-aceitação, evita a perda do auto controle e suas consequências. Muitas vezes esta atitude de negação por parte da família pode prejudicar seriamente o doente, quando aquela recusa certos actos terapêuticos o que significaria reconhecer que a situação é grave.
- **A esperança** – Para alguns familiares tem um significado especial, considerando que enquanto a esperança se mantém a seu lado, continuam com forças para cuidar, partilhar, comunicar e sem ela ver-se-iam abandonados, invadidos por um estado depressivo que não lhes permitiria avançar.
- **Conspiração do Silêncio** – Nesta situação não há comunicação entre doente e família e mesmo entre os membros desta. A família justifica afirmando que tem medo de dizer algo indevido perto do doente, podendo provocar neste, certas dúvidas ou mesmo descobrir a realidade da situação. A insegurança está presente nesta situação.
- **Superprotecção** – A ansiedade em que a família está imersa é muitas vezes dominada por um sentimento de culpa, obrigando-a a actuar constantemente oferecendo-se para qualquer coisa, podendo provocar no doente um sentimento de inferioridade, uma vez que lhe são subestimadas as suas capacidades.
- **Excesso de Realismo** – Nesta situação a família não dá importância a nada que se faça ao doente; “já não vale a pena”, “para quê”, são frases que ouvimos com certa frequência. Provavelmente a família encontra-se dominada pelo cansaço e sentimento de incapacidade. Numa situação destas, devemos estar atentos; conhecendo a causa que a provoca, podemos ajudar a proporcionar coragem e viver o presente mais rico e dinâmico.
- **Infantilização** – Ao utilizarem uma linguagem infantil para com o doente, os familiares sentem-se mais adultos, obtendo uma maior segurança em si própria. Em contrapartida, não se dão conta do mal que causam ao doente, levando-o a sentir que os seus problemas são menosprezados, não lhe dando possibilidade de expressar o que sente.
- **Isolamento Social** – São várias as causas que podem levar a que haja um afastamento social por parte da família:
  - Medo que lhes provoca o facto de agentes externos à família poderem deturpar a informação sobre a situação do doente;

- Medo de se apresentar perante os outros com aspecto abatido;
- Perante a situação de doença a auto-estima do grupo familiar está diminuída e frágil. O medo das críticas e conselhos pode perturbar demasiado a sua estabilidade emocional.

- **Reivindicação** – A família não reconhece a doença como fazendo parte do processo vital do indivíduo, antes vê-a como uma agressão externa e injusta, daí a necessidade de reivindicar.

O pedido exagerado de atenção, as exigências, a agressividade geram no pessoal de saúde frente à família, um distanciamento cada vez maior. É necessário saber interpretar o que está realmente por detrás dessas reivindicações. Uma família dominada por um problema de saúde grave, pode estar muito necessitada de atenção. As exigências ao pessoal de saúde, não são mais que manifestações de impotência e depositam as suas esperanças nos técnicos de modo a que estes proporcionem ao doente aquilo que eles consideram imprescindível mas incapazes de proporcionar.

- **Incerteza** – O desconhecimento do futuro, a angústia, o sofrimento, a inexperiência e a falta de confiança em si mesmos e nos outros, provocam a sensação de que num determinado momento do processo se pode desencadear uma situação de bloqueio tanto físico como psíquico que paralisa a capacidade de cuidar. É por esta razão que muitas vezes a família recorre ao hospital alegando qualquer agravamento do doente e depositando na equipa de saúde a confiança que perderam neles próprios.

- **Sentimento de Culpa** – A tomada de conhecimento do diagnóstico pode fazer-se acompanhar de sentimentos de culpa, medo e remorso. Os membros da família poderão perguntar-se se não teria sido possível detectarem a doença mais cedo ou o que poderiam ter feito para que ela não surgisse.

Assim, devemos ser compreensivos, tolerantes, aceitar e adaptarmo-nos às novas circunstâncias evitando desentendimentos e recriminações tanto da família como do doente e mesmo da equipa

## 2.1 - DIREITOS DO DOENTE E DA FAMILIA

Sem dúvida que o hospital é um espaço social, por isso naturalmente vê-se confrontado com relações institucionais complexas e diversificadas, que podem dificultar a aplicação de um modelo pluridimensional, de olhar virado também para a família.

Mas neste contexto, Santos (2002) refere que o hospital deve construir-se também como agente de transformação social, ser gerador de novos conhecimentos e questionar-se sobre as suas próprias práticas numa atitude reflexiva.

Acreditamos que inverter a “lógica” dos cuidados dos nossos hospitais, ainda hoje tão centrados sobre si mesmo, não é tarefa fácil.

Sobre esta questão Santos (2002), considera que o hospital deve ser formado de uma cultura prospectiva de relação com o exterior, dinâmica e criativa, e estar disposto a correr riscos e a gerir o imprevisível.

Salgueiro (1986:273) refere “...*O doente tem direito a receber ensinamentos necessários para compreender e cooperar no tratamento, preparar-se para o auto-cuidado e para adquirir o maior grau de autonomia e independência que o seu estado permita evitar recaídas ou novas crises, bem como prevenir a doença em geral e promover a sua saúde e dos seus. Nesta preparação deve-se incluir a família*”.

Esta preparação, do nosso ponto de vista só será bem sucedida se programada e realizada durante o internamento e não apenas no momento da alta, pois este momento para além do poder ser breve, também pode ser um momento onde as emoções, preocupações e a ansiedade perturbam a aprendizagem, essencial à continuidade dos cuidados. A que os serviços públicos de saúde, se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesse.

O Ministério da Saúde publicou um folheto informativo sobre os direitos do doente, a que se dominou “*Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*” (anexo 4). Este folheto está disponível nas instituições de saúde.

Os direitos apresentados no folheto são os seguintes:

1. O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.
2. O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.
3. O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos.
4. O doente internado tem direito à continuidade dos cuidados.
5. O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.
6. O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.
7. O doente internado tem direito a obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica.
8. O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino.
9. O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.
10. O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.
11. O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico.
12. O doente internado tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.
13. O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos.
14. O doente internado tem direito à sua liberdade individual.

Parece-nos, que se promovermos a participação da família nos cuidados ao utente internado, estamos de algum modo a minimizar a solidão (a separação com o meio exterior), a permitir que o utente seja um sujeito determinado, quer pela sua história quer pela sua identidade, e não um refém infalível do nosso sistema de saúde.

João Pauloll (1993:31) refere “... *Quando uma sociedade, deixando-se guiar unicamente por critérios do consumismo e da eficiência, divide os homens em activos e inactivos, considera como cidadãos de segunda categoria, abandonando-os à sua solidão, ela não pode ser chamada verdadeiramente civil...* “.

A nossa experiência permite-nos afirmar que, se é verdade que muitas vezes a forma de cuidar das nossas instituições conduz a família a uma perda de dinamismo e criatividade, também é verdade que as famílias vêem os profissionais como aqueles que “ tudo deverão fazer “.

A este propósito, segundo Centesimus Annus apud Silva (1993:116) “... *É urgente promover não apenas políticas para a família, ajudando-a mediante a atribuição de recursos adequados e de instrumentos eficazes de apoio quer na educação dos filhos quer no cuidado dos anciãos, evitando o afastamento do núcleo familiar e reforçando os laços entre gerações...* “.

A carta dos direitos da família (1994:14) no artigo VI considera que “... *O sistema amplo, onde existir, deve ser estimado e ajudado, a fim de cumprir o seu papel tradicional de solidariedade e assistência mútua, respeitando ao mesmo tempo os direitos do núcleo familiar e a dignidade pessoal de cada membro...* “.

Ao imaginarmos uma situação de internamento hospitalar que tradicionalmente permite a presença física dos familiares por mais ou menos uma ou duas horas por dia, parece-nos difícil que este direito seja respeitado.

Também relativamente aos direitos e deveres sociais, a constituição da Republica Portuguesa (1997), refere-se entre outros, ao direito da família.

O artº 67 (1996:34) afirma que:

*“... A família como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros...”*

### **3 - INTERNAMENTO / HOSPITALIZAÇÃO**

Entende-se por internamento hospitalar, o local onde uma pessoa permanece acamada, total ou parcialmente, e durante um período superior a 24 horas. Pode propor-se uma excepção: permanecer no serviço de urgência durante um tempo superior a 24 horas, contudo, o serviço de urgência não é considerado como um serviço de internamento hospitalar (Caetano, 2002).

Hospitalização é definido no Dicionário de Língua Portuguesa (2003:2009), como “ *Acção ou resultado de hospitalizar ou internar alguém num hospital a fim de receber tratamento médico*”.

Segundo Lopez et al (1998:48), a hospitalização/internamento, consiste no “ (...) *acto de internar num hospital ou clínica, sendo que “hospital” é um estabelecimento público ou privado onde se efectuam cuidados médicos e cirúrgicos e onde existem equipas multiprofissionais*”.

Em relação a este conceito, Neves (2000:19) afirma que “ *O hospital caracteriza-se pela existência de actividades simples e complexas, que têm de ser planeadas para prestar um serviço de qualidade, através das pessoas e dos recursos de que dispõe*”.

A adaptação a uma doença, independentemente da sua especificidade, não é tarefa fácil, é o corpo que está doente, a dor, a reacção dos outros, o medo do futuro... Existe uma série de factores que fazem a pessoa ficar sob grande stress, somando o facto de estar hospitalizada, com um ambiente que não lhe é familiar, sem os seus objectos pessoais, sem os seus entes queridos, rodeada de pessoas que não conhece... É uma situação muito dura, ter de adaptar-se a tantas situações novas de uma só vez, é complicado.

Altschul apud Cedete (1999:33), refere, que “ (...) *a ideia de entrar num hospital causa ansiedade e medo à maioria das pessoas, pois estas não sabem o que vão encontrar, estão perante um novo ambiente carregado de sentimentos negativos por parte do utente*”.

Segundo a mesma autora:

- *“As pessoas precisam de se sentir em segurança no seu ambiente. Têm de compreender o papel que elas próprias nele representa.*
- *Precisam de amar e ser amadas, de ser respeitadas e de se respeitarem.*
- *Precisam de sentir que são capazes de dominar a situação em que se encontram.*
- *Nenhuma destas necessidades pode ser totalmente satisfeita quando se é internado no hospital” (Altschul apud Cedete, 1999:33).*

Para que o profissional de saúde preste bons cuidados, é importante que este tenha em consideração, qual a percepção que o utente tem sob a sua realização. Por isso, é importante, compreender o significado da palavra percepção.

Para Costa (1999:70), a percepção é entendida como *“Acto, ou efeito de perceber; tomada de acontecimentos exteriores; noção; conhecimento; percepção intelectual, acção de conhecer”*.

De acordo com Lello (1974:511), a palavra percepção, prende-se por, *“(…) acção de conhecer, de perceber pelo espírito e pelos sentidos. O que se percebe: as percepções sensitivas, (...) A percepção efectua-se com o auxílio das sensações (...). A percepção é, pois, a objectivação das sensações. Esta objectivação necessita de uma série de operações intelectuais (recordações, associações de ideias, etc.) e só se obtêm progressivamente pela educação dos sentidos, (...)”*.

Pode dizer-se que a percepção, é a forma de perceber, e compreender aquilo que o utente sente, em relação à hospitalização, e à forma como vivencia a nova situação. Deste modo pode referir-se que a percepção da hospitalização, prende-se pelo conhecimento do que é estar hospitalizado, através dos sentidos, ou de acontecimentos humanos, ficando assim o individuo a conhecer o significado de hospitalização.

Estar doente, é algo que afecta toda e qualquer dimensão da pessoa e, a forma como a pessoa reage é determinada em função de diversos factores.

A forma como a pessoa encara a doença, está relacionada com as representações cognitivas que possui acerca dessa mesma doença, sendo que, estas representações são altamente influenciadas, pelos média, pela experiência pessoal, pela família, pela cultura, pelas expectativas dos diferentes estádios de

desenvolvimento da pessoa, enfim, por diversos aspectos, alguns que aparentemente não associamos, mas que, pelo contrário, influenciam grandemente as reacções à doença (Serra, 2005).

Numa instituição hospitalar, a relação estabelecida com os profissionais de saúde, também influencia a forma como a pessoa entende a doença, vejamos: na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e a pessoa/utente existem universos diferentes, isto é, existe a concepção de doença do profissional e a da pessoa/utente; estas concepções são diferentes pois, os profissionais entendem a doença como um “problema médico” que bem pode ser classificado como um diagnóstico, já a pessoa/utente encara-a como um “problema vivido”, como algo que a afecta, não pensa automaticamente na doença em si, mas sim no impacto que esta terá na sua vida. Estas diferentes concepções podem trazer problemas de ordem comunicacional que, quer queiramos quer não, vai influenciar a forma como a pessoa/utente vive a situação de doença (Serra, 2005).

É importante que o utente partilhe com os profissionais de saúde, para que estes, possam dar resposta às suas necessidades, reduzindo o medo, a angústia e a saudade dos seus entes mais queridos.

Que o profissional de saúde tenha a capacidade de realizar percepções conducentes à parceria de cuidados com a família, sabendo que essas percepções sofrerão a influência de factores externos ao indivíduo, e de factores que lhe são específicos (internos), e ainda, estão dependentes da forma como o profissional de saúde integra em si a família. No que concerne a factores externos, parecem destacar-se o contexto sócio-cultural, o campo de competências e saberes, bem como os obstáculos impostos pelos serviços para permitir a permanência da família dos mesmos.

É importante, que se diga que, ainda que esteja hospitalizada, a pessoa/utente continua a ter espírito crítico, e continua a saber o que quer para si, salvo excepções (no caso da pessoa não estar em estado mental capaz de tomar decisões) e, ainda, que a decisão da pessoa/utente vá contra os princípios éticos, morais e técnicos dos profissionais de saúde; estes devem aceitá-los e fazer cumprir a vontade da pessoa

que têm ao seu cuidado. Ainda que, a pessoa, devido a problemas físicos possa perder a capacidade de o poder fazer, tem ainda a capacidade de poder ser e deve usufruir dela (Serra, 2005).

Tanto os profissionais como a profissão, estão inseridos num determinado contexto histórico e cultural que os influencia num tempo presente, tal como aconteceu no passado, e acontecerá no futuro.

Também o campo de saberes e competências tem vindo a alterar-se, mercê de uma melhor formação académica e profissional. Os profissionais de hoje têm um maior número de conhecimentos, e possuem competências, que anteriormente não existiam, podendo assim realizar funções e desempenhar papéis profissionais que anteriormente lhes estavam vedados.

Estes factores que têm vindo a ser referidos condicionam de algum modo, a realização de percepções, tal como acontece com outros factores que são inerentes ao próprio profissional de saúde. A história de vida – experiências pessoais e profissionais com que se defrontaram, a sua capacidade de comunicação, os traços da sua personalidade e a forma como integra os familiares dos utentes vão afectar a percepção e, conseqüentemente, o perceber ou não a família como parceira nos cuidados.

Estar hospitalizado é um momento de grande ansiedade, medo, enfim, toda uma mistura de sentimentos. Essas sensações são sentidas não só pelo utente hospitalizado mas também pela família e/ou pessoas significativas. É um momento de stress e preocupação para todos.

Há que compreender e apoiar as pessoas nestes momentos; porque, estar hospitalizado, não é um processo fácil, é relevante perceber quais são os sentimentos do utente internado, bem como os da sua família/pessoas significativas. Saber o que é sentido pelo utente, ou pela família, é importante, para os compreender e tentar ajudar; só sabendo o que a utente/família sentem é possível ajudar.

### 3.1 - A PESSOA E A SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A pessoa é um ser social, cujos comportamentos se baseiam em valores, crenças e nos desejos de natureza individual, o que a torna um ser único, com dignidade própria.

É de referir que a pessoa se sente saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida, com base na satisfação das necessidades humanas básicas. Deste modo, consideramos que é a satisfação das necessidades humanas básicas, em toda a sua complexidade, que conserva a integridade e a dignidade da pessoa.

Se estas necessidades individuais não forem satisfeitas pelo próprio, o profissional de saúde, deve promover a sua satisfação de modo a anular o seu défice e manter a integridade desta. A sua actuação passa, assim, por um desenvolvimento do juízo profissional em relação às capacidades do utente, procurando que o mesmo, independentemente da idade ou da patologia, não deixe de satisfazer as suas necessidades básicas.

De acordo com Collière (1999:244), *“...O processo de cuidados de enfermagem depende de um trabalho que se constrói, a partir de uma constante mobilização de elementos que entram em interacção com vista a definir as necessidades vitais de uma pessoa, de uma família ou de um grupo, que é preciso suprir, a fim de desencadear a acção que as pode satisfazer ou compensar.”*

O indivíduo vive, assim, um processo contínuo de dependência / independência, sendo esta definida como a capacidade para realizar funções de vida diária, ou seja, a capacidade que se tem para satisfazer as necessidades humanas básicas sem a ajuda de outrem.

De acordo com Leal (2001), os conceitos de independência / dependência relacionam-se entre si, sendo que, o grau de independência varia com o indivíduo, o seu estado de saúde, etapas da vida, grau de maturidade, hábitos pessoais e factores físicos, psicossociais e político-económicos.

Este aspecto é, igualmente reforçado por Collière (1999:287), quando refere: “...o que determina a necessidade de assegurar cuidados de enfermagem não se pode ligar, unicamente, a maior ou menor gravidade de uma doença, de uma limitação, consideradas isoladamente, mas à inter-relação que existe entre as possibilidades, capacidades e recursos da pessoa, no período da trajectória de vida em que se situa, às dos que a cercam e do seu ambiente e à limitação ou dificuldade de que sofre ou às consequências funcionais das lesões devidas à doença.”

Assim, Henriques e Jorge (1999:23), referindo-se ao quadro conceptual de Virgínia Henderson dizem-nos que esta autora, identifica o conceito de dependência e o papel de enfermagem, considerando que: “o ser humano tem necessidades fundamentais universais e individuais variáveis, que ele próprio satisfaz se estiver bem de saúde, é então independente.”. De acordo com as 14 componentes básicas por ela definidas:

*O Indivíduo pode:*

- 1 – Respirar normalmente
- 2 – Comer e beber adequadamente
- 3 – Eliminar os resíduos orgânicos
- 4 – Movimentar-se e manter posturas desejáveis
- 5 – Dormir e descansar
- 6 – Seleccionar roupas adequadas – vestir-se e despir-se
- 7 – Manter a temperatura corporal dentro da variação normal, adaptando a roupa e modificando o ambiente
- 8 – Manter o corpo limpo e bem-arrumado, proteger a pele
- 9 – Evitar os perigos ambientais e evitar ferir os outros
- 10 – Comunicar-se com os outros expressando emoções, necessidades, medos ou opiniões
- 11 – Adorar de acordo com a própria fé
- 12 – Trabalhar de forma a ter uma sensação de realização
- 13 – Participar em várias formas de recreação
- 14 – Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento e à saúde normais e usar os serviços de saúde disponíveis (George, 2000: 62)

Ainda, segundo Henderson, citada em Henriques e Jorge (1999), saúde é o estado no qual o ser humano satisfaz todas as necessidades por si só sem esforço, é então, independente, sendo que, necessidade é algo que se precisa e não a falta de algo, pelo que uma necessidade não satisfeita provoca desequilíbrio.

O profissional de saúde, dentro do mesmo quadro conceptual, tem assim como função ajudar “...o indivíduo, enfermo ou sadio, na realização das actividades que contribuam para a saúde ou para a sua recuperação, que ele realizaria sem auxílio se tivesse a força, o desejo ou o conhecimento necessários.” (George, 2000: 63)

Seja por motivo de doença, seja pela própria idade dos utentes que se encontram internados nos serviços de ortopedia, a intervenção do profissional de saúde passa por: **substituir, apoiar, ajudar, ensinar**, suprimindo no utente o que lhe falta para ser independente. No entanto, a recuperação completa do indivíduo não se faz no hospital, pelo que é necessária a capacitação da família.

### 3.2 - FAMÍLIA – PARCEIRA NO CUIDAR

Antes de se poder definir as intervenções dos profissionais de saúde, no sentido de ajudar aqueles que têm um familiar doente, o profissional deve ter consciência da compreensão e percepção da doença, por parte da família, aspecto que é reforçado por Collière (1999:14), quando afirma que “*envolver a família no cuidar deve ser um processo gradual em que a partilha de saberes é um aspecto crucial do sistema*”.

Porém, é fundamental que os profissionais desenvolvam competências para envolver a família no cuidar, aspecto para o qual Norris e Groove citados por Manley (1989:14), nos alertam “*que havia uma grande diferença entre o que os profissionais pensavam que eram as necessidades das famílias e o que os próprios familiares pensavam que eram as suas próprias necessidades*”. Os profissionais de saúde identificam mais ou menos as mesmas necessidades, mas classificaram-nas de maneiras muito diferentes tendendo sempre a subestimar as carências de informação por parte da família.

A ocorrência de doença e conseqüentemente hospitalização por parte de um dos elementos da família desencadeia alterações no seu estilo de vida, sendo mais ou menos graves consoante o papel que o indivíduo doente desempenha no seu grupo familiar. Esta perturbação do equilíbrio gera situações de stress e ansiedade em todos os seus membros.

A atitude da família face à doença de um familiar pode ser muito divergente, o que nos alerta para a necessidade em compreendermos bem a família, avaliar as suas necessidades e fazer um diagnóstico, para o que é necessário conhecê-la, o que deve incluir os aspectos seguintes:

- As reacções do doente – suas expectativas, o grau de informação e em quem deposita confiança.
- O grau de comunicação que existe entre o doente e a família e vice-versa.
- Os membros que compõem o núcleo familiar de conveniência e quais as funções que cada membro desempenha.
- O comportamento actual – sempre que há um processo de luto a família perde funções como por exemplo: capacidade de gerar amor, fomentar a esperança e pensamento.
- É importante saber que funções se perderam ou se estas já não existiam.
- A predisposição da família para comunicar e compartilhar com a equipa de saúde a sua dor, o seu conflito.
- O grau de disponibilidade e a percepção do conflito por parte da família.
- Indicadores de perigo no seio da família para poder fazer frente ao processo de doença.
- Os recursos disponíveis para fazer frente às dificuldades.
- Os seus padrões morais.
- Experiências de crises e resolução de conflitos.

Porém, para o profissional obter o conhecimento dos aspectos anteriormente referidos consideramos que é importante que a família tenha confiança nos profissionais e que tenha consciência que tanto ela como o seu ente querido podem beneficiar da exteriorização desses dados, na medida em que é através deles que nos é possível estabelecer um diagnóstico e fazer um plano de cuidados sempre com o objectivo de melhor cuidar o utente e não o privar da aproximação com a família.

Os familiares do utente internado sentem-se desprotegidos e envolvidos num ambiente desconhecido, ressentindo-se do corte abrupto a que estão sujeitos ao verem-se obrigados a delegar os cuidados do seu familiar noutras pessoas.

O profissional de saúde deve ter consciência da compreensão e percepção da doença, por parte da família. Esta avaliação deve abranger a capacidade de adaptação e flexibilidade dos membros da família ao lidar com a doença, e dela irá emergir um quadro de pontos fortes e fracos da família, ajudando, assim, a reconhecer as intervenções eficazes para uma família específica, (Phipps, 1990).

Um maior envolvimento da família ajuda a manter o lugar do utente na família, promovendo a continuidade entre o meio social e o meio hospitalar. Poderem participar e sentirem-se incluídos aumenta o sentimento de utilidade, atenuando desta forma a ansiedade e stress a que foram sujeitos.

Citando Schenk, E. et al (1990:253); *“...o envolvimento não só assegura cuidados mais consistentes para o utente, mas é também muito benéfico para a família, dando-lhe um sentido de cumprimento e utilidade”*.

Na tentativa de minimizar esta situação e tendo em vista uma maior humanização, o envolvimento da família na prestação de cuidados poderá contribuir para um aumento da sua qualidade, bem como para o incremento da satisfação dos elementos constituintes do processo.

Nesta sequência, somos de opinião que envolvendo a família, nos cuidados, o profissional de saúde ajuda o utente a manter-se nela, favorecendo a ligação com o ambiente familiar e a sua rotina. Assim, se o utente não for desinserido do seu meio, a adaptação à hospitalização e à situação de doença influencia a eficácia dos tratamentos e o próprio prognóstico.

O papel dos profissionais de saúde é determinante no envolvimento da família, já que, esta, deve fazer parte integrante do processo de cuidados durante o período de internamento a que o seu familiar foi sujeito.

A integração dos familiares, não se torna pois tarefa fácil, já que, exige, dos profissionais de saúde, disponibilidade e sensibilidade para esta situação, devendo

encarar todo este processo como um esforço compensatório no que respeita a uma maior humanização e melhoria dos cuidados, tendo em mente, segundo Franco e Martins, (2004:35), que “*Família envolvida é necessariamente uma família esclarecida e cooperante*”.

Assim, consideramos que o utente é indissociável dos seus familiares, pelo que devem ser envolvidos no processo de acolhimento e internamento, promovendo-se assim, a união e funcionalidade familiares, factores tão importantes na redução da ansiedade do utente originada pela necessidade de internamento.

Para poder avaliar condignamente o seu comportamento, o profissional de saúde deve ter em conta, as reacções da família, e reconhecer as suas próprias reacções, abstendo-se de quaisquer juízos de valor relacionados com os seus próprios conceitos. Envolver a família exige mudanças de atitudes, e sobretudo encará-la como receptora de cuidados.

Segundo Martocchio, citado em Wochva (1997), são identificados dois papéis distintos mas simultâneos dos familiares dos utentes internados:

Eles são **receptores de cuidados** e, ao mesmo tempo, **parceiros no cuidar**.

*Como parceiros*; os familiares poderão ter um papel activo na prestação de cuidados e na tomada de decisões; *como receptores de cuidados*, eles requerem informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de forma a reunir as melhores condições para resolverem a situação / problema.

Nesta vertente a presença da família junto daquele de quem cuidamos é peça fundamental para a nossa actuação. A relação, utente / família / profissional de saúde, deve ser entendida como uma relação de parceria. A partilha de conhecimentos conduz à rápida recuperação do individuo, visando a sua maior autonomia, durante e após o internamento hospitalar.

A família é, assim, o elemento fulcral para a continuidade dos cuidados, pelo que a sua participação na prestação de cuidados é fundamental, havendo da parte do profissional de saúde a preocupação de estabelecer uma relação cada vez mais próxima com o elemento cuidador, para garantir a qualidade destes cuidados após a alta hospitalar.

### 3.3 - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

Muitos autores, têm visto o conceito “Planeamento de Altas” como sinónimo de continuidade dos cuidados, e, outros, têm considerado que a continuidade dos cuidados é o produto final desejável de todo o processo global da alta, que habilitará os utentes a maximizar o seu potencial de bem-estar. Nesta perspectiva, o planeamento de altas é um processo contínuo desde a admissão e até à alta, sendo parte fundamental do plano de tratamento.

Para Collière (1999:241), *“Cuja única finalidade consiste em permitir aos utilizadores, desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afectiva ou social que acarreta.”*

De acordo com Pinheiro (2001:22), *“... o doente tem direito à prestação de cuidados continuados. Inter relação de serviços (protocolos) na mesma unidade de saúde. Inter relação unidades de saúde...”*. Numa perspectiva abrangente a continuidade de cuidados consiste no *“...atendimento ao utente/ família em todo o seu processo de saúde/ doença quer seja na comunidade quer em meio hospitalar”* (Assis et al 2000:6).

Também a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Ministério da saúde, 1997), refere: *“O doente tem direito à prestação de cuidados continuados. Em situação de doença, todos os cidadãos têm o direito de obter dos diversos níveis de prestação de cuidados (hospitais e centros de saúde) uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento.*

*Para isso, hospitais e centros de saúde têm de coordenar-se, de forma a não haver quaisquer quebras na prestação de cuidados que possam ocasionar danos ao doente.*

*O doente e seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a ser esclarecidos de que a continuidade da sua prestação fica garantida. Ao doente e sua família são proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio. Quando necessário, deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários”*.

Uma vez que a alta, não significa a recuperação completa do indivíduo, será necessário que se assegure a continuidade de cuidados, seja por parte da família, seja por parte das instituições de saúde e/ou sociais, na perspectiva de satisfazer as necessidades humanas básicas afectadas, para que o doente possa ser reintegrado na comunidade com o maior grau de autonomia possível.

Assim, a preparação da alta compreende uma série de procedimentos que permitem a saída do indivíduo do hospital, com a mobilização de recursos que garantam a satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa dependente.

É assim, necessário, que na altura da admissão do utente no serviço de internamento, se proceda à elaboração de um plano de alta, o qual se define de acordo com Bolander (1998:490), como um “... *Processo de antecipação e planeamento de possíveis alterações das necessidades de cuidados do utente, à medida que este vai passando por várias fases de cuidados.*”

Ainda, segundo Bolander (1998:491), “ *O plano de alta não deve ser feito para o utente, mas sim com ele, envolvendo família e as pessoas significativas, implicando uma colaboração multidisciplinar, como por exemplo da dietista, da fisioterapeuta e assistente social.*”

O aspecto anteriormente referido, é reforçado por Henderson, citada em George, (2000:66), a qual afirma que “... *o planeamento da alta é influenciado pelos outros membros da família*”. Assim, o plano da alta deve ser feito no processo do utente ou no plano de cuidados e a sua revisão, poderá ser necessária, à medida que é feita a avaliação dos cuidados prestados.

*Para Bolander, (1998:491), o planeamento da alta, “ Deve atender ao completo bem-estar do doente, basear-se em conhecimentos actuais e abrangentes dos recursos disponíveis e resultar de decisões obtidas, de comum acordo (equipa de saúde e família), com vista às opções mais económicas e correctas que permitam a continuidade de cuidados a longo prazo.”*

Conclui-se assim, que se existir um correcto planeamento da alta hospitalar do utente, a saída deste do hospital será feita de forma tranquila. Por outro lado, a

Direcção Geral de Saúde na circular informativa nº12/2004, alerta-nos para o facto de que:

*“Um bom planeamento das altas hospitalares é fundamental, não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade.*

*Um bom planeamento da alta é o culminar de um programa da melhor prática clínica e o assegurar que a dependência e o isolamento social do doente no pós-alta hospitalar serão minimizados, sendo maximizada a sua autonomia”.*

O planeamento da alta é um processo complexo que exige uma efectiva comunicação entre os membros da equipa, o utente e a sua família. Devem-se considerar, as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários.

Também os serviços de Ortopedia são abrangidos na redução, na demora média de internamento. Por isso, podemos antever a dificuldade dos familiares em tão curto espaço de tempo, prepararem-se para cuidar do seu familiar no domicílio.

Como refere Serra (2001:137), “ *A recuperação e reintegração social é igualmente crítica para eles. Osteoporóticos e por vezes obesos, a imobilidade agrava-lhes a fragilidade esquelética, acentua a debilidade muscular e aumenta a dependência de terceiros*”. Tanto o utente como a família questionam frequentemente os profissionais de saúde sobre os posicionamentos na cama, o levante para a cadeira de rodas, e o tempo que o utente demora até conseguir andar sem ajuda.

A alta destes utentes é um grande problema para as famílias aspecto que é reforçado por Serra (2001:137), “ *...a incapacidade, acrescentada pela fractura cria a esses familiares problemas cuja solução tende a ser obtida no adiamento indefinido da alta hospitalar sob os mais variados pretextos*”. Deste modo, consideramos que envolver a família considerando-a como elemento cuidador informal na sociedade, é de uma importância extrema, já que vivemos num país onde os serviços organizados (rede formal) de apoio e prestação de cuidados à população, nomeadamente à idosa, apresentam uma grande escassez de recursos e fracas medidas que garantam a qualidade de cuidados continuados.

Assim, consideramos fundamental que o profissional de saúde se disponibilize para capacitar os familiares cuidadores no sentido de garantirem a satisfação das necessidades humanas básicas do seu familiar doente, dando continuidade aos cuidados iniciados no internamento.

Todo este processo traz à família, falta de liberdade, e tempo para si, pela dificuldade em conciliar o emprego, pelo desgaste físico e psicológico; aspecto que é reforçado por Santos, citado em Gomes et al (2002:51), quando refere que “... o apoio a prestar a estas famílias passa pelo desenvolvimento de uma relação de parceria com cada familiar, proporcionando-lhe ajuda de acordo com os seus valores e prioridades...”,

O sucesso de todo este processo passa pela interacção profissional de saúde / família, uma vez que o profissional é considerado o elemento privilegiado para efectuar a transmissão de informação, aspecto pelo qual é fundamental a comunicação que se estabelece entre estes elementos, a qual deve realizar-se de forma eficaz devendo o profissional demonstrar assertividade e disponibilidade dentro da mesma.

#### **4 - COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR E DE CUIDADOS DE SAÚDE**

Comunicar faz parte do dia-a-dia de todos nós, homens que vivemos em sociedade; assim, é uma componente essencial da vida de cada um.

Saber comunicar é também uma arte; de qualquer forma estamos sempre a comunicar.

São muitas as situações em que o termo comunicar é abordado, porém torna-se fundamental esclarecer o que é de facto comunicar.

Comunicar, do latim “communicare” – *significa partilhar; colocar em comum e implica um emissor e um receptor no processo de comunicação que se transforma num fluxo multidimensional de informações e de interações recíprocas em contínuo que influenciam o comportamento* (Ramos, 2004).

Comunicação é o processo de passar informação e compreensão de uma pessoa à outra.

O termo comunicação pode ter várias interpretações:

Para Ramos (2004:297) a comunicação “*é um processo bidireccional, contínuo, interactivo, irreversível, que se produz num dado contexto físico e social, influenciando o comportamento*”.

Segundo Chiavenato (1999:16), “*comunicação é a troca de informações entre indivíduos. Constitui um dos processos fundamentais da experiência humana e da organização social*”.

Ainda, Ramos (2004:297) refere que, “*Os comportamentos, os objectos e os acontecimentos não podem ser apreendidos e compreendidos desintegrados de um contexto social e cultural, ou seja, desintegrados das formas de comunicação e de aprendizagem, das representações e das manifestações, através das quais são valorizados esses comportamentos, objectos e acontecimentos*”.

A comunicação abarca todas as formas de troca de ideias, sentimentos e emoções, permitindo a uma pessoa estabelecer, manter e melhorar os seus contactos com outras pessoas. É um processo complexo que envolve atitudes, comportamentos, representações e interações que permitem que os indivíduos se associem uns aos outros e com o mundo em seu redor.

Cada situação de comunicação é diferente de qualquer outra, todavia, é possível identificar elementos da comunicação.

Para Pearce (1994:23) “ *a comunicação é um processo no qual cada pessoa interpreta e responde ao acto de outra, coordena as seqüências e compara-as com os seus desejos e expectativas, gerindo o sentido que as mensagens tomam, atribuindo-lhes um significado*”.

Ainda para Bilhim (1996) é um processo complexo; de interacção simbólica; compreende a emissão e a recepção de mensagens codificadas; integra um sinal, que é um estímulo e que tem significado para as pessoas; integra mensagens que são sinais e grupos de sinais formados através dos processos de pensamento; a mensagem fornece informação, a comunicação resulta em persuasão, negociação e mudança.

Assim, segundo Chiavenato (1999:93), “*a comunicação constitui um processo composto por cinco elementos fundamentais:*

***Emissor ou fonte:*** *é a pessoa, coisa ou processo que emite mensagem para alguém, isto é para o destino. É a fonte de comunicação.*

***Transmissor ou codificador:*** *é o equipamento que liga a fonte ao canal, isto é, que codifica a mensagem emitida pela fonte para torná-la adequada e disponível ao canal.*

***Canal:*** *é a parte do sistema que separa a fonte do destino, que estão fisicamente próximos ou distantes.*

***Receptor ou descodificador:*** *é o equipamento situado entre o canal e o destino, isto é, que descodifica a mensagem para torná-la compreensível ao destino.*

***Destino:*** *é a pessoa, coisa ou processo para a qual a mensagem é enviada. É o destinatário da comunicação.”*

Deste modo, podemos considerar que a comunicação vai além do simples acto de informar, requer sintonia com o interlocutor e também o esclarecimento por parte deste acerca dos efeitos produzidos pela mensagem. Pode-se portanto, dizer que a comunicação só pode ser considerada eficaz quando a compreensão do receptor coincide com o significado pretendido pelo emissor.

Na relação profissional de saúde/utente/família existe e/ou deverá existir uma intencionalidade na comunicação e o profissional enquanto emissor deve estar atento às etapas referidas.

Para Ramos (2004:298) a comunicação em contexto de saúde “ *tem de estar adaptada:*

- *Às capacidades cognitivas, ao nível cultural / educacional;*
- *Às representações e crenças de saúde;*
- *Às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente”.*

Porém, existem certas barreiras que servem como obstáculo ou resistência à comunicação entre as pessoas, Chiavenato (1998:97), refere que as “*barreiras são variáveis que intervêm no processo de comunicação e que o afectam profundamente fazendo com que a mensagem tal como é enviada se torne diferente da mensagem tal como é recebida”.*

Também para (Hopes1997, in Ramos, 2001:16) ” *para desenvolver a competência na comunicação e nas relações interculturais, é necessário a tomada de consciência do grau de determinismo cultural dos nossos comportamentos, é importante desenvolver uma consciencialização cultural. Esta constitui um processo de aprendizagem cultural, visando a capacidade de analisar o mundo do ponto de vista de uma outra cultura, visando desenvolver as competências para reconhecer as diferenças e a pluralidade”.*

Então, são cinco os domínios identificados por (Hopes 1997, in Ramos, 2001:16) que podem criar obstáculos à comunicação:

- **Os esquemas conceptuais** – “*...é através da confrontação com outras formas de pensamento, com outros sistemas de valores, que eu posso melhor identificar e relativizar os meus”;*
- **Os princípios e valores culturais** – “*...temos tendência a introduzir na comunicação os significados e interpretações que correspondem aos nossos próprios esquemas de valores”;*
- **Os modelos cognitivos** – “*... Diferem segundo os grupos culturais...”;*
- **Os comportamentos rotineiros** – “*A cultura conduz a rotinas, a hábitos comportamentais diferentes e influencia a maneira de nos comportarmos no espaço e no tempo...”;*

- **Os estilos de comunicação** – “ *Cada cultura desenvolve o seu próprio estilo de comunicação. Nalgumas culturas predominam as interações verbais enquanto que outras privilegiam o contacto e as interações corporais...*”.

Em contexto de cuidados de saúde, uma das dificuldades comunicacionais, tem a ver com a falta de conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao mundo social, cultural do utente internado e da sua família.

Para Ramos (2001:160), “*Diferenças individuais e culturais nos comportamentos e nos modos de comunicação manifestam-se, desde muito cedo, segundo as regiões e no seio de uma mesma cultura, segundo as problemáticas e as tradições próprias de cada família e a cada cultura...*”.

Temos de conhecer a forma de viver, de pensar e de agir dos indivíduos que compõem essa família para que possamos ajudar o utente/família e até a nossa forma de agir em relação aos cuidados prestados.

Podemos ainda ter como factores que inibem a comunicação, certos elementos, tais como:

**Barreiras pessoais** – são interferências que decorrem das limitações, emoções e valores humanos de cada pessoa. As mais comuns em situações de trabalho são os hábitos e dificuldades em ouvir, as emoções, as motivações, os sentimentos pessoais. As barreiras pessoais podem limitar ou distorcer as comunicações com as outras pessoas.

**Barreiras físicas** – são as interferências que ocorrem no ambiente em que acontece o processo de comunicação, entre elas temos um trabalho que possa distrair, uma porta que abre na enfermaria, a distância entre as pessoas, indisponibilidade do receptor para assimilar mais informação.

**Barreiras semânticas** – são as limitações ou distorções decorrentes dos símbolos através dos quais a comunicação é feita. As palavras ou outras formas de comunicação – como gestos, sinais, símbolos, os quais podem ter diferentes sentidos para as pessoas envolvidas no processo e podem distorcer o seu significado. Para além disto, as diferenças de linguagem também constituem fortes barreiras semânticas entre as pessoas.

Como factores facilitadores da comunicação podemos ter:

- O interesse;
- Objectividade;
- Compromisso;
- Empenho;
- Saber;
- Experiência vivida;
- Ser empático;
- Ser observador;
- Capaz de uma escuta activa que é fundamental na comunicação.

A comunicação pode ser um processo envolvendo a interacção de múltiplas variáveis e a troca de significados numa relação de causalidade recíproca, podendo também ser entendida como um comportamento intencionalmente produzido com uma finalidade mais ou menos explicita que pode ser expressa sob a forma de mensagens verbais ou não verbais, levando o receptor a modificar em resposta o seu padrão de comportamento.

Para Ramos (2004:299) a comunicação “ *Implica uma relação que se estabelece entre os indivíduos, a partir de significações comuns que os mesmos, atribuem à comunicação verbal (palavras, entoações) assim como à comunicação não verbal (expressões faciais, gestos, olhares, posturas, posições no espaço. Objectos, vestuário, etc.).*

Segundo Potter e Perry (1999) a comunicação verbal envolve palavra falada ou escrita.

É a relação com o utente que se torna o eixo dos cuidados, pois segundo Collière, (1999), é pois, fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui para relativizar os cuidados técnicos ou para facilitar a sua compreensão, ou mesmo a sua aceitação.

Ramos (2004:300), refere que “ *(...) cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença, de cuidar, que transmite de geração em geração, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e rituais*”.

É necessário que os profissionais de saúde tenham em conta todos estes valores no cuidar destes utentes.

Caetano (1978) refere que a linguagem embora permita desenvolver o pensamento abstracto, não consegue exprimir exactamente aquilo que procura representar.

Também Potter e Perry (1999:217), referem que “ *A linguagem é um código que transmite significado e só é efectiva quando cada pessoa que comunica compreende precisamente a mensagem*”. Tornando possível o encontro com o outro (Renaud, 1990).

Os profissionais de saúde, devem seleccionar cuidadosamente as palavras, de modo a não conduzirem a uma deficiente interpretação.

Segundo Watzlawick (1993), a linguagem não verbal é uma linguagem primitiva, a primeira e mais importante entre os seres vivos, e da qual fazem parte os gestos, a mímica facial, o olhar, a posição do corpo e seus movimentos, a inflexão da voz e outros.

Para Berlo (1989); Watzlawick et al (1993), os efeitos da comunicação só se fazem sentir quando é produzida, transmitida e recebida, uma mensagem expressa de forma verbal ou não verbal.

Em suma, no cuidar, o profissional e o utente encontram-se não só pela comunicação verbal, mas também através da postura e do olhar. Como refere Ramos (2004:300) “*Os significados que aprendemos a dar às palavras, aos gestos, às atitudes, aos comportamentos, às percepções, segundo a idade, o sexo, o papel e a classe social, a profissão, a cultura e a sub-cultura variam entre os indivíduos implicados numa mesma comunicação e agem sobre a comunicação através das percepções, dos juízos etnocêntricos, dos preconceitos e estereótipos*”.

Nesta sequência, a atitude face à comunicação reveste-se de particular interesse considerando Frei Bernardo (1995), que são atitudes positivas na comunicação, as seguintes:

- Prestar atenção empática – ao que se diz, ao que se sente, ao que é;
- Saber escutar activamente – pôr-se na perspectiva do outro;
- Saber aceitar as diferenças – riqueza da complementaridade;
- Desencadear e buscar sintonia – ultrapassando os pontos de divergência e conflito;

- Confiar ponderadamente e confiança – não transmitir a terceiros o que não lhes pertence;
- Fidelidade e sigilo do revelado – em todas as situações normais;
- Amizade reciprocamente enriquecedora, em dinâmica de mútuo diálogo, reconhecendo-se e aceitando-se diferentes.

No processo de cuidados de saúde a comunicação assume o sentido de partilha, de pôr em comum, e a sua eficácia está relacionada com o que existe de comum no conhecido ou no vivido dos sujeitos que participam no processo.

Para os profissionais de saúde que contactam com seres humanos no dia-a-dia, o esquema cibernético é insuficiente e mesmo inadequado para explicar a complexidade da comunicação entre profissionais e utentes.

Na nossa comunicação não devemos considerar só a dimensão cognitiva, mas também em muitas situações, principalmente a dimensão afectiva, social.

Como 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.”*

Deste modo, devemos ver o utente e a sua família como alguém dotado de sentimentos, dotado de um quadro de valores em toda a sua dimensão.

A compreensão e aceitação do comportamento da família por parte por exemplo do profissional de saúde é um factor decisivo no campo da comunicação profissional de saúde/utente/família e esta será tanto mais realçada quanto mais existir um conhecimento de uma tomada de decisões conscientes de forma a manter uma relação de ajuda com a família.

Assim, podemos afirmar que o sucesso da relação profissional de saúde/utente/família depende grandemente da eficácia da comunicação e da qualidade e disponibilidade de informação dentro da mesma.

Ramos (2004:303), refere, *“Para facilitar a compreensão recíproca entre indivíduos, grupos e culturas, é necessário: dispor de tempo para comunicar, para compreender uma situação (...), aprender a respeitar os ritmos e os estilos de comunicação próprios de cada indivíduo e de cada cultura”*.

**CAPITULO II – METODOLOGIA**

## 1 – METODOLOGIA

A metodologia é a sistematização do processo de investigação e inclui diferentes métodos, técnicas e materiais, assim como instrumentos de colheita de dados e outros componentes que intervêm numa pesquisa.

A orientação metodológica para a fundamentação deste trabalho, incidiu nos modelos preconizados por Fortin (1999), Salgueiro (1994), Carmo e Ferreira (1998), Polit e Hungler (1995), Quivy e Campenhoudt (2005), Bogdan e Biklen (1998) e Carpenter (2002).

Desta forma, este tipo de inquisição necessita um conhecimento abrangente, associado a uma compreensão e interpretação cuidada, precisa e profunda dos fenómenos relacionados com as relações dos seres humanos entre si, só é verdadeiramente possibilitada através de uma abordagem qualitativa, na medida em que este tipo de investigação *“Baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios actores”* (Polit e Hungler, 1995:270), privilegiando essencialmente *“ a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos de investigação”* (Bogdan e Biklen, 1994:16)

Desse modo, refere-se que *“a investigação em enfermagem é absolutamente necessária e importante para que a profissão de enfermagem seja considerada científica e os membros do seu corpo profissional credíveis e experts na sua área específica”* (Salgueiro, 1994:8).

Para Fortin (1999:132), é *“ O plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação (...) “.*

Nesta sequência, a escolha do tema não partiu de nenhum estudo prévio, mas sim de uma observação empírica, da necessidade premente do investimento da participação da família nos cuidados ao utente internado num serviço de Ortopedia. Exercendo funções no serviço de Ortopedia de uma Unidade Hospitalar, deparamo-nos muitas vezes com a problemática da integração da família nos cuidados ao utente do foro ortopédico.

Deste modo, pretendemos com este estudo: “**Conhecer a opinião dos familiares e profissionais de saúde, quanto à integração da família nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia de um centro hospitalar da região de Lisboa**”.

### 1.1 - TIPO DE ESTUDO

Partindo do princípio de que quem presta cuidados ao utente internado deve ter a família como parceira, sentimos a necessidade de compreender a importância e as competências para que esta parceria possa ser operacionalizada.

Delineamos como **objectivo geral** deste estudo:

- Conhecer o modo e o tipo de integração da família nos cuidados aos utentes internados num serviço de ortopedia na opinião dos familiares e profissionais de saúde.

Além deste objectivo geral procuramos atingir os seguintes **objectivos específicos** que vão facilitar a compreensão do fenómeno:

- Analisar a importância da integração da família nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia, durante o internamento hospitalar, segundo a opinião dos familiares e profissionais de saúde;
- Analisar as actividades de vida, mais importantes para a integração dos familiares nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia, durante o internamento hospitalar segundo a opinião dos familiares e profissionais de saúde;
- Determinar as competências mais importantes dos familiares para se integrarem nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia durante o internamento hospitalar, segundo a opinião dos informantes;
- Identificar sugestões dos familiares e profissionais de saúde para melhorar a integração destes nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia.

Tendo como referência o fenómeno e o objectivo deste estudo, consideramos mais adequado, optar por uma metodologia qualitativa com abordagem fenomenológica.

Quando pretendemos “*compreender o comportamento e experiências humanas (...), bem como, compreender o processo mediante o qual as pessoas constroem*”

*significados, e descrever em que consistem estes mesmos significados*” (Bogdan e Biklen, 1994:70), a metodologia qualitativa é a mais indicada.

A abordagem qualitativa, serve-se das fontes do interaccionismo simbólico e baseia-se na afirmação de que a experiência é medida pela interpretação (Blumer e Hughes, citado por Bogdan e Biklen, 1994).

Neste contexto as pessoas, as situações, acontecimentos, não são dotadas de significado próprio. O significado é-lhes atribuído.

Assim, o significado que as pessoas atribuem às suas experiências, bem como, o processo de interpretação, são elementos essenciais e constitutivos da experiência (Bogdan e Biklen, 1994).

Também Carmo e Ferreira (1998) afirmam que a abordagem qualitativa é holística, pois os investigadores, os sujeitos, os grupos e as situações não são reduzidas a variáveis, mas são vistas como um todo. Assim, a fonte directa dos dados são as situações consideradas naturais, o que faz com que os investigadores interajam com os sujeitos de forma natural e discreta.

Procuramos assumir o papel do investigador que *“observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los”* (Fortin, 1999:22), tal como se preconiza quando se procura a compreensão para o fenómeno em estudo.

Polit (1995) tem uma definição de estudo qualitativo que se enquadra nos objectivos do estudo. Assim refere que *“... os estudos qualitativos tendem a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspectos em sua totalidade, no contexto daqueles que os estão vivenciando.”* A autora caracteriza ainda estudo qualitativo como sendo um modo para *“... compreender a totalidade de determinado fenómeno (...) possui poucas ideias pré – concebidas e selecciona a importância da interpretação dos eventos (...) capta o contexto em toda a sua totalidade (...) é subjectivo como meio de compreender e interpretar as experiências pessoais...”* (Polit, 1995: 18).

A abordagem qualitativa dos fenómenos considera a realidade como subjectiva, onde o investigador vai ser inserido na mesma realidade; exige que o fenómeno seja

visto numa perspectiva de que não existem dados adquiridos mas que o fenómeno em estudo é uma realidade.

Não é nosso objectivo atingir com este estudo, uma verdade única, generalizável a outras realidades, mas como refere Carpenter “... *devido ao facto das pessoas compreenderem e viverem experiências diferentes (...) não subscrevem uma única verdade, mas antes, muitas verdades.*” (Carpenter, 2002: 18).

O estudo **descritivo e exploratório** parece-nos o mais adequado devido à natureza da temática a investigar, pela possibilidade de descrição e compreensão das experiências humanas tal como elas surgem, não permitindo generalizações. É descritivo, porque permite compreender e explorar o fenómeno em estudo e exploratório, dado que se obtêm novos conhecimentos, favorecendo a criação e a explicação de ideias e conceitos.

Descritivo porque segundo Fortin (1999:162) “ (...) *satisfaz pelo menos dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população (...) e a descrição das características de um conceito de uma população no seu conjunto (...)*”. Neste estudo é nossa intenção descrever o pensamento dos sujeitos face ao olhar que se pretende sobre o objecto de estudo.

Diz-se exploratório porque o seu objectivo está traçado em termos de reconhecimento de uma dada realidade e no levantamento de questões que conduzem a uma melhor compreensão dessa mesma realidade, como expresso por (Carmo e Ferreira, 1998).

Também Gil (1995:95), afirma que “ *As pesquisas exploratórias têm como objectivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito, aprimorando ideias ou descobrindo intuições (...)*”.

Pretende-se assim, recolher a subjectividade das percepções dos sujeitos – familiares de utentes internados e profissionais de saúde dum serviço de ortopedia de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa.

## 1.2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

Tendo em consideração que o tema central do nosso estudo se desenvolve em meio hospitalar, surge com evidência a necessidade de abordar alguns elementos caracterizadores do contexto hospitalar onde se desenvolve o estudo.

Situámos este estudo na realidade de um serviço de ortopedia em que exercemos funções, que se localiza no Hospital Dr. José de Almeida. Este hospital faz parte do Centro Hospitalar de Cascais, que é gerido por um concelho de administração, do qual fazem parte, um administrador, um director clínico e uma enfermeira directora.

### 1.2.1 – 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, 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 1** – 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.

Mais tarde, após profundas obras de melhoria e ampliação, o Sanatório passou a tratar doentes de ambos os sexos (figura nº 1).

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 2), em homenagem ao seu principal fundador, médico e director do sanatório e seu grande benfeitor.



**Figura nº 2** – 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.

Actualmente, continua a funcionar como Hospital Ortopédico, mas integrado no Centro Hospitalar de Cascais, recebe utentes de traumatologia vindos do serviço de urgência do hospital de cascais (Condes Castro Guimarães) e utentes de ortopedia vindos da consulta externa deste hospital.

No Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida funcionam actualmente duas enfermarias de Ortopedia, uma enfermaria de Medicina, um Bloco Operatório, uma unidade de Recobro Anestésico, um serviço de Consultas.

### 1.2.2 – Local do Estudo

O serviço de ortopedia ao qual recorreremos para este estudo, localiza-se no 1º piso, ala nascente e poente. Tem a lotação de vinte e quatro camas, e é um serviço misto (homens e mulheres).

Assim, este serviço distribui-se por um espaço (ala) que é dividido por um corredor em zona sul e norte. Na zona sul estão distribuídas as enfermarias, sendo seis com quatro camas, uma que funciona como isolamento quando é necessário e ainda outra enfermaria que funciona como sala dos médicos. Na ala norte existem duas casas de banho para os utentes, um quarto com duas camas, o gabinete da enfermeira chefe, uma sala de tratamentos, uma sala de trabalho pequena concebida para o método de trabalho à tarefa, onde funciona também a passagem de turno dos enfermeiros, e onde se encontra um pequeno armário com terapêutica de stock. À entrada desta está localizado um carro com os processos clínicos e exames auxiliares de diagnóstico, um balcão onde se encontra o telefone; uma casa de banho para o pessoal, uma sala de despejos, uma copa, uma sala de arrumação de roupa limpa e pequeno armazém de material.

### 1.2.3 – Recursos Humanos

O pessoal que exerce funções neste serviço é constituído por:

- A equipa médica do serviço, composta por um director de serviço, e seis assistentes hospitalares.

- A equipa de enfermagem, composta por uma enfermeira chefe (especialista em enfermagem de reabilitação); uma enfermeira especialista (em enfermagem de reabilitação); oito enfermeiros na prestação de cuidados sendo sete enfermeiros graduados; um enfermeiro de segunda a domingo no turno da manhã da empresa de prestação de cuidados de enfermagem. O horário adoptado pelo serviço é de horário rotativo para seis enfermeiros e para quatro dos seis enfermeiros o regime de 42 horas semanais, devido à falta de enfermeiros e ao excesso de utentes internados.

São excepção ao horário rotativo, a enfermeira chefe, a enfermeira especialista e uma enfermeira graduada que fazem horário fixo das (8-16 horas) de segunda a sexta-feira.

O número de enfermeiros em cada turno é:

- Quatro enfermeiros no turno da manhã (8-16 horas) sendo três pertencentes à instituição e um pertencente à empresa de prestação de cuidados;

- Ao fim de semana o turno da manhã (8-16 horas) é assegurado por dois enfermeiros, um pertencente à instituição e outro pertencente à empresa de prestação de cuidados;
- Dois enfermeiros pertencentes à instituição no turno da tarde (16-23 horas);
- Um enfermeiro pertencente à instituição no turno da noite (23-08 horas).

- As auxiliares de acção médica são em número de onze, duas das quais fazem horário fixo (8-16 horas) e 11 fazem horário rotativo, têm um horário semanal de 35 horas.

O número de auxiliares em cada turno é:

- Três no turno da manhã (8-16 horas);
- Duas no turno da tarde (16-23 horas);
- Duas no turno da noite (23-08 horas).

O serviço tem apoio de quatro fisioterapeutas, uma assistente social e uma secretária de unidade. É também facultado apoio para a elaboração de regimes de alimentação especiais, da dietista destacada para esta instituição.

O serviço tem o apoio do serviço de esterilização, imagiologia e laboratório de análises existente neste hospital.

#### 1.2.4 – Tipologia dos Utentes

A especialidade conhecida por “**ortopedia**” está basicamente relacionada às anomalias do aparelho locomotor.

Com o avanço da medicina as afecções ortopédicas, como as resultantes da tuberculose óssea e articular ou de paralisia muscular por poliomielite diminuem ou mesmo desapareceram. No entanto, várias outras vão aumentando porque um número maior de pessoas consegue sobreviver com outras doenças que afectam o sistema locomotor.

Da mesma forma, os traumatismos permanecem como um grande problema não apenas porque o trauma continua a ocorrer na comunidade, mas também porque o avanço da idade da população significa que as quedas ou outros traumatismos tornam-se mais comuns em pessoas idosas, e com o aumento da mecanização em

casa, no trabalho e nos transportes, significa um aumento nos traumatismos e acidentes graves.

Neste serviço as patologias mais frequentes são as fracturas.

As fracturas são causadas por traumatismos directos ou indirectos, ou seja o primeiro “*Ocorre quando a força é aplicada directamente sobre o osso no local da fractura*”, “*as fracturas por forças indirectas geralmente seguem-se a lesões rotacionais*” (Aston, 1981:24).

Tipos de fracturas:

- Coluna;
- Bacia;
- Clavícula – São comuns em qualquer faixa etária, porém são encontradas em crianças e adultos jovens;
- Úmero – São bastante comuns;
- Fémur – geralmente são causadas por uma força indirecta de torção, são frequentes em pessoas idosas;
- Colo do fémur – esta lesão é mais frequentes em mulheres idosas, devido a uma associação de osteoporose senil, que se torna mais acentuada após a menopausa.
- Tíbia e perónio – em geral são causadas por forças de violência considerável e quase sempre associadas a outras lesões.
- Calcâneo – são causadas por uma queda de determinada altura, caindo de pé. Geralmente são bilaterais.

Uma das partes essenciais do tratamento de qualquer lesão é a reabilitação da função. Na maioria dos casos pode-se esperar o retorno total das funções, e o objectivo da reabilitação é consegui-lo o mais rápido possível.

Convém salientar que devido à existência cada vez maior de utentes idosos, que vivem sós, ou devido a problemas de ordem social e familiar, os utentes permanecem nos serviços muito tempo.

Como poderemos melhorar esta situação? Como poderemos envolver mais a família tendo em vista a continuidade dos cuidados?

### 1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Definimos como participantes do nosso estudo os familiares de utentes internados e profissionais de saúde dum serviço de ortopedia de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa.

A amostra do nosso estudo, **no que respeita aos familiares**, veio a constituir-se por vinte familiares participantes na entrevista (um dos instrumentos de recolha de dados a que recorreremos, como se referirá adiante) pois por saturação da informação não houve necessidade de efectuar mais entrevistas. Numa análise de informação recolhida, verificou-se que a informação se começava a repetir e não emergiam dados novos.

Nos estudos qualitativos, o que interessa é a riqueza das informações obtidas, pelo que não existe uma regra que defina o tamanho da amostra. Ela deve é proporcionar-nos uma informação rica, possibilitando um estudo em profundidade, conduzindo deste modo a uma compreensão do fenómeno em estudo.

Assim, a nossa amostra foi seleccionada pela técnica de amostragem não probabilística intencional em que os sujeitos da população alvo são considerados “... *particularmente conhecedores das questões que estão sendo estudadas.*” (Polit, 1995: 148).

Carpenter (1995:43), vem reforçar esta ideia ao referir que “... *seleccionam-se indivíduos com conhecimento particular sobre o fenómeno, de modo a partilharem-no, ou seja a amostra mais usada é a intencional.*”

Utilizamos como critérios de escolha intencional, procurando deste modo, como refere, Carpenter ao citar Patton (Carpenter, 2002:66) “... *este método de seleccionar indivíduos para participarem num estudo baseia-se no seu conhecimento específico, de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento (...) a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade (...) são aqueles de quem se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação...*”.

Os familiares que participaram neste estudo obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- Familiares de utentes com cinco ou mais dias de internamento;
- Familiar com possibilidade de comunicar verbalmente e sem dificuldades auditivas, para ser possível ouvir e responder para que a entrevista possa ser, posteriormente transcrita na íntegra;
- Familiares que aceitem participar no estudo, depois de devidamente informados, respeitando assim um dos princípios básicos a considerar quando se faz investigação – o direito à autonomia.

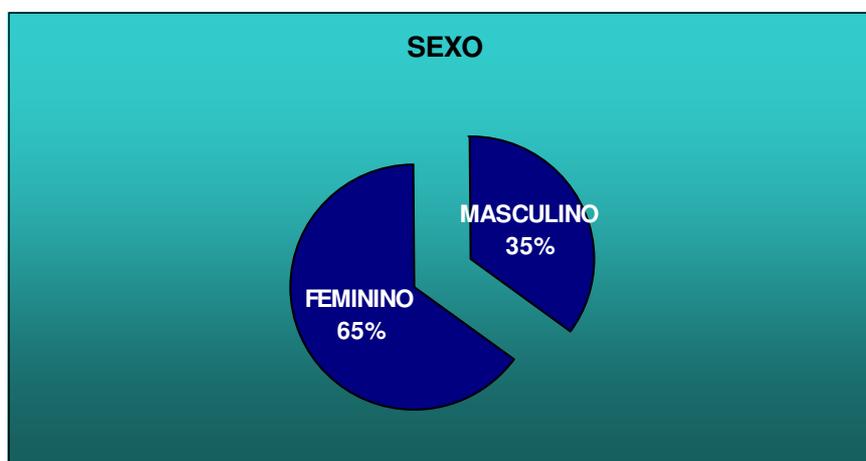
### 1.3.1 – Amostra dos Familiares

Para a caracterização da amostra dos familiares participantes, tivemos em conta dados referentes como: sexo, grupo etário, estado civil, habilitações literárias, profissão e grau de parentesco do familiar internado.

#### 1.3.1.1 - Sexo dos Familiares Participantes

Através do gráfico n.º1 analisamos a distribuição dos entrevistados por sexo. Podemos verificar que 35% dos familiares participantes são do sexo masculino e que 65% são do sexo feminino; o que nos leva a concluir que a maioria dos utentes internados são visitados por familiares do sexo feminino.

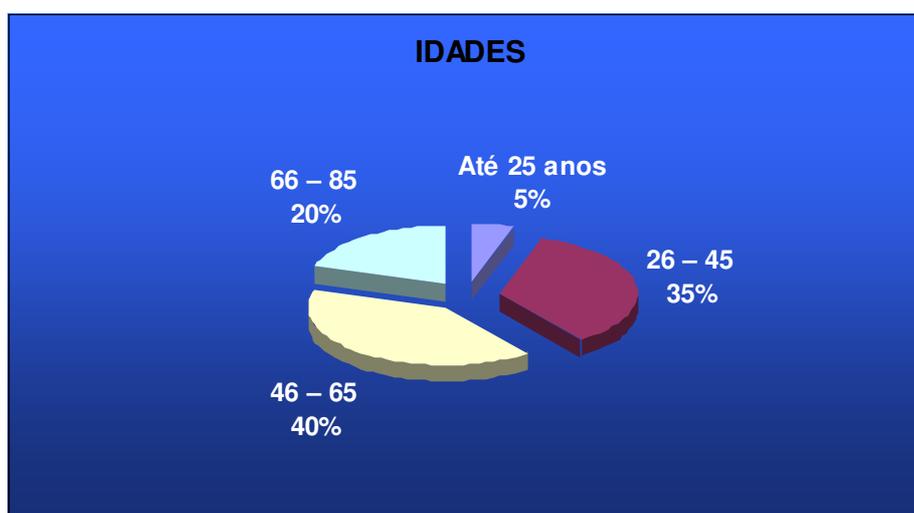
**GRÁFICO Nº1**  
SEXO DOS FAMILIARES PARTICIPANTES



### 1.3.1.2 – Idade dos Familiares Participantes

Pela análise do gráfico n.º2 verificamos que 5% dos familiares participantes têm idades até aos 25 anos; 35% têm idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos; 40% dos entrevistados idades compreendidas entre os 46 e 65 anos, e que 20% têm idades entre os 66 e 85 anos.

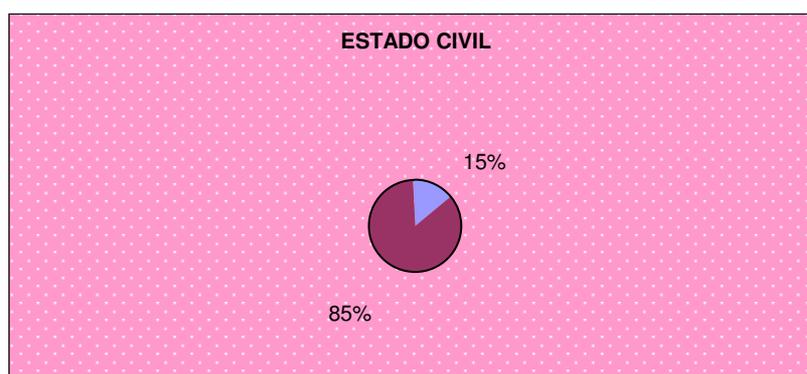
**GRÁFICO Nº2**  
IDADE DOS FAMILIARES PARTICIPANTES



### 1.3.1.3 – Estado Civil dos Familiares Participantes

Pela análise do gráfico n.º3 podemos verificar que 85% dos familiares participantes são casados e apenas 15% são solteiros.

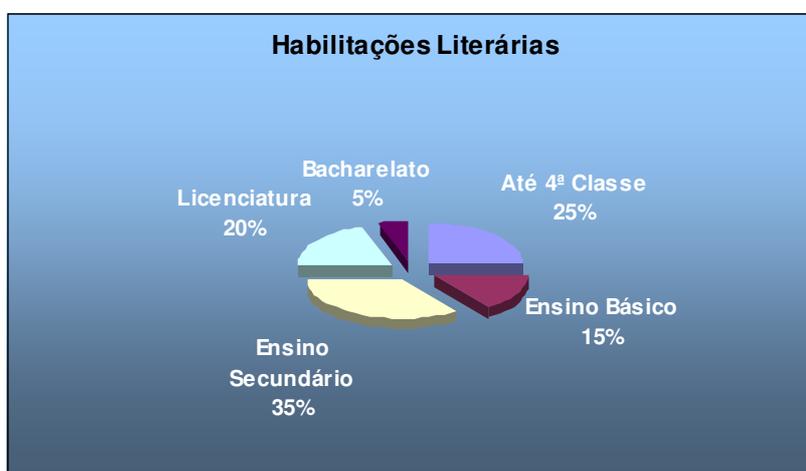
**GRÁFICO Nº3**  
ESTADO CIVIL DOS FAMILIARES PARTICIPANTES



#### 1.3.1.4 – Habilitações Literárias dos Familiares Participantes

Pela análise do gráfico nº4, podemos verificar que 25% dos familiares participantes têm como habilitações literárias a 4ª classe ou menos; 15% têm como habilitações o ensino básico; 35% dos participantes têm o ensino secundário; 20% têm a licenciatura e apenas 5% dos familiares participantes têm como habilitações literárias o bacharelato.

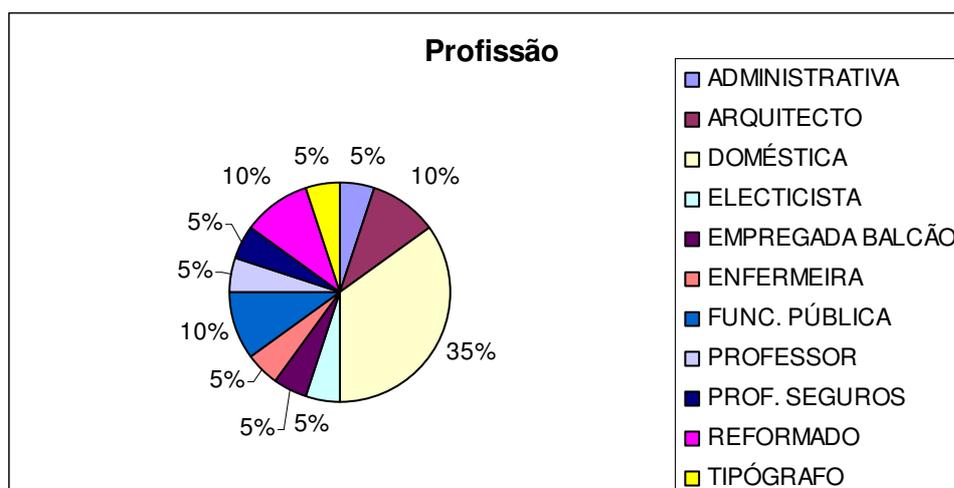
**GRÁFICO Nº4**  
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS FAMILIARES PARTICIPANTES



#### 1.3.1.5 – Profissão dos Familiares Participantes

Pela análise do gráfico nº5 podemos verificar que 5% dos participantes têm como profissão, administrativa, tipógrafo, profissional de seguros, professor, enfermeira, empregada de balcão e electricista; 10% dos restantes participantes têm como profissão arquitecto, reformados, e funcionário público; 35% dos familiares participantes são domésticas, o que nos leva a concluir que são as mulheres que trabalham em casa as pessoas que mais visitam o seu familiar internado.

**GRÁFICO Nº5**  
PROFISSÃO DOS FAMILIARES PARTICIPANTES



### 1.3.1.6 – Grau de Parentesco do Utente Quanto ao Familiar Participante

Analisando o gráfico nº6, verifica-se que quanto ao grau de parentesco dos familiares participantes, 5% dos utentes internados são pai dos participantes; 15% filho/a; 35% mãe e 45% outros.

**GRÁFICO Nº6**  
FAMILIAR INTERNADO / PARENTESCO DOS FAMILIARES PARTICIPANTES



**Da análise da caracterização da amostra dos familiares participantes, verificamos que:**

- **Quem visita frequentemente o utente internado** são os familiares do sexo feminino; talvez porque a tarefa de cuidar e visitar o utente recai, tradicionalmente sobre o elemento feminino.
- **A idade dos familiares participantes** é compreendida no intervalo de idades dos 46 e 65 anos; pensamos que a idade dos familiares que visitam o utente internado é influenciada pela idade da pessoa internada neste serviço, visto a média de idades ser de 70 anos.
- **Verificamos também que são os casados** que visitam mais vezes o utente internado; os cônjuges são a principal fonte de assistência ao utente dependente ou internado neste serviço.
- **A maioria dos participantes tem o ensino secundário.**
- **A profissão que surge em maior número nos familiares participantes são domésticas**, o que nos leva a concluir que são as mulheres que trabalham em casa as pessoas que mais visitam o seu familiar internado.
- **Quanto ao grau de parentesco** aparecem mencionados, outros, o que nos leva a concluir que realmente quem visita com mais frequência o familiar internado são os cônjuges.

### **1.3.2 – Amostra dos Profissionais de Saúde**

A amostra seleccionada no que se refere **aos profissionais de saúde** participantes no estudo, é chamada de probabilística, na medida em que cada elemento da população tenha uma probabilidade real de ser incluído na amostra.

Segundo Carmo e Ferreira (1998:192), "*As amostras probabilísticas implicam que a selecção dos elementos que vão fazer parte da amostra seja feita aleatoriamente.*"

Ainda segundo o mesmo autor (Carmo e Ferreira;1998:192), "*Procede-se à selecção de amostras probabilística com o objectivo de poder generalizar à totalidade da população os resultados obtidos com o estudo dos elementos constituintes da amostra, devendo assim ser estes representativos dessa população.*"

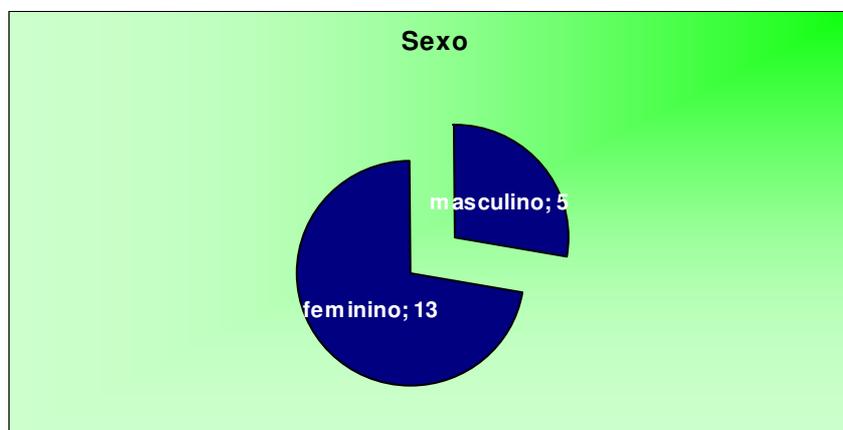
A nossa amostra, veio a constituir-se por dezoito profissionais, embora fossem entregues vinte questionários, dois dos quais não foram entregues preenchidos dentro do tempo estipulado para a colheita de dados e porque os profissionais em questão (médicos) nesse período estiveram ausentes do país.

Para a caracterização da amostra dos profissionais participantes recorreremos aos dados referentes a: sexo, grupo etário, categoria profissional, escolaridade / formação, vínculo à instituição e tempo de serviço no actual serviço.

#### 1.3.2.1- Sexo dos Profissionais de Saúde Participantes

Pela análise do gráfico nº7, verifica-se que 13 dos profissionais participantes, são do sexo feminino e 5 são do sexo masculino.

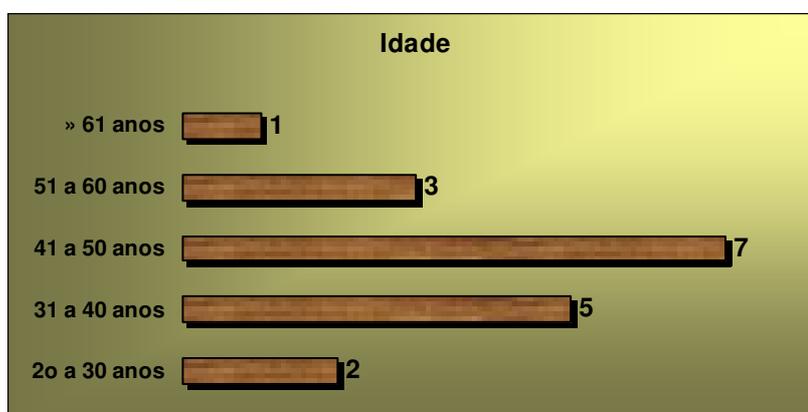
**GRÁFICO Nº7**  
SEXO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES



#### 1.3.2.2 – Idade dos Profissionais de Saúde Participantes

Pela análise do gráfico nº8 podemos verificar que 2 dos profissionais participantes têm idades compreendidas entre os 20 e 30 anos; 5 dos participantes têm idades entre os 31 e 40 anos; 7 têm idades entre os 41 e 50 anos; ainda que 3 dos profissionais participantes têm entre 51 e 60 anos e apenas 1 participante tem mais de 61 anos.

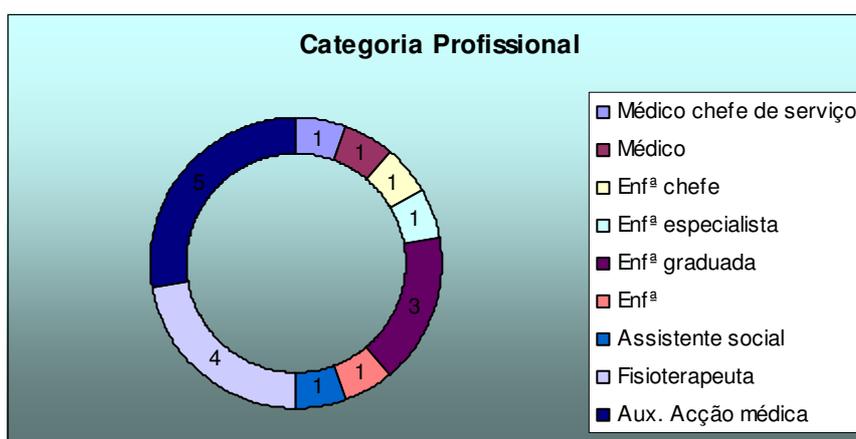
**GRÁFICO Nº8**  
IDADE DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES



### 1.3.2.3 – Categoria Profissional dos Profissionais de Saúde Participantes

Através da análise do gráfico nº9 podemos verificar que dos profissionais participantes 1 é Médico, chefe do serviço; 1 é Médico; 1 é Enfermeira chefe; 1 é Enfermeira especialista; 3 são Enfermeiras Graduadas; 1 é Enfermeira; 1 é Assistente social; 4 são Fisioterapeutas; 5 Auxiliares de acção médica.

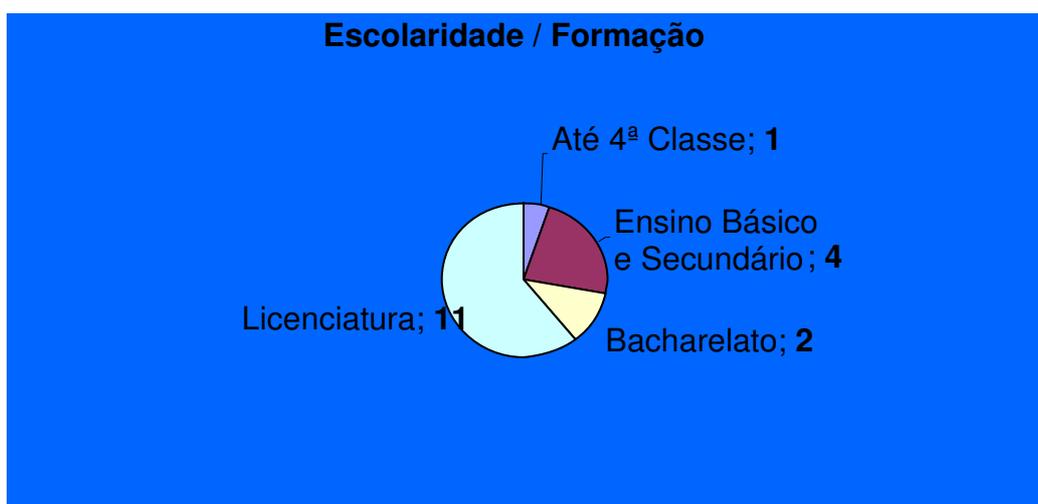
**GRÁFICO Nº9**  
CATEGORIA PROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES



### 1.3.2.4 – Escolaridade / Formação dos Profissionais de Saúde Participantes

Pela análise do gráfico nº10 podemos verificar que quanto à escolaridade / formação dos profissionais participantes, apenas 1 tem como escolaridade a 4ª classe ou menos; 4 têm o ensino básico; 2 dos inquiridos o bacharelato e a maioria dos participantes, ou seja 11 têm como escolaridade a licenciatura.

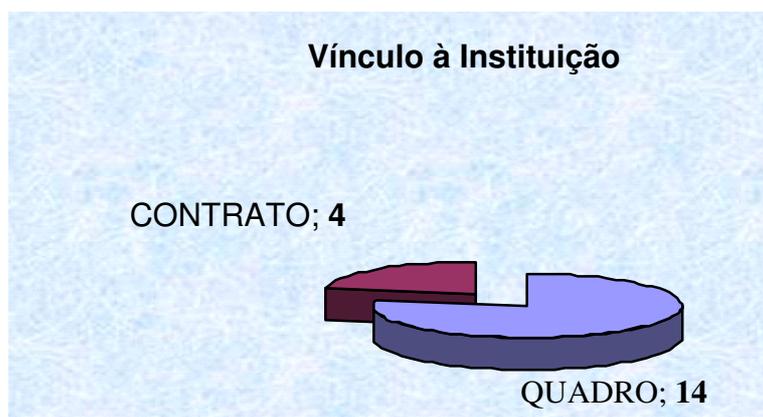
**GRÁFICO Nº10**  
ESCOLARIDADE / FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES



### 1.3.2.5 – Vínculo à Instituição dos Profissionais de Saúde Participantes

Pela análise do gráfico nº11, verificamos que 14 dos profissionais participantes pertencem ao quadro da instituição onde foi realizado o estudo e apenas 4 dos profissionais têm como vínculo o contrato.

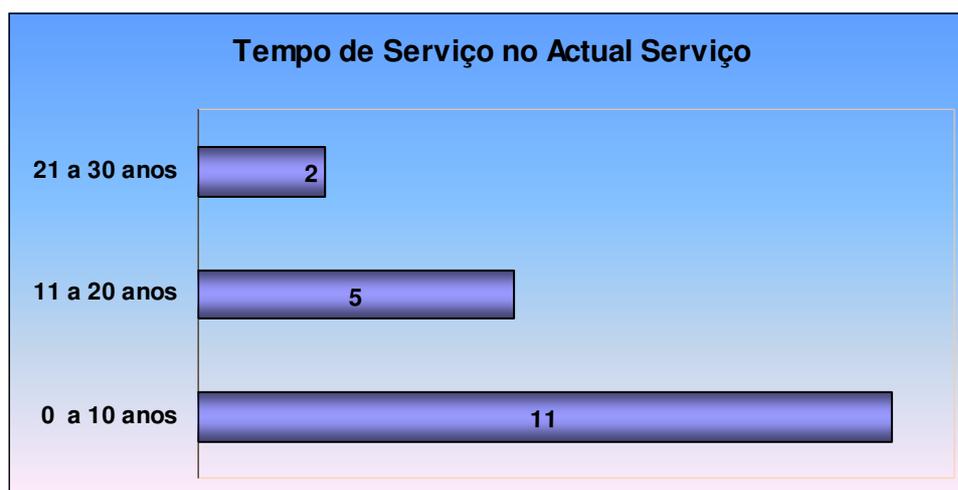
**GRÁFICO Nº11**  
VÍNCULO À INSTITUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES



### 1.3.2.6 – Tempo de serviço no actual serviço dos Profissionais de Saúde Participantes

Pela análise do gráfico nº12 podemos verificar que 11 dos profissionais participantes estão no actual serviço no intervalo entre 0 a 10 anos; 5 no intervalo entre 11 a 20 anos e 2 no intervalo de 21 a 30 anos.

**GRÁFICO Nº12**  
TEMPO DE SERVIÇO NO ACTUAL SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES



**A caracterização da amostra dos profissionais de saúde participantes permite-nos concluir que:**

- **A distribuição dos profissionais de saúde participantes situa-se sobretudo no sexo feminino;** o que se justifica porque neste serviço a grande parte dos profissionais são do sexo feminino.
- **A distribuição das idades dos participantes situa-se entre os 41 e 50 anos.**
- **A distribuição quanto à categoria profissional** predomina a de auxiliar de acção médica, porque é o grupo de profissionais de maior número neste serviço, seguida da categoria de enfermeiros e de fisioterapeutas. A categoria de assistente social é apenas de um elemento porque só existe uma assistente social nesta instituição.
- **Quanto à distribuição escolaridade / formação** verificamos o predomínio dos licenciados.
- **Na distribuição quanto ao vínculo profissional** predominam os profissionais do quadro. A maior parte dos profissionais deste serviço pertencem ao quadro da instituição.

- **Quanto à distribuição do tempo de serviço no actual serviço**, a grande maioria está neste serviço entre 0 a 10 anos; isto porque como o serviço é muito específico os profissionais permanecem nele durante vários anos, é muito demorada a integração de novos elementos.

#### 1.4 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta os objectivos deste estudo, bem como o campo em que ele se iria desenvolver e os actores que nele iríamos implicar, procurámos construir e utilizar para a sua consecução os instrumentos de recolha de dados que nos pareceram os mais indicados, logo capazes de nos dar as respostas procuradas.

Segundo os autores, Quivy e Campenhoudt (2005: 226), “ *Apenas a utilização de métodos construídos e estáveis permite ao investigador elaborar uma interpretação que não tome como referência os seus próprios valores e representações*”.

“*Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo ...*” (Fortin, 1999:240).

Na investigação qualitativa “ *A fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal (...), já que divorciar o acto, a palavra ou o gesto do seu contexto é perder de vista o significado*” (Bodgan e Biklen, 1994:47-48).

#### **Para a colheita de dados aos familiares participantes optámos pela entrevista.**

A entrevista, segundo os mesmos autores, Bodgan e Biklen (1994:47-48), “*...É utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo*”.

Ao escolhermos a entrevista como método de recolha de dados, acreditamos ser o modo através do qual é estabelecida uma relação entre investigador e sujeito; é a forma de comunicação interpessoal mais adequada para obter resultados possibilitando a explicação do propósito do estudo, fornecendo a informação necessária.

Tivemos por objectivo com a entrevista realizada, conhecer o modo e o tipo de integração da família nos cuidados aos utentes internados num serviço de ortopedia na opinião dos familiares.

Assim, optámos pela entrevista semi-estruturada, de modo a termos a possibilidade de explorar, aprofundar e clarificar alguns pontos dos participantes, possibilitando uma flexibilidade na condução da entrevista, com a finalidade de se conseguir uma explicitação das vivências dos participantes no estudo (Morse, 1997).

Ainda, para Patton (1990) e Quivy (2005), este tipo de entrevista, possibilita-nos o acesso às vivências ou percepções de determinado acontecimento relatado pelo sujeito participante.

Para a condução da entrevista, elaborámos um guião (anexo 2) com perguntas abertas, *“de forma a permitir ao participante um relato daquilo que pensa, sente e faz, na sua própria linguagem”* (Patton 1990:295-296).

Assim, o guião é constituído por duas partes:

1. **A primeira**, teve como objectivo dar orientações sobre: o tema do estudo; os objectivos; o pedido de autorização para gravação áudio como método de registo dos dados; e dados biográficos dos participantes. Foram também explicados todos os procedimentos a que iam ser submetidas as fitas magnéticas bem como as transcrições, com o objectivo da garantia da confidencialidade e o anonimato.
2. **A segunda** parte inclui questões orientadoras para a colheita de informação que pensamos dar resposta às questões de investigação.

Depois de obter autorização ao pedido oficial, (anexo 1) para a realização do estudo ao Conselho de Administração do Hospital, e depois de darmos conhecimento à enfermeira chefe do serviço de ortopedia; aplicamos o instrumento de colheita de dados a dois familiares que embora apresentassem os critérios de inclusão não fizeram parte do estudo.

Com este trabalho inicial de pré-teste, foi possível controlar a validade e a clareza dos termos, bem como a compreensão das questões, pelos participantes, prever a duração média de cada entrevista, treinar a utilização do gravador e sobretudo desenvolver as nossas habilidades na técnica da entrevista.

As entrevistas tiveram lugar em Abril, Maio e Junho de 2007 com cada um dos familiares participantes. Foram realizadas individualmente, num único momento e decorreram em ambiente privado, numa sala com características que permitiam privacidade e tranquilidade. As entrevistas foram previamente planeadas de acordo com a disponibilidade dos familiares.

O tempo gasto em cada uma das entrevistas variou de vinte a sessenta minutos, sendo a média de trinta minutos.

Durante a entrevista, procuramos controlar o nosso envolvimento com os participantes, e a influência nos conteúdos, de modo que a informação colhida reflecta os dados reais revelados pelos participantes (Streubert e Carpenter, 2002).

As entrevistas foram gravadas após autorização dos sujeitos e transcritas integralmente pelo próprio investigador.

Estas entrevistas foram transcritas na íntegra, o que nos pareceu ser muito benéfico, porque permite reaver alguma informação quando ouvimos a entoação dos relatos. Assim, é possível aperceber-se as hesitações, incertezas ou emoções. A este respeito, Streubert e Carpenter (2002:32) referem que “ *os investigadores necessitam “ouvir” cuidadosamente aquilo que ouviram para descobrir os significados*”.

Tentámos transcreve-las, o mais próximo possível da sua realização, o que facilitou a identificação de algumas palavras por vezes pouco usadas na nossa linguagem corrente.

De seguida, foram enumeradas de um a vinte, tendo-lhes sido atribuído os seguintes códigos respectivamente (E1;...;E20).

Depois de relidas várias vezes, iniciamos o processo de codificação.

### **Dos profissionais do serviço de ortopedia obtivemos colaboração através da resposta a um questionário.**

Pareceu-nos pertinente proceder à recolha de dados aos profissionais de saúde do serviço de ortopedia, através de um questionário, sendo este um importante instrumento de pesquisa, o qual nos forneceu informações reais da amostra e que

*“... nos vai ajudar a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 1999:249).*

Por outro lado e, segundo Fortin (1999:249), o questionário *“ Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de maneira rigorosa... permite um melhor controlo dos enviesamentos”*.

Optamos também, pela utilização do questionário como instrumento de colheita de dados uma vez que o estudo realizado junto dos nossos pares, garante o seu anonimato – permitindo que as respostas possam ser mais fidedignas, é de preenchimento fácil e não exige a nossa presença.

O questionário por nós elaborado constituiu-se por duas partes, estruturadas com diferentes objectivos.

Ao iniciar, obrigatoriamente, surgiu a nossa apresentação, referência aos objectivos do estudo, pedido de colaboração com o seu preenchimento e garantia de confidencialidade.

1. **A primeira parte** foi composta por seis questões com as quais pretendíamos obter uma sumária caracterização da amostra.
2. **A segunda parte** era composta por dez questões: oito abertas e duas outras fechadas mas a solicitar justificação para a escolha. Pretendíamos com este conjunto de questões saber se os profissionais de saúde achavam importante a participação da família nos cuidados ao utente internado no serviço de ortopedia, em que tipo de cuidados acha mais importante a participação da família, e sugestões para melhorar o trabalho de parceria com a família nos cuidados.

Este questionário, na sua totalidade, foi testado pelo preenchimento que dele solicitamos a dois profissionais de saúde do serviço de Recobro Anestésico.

A entrega, preenchimento e devolução dos questionários ocorreu durante os meses de Maio, Junho e Julho de 2007.

Foram entregues vinte questionários, abrangendo médicos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeutas e auxiliares de acção médica em exercício de funções no

serviço de ortopedia. Destes, foram recebidos dezoito, que passaram a constituir a nossa amostra.

Os questionários foram numerados de um a dezoito, tendo-lhes sido atribuído os seguintes códigos respectivamente:

**M** – Médico;

**Enf** – Enfermeira/o;

**A.soc** – Assistente Social;

**Fis** – Fisioterapeuta;

**Aux** – Auxiliar de Acção Médica.

Depois de termos na nossa posse os questionários, analisamos questão a questão e iniciamos o processo de codificação.

A análise dos dados consiste, segundo Bogdan e Biklen (1994), num processo de procura e organização sistemática do conteúdo do instrumento de recolha de dados, de forma a facilitar a sua compreensão e a apresentação dos dados encontrados.

Para iniciarmos o processo de codificação das entrevistas e questionários e na perspectiva de Streubert e Carpenter (2002), a codificação ocorre a três níveis:

- **Nível 1** – é feita à medida que o investigador recebe os dados. Consiste em aplicar um sistema de codificação aberta, sendo importante codificar cada frase utilizando tantos significados, quantos possíveis para assegurar um exame minucioso dos dados. Os significados derivam da linguagem das pessoas participantes e os “implícitos” construídos pelo investigador de acordo com os conceitos obtidos a partir dos dados.
- **Nível 2** – ou categorização, em que o método de comparação constante, é fundamental. Os significados são constantemente comparados e agrupados de acordo com a orientação lógica. As subcategorias são também agrupadas e dão origem a categorias. Cada categoria é comparada com todas as outras categorias de modo a garantir a sua exclusividade.
- **Nível 3** – identificação dos temas centrais que emergem dos dados.

Durante as sucessivas leituras, fomos agrupando as categorias por semelhanças e tentando identificar temas centrais a partir dos significados, subcategorias, categorias.

A análise dos dados é vista como uma etapa vital na investigação fenomenológica, mas reveste-se de alguma complexidade e morosidade. Para o tratamento dos

dados emergentes das entrevistas e dos questionários recorreu-se a uma análise de conteúdo qualitativa por categorias.

Relativamente aos termos utilizados no estudo, faremos algumas considerações que julgamos importantes, dado que alguns conceitos utilizados podem carecer de clarificação:

- Embora sejam considerados sinónimos os termos cliente, utente, paciente e doente, utilizamos o termo **utente** quando nos referimos à pessoa hospitalizada;
- Consideramos **família**, a pessoa ou pessoas identificadas pelo utente, consideradas por ele como significativas, e que demonstrem interesse em participar nos cuidados;
- Consideramos **profissionais de saúde** como sinónimo de equipa terapêutica; esta constituída por profissionais que fazem parte do processo terapêutico do utente (médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeutas e auxiliares de acção médica);
- Referimos o termo **participante (s)**, quando queremos referir os familiares e os profissionais de saúde participantes neste estudo;
- Quando utilizamos a formulação composta por **profissional de saúde/utente/família**, não utilizamos qualquer critério na ordem, sendo para nós indiferente, pois estamos convencidos que embora os papéis sejam diferentes são igualmente importantes na parceria.

#### 1.4.1 – Considerações Éticas

Num trabalho de investigação científica, quando são utilizados indivíduos como participantes, por parte do investigador implica o cumprimento dos princípios éticos que são aceites pela comunidade de investigadores em ciências sociais, (Carmo e Ferreira, 1998) e que constam nos seus códigos deontológicos, Bogdan e Biklen, (1994).

Neste trabalho respeitamos os seguintes aspectos éticos:

- Garantia de que os indivíduos que vão fornecer os dados, estão informados da finalidade do estudo e do seu controle;
- Assegurar a confidencialidade e o anonimato.

Assim, na informação que demos aos participantes incluímos: o que lhes é pedido, objectivo e finalidade da informação pedida, forma de participar, tratamento dado à informação colhida, mecanismos utilizados de forma a manter o anonimato.

- Respeitar a dignidade, intimidade e segurança do indivíduo; neste sentido tomamos os procedimentos indicados por Polit e Hungler (1995:301) que reúnem a *“segurança das declarações confidenciais, por parte de todas as pessoas envolvidas, na colheita e análise dos dados; a manutenção de informação que possam divulgar as identidades dos sujeitos num local fechado à chave; a substituição dos nomes dos sujeitos por números de identificação nos registos de estudo e arquivo de computador”*.
- Respeitar os valores morais e culturais; os participantes tiveram da nossa parte, um tratamento justo e imparcial e foi respeitada tanto a sua cultura como os seus valores absolutos como pessoa humana.

**CAPITULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Relativamente à componente transformadora deste projecto e face aos resultados obtidos; há que colocar a seguinte reflexão *“É possível que tenhamos que suportar as regras, as modas, as influências, ordens imperiosas que nós não escolhemos. Quer se tratem de acções exteriores ou de acções sobre si, a questão fundamental é saber como somos nós actores de saúde. Seja na preocupação ou no esquecimento de si e / ou dos outros. Será que estaremos comprometidos existencialmente na acção ou somos os objectos de um sistema?...”* (Honoré 2004: 91).

Quaisquer que sejam os resultados do estudo, o fundamental é compreender de que modo estamos envolvidos nesta acção formativa da continuidade de cuidados, de que modo nos envolvemos como equipa, no cuidado holístico ao utente/ família, seremos actores ou espectadores neste processo.

### 1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procuráramos encontrar resposta, com base no que foi dito pelos participantes, para a questão que serviu de orientação para este estudo: Participação da família nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia segundo a opinião dos familiares e dos profissionais participantes.

Começaremos pela apresentação do resultado das entrevistas efectuadas aos familiares participantes.

Em situações de hospitalização de um elemento da família, obrigatoriamente surgem alterações no estilo de vida quer do utente quer da família.

Para Sousa et al (2000), o internamento do familiar exige recursos pessoais, sociais e económicos.

A família representa geralmente a primeira instituição que garante o suporte social indispensável para o tratamento e reabilitação do utente. Martins (2004), refere que, o internamento hospitalar não afecta só o utente mas também a família provocando uma situação de desorganização, de stress e desequilíbrio familiar.

## 1.1 – ALTERAÇÕES FAMILIARES ORIGINADAS PELO INTERNAMENTO DO FAMILIAR

Ao serem questionados **sobre as alterações familiares originadas pelo internamento do familiar**, pela análise do quadro nº1 surge-nos como categoria o **suporte familiar**, e como subcategorias as **alterações que podem surgir na vida dessa família**. *As alterações no trabalho*, porque como sabemos as instituições têm horários para se visitar o utente e por vezes é muito difícil conciliar o horário de trabalho com o horário de visitas, o que é referido por uma grande parte dos participantes, que salientam:

- *“Foi em relação ao trabalho principalmente, tem-me dado algumas dores de cabeça conjugar a visita com o trabalho...”* (E1);
- *“ É difícil conjugar o trabalho com a visita que faço à minha mãe, como o horário é apertado....”* (E6).

Revela que os familiares têm dificuldades em visitar o utente, o que por vezes se relaciona com dificuldades de coordenação do horário das visitas com outros papéis desempenhados pelos familiares.

Como refere Sousa et al (2004), é nefasto pela dificuldade em conciliar obrigações inerentes aos cuidados e à actividade profissional.

Verifica-se que os familiares fazem um grande esforço para conciliar a vida pessoal com a visita ao seu familiar internado. Também referem ainda que por vezes têm de deixar o trabalho para poderem visitar:

- *“ É o meu marido, ele tem que deixar o trabalho para visitar o filho”* (E4);
- *“O trabalho, eu tenho de deixar o trabalho para dar mais atenção a ele”* (E7).

Como segunda subcategoria surge a **alteração no apoio que o familiar dá à restante família**:

- *“ Tenho uma criança mais nova que precisa do meu apoio, mas neste momento ele está internado e tenho de apoiar mais a ele”* (E7);
- *“ Dou menos apoio ao meu filho e ao meu marido para puder dar mais atenção à minha mãe”* (E10).

Verifica-se, nestas afirmações, que os familiares não querem deixar de visitar o seu familiar internado, não querem que ele fique sem a sua visita, embora, saibam que vão apoiar menos os restantes membros da família.

Também ainda dentro desta subcategoria surge a perda de companhia, a solidão:

- “ *O que foi alterado é eu estar sozinha,... é uma solidão*” (E11);
- “ *A minha mulher faz-me muita falta, principalmente na companhia*” (E19).

Aparece ainda a perda do elemento principal da família, ao referir um participante,

- “ *A minha mãe é uma peça fundamental na minha casa,..... Apesar de ter 75 anos é muito activa, é uma mulher de armas*” (E16).

Surge-nos a seguir como subcategoria **o factor económico**, referido por um participante, porque por vezes o utente internado é o elemento que sustenta economicamente a família, daí podemos prever as dificuldades que irão passar, um participante referindo:

- “ *Principalmente a parte económica, porque o meu marido é a fonte de sustento da minha casa e como ele trabalha por conta dele se não trabalhar não ganha*” (E18).

Isto, leva muitas vezes a uma crise familiar, devido ao facto de em algumas famílias começarem a sentir dificuldades económicas, caso a pessoa hospitalizada seja a única fonte de sustento familiar, e ao facto da hospitalização obrigar a uma profunda alteração das suas rotinas e estilos de vida.

Como refere Martins (2004), a família tem de fazer um esforço, de forma a cumprir as tarefas habituais e corresponder simultaneamente às exigências de visitar o seu familiar internado.

Aparece também como subcategoria **alterações sociais na vida destas famílias**; o modo de vida e rotinas diárias, referido por três participantes:

- “ *O modo de vida, os hábitos que tinha em casa, é como se fosse o virar de uma página*” (E9);
- “ *Foi alterada toda a minha vida social, toda a vida que eu gosto de levar, que é o estar com crianças, pintar, ter os meus hobbies, o que agora não posso fazer*” (E13);
- “ *Com o internamento do meu pai a minha vida social ficou para segundo plano*” (E17).

Com o internamento do membro da família, as reduções das actividades sociais são bastante frequentes, acarretando uma dupla negatividade: a família tem menos tempo, estabelece menos relações sociais e fragiliza as que já tinha, assim perde oportunidade de encontrar apoio social (Sousa et al, 2004).

Aparece também o factor de mais trabalho em casa, referido por três participantes, o ter menos tempo para as rotinas da casa, referido por um participante e a falta de disponibilidade para a realização de outras tarefas, referido por um participante:

- “ *Tenho mais trabalho em casa porque a lida da casa era feita por ela e agora tem de ser feita por mim*” (E5);
- “ *Eu tinha uns hábitos em que tinha tudo feito quando chegava a casa*” (E9);
- “ *A minha mulher faz-me muita falta tanto na orientação da casa,... por vezes não sei o que hei-de fazer*” (E19);
- “ *O tempo que eu podia estar a mais em casa não estou, é tudo a correr*” (E4);
- “ *Não posso estar disponível para fazer outras coisas que gosto*” (E2).

Surge como última subcategoria o **factor psicológico** como alteração na vida da família. Sabemos que o internamento gera situações de ansiedade, stress e um mau estar geral na família que por vezes é difícil de gerir por parte destes familiares e também pode levar à procura de alguém especializado (médico) para puder ultrapassar essa situação e continuar a dar apoio ao seu ente internado; o que é mencionado por dois participantes:

- “*Foi mais o meu sistema nervoso, tenho andado nervosa, tinha deixado os calmantes e agora retomei outra vez*” (E4);
- “ *Mas também tive uma grande alteração no sistema nervoso, é uma grande ansiedade...*” (E20).

A solidão e a saudade são também alguns dos factores que surgem com a falta de alguém que está internado:

- “ *É eu estar sozinha, uma grande solidão*” (E11);
- “ *Sinto saudades dela quando não a posso visitar*” (E5).

**QUADRO N.º I**

## ALTERAÇÕES FAMILIARES ORIGINADAS PELO INTERNAMENTO DO FAMILIAR

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>SUORTE FAMILIAR</b>	- Trabalho/Alterações	- Conciliar trabalho com visita	E1,E2,E4,E5,E6,E9,E10,E12
	- Família/Apoio	- Deixar o trabalho para visitar	E1,E4,E6,E7
		- Visita depois do trabalho	E3
		- Horário apertado	E6
	- Económico	- Menos atenção familiar	E7,E8,e10,E12,E20
		- Perda de companhia	E11,E19
- Social	- Perda do elemento principal	E16	
	- Perda do elemento que sustenta economicamente a casa	E18	
	- Alteração do modo de vida e rotinas diárias	E9,E13,E17	
	- Mais trabalho em casa	E5,E9,E19	
	- Menos tempo em casa	E4	
- Psicológico	- Menos disponibilidade	E2	
	- Ansiedade	E4,E20	
	- Solidão	E11	
	- Saudade	E5	

## 1.2 – PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO

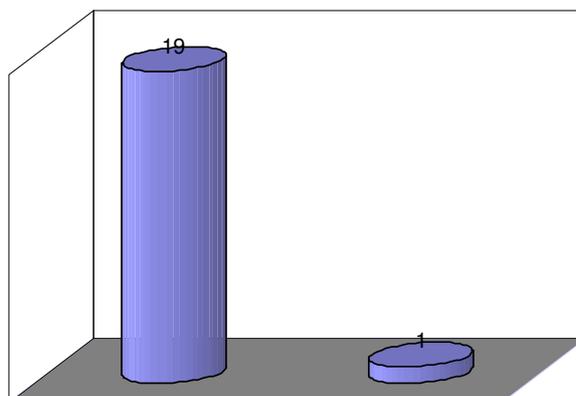
Traduzindo-se a hospitalização num processo de alteração profunda dos hábitos de vida do utente, do seu estatuto e relação social, é fundamental o envolvimento da família neste processo. Para Salt (2001), envolver a família nos cuidados, para além de manter o direito a esta permanecer unida, implica prepará-la e apoiá-la em todo este processo, quer ao nível dos sentimentos bem como ao nível do ensino/âmbito dos cuidados.

Pela análise do gráfico nº 13, podemos verificar que 19 dos 20 familiares entrevistados gostariam de participar nos cuidados ao seu familiar internado, o que nos leva a concluir que, o envolvimento da família no processo de cuidar visa a

aproximação entre o hospital e a família, e que apresenta um contributo muito valioso no processo de cuidados do utente internado.

### GRÁFICO Nº13

GOSTARIA DE PARTICIPAR NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO



Ao serem questionados com a questão do **porquê da participação nos cuidados ao familiar internado**, e pela análise do quadro nº2, surgem-nos três categorias; **a necessidade**, e nesta as subcategorias de *ajuda* e *satisfação das necessidades ao utente*; **a participação**, com as subcategorias de *aprendizagem*, *colaboração*, *disponibilidade* e o *dever/obrigação*; e a categoria de **sentimento/emoção** com as subcategorias de *carinho*, *ansiedade* e *confiança*.

Da análise de conteúdo **da categoria necessidade**, salienta-se a ajuda, o gostar de ajudar, referida por dois participantes:

- "Porque eu gostaria de ajudar" (E13);
- " Sim, desde que seja útil eu estou pronto para ajudar,.... Ajudar os que precisam para quando amanhã eu precisar, ter quem me ajude" (E14).

Nestas afirmações podemos verificar que a família está preparada para ajudar nos cuidados ao seu familiar internado, sente-se útil e espera que no futuro tenha o mesmo tipo de ajuda que ela pode proporcionar agora ao seu familiar.

Surge a seguir como subcategoria a *satisfação das necessidades ao utente*, mencionada por um participante:

- *“Porque tenho de dar uma massagem nas costas quando chego cá” (E1).*

Nota-se a sensação de bem-estar por parte do utente e por parte do familiar, na satisfação desta necessidade, embora considerem que o trabalho das enfermeiras é excelente, referem:

- *“ Sim, embora o trabalho que vocês fazem seja bem feito” (E15).*

A satisfação de algumas necessidades por parte da família causa tanto nesta como no familiar internado uma sensação de proximidade.

Na categoria **Participação**, surge como subcategoria mais referida, o *dever/obrigação*, de colaborar nos cuidados, porque a maior parte dos utentes internados sentem-se mais à vontade quando têm a colaboração do seu familiar nos cuidados a prestar, referido por cinco participantes:

- *“ Pois sei que a minha mãe se sentia mais à vontade comigo...” (E5);*
- *“Porque com a filha ela sente-se mais à vontade e era mais fácil ela colaborar em certos cuidados” (E6).*

Também a participação da família nos cuidados é considerado positivo o que nos parece mais uma vez uma forma de aproximação, o que é sentido por parte destes um dever ou uma obrigação em participar nos cuidados.

Quatro dos participantes, sentem a obrigação de poder ajudar o seu familiar internado, pois uma das funções da família é o dever de proteger, ajudar quando necessário. Para reforçar esta ideia temos:

- *“ É minha mãe e eu tenho obrigação de o fazer” (E10);*
- *“É meu pai e eu gostaria de fazer por ele agora que ele precisa, pelo menos um terço daquilo que ele fez por mim durante toda a vida” (E17);*
- *“É minha esposa e eu tenho a obrigação de ajudar” (E19).*

Surge a subcategoria, *aprendizagem*, os participantes referem a necessidade de haver uma preparação para depois cuidarem em casa, mencionada por dois destes:

- *“Para estar mais preparada quando ele for para casa” (E7);*
- *“Era bom haver uma preparação para a continuação dos cuidados em casa” (E15).*

Envolver a família nos cuidados pode ser benéfico para o próprio, pelo apoio que pode receber por parte dos profissionais na partilha de conhecimentos para que lhes possam ser úteis na continuidade dos cuidados em casa.

Também um dos participantes refere a aprendizagem como importante porque vai ajudar em como deve fazer determinadas tarefas:

- *“Porque há uma série de tarefas que requerem habilidade, lidar com pessoas que estão com deficiência de movimentos”* (E3).

Podemos assim avaliar a preocupação dos familiares na aprendizagem de tarefas que requerem conhecimentos para poderem cuidar no domicílio. O tempo de internamento é cada vez menor e os familiares são obrigados a ter de cuidar em casa.

Como subcategoria a seguir, surge a *disponibilidade* para acompanhar o familiar doente, mencionada por três participantes:

- *“Se facilitassem a visita a minha mãe estaria mais tempo acompanhada”* (E6);
- *“Acompanhar um bocadinho mais, porque estou reformado e tenho mais tempo”* (E8);
- *“Gostava de entrar para o voluntariado, tenho um bocado de tempo disponível”* (14).

Podemos concluir que estes familiares são pessoas reformadas, com tempo disponível para poderem passar a maior parte do dia se fosse possível junto do familiar internado.

A disponibilidade destes participantes deve ser considerada positiva para a participação nos cuidados, pode ser pela sua presença uma ajuda preciosa para o utente e para os profissionais, embora a família não constitua método de substituição dos profissionais.

Há ainda um participante que refere a disponibilidade de ajudar na alimentação:

- *“Dão-nos oportunidade de dar o lanche e à noite o jantar, é um miminho, tem sido importante para nós mas principalmente para ela”* (E16).

Surge por último a categoria, **sentimento/emoção**, com a subcategoria *mostrar carinho e afecto*, mencionado por três participantes:

- *“De lhe mostrar o meu carinho”* (E5).

Ainda o alívio da ansiedade, referido por um participante:

- *“Ela tem alturas em que está baralhada, e com a filha ficaria diferente e menos ansiosa”* (E6).

Por fim a confiança, ou seja a família pensa saber cuidar melhor que os outros referido por um participante:

- “ *Nós temos a mania que nós cuidamos melhor que os outros*” (E4).

Complementando a ideia de participação, surge a de integração no processo de cuidados.

O envolvimento familiar nos cuidados, mesmo que seja pouco, ajuda a manter a continuidade da unidade familiar, através da conservação do lugar do utente no seio da família e da sua ligação com o ambiente familiar e com as suas rotinas, possibilitando ainda que, no período pós-alta, a família consiga dar resposta às necessidades do utente.

Logo, tal como refere Salt (2001:11), “*estamos a prevenir que quer o doente quer os familiares sintam a rotura nas suas relações, fornecendo ao mesmo tempo a oportunidade para exprimirem as suas preocupações e apoio*”.

**QUADRO Nº2**  
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
NECESSIDADE	- Ajuda	- Gostar de ajudar	E13,E14,E16
	- Satisfação das necessidades doente ao	- Aliviar a pressão, dar uma massagem - O Trabalho das enfermeiras é bem feito	E1 E15
PARTICIPAÇÃO	- Dever / Obrigação	- O familiar sente-se mais à vontade - De ajudar o familiar doente	E5,E6,E13,E18, E20 E5,E10,E17,E19
	- Aprendizagem	- Na preparação para cuidar em casa - São tarefas que requerem conhecimento	E7,E15 E3
	- Disponibilidade	-Mais tempo disponível para acompanhar mais o familiar doente	E5,E8,E14
	- Colaboração	- Ajudar na alimentação	E16
	SENTIMENTO/EMOÇÃO	- Carinho	- Mostrar carinho e afecto
- Ansiedade		- Aliviar a ansiedade	E6,E20
- Confiança		- Saber cuidar melhor que os outros	E4

### 1.3 – TIPO DE CUIDADOS QUE GOSTARIA DE REALIZAR DURANTE O INTERNAMENTO DO FAMILIAR

Em algumas situações é verdade que são exigidos cuidados especializados, no entanto, a transição dos cuidados prestados pelos familiares no domicílio será menos agressiva se o familiar começar a integrar a prestação de cuidados no hospital.

Sobre o **Tipo de cuidados que gostaria de realizar durante o internamento do seu familiar**, e pela análise do quadro nº3, surge como categoria, **tarefas a realizar**, salientam-se as subcategorias relacionadas com as *actividades da vida*

*diária*, referida por oito dos participantes. Estes, referem querer participar nos cuidados possíveis de realizar:

- “*Em tudo o que for necessário*” (E1);
- “*Ajudar o necessário*” (E8);
- “*Todos os que me sejam possíveis de realizar*” (E19).

Ainda referem a alimentação, mencionado por doze participantes:

- “*Dar a alimentação*” (E9);
- “*Dar a alimentação eu posso ajudar*” (E11).

Também o ajudar no levantar para a cadeira de rodas, é referido por oito participantes:

- “*Ajudar no levantar para a cadeira também o facilitava a ele*” (E2);
- “*Levantar-se para a cadeira de rodas, e gostaria de ajudar mais*” (E12).

Ainda nos posicionamentos que é referido por um participante:

- “*Posicionamentos, levantar*” (E10).

A seguir e com muitas unidades de registo vem a *higiene e conforto*, mencionado por dez participantes:

- “*Ajudar na higiene*” (E5);
- “*Todo o tipo de cuidados, que vai desde a higiene e conforto*” (E10);
- “*Higiene e tudo o que for necessário*” (E18).

Como última subcategoria temos uma necessidade muito importante que é o *apoio psicológico*, referido por três participantes:

- “*Contar coisas agradáveis, conversar*” (E8);
- “*Ele sente-se bem com a companhia do pai, sente-se apoiado*” (E4).

Parece-nos que os familiares valorizam também os aspectos psicológicos e todo o seu apoio, que a esse nível dão ao utente.

Participar nos cuidados, parece ser algo inerente ao acto de ser cuidado, e dá satisfação ao utente e à família.

A permissão na participação nos cuidados ao utente pelos familiares, como a higiene, o conforto e a alimentação, etc. é considerada positiva pelos enfermeiros (Santos, 2003). Desde que salvaguardados os princípios éticos como o consentimento do utente, o que nos parece importante e uma forma de aproximação entre a família/utente/profissionais de saúde.

**QUADRO N°3**

## TIPO DE CUIDADOS QUE GOSTARIA DE REALIZAR DURANTE O INTERNAMENTO DO FAMILIAR

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>TAREFAS A REALIZAR</b>	- Actividades da vida diária	- Ajudar nos cuidados possíveis de realizar	E1,E8,E10,E13,E17,E18,E19,E20
	- Alimentação	- Ajudar na alimentação	E2,E3,E6,E7,E8,E9,E11,E12,E14,E15,E16,E18
	- Levante Posicionamentos	- Ajudar a levantar para a cadeira de rodas - Ajudar a mobilizar na cama	E2,E5,E6,E7,E10,E12,E14,E15,E10
	- Higiene e conforto	- Ajudar no banho	E2,E5,E6,E7,E10,E12,E14,E15,E16,E18
	- Apoio psicológico	- Dar apoio psicológico	E8,E4,E10

Temos de compreender que nem todos os familiares têm a mesma disponibilidade para participarem na prestação de cuidados ao utente, pelo que o profissional de saúde não deve julgar a maior ou menor participação por parte da família nos cuidados.

Tal como refere Ramos (2004:37), “ *A família é um recurso para a vida e obviamente também um recurso para a saúde e para o apoio na doença*”. É importante referir que a participação da família não significa assumir o cuidado do utente em contexto hospitalar.

#### 1.4 – DISPONIBILIDADE PARA PARTICIPAR NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO

Ao serem questionados com a questão, **disponibilidade para participar nos cuidados ao seu familiar internado**, e pela análise do quadro nº4; surge como categoria a **disponibilidade** e com maior ênfase a subcategoria *obrigação/dever*, referida por cinco participantes:

- *“A disponibilidade que tenho é a que é necessária, é minha mãe” (E3);*
- *“É meu dever, minha obrigação, é minha mãe”(E5);*
- *“É minha mãe, é meu dever, se eu nasci e ela me criou, acho que chegou a altura de eu retribuir, é o mínimo que posso fazer” (E9).*

Sentem também o dever de colaborar, referido por três participantes:

- *“Quando a minha irmã não está presente, eu tenho o dever de colaborar” (E3).*

Também salientam o estar preparado para ajudar, referido por dois participantes:

- *“ Estou disponível e preparada, também já trabalhei com pessoas idosas” (E4);*
- *“ Claro que estou preparada, sou enfermeira” (E10).*

Referem ainda o gostar de ajudar, referido por um participante:

- *“ A mãe gosta de cuidar do filho, para ele sentir que tem uma mãe” (E7).*

Há ainda um participante que refere pouca disponibilidade, embora preparado:

- *“ Preparado sim, disponível é um pouco complicado devido à minha situação familiar, pois tenho um filho pequeno que também precisa muito de mim” (E19).*

É de salientar ainda o relato de um familiar que admite não estar preparado mas que com a colaboração do pessoal de enfermagem será capaz de o fazer:

- *“Disponível sim, preparado não, mas com a vossa ajuda penso que farei o melhor possível. É meu pai, merece todos os meus esforços” (E17).*

Podemos verificar por estas afirmações, que a família se sente responsável, e sente o dever de participar nos cuidados ao seu familiar internado.

Salienta-se na subcategoria **falta de tempo**, referida por cinco participantes, que a família tem imensa dificuldade em conjugar o horário de trabalho com o horário praticado na instituição para visitar o seu familiar. Tem de haver uma certa abertura por parte dos profissionais de saúde:

- *“ Como já disse não tenho muito tempo, mas se combinar com a senhora enfermeira, talvez” (E2);*
- *“ Estou empregada e não tenho muito tempo, mas se houver um ajustamento concerteza que eu gosto de ajudar” (E15).*

É de realçar na subcategoria **saúde** o relato de um familiar idoso participante ao referir:

- “Disponível sim, mas não posso porque a minha idade e a minha saúde não o permite, tenho 81 anos” (E11);

Ou então colaborar até onde for possível, também referido por um participante:

- “ A minha preparação física não é o de uma pessoa jovem, pois tenho 66 anos, mas dentro das minhas possibilidades físicas e mentais, claro” (E13).

Desta forma, verificamos que os familiares idosos têm dificuldades em ajudar em virtude das limitações que a idade lhes impõe.

Com o aumento da idade média de vida, as famílias (casais) vivem muitas vezes sozinhos, e não têm potencial para poderem ajudar o seu familiar internado.

Sendo que, quando se trata de pessoas idosas na participação dos cuidados, estes, evidenciam alterações no processo de envelhecimento.

#### QUADRO Nº4

##### DISPONIBILIDADE PARA PARTICIPAR NOS CUIDADOS AO FAMILIAR INTERNADO

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>DISPONIBILIDADE</b>	- Obrigação / Dever	- Aquela que é necessária - Tem o dever de colaborar - Está habituada a ajudar - Gosta de ajudar - Também há outros familiares que necessitam de ajuda	E3,E5,E9,E14, E17 E1,E3,E8 E4,E10 E7 E17,E19
	- Falta de tempo	- Disponível mas com pouco tempo	E2,E6,E15,E16, E18
	- Saúde	- Disponível mas a saúde não permite - Até onde posso colaborar	E11 E13

Todo o ser humano tem direitos e deveres. Não há texto constitucional que não os consagre, de um modo ou de outro, de acordo com a filosofia, o *modus vivendi*, a cultura de cada comunidade.

O direito à saúde é correntemente entendido como um direito social, em contraponto por exemplo ao direito à auto-determinação, entendido como um direito

individual. Direitos como estes complementam-se mutuamente e são interdependentes.

Uma das premissas em que toda esta problemática assenta é a de que estes direitos não podem ser vistos à luz de leis específicas, mas também tendo por pressuposto leis que cobrem não apenas a saúde e os cuidados de saúde mas também uma relação contratual entre utentes e família.

Segundo Ministério da Saúde (1997); Quando a pessoa se encontra em situação de doença, direitos e deveres, mas principalmente os direitos, tornam mais acuidade, dada a vulnerabilidade bio-psico-social invariavelmente ligada a esse estado.

### 1.5 – CONHECIMENTO DOS DIREITOS DO DOENTE

Ao serem questionados com a questão, **conhecimento dos direitos do doente**, e pela análise do quadro nº 5, surgem-nos como categorias mais mencionadas a **Dignidade** referida por oito participantes e o **Respeito** mencionado por seis participantes; o respeito e a dignidade humana assumem vital importância na relação com o utente, como referem:

- “ *Conheço, o que é associado aos direitos humanos, ser tratado com dignidade*” (E3);
- “*Ser tratado com dignidade*” (E5);
- “*Sim, ser tratado com dignidade e humanidade*” (E13).

É de salientar o testemunho de um participante quanto ao dever de ser tratado com respeito:

- “ *O direito a ser tratado com respeito, uma vez estive internado e um enfermeiro chamou “ ouve lá tu da cama 10”, e eu não respondi, porque exijo que me chamem pelo nome e não por um número, por isso o utente tem direito a ser tratado com respeito*” (E8);
- “*Respeitar o doente e tratá-lo com dignidade*” (E17).

O utente deve ser respeitado por todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados, quer na técnica, quer no acolhimento, orientação e encaminhamento. Em suma, o utente não é nem nunca poderá ser “coisificado”, não pode ser reduzido a um número ou a um caso.

A carta dos direitos do doente internado (lei nº48/90 de 24 de Agosto) refere no 1º direito “*O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela sua dignidade humana.*”

Surge outra categoria mencionada por dois participantes, a **evolução do seu estado de saúde, e o acesso aos cuidados** referido por dois participantes; os cuidados apropriados ao seu estado de saúde no âmbito dos cuidados curativos e de reabilitação são fundamentais:

- “*Ter acesso aos cuidados de saúde*” (E3);
- “*Sim, todas as pessoas têm direito a uma boa assistência, aos cuidados apropriados à sua situação, faz parte da constituição*” (E15).

O ser informado com verdade e respeito é também um direito inequívoco. Sabemos da dificuldade que todos temos em discernir quando se deve cumprir ou sonegar este direito. Podemos expressar este direito com o direito que o utente tem a saber a verdade que procura e que é emocionalmente capaz de suportar. Dois participantes referem:

- “*O de ter direito a saber como vai a evolução da sua situação, o seu estado clínico*” (E2);
- “*Direito a ser informado da sua situação de saúde*” (E10).

Na mesma carta dos direitos do doente internado (lei nº 48/90 de 24 de Agosto), no seu ponto 6 – “*O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde*”.

Surgem ainda duas categorias mencionadas, **convicções religiosas** mencionadas por um participante e **privacidade** referido pelo mesmo participante:

- “*Respeitar as suas convicções religiosas e culturais*” (E10).

O respeito pelas convicções mais íntimas e profundas do utente, e de modo particular pelas convicções culturais, filosóficas e religiosas é também um aspecto fundamental.

As instituições e os profissionais de saúde devem respeitá-las e providenciar a sua satisfação, tendo neste conjunto de valores principal acuidade o apoio espiritual requerido pelo doente. Para justificar estas afirmações temos a carta dos direitos do doente internado (lei nº48/90 de 24 de Agosto), no ponto 2 – “*O doente internado*

*tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das convicções culturais, filosóficas e religiosas”.*

O direito à privacidade é referido por o mesmo participante:

- *“Direito também à sua privacidade” (E10).*

O utente tem direito à privacidade, pelo que a prestação de cuidados de saúde deve ser sempre efectuada no respeito rigoroso pelo utente. Segundo a carta dos direitos do doente internado (lei nº48/90 de 24 de Agosto), no seu ponto 11 – *“O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer cuidado”.*

Surge por último e mencionada por oito dos participantes a categoria **desconhecem**, o que significa que ainda existe um grande número de pessoas que sabem que existem mas não sabem quais são esses direitos:

- *“Sei que têm direitos, mas desconheço-os” (E6);*
- *“Sei que há direitos, mas não os conheço. No hospital também não estão afixados” (E9).*

Podemos concluir, que há uma grande falta de informação por parte de algumas instituições de saúde na informação aos utentes e famílias sobre os seus direitos.

**QUADRO Nº5**  
CONHECIMENTO DOS DIREITOS DO DOENTE

CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
- Dignidade	- Deve ser tratado com dignidade	E3,E4,E5,E10,E13,E14,E17,E19
- Respeito	- Deve ser tratado com respeito	E4,E8,E14,E17,E19,E20
- Convicções religiosas	- Deve-se respeitar as convicções religiosas	E10
- Evolução do seu estado de Saúde	- Saber sobre a evolução do seu estado de Saúde	E2,E10
- Acesso aos cuidados	- Tem direito aos cuidados	E3,E15
- Privacidade	- O utente tem direito à sua privacidade	E10
- Desconhecem	- Não se lembram	E1,E6,E7,E9,E11,E12,E16,E18

Cada vez mais a família tem um papel importante para a saúde do utente, a sua presença junto do seu familiar, em ambiente hospitalar, por si só facilita a adaptação ao ambiente hospitalar, assim como uma evolução e recuperação mais rápida e com menos sofrimento por parte do mesmo.

### 1.6 – CONHECIMENTO DOS DIREITOS DA FAMÍLIA

Ao serem questionados com a questão, **conhecimento dos direitos da família**, e pela análise do quadro nº6, surge como **categoria** referida por nove participantes: o **acompanhar o utente**, pouco tempo de visita praticado nesta instituição para acompanhar o seu familiar internado:

- “O de haver mais tempo de visita para estar com ele” (E2).

É importante salientar o testemunho destes participantes:

- “Acompanhar o filho, estar com ele, o doente gosta de estar com a família” (E7);

- *“Direito a acompanhar o familiar, não haver um horário rígido, ficar por vezes um bocadinho mais, estar mais próximo e ajudar” (E8).*

Uma circular normativa emitida pela Direcção Geral da Saúde a 28/01/2000 no seu ponto 1.1. no referente às visitas refere *“ O horário deve ser alargado, de forma a incluir, sempre que possível, a hora do almoço e/ou jantar”*.

A Carta dos Direitos da Família (1994:14) no seu artigo VI considera que:

*“... O sistema amplo, onde existir, deve ser estimado e ajudado, a fim de cumprir o seu papel tradicional de solidariedade e assistência mútua, respeitando ao mesmo tempo os direitos do núcleo familiar e a dignidade pessoal de cada membro...”*.

Ao imaginarmos uma situação de internamento hospitalar que tradicionalmente permite a presença física dos familiares por mais ou menos uma ou duas horas por dia parece-nos difícil que este direito seja respeitado.

Surge como segunda categoria a **informação**, mencionada por quatro participantes; o direito de saberem sobre a evolução do estado de saúde do seu familiar:

- *“ A família tem o direito de saber o que se passa com ele” (E4);*
- *“Informar a família sobre o estado de saúde do seu familiar. Às vezes com uma pequena informação resolve-se o problema, e tudo para bem do utente” (E14).*

Devem ser proporcionadas à família informações e conhecimentos que se mostrem essenciais aos cuidados ao utente e à família.

Ainda a circular normativa da Direcção Geral da Saúde de 28/01/2000 no seu ponto 1.1. refere que *“ se o doente não puder ou não quiser receber visitas, a família poderá saber informações sobre o seu estado de saúde através da equipa de cuidados, pessoalmente ou pelo telefone, sendo mantido o sigilo profissional”*.

Surge uma **categoria** referida por um participante considerada de grande importância, que é a **participação nos cuidados**:

- *“A família deve ser estimulada a participar nos cuidados ao seu familiar internado....” (E10).*

O envolvimento da família nos cuidados hospitalares é um dos aspectos preconizados também na circular normativa da direcção geral de saúde de 28 de Janeiro de 2000, preconiza-se a estimulação dos familiares na colaboração dos cuidados ao utente, justificando que este contributo pode ser valioso no apoio psicológico e afectivo do utente.

Surge por último a **categoria desconhece**, referida por sete participantes:

- “ *Conheço só os direitos do dia-a-dia, os da família desconheço, é de lamentar*” (E1);
- “ *Não sei dizer quais especificamente*” (E16);
- “ *Não, não os conheço*” (E18).

Muitas barreiras que impediam a família de permanecer, saber informações e participar nos cuidados ao seu familiar internado foram ultrapassadas, mas muito há que fazer.

**QUADRO Nº6**  
CONHECIMENTO DOS DIREITOS DA FAMÍLIA

CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
- Acompanhar o utente	- Devem ter mais tempo de visita para acompanhar o utente	E2,E4,E5,E6,E7,E8,E10,E17,E20
- Informação	- Saber sobre a evolução do seu estado de saúde	E4,E14,E19,E20
- Participação nos cuidados	- Estimular a família à participação nos cuidados	E10
- Desconhecem	- Não se lembram	E1,E9,E11,E12,E15,E16,E18

O espaço de cuidados em contexto hospitalar é necessariamente um espaço diferente do que habitualmente utentes e familiares vivem. Scott (2003:158) insiste sobre a “ *necessidade de se dar mais atenção a assuntos como o espaço pessoal, no contexto hospitalar, uma vez que pode ser um espaço bastante significativo na*

*qualidade do internamento, com repercussões na evolução clínica do utente e no bem-estar dos familiares”.*

## 1.7 – CONDIÇÕES DO SERVIÇO PARA A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS

Ao serem questionados com a questão **condições de serviço para a participação da família nos cuidados ao utente**, e pela análise do quadro nº7, emergiram como **categorias**, o **contexto organizacional**, como subcategoria **espaço físico**, referido por nove participantes, o espaço físico que é considerado suficiente, referem:

- “ *O espaço está bom, as camas têm espaço suficiente para elas.....*” (E2);
- “ *O espaço, eu acho que tem condições*” (E11);
- “*Acho que tem condições desde que haja boa vontade da vossa parte e colaboração da parte dos familiares para colaborarem*” (E17).

Verificamos que na opinião destes familiares o importante é a vontade em participar por parte dos familiares e pessoal de saúde, e de menos importância o espaço que as enfermarias dispõem.

De opinião diferente são outros cinco participantes, ao referirem que as enfermarias são pequenas:

- “*O espaço não é muito folgado, as enfermarias têm quatro camas, elas estão muito próximas, mas é o que temos*” (E3);
- “ *O espaço nas enfermarias com quatro camas é muito apertado, com visitas é complicado*” (E4);
- “ *A nível de espaço acho que as enfermarias deveriam ter menos camas, para que os doentes em cadeira de rodas se pudessem movimentar melhor*” (E5);
- “ *O espaço físico é um pouco apertado, o ideal deveria ser haver só três camas na enfermaria, mas a culpa não é vossa*” (E8).

É verdade que a opinião de outrora de que os hospitais eram albergues em que os utentes ficavam por tempo indeterminado mudou, hoje os hospitais são instituições onde se prestam cuidados e serviços de qualidade. Mas, será que as nossas

instituições têm condições para receber o número elevado de utentes e que facilite a integração da família nos cuidados?

Scott (2003) reflecte sobre a necessidade de se dar maior atenção a assuntos como o espaço pessoal, no contexto hospitalar, uma vez que pode ser um aspecto bastante significativo na qualidade do internamento, com repercussões na evolução clínica do utente e bem-estar dos familiares.

Surge também o espaço mal aproveitado do serviço, referido por quatro participantes:

- “ *O espaço está mal aproveitado, mas é o que temos, o hospital não é novo por isso não podemos exigir muito mais*” (E6);
- “ *Espaço físico tem mas está mal aproveitado*” (E9).

É de salientar a opinião de um participante quando refere:

- “ *O espaço físico está mal aproveitado, tem enfermarias sem camas que poderia ser aproveitado para uma sala onde os doentes que se podem deslocar a pé ou em cadeira de rodas poderem estar e conviver....*” (E10).

Por esta afirmação verifica-se que, por vezes as condições nos serviços não são as ideais porque existe por parte das chefias ou organizações uma falta de comunicação com o pessoal que trabalha nesses serviços para tentar em conjunto arranjar soluções para estes problemas.

O utente internado num serviço de ortopedia, geralmente tem à sua disposição um espaço limitado, que nem sempre pode gerir de forma mais correcta e agradável, numa manifesta limitação da sua autonomia.

Surge como segunda subcategoria o **horário das visitas**, referenciado por quase a totalidade (dezoito) dos participantes. Referem que o horário é curto:

- “ *O horário deve ser alargado, não muitas horas, porque senão também era sacrificante para vocês*” (E2);
- “ *O horário é reduzido, o que leva a que por vezes haja uma grande aglomeração de pessoas num espaço tão pequeno*” (E5);
- “*O horário das visitas eu não concordo muito, porque uma só hora é muito pouco e o horário das quinze ás dezasseis é complicado*” (E11);

- “O horário é reduzido, quem tem de trabalhar não consegue visitar o doente, quanto mais participar nos cuidados” (E14).

O contacto físico directo que os familiares têm com o utente acontece essencialmente na hora da visita, o que é prejudicado por existir nesta instituição um horário muito reduzido, apenas de uma hora e trinta minutos durante o dia. É muito difícil conciliar o horário de visita com o horário de trabalho.

O modelo de controlo da presença da família junto do utente internado deveria dar lugar a um modelo de utilização do espaço hospitalar pelos familiares quando sentissem necessidade. Seria uma forma de favorecer a recuperação do utente, e não perder laços afectivos com a família.

Embora a circular normativa da Direcção Geral da Saúde de 28/01/2000, na sua norma 1.1. refira “ O horário deve ser alargado, de forma a incluir sempre que possível, a hora do almoço e/ou jantar”.

Há ainda um participante que refere que a pouca flexibilidade no horário da visita diminui o tempo que poderia estar com o familiar:

- “ O horário é pouco flexível para podermos estar mais tempo com o nosso doente” (E6).

Tornar o horário mais flexível torna possível haver uma maior envolvência da família nos cuidados.

Santos (2002) num estudo sobre a implementação de um modelo de parceria na prestação dos cuidados, sugere o alargamento do horário das visitas.

Surge como segunda **categoria, a relação interpessoal**, e como subcategoria a **colaboração por parte do pessoal de saúde**, mencionada por oito participantes; referem:

- “ O pessoal é bastante colaborante, por vezes entro fora de horas e elas deixam-me entrar” (E6);
- “ Se não fosse a vossa boa vontade, eu nunca poderia vir visitar o meu pai” (E17);
- “ Vocês facilitam a minha entrada fora de horas” (E18);
- “ Eu não tenho problemas porque vocês deixam que eu fique o tempo que quiser com o meu filho, mas para as restantes visitas é muito complicado” (E20).

Perante afirmações como estas, podemos verificar uma abertura por parte do enfermeiro embora vá contra as normas da instituição.

Em alguns hospitais, incluindo este, tem sido prática corrente, a abertura e flexibilidade por parte dos enfermeiros, sem que haja algum estudo concreto que permita referir se tal prática é prejudicial para os utentes.

Em determinadas situações os enfermeiros fazem norma da autorização de permanência fora do horário pré-estabelecido (Santos, 2002), o que levanta a questão da pertinência de determinadas normas hospitalares.

Referem também a colaboração por parte do pessoal, mencionada por seis participantes:

- “ *A colaboração do pessoal é boa, facilitam muitas vezes*” (E2);
- “ *O pessoal é bom, estou muito satisfeito*” (E11);
- “ *O pessoal é bom, pois ajuda-nos naquilo que é necessário*” (E18).

Uma das condições que contribui para a possibilidade de colaboração efectiva entre familiares e profissionais de saúde é, a relação que se estabelece entre ambos. A colaboração por parte principalmente dos enfermeiros, é um ingrediente da relação que pode ser promotora da colaboração entre familiares e enfermeiros.

Surge como outra subcategoria, a **competência**, referida por seis participantes, ao referirem que o pessoal é muito profissional:

- “ *O pessoal é na sua maioria muito profissional*” (E5);
- “ *O trabalho das enfermeiras é óptimo, não posso dizer que há coisas mal*” (E7);
- “*A nível de pessoal de enfermagem e auxiliar são excelentes, muito profissionais, não tenho que dizer*” (E20).

Nas afirmações dos participantes valoriza-se a importância dada por estes à competência dos profissionais de saúde, principalmente ao enfermeiro, que tem o papel central no esforço para a integração da família nos cuidados.

É de salientar as palavras de um participante quando refere:

- “*O pessoal paramédico faz milagres*” (E14).

Aparece a seguir como subcategoria a **simpatia**, referenciado por seis participantes:

- “ *O pessoal é na sua maioria simpático e afável*” (E10);
- “*O pessoal é simpático, eu gosto muito de vocês*” (E11);
- “*Em relação ao pessoal a minha mãe diz-me coisas boas, são muito simpáticos*” (E13).

Também considerada qualidade presente no pessoal de saúde, principalmente no enfermeiro, é a simpatia com que acolhem o utente e o familiar, sendo meio caminho para a obter por parte da família e do utente um maior envolvimento no seu processo de cuidados.

Surge por último a subcategoria **comunicação**, que para nós é a mais importante e fundamental para a participação da família, mencionada por três participantes.

A comunicação abarca todas as formas de troca de ideias, sentimentos e emoções, permitindo a uma pessoa estabelecer, manter e melhorar os seus contactos com outras pessoas. É um processo complexo que envolve comportamentos e relacionamentos que permitem que os indivíduos se associem uns aos outros e com o mundo em seu redor:

- “ *Quando pergunto alguma informação nunca me disseram que não*” (E6);
- “*São impecáveis, informaram-me sempre de tudo*” (E13).

Podemos considerar que a comunicação vai além do simples acto de informar, requer sintonia com o interlocutor e também o esclarecimento por parte deste acerca dos efeitos produzidos pela mensagem.

Tal como refere Ramos (2004:300) “*Os significados que aprendemos a dar às palavras, aos gestos, às atitudes, aos comportamentos, às percepções, segundo a idade, o sexo, o papel e a classe social, a profissão, a cultura e a sub-cultura variam entre os indivíduos implicados numa mesma comunicação e agem sobre a comunicação através das percepções, dos juízos etnocêntricos, dos preconceitos e estereótipos*”.

Pode-se portanto dizer, que a comunicação só pode ser considerada eficaz quando a compreensão do receptor coincide com o significado pretendido pelo emissor.

Para Ramos (2004:299) a comunicação “ implica uma relação que se estabelece entre os indivíduos, a partir de significações comuns que os mesmos, atribuem à comunicação verbal (palavras, entoações) assim como à comunicação não verbal (expressões faciais, gestos, olhares, posturas, posições no espaço. Objectos, vestuário, etc.).

Como refere Franco (2000:35), “ *família envolvida é necessariamente uma família esclarecida e cooperante*”. Para que a participação dos familiares possa ser possível, pensamos ser importante investir na comunicação como factor terapêutico o que contribui para o envolvimento da família e conseqüentemente para a melhor qualidade dos cuidados ao utente.

### QUADRO Nº7

CONDIÇÕES NO SERVIÇO PARA A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>CONTEXTO ORGANIZACIONAL</b>	- Espaço físico	-O Espaço é suficiente  - As enfermarias são pequenas - O espaço é mal aproveitado	E2,E11,E12,E13,E15,E16,E17,E18,E19  E3,E4,E5,E8,E10  E6,E9,E10,E20
	- Horário das visitas	Os horários são curtos  - Os horários são pouco flexíveis	E2,E3,E4,E5,E7,E8,E9,E10,E11,E12,E13,E14,E15,E16,E17,E18,E19,E20  E6
<b>RELACÇÃO INTERPESSOAL</b>	- Colaboração	- O pessoal facilita mais tempo de visita  - O pessoal colabora	E2,E3,E6,E12,E16,E17,E18,E20  E2,E4,E6,E9,E11,E18
	- Competência	- O pessoal é muito profissional - O pessoal trata bem o utente - O pessoal faz milagres	E2 E5,E7,E8,E17,E20  E8  E14
	- Simpatia	- O pessoal é afável e simpático	E3,E10,E11,E13,E14,E19
	- Comunicação	- O pessoal informa quando necessário	E6,E13,E14

É evidente que a arquitectura dos hospitais e, mais especificamente, o espaço atribuído a cada utente, podem influenciar as decisões quanto à participação da família nos cuidados ao utente internado.

Por vezes é mesmo a exiguidade de recursos nas nossas instituições que dificulta a gestão dos cuidados em parceria com a família. Franco & Martins (2000) referem-nos que é importante encarar positivamente a ocorrência de alterações organizacionais que favoreçam a permanência dos familiares junto do seu ente hospitalizado, permitindo-lhe uma maior abertura para a participação nos cuidados.

Numa perspectiva de parceria nos cuidados, o modelo de controlo da presença dos familiares no serviço deveria dar lugar a um modelo de utilização do espaço pelos familiares quando sentissem que era necessário estarem perto do seu ente hospitalizado.

## 1.8 – MEDIDAS PARA MELHORAR A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO

Ao serem questionados com a questão **medidas para melhorar a participação da família nos cuidados ao utente internado**, e pela análise do quadro nº8; surgem **como categorias o horário das visitas**, sugerindo-nos o seu alargamento, referido por quinze participantes.

Nas declarações significativas seguintes, consegue identificar-se a razão para o alargamento do horário das visitas referido por quase a totalidade dos participantes:

- “ *Alargar o horário das visitas; a hora que está estipulada por vezes é difícil para mim*” (E4);
- “ *Eu acho que deviam dar mais tempo na visita, o horário é muito curto, para mim não dá*” (E11);
- “ *Alargar o horário das visitas para que o utente possa estar mais tempo acompanhado*” (E14).

O utente internado e segundo a Carta dos Direitos do Doente (lei nº48/0 de 24 de Agosto), refere no ponto 13º que o “ *doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos quando o desejar e os horários o permitam; as instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar*

*“entes significativos” para o doente; os horários para as visitas deverão ter em conta não só as necessidades dos serviços, mas também e, sobretudo as necessidades dos doentes e a disponibilidade da população”.*

Deparamo-nos, na maioria das nossas instituições, da pouca flexibilidade e pouca abertura por parte destas e também por parte de alguns profissionais de saúde.

Considerando o utente como ser holístico a ser respeitado, podemos afirmar que a participação da família contribui para um maior conforto do utente, para isso será necessário mais uma vez uma maior abertura por parte dos nossos hospitais, o que nos é sugerido por dois participantes:

- *“Alargar o horário das visitas para que pudéssemos participar nos cuidados” (E5);*
- *“Alargar o horário das visitas e controlar a entrada destas para que não houvesse muita gente nas enfermarias, para não cansar o doente e não prejudicar o vosso trabalho” (E20).*

Na realidade o grande número de pessoas aglomeradas nas enfermarias pode interferir negativamente no processo de cuidados do utente, deixando-o mais cansado, provocando stress e ansiedade.

Para Franco & Martins (2000), o número elevado de visitas nas enfermarias, para além de perturbar o descanso dos utentes, interfere na prestação de cuidados, causando esta situação adversidade por parte dos profissionais envolvidos.

Um participante refere:

- *“O horário das visitas maior, haveria menos gente de cada vez, porque nós somos muita família e queremos entrar todos, o que pode prejudicar o meu filho” (E7).*

Surge-nos também o testemunho de dois participantes, sobre a importância da presença de um familiar às refeições:

- *“O horário das visitas deveria ser alargado, para estar sempre presente um familiar às refeições” (E8).*

Esta medida parece-nos de especial importância, pois por vezes sabemos o quanto é difícil para nós profissionais de saúde dar a alimentação ao utente que se encontra internado, ou porque está confuso e não nos reconhece como pessoas a

quem habitualmente reconhece, ou porque não sabemos os seus hábitos alimentares, ou então não temos o tempo necessário para satisfazer essa necessidade.

Surge como segunda categoria referida por um participante e também de muita importância o **incentivar os familiares a participar**:

- *“Dar uma certa formação aos familiares para cuidar do doente, eu gostaria muito de a receber, para depois em casa puder tratar melhor a minha mãe, para não prejudicar a ela e sentir-me mais segura”* (E13).

Gera-se um sentimento por vezes de impotência por parte do familiar, porque apesar de quererem participar consideram que não possuem conhecimentos que lhes permitam no domicílio cuidar do seu familiar doente.

Para garantir a continuidade dos cuidados, os profissionais de saúde devem promover acções programadas de ensino, quer ao doente quer à família (informação, demonstração e treino), informar e orientar estes sobre os recursos disponíveis na comunidade e na procura de alternativas. Como refere Barardo (1988), se um utente não souber cuidar de si próprio após a alta, a preparação da família para que possa levar a cabo esse cuidar faz parte integrante do seu plano de tratamento.

Surge como **terceira categoria o melhorar o espaço físico**, referido por cinco participantes, o espaço de convívio para os utentes:

- *“ Deveria haver uma sala para os doentes que se podem deslocar a pé ou em cadeira de rodas estarem, porque ainda ontem o meu filho disse: vamos lá para baixo um bocadinho, porque neste serviço não há um sítio para se conversar”* (E4);
- *“Um espaço para o doente puder conviver como por exemplo uma sala”* (E5).

É importante salientar a afirmação de um participante ao referir:

- *“ Deitar este hospital abaixo e construir um novo”* (E1).

Podemos verificar nestas afirmações que, há muito a fazer nas nossas instituições de saúde, além de mudar as normas de visitas há também uma necessidade premente em alguns aspectos estruturais tais como um espaço de convívio, como nos refere Santos (2002), o espaço disponível limita-se à cama e a uma cadeira.

Porque o obriga ao entrar no hospital, a deixar tudo o que faz parte do seu mundo específico e singular, que o diferencia de qualquer outro ser.

Surge como quarta e última categoria a medida referente à **organização**, referido por um participante, o haver mais pessoal de enfermagem:

- “ *Mais pessoal de enfermagem para nos puderem acompanhar mais quando necessário, porque vocês são poucos e têm muito trabalho*” (E6).

Nota-se por parte dos familiares uma grande preocupação na falta de acompanhamento por falta de tempo dos profissionais de saúde (principalmente enfermeiros), tudo isto por culpa de uma nova política de saúde em que tanto apostam na qualidade dos cuidados, mas depois surge uma grande contenção de pessoal nos serviços.

É também importante o testemunho de um participante ao referir:

- “ *Devem realizar mais trabalhos deste género, gostei muito de participar*” (E17).

Sabemos que de início as pessoas têm um pouco de receio em participar na entrevista, mas no decorrer desta e no final nota-se um certo gosto em participar e opinar nestas questões e sugestões.

### QUADRO Nº8

#### MEDIDAS PARA MELHORAR A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO

CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>HORÁRIO DAS VISITAS</b>	- Alargar horário das visitas	E2,E4,E5,E6,E7,E8,E9,E11,E13,E14,E15,E16,E18,E19,E20,
	-Deve estar presente um familiar às refeições	E8; E10,E13
<b>INCENTIVAR OS FAMILIARES A PARTICIPAR</b>	- Formação aos familiares para cuidar do familiar doente em casa	E4,E5,E6,E7,E8
<b>MELHORAR ESPAÇO FÍSICO</b>	- Haver uma sala para convívio dos utentes	E1
	- Construir hospital novo	
<b>ORGANIZAÇÃO</b>	- Deve haver mais pessoal de enfermagem	E6
	- Deve haver mais trabalhos deste género	E17

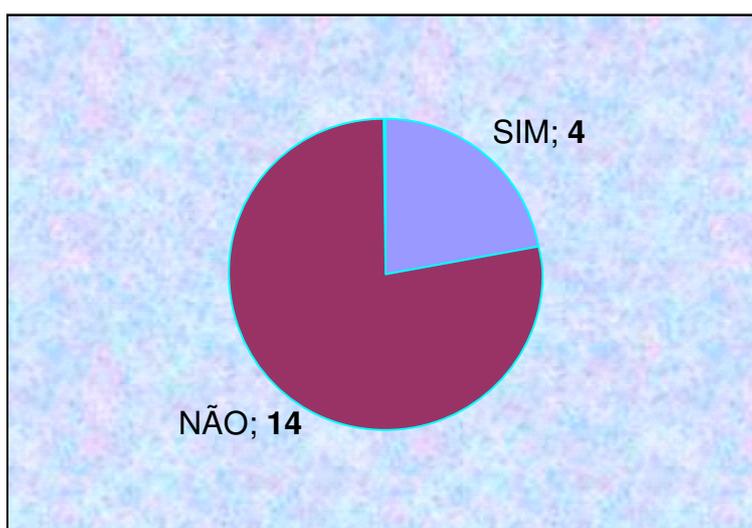
A importância que a família tem para a recuperação do seu familiar internado, é uma temática reconhecida pela maioria dos profissionais de saúde, como sendo de grande contributo para a atitude dos profissionais nos contextos de trabalho.

**Da análise dos questionários aplicados aos profissionais de saúde resulta:**

**1.9 – ADEQUAÇÃO DO HORÁRIO DAS VISITAS**

Ao serem questionados sobre a adequação do horário das visitas, 14 dos 18 participantes referem que o horário praticado pela instituição onde os participantes prestam serviço, não é o adequado.

**GRÁFICO Nº14**  
CONSIDERA O HOÁRIO ADEQUADO



Questionados com a pergunta, **adequação do horário das visitas** e pela análise do quadro nº9, distinguem-se três perspectivas; ou seja, surgem três categorias, a **adequada** em que dois dos participantes referem que o horário das visitas é adequado atendendo aos seguintes aspectos:

- “Uma hora parece-me o suficiente para a visita em causa” (M2);
- “É adequado pois o doente tem de ter a sua privacidade e o objectivo é tratar-se e não passar o tempo com visitas” (FIS4).

Nestas afirmações nota-se uma certa resistência à presença dos familiares por parte destes participantes. Outro participante refere:

- “ *A família deve respeitar o trabalho dos profissionais de saúde na prestação dos cuidados de saúde ao doente*” (M1).

Este profissional é de opinião que a presença da família vai perturbar o trabalho dos profissionais.

Também outro participante refere que o tempo é adequado, porque:

- “*Sempre que solicitado à enfermeira chefe é facultada a visita / presença dos familiares mais próximos*” (M2).

Através desta afirmação é notória a responsabilidade da enfermeira na flexibilização das visitas, pois ela é a conhecedora das situações dos utentes internados.

Surge como segunda perspectiva ou categoria o **pouco adequado**, referido por três participantes:

- “ *Pouco adequado e muito limitado, deveria ter um período mais alargado* “ (ENF2);
- “ *A visita do final do dia é muito curta, deveria ser de pelo menos uma hora, e para mais que uma pessoa* “ (FIS2).

Surge outro participante referindo que embora não sendo o mais adequado há flexibilidade:

- “ *Havendo já propostas no sentido de alargamento do horário de visitas, é nossa filosofia ser flexível, e permitir a presença de familiares junto dos utentes quando de ambas as partes há disponibilidade* “ (ENF6).

Nesta afirmação nota-se mais uma vez que os enfermeiros demonstram uma grande abertura, isto vem de acordo à perspectiva de parceria, o enfermeiro ausculta para saber as necessidades do familiar, enquanto parceiros.

Também é verdade que “há desvios à regra” e que muitas vezes os enfermeiros facilitam a presença dos familiares por “mais algum tempo” do que está determinado. Contudo, normalmente fazem-no por boa vontade e não por direito dos próprios utentes e dos seus familiares.

Surge por último a categoria **inadequado** com dez participantes a referirem ser um horário muito curto.

Em alguns hospitais é já prática corrente, a total abertura do horário aos familiares, sem que isso seja prejudicial tanto para os utentes como para os familiares, ou organizações de saúde.

Na perspectiva de Andrade (2000), tanto os enfermeiros como os utentes, acreditam nos benefícios das visitas. Por isso, seria boa política de saúde um alargamento do horário de visitas.

É referido pelos participantes:

- *“É desadequado, é demasiado curto porque normalmente as visitas são várias e ainda mais curto se torna”* (ENF1);
- *“Deveria ser mais alargado para facilitar a visita aos familiares nomeadamente aqueles que trabalham ou estudam”* (FIS2);
- *“Deveria ser um horário mais prolongado”* (AUX2).

Como significativa surge a frase:

- *“O horário é inadequado não só pelo tempo de uma hora o que leva as visitas a virem todas ao mesmo tempo tornando-se cansativo”* (ENF5).

Isto vai de encontro ao estudo de Andrade (2000) quando refere que, mesmo sendo pouco tempo, os utentes preferem ter visitas em demasia, apesar do cansaço.

O horário inadequado leva a uma maior concentração de pessoas na enfermaria:

- *“Pouco tempo em relação às necessidades dos utentes, obriga a uma concentração de visitas nessa hora”* (ENF4).

Surge também a falta de privacidade, referida por um participante:

- *“ O doente não tem possibilidade de estar mais intimamente com familiares mais próximos”* (ENF5).

Sobre esta questão parece haver uma sintonia de opiniões, o alargamento do horário de visitas para que o grande aglomerado de pessoas não vá prejudicar o utente, família e o trabalho dos profissionais.

**QUADRO N°9**

## ADEQUAÇÃO DO HORÁRIO DAS VISITAS SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

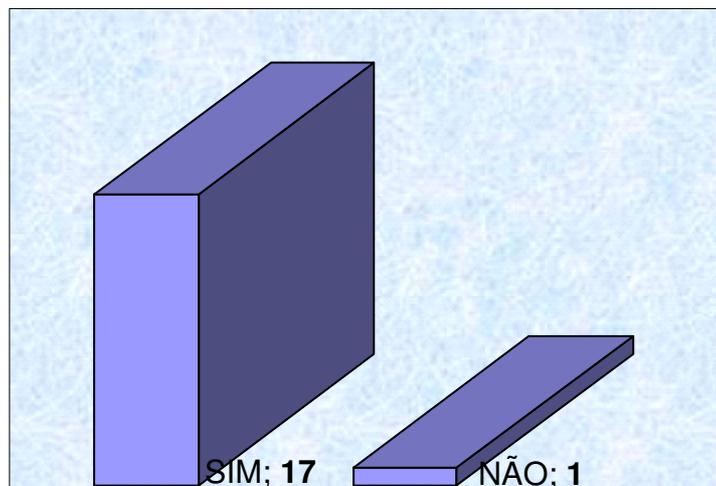
CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>ADEQUADO</b>	-O tempo é suficiente - Respeita o trabalho dos profissionais - Os profissionais facilitam entrada	M2,Fis4 M1 M2
<b>POUCO ADEQUADO</b>	- Deveria ter um período mais alargado - Maior flexibilidade por parte dos enfermeiros	Enf2,Enf6,Fis1 Enf6
<b>INADEQUADO</b>	- Muito curto  -Necessidade de maior acompanhamento do familiar do utente - Muita concentração de pessoas - Pouca privacidade com familiar mais próximo.	Enf1,Enf3,Enf5,As,Fis2, Fis3,Aux1,Aux2,Aux3,Aux4 Enf4,Aux5  Enf5 Enf5

Consideramos que a família deve participar nos cuidados ao utente internado, no sentido de adquirir capacidades e competências, apagando o mito de que estes cuidados são obrigação exclusiva dos profissionais de saúde.

## 1.10 – IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS

Quando questionados com a questão **importância da participação da família nos cuidados**, pela análise do gráfico nº15, verificamos que 17 dos 18 participantes consideram importante.

**GRÁFICO Nº15**  
CONSIDERA IMPORTANTE A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS



Considerando que a protecção e promoção da saúde não depende exclusivamente dos profissionais de saúde que com ele colaboram, será efectivo fazer participar a família e o profissional de saúde, estabelecendo entre eles uma relação de parceria como uma relação directa entre estes dois elementos, numa perspectiva de partilha e participação de cuidados.

Esta filosofia de cuidados tem como principal objectivo aumentar o nível de satisfação dos utentes, da família e dos profissionais de saúde, proporcionando um maior grau de humanização e interacção entre si.

#### 1.11 – PORQUE CONSIDERA IMPORTANTE A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO

Questionados com a pergunta **porque considera importante a participação da família nos cuidados ao utente**, e pela análise do quadro nº10, surgem como **categorias as necessidades**, e como subcategoria o apoio psicológico, cinco dos participantes referem que o familiar deve dar **apoio moral/psicológico** ao utente:

- “ *A família deve prestar apoio moral*” (M1);
- “ *É importante, pela minimização do impacto psicológico dos internamentos*” (M2);

- “ *A família é essencial no processo de recuperação do doente, quer a nível físico ou psicológico*” (AUX4).

Para Serra (2005), uma das funções da família é o de apoio emocional para a resolução de conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra agressões externas. É então importante reforçar que a família ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo doente, e por sua vez é o maior recurso natural para lidar com situações potenciadoras de stress associadas ao internamento.

A participação da família dá ao utente internado uma sensação de bem-estar, um sentir-se mais à vontade na altura da prestação dos cuidados, o que é referido por um participante:

- “ *Com a família na participação de cuidados, o utente sente-se muito mais à vontade, consegue criar uma maior inter-relação entre o utente/família/enfermeiro na prestação dos cuidados*” (Enf2).

Para Oliveira, (1994) a família contribui para o desenvolvimento e segurança dos seus elementos de várias formas; satisfazendo as suas necessidades mais elementares protegendo-os contra os ataques do exterior, ou seja, com a família o utente sente-se mais acompanhado, como é referido por dois participantes:

- “ *O próprio doente sentir-se-ia mais acompanhado*” (FIS3);
- “ *É uma maneira do utente se sentir em casa*” (AUX3);

Isto vai facilitar um desenvolvimento coerente e estável, favorecendo um clima de pertença, muito dependente do modo como são aceites na família.

É também com a família que os utentes internados se sentem mais independentes, querendo com eles mostrar que são capazes de o fazerem em casa, como é referido por um participante:

- “ *Penso que seria positivo para o utente, tornando-o mais confiante, mais seguro e mais independente*” (ENF3).

Aparece como segunda **categoria a adaptação** ao internamento, referida por dois participantes. Parece-nos nestas afirmações que se houver uma integração da família nos cuidados ao seu familiar vai haver uma melhor adaptação deste ao internamento, pois com ela próxima, o ambiente é mais familiar, este tem conhecimento dos seus hábitos e costumes, de acordo com os participantes:

- “ *A participação da família irá facilitar a melhor adaptação do utente ao internamento hospitalar pois conhece-o melhor*” (ENF1);
- “*Por vezes não têm tanta vontade de colaborar e com o familiar por perto tudo se torna mais fácil*” (AUX5).

Surge por último a **categoria participação**; a participação nos cuidados permite aos familiares colaborarem com os profissionais de saúde para facilitar a continuidade dos cuidados após a alta. Esta é a opinião dos sete participantes quando referem:

- “*É importante para a sensibilização para a continuação de determinados cuidado após a alta*” (M2);
- “*É importante que se incentive a aprendizagem de capacidades aos futuros prestadores de cuidados*” (ENF4);
- “*A família aprende a prestar os cuidados aos utentes após a alta, beneficiando assim o utente, mas também a família que não se sente tão insegura*” (A.Soc).

A família é, assim, o elemento fulcral para a continuidade dos cuidados, pelo que a sua participação na prestação de cuidados é fundamental, havendo da parte dos profissionais de saúde a preocupação de estabelecer uma relação cada vez mais próxima com o elemento cuidador para garantir a qualidade destes cuidados após a alta hospitalar.

Uma outra vantagem da participação família nos cuidados é referida por outro participante:

- “*A família é essencial no processo de recuperação do utente, quer a nível físico ou psicológico*” (AUX4).

Também não menos importante na participação da família é que a família promove a aproximação utente/família/profissional de saúde, ou seja, é o elo de ligação, referido por três participantes:

- “*Será um elo facilitador na ligação do utente e a equipe de saúde da qual fará parte*” (ENF1);
- “*O utente é um ser individual inserido numa família e numa comunidade, e é sempre útil e positivo que não se percam os elos de ligação*” (ENF4).

Foi também considerada importante a informação que a família fornece acerca do utente, mencionado por um participante:

- “ *A família fornece informações importantes sobre a doença e sobre o utente*” (FIS2);

É de máxima importância este ponto, pois quantas vezes só através da informação destas é que se conhecem os seus antecedentes, tanto de patologias associadas, como terapêuticas que fazem no domicílio ou até informações que o utente por si se inibe de as transmitir mas que irão ser muito importantes no seu processo de recuperação.

Os profissionais de saúde (principalmente o enfermeiro), através da capacidade comunicativa e da relação que estabelece com o utente e a família recolhe dados sociobiográficos, clínicos e psicológicos, importantes para conhecer melhor o utente e para a implementação de cuidados e sua posterior avaliação (Rosas, 1999).

A partilha da informação por todos os elementos da equipa de saúde proporciona a base para o planeamento de assistência abrangente para o utente, permite que todos fiquem beneficiados com a informação obtida, evitando a sobrecarga a que o utente poderá ser submetido na recolha de dados. Deste modo, os cuidados são coordenados e partilhados os mesmos objectivos (Gás, 1984).

Num estudo efectuado por Santos (2002) sobre a participação da família nos cuidados como metodologia de trabalho de parceria, refere como vantagens a manutenção do vínculo familiar, e a preparação para a continuação dos tratamentos no domicílio.

Nestes resultados verifica-se que a participação da família é relevante para a continuidade dos cuidados e nos ensinamentos ao utente se o fizerem numa perspectiva de parceria.

**QUADRO Nº10**

## IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO UTENTE

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>NECESSIDADES</b>	- Apoio psicológico	- O Familiar deve dar apoio moral / psicológico ao utente	M1,M2,Fis1,Fis4, Aux2,Aux4
	- Bem-estar	- O utente sente-se mais à vontade	Enf2
	- Segurança	- O utente sente-se mais acompanhado, sente-se em casa - O utente sente-se mais independente	Fis3 ;Aux3 Enf3,Enf6
<b>ADAPTAÇÃO</b>	- Internamento	- O utente tem uma melhor adaptação ao internamento	Enf1,Aux5
<b>PARTICIPAÇÃO</b>	- Envolvimento no processo de cuidados	- Preparação para a alta / continuidade dos cuidados - Maior recuperação do utente	M2,Enf4,Enf5,Enf6 ,As,Fis3,Aux1 Aux4
	- Elo de ligação	- Família é o elo de ligação utente / profissionais de saúde	Enf1,Enf2,Enf4
	- Informação	- A família fornece informação	Fis2

A prestação de cuidados em parceria deve ser encarada, não como um conjunto estático de experiências, mas como uma série de dinâmicas configurações.

Para Collière (1999), os cuidados são fonte de prazer, de satisfação, expressão de uma relação; pacificam, acalmam, aliviam, dispersam os tormentos, e tentam evitar o sofrimento.

Ser parceiro pressupõe a existência de determinadas características fundamentais, em que se poderá dizer que a vontade de ser parceiro é talvez a principal (Diniz, 1992).

### 1.12 – SITUAÇÃO DE TRATAMENTO EM PARCERIA COM A FAMÍLIA

Questionados com a pergunta **situação de tratamento em parceria com a família**, e pela análise do quadro nº11, surge como categoria a **vivência em**

**parceria** e subcategoria mais citada o aceitar o tratamento, referido por quatro participantes:

- “*Só uma criança, que com a presença de familiares esteve mais receptivo ao tratamento*” (M1);
- “*.... Sempre que a filha estava presente a paciente realizava marcha com mais facilidade e conseguia efectuar a maior parte dos exercícios*” (FIS1);
- “*Com a presença do neto, a utente realizava marcha nas barras, o que não consegui nos outros dias*” (FIS2).

Com a participação da família o utente sente-se mais seguro, mais apoiado e aceita melhor o tratamento.

Surge como segunda subcategoria a **informação**, pois é através da família que se pode obter informações para que haja uma melhor colaboração por parte do utente. Quando os familiares partilham com os profissionais de saúde informações relevantes para o processo de cuidados ao utente internado, sobre a sua vivência e situação, possibilitam a intervenção do profissional de saúde.

Assim, as informações dadas pelo familiar, facilitam a prestação de cuidados individualizados e as informações recebidas pelos profissionais permitem uma maior envolvimento e um maior conhecimento da situação do utente para o familiar.

Para justificar estas afirmações temos os testemunhos quatro participantes:

- “*Numa situação de intervenção cirúrgica a uma fractura do colo do fémur, foi importante a explicação da proposta terapêutica feita ao doente e feita também informação do tratamento ao familiar*” (M2);
- “*Aquando do acolhimento de um idoso já com grande dependência, a presença dos familiares facilitou o conhecimento do doente*” (ENF2);
- “*Com a ajuda da filha fiquei a saber quais os temas de conversa que mais agradava á paciente e assim consegui uma maior colaboração desta*” (FIS2).

Como terceira subcategoria **a ajuda**; sabemos como é importante para a pessoa utente e com certas limitações a ajuda de alguém que lhe é próximo, com quem o utente costuma viver, quem conhece os seus hábitos e costumes. Como refere um participante:

- *“Foi na prestação de cuidados de higiene e conforto, onde o familiar me ajudou a dar banho no leito e fazer massagens ao utente” (ENF2).*

Não menos importante é o **ensino** que surge como quarta subcategoria, e referido por dois participantes.

A recuperação completa do indivíduo não se faz no hospital, pelo que é necessária a capacitação de um cuidador informal, sendo que, isto só será possível se o profissional de saúde fizer um adequado ensino.

Sobre esta perspectiva dois participantes referem:

- *“O acompanhamento dos vários passos no pré e pós-operatório leva a uma maior recuperação do utente em casa” (M2);*
- *“O acompanhamento familiar veio proporcionar como lidar com esta utente em casa após a alta” (FIS3).*

Sabemos como é difícil para a família cuidar do seu familiar em casa, se não houver por parte dos profissionais de saúde colaboração e ensino, para que para eles não seja tão complicado cuidar.

Surge como última subcategoria a **colaboração**; com a família é mais fácil a aceitação e colaboração do utente ao tratamento que vai realizar. Como refere um participante:

- *“Tratei uma doente com fractura do colo do fémur mas que sofria de Alzheimer, onde consegui a colaboração de uma das filhas” (FIS1).*

Como segunda categoria temos a situação de **parceria não vivida** referida por cinco participantes:

- *“Nunca tive essa oportunidade” (ENF3);*
- *“Não tenho nenhuma situação relevante” (ENF5);*
- *“Nunca tive, mas gostava” (A.Soc);*
- *“Nunca estive nessa situação” (AUX.1).*

Pensamos o quanto seria importante para estes profissionais viverem uma situação de parceria com a família, uma relação de partilha, isto é, a ideia de que cada um dos intervenientes na parceria dá algo, para que ela se efectue.

**QUADRO Nº11**  
SITUAÇÃO DE TRATAMENTO EM PARCERIA COM A FAMÍLIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>VIVÊNCIA EM PARCERIA</b>	- Aceitar o tratamento	- O doente é mais receptivo ao tratamento	M1,Fis1,Fis2,Aux5
	- Informação	- Conhecimento da situação do utente - Explicação do tratamento - Informação aos familiares	Enf1,Fis1,Aux1, Aux4 M1 M1
	- Ajuda	- O familiar ajuda nos cuidados ao utente	Enf2
	- Ensino	- Ensina como cuidar no domicílio	M2,Fis3
	- Colaboração	- Colaboração no tratamento do utente	Fis1
<b>VIVÊNCIA EM PARCERIA NÃO VIVIDA</b>	- Nunca	- Sem oportunidade	Enf3; Enf5; A.soc;Fis4; Aux1

Apesar da existência de um vasto leque de investigações acerca de situações de parceria no cuidar, os aspectos positivos têm sido relativamente esquecidos. Alguns estudos recentes têm sugerido que as satisfações das tarefas cuidar em parceria existem, podendo ter várias origens e co-existir a par com as dificuldades (Nolan, Grant e Keady, 1996,1998).

Assim têm sido apontadas como mais frequentes as fontes de satisfação: a manutenção da dignidade da pessoa, ver a pessoa feliz com o cuidado realizado, ter a consciência que em parceria se fez o melhor e encarar a prestação de cuidados em parceria como uma oportunidade de crescimento e enriquecimento pessoal.

### 1.13 – SENTIMENTO VIVIDO EM PARCERIA

Questionados com a pergunta, **sentimento vivido em parceria**, e pela análise do quadro nº12, surgem três categorias: **a satisfação** e como subcategoria o **optimismo**, é referido por dois participantes:

- *“Maior optimismo na resolução da situação” (M2);*

Surge o sentimento de dever cumprido:

- *“ Senti que cumpri o meu dever de uma forma mais completa” (ENF1);*

Surge também referido por um participante o sentir-se útil:

- *“ Senti-me bastante útil, porque sabia que esses cuidados iriam ser feitos de forma correcta em casa” (ENF2);*

Importância em sentir que estava alguém a apoiar:

- *“ Precisamente de apoio, conforto na aceitação do tratamento” (M1).*

Agir numa perspectiva de parceria ajuda à aproximação dos actores e, por sua vez, a maior aproximação e estabelecimento de uma relação satisfatória facilita o desenvolvimento da parceria. Se a nível interpessoal uma situação de vivência em parceria pode ter impacto nas relações estabelecidas, a nível individual, a parceria permite satisfação como profissional.

Aparece como segunda subcategoria a **felicidade**, quando sabemos que realizamos tarefas que vão facilitar e ajudar o utente sentimos em nós uma felicidade imensa, o que se verifica com o depoimento dos participantes:

- *“ Fiquei muito contente porque a minha tarefa foi facilitada e tudo correu bem para o utente” (FIS2);*
- *“ Um sentimento de satisfação, o utente ficou muito feliz” (AUX1).*

Surge como outra subcategoria referida por um participante, **o ensino**:

- *“Que para a família foi um alívio, porque se foram desvanecendo todas as dúvidas” (FIS3).*

Outro aspecto positivo associado ao cuidar em parceria com a família surge associado a um certo reconhecimento que o profissional faz da sua acção mas também do reconhecimento do familiar relativamente a essa acção.

Aparece como segunda categoria a **aproximação** e como subcategoria a **envolvência**, referida por três participantes; tratar em parceria cria em nós um sentimento de partilha de envolvência, sentimento referido por dois participantes:

- *“ Maior envolvência doente/família/profissional de saúde” (ENF6);*
- *“ Havia uma participação dos familiares com a equipa técnica” (AUX2).*

Surge como última categoria a **confiança**, e como subcategoria o **aceitar o tratamento**, referido por um participante:

- “*Maior cooperação no processo terapêutico*” (M2).

Surge ainda o sentimento de segurança referido por um participante:

- “ *Senti uma grande segurança ao desempenhar o meu papel em frente à família, desempenhei a minha função sem receio*” (FIS1).

Confiar no outro é para o profissional de saúde um sentimento de satisfação pessoal relevante.

### QUADRO Nº12

#### SENTIMENTO VIVIDO COM TRATAMENTO EM PARCERIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
SATISFAÇÃO	- Optimismo	- Consegue resolver a situação/dever cumprido - Sentir-se útil/apoio	M2 ,Enf1 M1,Enf2
	- Felicidade	- Contente com a tarefa realizada - O utente está feliz	Fis2 Aux2
	- Ensino	- Tirar dúvidas à família	Fis3
APROXIMAÇÃO	- Envolvência	- Envolvência doente / família / profissional de saúde	Enf6,Aux2,Aux4
CONFIANÇA	- Aceita o tratamento	- O utente aceita melhor o tratamento ou coopera no processo terapêutico	M2
	Segurança	- Se a família participa o profissional de saúde desempenha a sua função sem receio	Fis1

Os profissionais de saúde ao envolverem a família nos cuidados ajudam a manter a sua ligação com o ambiente familiar – os cuidados são dirigidos ao utente dentro do contexto familiar.

Na nossa prática profissional, verificamos que quase todas as actividades dos profissionais de saúde são dirigidas para a prestação directa de cuidados ao utente, havendo pouco envolvimento da família na prestação desses cuidados.

#### 1.14 – TIPO DE CUIDADOS REALIZADOS EM PARCERIA

Questionados com a pergunta **tipo de cuidados realizados em parceria**, e pela análise do quadro nº13; surgem quatro categorias; temos **as actividades da vida diária** e como subcategoria a **higiene**, referida por onze participantes e a **alimentação** referida por dez participantes; a participação da família nos cuidados de higiene e alimentação são tarefas importantes para a satisfação das necessidades humanas básicas do utente internado.

As respostas higiene e alimentação foram as mais mencionadas, isto é, 11 dos participantes salientam a higiene e alimentação. De acordo com os relatos, a família deve:

- “ *Participarem em cuidados de higiene*” (M1);
- “ *Na alimentação do utente e nos cuidados de higiene*” (ENF2);
- “*No treino das actividades da vida diária; alimentação e higiene*” (FIS1).

Surge também mencionada por um participante, a importância da participação da família no levantar para a cadeira e em alguns exercícios de fisioterapia:

- “*A família deve participar na marcha e transferência do utente para a cadeira*” (FIS2);
- “*A família deve participar em algumas técnicas de fisioterapia*” (FIS3).

Estes inquiridos referem esta participação porque nos utentes internados com dificuldades na mobilização e locomoção, é necessária uma grande colaboração.

Surge como segunda categoria o **ensino**, mencionado por um participante, relacionado com a readaptação do utente à vida diária:

- “*Participação no ensino à readaptação das actividades da vida diária, muitas vezes a presença e a palavra do familiar é crucial*” (M2).

A seguir é mencionada o **acolhimento** por dois participantes:

- “ *No acolhimento ao longo do internamento*” (ENF1);
- “ *Em todas, mas é no acolhimento que podemos ter informações importantes e conhecimentos por vezes muito necessários em relação ao cuidar do utente*” (AUX2).

O acolhimento é uma atitude não de mera hospitalidade mas inserido num contexto da mais profunda relação humana (...), deverá ser cada vez mais uma técnica da relação humana que procura receber bem (Carneiro, 1981).

A finalidade do acolhimento é, por um lado, ajudar o utente e a família a eliminar sentimentos negativos e, por outro lado, obter informações importantes que vão contribuir para uma integração na instituição do utente e família, valorizar as necessidades de cuidados de saúde do utente (Vilagrassa, 1991).

Surge como última categoria a necessidade de **apoio psicológico**, mencionado por cinco participantes, pois é com a família que o utente aceita melhor o tratamento a efectuar:

- *“Aceitação nos cuidados a efectuar” (M1);*
- *“O apoio psicológico é muito importante na aceitação do tratamento” ENF5);*
- *“Para se poder cuidar o utente do foro ortopédico, é necessário haver um grande apoio psicológico por parte da família” (FIS1).*

Ainda outro participante refere como importante o utente sentir a presença da família:

- *“ A família deve estar presente para o utente não se sentir deslocado do seu ambiente” (AUX5).*

**QUADRO Nº13**

## TIPO DE CUIDADOS REALIZADOS EM PARCERIA COM A FAMÍLIA

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA</b>	- Higiene	- A família participa nos cuidados de higiene	M1,Enf1,Enf2,Enf3,Enf4,Enf6,As,Fis1,Fis2,Aux2,Aux3
	- Alimentação	- A família participa na alimentação do utente	M2,Enf2,Enf4,Enf5,Enf6,As,Fis1,Aux2,Aux3,Aux4
	- Levante para a cadeira	- A família ajuda no levante - A família participa em algumas técnicas de fisioterapia	Fis2 Fis3
<b>ENSINO</b>	- Adaptação à vida diária	- Ensino à readaptação da vida diária do utente	M2
<b>ACOLHIMENTO</b>	- Informação	- Informação ao longo do internamento sobre o utente	Enf1,Aux2
<b>NECESSIDADES</b>	Apoio psicológico	- Aceitação dos cuidados a prestar - O utente sente a família presente	M1,M2,Enf5,Fis1,Aux4 Aux5

É certo que os hospitais são estruturas que exigem uma certa disciplina, para evitar que se transformem em ambientes desordenados e sem fio condutor; no entanto a importância da presença da família neste ambiente, deve conduzir a uma mudança de filosofia do hospital.

Os hospitais têm de continuar a preocupar-se com a humanização através de uma modificação no contexto organizacional e nas relações profissionais de saúde / utente / família.

### 1.15 – CONDIÇÕES NA ORGANIZAÇÃO PARA OS CUIDADOS EM PARCERIA COM A FAMÍLIA

Questionados com a pergunta **condições na organização para os cuidados em parceria com a família** e pela análise do quadro nº14, surgem duas categorias, o **contexto organizacional, e relação interpessoal**.

Quanto ao contexto organizacional, é referido por seis participantes o pouco espaço físico desta instituição:

- “ *Actualmente as condições de espaço físico não existem o que torna difícil levar a participação da família á prática*” (ENF5);
- “ *O espaço físico é pequeno e não o adequado*” (FIS3).

A estrutura física do serviço de internamento condiciona concerteza a situação de parceria com a família. Mendonça (1993) refere a importância da estrutura arquitectónica da unidade no funcionamento da mesma.

Também um participante refere:

“ *O espaço físico é pequeno e não preserva a privacidade e o bem-estar do utente e da família*” (AUX4);

A falta de espaço e o da manutenção da privacidade, é aliás um dos aspectos referenciados na Carta dos Direitos e Deveres do Doente.

Surgem outras afirmações importantes também mencionadas por quatro participantes, que é a limitação do horário de visitas:

- “ *O horário de visitas é muito limitado, não pode haver uma boa participação da família*” (ENF2);
- “ *Horário de visitas, não*” (ENF4);
- “ *O horário de visitas é desajustado não corresponde á realidade do dia a dia*” (AUX4).

Mais uma vez urge investir cada vez mais no alargamento do horário de visitas.

Também é mencionado por três participantes a falta de profissionais de saúde:

- “ *Acho complicado pois existem poucos profissionais de saúde*” (FIS1);
- “ *Estamos muito limitados em termos de pessoal, não há tempo para mais*” (FIS4);
- “ *Acho que a equipa de saúde é muito reduzida*” (AUX1).

O trabalho em parceria com os familiares, alicerçado em novas formas de trabalhar, exige recursos humanos suficientes. A falta destes recursos condiciona o apoio aos familiares.

É também referido por dois participantes a definição de regras para a participação:

- “ *Deve haver regras para que a família possa participar*” (M2);

- “*Para isso tem de haver uma melhor organização e regras para saber quem e como vão participar*” (FIS2).

Compreende-se assim que a participação da família nos cuidados exige um esforço acrescido por parte dos profissionais acrescido de reorganização de prática de cuidados, que por sua vez é limitada pela falta de recursos. São importantes não só as regras e horários mas também a relação entre as pessoas, sendo que, devem ser criadas relações de confiança para uma participação activa da família e até mesmo da comunidade.

Não menos importante e salientado por dois participantes é o de um espaço para que a participação se possa realizar:

- “*É necessário um espaço para o contacto entre os profissionais de saúde e os familiares*” (M2).

Há dois participantes que referem que o espaço é suficiente:

- “*Espaço sim penso que é o suficiente*” (ENF4);

É importante salientar a afirmação de um participante:

“*Sim, mais do que a estrutura física, a nossa disponibilidade, a nossa abertura ao outro que é a variável fundamental*” (ENF6).

Nota-se nesta declaração significativa a importância de mais um instrumento terapêutico que ocorre no dia a dia dos profissionais de saúde, que deve ser feito um “esforço suplementar” para se satisfazer a vontade expressa do utente.

Surge também a reorganização do serviço referida por um participante:

- “*Sim, embora tenha de haver uma reorganização do serviço em função da preparação da família para participar nos cuidados ao utente internado*” (A. Soc.).

Surge como segunda categoria a **relação interpessoal**, maior disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, referida por três participantes:

- “*Maior abertura para com o outro*” (ENF6);
- “*Haver uma maior comunicação entre os próprios profissionais de saúde e mesmo com a família, hoje em dia não sabemos comunicar, estamos fechados na nossa concha*” (FIS2).

Comunicar enquanto arte profissional tem que se aprender, analisar e adaptar ao contexto; assim, consideramos que o profissional de saúde que tem uma capacidade de escuta, deve estar disponível para a total comunicação do utente e família, e não apenas para as palavras que eles pronunciam; já que as palavras nunca traduzem a realidade complexa da experiência dos indivíduos.

O profissional de saúde, deve prestar atenção, não só ao conteúdo da pergunta do utente e família, mas também a tudo o que observa neles, desde o comportamento corporal, a sua expressão vocal, a entoação e timbre de voz, até mesmo as pausas e o silêncio. Lazure (1987:16), definiu esta escuta como “*Escuta Integral... e que consiste em ouvir com todos os nossos sentidos. Escutar com todo o nosso Ser*”.

Ramos, (2004:297) refere que, “ *Os comportamentos, os objectos e os acontecimentos não podem ser apreendidos e compreendidos desintegrados de um contexto social e cultural, ou seja, desintegrados das formas de comunicação e de aprendizagem, das representações e das manifestações, através das quais são valorizados esses comportamentos, objectos e acontecimentos*”.

Todo o ser humano tem necessidade de se sentir importante aos olhos dos outros e quando temos um problema de saúde, o estado de vulnerabilidade em que nos encontramos aumenta de tal forma esta necessidade, que só com comunicação, a pode satisfazer.

**QUADRO Nº14**

## CONDIÇÕES NA ORGANIZAÇÃO PARA CUIDADOS EM PARCERIA COM A FAMÍLIA

CATEGORIA	SIGNIFICADO	Nº REGISTO
<b>CONTEXTO ORGANIZACIONAL</b>	- Pouco espaço físico	Enf3,Enf5,Fis3,Aux1,Aux4,Aux5
	- Horário das visitas muito limitado	Enf1,Enf2,Enf4,Aux3,Aux4,Aux5
	- Há poucos profissionais	Fis1,Fis4,Aux1
	- Deve haver regras para participação nos cuidados	M2,Fis2
	- Espaço para comunicação utente/família/profissional de saúde	M2,Aux2
	- O espaço é suficiente	Enf4,Enf6
	- Melhor organização dos serviços	As
<b>RELACÇÃO INTERPESSOAL</b>	- Maior disponibilidade dos profissionais / maior abertura / mais comunicação	Enf6, Fis3,Aux4
	- Alteração das mentalidades dos profissionais de saúde	Enf3,As
	- Mais acções de formação	Enf3
	-Preparação da família para a prestação dos cuidados	As
	-Melhor organização dos profissionais de saúde	Enf2

Sabemos que durante e após uma doença aguda, ou situações como causa de morbilidade hospitalar, a pessoa tem que ser tratada e recuperada através de uma intervenção pluridimensional que abrevie o tempo de internamento, pois o hospital de hoje não é de certo o melhor lugar para se ficar por muito tempo. Naturalmente que o regresso a casa ou a um local tanto quanto possível próximo do seu meio, é o que se deseja.

Também por isso as famílias deveriam ser envolvidas neste processo, a começar por um adequado suporte de informação transmitida pelos profissionais prestadores de cuidados de saúde.

## 1.16 – VANTAGENS PARA A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS

Questionados com a pergunta, **vantagens da participação da família nos cuidados** e pela análise do quadro nº15, surgem três categorias; o **bem-estar** que tem como subcategorias o **apoio psicológico**, aspecto tão importante e tão necessário quando a pessoa está internada, torna esta situação menos penosa e menos dolorosa o utente sente que não está abandonado; aspecto que é realçado por três participantes:

- “*Sobretudo o bem-estar psicológico e afectivo do utente*” (M2);
- “*O utente sente-se acompanhado, mais acarinhado o que contribui para um bem-estar a nível psicológico*” (ENF2),
- “*Sentir-se com mais apoio, segurança e auto-estima*” (ENF5).

Também, Correia (1996) considera necessário este apoio ao dizer que o hospital se apresenta para o utente como um mundo desconhecido, despersonalizado, impessoal e agressivo.

A família é o braço de apoio do utente para esta situação estranha e traumática.

Também ainda desta subcategoria é mencionado por três participantes a diminuição do impacto causado pelo internamento:

- “*Na minimização do impacto causado pelo internamento e na ajuda para superar uma situação menos saudável*” (M2);
- “*A presença do familiar torna o episódio de doença menos doloroso, menos traumático para o utente*” (ENF6);
- “*A presença de um filho ou na caso de ser um doente idoso a presença de um neto, é um estilo surpreendente, causa no utente um menor sofrimento*” (FIS2).

Aparece como segunda subcategoria a **segurança**, mencionada por quatro participantes, com a participação do familiar nos cuidados o utente sente o ambiente mais familiar, menos estranho, mais acompanhado e com menos receio quando voltar para casa. Aspectos mencionados pelos participantes:

- “*Ambiente mais familiar*” (ENF2);
- “*Maior colaboração, ambiente menos estranho*” (ENF4).

Na segunda categoria, **ajuda na recuperação** surgem como subcategorias a confiança, mencionada por três participantes, através da participação da família o utente sente-se mais estimulado a colaborar, mais seguro, mais confiante. Aspectos referidos pelos participantes:

- “ *Uma melhoria significativa no estímulo e confiança para ultrapassar a situação com que se depara*” (ENF1);
- “ *A sentir-se mais seguro, com o familiar a colaborar*” (ENF3);
- “ *Sente-se mais confiante com a presença da família*” (AUX1).

A participação da família ajuda o utente a tornar-se mais independente, aspecto reforçado por dois participantes:

- “ *A sua independência com maior rapidez*” (ENF3);
- “ *Desenvolver algumas actividades, como a marcha, tendo o estímulo do familiar*” (FIS3).

Também, o utente sente uma maior confiança nos profissionais de saúde, aspecto mencionado por um participante:

- “ *Aumento da confiança nos profissionais de saúde*” (AUX4).

Surge com terceira e última categoria o **envolvimento no processo terapêutico do utente**, com três subcategorias; a **colaboração** da família referida por sete participantes.

Com a participação da família nos cuidados há pela parte do utente um maior envolvimento e mais colaboração, aspectos referido por estes:

- “ *Maior colaboração por parte do utente na sua recuperação*” (ENF4);
- “ *Esta situação leva a uma maior envolvimento por parte do utente no seu processo terapêutico*” (ENF6);
- “ *A compreensão e o apoio por parte deles, para quando tiver alta estar sempre apoiado pela família*” (FIS4);
- “ *Uma recuperação rápida sentindo que está a ser acompanhado pelo familiar*” (AUX5).

Como segunda subcategoria aparece a **preparação para a alta e continuidade dos cuidados**, referida por quatro participantes.

Com o panorama de diminuição da demora média de internamento em serviços hospitalares podemos antever a dificuldade dos familiares em tão curto espaço de tempo, se prepararem para cuidarem dos seus utentes no domicílio; aspecto mencionado por:

- “ *Muitas vezes o utente sente medo de ter alta e de lhe faltar o poio que tem no hospital*” (ENF5);
- “ *O utente internado sentirá que a família revela uma atitude de interesse no seu processo de reabilitação e sentirá que quando for para casa a família tem mais competências para cuidar dele, aumentando assim a sua confiança nos cuidados em casa*” (A.Soc.);
- “*O utente sentir-se-à mais acompanhado e quando regressar a casa a família já sabe como tratá-lo*” (AUX3).

Surge como última subcategoria a **informação**. A falta de diálogo entre profissionais de saúde e familiares, rotineiramente, traz como consequência a escassez e ausência de informações sobre o utente, o tratamento e a recuperação em casa; aspecto mencionado por dois participantes:

- “ *Um melhor conhecimento por parte da equipa de saúde do utente*” (ENF1);
- “ *Informação ao familiar, de modo que possa dar continuidade aos cuidados em casa*” (ENF6).

Colaborando com os profissionais de saúde, pode disponibilizar tanto pela parte do utente (modo directo) como pela parte dos familiares (modo indirecto), obter o máximo de informações sobre os aspectos anteriores ao internamento como informações para a continuidade dos cuidados.

**QUADRO Nº15**

## VANTAGENS DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	CÓDIGO SIGNIFICATIVO	Nº REGISTO
<b>BEM-ESTAR</b>	- Apoio psicológico	- Bem-estar psíquico para o utente - Diminuir o impacto do internamento	M2,Enf2,Enf5 M2,Enf6,Fis2
	Segurança	-Tornar o ambiente mais familiar	Enf2,Ebf4,Fis1,Aux3
<b>AJUDA NA RECUPERAÇÃO</b>	- Confiança	- Melhoria no estímulo e confiança para ultrapassar as dificuldades	Enf1,Enf3,Aux1
	- Independência	- Ajuda o utente a tornar-se mais independente - Maior confiança nos profissionais de saúde	Enf3,Fis3 Aux4
<b>ENVOLVIMENTO NO PROCESSO TERAPÊUTICO</b>	- Colaboração da família	-Maior colaboração do utente na recuperação	Enf4,Enf6,Fis1,Fis4 ;Aux1,Aux4 ;Aux5
	- Preparação para a alta e continuidade dos cuidados - Informação	- Preparação da família para a continuidade dos cuidados  - Maior conhecimento do utente por parte da equipa de saúde	Enf5,Enf6,As,Aux3  Enf1,Enf6

È certo que construir um lugar para a família nas nossas instituições não é problema fácil nem pacífico e muitas interrogações se colocam para os profissionais de saúde e para as nossas instituições.

A análise destes factores é importante para no seu controle poder contribuir para ajudar a construir um lugar para a família nas instituições, como refere Honoré, (1998).

### 1.17 – SUGESTÕES PARA MELHORAR A PARCERIA COM A FAMÍLIA NOS CUIDADOS

Questionados com a pergunta, **sugestões para melhorar a parceria com a família nos cuidados**, e pela análise do quadro nº16, surgem-nos duas categorias;

a **nível organizacional**, com as subcategorias, **horário de visitas e espaço físico**.

O alargamento do horário das visitas é mencionado por cinco participantes:

- “ *Alargar o horário das visitas*” (ENF2).

É também referido por dois participantes o adequar o horário às necessidades do utente;

- “ *Adequação do horário das visitas às reais necessidades destes*” (ENF1);
- “ *Adequar o horário das visitas para que o familiar pudesse participar mais*” (AUX4).

Surge como segunda subcategoria o **espaço físico**, referido por um participante:

- “ *Melhorar o espaço físico para que a família pudesse permanecer mais tempo e não incomodar os outros utentes da enfermaria*” (FIS1).

Há ainda dois participantes que referem ser importante um local para o contacto entre utente / família / profissional de saúde:

- “ *Criação de espaço (local, horário) de contacto entre médico-enfermeiro-assistente-familiar*” (M1).

Como **segunda categoria surge a relação interpessoal**, e como subcategoria a **comunicação hospital / família**, referida por um participante, o haver um familiar de referência:

- “ *Detectar junto da família qual ou quais os familiares disponíveis para fazer acompanhamento ao utente*” (ENF6);

Também é referido pelo mesmo participante uma maior abertura por parte dos profissionais:

- “ *Demonstrar a nossa abertura para poder estar, sobretudo na hora das refeições, cuidados de higiene e conforto, sempre que seja necessário*” (ENF6).

A comunicação entre equipa de saúde e familiares tem sido objecto de muitas investigações e o que se verifica é que os elementos da equipa limitam-se a verbalizar o estritamente necessário com o utente, sendo esse cuidado extremamente técnico e distante, não gerando, portanto, vínculo com o familiar, ou até mesmo ignorando sua presença.

Como última subcategoria surge **a participação**, o incentivar a família à participação, mencionado por dez dos participantes:

- “ *A presença da família em alguns cuidados, como a alimentação e o apoio emocional*” (M1);
- “ *Incentivar a família a uma maior participação nos cuidados*” (ENF2);
- “*Incentivar a família para comparecer e tirar dúvidas, explicar-lhes que este ensino vai ajudar muito no regresso do utente a casa, ao seu meio familiar*” (FIS2);
- “ *Incentivar os familiares a participar nos cuidados e esclarecer as suas dúvidas*” (AUX1).

O envolvimento da família nos cuidados é fundamental para a participação no processo de cuidados. Um maior envolvimento da família ajuda a manter o lugar do utente na família, promovendo a continuidade entre o meio social e o meio hospitalar.

Também mencionado por dois participantes, o incentivar a equipa de saúde à participação:

- “*Consciencializar a equipa de saúde da importância da parceria com a família para a melhoria dos resultados*” (ENF1);
- “ *Estimular os técnicos de saúde no apoio à família*” (ENF5).

O empenhamento dos profissionais no apoio à família é um aspecto significativo. Profissional empenhado demonstra mais que um trabalho um interesse genuíno (Turnbull et al, 2006).

**QUADRO Nº16**

## SUGESTÕES PARA MELHORAR A PARCERIA COM A FAMÍLIA NOS CUIDADOS

<b>CATEGORIA</b>	<b>SUB-CATEGORIA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>	<b>Nº REGISTO</b>
<b>NIVEL ORGANIZACIONAL</b>	- Horário das visitas	- Alargar o horário das visitas - Adequar o horário às necessidades do utente	Enf2,Enf3,Enf4,Enf5,Fis1,Enf1,Aux4
	- Espaço físico	- Haver um local para contacto utente/família/profissional de saúde - Aumentar espaço físico	M2,Aux5 Fis1
<b>RELACÇÃO INTERPESSOAL</b>	- Comunicação hospital/família	- Haver um familiar de referência - Maior abertura por parte dos profissionais - Melhor acolhimento	Enf6 Enf6 As
	- Participação	- Incentivar a família a participar	M1,Enf2,Enf3,As,Fis2,Fis3,Fis4,Aux1,Aux2,Aux4
		- Incentivar equipa de saúde à participação	Enf1,Enf5

## 2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Passamos, então, a apresentar a análise dos resultados obtidos com os diferentes instrumentos de recolha de dados, relacionando-os tanto quanto possível com as noções teóricas obtidas pela pesquisa bibliográfica efectuada.

**Da análise de registos das entrevistas efectuadas aos familiares participantes ressaltam alguns aspectos a considerar:**

- ***Sobre as alterações familiares originadas pelo internamento do familiar*** foi possível elencar: **o suporte familiar**, com as **alterações no trabalho, a dificuldade em conciliar o trabalho com o horário das visitas**. As situações de hospitalização de um elemento da família, obrigatoriamente desencadeiam alterações no seu estilo de vida, sendo mais ou menos graves consoante o papel social que o indivíduo doente desempenha no seu grupo familiar, a idade, o sexo e com a própria estrutura familiar.

Identificamos que os participantes têm alterações no seu trabalho, pois como as nossas instituições têm horários para visitar o utente, muitas vezes é difícil conciliar o trabalho com a visita.

A acumulação da profissão com a visita do familiar internado tem algumas semelhanças. Se por um lado sentem como obrigação o cumprir as tarefas que são solicitadas no trabalho, também, por outro, sentem como obrigação o visitar o seu familiar internado; o que na nossa sociedade é difícil, pois as famílias não podem deixar de trabalhar, não têm recursos económicos e sociais para puder abdicar temporariamente da sua actividade profissional. Por outro lado, as nossas instituições também não estão preparadas para dar resposta às necessidades destes familiares, não têm abertura necessária para ouvir as suas dificuldades e as suas necessidades, podendo contribuir para estas necessidades um período alongado do horário de visitas.

- ***Sobre se gostaria de participar nos cuidados ao familiar internado***, os participantes foram unânimes em **referirem que sim**, o que nos leva a concluir que será fácil haver uma relação de parceria com a família.

Na verdade é desejável que os familiares participem nos cuidados aos utentes internados, posição que está de acordo com Barardo (1988) quando diz que devem ser desenvolvidos planos de cuidados apropriados com a participação dos familiares.

**-Do porquê da participação nos cuidados ao familiar internado, surge a necessidade de ajuda, a participação, disponibilidade para ajudar e o dever / obrigação.**

Participar nos cuidados parece ser um elemento importante, relacionado com a vontade de se sentir útil, cooperando na recuperação do seu familiar internado. Segundo Schenk (1990:253),”... *O envolvimento não só assegura cuidados mais consistentes para o doente, mas é também benéfico para a família, dando-lhe um sentido de cumprimento e utilidade...*”

Ainda segundo Henderson (1994), o ser humano deseja a independência e tende para ela; sendo o individuo um todo com necessidades fundamentais. Cada indivíduo satisfaz as suas necessidades de uma forma própria. Quando o indivíduo doente não é capaz, por si só de satisfazer-las é necessária a intervenção de alguém. Uma das causas da não satisfação das necessidades do individuo, é de uma forma directa ou indirecta, ausência de pessoas significativas.

A participação do familiar é importante e positiva, mesmo não sendo inicialmente efectuada de forma voluntária mas apenas de carácter obrigatório ou de dever em participar, sendo importante incentivar e apoiar.

**-Quanto ao tipo de cuidados que gostaria de realizar durante o internamento, surgem como tarefas a realizar, a alimentação, higiene e conforto.**

Pensamos que o facto dos familiares referirem mais as actividades alimentação, higiene e conforto, está relacionada com o facto de serem aquelas que primeiro se solicita à família, para que a participação desta se concretize de uma forma gradual e talvez por serem aquelas em que o familiar se sente mais preparado.

Schenk (1990) reforça esta importância referindo que os familiares são absolutamente capazes de fazer um óptimo trabalho nestas actividades.

Também, Collière (1999) refere que as práticas alimentares e as do corpo estão na origem de todos os hábitos de cuidar.

Participar nos cuidados, parece ser algo inerente ao acto de ser cuidado, e dá satisfação ao utente e à família.

Em nosso entender, a participação do familiar nunca poderá ser vista, como “colmatar de carências de pessoal”, porque os familiares não estarão ali para “fazer por”, mas para “fazer com”. As tarefas que lhes forem confiadas durante o internamento terão, por um lado, de ser supervisionadas, e por outro, de ser entendidas como momentos de aprendizagem e / ou momento de manutenção da relação familiar, o que nada se coaduna com a substituição de pessoal.

**-Quanto à disponibilidade para participar nos cuidados**, salienta-se o **dever / obrigação e a falta de tempo**.

A família mais uma vez sente que é seu dever participar em todos os cuidados necessários, ou seja dar toda a sua ajuda em tudo o que pode colaborar, embora para satisfação desta ajuda é necessário tempo, ou seja é necessário que se criem condições para que essa participação vá de encontro aos interesses da família e do utente.

A família, enquanto prestadora de cuidados ao utente, vê aumentado o seu sentimento de utilidade e apoio, estes aspectos são necessidades sentidas pelos familiares e que foram identificadas no estudo de Millar et al (in Curry 1995).

**-Do conhecimento dos direitos do doente**, surge a **Dignidade e o Respeito**.

Os utentes internados numa instituição de saúde são pessoas com direitos e deveres. Não deverão ser tratados apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade mas com todo o respeito à dignidade humana.

Segundo, o Ministério da Saúde (1997:2), “*Quando a pessoa se encontra em situação de doença, direitos e deveres, mas principalmente os direitos, tornam mais acuidade, dada a vulnerabilidade bio-psico-social invariavelmente ligada a esse estado*”.

O utente deve ser respeitado por todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados, quer na técnica, quer no acolhimento, orientação e encaminhamento.

Em suma, o utente não é nem nunca poderá ser “*coisificado*”, não pode ser reduzido a um número ou a um caso.

A Carta dos Direitos do Doente Internado (lei nº48/90 de 24 de Agosto) refere no 1º direito “*O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela sua dignidade humana*”; direito fundamental do qual decorrem os restantes.

Há ainda muito desconhecimento dos direitos dos utentes internados; será porque a nossa população não se preocupa em saber quais são esses direitos, desconhece a sua existência, ou será também culpa das nossas instituições ou de nós profissionais de saúde em não informar os utentes desses direitos?

**- *Em relação ao conhecimento dos direitos da família, surge o acompanhar o utente, ter mais tempo de visita para o acompanhar.***

Relativamente aos direitos e deveres sociais, a Constituição da República Portuguesa (1996), refere-se entre outros, ao direito da família.

A Carta dos Direitos da Família (1994:14) no seu artigo considera que: “... *O sistema amplo, onde existir, deve ser estimulado e ajudado, a fim de cumprir o seu papel tradicional de solidariedade e assistência mútua, respeitando ao mesmo tempo os direitos do núcleo familiar e a dignidade pessoal de cada membro...*”

Os participantes são conhecedores de poucos direitos da família, mas sabem que esta tem como direito o de acompanhar o seu familiar internado.

Para que isso aconteça é necessário que a equipa de saúde estabeleça o tempo de permanência adequado a cada situação; o horário deve ser alargado e sempre que possível deve coincidir com a hora das refeições e também devem ser criadas condições na instituição para a permanência do familiar junto do utente (Circular Normativa da Direcção Geral da Saúde; 2000).

É importante salientar mais uma vez o desconhecimento dos direitos da família por parte de alguns dos participantes. É de extrema importância reflectir sobre a forma como devemos informar as famílias sobre estes direitos, para que possa de alguma forma contribuir para uma humanização nos cuidados.

A sensibilização por parte dos profissionais de saúde deve ser efectuada no sentido de responsabilizar a família pelos seus deveres, esclarecendo-os dos seus direitos e elucidando-a do balanço benéfico da sua conduta, estimulando o seu papel como o seu agente educador junto das outras famílias, quer sejam do próprio utente quer dos outros utentes.

- ***Sobre as condições do serviço para a participação da família nos cuidados ao utente***, surge no **contexto organizacional**, o **horário de visita curto**. Nota-se nas declarações dos participantes que o mais importante para eles não é o pouco espaço que está entre duas ou mais camas, o ter uma sala de convívio, mas sim o tempo de visita que deve ser alargado para que a família possa permanecer mais tempo junto do seu familiar e para que possa participar nos cuidados deste.

Os contactos directos com o familiar internado dão-se na hora da visita, o que é prejudicado nesta instituição por ter apenas uma hora e trinta minutos durante a semana e somente uma hora ao fim de semana, altura em que os familiares têm mais possibilidade e mais tempo para poderem acompanhar o utente.

Embora, na Carta dos Direitos do Doente, no 13º direito conste que “ *o doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos quando o desejar e sempre que os horários o permitam...*” e ainda “*as instituições devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar “ entes significativos” para o doente*”.

É com esta dissonância que vai ser facilitada a participação da família nos cuidados?

Surge também como importante na **relação interpessoal** a **colaboração por parte dos profissionais de saúde e a comunicação**.

É prática corrente deste serviço a abertura de alguns enfermeiros para a permanência fora do horário de visitas da permanência de familiares, embora vá contra as normas do horário de visitas vigente nesta instituição.

Na relação interpessoal a comunicação assume particular relevo embora se verifiquem algumas dificuldades a este nível: o tipo de linguagem que o pessoal de

saúde utiliza, quer pela desadequação à capacidade de compreensão dos familiares.

Os familiares por vezes também não se sentem à vontade para questionar e partilhar o que sabem e que é importante para o processo de cuidados.

Como refere, Ramos (2004:298) a comunicação em contexto de saúde “ *tem de estar adaptada:*

- *Às capacidades cognitivas, ao nível cultural / educacional;*
- *Às representações e crenças de saúde;*
- *Às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente”.*

- ***Quanto às medidas para melhorar a participação da família nos cuidados ao utente internado***, surge mais uma vez **o alargamento do horário de visita.**

Nas estruturas de saúde tem predominado o modelo biomédico, no qual a saúde é compreendida como ausência de doença, condicionando a organização dos cuidados de saúde sobre a base do projecto de cura da doença não sobre a prevenção.

Como refere Pinto (2000), os familiares continuam a fazer parte do grupo de pessoas estranhas ao serviço. Tradicionalmente o tempo de permanência dos familiares junto do utente ou em contacto com os profissionais, ainda que regulamentada por normas institucionais, tem sido gerida pelos profissionais de saúde (principalmente os enfermeiros).

A posição dos participantes de alargar o horário das visitas, é uma situação que acontece diariamente enquanto “ subversão” do sistema ou norma, e que valeria a pena ser experimentada e institucionalizada pela instituição para que houvesse um cuidar em parceria com a família.

A convivência humana é um fenómeno difícil, complexo e desafiante. Isso, porque as pessoas relacionam-se, trabalham com pessoas e portam-se como pessoas, isto é, reagem àquelas pessoas com as quais entram em contacto: comunicam-se, simpatizam, antipatizam, aproximam-se, afastam-se, entram em conflito, competem, colaboram, desenvolvem afectos.

O processo de interacção humana, dá-se constantemente nas relações pessoais, por meio de comportamentos verbais e não-verbais, sentimentos, reacções mentais e/ou físico-corporais, os quais desencadeiam diferentes reacções pessoais.

**Da análise dos registos dos questionários aplicados aos profissionais de saúde participantes há a salientar:**

- ***Sobre o considerar o horário de visitas adequado***, a maioria dos participantes refere que o horário praticado nesta instituição não **é o adequado** para que haja participação da família nos cuidados ao utente internado neste serviço.

- ***Quanto à adequação do horário***, surge como dominante o **inadequado** devido a ser muito curto.

É importante realçar que esta perspectiva surge da opinião dos enfermeiros e auxiliares de acção médica, pois são estes profissionais que estão as vinte e quatro horas com o utente e são eles que sentem as necessidades e os problemas das famílias e dos próprios utentes.

É também importante realçar aqui o testemunho de um fisioterapeuta participante quando refere “ *o objectivo é tratar-se e não passar o tempo com visitas*”. Parece-nos que este profissional não tem a noção do que é estar hospitalizado, sem apoio familiar e também ainda não compreendeu a importância que a participação da família tem na recuperação do utente.

Também nos merece especial importância a afirmação de um médico participante quando refere que o horário é adequado porque “ *a família deve respeitar o trabalho dos profissionais*”. Podemos concluir que se encontram muitas barreiras à participação da família por parte de alguns profissionais que consideram a família um “intruso”.

É de lamentar que ainda exista nos profissionais de saúde uma mentalidade tão rígida e inadequada. Terá de haver uma grande reflexão por parte destes sobre o que é ser parceiro nos cuidados.

- **Quanto à participação da família nos cuidados** a grande percentagem dos participantes considerou importante.

Mais uma vez consideramos de muita importância a participação desta, para que adquira competências e capacidades apagando o mito de que estes cuidados são apenas da competência dos profissionais de saúde.

- **Quanto às razões referidas pelos participantes para a importância da participação da família nos cuidados;** surge a necessidade de apoio psicológico e participação com o envolvimento no processo terapêutico.

Quando uma pessoa é submetida a um internamento hospitalar necessita de apoio e carinho, então, consideramos importante que a família do utente internado proporcione este apoio emocional e segurança dos seus membros através do carinho, interesse compreensão e aceitação.

É de salientar o relato de um médico participante e o único que refere não ser importante a participação da família nos cuidados: *“não considero importante a sua participação, porque a família deve prestar apenas apoio moral, os outros cuidados devem ser entregues a profissionais”*. Este profissional ainda não compreendeu que o apoio moral é uma das funções da família e que há determinados cuidados que devem ter a participação da família. Se não é só no hospital que a pessoa necessita de cuidados, quem é que em casa o vai tratar?

Como refere Collière (1999:236), *“ numa ou noutra eventualidade há necessidade absoluta de recorrer a ajuda para garantir a manutenção da própria vida, ajuda essa que, consoante as circunstâncias, pode ser dada pela família, os vizinhos”*.

O envolvimento da família nos cuidados possibilita que no período pós alta, a família consiga dar respostas às necessidades do utente. Logo como diz Salt (2001:11), *“Estamos a prevenir que quer o utente quer os familiares sintam a rotura nas suas ligações, fornecendo ao mesmo tempo a oportunidade para exprimirem as suas preocupações e apoio”*.

- **Quanto à situação de tratamento em parceria com a família,** surge na **vivência em parceria** o aceitar o tratamento, informação acerca da situação do utente.

A parceria quando estabelecida entre várias pessoas, neste caso entre profissionais de saúde e família, enquadra-se, numa parceria interpessoal. Pode surgir em determinado momento que as pessoas agem, integrando os princípios de parceria. Quando no hospital o pessoal de saúde e família procuram fazer o possível para ajudar o utente a ultrapassar esse momento crítico da sua vida terão necessidades e objectivos comuns.

O sentimento de satisfação e o de dever cumprido, e o de conhecimento de costumes que podem influenciar a sua recuperação.

Finalmente, concluímos que para alguns dos profissionais participantes, a situação de tratamento em parceria é uma experiência ainda não vivida mas que gostariam que isso acontecesse. É assim importante que esses profissionais, comecem por ter uma maior abertura e que aproveitem as oportunidades que lhes surgem no seu trabalho dia-a-dia para que lhes seja possível cuidar o utente em parceria com a família.

- **Quanto ao sentimento vivido com o tratamento em parceria.** A vivência em parceria de situações que os profissionais consideram ter sido uma situação de parceria evidenciaram alguns aspectos significativos, o **sentimento de satisfação, optimismo** por conseguir que nessa parceria houve uma sensação de tarefa cumprida, o utente tornar-se mais receptivo ao tratamento, o apoio e conforto, referido por um médico participante:” *precisamente o de apoio e conforto na aceitação do tratamento integrando os profissionais no contexto familiar.*” Um sentimento de realização, desenvolvimento de novo conhecimento e competências.

A maior proximidade com os familiares que a parceria condiciona, faz emergir uma maior envolvimento e comunicação de profissionais de saúde/utente/família, e a satisfação com o bem-estar dos utentes.

- **Quanto ao tipo de cuidados realizados em parceria com a família,** surgem as **actividades da vida diária**, os cuidados de higiene e alimentação.

Também os profissionais de saúde referem ser estes os cuidados em que a família deve participar, visto serem aquelas que primeiro se pede a um familiar, sendo estes considerados cuidados de manutenção e de continuidade da vida. Para

Colliére (1999) os “*cuidados quotidianos e habituais estão ligados à manutenção, de continuidade da vida*”.

Quanto às necessidades de apoio psicológico este vai influenciar a aceitação dos cuidados a prestar. É importante o relato de dois médicos participantes: “ *o apoio psicológico é muito importante na aceitação do tratamento*”. O que não vai de encontro à teoria de cuidar, de Hesben (2001:100), “*Enquanto prestadores de cuidados, os enfermeiros, tal como a restante equipa multidisciplinar, praticam o cuidar em todas as suas dimensões e em toda a sua complexidade*”.

O mais importante é cuidar independentemente de ser médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou familiar. O grupo em comum oferece à pessoa que recebe cuidados, um leque de competências que não devem ser hierarquizadas.

Sugerem-nos estes resultados uma necessidade de sensibilização dos profissionais para o envolvimento contínuo da família no cuidar e não ficar apenas pela satisfação destas necessidades.

- ***Quanto às condições na organização para cuidar em parceria***, surgem o **contexto organizacional** com o pouco espaço físico e o horário das visitas muito limitado.

O hospital significa para o utente um mundo desconhecido, despersonalizado, impessoal e inevitavelmente agressivo (Ramos, 2004), os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros e auxiliares de acção médica que participaram neste estudo partilham esta ideia e por isso a maioria é de opinião que o hospital não tem condições para os utentes terem companhia, e que o horário das visitas está desajustado.

Emerge então da opinião destes participantes a necessidade de mudar não só as normas de visitas e de acompanhamento mas também alguns aspectos estruturais tais como organizar enfermarias com menos camas. Como nos refere Santos (2002:33) “ *o espaço disponível limita-se à cama e a uma cadeira. Porque o obriga, ao entrar ali, a deixar à porta tudo o que faz parte do seu mundo específico e singular, que o diferencia de outro ser*”.

Também estes actores identificam a falta de privacidade como situações vividas durante o internamento “ *o espaço físico é pequeno e não preserva a privacidade e o bem-estar do utente e da família*”.

Continuamos assim a destacar a sensibilidade de alguns profissionais de saúde face àquilo que lhes parece melhor tanto para o utente como para a família, mesmo quando para isso actuam “*em desacordo*” com a orgânica instituída no hospital.

- ***Quanto às vantagens da participação da família nos cuidados***, surge o **envolvimento no processo terapêutico e preparação da família para a continuidade dos cuidados**.

Esta parceria seria importante porque iria permitir a preparação dos familiares para a continuação dos tratamentos no domicílio, pela aprendizagem que necessariamente esta parceria implicaria de conceitos básicos como mobilizações, entre outros, nomeadamente pelo seu envolvimento nos tratamentos durante o internamento. Esta é a situação futura mais provável: que o utente mantenha a necessidade de cuidados de supervisão e instrumentais (Paul, 1994) após a alta hospitalar.

A continuidade dos cuidados deve envolver toda uma equipa multidisciplinar, na qual se inclui o próprio utente e a família. Deste modo, de acordo com Cabete (citado em Luz, 2003:36), a enfermeira deve centrar a sua actuação “*na promoção da autonomia, no respeito pela vontade do utente e na garantia da continuidade dos cuidados. Ao tentar ver os problemas da pessoa tal como ela os sente, concretizando as actividades com ela planeadas e validando os resultados creio poder considerar que, em conjunto, damos resposta às suas necessidades*”.

Em relação à família, o envolvimento desta permite que haja uma consciencialização efectiva das limitações do seu familiar doente, pelo que surge a necessidade de obter conhecimentos específicos que a ajudarão a cuidar do utente no domicílio, cabendo ao profissional de saúde o papel de formador junto do mesmo identificando as suas necessidades e esclarecendo dúvidas.

Podemos concluir que “*A continuidade, sendo fundamental para o êxito dos cuidados domiciliários, define-se como a transição real e eficaz do utente, da*

*instituição de saúde onde está internado para casa. Esta, exige a preparação do utente para a alta, a coordenação dos recursos adequados, facilitando a adaptação do utente e do prestador de cuidados informal à nova situação de saúde. Para que a adaptação seja facilitada, é fundamental que o profissional de saúde do internamento (enfermeiros) e enfermeiro de família promovam o envolvimento do utente e da família nos cuidados e defendam a utilização eficaz dos recursos profissionais e familiares, sendo isto imprescindível face às realidades dos dilemas económicos dos cuidados de saúde” (Andrade et al, 2005:27-28).*

- **Quanto às sugestões para melhorar a parceria com a família nos cuidados, surge o alargamento do horário de visita e incentivar a família a participar.**

É necessário que os serviços de saúde centrem no utente e na família os planos de desenvolvimento, pois trás vantagens para os utentes, por isso é aconselhável que estes se organizem no sentido de alargar o horário de visitas ou aumentem o número de horas para que a família possa estar com o seu ente internado. Os profissionais principalmente, os enfermeiros, devem incentivar as famílias a participar, havendo para isso uma maior abertura, executando actividades de ensino aos familiares ao longo do internamento tendo em vista a futura alta.

É de grande importância também referido por um enfermeiro participante “*detectar junto da família qual o familiar disponível para participar nos cuidados*”. O envolvimento da pessoa significativa no processo de cuidar visa a aproximação entre o hospital e a família. O familiar significativo deverá ser um parceiro no cuidar apresentando um valioso contributo na continuidade dos cuidados após a alta.

### **3 - SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS FAMILIARES E PROFISSIONAIS PARTICIPANTES**

Estes resultados revelam a importância atribuída pelos dois grupos participantes à participação da família nos cuidados ao utente internado num serviço de ortopedia de um centro hospitalar da região de Lisboa.

Em suma, é unânime de que a participação da família nos cuidados ao utente internado abrange vantagens evidentes, no que se refere ao utente (manutenção do vínculo profissional, maior apoio, menor sentimento de ruptura com o ambiente familiar, preparação para a continuidade dos cuidados).

Apresenta eventuais constrangimentos, como problemas de natureza organizacional como o horário de visita reduzido, praticado nesta instituição, sendo também unânimes em sugerirem que a família possa participar nos cuidados ao seu familiar internado, e no alargamento do horário de visitas para que esta possa permanecer mais tempo junto do seu familiar internado.

Por parte dos profissionais de saúde, é importante uma maior abertura e um maior incentivo por parte destes para a participação da família nos cuidados ou seja é importante a envolvimento desta no processo terapêutico do utente para a continuidade dos cuidados no domicílio.

Em suma, podemos dizer que os cuidados em parceria com a família, permitem um crescimento emocional e social da família e dos profissionais de saúde, que geram uma maior satisfação e envolvimento nos cuidados, considerando que a participação da família não é de mero visitante ou técnico, mas parceria no cuidar.

## CONCLUSÃO

A comunicação faz parte de cada um de nós. É uma necessidade vital, a tal ponto que normalmente nem nos apercebemos que existe.

Como refere Ramos (2001:157), *“A comunicação é constitutiva de toda a sociedade humana e animal, desenvolve-se em todos os espaços de vida social, nomeadamente na escola, na escola, na família, no hospital (...) em cada um destes contextos é confrontada com profundas modificações, (...), sociais, culturais e políticas ...”*.

Por seu lado, a necessidade de comunicar é universal, e sempre que duas ou mais pessoas se encontram, há tendência para estabelecer uma espécie de interacção e o seu êxito depende da facilidade em comunicar.

A tendência actual tende a incorporar as habilidades da comunicação no relacionamento interpessoal. Para o conseguir é indispensável adoptar determinada ideologia de respeito e aceitação dos outros, assim como uma reflexão pessoal sobre os próprios valores e crenças, se estes não se conhecem podem actuar como bloqueadores da comunicação.

É de referir que, a comunicação é aceite como crucial, uma vez que constitui uma componente essencial do relacionamento entre os profissionais de saúde, o utente e a família do utente internado. A presença ou ausência de uma comunicação eficaz determina o ambiente em que os cuidados são prestados e recebidos.

É pois essencial que se desenvolva uma relação de empatia de modo a que o utente e família sintam que podem contar com o profissional de saúde pois estes dispensam-lhes atenção, escuta-os, informa-os e responde com clareza às suas dúvidas.

Segundo o Ministério da Saúde (1997), quando a pessoa se encontra doente, direitos e deveres, mas principalmente os direitos, tomam mais acuidade, dada a vulnerabilidade bio-psico-social invariavelmente ligado a este estado.

Assim, todo o ser humano tem direitos e deveres, que são consagrados de acordo com a filosofia, a forma de viver e a cultura de cada comunidade.

Devem ser facilitadas, tanto ao utente como à família, informações e conhecimentos que sejam essenciais à continuidade dos cuidados no domicílio.

Apesar dos aspectos particulares de cada profissional, todos eles têm de compreender que a *“equipa é um conjunto de elementos solidários, ligados entre si segundo um certo modelo de organização tal que cada um depende dos outros e que o rendimento de cada elemento varia com a sua relação com os outros”* ( Durval, citado por Rodrigues, 1996:32)

Equipa Multidisciplinar pressupõe, que os profissionais reconheçam os valores dos cuidados de saúde, exigindo que estejam dispostos a modificar as suas atitudes, métodos de trabalho, ou seja, investir na sua formação, de modo a adquirirem competências que lhes possibilite terem uma atitude na profissão que integram e a organização na qual desenvolvem a sua actividade profissional.

Com a realização deste trabalho damos também por concluída uma exigência prática do 7º Mestrado Comunicação em Saúde, e pensamos ter atingido os objectivos inicialmente propostos.

Pretendemos ainda, que seja um contributo para a clarificação do tema e que possa contribuir para novas investigações.

No que se refere à bibliografia consultada sobre o tema, forneceram-nos dados que vieram reforçar a ideia que tínhamos sobre a importância da participação da família nos cuidados ao utente internado num serviço de Ortopedia.

Os instrumentos de colheita de dados, entrevista e questionário, foram capazes de nos fornecer os dados requeridos, pelo que os consideramos bem seleccionados, obviamente de entre outras hipóteses plausíveis.

Sobre os resultados obtidos podemos dizer o seguinte:

Da análise de registos das entrevistas efectuadas aos familiares participantes ressaltam alguns aspectos a considerar:

- ***Sobre as alterações familiares originadas pelo internamento do familiar***, é de opinião unânime: **o suporte familiar**, com as **alterações no trabalho**, o **difícil conciliar o trabalho com o horário das visitas**.

- ***Sobre se gostaria de participar nos cuidados ao familiar internado***, os participantes foram unânimes em **referirem que sim**, o que nos leva a concluir que será fácil haver uma relação de parceria com a família.

- ***Do porquê da participação nos cuidados ao familiar internado***, surge: **necessidade de ajuda, a participação, disponibilidade para ajudar e o dever / obrigação**.

Participar nos cuidados parece ser um elemento importante, relacionado com a vontade de se sentir útil, cooperando na recuperação do seu familiar internado.

- ***Quanto ao tipo de cuidados que gostaria de realizar durante o internamento***, surgem como **tarefas a realizar, a alimentação e higiene e conforto**.

Pensamos que o facto dos familiares referirem mais as actividades alimentação, e higiene e conforto, está relacionada com o facto de ser aquela que primeiro se solicita à família, para que a participação desta se concretize de uma forma gradual e, talvez, por ser aquela em que o familiar se sente mais preparado.

- ***Quanto à disponibilidade para participar nos cuidados***, salienta-se o **dever / obrigação e a falta de tempo**.

A família mais uma vez sente que é seu dever participar em todos os cuidados necessários, ou seja, dar toda a sua ajuda em tudo o que pode colaborar, embora para satisfação desta ajuda é necessário tempo, ou seja é necessário que se criem condições para que essa participação vá de encontro aos interesses da família e do utente.

- ***Do conhecimento dos direitos do doente***, surge a **Dignidade e o Respeito**.

Os utentes internados numa instituição de saúde são pessoas com direitos e deveres. Não deverão ser tratados apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade mas com todo o respeito à dignidade humana.

Cada pessoa é um ser único, protagonista de uma história e de uma cultura, razão pela qual estes aspectos devem ser fundamentais na prática dos cuidados de saúde. Por vezes, estes direitos não são respeitados pela instituição, pelos profissionais de saúde ou até pela própria família.

As instituições e os profissionais de saúde devem assegurar que os utentes tenham a possibilidade de fazer valer os seus direitos e afirmar-se como pessoa. Para que tal aconteça, devem estar afixados em locais próprios e visíveis folhetos informativos sobre os “Direitos e Deveres do Doente”.

---

**- Em relação ao conhecimento dos direitos da família, surge o acompanhar o utente, ter mais tempo de visita para o acompanhar.**

Os participantes não são conhecedores dos direitos da família, mas sabem que esta tem o direito de acompanhar o seu familiar internado.

É importante salientar mais uma vez o desconhecimento dos direitos da família por parte de alguns dos participantes. É de extrema importância reflectir sobre a forma como devemos informar as famílias sobre estes direitos, para que possa de alguma forma contribuir para uma humanização nos cuidados.

As instituições e os próprios profissionais de saúde devem facilitar e incentivar o apoio afectivo que a família pode dar ao utente.

**- Sobre as condições do serviço para a participação da família nos cuidados ao utente;** surge no **contexto organizacional**, **o horário das visitas curto.**

O contacto directo com o familiar internado dão-se na hora da visita, o que é prejudicial nesta instituição por ter apenas uma hora e trinta minutos durante a semana e somente de uma hora ao fim de semana, altura em que os familiares têm mais possibilidade e mais tempo para poderem acompanhar o utente.

Surge também de importância na **relação interpessoal** a **colaboração por parte dos profissionais de saúde e comunicação.**

É prática corrente deste serviço a abertura de alguns enfermeiros para a permanência fora do horário de visitas, de familiares, embora vá contra as normas do horário de visitas vigente nesta instituição.

**- Quanto às medidas para melhorar a participação da família nos cuidados ao utente internado,** surge mais uma vez **o alargamento do horário das visitas.**

A posição dos participantes de alargar o horário das visitas, é uma situação que acontece diariamente enquanto “ perversão” do sistema ou norma, e que valeria a pena ser experimentada como instituída pela instituição para que houvesse um cuidar em parceria com a família.

Da análise dos registos dos questionários aplicados aos profissionais de saúde participantes há a salientar:

**- Sobre o considerar o horário de visitas adequado:** a maioria dos participantes refere que o horário praticado nesta instituição não é **o adequado** para que haja participação da família nos cuidados ao utente internado neste serviço.

---

- **Quanto à adequação do horário**; surge como perspectiva o **inadequado** devido a ser muito curto.

É importante realçar que esta perspectiva surge da opinião dos enfermeiros e auxiliares de acção médica, pois são estes profissionais que estão vinte e quatro horas com o utente e são eles que sentem as necessidades e os problemas das famílias e dos próprios utentes.

- **Quanto à importância da participação da família nos cuidados**, a grande percentagem dos participantes considerou importante.

- **Quanto às razões referidas pelos participantes para a importância da participação da família nos cuidados**, surge a necessidade de apoio psicológico e participação com o envolvimento no processo terapêutico.

Quando uma pessoa é submetida a um internamento hospitalar necessita de apoio e carinho, então consideramos importante que a família do utente internado proporcione este apoio emocional e segurança aos seus membros através do carinho, interesse compreensão e aceitação.

- **Quanto à situação de tratamento em parceria com a família**, surge na **vivência em parceria** o aceitar o tratamento, informação acerca da situação do utente.

A parceria quando estabelecida entre várias pessoas, neste caso entre profissionais de saúde e família, enquadra-se numa parceria interpessoal. Pode surgir, em determinado momento as pessoas agirem, integrando os princípios de parceria.

Concluimos que para alguns dos profissionais participantes, a situação de tratamento em parceria é uma experiência ainda não vivida mas que gostariam que isso acontecesse.

- **Quanto ao sentimento vivido com o tratamento em parceria**, a vivência em parceria de situações que os profissionais consideram ter sido uma situação de parceria, evidencia alguns aspectos significativos: o **sentimento de satisfação**, **optimismo** por conseguir que nessa parceria houve uma sensação de tarefa cumprida.

- **Quanto ao tipo de cuidados realizados em parceria com a família**, surgem as **actividades da vida diária**, os cuidados de higiene e alimentação.

Também os profissionais de saúde referem ser estes os cuidados que a família deve participar, visto serem aquelas que primeiro se pede a um familiar, são considerados cuidados de manutenção e de continuidade da vida.

---

- **Quanto às condições na organização para cuidar em parceria;** surgem o **contexto organizacional** com o pouco espaço físico e o horário das visitas muito limitado.

Continuamos assim a perceber a sensibilidade de alguns profissionais de saúde face àquilo que lhes parece melhor tanto para o utente como para a família, mesmo quando para isso actuam “*em desacordo*” com a orgânica instituída no hospital.

- **Quanto às vantagens da participação da família nos cuidados,** surge o **envolvimento no processo terapêutico e a preparação da família para a continuidade dos cuidados.**

A continuidade dos cuidados deve envolver toda uma equipa multidisciplinar, na qual se inclui o próprio utente e a família.

- **Quanto às sugestões para melhorar a parceria com a família nos cuidados,** surge o **alargamento do horário de visitas e incentivar a família a participar.**

É necessário que os serviços de saúde centrem no utente e na família os planos de desenvolvimento, pois trás vantagens para os utentes, por isso é aconselhável que estes se organizem no sentido de alargar o horário de visitas ou aumentar o número de horas para que a família possa estar com o seu ente internado.

O familiar significativo deverá ser um parceiro no cuidar apresentando um valioso contributo na continuidade dos cuidados após a alta.

Foi sempre nossa preocupação assegurar o máximo rigor metodológico, ao longo deste trabalho, no entanto, reconhecemos que existem limitações, pelo que achamos importante mencioná-las:

- Não podemos ignorar que este estudo foi fortemente condicionado pelo tempo;
- O facto de ser a primeira vez que o investigador utilizou como meio de instrumento de recolha de dados a entrevista áudio gravada;
- A dificuldade na recolha dos questionários da parte de alguns profissionais, nomeadamente os médicos.

A constatação destas limitações e a sua análise foram muito positivas e serviram de momentos de aprendizagem e assim permitem o nosso crescimento no campo da investigação.

Sobre as sugestões finais:

Em face das nossas percepções, assentes tanto em bases teóricas como práticas, na pesquisa bibliográfica efectuada e nos dados colhidos ao longo do trabalho.

As repercussões que gostaríamos que este estudo pudesse a vir a ter são:

**1. Implicação dos familiares:**

- Educar a família para que a mesma tenha conhecimentos e habilidades que lhe permitissem participar nos cuidados ao utente internado, isto, obviamente iria implicar recursos humanos e financeiros que nem sempre estão disponíveis.

**2. Implicação dos profissionais de saúde:**

- Sensibilização e formação em serviço, através de encontros para a reflexão e mudança de atitude dos profissionais de saúde, sobre esta temática, o que contribuirá para melhorar a qualidade dos cuidados e comunicação profissionais de saúde / utente / família dos utentes internados no serviço de ortopedia.

**3. Implicação da instituição:**

- Promover condições organizacionais que favoreçam a implementação da participação da família nos cuidados aos utentes internados, apoiando-os em simultâneo; começando pelo alargamento do horário de visita. É uma situação que acontece diariamente enquanto “perversão” do sistema, e valeria a pena experimentar enquanto situação instituída.

Uma relação efectiva de parceria deverá ser pautada pelo dinamismo e sensibilização de todos os parceiros envolvidos.

A título de reflexão achamos pertinente as palavras proferidas por F. Ferrão «**As pessoas não valem por aquilo que escrevem ou dizem mas por aquilo que são capazes de fazer pelo seu semelhante, no momento oportuno**».

**BIBLIOGRAFIA**

- Almeida, C; et al (1997). Opinião dos Familiares Face ao seu Acompanhamento e Participação nos Cuidados ao Doente durante o período de Internamento. *Enfermagem em Foco – SEP*, 28, p.36-43.
- Altschul, A. (1999). *A Psicologia na Enfermagem*. Lisboa: Publicações Europa-América, 236p.
- Andrade, E. (2000). Opinião de doentes e enfermeiros acerca das visitas aos doentes hospitalizados. *Revista Referencia*, 4, p.39-45.
- Andrade, F. et al (2005). Alta Clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio. *Sinais Vitais*, 59, p.25-28.
- Assis, M. et al (2000). Continuidade de Cuidados em Bloco Operatório. *Revista AESOP*. Vol II, nº 5, Junho, Lisboa, p.7.
- Aston, J. (1981). *Ortopedia e Traumatologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Augusto, B. (2002). Comunicação enfermeiro/doente acamado durante os cuidados de higiene. *Informar*. Porto. Ano 4, 13, Janeiro-Março, p. 32-38.
- Azevedo, M. (2003). *Teses, Relatórios e Trabalhos escolares (3ª Ed.)*. Lisboa: Universidade Católica editora.
- Barardo, A. (1988). *Planeamento de Altas Hospitalares*. Comunicação Apresentada na Conferência sobre Financiamento e Gestão de Serviços Hospitalares, Vilamoura.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, 3ªEd. 70. 223p.
- Bell, J. (1999). *Como realizar um Projecto de Investigação-Um guia para pesquisa em ciências sociais e educação*. Lisboa: Gradiva.
- Bell, L. (1999). Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. *Recherche en soins infirmiers* , Lyon, 58, Setembro, p.16-18.
- Berlo, D. (1989). *O Processo de Comunicação – Introdução à Teoria e à Prática*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bernardo, FR. (1995). A Arte de Saber Escutar. *Servir*, 2,p.12-14.
- Bihim. J. (1996). *Teoria Organizacional: estrutura e pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 371p.
- Bogdan, R. et al. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto Editora, 335p.

- 
- Bolander, V. & Sorensene L.(1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
  - Burnard, P. (1993). Comunicação: uma aptidão essencial. *Nursing*, 66,p.15-17.
  - Caetano, A. (1978). *Sobre a Comunicação Interpessoal*, 1ª ed., Lisboa:Ulmeiro.
  - Caetano, E. (2002). *O internamento em Hospitais*. Lisboa: Edições Fundação Calouste Gulbenkian.
  - Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital*. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
  - Carmo, H; Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação-Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
  - Carneiro, M. (1981). *Acolhimento de Alunos*. Lisboa. Trabalho apresentado à Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, no Âmbito do Curso de Enfermagem Complementar.
  - Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançado Imperativo Humanista*. 2ªed, Lisboa: Lusociência, Edições Técnico Científicas, 283p.
  - Castanheira, J. (2000). *Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados*. Direcção Geral da Saúde (circular normativa), Lisboa. p.2.
  - Chiaveanto, I. (1999). *Introdução à teoria geral da administração* (3ªed.) São Paulo: Editora Campus.
  - Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros Portugueses.
  - Correia, M. (1996). Vivências do Idoso e da Família Perante um Internamento Hospitalar. *Revista de Geriatria*, 7, p.24-26.
  - Correia, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
  - Costa,S. (1996). *Medos do Doente em Internamento Hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Lisboa: Universidade Católica.
  - Costa, J. (1999). *Comunicação, que realidade numa unidade de Ortotraumatologia*. Estudo apresentado nas II Jornadas de Investigação da Região Autónoma da Madeira, Funchal.
  - Cunha, A. (1991). A saúde e a Família. *Servir*, 18, p.231-233.

- 
- Curry, S. (1995). Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente da UCI. *Nursing*,94, p.10-13.
  - Diniz, J. (1992). Cuidados informais, família e comunidade. *Cadernos da Administração Regional de Saúde de Santarém*, 21 (6), p.19-21.
  - Direcção Geral da Saúde (2000). *Circular Normativa – Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados*. Janeiro, 28.
  - Duvall, T. Miller, A. (1991). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.79-154.
  - Estanqueiro, A. (1993). *Saber lidar com as Pessoas. Princípios da Comunicação Interpessoal*. 2ª Ed. Lisboa: editorial Presença.
  - Esteves, A. Azevedo, J. (1998). *Metodologias qualitativas para as ciências sociais*. Porto: Universidade do Porto.
  - Fallon, M. (1999). *Intervenção Junto da Família*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, p.21.
  - Figueiredo, M. (1995). Ética e investigação em enfermagem. *Sinais Vitais*, 2, p.19-24.
  - Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
  - Franco, P; Martins, C. (2000). A visita de familiares ao doente internado no HIESE, *Nursing*, 142, p.34-36.
  - Gás, B. et al (1984). *Enfermagem Prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro: editora Guanabara p.98-114.
  - George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
  - Gil, A. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4ª ed., São Paulo: Atlas.
  - Gomes, I. (2002). *O conceito de Parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde, Universidade Aberta.
  - Gomes, M. et al (2002). *Cuidados Continuados. Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra: Formasau.
  - Gonçalves, A. et al (2001). O Enfermeiro e a Família Parceiros de Cuidados? *Nursing*, 151,p.11-17.

- 
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería*. Interamericana: Madrid.
  - Henriques, A; Jorge, M. (1999). Dificuldades Sentidas pela Família após a Alta Hospitalar. *Enfermagem*, 13,p. 22-29.
  - Hesben, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência, edições Técnicas e Científicas, 201p.
  - Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência, edições Técnicas e Científicas, 220p.
  - Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
  - Honoré, B. (1998). *Le partenariat dans l'evolution des structures de santé. Perspective Soignante*, Paris : Arslan, 37, p.21-37.
  - Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto na Existência*, 2ª ed. Loures: Lusociência.
  - Igreja Católica, Papa (1993). (João Paulo II). *Familiares consortio: exortação apostólica de João Paulo II*. Lisboa: S. Paulo, 151p.
  - Lazure, H.(1987). *Viver a relação de Ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta, 214.p.
  - Lazure, H.(1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 214p.
  - Leal, M. (2001). Estudo dos Níveis de Independência Funcional dos Doentes com Gonartrose após Artroplastia Total do Joelho. *Sinais Vitais*, 39, p.34-39.
  - Leandro, M. (2001). *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*, Lisboa: Universidade Aberta.
  - Lello, J. Lello, E. (1974). *Lello Universal*. Porto: Lello e Irmão Editora, 511p.
  - Lopes, P. Martins, M.(2000). *O acompanhamento do doente no perioperatório pelo familiar ou pessoa significativa, Ensino e Enfermagem: Processos e Percursos de Formação, Balanço de um projecto*. Lisboa: DRH – Departamento de recursos humanos, centro de formação e aperfeiçoamento profissional.
  - Lopez, M. (1998). *Imagem e singularidade: Reinventando o saber da enfermagem, marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes médicas, p.43-52.

- Luiz C. (1996). *Família Hoje*. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Luz, E. (2003). Importância dos Conteúdos da Carta de Alta para a Continuidade dos Cuidados. *Nursing*, 175, p.34-44.
- Manley, K. (1989). As Carências e o Apoio dos Familiares. *Nursing*, 18, p.13-17.
- Marconi, M. Lakatos, E. (1999). *Técnicas de pesquisa*. 4ª ed.. São Paulo
- Maslow, A. (1998). *Toward a psychology of Being*. 3ªed, Nova Iorque: Wiley.
- Martins, M. (2004). Visitas e parceria de cuidados. *Revista de formação contínua em enfermagem*, 184, p.8-15.
- Mendes, C. (1994). A comunicação em enfermagem: comunicar para ajudar. *Nursing*, 82, p.12-13.
- Mendonça, R. (1993). Enfermagem, Profissão de Desgaste, *Nursing*, nº 60.
- Millar, B. (1989). Critical Support in Critical Care. *Nurs. Times*, 85, 31-33.
- Ministério da Saúde (1997). *Direitos e Deveres*, Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, s. d. (folheto, 15p).
- Ministério da saúde (1997) – *Carta dos Direitos e deveres dos Doentes*.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias, Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moreira, C. (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*, Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Moura, V. (1988). *Aspectos Técnicos e Jurídicos de uma Declaração Universal dos direitos da Família: actas da mesa redonda organizada por Prodefa – Secretariado Nacional*. Lisboa: Ministério do Emprego e Segurança Social, Direcção Geral da Família, p.27.
- Moreira, I. (2001). O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar pela família. *Sinais Vitais*. Coimbra, Agosto, p. 154.
- Morse, J. (1997). *Completing a Qualitative Project*. London: Sage.
- Neto, L. (2003). Dez Questões sobre o Modelo Comunicacional da Gestão Coordenada das Significações. *Pensar Enfermagem*, 7, p.22-31.
- Neves, L. (2000). Práticas Cuidativas numa unidade de cirurgia. *Servir*, 48 (1), Janeiro/Fevereiro, Lisboa, p.19-21.

- 
- Nolan, J. (1996). Can Nurses Take an Accurate Blood Pressure? *Nursing*, 2 (14), 724.
  - Nunes, I. Correia, S. (2004). *Importância que os Enfermeiros de um Serviço de Ortopedia Atribuem às Visitas dos Doentes Internados*. Monografia Realizada no Curso de Complemento em Enfermagem na Universidade Atlântica, Barcarena, 10-94.
  - Oliveira, C. (1994). A Consciência Moral e o Agir em Enfermagem. *Servir*, Lisboa, 45 (1), Janeiro / Fevereiro, p.16-20.
  - Oliveira, M. (2005). *Como fazer projectos, relatórios, monografias, dissertações e teses*. 3ª Ed., Rio de Janeiro: Campus.
  - Oliveira, S. (1998). *Tratado de metodologia científica: projectos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. São Paulo: Editora Pioneira.
  - Osorio, L. (1996). *Família Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
  - Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2ªed. Newbury Park: Sage Publications.
  - Paúl, M. (1994). *O papel das Famílias na Prestação de Cuidados a Crianças e Idosos*. Comunicação apresentada na Convenção da Anual da APPORT – Família e Desenvolvimento, Portalegre.
  - Pearce, W. (1994). *Interpersonal Communication: Marking Social Worlds*. Nova Iorque: Harper Collins.
  - Pereira, M. (2001). *Cuidar de Idosos Dependentes: Expectativas dos Prestadores de Cuidados*. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende e à Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa no âmbito do 1º Curso de Complemento de Enfermagem, Lisboa, 10-127p.
  - Pinheiro, M. (1997). Manual de Acolhimento para o doente que vai ser operado. *Enfermagem*, (2ª Série), Lisboa, Julho / Setembro, p.22 – 25.
  - Phipps, et al. (1990). *Enfermagem Médico-cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. 1ª ed., Lisboa: Lusodidacta.
  - Phipps, et al. (1995). *Enfermagem Médico-cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. 2ª ed., Lisboa: Lusodidacta.
  - Pinto, S. (1991). *Abordagem ao Papel e Funções da Família face à Pessoa com Deficiência e a Celebração do AIF*. *Hospitalidade*, p.227-228.

- 
- Pinto, V. (2000). A Participação da Família no Processo Terapêutico do Doente Idoso Internado num serviço de Medicina. *Servir*, 48, p.162-171.
  - Polit, D. Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
  - Potter, P. Perry, A. (1999). *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos, processo e prática*. 4ª ed., vol.1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
  - Prieur, B. (1999). *As Heranças Familiares*. Coleção Sistemas, Famílias e Terapias. Lisboa: Cliepsi Editores.
  - Quintela, M. (2001). Cuidados Continuados, Cuidados Humanizados: Uma Nova Relação Social com a Saúde das Pessoas. *Humanização em Notícia*, 9 (5), Outubro, Porto, Ministério da Saúde.
  - Quivy, R. Campenhoudt, L.(2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
  - Radcliffé-Brown, A. (1952). *Estrutura e Função na Sociedade Primitiva*. Rio de Janeiro: Petrópolis, Editora Vozes, p. 180.
  - Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, nº2, Lisboa, Universidade Aberta, p.155-178.
  - Ramos, N. (2002). Educação saúde e culturas – Novas perspectivas de investigação e intervenção na infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, nº1,2 e 3, Lisboa, Universidade Aberta, p.463-487.
  - Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
  - Relvas, A. (1982). A Família: Introdução ao seu Estudo numa Perspectiva Sistémica. *Revista Rol de Enfermaria*, Barcelona, Ano XVII, 187.
  - Renaud, I. (1990). A Pessoa Humana. *Servir*, Julho / Agosto, p.159-165.
  - Rodrigues, A. Fernandes, L. (1996). A Importância da Comunicação numa Equipa Multidisciplinar. *Nursing*, 101, p.31-33.
  - Rosas, M. et al. (1999). A Comunicação em Enfermagem: Atitudes e Competências, *Nursing*, 30, Ano 3, p.42-44.
  - Salgueiro, N. (1994). Investigação em enfermagem. *Nursing*, 76, p.8.
  - Salgueiro, N. (1986). Direitos dos Doentes e Família. *Servir*. Lisboa. 34, 5 e 6, p.270-280.

- 
- Salt, J. (2001). A Participação da Família no " cuidar ". *Nursing*.37,p.11-13.
  - Salvador M.(1982). “*Família: Funcionamento & Tratamento*”. Porto Alegre: Artes Médicas.
  - Sampaio, D. (1995). *Inventem-se Novos Pais*. Lisboa: Caminho.
  - Santos, J. (2002). *Parceria nos Cuidados - Uma Metodologia Centrada no Doente*. Porto: Edições Fernando Pessoa.
  - Santos, K. Silva, M. (2003). Pacientes Idosos e sua Percepção da Comunicação Verbal e Não-verbal com a Equipa de Saúde em uma Instituição Hospitalar, *Revista Paulista de Enfermagem*, 22.
  - Saraceno, C.(1997). *Sociologia da Família*. Lisboa: Estampa
  - Scott, P. et al (2003). Privacy and Informed Consent: Elderly Care Perspective, *British Journal Of Nursing*, 12 (3), p. 158.
  - Shands, M. et Zahliz, E. (1995). *A Família e a Doença. Enfermagem Médico-Cirúrgica*, Lisboa: Lusodidacta.
  - Streubert, H. (2002). What is nursing knowledge? In Streubert, H; Carpenter, D. *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, J. B. Lippincott company, p.15-27.
  - Schenk, E. et al (1990). *Alterações dos Níveis de Consciência. Enfermagem Médico cirúrgica – Conceitos e prática Clínica*. vol. 2, 1ª ed. Lisboa: Lusodidactica, p.253.
  - Serra, L. (2001). *Critérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia*. 2ª ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas. 498p.
  - Serra, M. (2005). *Aprender a ser Doente: Processos de aprendizagem de doentes em Internamento Hospitalar*. Loures: Lusociência.
  - Sousa, P. (2000). *Um Olhar Sobre o Cuidar em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta.
  - Sousa. L. et al (2004). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Lisboa: Ambar, 145p.
  - Stanhope, M; Lencaster, J.(1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 4ª ed. P.492-1225.

- Temmink, D. et al (2000). Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. *Journal of Advance Nursing*. Oxford, p.1449-1458.
- Turnbull, A. et al (2006). *Families, professionals and Exceptionality: Positive Outcomes Through Partnerships and Trust*, 5ªed. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Vala, J. (1986). *A Análise de Conteúdo*. “ *Metodologia das Ciências Sociais*”. Porto, Afrontamento, p.101 – 128.
- Vilagrosa, P. (1991). Perfil Profissional del Paciente: de Acogida de los Hospitales. *Todo Hospital*, 77, p.23-29.
- Watzlawick, P. et al. (1983). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.
- Watson, J. (1999). *Post-modern Nursing and Beyond*, Edimburgo: Churchill and Livingstone.
- Weitzner, M. et al (2000). The family caregiver of the older cancer patient. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 14, p.269-281.
- Wochna, V.(1997). Anxiety, needs and coping in family members of the bone marrow transplant patient. *Nursing*. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers, vol. 20, 4, p.244-250.
- Worsley, P. (1996). *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, p.87.
- Wright, L. Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

## DICIONÁRIOS

- *Dicionário da Língua Portuguesa* 2003, 8ª ed. Porto Editora.

## INTERNET

- Dias, A. – *Postais Antigos de Carcavelos*  
«<http://pwp.netcabo.pt/carcavellos/galeria.htm> (recuperado 2007, Novembro 30).
- DGS – <http://www.lpoporto.min-saude.pt/InfoUtente/DireitosDeveres> (recuperado em 2007, Setembro 2).
- DGS – <http://www.Dgsaude.pt> (recuperado em 2007, Setembro 2).

- SILVA, J. Vieira (2003). *Trabalhando com Famílias Utilizando Ferramentas*. (recuperado em 2007, Agosto 23), em:  
<URL: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v6n2/Pesquisa3.pdf>>.
- URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/> (recuperado em 2007, Setembro 29).

**ANEXOS**

Anexo 1 – Autorização Institucional para a Realização do Estudo



Anexo 2 – Guião da Entrevista aos Familiares

## ENTREVISTA AOS FAMILIARES

Sr./Sra.

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

Nesse âmbito estamos a realizar um trabalho de investigação que pretende estudar, a *“Participação da família nos cuidados ao doente internado num serviço de ortopedia”*.

Este trabalho tem como objectivo geral:

- ❖ Conhecer o modo e o tipo de integração da família nos cuidados aos doentes internados num serviço de ortopedia na opinião dos familiares e profissionais de saúde.

### **Objectivos específicos:**

1. Analisar a importância da integração da família nos cuidados ao doente internado num serviço de ortopedia, durante o internamento hospitalar, segundo a opinião dos familiares e profissionais de saúde;
2. Analisar as actividades de vida, mais importantes para a integração dos familiares nos cuidados ao doente internado num serviço de ortopedia, durante o internamento hospitalar segundo a opinião dos familiares e profissionais de saúde;
3. Determinar as competências mais importantes dos familiares para se integrarem nos cuidados ao doente internado num serviço de ortopedia durante o internamento hospitalar, segundo a opinião dos informantes.
4. Identificar sugestões dos familiares e profissionais de saúde para melhorar a integração destes nos cuidados ao doente internado num serviço de ortopedia.

Para a recolha de dados optámos pela utilização de uma entrevista semi-estruturada audiogravada, na medida em que nos parece o mais adequado neste tipo de estudo.

Naturalmente as informações recolhidas serão confidenciais e unicamente utilizadas no âmbito do presente estudo.

O Sr./Sr.<sup>a</sup> tem o direito de recusar responder a alguma pergunta, podendo inclusive abandonar a entrevista, sendo-lhe garantido que em na da será prejudicado, caso opte por essa posição.

A sua participação contribuirá para um melhor conhecimento da problemática em estudo, permitindo a introdução de estratégias adequadas, para a melhoria na participação da família nos cuidados ao doente internado neste serviço.

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

Enfermeira Isabel Nunes

## I Parte

Dados dos Familiares:

1 - SEXO :                      Masculino                       Feminino

2 – IDADE:

3 – ESTADO CIVIL:

4 – HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

5 – PROFISSÃO:

6 – FAMILIAR INTERNADO / PARENTESCO:

Pai                       Mãe                       Filho/a                       Outros

## II Parte

### QUESTÕES

1 – Gostaria que descrevesse o que foi alterado na sua vida, com o internamento do seu familiar?

2 – Gostaria de participar nos cuidados ao seu familiar internado neste serviço?

SIM                       NÃO                       Porquê?

2.1 – Que tipo de “cuidados” gostaria de realizar para ajudar o seu familiar enquanto internado neste serviço?

2.2 – Sente-se disponível ou preparado para poder participar nos cuidados ao seu familiar internado? Justifique.

3 – Conhece os direitos do doente? Se sim refira alguns.

4 – Conhece os direitos da família? Se sim refira alguns.

5 – Acha que este serviço tem condições (espaço físico, horário de visitas, colaboração do pessoal de saúde, etc.) para que possa participar nos cuidados ao seu familiar internado neste serviço? Justifique.

6 – Refira algumas medidas que considere importantes para melhorar a participação da família nos cuidados ao doente internado neste serviço?

Grata pela colaboração

---

ISABEL MARIA LOPES MARTINS NUNES

Anexo 3 – Questionário Realizado aos Profissionais de Saúde

## QUESTIONARIO AOS PROFISSIONAIS

Exm° Colega:

Este formulário destina-se à obtenção de dados para uma Dissertação de Mestrado na Universidade Aberta, subordinada ao tema, “ A participação da Família nos Cuidados ao Doente Internado num Serviço de Ortopedia. Opinião dos familiares e Profissionais de Saúde”.

Acreditamos que a participação da família pode contribuir para o bem-estar físico, afectivo/psicológico e social do doente durante o seu internamento.

Por isso estamos convictos que a família deve integrar a família deve integrar a equipa de saúde, contribuindo numa relação triangular (doente, família, profissional de saúde) para o melhor sucesso terapêutico

Considerando que como profissional de saúde em exercício num serviço de ortopedia constitui a equipa de saúde que cuida deste tipo de doente, gostaríamos que colaborasse neste estudo.

Isabel Nunes

Telemóvel: 965501768



7 – Considera importante a participação da família nos cuidados ao doente internado neste serviço?

SIM

NÃO

7.1 – Justifique a resposta.

---

---

---

8 – Gostava que recordasse e descrevesse uma situação em que tivesse tratado o doente em parceria com um familiar?

---

---

---

---

8.1 – Quais os sentimentos que vivenciou nessa altura?

---

---

---

9 – Em que tipo de cuidados acha mais importante a participação da família?

---

---

---

10 – Considera que na prática do dia a dia neste serviço existem condições (espaço, horário de visitas, colaboração, disponibilidade dos técnicos de saúde, organização do serviço etc.) para se poder concretizar uma situação de participação da família nos cuidados ao doente internado neste serviço? Justifique.

---

---

---

11 – Que vantagens pode ter para o doente internado neste serviço a participação da família nos cuidados?

---

---

---

12 – Quais as sugestões para melhorar o trabalho de parceria com a família nos cuidados?

---

---

---

Grata pela colaboração

---

Isabel Maria Lopes Martins Nunes

Anexo 4 – Carta dos Direitos do Doente

## CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO

### INTRODUÇÃO

O presente documento é uma especificação da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, publicada pelo Ministério da Saúde e posteriormente, pela Direcção-Geral da Saúde e pela Comissão de Humanização em duas edições.

Esta carta agrupa direitos consagrados em diversos textos legais, nomeadamente na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na Carta dos direitos fundamentais da União Europeia. Apenas o Direito a uma segunda opinião não está previsto em nenhuma disposição legal nacional.

O regime legal de defesa do consumidor (Lei n.º 24/96, de 31 de Julho) prevê também o direito à qualidade dos bens e serviços e o direito à protecção da saúde e segurança física.

A presente Carta dos Direitos do Doente Internado respeita o enunciado dos direitos tal como aparecem na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes com exclusão dos direitos 13 e 14 que foram enunciados atendendo à condição especial que é o internamento (hospitais e centros de saúde). No mesmo sentido os comentários feitos aos direitos redigiram-se considerando a situação específica do internamento.

Foi omitido deste documento o Direito a livre escolha, contemplado na Lei de Bases da Saúde, atendendo aos condicionalismos do sistema.

Omitiram-se também os deveres do doente por três razões:

- todos os documentos recentes da OMS e da UE insistem em que apareçam consignados os Direitos;
- os Deveres do doente são frequentemente lembrados pelo pessoal;
- esta versão da Carta é, sobretudo, dirigida ao pessoal.

As reformas dos sistemas de saúde variam de país para país, mas é consensual que o cidadão não pode ser excluído do processo de decisão, porque é co-financiador do sistema através dos seus impostos e é beneficiário do mesmo considerando as suas necessidades e, sobretudo, porque é o principal responsável pela sua saúde.

Na Carta de Otawa (1996) já se previa o reforço das capacidades dos cidadãos no que respeita à responsabilidade pela sua saúde. Isto só é possível com uma informação objectiva, transparente e compreensível que o tornem apto a decidir, como cidadão livre e esclarecido.

O Conselho da Europa através do seu "Comité" Europeu da Saúde, reconheceu na 45.ª Reunião que as organizações de entre-ajuda dos doentes têm um papel importante na representação dos seus interesses.

Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde ou seguidos por este no domicílio, são pessoas com direitos e deveres. Não deverão ser consideradas apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade, mas com todo o respeito devido à dignidade humana.

Para além da regulamentação aplicada pelos estabelecimentos de saúde, devem zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão reconhecidos universalmente, e dos seguintes princípios gerais: não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia.

Também, as instituições e os profissionais devem zelar pela boa aplicação das regras de deontologia profissional. Enfim, devem assegurar que os doentes tenham a possibilidade de fazer valer os seus direitos e afirmar a sua primazia como pessoa.

No que respeita às crianças internadas, os pais ou substitutos que se encontrem junto delas, dia e noite, qualquer que seja a sua idade e estado de saúde, deverão ser encorajados e apoiados nestas estadias, convidados a participar nos cuidados a prestar aos filhos.

As crianças não devem ser admitidas em serviços para adultos mas em locais adequados que correspondam às suas necessidades físicas, psíquicas e afectivas. Em internamentos prolongados deverá ser garantida a continuidade dos seus estudos.

Para mais esclarecimentos deve ser consultada a "Carta da Criança Hospitalizada" do Instituto de Apoio à Criança por se tratar de um documento específico sobre este tema.

Os direitos e deveres do utente dos serviços de Saúde Mental vêm enumerados na Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental.

Esta Carta refere-se apenas a internados em estabelecimentos hospitalares e centros de saúde com internamento, não incluindo assim outras situações de internamento, como por exemplo os lares de idosos da responsabilidade da Segurança Social.

É cada vez mais importante reforçar as relações de confiança e de colaboração entre o doente e os prestadores de cuidados.

Embora, numa linguagem clara, esta versão da carta está destinada fundamentalmente ao pessoal de saúde e deverá ser elaborado um folheto para o público em geral.

#### **1. O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.**

Sempre e em qualquer situação toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, mas mais ainda quando está internada e fragilizada pela doença. Assim, todos os que intervêm



no complexo processo de saúde têm de respeitar a dignidade do doente, direito fundamental do qual decorrem os restantes.

O doente deve estar informado sobre o nome e a profissão de todo o pessoal. Assim, todo o pessoal deverá estar devidamente identificado, com um cartão, segundo legislação em vigor.

O doente deve ser considerado um interlocutor que sabe com quem dialoga e ser visto como um parceiro num processo de saúde e não um subordinado cumpridor.

As instalações e equipamentos que o doente utiliza devem estar de acordo com a sua vulnerabilidade e situação clínica. A fragilidade devida à situação clínica determina, para o doente internado, necessidades específicas não só de diagnóstico e tratamento, mas também de instalações e equipamentos.

As barreiras arquitectónicas deverão ser reduzidas ao mínimo: nos quartos ou enfermarias, na disposição dos equipamentos, na sinalização interna, nas escadas, etc.

O doente com deficiências tem direito a dispor de instalações que não apresentem barreiras arquitectónicas, que permitam a sua livre circulação e favoreçam o seu conforto (rampas, elevadores, etc.).

Não é admissível, salvo por período curto nunca superior a 24 horas, a permanência de doentes em macas durante o internamento.

Por outro lado, a vulnerabilidade do doente depende também de características que lhe são próprias, mas relativamente independentes da sua situação clínica, como por exemplo, a idade, a educação, a cultura, a situação social, etc. No internamento de indivíduos com deficit cognitivo, deve ter-se em conta a sua vulnerabilidade acrescida e a necessidade de uma presença securizante.

A actuação de todos os que se relacionem com os doentes deverá pautar-se por critérios de tolerância e afectividade.

Está totalmente interdito o tratamento por tu ou você por parte de qualquer elemento das equipas de saúde. Todas as solicitações devem ser feitas usando compreensão e gentileza

A privacidade e a intimidade do doente deverão ser sempre asseguradas.

A tranquilidade do doente deve ser garantida. Por exemplo: em algumas enfermarias pode observar-se que aparelhos de TV estão ligados com intenção de distrair alguns embora incomodem outros. Em outras enfermarias o pessoal fala muito alto dificultando o descanso dos doentes.

Todos os incómodos devem ser reduzidos ao mínimo, nomeadamente, nas horas de repouso ou de sono. A intensidade da luz deverá ser tida em consideração.



Deverá existir uma limpeza escrupulosa em todos os serviços de internamento especialmente nas instalações sanitárias.

**2. O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.**

As convicções culturais, filosóficas e religiosas do doente internado, bem como a sua orientação sexual deverão ser respeitadas pelo estabelecimento de saúde e pelos respectivos profissionais.

Cada pessoa é um todo único e singular, protagonista de uma história e de uma entidade cultural e espiritual, que para muitos se define religiosamente. Considerar estes aspectos é fundamental na prática dos cuidados de saúde. A experiência do sofrimento torna estas dimensões particularmente importantes para o doente internado.

Nos estabelecimentos de saúde, existem serviços religiosos, aos quais compete explicitamente garantir o respeito pela identidade espiritual e religiosa dos doentes e procurar ir ao encontro de todos sem excepção, directamente ou facilitando o acesso aos ministros de outras religiões de modo a encontrar a resposta pessoal pretendida por cada um.

Todos os doentes têm direito a assistência religiosa sempre que o solicitarem. As instituições devem zelar para que este direito seja respeitado. Faz-se notar que é altamente incorrecto que o ministro duma religião faça assédio religioso a outros doentes internados.

Esta recomendação estende-se aos membros de Ordens Religiosas não ministros assim como outros evangelizadores voluntários.

Chama-se a atenção para alguns grupos não religiosos, bastante activos, que se aproveitam do relativo isolamento e da fragilidade dos indivíduos internados para, abusando desta situação, captarem simpatizantes ou aderentes.

As convicções culturais, filosóficas e religiosas deverão também ser tidas em consideração quer nos aspectos terapêuticos (por exemplo: colostomia nos muçulmanos ou transfusões nas testemunhas de Jeová), quer nos hábitos alimentares, bem como algumas regras sociais referentes ao relacionamento entre as pessoas e aos rituais de nascimento e morte.

Todo o proselitismo é proibido, seja por uma pessoa internada, um voluntário, um visitante ou um membro do pessoal.

**3. O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos.**

O doente internado tem direito a cuidados apropriados ao seu estado de saúde que respondam às suas necessidades específicas e que sejam prestados em tempo útil.

Os cuidados apropriados dizem respeito a todos os níveis de prevenção, incluindo a reabilitação que deve começar o mais precocemente possível.

A qualidade dos cuidados, tendo em conta o contexto nacional, é um direito que assiste ao doente internado.

Todo o doente internado tem direito ao tratamento da dor. Os conhecimentos científicos permitem, hoje, dar uma resposta, quase na totalidade, às dores crónicas ou agudas, quer sejam sentidas por crianças, adultos ou idosos.

Os cuidados terminais, além da sua especificidade técnico-científica, devem integrar uma componente sócio-afectiva especial que deve ser assegurada por todo o pessoal atendendo ao respeito por esta fase da vida. O acompanhamento deve ser integral e, por isso contemplar a dimensão espiritual.

Os doentes internados no final da vida ou que necessitem de cuidados paliativos, têm direito a ser acompanhados, se assim o desejarem, pelos seus familiares e / ou pessoa da sua escolha, assim como a condições ambientais condignas.

#### **4. O doente internado tem direito à continuidade de cuidados.**

Dada a importância da continuidade dos cuidados o doente tem direito a que o hospital em conjunto com o centro de saúde assegurem, antes da alta hospitalar, a continuação dos cuidados.

Assim, a avaliação da situação social e financeira do doente bem como a articulação com os outros serviços de saúde, Segurança Social, Organizações Não Governamentais e Instituições Privadas de Solidariedade Social, terão que ser realizados antes da alta.

A preparação cuidadosa da alta, deve iniciar-se o mais cedo possível e tendo em conta o conhecimento da situação sócio-económica (nomeadamente a habitacional e familiar) tomam-se as medidas em consonância, incluindo o encaminhamento social e administrativo para a sua reintegração social.

O doente e os seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência do doente de um nível técnico de cuidados para outro e a ser esclarecidos de que a continuidade e a qualidade dos cuidados ficam, no entanto, garantidas.

Devem ser proporcionados os conhecimentos e informações essenciais aos prestadores de cuidados no domicílio, de preferência acompanhados de um documento escrito que o doente poderá consultar em sua casa.

É desejável que, de acordo com a situação do doente e os condicionalismos do serviço, se integre na equipa prestadora de cuidados, ainda durante o internamento, um familiar ou pessoa da escolha do doente, que receberá a formação adequada para prestar os cuidados básicos no domicílio.

**5. O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.**

O doente internado deve ser informado sobre os diferentes serviços existentes no estabelecimento, incluindo aqueles não directamente relacionados com a prestação de cuidados, como por exemplo - gabinete do utente, correio, banco, cafetaria, serviços religiosos e voluntariado.

A sinalização interna deve ser suficientemente clara para que o doente possa deslocar-se com facilidade dentro do hospital. As cores, o tipo e o tamanho das letras deverão ser cuidadosamente estudados.

Os organogramas do serviço deverão estar afixados para que o doente e visitas conheçam a organização e os seus responsáveis.

Deverá ser entregue ao doente na altura da sua admissão ou, preferencialmente, antes da mesma um manual de acolhimento. Neste manual deverão constar (entre outros) o horário das refeições, das visitas, visitas de crianças, uso de tabaco, correios, uso de telefones, flores, cabeleireiro, quiosque / bazar, banco, serviços religiosos, serviço de voluntariado, gabinete do utente e formalidades administrativas. Em alguns serviços poderão existir folhetos específicos. As cores, o tipo e o tamanho das letras deverão ser perceptivas para os doentes.

Deverão ser preparadas formas alternativas para a transmissão da informação contida nestes manuais designadamente para pessoas com deficiência visual, iletrados ou com dificuldades linguísticas.

Em caso de dificuldades linguísticas no acompanhamento das populações migrantes, deve haver possibilidade de recurso a intérpretes.

Deverá ser dada informação sobre as associações de doentes portadores das diversas patologias que os poderão ajudar posteriormente.

**6. O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.**

O doente internado será claramente informado sobre o seu diagnóstico, prognóstico, tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos.



O doente tem direito, se assim o desejar, de não ser informado sobre o seu estado de saúde, podendo, nesse caso, indicar quem pode receber a informação em seu lugar, devendo este facto ficar registado no processo clínico.

Um prognóstico grave deve ser revelado com circunspecção e os familiares devem ser prevenidos, excepto se o doente, previamente, o tiver proibido, manifestando a sua vontade por escrito.

As informações deverão ser dadas da maneira mais adequada às características do doente e num contexto de empatia, confidencialidade e privacidade atendendo a que esta informação determina muitas vezes o futuro do indivíduo e da família.

Esta informação é uma condição essencial para o doente poder dar o seu consentimento livre e esclarecido, para aderir às medidas terapêuticas e de reabilitação que venham a ser recomendadas, ou para pedir uma segunda opinião.

A informação permitirá, ainda, ao doente participar desde a escolha das terapêuticas que lhe dizem respeito, até à escolha da roupa e objectos de uso pessoal.

Os menores devem ser informados, na medida do possível, dos actos ou exames necessários ao seu estado de saúde, em função da sua idade e capacidade de compreensão, com prévia e indispensável informação aos seus representantes legais, que darão ou não o seu consentimento.

Os adultos legalmente "incapazes" ou os seus representantes legais devem beneficiar de uma informação apropriada.

Devem ser reservados períodos de tempo para que os familiares possam dialogar com os médicos e os enfermeiros responsáveis.

#### **7. O doente internado tem direito a obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica.**

O doente internado tem direito a obter o parecer de um outro médico da mesma especialidade, o que lhe permitirá complementar a informação sobre o seu estado de saúde ou sobre tratamentos, dando-lhe possibilidade de decidir de forma mais esclarecida.

O exercício deste direito, no entanto, deverá ficar restrito aos casos graves ou aos de cirurgia electiva para se obter um benefício real.

Este direito do doente internado está sujeito às restrições que decorrem da sua situação de internamento e aos recursos existentes nesse estabelecimento. Nestes casos deverá constar no processo clínico do doente a impossibilidade de respeitar este direito.

Não estando este direito consignado em textos legais é, no entanto, mais fácil de ser cumprido no meio hospitalar onde em muitos e diferentes profissionais.

O doente tem, no entanto, o direito de recorrer a um profissional externo ao estabelecimento, mas, neste caso, deverá assegurar o pagamento dos respectivos honorários.

#### **8. O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino.**

Para que o consentimento seja verdadeiramente livre e esclarecido a informação deverá ser objectiva e clara e transmitida num ambiente de calma e privacidade, numa linguagem acessível e tendo em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Os profissionais deverão assegurar-se que a informação foi compreendida.

O consentimento livre e esclarecido ficará registado em ficha adequada, devendo ser renovado para cada acto clínico posterior sendo revogável em qualquer momento. O mesmo se aplica à participação do doente em investigação, ensaios clínicos ou ensino clínico. O doente pode sempre recusar os cuidados que lhe são propostos.

O consentimento pode, ainda, ser presumido em situações de emergência.

No que respeita a menores que não podem tomar decisões graves que lhes digam respeito, compete aos seus representantes legais expressar o seu consentimento. Quando a saúde ou integridade física de um menor possa ficar comprometida pela recusa do seu representante legal ou pela impossibilidade de obter o seu consentimento, o médico responsável deve, ao abrigo das disposições legais, prestar os cuidados necessários, desencadeando através do Tribunal, o processo de retirada provisória do poder paternal.

Nos casos em que, face à idade e grau de maturidade do menor, é possível obter a sua opinião, esta deve, na medida do possível, ser tida em consideração.

O médico deve ter, também, em consideração a opinião dos adultos legalmente "incapazes", para além da dos seus representantes legais.

No âmbito da doação de órgãos e utilização de elementos e produtos do corpo humano, da reprodução assistida e do diagnóstico pré-natal, o consentimento rege-se pela legislação em vigor. A colheita, em pessoas vivas, de órgãos, tecidos e produtos humanos não pode ser realizada sem consentimento prévio do dador, sendo este consentimento revogável em qualquer momento e sem justificação.

Os menores e adultos legalmente incapazes só poderão ser dadores de substâncias regeneráveis. Nestes casos o consentimento deve ser prestado pelos pais ou representantes

legais, carecendo também da concordância do próprio quando este tenha capacidade de entendimento e de manifestação de vontade.

A colheita em adultos incapazes por anomalia psíquica só pode ser realizada, se houver autorização judicial para o efeito.

O rastreio do HIV só é obrigatório em certos casos (doação de sangue, tecidos, células e, nomeadamente, de esperma e leite). Em todos os outros casos é necessário um consentimento prévio claramente expresso. Nenhum rastreio pode ser feito sem o conhecimento do doente, sob pena de ser passível de recurso por atentado à autonomia do doente.

#### **9. O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.**

Todas as informações relativas ao doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais – são confidenciais.

No entanto, se o doente der o consentimento e não houver prejuízo para terceiros, ou se a Lei o determinar podem estas informações ser utilizadas. O doente deve ser alertado para a necessidade de não colocar em risco a segurança ou a vida de outros.

Este direito implica obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua actividade no estabelecimento, incluindo o voluntário, que por força das funções que desempenha partilham informação.

Os registos hospitalares devem ser mantidos em condições que assegurem a sua confidencialidade, merecendo atenção especial os dados informatizados.

Chama-se especialmente a atenção para que as informações prestadas pelo telefone, em que se desconhece o interlocutor, têm que ser verdadeiras mas tendo em conta a necessária confidencialidade.

As declarações que se fazem aos média, nomeadamente, nos casos frequentes que envolvem personalidades públicas como por exemplo: desportistas, políticos e artistas só podem ser feitas com autorização do próprio e do Conselho de Administração da Instituição.

As certidões deverão evitar incluir dados que possam prejudicar o doente ou terceiros, devendo nelas constar que foram passadas a pedido do doente ou de quem o representa, bem como o fim a que se destinam.

Um indivíduo internado pode pedir que a sua presença no hospital não seja divulgada.

O acesso de jornalistas, fotógrafos, publicitários e comerciantes deve estar condicionado à autorização prévia do doente e da direcção do estabelecimento. Os delegados de informação médica não devem entrar nas áreas de atendimento clínico.

O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o doente.

Deve ser salvaguardada a confidencialidade referente às crianças vítimas de maus-tratos no seio familiar pois pode pôr em risco a sua própria segurança.

**10. O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.**

O doente internado tem direito a conhecer a informação registada no seu processo clínico.

O acesso ao processo clínico só pode ser feito através de um médico, podendo ser o próprio médico assistente ou outro indicado pelo doente, se o primeiro se negar ou o doente o determinar.

Este facto (não homogéneo nos países da Europa onde existem casos em que é possível o acesso directo aos dados) pretende facilitar a interpretação dos dados e evitar eventuais choques emocionais.

**11. O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico.**

O doente internado tem direito a que todo o acto diagnóstico ou terapêutico seja efectuado só na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se pedir a presença de outros elementos, podendo requerer a de um familiar (excluindo, por exemplo os actos cirúrgicos que não o permitam).

Nos actos cirúrgicos a crianças, deverá ser permitida a presença de um elemento securizante (habitualmente um dos pais), na indução anestésica, de modo a minimizar as repercussões psico-emocionais.

A vida privada do doente não pode ser objecto de intromissão, salvo em caso de necessidade para efeitos de diagnóstico ou tratamento e tendo o doente expressado o seu consentimento. No que respeita às crianças a vida privada pode ter de ser investigada, por vezes sem a concordância dos pais se tal for necessário para a terapêutica ou bem-estar da criança.

Nas enfermarias o banho dos doentes deve ser realizado tendo em conta o pudor do doente. Devem ser utilizados cortinas ou biombos com esse fim.



O respeito pela intimidade do doente deve ser preservado durante os cuidados de higiene, as consultas, as visitas médicas, o ensino, os tratamentos pré e pós operatórios, radiografias, o transporte em maca e em todos os momentos do seu internamento.

Embora as urgências não constituam, necessariamente, um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer.

**12. O doente internado tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.**

O doente internado ou o seu representante legítimo pode apresentar sugestões ou reclamações sobre a qualidade dos cuidados e do atendimento bem como das instalações.

As reclamações podem ser feitas no livro de reclamações existente nos serviços, no gabinete do utente e ainda por via postal, fax ou correio electrónico.

Para conhecer o grau de satisfação e tomar medidas de melhoria, o estabelecimento dispõe de um gabinete do utente, de livros de reclamações e de questionários de satisfação.

A resposta às reclamações deverá ser dada em tempo útil, informando do seguimento dado.

Este direito estende-se à possibilidade legal de o doente, através de meios jurídicos, pedir a reparação dos danos eventualmente sofridos.

O doente deve fazer valer os direitos constantes neste documento, que emana da legislação em vigor.

**13. O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos**

O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos quando o desejar e os horários o permitam, sempre que não exista contra-indicação.

As instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar “entes significativos” para o doente.

As situações familiares mais complicadas onde existem conflitos entre os diferentes familiares e / ou amigos têm que ser ponderadas discretamente e subtilmente pelos profissionais.

Os doentes que não têm visitas e se sentem isolados devem ter um maior apoio quer do pessoal de saúde, quer do pessoal voluntário devidamente preparado e enquadrado.

O doente internado que se mostre incapaz de compreender ou de se fazer compreender tem direito ao acompanhamento da pessoa que habitualmente lhe presta cuidados e para a qual deve haver condições mínimas.

Em outras situações que se justifiquem o doente internado tem também direito ao acompanhamento em permanência:

- No momento do parto, pelo companheiro, ou outra pessoa designada pela parturiente;
- No caso das crianças internadas independentemente da sua idade e estado de saúde;
- Doentes com deficiências, com problemas de comunicação ou alterações de natureza psicológica;
- Doentes em situação terminal;
- Doentes no serviço de urgência.

Os horários para as visitas deverão ter em conta não só as necessidades dos serviços, mas também e, sobretudo as necessidades dos doentes e a disponibilidade da população.

#### **14. O doente internado tem direito à sua liberdade individual.**

O doente internado pode, a qualquer momento, deixar o estabelecimento, salvo nas excepções previstas na lei, depois de ter sido informado dos eventuais riscos que corre.

Este exercício de liberdade individual requer, no entanto, algumas formalidades, e para além do doente ter sido informado dos riscos decorrentes da sua decisão, ele terá de assinar um termo de responsabilidade pela sua alta.

Qualquer indivíduo com transtornos mentais, internado com o seu consentimento, tem os mesmos direitos ao exercício das liberdades individuais que os outros doentes, considerando-se, no entanto, as eventuais condicionantes resultantes da sua doença.

Os detidos hospitalizados têm os mesmos direitos que os outros doentes internados, nos limites consagrados na legislação.

Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde