



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A FAMÍLIA NO HOSPITAL

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

por

Vanda Maria Veiga Pereira

Sob orientação de Mestre Manuela Madureira

LISBOA, Maio de 2010

RESUMO

O presente relatório é referente ao estágio clínico do curso de mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2008/2010 da Universidade Católica Portuguesa, realizado no Serviço de Cirurgia Geral e Serviço de Urgência do Hospital do Montijo. Contém a descrição e análise das várias etapas do caminho percorrido nos campos de estágio, procurando documentar as aprendizagens conseguidas assim como os impactos da presente formação na prestação de cuidados, na formação, na gestão e na investigação de modo a comprovar o desenvolvimento de competências necessárias ao enfermeiro especialista. Está organizado a partir do planeamento prévio às actividades de estágio, sendo descrita a instituição e serviços escolhidos, seguindo-se a análise da experiência profissional creditada ao abrigo da legislação em vigor e posteriormente relatado o processo de desenvolvimento de competências trabalhadas nos estágios clínicos. As pesquisas, reflexões, análises de incidentes críticos, conteúdos de toda a formação realizada, bibliografia e principais recursos utilizados, foram organizados num portefólio de aquisição de competências em suporte digital e que serviu de apoio à realização deste relatório. Por fim é apresentada a síntese e as conclusões do trabalho efectuado, assinalando-se os progressos alcançados em termos de desenvolvimento de competências e os principais contributos deixados nos locais de estágio.

Palavras chave:

Enfermeiro Especialista, Competências, Competências Especializadas, Família no Hospital.

ABSTRACT

This report refers to clinical stage of the masters course of a professional nature in Medical-Surgical Nursing 2008/2010, realized at Portuguese Catholic University, conducted in the Department of General Surgery and Accident and Emergency, at Montijo's Hospital. It contains the description and analysis of the various stages of the path taken in the fields of probation, to try to document learning achievements as well as the impacts of this training in providing care, training, management and research in order to demonstrate the development of skills required the nurse specialist. It is structured from the early planning stage of activities, starting by the description of the institution and selected services, followed by a description and analysis of professional experience credited under the legislation in force, and subsequently reported the process of developing skills worked in stages clinical studies. The research, reflections, analysis of critical incidents, the entire contents of the training undertaken, and key literature resources used, were organized in a portfolio of skills that we worked on digital media and that served to support the production of this report. Finally, we present the summary and conclusions of the work done, pointing progresses in terms of skills development and major contributions left in local places of training.

Keywords:

Nurse Specialist, Skills, Expertise, Family in hospital settings.

Índice

| | Página |
|---|--------|
| 1. <u>INTRODUÇÃO</u> | 7 |
| 2. <u>ESCOLHA E DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO</u> | 11 |
| 3. <u>EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CREDITADA</u> | 15 |
| 3.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS | 15 |
| 3.1.1. <u>Reflexão sobre o trabalho realizado no módulo Cuidados Intermédios</u> | 23 |
| 4. <u>ESTÁGIOS CLÍNICOS REALIZADOS</u> | 27 |
| 4.1. SERVIÇO DE CIRURGIA | 27 |
| 4.1.1. <u>Enfermagem Médico-Cirúrgica centrada na Família</u> - competências desenvolvidas | 28 |
| 4.1.2. <u>Reflexão sobre o trabalho realizado no módulo Geriatria</u> | 40 |
| 4.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA | 42 |
| 4.2.1. <u>Dinâmicas presentes no Serviço de Urgência</u> | 44 |
| 4.2.2. <u>Cuidados ao doente de médio/alto risco e família</u> - competências desenvolvidas | 45 |
| 4.2.3. <u>A família no Serviço de Urgência</u> | 58 |
| 4.2.5. <u>Reflexão sobre o trabalho realizado no módulo Urgência/Emergência</u> | 61 |
| 5. <u>CONCLUSÕES</u> | 65 |
| 6. <u>BIBLIOGRAFIA</u> | 69 |
| | |
| ANEXOS | 73 |
| Anexo I – Diagnóstico situacional | |
| Anexo II – Plano e Certificado de sessão de formação em serviço: Direitos e Deveres do Doente Internado | |
| Anexo III - Plano e Certificado de sessão de formação em serviço: Humanização nos Cuidados de Saúde | |
| Anexo IV - Plano e Certificado de sessão de formação em serviço: Suporte Básico e Avançado de Vida no Internamento | |
| Anexo V - Plano e Certificado de sessão de formação em serviço: Intervenção de enfermagem em catástrofes internas | |
| Anexo VI – Colaboração em iniciativas do serviço | |
| Anexo VII – Plano e Certificado de formação em serviço: Suporte básico e avançado de Vida – Neonatal, Pediátrico e no Adulto | |

1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório é referente ao estágio clínico do curso de mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2008/2010 da Universidade Católica Portuguesa, cuja realização decorreu no serviço de Cirurgia Geral (módulo III - 20 de Abril a 20 de Junho de 2009) e serviço de Urgência (módulo I - 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009) do Hospital do Montijo, orientado pela Professora Manuela Madureira e tutorado pelas Enfermeiras Chefes Fernanda Caiado e Paula Salvado, respectivamente. Ao abrigo do artigo 45º do decreto-lei 74/2006, tendo em conta competências desenvolvidas ao longo de vários anos em contexto de cuidados intermédios de medicina e cirurgia, foi-nos creditado o módulo II relativo a Cuidados Intermédios.

Esta formação pós-graduada visa formar enfermeiros em áreas de especialização em enfermagem, dando resposta às exigências do Decreto-lei 74/2006 para o segundo ciclo de formação e à legislação ainda em vigor para a formação de especialistas, nomeadamente a Portaria 268/2002 de 13 de Março que aprova o regulamento geral do Decreto-lei 353/99 de 3 de Setembro que previa os Cursos de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem. Os estudos especializados são uma mais-valia para a qualidade dos cuidados de saúde, abrem possibilidades de investigação e aumentam a motivação e satisfação profissional dos enfermeiros. O Enfermeiro Especialista é um “enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença, traduzido num conjunto de competências, relativas a um campo particular de intervenção, e certificadas individualmente pela Ordem dos Enfermeiros” (Glossário da Ordem dos Enfermeiros, 2006). Em termos concretos, é a comprovação de competências especializadas que permite assegurar que o enfermeiro especialista é detentor de conhecimentos, capacidades e habilidades adequadas, e que as mobiliza para a prática clínica, pressuposto que orientou o estágio a que o presente relatório se reporta. Os objectivos delineados no plano de estudos do curso e as competências que o

enfermeiro especialista deverá possuir - assentes em conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área médico-cirúrgica - foram referências para o trabalho desenvolvido, que decorreu tendo sempre em vista a correcta aplicação daqueles conhecimentos e resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados; o exercício da capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções, reflectir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais dos cuidados; o desenvolvimento da capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara; a aquisição de competências de aprendizagem ao longo da vida, de modo essencialmente autónomo (Mestrado em Enfermagem de Natureza profissional, Regulamento Geral, 2009: p. 4).

Previamente à realização do estágio, foi elaborado um projecto no qual se previu a anotação e abordagem contínua das principais circunstâncias que podiam concorrer para a sua concretização através de uma planificação que, e de acordo com Brand (1998), implicou um certo grau de flexibilidade e dinamismo, tendo sido respeitada dentro do possível, mas sensível a factos que aconselharam modificar o planeamento inicial. Nesta fase foi identificada uma área dos cuidados na qual planeámos focalizar parte da actividade clínica, enquadrando sempre as pesquisas, o estudo, as práticas e as reflexões individuais, nos objectivos curriculares, pessoais de aprendizagem e necessidades dos serviços. Assim, e com base no conhecimento dos serviços, discussão com os Enfermeiros Chefes, troca de impressões com outros enfermeiros e validação das ideias a desenvolver junto das Enfermeiras Tutoras e da Professora Orientadora, ponderámos a possibilidade de focalizar a atenção na problemática do envolvimento da família / pessoa significativa no processo de cuidados em contexto hospitalar. Em ambos os serviços se verifica a não inclusão efectiva da família no processo de cuidados, problema que foi o ponto de partida para desenvolver o trabalho de pesquisa e reflexão, direccionado para a proposta de soluções/respostas ao problema definido e a partir do qual formulámos objectivos de estágio enquadrados nas orientações curriculares:

Objectivos gerais:

- " Conhecer as dificuldades/obstáculos à presença e/ou envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada.
- " Analisar possíveis e desejáveis dimensões do envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada. Desenvolver competências para a promoção do envolvimento da família no processo de cuidar.

" Prestar cuidados de enfermagem proficientes em contexto hospitalar.

Objectivos específicos:

- " Analisar a situação actual nos serviços de Cirurgia e Urgência, relativamente à presença e/ou envolvimento da família/pessoa significativa no processo de cuidados de saúde no hospital.
- " Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre as dificuldades sentidas, em ambos os serviços.
- " Reconhecer obstáculos sentidos pela família e pelo doente, à presença e/ou envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada.
- " Explorar áreas possíveis de intervenção da família nos cuidados – na perspectiva do enfermeiro.
- " Oferecer apoio relacional, moral e espiritual à pessoa e à família, de acordo com as suas necessidades.
- " Respeitar a dignidade humana da pessoa e da família em todos os momentos no hospital.
- " Desenvolver acções no âmbito da prestação de cuidados, que facilitem o envolvimento da família no processo de cuidar, capacitando-a para a continuidade dos cuidados.
- " Promover o envolvimento da família no processo de cuidados, quando em seu benefício e da pessoa hospitalizada.
- " Prestar cuidados ao idoso com elevado grau de dependência para a realização de actividades de vida diária.
- " Participar activamente na intervenção junto do doente de médio e alto risco no serviço de urgência.
- " Desenvolver acções de sensibilização à equipa de saúde para aspectos dos cuidados, relacionados com a problemática da família no contexto hospitalar.

As actividades previstas para alcançar cada objectivo constituíram não apenas uma orientação para o trabalho a efectuar, mas também foram elementos de controlo sobre o decurso do estágio, e que permitem agora uma avaliação do caminho realizado.

Pretendemos assim reflectir neste documento não só o caminho percorrido nos módulos de estágio, como documentar os impactos da presente formação na prestação de

cuidados, os progressos alcançados e que se traduziram em desenvolvimentos ao nível das competências necessárias ao enfermeiro especialista.

Estruturámos o relatório de acordo com a sucessão cronológica dos acontecimentos, compreendendo três momentos distintos, sendo inicialmente descrita a instituição onde realizámos os estágios clínicos, analisada a experiência profissional creditada e seguidamente relatadas as actividades desenvolvidas no serviço de Cirurgia e no serviço de Urgência.

A sequência escolhida para apresentação dos módulos justifica-se na medida em que, partindo das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros, registámos a actividade profissional em Cuidados Intermédios de Medicina e Cirurgia, reflectindo sobre o papel da experiência no desenvolvimento de competências mais avançadas que nos capacitaram para situações de maior complexidade, compatíveis com o que se espera de um enfermeiro especialista. No módulo de Geriatria realizado no Serviço de Cirurgia, situámos a nossa intervenção em torno de um tópico específico dos cuidados de enfermagem, focalizando a atenção na problemática da família no internamento hospitalar. Começando por documentar o diagnóstico situacional através do estudo das percepções dos enfermeiros sobre esse tema, identificámos áreas mais sensíveis às quais procurámos responder, não só através da prestação de cuidados, mas também pela formação em serviço e procurando contribuir em todas as ocasiões para a sensibilização dos intervenientes para a presença/envolvimento da família no processo de cuidados no hospital. No módulo de Urgência demos continuidade à focalização na problemática da família, tendo a *observação participante* sido a estratégia de trabalho escolhida.

Por fim é apresentada a síntese e as conclusões do trabalho efectuado, assinalando-se os progressos alcançados em termos de desenvolvimento de competências e os principais contributos deixados nos locais de estágio.

2. ESCOLHA E DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Optámos pelo Hospital do Montijo onde realizámos o estágio de Geriatria (opção) e Urgência, áreas que surgem na continuidade do que tem sido o nosso percurso profissional, muito embora tenhamos consciência de que outras das propostas teriam sido igualmente importantes para a finalidade do curso. Atendendo a que o processo de decisão envolve um conjunto de actividades a nível cognitivo, que passam pela análise de informação tida como relevante, julgamento e opção entre várias alternativas atendendo aos recursos disponíveis, tendo presente os resultados que se desejam alcançar, terminando numa resolução que afecta o próprio ou outros (International Council of Nurses, 2001), estivemos, neste caso, condicionados por muitos factores e não nos é possível explicitar aqui todos os elementos que ponderámos na decisão de escolher o local de estágio. Podemos apenas afirmar que, tendo existido a possibilidade de fazer convergir os objectivos propostos pela escola com os nossos interesses pessoais e necessidades daquele hospital onde temos desenvolvido parte do nosso projecto profissional, aproveitámos a oportunidade que nos foi facultada, de ali realizar esta etapa da nossa formação. Este é um facto que pretendemos sublinhar e ao qual desejámos corresponder contribuindo com toda a colaboração que esteve ao nosso alcance no âmbito das actividades propostas e nos desenvolvimentos posteriores das mesmas após o término do período de estágio.

Do projecto da Santa casa da Misericórdia do Montijo para construção de um edifício destinado a duas enfermarias com lotação para dezasseis camas, nasceu um hospital no Montijo. O lançamento da primeira pedra ocorreu em 2 de Maio de 1943, tendo sido inaugurado em 1947. Quatro anos depois iniciaram-se obras de ampliação, tendo estas sido concluídas em 1954. No primeiro dia de Agosto de 1967 o edifício erigido passou a denominar-se por Hospital Concelhio do Montijo. Em 1976 o hospital foi integrado no Serviço Nacional de Saúde. Em 1981 foi inaugurado um novo edifício destinado ao Bloco Operatório, cirurgia e Maternidade. A 17 de Fevereiro de 1983, por despacho Ministerial, o hospital foi elevado à categoria de Hospital Distrital, sendo dotado das

respectivas valências básicas. Presentemente o Hospital do Montijo, integrado no Sector Público Administrativo, e com o objectivo de adequar os serviços e o serviço prestado à população, os seus órgãos dirigentes encetaram uma remodelação institucional, com o objectivo de ir ao encontro das políticas de saúde vigentes. A anunciada constituição do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo apresenta-se actualmente como o maior desafio para ambas as Instituições Hospitalares, designadamente nos necessários impactes decorrentes dessa medida, em termos organizacionais, de oferta e eventual redistribuição dos cuidados clínicos disponíveis, criação de novas valências, de gestão de recursos humanos, de logística, de gestão financeira, de produção e de suporte a todos os níveis. Porém, a protelação da formalização dessas mudanças tem gerado alguma instabilidade interna, apreensão e desmotivação nos profissionais de saúde; também se sente ao nível da população, receio de que a reconfiguração deste hospital, recorrentemente sob ameaça de encerramento, venha a gerar deficits ao nível da oferta de cuidados de saúde na região.

Este Hospital responde a uma área de influência de cerca de 60.000 habitantes, composta pelos Concelhos do Montijo e Alcochete e a uma área de atracção que inclui algumas "franjas" dos Concelhos de Palmela (Pinhal Novo), Moita (Chão Duro e Moita) e Vendas Novas, tendo como Unidade de Referenciação o Hospital do Nossa Senhora do Rosário Barreiro-Entidade Pública Empresarial. Encontra-se integrado na Rede Hospitalar, classificado como Hospital Distrital de Nível I, mas a realidade que actualmente o caracteriza em pouco se assemelha àquela que sustentou tal enquadramento, sendo disso testemunho a procura de diferenciação assistencial, alicerçadas em várias beneficiações estruturais. É um Hospital multimodal, composto por seis edifícios, dois deles (um com dois pisos e o outro com três), acolhendo os Serviços de Internamento – de Cirurgia e Medicina -, Bloco Operatório, Esterilização, e Medicina Física e Reabilitação; Os restantes quatro edifícios estão afectos aos Serviços de Urgência e de Imagiologia, Farmácia, Consultas Externas, e Laboratório, e Serviços Administrativos + Armazém. Em regime de outsourcing existe o serviço de alimentação, lavandaria e segurança.

A lotação efectivamente praticada em 2007 foi de 80 camas (sendo a oficial de 132), distribuídas pelas valências de Medicina Interna (37) e Cirurgia Geral (43), nas quais se incluem duas Unidades de Cuidados Intermédios (9 Camas); acresce o Serviço de Observação, na Urgência, com 6 Macas. Em 2008 passaram-se a 71 Camas, desactivando-se a Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina e passando-se a

operar com uma distribuição de 33 Camas de Medicina Interna e 38 de Cirurgia Geral. Em 2003 foram desactivados dois pisos (metade da capacidade então instalada) de Enfermaria, um em cada edifício.

Em 2008 tinha 275 profissionais, dos quais 24 eram médicos, 79 enfermeiros e 34 técnicos de saúde. No ano a que reportam estes dados, esta instituição registou cerca de 45 mil episódios de urgência. Foram internados nos serviços de Medicina e Cirurgia 1860 doentes, realizadas cerca de 17 mil consultas. O serviço de Urgência atendeu em média 125 utentes por dia e não existe lista de espera para intervenções cirúrgicas. No Bloco Operatório foram realizadas 1019 intervenções cirúrgicas, tendo sido efectuadas cerca de 1732 pequenas cirurgias nas Consultas Externas e 1629 em atendimento de urgência. Segundo dados de 2008, sublinha-se da actividade hospitalar o Internamento com 1130 doentes agudos saídos e a Urgência com 45000 utentes atendidos.

Em termos técnicos conta com apoio de Dietética, serviço Social e diversos meios complementares de diagnóstico e ambulâncias, serviço Religioso, serviço de Voluntariado, diversas comissões hospitalares, núcleo de formação e Gabinete do Utente. No apoio geral estão incluídos a Central de tratamento de roupa (funcionários), Central de alimentação, Refeitório do pessoal, Instalações e Equipamentos, Casa Mortuária e Parqueamento.

Na definição da sua Missão é referido que esta instituição procura assegurar os cuidados de saúde ao nível da educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e equidade aos cidadãos numa perspectiva de eficiência e melhoria continua. Promover ainda a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e potenciando sinergias com outras instituições. Aposta numa Visão de um Hospital de excelência para a comunidade e uma referência regional. Em termos de Objectivos Estratégicos, no Plano de Actividades para 2009 determina que pretende assegurar a performance do Hospital, em termos da qualidade, produtividade e eficiência económico-financeira, estabelecer parcerias de referência na criação de valor sustentável, nomeadamente com as Unidades de Cuidados de Saúde Primários e com a Rede de Cuidados Continuados Integrados, e assegurar a satisfação dos utentes, dos colaboradores e dos parceiros públicos e privados. Nos objectivos operacionais de eficácia, eficiência económico-financeira, e qualidade, dispõe-se a assegurar a satisfação dos Utes e dos Parceiros Públicos e Privados.

3. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL CREDITADA

Este módulo de estágio foi-nos creditado ao abrigo do artigo 45º do decreto-lei 74/2006, tendo em conta as competências desenvolvidas ao longo de vários anos de experiência nas Unidades de Cuidados Intermédios de Cirurgia e de Medicina.

Descrevemos e analisamos de seguida os cuidados de enfermagem que prestámos naqueles serviços, de modo a ilustrar as competências desenvolvidas no que respeita ao desenvolvimento do julgamento profissional, da relação de ajuda, da comunicação, da reflexão crítica. Assinalamos também algumas actividades do âmbito da formação em serviço e da gestão, procurando realçar justamente os aspectos que mais contribuíram para o nosso desenvolvimento profissional.

3.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

Os cuidados intermédios - médicos e cirúrgicos - funcionaram durante vários anos agregados, vindo mais tarde a dividir-se em duas unidades distintas e a funcionar em locais diferentes. Inicialmente o serviço tinha capacidade para receber 6 doentes, estando vocacionado para todas as necessidades médicas e cirúrgicas do hospital. Os cuidados de enfermagem eram assegurados por um enfermeiro por turno, apoiado por um médico – de Medicina Interna ou Cirurgião - que respondia a todas as urgências internas e assegurava a urgência externa. Posteriormente passou a funcionar uma Unidade no serviço de Cirurgia com capacidade para receber 5 utentes e outra no serviço de Medicina com capacidade para 3 utentes. Exercemos funções em todas estas Unidades.

A nossa intervenção baseou-se na percepção que temos do papel do enfermeiro e das suas competências específicas e exclusivas na equipa multidisciplinar, insubstituível no que respeita à satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa hospitalizada e que se encontra impossibilitada de o fazer por si só. O espaço físico e a orgânica do

serviço facilitavam a proximidade de relacionamento com a pessoa doente e família, favorável ao despiste de situações a necessitar de intervenção de ajuda na resolução de problemas, fossem de ordem física, psíquica, sócio-familiar ou outra.

A filosofia subjacente aos cuidados implicava a percepção da globalidade, procurando-se sempre, como defende Barros et al (1997, p.8), que fossem cuidados que promovessem a vida, que restituíssem um sentido à vida tanto daqueles que os recebem como daqueles que os prestam.

Nas admissões programadas era realizada a apresentação prévia do serviço em articulação com o enfermeiro da enfermaria, normalmente na véspera da intervenção cirúrgica. O acolhimento propriamente dito decorria gradualmente e a nossa forma de agir era no sentido de criar um clima de confiança entre a pessoa e o novo e desconhecido meio envolvente, diminuindo a ansiedade e proporcionando-lhe conforto de modo a desvanecer a impessoalidade do ambiente hospitalar. Em todos os casos – programados ou urgentes - atendíamos a alterações no estado de consciência e capacidade de assimilação de cada pessoa para introduzir progressivamente a informação relacionada com o espaço físico, situação de cuidados e disponibilidade dos profissionais em permanência no serviço. Aos doentes que permaneciam por maiores períodos de tempo era dada uma indicação mais completa sobre as rotinas do serviço tal como os horários de visitas, refeições, possibilidade de realizar levantar para um cadeirão, entre outros aspectos. Atendendo à situação de cada pessoa, era solicitada colaboração para o plano terapêutico, assim como a sua cooperação em actividades específicas com vista ao restabelecimento precoce e recuperação do auto cuidado; às pessoas em fase terminal era proporcionado conforto, mantida a esperança do doente e família, e incentivada a manutenção de uma existência com sentido até ao fim.

O que acabámos de descrever resume a compreensão que fomos desenvolvendo com a experiência clínica, da possibilidade que tínhamos de, de alguma forma podermos contribuir para atenuar a ansiedade que resulta da separação da pessoa dos seus pertences e da família, das alterações de rotinas e actividades habituais; do medo da intervenção cirúrgica e especificamente da dor e do desconhecido. Ilustra também o modo como procurámos trabalhar a capacidade de nos centrarmos no doente, de o conhecer e mobilizar posteriormente esse conhecimento para o julgamento e decisões a tomar no processo de cuidados, desenvolvendo a consciência de que, como

refere Phaneuf citada por Vieira (2007: p.115) “... para ajudar, a enfermeira tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional. Neste ‘primeiro contacto’ a enfermeira orienta-se para a experiência de outrem; abre-se e observa: escuta, olha, toma conhecimento, escolhe dados, toma consciência das expectativas e das necessidades das pessoas”.

Os cuidados de enfermagem decorriam também de necessidades específicas de observação e vigilância de funções vitais em doentes em estado crítico ou não, sendo as intervenções, qualificadas e minuciosas, dirigidas ao doente do foro médico e do foro cirúrgico.

A pessoa doente vinda do bloco operatório beneficiava de recobro anestésico e cirúrgico, permanecendo sob vigilância pelo menos 24h, estada que podia prolongar-se por dias, semanas ou meses. Era crucial uma observação permanente de dados relativos à pessoa, aos diversos antecedentes pessoais de saúde, às patologias presentes e às intervenções terapêuticas realizadas - cirurgia ginecológica, urológica, vascular, gástrica e colo-rectal, plástica e ortopédica, existindo todo o material e equipamento necessários, e com o qual estávamos familiarizados. Ainda em relação ao doente do foro cirúrgico, este serviço acolhia situações de descompensação ocorridas na enfermaria e que necessitassem de cuidados mais diferenciados.

A pessoa com doença do foro médico - habitualmente idoso e com situações de insuficiência cardíaca congestiva, edema agudo do pulmão, doença pulmonar obstrutiva crónica, acidentes vasculares cerebrais, arritmias cardíacas, entre outras -, apresentava por vezes compromisso grave de uma ou mais funções vitais, ocorrendo situações de urgência/emergência tais como paragens cárdio-respiratórias, hemorragias digestivas altas activas, e necessidade de transporte inter-hospitalar de pessoas em estado crítico. É de referir ainda a presença de doentes terminais naquela Unidade, quer por cirurgia paliativa, quer por intercorrências que precipitassem desfechos indesejáveis no processo de tratamento, junto dos quais se procurou sempre contribuir para uma morte tranquila, no respeito pela dignidade humana.

A todas as pessoas admitidas no serviço era realizada, logo que possível, uma colheita de dados para identificação das necessidades em cuidados de enfermagem ou dada

continuidade à apreciação inicial iniciada na enfermaria. Estabelecíamos prioridades em função de problemas identificados e prestávamos cuidados de enfermagem planeados, promovendo o auto-cuidado quando possível e desejável. Os cuidados prestados eram avaliados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíam para os resultados obtidos.

Fundamentámos a nossa actividade clínica no modelo teórico de Nancy Ropper *et al*, instituído ao nível da orientação para os registos no hospital, contemplando as actividades de vida na medida da sua relevância no contexto de cuidados intermédios.

O estabelecimento de comunicação baseou-se sempre numa atitude de solicitude para com o doente e família, num clima de abertura que permitisse à pessoa exprimir-se sem constrangimentos. Desenvolvemos competências para a relação, visando justamente o estabelecimento de relações terapêuticas, quer ao nível da compreensão empática, ou da aceitação incondicional, autenticidade e respeito defendidas por Carl Rogers e que Chalifour integra na *relação de ajuda*, trabalhando-as e melhorando a nossa atitude como parte do nosso próprio desenvolvimento bio-psico-social-espiritual e profissional. A experiência colocou-nos perante várias situações que nos permitiram desenvolver uma capacidade de interpretação mais atenta e trabalhar habilidades de reconhecer vários tipos de mensagens que permitem comunicar com o doente, verbal e não verbalmente. Esta comunicação permitiu-nos prestar informação ao doente num sentido de respeito pelos seus direitos, informação que nesta perspectiva se constitui como “*uma atitude ética para com o doente e ao mesmo tempo uma mensagem de confiança*” (Almeida *et al*, 2004: p.20). Porém, a vulnerabilidade, o nível de compreensão do doente e da família, o desejo destes à informação, os conhecimentos e as percepções das pessoas sobre a doença e sobre a sua situação clínica, o seu estado emocional, foram elementos que aprendemos com a experiência a considerar na decisão de transmissão da informação e em todo o processo de comunicação que estabelecíamos. Desenvolvemos habilidades para incluir a informação sobre os cuidados de enfermagem no fluir do processo de cuidados, numa atitude de autenticidade e estando alerta para o facto de que na comunicação presencial muita informação se transmite através de mensagens não verbais.

A informação prestada abrangia rotinas do serviço relacionadas como o doente ou família, desmistificação da componente tecnológica associada aos cuidados intermédios favorecendo um clima de confiança, conforto, calma e bem-estar e mostrando

disponibilidade e abertura para a permanência de familiar/pessoa significativa junto da pessoa sempre que a sua situação clínica e a dos restantes doentes o permitisse. Especificamente aos doentes submetidos a intervenções cirúrgicas eram esclarecidas dúvidas sobre o desenrolar de todo o processo cirúrgico tais como o grau de dependência após a operação e a evolução das suas capacidades, o tempo previsto de repouso no leito e cuidados a ter, o primeiro levante, o início da alimentação e com o período previsto para recuperar a autonomia nas actividades de vida e cuidados de enfermagem de que previsivelmente iria necessitar após a alta. A todas as pessoas ao nosso cuidado era prestada informação sobre os procedimentos realizados por nós, esclarecendo sempre as dúvidas sobre medicamentos, drenagens, sondas, pensos e genericamente sobre todas as actividades de vida.

No âmbito da actividade de vida ambiente seguro, utilizávamos todos os meios existentes no serviço para prevenir acidentes, tais como grades nas camas, auxílio nos levantamentos e apoio na deambulação com meios auxiliares se necessário, tendo especial atenção no transporte de doentes em maca de e para o bloco operatório. Eram também tomadas todas as precauções de protecção ao doente, nomeadamente no que respeita aos riscos de infecção cruzada, utilizando as técnicas adequadas a cada situação de cuidados e estabelecendo prioridades na execução de pensos de modo a prevenir a contaminação do ambiente; neste âmbito procurámos também diminuir as possibilidades de transmissão de doença de pessoas com infecções respiratórias ou outras (mais associadas aos doentes do foro médico que permaneciam mais tempo na Unidade) para doentes operados, distribuindo as camas consoante as situações em presença. Tomámos também as medidas que visavam prevenir complicações relacionadas com procedimentos específicos tais como alimentação por gavagem, cateterizações periféricas e centrais, algalias, etc., assim como complicações devido à permanência prolongada no leito, promovendo o levante diário se a situação do doente o permitisse e utilizando todos os recursos existentes para prevenir úlceras de decúbito (almofadas de gel, colchões de pressões alternadas, protecções para proeminências ósseas, alternância de decúbito, massagens e posicionamentos, incentivo à mobilização no leito, nutrição e hidratação adequadas, higiene correcta). Especificamente no pós-operatório imediato, era nossa preocupação assegurar que estavam reunidas todas as condições para prestar cuidados em segurança, pelo que recebíamos todas as ocorrências verbais e documentação escrita relativa às cirurgias realizadas, verificando o nome do doente,

cama, nome do médico assistente, patologia, cirurgia realizada e anestesia administrada; observávamos o estado de consciência e físico, a existência de soros, transfusões, drenagens, material de prótese, tampões, material de sutura, pensos, e colhíamos informação sobre medicação administrada e hora da administração. Tínhamos em atenção ao relato de incidentes no intra-operatório tais como hemorragia, alterações da temperatura, complicações cardio-circulatórias, renais ou respiratórias, recebendo instruções sobre posicionamentos e outros cuidados específicos a realizar de imediato; tomávamos também conhecimento de eventuais problemas ocorridos no acto de extubação tais como laringoespasma, aspiração de conteúdo gástrico para a árvore traqueo-brônquica ou instabilidade cardiovascular. Atendíamos à existência de factores concorrentes para o atraso na recuperação da consciência tais como idade avançada, obesidade, hipotermia, etilismo crónico ou toxicodependência, anomalias metabólicas, lesões neurológicas, entre outras. Evitávamos a excessiva e/ou brusca mobilização do doente operado e mantínhamos vigilância dos sinais vitais, estado de consciência, dor, promovendo o despiste precoce de complicações. Todas as nossas acções tinham como pressuposto minimizar qualquer possibilidade de ocorrência de complicações no momento ou *à posteriori*, realizando correctamente todas as técnicas como algaliações, entubações, extracção de agrafes, pontos e drenos, correcto manuseamento de drenagens torácicas, tendo sempre em conta os princípios básicos a respeitar.

Na actividade de vida respirar, no pós-operatório era dada orientação precoce para a pessoa realizar exercícios respiratórios de modo a promover a expansão torácica, prevenir a acumulação de secreções e facilitar a sua eliminação de modo adequado a cada situação; providenciávamos uma hidratação suficiente e eventual administração de terapêutica prescrita para prevenção e/ou tratamento de infecção respiratória. Atendíamos com especial cuidado pessoas com asma dando ênfase à prevenção e evitando o contacto com agentes precipitantes conhecidos como pó da roupa, lixívia utilizada na limpeza do serviço e desinfecção das camas, ou mesmo o stress. Nos fumadores incentivávamos igualmente a realização de exercícios respiratórios, ensinando a todos os operados a técnica correcta de inspiração/expiração de modo a que a dor não interferisse com uma ventilação adequada. Qualquer alteração na ventilação era despistada precocemente, pela atenção permanente às possibilidades de obstrução faríngea por queda da língua, laringospasmo, etc., actuando de imediato com as acções indicadas a cada caso. No doente inconsciente incidia uma vigilância particular, quer da

monitorização de sinais vitais, quer no posicionamento semi-lateral ou com a cabeça lateralizada e incentivando a ser o próprio a retirar o tubo de Guedel quando o seu estado de consciência o permitisse. Na pessoa com patologia respiratória eram realizadas todas as intervenções indicadas, desde administração de atmosfera húmida, aspiração de secreções, cuidados a traqueostomias, correcto posicionamento, alternância de decúbitos e drenagem postural quando não era possível apoio do serviço de fisioterapia, e outras.

O controlo da temperatura corporal era feito pela vigilância e atendendo às preferências da pessoa, com recurso á climatização ambiente e roupa da cama, procurando satisfazer as necessidades individuais de cada um. Neste tópico era particularmente importante conhecer os dados relativos a eventual história familiar de hipertermia maligna relacionada com anestesia geral. Era também fundamental combater a hipotermia no pós-operatório com aquecimento da cama, assim como oxigenação e ventilação adequada. A hipertermia era tratada com medidas de arrefecimento corporal e administração de antipirético e antimicrobianos prescritos.

A actividade de vida comer e beber implicava cuidados específicos, quer na ajuda e vigilância da alimentação por via oral, quer na alimentação por gavagem ou alimentação parentérica. Todas estas situações, assim como os casos em que era necessário manter pausa alimentar, foram devidamente atendidas, supervisionadas ou realizadas por nós.

Na actividade de vida eliminar era dada atenção à privacidade, atendendo à partilha de espaço físico com outros doentes que as circunstâncias impunham. Vigíávamos a eliminação vesical no pós-operatório imediato, providenciando as medidas adequadas para promover e facilitar esse processo de forma natural, ou intervindo com medidas de esvaziamento vesical quando ocorria retenção urinária. Eram tidas todas as precauções nas drenagens por sonda vesical, cateter supra-púbico ou nefrostomia, com as medidas de assepsia adequadas à prevenção de complicações. Nos doentes colostomizados era feito, ainda no recobro, ensino sobre a nova situação da pessoa, procurando no decorrer dos cuidados e de forma informal, familiarizá-la com a sua nova realidade.

Visando a satisfação da actividade de vida trabalhar e divertir-se, e como forma de aliviar o stress decorrente da hospitalização, procurávamos que a Unidade tivesse um

ambiente descontraído que favorecia o estabelecimento de relação com a pessoa doente, e deste com outros doentes e entre todo o pessoal. Proporcionávamos algumas actividades lúdicas a pessoas que permaneciam mais tempo no serviço, como a possibilidade de ler e ouvir música com auriculares, ter computador portátil no serviço, permitindo inclusivamente o contacto por telemóvel com familiares sempre que o serviço permitisse ou autorizando a presença de vários familiares em simultâneo quando estavam um ou dois doentes na unidade, especialmente aos fins-de-semana e sempre de acordo prévio com os próprios doentes. Facilitámos sempre a presença de familiares fora do horário instituído ou prolongando a visita, visto que alguns teriam que faltar ao trabalho para poder visitar o seu ente doente ou por outras razões.

Promovíamos o repouso em horários adequados, mantendo o ambiente calmo e evitando sempre que possível a permanência de doentes agitados junto de outros.

A higiene pessoal requeria sempre a nossa intervenção, atendendo ao grau de dependência permanente ou relacionado com a situação de pós-operatório. Nos primeiros casos a ajuda total era sempre prestada por nós, ajudada por auxiliar; nos doentes operados, sempre que era possível e desejável, a pessoa era incentivada ao autocuidado, sendo ajudada parcialmente nos cuidados de higiene.

As pessoas operadas eram incentivadas à mobilização no leito, fazendo movimentos com os membros inferiores e sendo ajudados a gradualmente irem lateralizando o corpo, consoante o tipo de cirurgia realizado e a tolerância individual de cada um. Era feito ensino sobre o levantar, especialmente em cirurgias abdominais, para prevenir a ocorrência de deiscências, hérnias incisionais e ocorrência de dor. Era incentivada e promovida a deambulação precoce no pós-operatório se não existissem contra-indicações médicas ou limitação funcional, sendo explicados os benefícios da mobilidade. Os doentes eram transferidos para a enfermaria a pé ou em cadeira de rodas (serviços no mesmo piso), existindo o cuidado de administrar previamente analgesia para controlo da dor. Nos casos em que passava a existir uma limitação funcional como no caso de amputação dos membros inferiores, era iniciado na Unidade o processo de adaptação à nova situação, com ensino sobre alguns cuidados a ter no pós-operatório. Era incentivada a manutenção da contenção trombo profiláctica dos membros inferiores até à plena deambulação.

Relativamente à sexualidade, o uso de anticoncepcionais orais era tido em consideração pelo risco acrescido de tromboembolismo, sendo informadas as mulheres da necessidade de manter a contenção elástica dos membros inferiores igualmente até à plena deambulação, assim como todos os restantes cuidados inerentes a esse risco.

Ao longo da nossa permanência nestes serviços fomos desenvolvendo a consciência sobre a necessidade de termos conhecimentos suficientes para identificar as etapas do processo de morte de modo a conseguirmos adequar as acções às fases com que vão ocorrendo; fomos aprendendo também a controlar os sentimentos e emoções, procurando, com serenidade, estar com a pessoa e a família, e a ajudar a proporcionar uma morte digna; recorremos sempre que foi necessário à ajuda do médico para o controle de sintomas, e procurámos envolver a família permitindo sempre que era possível (o que raramente não acontecia) a sua presença e apoiando as pessoas na fase final da vida.

3.1.1. Reflexão sobre o trabalho realizado no módulo Cuidados Intermédios

Trazer a experiência profissional em Unidades de Cuidados Intermédios para o âmbito do presente relatório constitui-se como uma narrativa de experiências de trabalho, sobre a qual se impõe uma necessária reflexão.

Quando falamos de experiência, estamos a aludir ao que aprendemos através de situações reais e nas quais se produziram conhecimentos que fomos capazes de ir integrando nos cuidados subsequentes. A exposição a uma grande variabilidade de situações ajudou-nos a aumentar um conhecimento aplicável a casos similares, quer na identificação precoce de antecedentes quer na previsão de consequências da acção; digamos que a nossa forma de sentir e perceber os acontecimentos foi condicionando a orientação do pensamento de um raciocínio mais analítico para uma forma mais intuitiva de abordar novas situações. A decisão rápida de intervir na situação focalizando os aspectos críticos, decorria do desenvolvimento da habilidade para analisar relações complexas entre sinais e sintomas, interpretar alterações psicológicas e relacioná-las com a situação específica de cada pessoa em função de conhecimentos anteriores, de experiências tidas, da percepção imediata do estado físico e psicológico,

de sinais vitais, etc. Foi acima de tudo a experiência que nos permitiu aprimorar o “processo de conhecer o doente”, mecanismo identificado na literatura (Radwin, 1998) e central no julgamento clínico. Porém, sendo necessário, este conhecimento experiencial não é por si só suficiente visto que o processo de decisão clínica em enfermagem deve integrar também o conhecimento científico, entre outros, pois lidamos com pessoas que apresentam comportamentos distintos e construídos a partir de valores e crenças pessoais, princípios, valores culturais e experiências individuais, que não são objectiváveis nem possíveis de considerar separadamente; apela outrossim a outros padrões de conhecimento para além do empírico, como o conhecimento ético, o pessoal e o estético, identificados por Carper (1978) nas observações que fez sobre os conhecimentos que as enfermeiras valorizam e utilizam na prática. Também Rolfe (1999) aponta justamente o conhecimento pessoal, preferências do doente, contextos, recursos, enquanto Marks-Maran (1999) vai mais longe ao enfatizar a experiência em relação ao próprio conhecimento científico, propondo que a evidência a incorporar nas acções provenha da investigação, dos valores dos enfermeiros e dos doentes, do conhecimento adquirido pela reflexão sobre a experiência, da intuição e do conhecimento tácito. Todas estas aprendizagens que fomos fazendo ao longo do tempo, aliadas à prática dos cuidados, ajudaram-nos a desenvolver um sentimento de confiança na relação com as pessoas, ao mesmo tempo que desenvolvemos a capacidade de centrar os cuidados efectivamente na pessoa de quem cuidávamos. O processo de conhecer o doente foi decorrendo assim de um *cuidado* integrador para o qual convergem todos aqueles padrões de conhecimentos, actualizados e adequados a cada situação de cuidados. É neste sentido de abrangência ampla de vários padrões de conhecimento que Watson (2002: pp.10-11) apresenta o cuidado de enfermagem, como veículo de “... *actos físicos mas abarca a mente-corpo-alma à medida que reclama o espírito corporizado, como o centro da sua atenção. Este sugere uma metodologia, através da arte, da estética, do ser, assim como saber e do fazer. O cuidar interessa-se pela arte de ser humano. Faz apelo a uma presença de ser autêntico, do profissional, no momento de cuidar, mobilizando uma atenção de cuidar-curar intencional. Este interessa-se pelo transpessoal e transcultural, pelo objectivo, pelo subjectivo e inter subjectivo. Existe abertura para outra possibilidade de estar no mundo com o cuidar e o curar como ontologia contida numa cosmologia em expansão*”. A situação particular destas Unidades de Cuidados Intermédios - para as quais convergiam todas as necessidades do Hospital em cuidados ao doente em estado crítico, estando um enfermeiro com um ou vários doentes no mesmo espaço por várias horas, alguns dos quais com internamentos

prolongados - proporcionou uma proximidade com a pessoa doente e permitiu uma tomada de consciência intencional sobre o sentido do Eu e dos Outros, num “estar com”.

Em síntese, e atendendo à forma como Collière define a competência de enfermagem, mostrámos ser competentes na prestação de cuidados especializados ao doente em estado crítico porque intervimos demonstrando compreender tudo o que é indispensável para manter e estimular a vida das pessoas, procurando os meios mais adequados para alcançar essa finalidade (Collière, 1999). Agimos assim com competência porque aprendemos a interpretar os acontecimentos, a desenvolver acções pertinentes e inteligentes cujo objectivo foi prevenir, antecipar e solucionar problemas; desenvolvemos capacidades objectivas de direccionar os cuidados a situações específicas e tomámos iniciativas e decisões, muitas vezes decorrentes do facto de nos encontrarmos sós no serviço; gerimos todo o ambiente e os cuidados durante os turnos, aprendendo a fazer escolhas, assumir riscos, negociar, reagir a obstáculos, a inovar e acima de tudo, assumir responsabilidades.

No âmbito da gestão, e estando apenas um enfermeiro por turno escalado para um serviço que dispunha de centro de custos independente da enfermaria, as tarefas incidiam na organização do serviço, gestão de materiais e medicamentos com reposição de stocks e manutenção de todo o material operacional. Geríamos também a colaboração das auxiliares de acção médica, nomeadamente na supervisão de tarefas delegadas ou que realizavam autonomamente, como limpeza e manutenção do serviço, relação com os doentes e apoio nas tarefas de enfermagem.

Na formação assumimos a função de elemento responsável pela formação em serviço (que abrangia o serviço de cirurgia), e desenvolvemos a nível pessoal um trabalho contínuo de actualização constante em áreas nas quais fomos sentindo necessidade de aprofundar conhecimentos, através de pesquisas realizadas e partilhadas com os colegas em congressos e na formação em serviço, todas vocacionadas para as necessidades sentidas e devidamente enquadradas no contexto de cuidados.

O percurso feito foi importante e as competências que ali adquirimos e desenvolvemos repercutem-se hoje na nossa actividade clínica. Somos competentes para intervir em qualquer momento no âmbito dos cuidados intermédios, situação que ocorre frequentemente na instituição onde trabalhamos, quer por solicitação do serviço, quer por solicitação de colegas quando sentem necessidade de apoio na resolução de questões mais complexas dos cuidados.

4. ESTÁGIOS CLÍNICOS REALIZADOS

Os estágios clínicos foram realizados em Geriatria e Urgência/Emergência. A opção de Geriatria decorreu no serviço de Cirurgia do Hospital do Montijo. Neste módulo foi feita uma primeira abordagem à problemática da presença da família/pessoas significativas no hospital. No serviço de Urgência foi dada continuidade à abordagem do problema da presença da família/pessoa significativa junto do doente, questão central na prestação de cuidados e que foi por nós considerada em todas as vertentes do estágio. O relatório que agora apresentamos visa justamente ilustrar as competências que fomos adquirindo e desenvolvendo em áreas como a prestação de cuidados, a formação, a gestão e a investigação, realçando o papel do enfermeiro especialista na equipa de saúde.

4.1. SERVIÇO DE CIRURGIA

O serviço de Cirurgia tem capacidade para receber 38 utentes, divididas em duas alas: homens e mulheres. Integra a Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos. A equipa de enfermagem é constituída por 27 enfermeiros, cujo trabalho é organizado com base no método individual. O modelo de Nancy Roper *et al.* está instituído, concretizando-se parcialmente na colheita de dados. É feita classificação diária dos doentes em graus de dependência de cuidados de enfermagem. Os turnos da tarde e da noite são assegurados por um enfermeiro para cada ala e um enfermeiro para a Unidade de Cuidados Intermédios; na manhã estão em número dependente da disponibilidade de pessoal, podendo atingir também ratios de 1 enfermeiro para 17 ou 20 doentes, alguns dos quais com necessidades em cuidados de enfermagem superiores a 7 horas/dia.

O acolhimento é a primeira etapa do processo de internamento. A pessoa podia chegar ao serviço vinda do serviço de urgências, das consultas externas, de outro serviço de internamento, do bloco operatório, do domicílio, ou de outro hospital. À chegada ao

serviço era feito o acolhimento personalizado, apresentada a estrutura do serviço e o pessoal com quem tinha o primeiro contacto e as outras pessoas da unidade que iria ocupar; eram explicadas as rotinas do serviço, e eventuais preparações para cirurgia ou exames previstos; era elaborado um registo de dados inicial sempre que a pessoa doente fosse capaz de os fornecer, ou recorrendo a familiares logo que comparecessem no serviço.

A pessoa podia também entrar no serviço já em fase terminal, por agravamento da sua situação ou a pedido da família por dificuldade de resposta à deterioração do estado de saúde; outras situações poderiam corresponder a processos de diagnóstico em que é detectada uma situação já sem possibilidade de intervenção terapêutica direccionada para a cura, ou precipitando-se desenvolvimentos da doença para situações terminais.

A pessoa significativa podia estar presente entre as 13h e as 19.30h, e a visita social era reservada para as duas últimas horas desse período. Esta informação era disponibilizada verbalmente e através de panfleto informativo, no acto de acolhimento, à pessoa doente e aos seus familiares. Porém, não existindo no serviço controlo de entradas, verificava-se que por vezes o incumprimento das recomendações institucionais era susceptível de comprometer o trabalho dos enfermeiros, que optavam por evitar o contacto com o doente e familiares no horário das visitas. A presença da pessoa significativa nem sempre era respeitada, observando-se a entrada e saída de vários elementos que nem sempre cumpriam as normas de funcionamento do serviço. A colaboração da família restringia-se à vigilância, a alguma ajuda pontual na alimentação, e à eventual prestação de informações sobre antecedentes pessoais de saúde e medicação de ambulatório. Mesmo assim, observámos situações pontuais de maior envolvimento da família nos cuidados a pessoas totalmente dependentes em várias actividades de vida.

4.1.1. Enfermagem Médico-Cirúrgica centrada na Família

- Competências desenvolvidas

A actividade de estágio foi cumulativa com o desempenho de funções em todas as vertentes, desde a prestação de cuidados, à gestão e formação em serviço, tendo a investigação sido especialmente desenvolvida para o âmbito do presente estágio em que aproveitámos para documentar aquilo que empiricamente vamos verificando no dia-a-

dia relativamente à presença/envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada, no diagnóstico situacional.

Diagnóstico situacional

Partindo de um tema central alusivo à família no hospital, pretendemos conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a problemática dos familiares/pessoa significativa no processo de cuidados. A família, no âmbito dos cuidados de saúde, assume-se como contexto problema e como recurso fundamental no apoio à pessoa hospitalizada. Como tal, necessita também ela de cuidados, e de orientação para se enquadrar no processo de cuidados ao seu familiar doente. Porém, e não obstante as evidências teóricas e práticas das vantagens de envolver a família nos cuidados de saúde, a prática no serviço não reflecte a filosofia de cuidados em parceria entre o profissional, o doente e a família. O alargamento dos períodos de visitas não tem reflectido um maior envolvimento do familiar/pessoa significativa nos cuidados. Partindo destas constatações empíricas, questionámos seis enfermeiros do serviço, após obtenção de autorização escrita do Conselho de Administração do Hospital, acerca das dificuldades que sentem em envolver a família nos cuidados e quais as áreas em que pensam que poderia existir uma maior colaboração da pessoa significativa nos cuidados. Os resultados permitem afirmar que os enfermeiros percebem vantagens e necessidade de envolver a família nos cuidados, mas, por questões ligadas às práticas instituídas e dificuldades relacionadas com a organização do serviço, não prestam cuidados de acordo com esta filosofia. Foi atendendo aos resultados do presente estudo, às dinâmicas que a sua realização suscitou na equipa e à pesquisa feita, que intervimos na prestação de cuidados, da gestão e da formação em serviço, realçando em todos os momentos a importância de uma perspectiva inclusiva da família no internamento hospitalar (Anexo I).

Prestação de cuidados

Procedemos ao acolhimento da pessoa e família no serviço, momento aproveitado para encetar relação e disponibilizar informações sobre o internamento, nomeadamente horários de visita, permanência de pessoa significativa e aspectos dos cuidados em que poderia colaborar. Preparámos e administrámos terapêutica prescrita ou protocolada, tendo neste tópico mantido e reforçado a postura habitual de solicitação de apoio médico especificamente no controle de sintomas do doente em estado terminal e incentivando os colegas a agir do mesmo modo. Procedemos à vigilância de sinais

vitais, aproveitando algumas vezes a presença da pessoa significativa para realizar ensinamentos terapêuticos relacionados com controlo de hipertensão ou diabetes. Prestámos cuidados de higiene e conforto, aspecto que nos permitiu manter a proximidade com os utentes, com os colegas e pessoal auxiliar, supervisionando e orientando as práticas nesta área; aceitámos a colaboração de familiares quando manifestavam interesse em assumir estas tarefas.

Especificamente em relação ao doente e família, a nossa acção beneficiou das pesquisas realizadas e que fomos incorporando no processo de cuidados. Embora sempre tivéssemos procurado incluir a família no atendimento, passamos a agir de forma mais estruturada. Explorámos o conceito de *quadrângulo terapêutico* proposto por Rolland (1988) e citado em Artinian (2005, p. 295), segundo o qual a doença, a família, a equipa de saúde e o doente, são componentes que devem ser considerados quando o enfermeiro pretende avaliar o impacto da hospitalização nas famílias e prestar cuidados de acordo com essa avaliação. O aparecimento da doença, o tipo de percurso e o grau de incapacidade, são aspectos importantes, assim como a probabilidade de a situação causar sofrimento antecipado ou morte; também a complexidade, frequência e eficácia dos tratamentos, tal como a quantidade de cuidados necessários, a frequência e intensidade dos sintomas, e a fase da doença – aguda, crónica ou terminal – condicionam as reacções do doente e da família. Quanto à família, a coesão, a flexibilidade, a estrutura, as experiências anteriores, a cultura, os recursos de que dispõe, a aptidão para resolver problemas, são alguns dos tópicos que influenciam o *quadrângulo terapêutico*. As prioridades dos profissionais, as suas percepções, a sua disponibilidade, e a atitude perante a família, afectam igualmente a dinâmica entre os componentes. A identidade da pessoa doente, a forma como lida com a doença, o momento em que a doença surge na sua vida e da família, são aspectos que influenciam a família e devem ser considerados na prestação de cuidados de enfermagem.

De modo a considerar o impacto da hospitalização na família e agir em consonância com essas implicações em situações concretas de cuidados., recorreremos posteriormente a estruturas teóricas concisas, consideradas de fácil aplicação e úteis para o âmbito da enfermagem médico-cirúrgica (ib. p. 296).

O Modelo Estrutural-Funcional (ib) serviu-nos de apoio no cuidado à família, tendo em atenção que a doença de uma pessoa pode alterar a estrutura da família e ter um impacto no desempenho de papéis. Este conhecimento foi aplicado a uma situação de uma mãe com crianças menores, e que teve que permanecer internada, sendo o pai a assumir o papel da mãe nos cuidados. A nossa avaliação centrou-se no impacto da hospitalização na estrutura da família e na sua capacidade para desempenhar os seus papéis e funções. As intervenções incluíram o reforço, o encorajamento, ou a ajuda para que a família se reorganizasse recorrendo por exemplo ao apoio de outros familiares. Ajudámos a recorrer a estruturas de apoio existentes - transporte de crianças personalizado - e facilitámos as visitas fora do horário instituído, encorajando os familiares a reconhecerem as suas necessidades.

Também em situações de doentes terminais ou com doenças crónicas degenerativas, com casos de esgotamento do cuidador informal, procurámos apoiar as pessoas no sentido de aliviar sentimentos de culpa por incapacidade de continuar a cuidar do seu ente doente, sugerindo o encaminhamento de várias situações para o serviço de apoio social.

Em relação à problemática do idoso e especificamente aos estereótipos que muitas vezes impedem que se encare esta fase da vida de modo natural, procurámos incentivar a pessoa internada e a família a valorizar todos os aspectos da vida, excedendo o enfoque nas incapacidades e na doença que o modelo biomédico realça, intervindo ao nível das capacidades remanescentes e potencialidades existentes. Esta atitude procurou favorecer a manutenção do papel do idoso na família, reforçando o sentido de controlo sobre a sua vida.

Outra perspectiva que encontramos na literatura e que se mostrou válida na atenção que procurámos dar ao doente e família neste estágio – e que passámos a incorporar na nossa prática clínica -, foi o Modelo de Sistemas de Família (ib). Este modelo excede as funções dos membros e estende-se às interacções que estabelecem entre si. Tendo em mente estes pressupostos, pudemos explorar os efeitos da doença e do internamento no interior do sistema familiar, realçando a globalidade da família. Verificámos porém que a informação de que necessitamos para avaliar o impacto da hospitalização na família é complexa e nem sempre acessível em contactos breves ou iniciais, implicando uma relação continuada com alguns elementos da família, eles próprios portadores de informação e manifestando atitudes a partir das quais inferimos sobre o grau de

afecção, as relações entre familiares, as relações destes com a equipa de saúde, o tipo de informação de que necessitam, a forma como lidam com os problemas e as respostas que dão, a receptividade ao aconselhamento dos enfermeiros, o grau em que o doente é afectado pelas reacções da família e vice-versa. Assim, este modelo mostrou-se útil na análise de uma situação de internamento prolongado, em que existia divergência nas atitudes dos familiares e o internamento se encontrava no cruzar de conflitos latentes ou explícitos, existindo ao mesmo tempo atitudes de animosidade em relação à equipa de saúde. A nossa acção foi no sentido de ajudar individualmente os familiares, mas tendo em vista o equilíbrio das relações e o bem-estar da doente, promovendo a proximidade e encorajando o estabelecimento de relações entre eles, e com os profissionais. Para tal disponibilizámos informação e procurámos responder a perguntas da família ou, quando necessário, ajudámos as pessoas a encontrar respostas junto de outros profissionais como o médico assistente do utente. Contribuímos para proporcionar momentos de interacção entre membros da família, aproveitando por exemplo o horário das refeições ou incentivando os familiares a envolverem-se na tomada de decisões e aconselhamento àquela utente (que tinha dificuldade em aderir ao plano terapêutico instituído). Fomos sensíveis às dificuldades na orientação da pessoa significativa dentro do sistema de cuidados de saúde, quer num sentido estrito relacionadas com o contexto da hospitalização nos obstáculos para obtenção de informação e contactos com o médico, quer num sentido mais lato na continuidade dos cuidados em termos de apoio de fisioterapia, apoio domiciliário, assistência social, encaminhamento para o enfermeiro do Centro de Saúde e médico de família. Neste âmbito apoiámos os familiares na orientação em relação ao estado de saúde do familiar e recursos da instituição como apoio social, fisioterapia, exames ao exterior, entre outros, mantendo abertos os canais de comunicação com o serviço, com os enfermeiros e com o médico. Prestámos informação sobre exames programados e respectivas preparações, assim como previsões de alta clínica. Apoiámos os familiares em situações de doença terminal, especificamente na ajuda a gerir o conflito relacionado com a conspiração do silêncio; intercedemos em problemas entre familiares, relacionados com interferência de pessoas estranhas ao doente – visitantes de outro utente - nos cuidados a pessoa em fase terminal.

O terceiro modelo a que recorremos e que se mostrou válido na prática clínica, foi a Teoria do Stress Familiar (ib). Este é o primeiro factor analisado quando pretendemos

avaliar o impacto da doença ou da hospitalização na família para equacionar respostas individualizadas. Questões como a existência de experiências anteriores semelhantes ou o tempo que a família teve para se preparar para os acontecimentos, dificuldades e exigências que a situação acarreta para a família, de que recursos dispõem, que significados atribuem à doença, e até que ponto a situação abalou a família, são tudo aspectos que fomos considerando pela informação essencial que nos davam para a intervenção de enfermagem. Neste ponto sentimos que por vezes é necessário ajudar as pessoas a alterarem as suas percepções (quando associam à doença, por exemplo, uma conotação fatalista, nem sempre justificada, ou não valorizam a gravidade de determinadas situações) ou a fortalecerem os seus recursos (psicológicos, espirituais, nos casos em que há angústia e grande sofrimento associado à dor total). Ao estabelecermos relação com cuidadores informais ou pessoas mais próximas da pessoa internada, apercebemo-nos de problemas da rede social de apoio, quer na fase de internamento – que inicialmente pode parecer uma grande rede -, quer prevendo o regresso ao domicílio, a casa de familiares ou a instituições. Pudemos conhecer dificuldades de prestadores informais, relacionadas com a capacidade de prestar cuidados, quer por limitações físicas, quer psicológicas e emocionais, assim como falta de conhecimentos e de informação sobre tópicos específicos dos cuidados. Apoiámos a família no ensino sobre formas alternativas de prestar cuidados, informando sobre situações novas decorrentes da alteração do estado de saúde, como necessidade de algália permanente, maior risco de quedas, entubação nasogástrica para alimentação, presença de colostomia, existência de feridas e necessidade de cuidados especiais, entre outras. Pudemos ajudar a família a lidar com problemas de recursos económicos encaminhando para os serviços sociais ou para a Liga dos Amigos do Hospital que disponibiliza ajudas técnicas. Sendo a atribuição de camas na enfermaria realizada pelos enfermeiros, procurámos sempre que possível instalar o utente no local onde estivesse facilitada a partilha de experiências com familiares e doentes que passaram por situações semelhantes com êxito, ajudando a família a valorizar os seus aspectos mais positivos de modo a focalizar a sua atenção na resolução das dificuldades. Procurámos ajudar a família a lidar com sentimentos de culpa apoiando por exemplo a pessoa significativa que recorre com o familiar ao hospital porque apresenta sinais de exaustão relacionados com a dificuldade em continuar a gerir situações específicas como doença terminal. Expressámos compreensão pela posição da família relacionada com situação de doença terminal de pessoa em fase agónica na rejeição de intervenções terapêuticas

invasivas e na adesão imediata a medidas de controlo de sintomas que induzem depressão do nível de consciência, apoiando a sua decisão e promover as melhores condições para um processo de morte digna e facilitando a expressão de sentimentos relacionados com o processo de luto. Respeitámos a vontade de os familiares acompanharem ou não o processo de morte.

Valorizámos a visita social (amigos, vizinhos), mesmo quando estes não se apresentam como solução futura para os problemas, mas pelo importante papel de referência na orientação da pessoa e no sentimento de esperança a alento que podem dar ao combater o isolamento social e a solidão no hospital.

Demos especial atenção a situações de abandono familiar, “casos sociais”, apoiando as pessoas nos seus problemas e encorajando-as em relação ao desfecho da sua situação de internamento. Relativamente a estes casos, há uma sensibilidade muito grande das equipas, gerando-se no serviço um ambiente familiar e de forte apoio, psicológico, físico e mesmo material.

Gestão

Como enfermeira chefe de equipa, fomos responsáveis pela organização e planeamento de cuidados de enfermagem, orientando e coordenando a equipa na prestação de cuidados. Colaborámos na gestão dos recursos humanos realizando a distribuição de doentes pelos enfermeiros, garantindo a operacionalização do método de trabalho instituído com as adaptações necessárias, hierarquizando os cuidados e liderando o grupo de enfermeiros e assistentes operacionais de serviço em cada turno. Providenciámos, em conjunto com a Enf^a Chefe, a substituição de elementos em casos de falta e supervisionamos a pontualidade e assiduidade nos nossos turnos. Decidíamos, em conjunto com a equipa de serviço, qual o enfermeiro que acompanhava o doente em caso de transferência inter-hospitalar urgente.

Supervisionámos a actividade do pessoal auxiliar, verificando o cumprimento do estipulado de acordo com rotinas, normas e protocolos do serviço. Estivemos particularmente atentos à relação com o utente e família, incentivando boas práticas e promovendo acções que ajudassem a realçar o respeito pelos direitos das pessoas.

Colaborámos na gestão do serviço ao nível de consumos de material e utilização de equipamentos, assim como na resolução de problemas pontuais que ocorressem durante o turno; somos responsáveis pelo cofre de estupefacientes existente na Unidade de Cuidados Intermédios, assim como da chave do armazém.

Tratamos de todos os procedimentos burocráticos do internamento desde o acolhimento, compilação do processo, transcrição de medicação, pedidos de alimentação, encaminhamento de requisições de análises e outros exames, pedidos de medicação à farmácia ou ao serviço de urgência, transcrição de protocolos de preparação pré-operatória ou de preparação para exames; aos procedimentos relacionados com a alta tais como elaboração de carta de encaminhamento de enfermagem, entrega de receitas médicas e marcações de exames e consultas médicas, contactos telefónicos com familiares, instituições ou bombeiros, encaminhamento para secretariado, entre outras tarefas.

Colaboramos na gestão de conflitos numa perspectiva de prevenção, promovendo um bom ambiente de trabalho entre todos, boas relações com utentes e com familiares e visitantes, assim como entre os profissionais que intervêm nos cuidados. Adoptamos uma atitude de cooperação na resolução dos problemas, alertando o médico para necessidades de actualização de análises, alterações de terapêutica, ou fornecendo todas as informações relevantes para o processo de cuidados, mantendo sempre total disponibilidade e abertura para o trabalho em equipa.

Promovemos e incentivamos a utilização de metodologia científica e práticas consistentes com evidência adequada, no apoio e orientação aos colegas e auxiliares de modo a garantir o cumprimento de normas e procedimentos instituídos. Esta intervenção foi particularmente relevante no âmbito das medidas de isolamento e algaliação. Foi dada atenção à separação de resíduos hospitalares, assim como à higienização das mãos, aspectos especificamente relacionados com a formação em serviço e constam neste relatório porque foram actividades em que estivemos envolvidos.

Procurámos promover junto da equipa uma atitude facilitadora de troca de informação com os familiares, bem como a integração da família na prestação de cuidados. Demos

atenção ao problema da informação prestada por via telefónica, salvaguardando situações devidamente identificadas e restringindo a informação ao mínimo essencial a cada caso. Procurámos circular nas enfermarias quando chegam os familiares e executar alguns cuidados ao utente e apoiando a família, incentivando-os a colaborar na alimentação, mobilidade ou preparação para exames.

A apreciação que fazemos das funções desempenhadas no âmbito da gestão, permite-nos assumir que somos competentes nesta área, ideia partilhada pelas equipas em que nos inserimos e das quais obtivemos como feedback o respeito e reconhecimento pelo trabalho realizado.

Formação

Dada a impossibilidade que sentimos de separar a intervenção como enfermeira responsável pela formação e como estudante, optámos por integrar o trabalho realizado, iniciando ou dando continuidade às iniciativas do serviço no decurso das actividades de estágio. Realçamos porém os trabalhos desenvolvidos especificamente no âmbito do estágio, apresentando-os neste relatório com maior desenvolvimento:

Discussão da Carta dos Direitos do Doente Internado para Profissionais de Saúde

A Carta dos Direitos do Doente Internado 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. 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.

A apresentação e discussão deste documento na equipa, permitiu reflectir sobre a situação específica do internamento e o papel fundamental do Enfermeiro no respeito dos Direitos da Pessoa Internada. Para além da apresentação da Carta dos Direitos do Doente Internado (desconhecida pela totalidade dos enfermeiros presentes na formação, à excepção dos formadores e Enf^a Chefe), foi elaborado um Póster alusivo ao tema - e que se encontra afixado no serviço para informação ao público – assim como um panfleto informativo destinado ao público, que se encontrava em fase de proposta ao Conselho de Administração do Hospital quando se iniciou o processo de transição para Centro Hospitalar (Anexo II).

Humanização nos Cuidados de Saúde

Formação destinada a Assistentes Operacionais na qual foram abordados temas como o respeito no tratamento, direito a cuidados de qualidade adequados ao estado de cada pessoa, direito à informação sobre o serviço, segredo profissional, confidencialidade de todos os dados sobre o utente e privacidade nos cuidados (Anexo III).

Suporte Básico e Avançado de Vida no Internamento

A reduzida ocorrência de situações de urgência no serviço motiva longos períodos de ausência de oportunidades de prática de reanimação cárdio-respiratória, facto que justificou a revisão das técnicas e procedimentos de reanimação, numa formação em sala. Atendendo à especificidade do contexto de internamento e dos recursos tecnológicos avançados de que dispomos, nomeadamente desfibrilhadores, monitores cardíacos e carros de emergência, foram apresentados e discutidos os procedimentos de desfibrilhação, entubação oro traqueal, administração de fármacos e cuidados pós reanimação. Esta foi uma oportunidade de consolidar aportes obtidos na componente teórica do curso, assim como partilhar com os colegas aspectos dos algoritmos que têm vindo a modificar-se e que eram desconhecidos de alguns dos presentes (Anexo IV).

Intervenção de Enfermagem em Catástrofes Internas

A Comissão Nacional de Protecção Civil aprovou uma directiva que obriga os hospitais e outros organismos a rever os seus instrumentos de prevenção até 2010. Não sendo a actuação em catástrofe uma área de formação base dos enfermeiros e atendendo aos resultados do relatório de 2007 do IGAS, a presente acção de formação abordou a problemática da intervenção de enfermagem em catástrofe interna, tendo aprofundado conhecimentos sobre a classificação de catástrofe de acordo com a Fundação Internacional de Traumatologia, as especificidades que tornam o hospital um meio complexo em caso de catástrofe, ao planos de Emergência Hospitalar, as competências de enfermagem em caso de catástrofe assim como os princípios de enfermagem a respeitar em catástrofe e a actuação prática de enfermagem; foram apresentadas duas áreas: Terramotos – intensidade, incidência, efeitos – e papel do enfermeiro em terramoto – no hospital e na comunidade – assim como a prevenção e actuação em caso de sismo; actuação de enfermagem em caso de fogo no hospital (Anexo V).

Guia do Utente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica

O presente guia foi elaborado para dar resposta a uma insuficiência detectada ao nível do serviço, respeitante à forma como a informação é transmitida à pessoa que vem para ser submetida a cirurgia programada. A informação verbal tem demonstrado ser muitas vezes insuficiente, fragmentada e incompleta, particularmente quando estamos perante pessoas preocupadas e ansiosas, facto que podemos comprovar na experiência clínica: no momento em que o indivíduo chega ao serviço – acompanhado ou não por familiares -, o seu nível de ansiedade é muitas vezes elevado, facto que motiva a não avaliação imediata de sinais vitais, por exemplo. É no momento da admissão que lhe é apresentada a equipa, a estrutura física do serviço que é bastante extenso, a entrada do Bloco Operatório e a Unidade de Cuidados Intermédios onde se processa o recobro anestésico e cirúrgico. É neste momento em que é feito o acolhimento, que o indivíduo é apresentado aos restantes utentes que partilham o mesmo quarto, e num horário em que já se encontram visitas nos quartos. É realizada a colheita de dados, nomeadamente sobre a sua situação sócio-familiar, o seu estado de saúde actual, antecedentes pessoais de saúde e internamentos anteriores, medicação em ambulatório, exames complementares de diagnóstico que realizou, conhecimento sobre alergias a alimentos, medicamentos e/ou outras substâncias, e abrangendo os itens mais significativos das actividades de vida segundo o modelo de Nancy Roper et al adoptado pelo Hospital. No período da tarde, entre as muitas actividades que o enfermeiro realiza, é iniciada a preparação pré-operatória segundo protocolos estabelecidos entre a equipa médica e de enfermagem, são explicadas as rotinas pré-operatórias tais como higiene, jejum, tricotomia, exames que ainda estejam pendentes, medicação, etc.

A quantidade e complexidade de informação que a pessoa recebe num curto período de tempo impede que compreenda tudo o que lhe é dito, facto que comprovamos nas dúvidas frequentes e incertezas que a pessoa vai manifestando até ao momento em que é chamada para o bloco operatório e que se mantêm no pós-operatório.

Também a nossa experiência pessoal com situações recentes de internamento e cirurgia a familiar, nos despertou para o problema da informação relacionada com a intervenção cirúrgica. Percebemos que muitas vezes a atenção está desfocada e as preocupações não nos deixam perceber tudo o que é essencial; sentimos que a informação, de tão padronizada que está, pode ser transmitida com um automatismo inconsciente que deixa dúvidas nem sempre clarificadas em tempo útil, gerando estados de ansiedade evitáveis. A informação, simples, concreta e completa, revela-se essencial para que não se perca o

controlo sobre os acontecimentos. A utilização de panfletos está amplamente divulgada em diversos serviços de saúde. É uma estratégia de disponibilização de informação a utentes e familiares que ajuda a reduzir a sua ansiedade e a favorecer uma melhor compreensão dos acontecimentos relacionados com a sua ida ao hospital. Acreditamos na importância de existir um suporte complementar com as informações mais relevantes para que, antes e posteriormente à admissão, o utente possa consultar, sozinho ou com a ajuda de familiares, pelo que elaborámos um pequeno guia que visa melhorar a compreensão dos utentes acerca do funcionamento do serviço e rotinas pré e pós-operatórias. Preconizámos o registo do guia na base de dados do International Council of Nursing, caso seja aprovada a possibilidade de este guia ser proporcionado ao utente antes do internamento, sendo-lhe enviado para o domicílio aquando da convocatória para cirurgias programadas. O trabalho está em fase de proposta ao Conselho de Administração do Hospital.

A par da formação descrita, colaborámos em iniciativas específicas do serviço, iniciadas ou às quais foi dada continuidade no decurso deste módulo de estágio, tais como o programa de higienização das mãos, a triagem de resíduos, a classificação internacional para a prática de enfermagem, a avaliação de risco de queda, formação específica sobre feridas, realização de folheto informativo sobre amputação de membros inferiores, e colaboração na revisão do guia de acolhimento ao utente e família (Anexo VI).

Toda a formação mencionada foi devidamente enquadrada nas necessidades identificadas no serviço e em articulação com a Enf^ª Chefe e Núcleo de Formação do hospital. Pudemos aprofundar conhecimentos que partilhámos com a equipa, quer nas apresentações e discussões em sala, quer na disponibilização de todo o material utilizado como bibliografia consultada e slides que se encontram no sítio electrónico da formação do serviço, para download.

Para além da dimensão formal da formação em serviço, intervimos sempre que necessário e oportuno na passagem de ocorrências entre turnos, abordando questões dos cuidados ou das dinâmicas do serviço, visando realçar a importância da família no processo de cuidados, quando aproveitámos os momentos em que transmitíamos informação sobre o nosso turno para sublinhar dados relacionados com a situação sócio-familiar da pessoa internada, ou apresentar desenvolvimentos em termos de relação com familiares em casos mais problemáticos. Esta maior incidência de atenção na

problemática da família permitiu-nos compreender o ponto de vista dos enfermeiros e trabalhar tópicos específicos questionando por exemplo casos concretos: o porquê de um cuidador informal não poder ajudar na higiene do seu familiar internado, ou as razões para o conflito entre duas filhas de pessoa internada e entre estas e a equipa de saúde, entre outros assuntos.

A experiência tida neste âmbito permitiu-nos demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, facto reconhecido pelos colegas para quem somos um elemento de referência na formação em serviço.

4.1.2. Reflexão sobre o trabalho realizado no módulo de Geriatria

O presente estágio decorreu no contexto do serviço onde exercemos a actividade profissional, circunstância que envolveu algumas desvantagens, mas que foram superadas pelos aspectos positivos da experiência. Se o facto de conhecermos o local pode ser interpretado como um elemento facilitador, a verdade é que esse conhecimento prévio representou um maior desafio na medida em que exigiu um conjunto de intervenções mais ambiciosas do ponto de vista profissional, que nos comprometeram com objectivos institucionais e do serviço muito para além do período de estágio. O facto de convergir para a mesma pessoa o papel de elemento responsável pela formação em serviço, chefe de equipa e estudante, foi algumas vezes complicado, mas sempre proveitoso na medida em que permitiu potenciar essa combinação e desenvolver um trabalho que era necessário e se tornou bastante significativo.

Desenvolvemos as actividades em horário fixo, o que nos proporcionou a apreensão de parte importante da problemática para a qual direccionámos o estágio, não só pelo contacto com todos os enfermeiros do serviço (o que não se passava no horário por turnos), como pelo acesso à parte inicial do período da visita que autoriza a presença da Pessoa Significativa junto da pessoa internada, e ao contacto permanente com a enfermeira orientadora. Adoptámos métodos de trabalho que fossem ao encontro da possibilidade de contactar com o familiar/pessoa significativa, prestando determinados cuidados no período em que o utente se encontrava acompanhado.

Fomos identificando tópicos específicos dos cuidados que emergiam da prática clínica e sobre os quais procurámos aprofundar conhecimentos, numa lógica de partilha com a equipa através de formação ou conversa informal com colegas. Realizámos pesquisa bibliográfica - salientando o Processo de Envelhecimento, os Impactos do Internamento Hospitalar no Idoso, a Enfermagem Geriátrica centrada na Família; e desenvolvimentos acerca da enfermagem médico-cirúrgica centrada na família. Recorremos ao Código Deontológico do Enfermeiro e ao Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem para contextualizar a filosofia da prática clínica de enfermagem, realçando nesse enquadramento em conjunto com a proposta da Escola, as competências do enfermeiro especialista nos vários domínios de intervenção, desde a área clínica, à investigação, gestão e formação. Estes aportes foram registados no portefólio construído durante o estágio, tendo alguns dos tópicos pesquisados sido alvo de reflexões pessoais.

Desenvolvemos competências relacionadas com a realização de diagnóstico situacional e consciência crítica para um problema da prática clínica que condiciona dificuldades na prestação de cuidados, e que necessita de uma abordagem que o sistematize de modo a poderem ser equacionadas soluções à medida desta realidade de cuidados: a família no hospital.

Complementarmente à focalização na temática da família e do idoso, desenvolvemos acções de capacitação a nível individual relacionadas com enfermagem cirúrgica, através de pesquisa bibliográfica, ou frequentando formações internas e externas à instituição.

Fomos integrando os aportes obtidos na prestação de cuidados ao utente e à família, facto que, aliado à responsabilidade de chefe de equipa se revelou importante na liderança dos cuidados de enfermagem. Desta forma de trabalhar recebemos o respeito dos colegas e o reconhecimento do nosso contributo para a organização das tarefas e no apoio à restante equipa.

Aproveitando as sinergias resultantes do papel de estudante e enfermeira responsável pela formação em serviço, envolvemos outros enfermeiros em actividades previstas para o estágio e que iam ao encontro de necessidades do serviço. Esta estratégia foi

importante para assegurar a continuidade a alguns dos trabalhos após o final do período de estágio.

Colaborámos na gestão do serviço, acompanhando o trabalho da Enf^a Chefe e colaborando em todas as situações para que fomos solicitados nomeadamente na coordenação dos cuidados na ala de Homens da enfermaria, quer na liderança da equipa durante os turnos.

A apreciação pessoal do caminho realizado, é positiva. Não conseguimos naturalmente descrever todos os elementos significativos da experiência tida, mas pensamos ter focado os mais relevantes de modo a dar uma ideia de como decorreu o presente estágio e do muito que gostaríamos de ter realizado.

4.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA

Esta experiência, orientada por objectivos delineados no planeamento das actividades de estágio, visou o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem médico-cirúrgica, que são agora alvo de apreciação, tal como as estratégias e os recursos previstos.

A estratégia de trabalho que seguimos no decurso do módulo de estágio Urgência/Emergência foi a *participação-observação*. Esta permitiu aceder a um conjunto de informações sobre as dinâmicas presentes no serviço, ao mesmo tempo que nos proporcionou a integração em todas as equipas. As observações que efectuámos e registámos num *diário de campo* sobre as dinâmicas presentes no serviço, assim como relatos de enfermeiros acerca do seu envolvimento pessoal no processo de cuidados, permitiram reunir subsídios para enquadrar a experiência pessoal de trabalho e reflectirmos acerca do modo de produção de cuidados de saúde e sobre o papel do enfermeiro no atendimento na Urgência. Não obstante nos termos inserido no grupo apenas no momento em que iniciámos a observação, fizemos parte integrante do trabalho das equipas a partir do primeiro momento, não só porque já conhecíamos o serviço, mas essencialmente porque os objectivos de estágio pressupunham intervenção no contexto. O nosso envolvimento, de acordo com a proposta de Gold (1958) apresentada por Lima et al (1999) foi de *participante total* dado que nos associámos a

todas as actividades do grupo, posição que nos permitiu conhecer uma variedade de situações às quais não teríamos tido acesso por perguntas feitas aos enfermeiros: pudemos também compreender lógicas internas nas dinâmicas de trabalho, movimentos, acções, relações, sentidos e significados atribuídos, na partilha que se gerou entre nós e os colegas, aportes que complementaram a nossa visão pessoal dos acontecimentos. O recurso à observação não pretendeu dar resposta a qualquer intento de investigação mais estruturada, mas tão só servir de apoio à captação de dados que permitissem reflectir sobre as práticas, sobre a produção de cuidados de saúde – especificamente de enfermagem - e sobre o desenvolvimento de competências que a experiência proporcionou. Não supondo a técnica de participação-observação qualquer instrumento específico que direcione a observação (Lima et al, 1999), anotámos as ocorrências à medida que se produziam factos que aumentavam a compreensão do contexto, conteúdos e processos de trabalho, assim como das relações entre actores, tendo sido estes tópicos as linhas mestras do plano de observação. Os dados recolhidos foram registados num diário de campo - diariamente fomos actualizando e completando os registos com breves apontamentos e reflexões pessoais sobre os acontecimentos de que nos recordávamos - e agrupados de modo empírico, resumidos e depois interpretados e transferidos para o presente relatório.

No contexto em que decorreu o estágio – um serviço de Urgência Básica que atende em média cerca de 125 utentes por dia -, os recursos disponíveis e as formas de organização do trabalho imprimem uma dinâmica muito própria ao contexto. As equipas são formadas por 4 médicos, 3 enfermeiros, 2 auxiliares, uma administrativa e um porteiro por turno. O hospital não dispõe de apoio em várias especialidades médicas ou de enfermagem, tais como oftalmologia, ortopedia, obstetrícia, pediatria, neurologia, psiquiatria, etc., sendo todos os doentes que necessitam de cuidados nestas áreas, transferidos para outras instituições. Não dispõe igualmente de cuidados intensivos, ou bloco operatório para situações urgentes, nem de meios complementares de diagnóstico como tomografia axial computadorizada ou ecografia permanente.

Não existindo dados estatísticos sobre as razões que levam as pessoas àquele serviço de urgência, a evidência empírica permite traçar um cenário muito semelhante ao descrito por Peneff (2003): 10% dos casos – politraumatizados, insuficiências cardíacas e respiratórias - mobilizarão metade do tempo de trabalho dos profissionais, sendo 50% dos casos correspondente a incidentes do dia a dia como quedas, fracturas, feridas,

entorses, queimaduras, acidentes domésticos, etc.; os restantes 40% serão situações que ali recorrem por falta de recursos ao nível dos cuidados de saúde primários, tais como asma, alergias, febre, odontalgias, cefaleias, lombalgias, entre outros. Muitos destes casos são considerados pelos profissionais de saúde como não tendo indicação para o serviço de urgência.

4.2.1. Dinâmicas presentes no Serviço de Urgência

O serviço de urgência tem características muito próprias e, mercê da complexidade das situações e da organização da resposta em cuidados de saúde, é perceptível um caos próprio de onde, em cada momento, emergem diferentes configurações entre os actores presentes e em que o poder e a autoridade assumem um padrão instável que nos pareceu necessário à resolução dos problemas. É um contexto em que o limite que separa intervenções autónomas e interdependentes se discute e nem sempre é assumido de forma pacífica.

É recorrente no seio dos enfermeiros uma discussão mais ou menos explícita sobre o seu campo de intervenção, podendo identificar-se ideais e práticas que se relacionam com os conceitos de *enfermagem avançada* e outros com a *prática avançada de enfermagem*.

Esta constatação inicial constituiu o ponto de partida no qual ancorámos o trabalho aqui relatado. Não descrevemos apenas acontecimentos, mas pretendemos sobretudo avaliar o alcance dos objectivos que nos orientaram, reflectir sobre as estratégias de trabalho escolhidas e ponderar as dificuldades sentidas e os resultados alcançados; procurámos também realçar os sentidos atribuídos às experiências tidas de modo a ilustrar as competências que desenvolvemos, contribuindo para clarificar o papel do enfermeiro (especialista) na equipa de saúde. Para tal descrevemos o modo como situámos a nossa intervenção naquela que defendemos ser a lógica subjacente à essência dos cuidados de enfermagem - a enfermagem avançada, que pode efectivamente responder às solicitações dos tempos modernos, quando devidamente enquadrada numa lógica de multidisciplinaridade, visto que encerra o potencial para desenvolver abordagens à saúde e à doença que não são identificados nem com a prática avançada, nem com

outras áreas disciplinares, capaz por isso de melhor contribuir para resolver a miríade de problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta perspectiva permitiu-nos perceber contributos reais que, como enfermeira, demos ao cuidado de saúde, ficando patente, julgamos nós, a particularidade das nossas acções no âmbito da equipa.

4.2.2. Cuidados ao doente de médio/alto risco e família

- Competências desenvolvidas

Neste serviço, o primeiro contacto do utente com profissionais de saúde é, em grande parte dos casos, feito com o enfermeiro, dada a proximidade do espaço físico por onde se movimentam estes profissionais e a porta de entrada dos utentes com acesso directo da via pública.

Especialmente quando o utente acedia ao interior do serviço antes de ter a ficha de admissão completa, era imediatamente abordado pelo enfermeiro, tendo havido situações em que o profissional se deslocou à sala de espera para trazer para o interior utentes que considerou apresentarem um estado crítico (suspeita de enfarte agudo do miocárdio, rectorragias, toracalgias). Nestes casos que referimos, a apreciação inicial de enfermagem passava por um processo rápido de *triangulação de fontes de dados* em que a informação fornecida pelo utente (verbal e pela observação rápida) era complementada pela dos bombeiros (pouco valorizada pelos enfermeiros, que referiam ser pouco fidedigna) e de acompanhantes que se encontrassem no exterior e fossem solicitados a entrar de imediato. De acordo com a avaliação do enfermeiro, este podia decidir intervir mesmo antes da observação médica, após um julgamento clínico imediato sobre necessidade de cuidados de saúde, quer monitorizando sinais vitais, ou mesmo colocando acessos venosos e administrando de imediato medicação ainda não prescrita pelo médico (exemplos em que administrámos glicose hipertónica endovenosa em pessoa com hipoglicémia, hidrocortisona em situação de reacção anafiláctica pós toma de antibiótico no domicílio, oxigénio em pessoa com sinais de dificuldade respiratória, captopril em situações de crise hipertensiva, etc.), ou realizando outros procedimentos (colocámos talas para imobilização de membros com suspeita de fractura, realizámos tratamentos de feridas e aplicação de gelo em traumatismos recentes, arrefecimento corporal em crianças com febre elevada). O enfermeiro

encaminhava o doente para a sala de directos, para a pequena cirurgia, ou decidia se permanecia em maca ou sentado em cadeira ou cadeirão, autorizando ou solicitando a presença de familiares.

No decurso do atendimento inicial a casos mais complicados, assumimos a atitude de iniciar os cuidados procurando antecipar problemas e mantendo uma reavaliação contínua da situação até que a pessoa fosse observada pelo médico que era alertado para a prioridade das situações; dava-mos continuidade aos cuidados enquanto o utente permanecesse no serviço. Assumimos esta postura na convicção de que o utente, logo que acede ao Serviço de Urgência, está à responsabilidade da Instituição e de todos os profissionais da equipa de saúde. Esta abordagem implicava um processo de triagem prático, a decorrer por vezes sob stress, num espaço limitado de tempo e onde estavam presentes solicitações simultâneas de cuidados. Perante a necessidade de flexibilizar os critérios de prioridade no atendimento para casos excepcionais, verificámos que há aspectos práticos que podiam ser considerados mais importantes do que razões clínicas (prioridade a crianças e grávidas, reclusos acompanhados por guardas prisionais, vítimas de agressão ou violência doméstica, vítimas de acidentes de viação acompanhados por agentes da autoridade, etc.). Assim, a experiência na prestação de cuidados permitiu-nos compreender que “o trabalho nunca seria possível se a distribuição e a organização de tarefas funcionasse com normas demasiado restritas. Se as definições ou os regulamentos fossem levados à letra, tal conduziria à anarquia, pelo facto de permanentes contestações entre profissões concorrentes ou pela espera de decisões superiores (...) ou a uma extrema lentidão - «greve de zelo» como resultado da aplicação rigorosa das directivas.” (Peneff: 2003, p. 80).

Porém, observávamos que as práticas não são lineares e ficava ao critério dos intervenientes a assumpção de uma forma de estar mais pró-activa perante o processo de atendimento naquilo que sentiam ser o cumprimento da sua responsabilidade profissional, visto que a forma de intervir descrita não reflecte uma atitude transversal a todas as equipas de enfermagem. Alguns enfermeiros adoptam uma postura mais defensiva, não intervindo sem que o médico tenha observado o utente, acreditando que estarão a prevenir eventuais consequências que sentem poder repercutir-se a nível pessoal em caso de conflito entre elementos de profissões distintas relativamente ao campo de intervenção de cada uma delas. Ao mesmo tempo deixam transparecer um sentimento de impotência perante a impossibilidade de agir prontamente na resolução dos problemas de saúde, particularmente quando confrontados com o apelo directo do

doente e da família, ou quando os utentes eram trazidos pelos bombeiros e acediam de imediato ao interior do serviço, onde esperavam o mesmo tempo que esperariam na sala de espera por cuidados médicos, visto que não estava instituído processo de triagem de casos e o atendimento era feito por ordem de chegada, nem existiam protocolos de actuação ao nível da administração de medicamentos ou outros tratamentos. Os problemas de interdependência de funções que se nos colocaram assumem um sentido distinto quando a espera se torna um factor de agravo tão imediato para a saúde. Questões como “o que fazer perante o apelo directo do doente e da família para que o seu problema de saúde seja resolvido? O que dizer perante um doente com dor que terá que esperar uma, duas ou três horas para que o médico avalie a situação e prescreva analgesia? O que responder quando o familiar impaciente nos questiona: “então, mas não é enfermeira?...”, levaram-nos a reflectir sobre o contributo que a enfermagem pode dar para ajudar a melhorar o atendimento e os resultados em áreas tão específicas dos cuidados de saúde como é um serviço de urgência. Verificámos que é virtualmente infinito o conjunto de necessidades para a satisfação das quais estamos dependentes de cuidados de enfermagem autónomos, e que podem ser prestados numa lógica de *enfermagem avançada*. Foi no âmbito desta filosofia de cuidados que desenvolvemos competências, dando cumprimento a todos os objectivos traçados para o estágio.

Especificamente na prestação de cuidados, procurámos manter sempre uma atitude calma, desenvolvendo o trabalho com ordem, método, e elevado sentido de organização e responsabilidade.

Valorizámos todas as situações que ocorrem ao serviço de Urgência, atendendo a que “a doença não é, em primeiro lugar, a comprovação do que a ciência médica reconhece como doença; é uma experiência do paciente, através da qual este procura livrar-se dessa perturbação, tal como o faria a respeito de qualquer outra.” (Gadamer, 1993, p. 60). Assim, à sensibilidade que fomos desenvolvendo ao longo da vida profissional, juntou-se o conhecimento obtido através da literatura e evidência científica que apoia a rejeição de juízos de valor sobre as atitudes da população e os motivos que levam as pessoas aos serviços de urgência, sabendo que está frequentemente implícito na avaliação dos profissionais um forte sentido de reprovação e discrepâncias entre a percepção destes e a percepção do cidadão que ali recorre (Sanders, 2000). Porém, estudos como o de Walsh (1995) evidenciam um conjunto de factores implicados na demora em recorrer aos serviços de urgência e nos motivos que levam as pessoas a

tomar esta decisão, demonstrando a utilidade da análise de custo-benefício que o Modelo de Crenças em Saúde prevê, realçando que o atendimento nos serviços de urgência necessita de ser encarado como um processo de tomada de decisão lógico que requer que o sistema providencie respostas adequadas, em vez de rotular simplesmente os utilizadores como inadequados. Impõe-se sim uma reflexão conjunta que inclua o sistema prestador, os profissionais e o cidadão, para equacionar as hipóteses de reformulação das respostas em cuidados de saúde, com soluções que possam ir ao encontro das necessidades e expectativas do cidadão. Pudemos comprovar empiricamente no terreno a validade deste modelo, uma vez que é a percepção de um fácil acesso e resolução imediata de problemas que determina grande parte das idas ao serviço de urgência.

Na abordagem ao utente e família, utilizámos instrumentos básicos tais como:

- A Relação de Ajuda, base da organização e execução dos cuidados;
- A Comunicação, fundamento de todo o trabalho realizado no serviço;
- A criatividade, necessária para encontrar modos válidos de ajuda;
- Os princípios científicos na garantia de cuidados seguros;
- Os valores e princípios éticos que permitissem orientar o cuidado para a pessoa;
- A destreza – manual e intelectual – centrada nas tarefas e nas pessoas;
- A observação atenta – mobilizando todos os sentidos - que nos permitisse captar rapidamente relações hipotéticas entre os dados observados, incidindo sobre a informação mais relevante para planear as intervenções.

No cuidado ao utente providenciámos cuidados de higiene, tricotomias, limpeza de feridas, retirada de roupa, segurança e o maior conforto possível no posicionamento de utentes em maca, levantes, etc.; procurámos assegurar condições de privacidade e respeito pela dignidade humana em todos os procedimentos, num ambiente em que a urgência da situação pode tender a fazer esquecer estes princípios; procedemos à vigilância, monitorização de sinais vitais e traçado electrocardiográfico, administração de terapêutica, ajuda na colocação e vigilância de drenagens torácicas, colaboração em paracenteses, suturas e em todas as intervenções necessárias no serviço de urgência.

A envolvimento na prestação de cuidados permitiu-nos desenvolver competências de tomada de decisão em situação de urgência, treinando a capacidade de perceber a

gravidade de cada situação clínica, cientes das dificuldades que do ponto de vista ético podiam decorrer de um processo prático de triagem, procurando pela objectividade e de forma equitativa, contornar esse problema. Tivemos em conta a proposta de Andersson et al (2006) que identificou aspectos chave a ter em conta neste tipo de triagem:

- " As competências baseadas na experiência, no conhecimento e na intuição;
- " As capacidades pessoais como a coragem, habilidade para gerir a incerteza, confiança, racionalidade;
- " As circunstâncias contextuais relacionadas com a organização do serviço e a interacção entre profissionais.

Procurámos que as nossas decisões no atendimento prioritário tivessem em conta o problema actual da pessoa relacionando-o com o factor tempo, a história clínica passada, valorizando episódios anteriores como por exemplo de enfarte, ou razões de uma queda; valorizámos os sinais e sintomas, os parâmetros vitais e o estado físico e psíquico. O despiste da presença de dor foi um aspecto decisivo na definição da situação, especialmente em casos em que ocorreu trauma com suspeita de fractura, dor pré-cordial, cefaleia, disúria, sendo priorizado o alívio de dor intensa. Atendemos aos riscos presentes na condição clínica como por exemplo o risco de embolia pulmonar em pessoa com sinais de trombose venosa profunda de membro inferior; ou o risco de infecção perante feridas traumáticas. Considerámos os dados de análises, electrocardiogramas ou radiografias, tendo essa atitude, em algumas situações, sido importante na alteração da prioridade no atendimento. Procurámos que toda a informação convergisse para uma visão abrangente e sintética dos problemas, de modo a facilitar a tomada de decisão célere e segura relativamente ao atendimento.

Atendemos prioritariamente o doente em estado crítico com patologia do foro cardiológico (enfartes agudos do miocárdio, taquicardias, edemas agudos do pulmão), pneumológico (crises asmáticas e doenças pulmonares obstrutivas crónicas agudizadas), neurológico (epilepsia), psiquiátrico e traumatológico (ingestão accidental de produtos químicos em crianças, quedas, politraumatizados por acidentes de trabalho e viação) assim como reacções alérgicas, pelo risco de choque anafiláctico.

O papel de cooperação que assumimos na equipa multiprofissional passou igualmente por providenciar as melhores condições que facilitassem a intervenção de outros profissionais como encaminhamento do utente para o serviço de radiologia, ou ajudando

a encontrar espaço e privacidade para colheita de sangue ou realização de electrocardiogramas. Agimos em colaboração com todos, desde a administrativa que por vezes solicitava permissão para que autorizássemos a entrada imediata de crianças, grávidas ou outros casos que lhe suscitavam dúvidas quanto à gravidade, aos auxiliares que alertavam para outras solicitações de pessoas que permaneciam nos vários locais do serviço, nem sempre acessíveis à vigilância permanente do enfermeiro, ou até o próprio porteiro que procurava informações a pedido de acompanhantes na sala de espera; articulámos, sempre que necessário, o nosso trabalho com o do médico e restante equipa, quer ao nível das indicações para as intervenções interdependentes, quer mesmo solicitando a intervenção do cirurgião sem referenciação inicial dos médicos da triagem. Em todas as situações procurámos validar com cada utente a razão da sua vinda à urgência e aferir a pertinência da medicação prescrita que íamos administrar. Em duas situações concretas adoptámos uma postura mais defensiva, não administrando diazepam a um utente que apresentava quadro compatível com acidente vascular cerebral em evolução - que faleceu pouco depois -, e encaminhando para o cirurgião um utente com alta, a necessitar, de acordo com a nossa avaliação, de sutura do couro cabeludo. Em ambas as situações agimos com discricção, solicitando a reavaliação e colaboração de médicos do hospital, na solução das situações.

Quando não era possível a atenção imediata do médico, quer porque o afluxo de casos urgentes excedia a capacidade de resposta, ou porque o tipo de situação não podia esperar, não deixámos de intervir, no âmbito das nossas competências, em situações que justificadamente apresentavam carácter emergente, num contexto em que “é difícil fazer o inventário de actos médicos exclusivamente reservados aos médicos e às enfermeiras” (Peneff: 2003, p. 142) sendo a área de intervenção e a distribuição de tarefas de cada profissional dependente da quantidade de pessoal, das competências de cada um, das dinâmicas dentro das equipas de enfermagem, dos costumes, das relações enfermeiro - médico e médico - equipa de enfermagem. Como refere o mesmo autor, “o vazio jurídico permite ao hospital gerir o indeterminável e adaptar-se a situações cujas fronteiras seriam impossíveis de estabelecer com rigor. Na ausência temporária de um médico (...) [em teoria] os tratamentos parariam” (ib). Todo o nosso desempenho assentou no entendimento que temos da Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) - Decreto-Lei 161/96 e do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Decreto-Lei 104/98, de 21/04, que no Artigo 83º referente ao Direito ao Cuidado, refere

que o enfermeiro deve “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”. Também o Artigo 9º do mesmo documento e que se reporta às Intervenções de enfermagem, reforça que os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais, “*procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais*”, estando obrigados a “assegurar por todos os meios ao seu alcance a manutenção da vida do utente em caso de emergência” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Artigo 12º).

Colaborámos na transferência de doentes para outros hospitais, em manobras de reanimação cárdio-respiratória na sala de directos, nos cuidados aos utentes em Sala de Observações – onde permaneciam vários dias por falta de vagas nas enfermarias – e nos cuidados aos utentes em isolamento por suspeita de gripe A. Intervimos em todos os patamares de cuidados de saúde, desde a promoção da saúde, à prevenção e palição.

No âmbito da educação para a saúde ao utente e família, a possibilidade de grande contacto com a população permitiu-nos compreender as possibilidades de realizar ensinamentos terapêuticos relacionados com diabetes, hipertensão arterial, acidentes domésticos, obstipação crónica a cuidadores informais de pessoas idosas, entre outros, sempre que oportuno. Aproveitando os momentos de realização de tratamentos, administração de terapêutica, ou durante a prestação de informações, intervimos nesta área autónoma da enfermagem, a propósito da qual Cross (2005) refere no seu estudo sobre as atitudes dos enfermeiros de serviços de urgência em relação à promoção da saúde naqueles contextos de cuidados, que a maioria têm uma perspectiva positiva em relação ao papel dos enfermeiros na promoção da saúde na urgência, sugerindo estudos para explorar as percepções sobre as barreiras e as actividades na urgência relacionadas com promoção da saúde, área insuficientemente explorada.

Prestámos atenção particular às situações designadas como “casos sociais”, com maior incidência em maus tratos a pessoas idosas – situações de abandono, desidratação, desnutrição, má higiene, solidão, etc. -, e que permaneciam dias ou meses no serviço, ao cuidado dos enfermeiros. Tivemos oportunidade de conhecer o modo como é accionada pelos enfermeiros a ajuda da Linha de Emergência Social (144), situação que ocorreu

relativamente a um caso de abandono. Colaborámos nas diligências feitas junto de familiares e serviços sociais para obter ajuda na resolução de problemas sociais.

A transferência inter-hospitalar de doentes em estado crítico é muito frequente dada a insuficiência de meios humanos e técnicos para responder a todas as necessidades da população. A programação da transferência é realizada pelos médicos, sendo o enfermeiro solicitado para o acompanhamento no transporte. Durante o transporte são realizados todos os procedimentos necessários à manutenção da vida, dispondo a equipa de material próprio para o efeito, incluindo ventilador portátil. Esta área dos cuidados tinha sido alvo de uma sessão de formação em serviço, estando proposta uma folha de registos de transferência que não foi instituída. A recepção no local de destino é muitas vezes problemática, segundo experiências relatadas por vários colegas. Pudemos confirmar essa situação num caso em que a equipa médica se agrediu verbalmente, por discordância em relação ao estado (crítico) do doente. Perante o conflito adoptámos uma atitude de afastamento após estarem assegurados os cuidados de enfermagem por parte dos colegas que nos receberam, tendo discutido posteriormente o problema com a enfermeira chefe, colegas e directora de serviço.

Colaborámos em várias situações que envolveram procedimentos de reanimação cárdio-respiratória. Deparámo-nos com várias dificuldades relacionadas sobretudo com o insuficiente apoio médico imediato, com a falta de liderança do processo de reanimação, com a presença de muitas pessoas na sala de directos, e com o estado em que a maior parte dos doentes chegavam visto serem transportados sem suporte básico de vida. Estas constatações reforçaram a ideia inicial de desenvolver formação nesta área, que explicitaremos adiante. Não obstante as dificuldades, a nossa aprendizagem e treino foi aumentada pelas experiências tidas e pelo contributo de colegas com prática de serviços de urgência em hospitais centrais e cuidados intensivos, assim como de médicos intensivistas.

O presente estágio também nos facilitou o acesso a tarefas de gestão, área em que a intervenção do enfermeiro, no contexto do serviço de urgência, é permanente. Os processos de trabalho implicam acções que utilizam recursos para atingir objectivos, com impactos nos resultados do serviço, pelo que as acções podem ser orientadas para várias situações, desde o planeamento de intervenções, à análise de problemas e sua solução, à organização dos recursos em presença, à comunicação, à liderança do grupo,

à negociação entre os actores em presença, à tomada de decisões rápidas, à própria avaliação utilizando instrumentos apropriados como registos do trabalho realizado. Implica que o enfermeiro seja capaz de decidir pelas melhores soluções; que seja capaz de lidar com as pessoas através de padrões de comunicação adequados, uso de negociação, habilidade na condução de mudanças, capacidade de obtenção da cooperação e competências para a resolução de conflitos. Exige uma visão sistémica e global do serviço, da instituição e do sistema de cuidados de saúde.

A ocorrência de tão grande variedade de situações que caracterizam um serviço de urgência, permitiu-nos intervir desde o atendimento à entrada, em que procurámos contribuir para a gestão dos tempos de espera, para a articulação com outros serviços, para o encaminhamento dentro do hospital e para outras instituições, e para a orientação aquando da alta. Mobilizámos os meios ao nosso alcance, providenciando um atendimento mais célere que não se restringiu à intervenção médica, mas também à de outros técnicos como analistas, assistente social, serviços farmacêuticos, serviços de alimentação, bombeiros, etc. Demos particular atenção à identificação dos utentes e dos processos clínicos, exames complementares de diagnóstico e receitas médicas, visto que pode ocorrer troca de documentos entre processos e pessoas. Realizámos registo das intervenções de enfermagem por nós realizadas e notas de evolução do estado do doente que permanecia de um turno para o outro e cuja situação requeria maior atenção, ou dos utentes que permaneciam em Sala de Observações, realizando todo o trabalho inerente à finalização do processo clínico nomeadamente registos para fins estatísticos e encaminhamento da documentação e exames para os serviços administrativos. A possibilidade de intervir na gestão dos processos clínicos permitiu-nos agir em situações que requeriam observação de médico cirurgião ou de internista, retirando as fichas e solicitando directamente a sua colaboração, sem esperar vez para observação do médico de clínica geral ou fazendo interagir os médicos de serviço em benefício do doente. Defendemos que esta é uma atitude fundamental, visto que ao mobilizar competências pessoais que permitam defender o interesse da pessoa doente sem entrar em conflito com outros profissionais, estaremos não só a diminuir os tempos de espera e resolver em tempo útil as situações que motivam as idas à Urgência, como a gerir a afluência de utentes que pode assumir rapidamente proporções geradoras de maior stress e facilitadoras de conflitos. O enfermeiro é assim um elemento da equipa competente para gerir grande parte das dinâmicas que ocorrem naquele serviço, o que se passa nos corredores e nas salas, em que a presença de crianças, bombeiros, porteiros, voluntários,

familiares e profissionais que por ali se movimentam, fazem da organização do espaço físico e da gestão da presença de elementos no serviço, um aspecto essencial para que estejam reunidas condições de trabalho adequadas. Os enfermeiros jogam assim um papel essencial na gestão do clima no serviço de urgência, especificamente na prevenção e detecção precoce de situações de agressividade, precipitada quer por tempo de espera, quer por problemas administrativos na ordem de chegada ou mesmo em situações de descontentamento sobre o atendimento, num contexto em que as pessoas que ali recorrem se encontram naturalmente ansiosas, com medo muitas vezes do diagnóstico e do prognóstico, receio de perderem o controlo da sua situação, falta de conhecimentos, nível individual de tolerância à frustração baixo, e cujo stress pode ser exacerbado quando entram num ambiente confuso, algo caótico, onde se sentem perdidas e desprotegidas; outras desenvolveram já estereótipos relacionados com um suposto mau atendimento, estiveram envolvidas em situações anteriores de violência ou tiveram más experiências pessoais ou com familiares em serviços de urgência. A este propósito mobilizámos para o contexto de estágio as conclusões de um estudo realizado por Luck et al (2007) e que disponibilizámos à equipa, no qual foram identificados 5 componente distintivos, observáveis no comportamento de utentes, familiares ou acompanhantes, que indiciam potencial para violência no serviço de urgência, descritos com o acrónimo STAMP:

- ✓ **S**taring and eye contact (ficar a olhar e contacto visual);
- ✓ **T**one and volume of voice (tom e volume da voz);
- ✓ **A**nxiety (ansiedade);
- ✓ **M**umbling (atitude de refilar em voz baixa);
- ✓ **P**acing (deambular para traz e para a frente).

O conhecimento daqueles factores facilitou o reconhecimento precoce de situações de risco, permitindo mobilizar competências pessoais e profissionais de modo contribuir para impedir que a violência se instalasse. A gestão de conflitos é assim um tópico particularmente importante, que vai desde a capacidade de lidar com os problemas que se iniciam muitas vezes na sala de espera, até a questões internas e de funcionamento do serviço. Neste estágio tivemos oportunidade de dar conta dos problemas existentes com os bombeiros, cuja permanência no interior do serviço é consentida face à intimação destes em deixar os utentes no chão para levarem consigo as macas das ambulâncias. Vivenciámos problemas decorrentes do abandono do serviço por parte do médico,

gerando uma grande acumulação de utentes em espera, instabilidade na equipa de trabalho e descrédito dos utentes. Nos casos em que há necessidade de acompanhamento de enfermagem na transferência inter-hospitalar, o reduzido número de enfermeiros que fica a assegurar o serviço (dois) motiva uma maior espera e decorrente desorganização no serviço, exigindo-se um esforço adicional para manter uma resposta adequada.

Supervisionámos o trabalho de auxiliares, maqueiros e voluntários, no fornecimento de refeições ligeiras, na higiene, na gestão da ocupação de macas e cadeirões, na limpeza do serviço, na preparação e acompanhamento de doentes a exames, na ajuda aos enfermeiros, na comunicação com o utente e salvaguarda da sua privacidade, no respeito pela pessoa e família em todos os momentos do processo de cuidados e nas relações humanas entre profissionais de saúde.

Na gestão de materiais e medicamentos, colaborámos na avaliação de necessidades e reposição de medicamentos, materiais e roupas, tarefas realizadas pelos enfermeiros no turno da noite. Em todos os turnos era verificado o estado dos equipamentos e preparada a sala de directos para qualquer intervenção imediata.

A colaboração na gestão do serviço foi extensiva ao diálogo com a Enfermeira Chefe, em trocas de impressões sobre o trabalho e problemas existentes no serviço, com sugestões relativas por exemplo à abordagem que é feita ao utente no corredor sem estar muitas vezes salvaguardada a sua privacidade na comunicação com o enfermeiro inibindo a pessoa de se expressar, à grande rotatividade de enfermeiros pelos serviços não criando estabilidade nas equipas, aos picos de falta de pessoal que comprometem os projectos do serviço, à vinda avulsa de enfermeiros de outros serviços para cobrir necessidades, entre outros tópicos. A passagem do hospital para um modelo de Centro Hospitalar foi um dos aspectos discutidos com a Enf^a Chefe, nomeadamente no que se refere à comunicação entre as duas unidades, à circulação da informação/processos clínicos e ao novo método de distribuição de fichas pela triagem médica, à sinergia de recursos que esta oportunidade representa, à uniformização de políticas e procedimentos, entre outros aspectos.

No âmbito da formação em serviço, disponibilizámo-nos para cooperar com o projecto em curso no serviço, no âmbito da humanização, especificamente na revisão de sectores

e isolamento para gripe A. Em relação ao primeiro, foram-nos apresentadas as alterações em curso na sala de directos e espaço para atendimento de crianças, e tivemos oportunidade de aceder à opinião de alguns elementos da equipa que se mostravam insatisfeitos por encontrarem os materiais e medicamentos dispostos de formas diferentes, que não eram as mais funcionais nem atendiam às suas sugestões, segundo referiam. Quanto ao isolamento para gripe A, existia um grupo de trabalho composto por médicos e enfermeiros, tendo sido dois enfermeiros a equipar a sala de isolamento e definir os circuitos de circulação de pessoal e utentes. Verificava-se um desconhecimento dos procedimentos e orientações, gerando-se alguma incerteza quando os utentes vinham referenciados pela Saúde 24. Apresentámos uma proposta de formação em serviço que ajudasse a discutir o problema e focalizasse aspectos práticos relacionados com o ensino à população, não tendo sido viabilizada por impedimentos do serviço, conforme verbalizámos na reunião de avaliação de estágio.

Tal como previsto no módulo de estágio anterior, tencionávamos dar continuidade à abordagem da intervenção em situação de catástrofe apresentando a Legislação Actual, o Plano de Emergência Local os tópicos mais importantes relacionados com a resposta do hospital em situações de catástrofe na comunidade, com realce para o papel do enfermeiro através da apresentação de um modelo teórico para a enfermagem em situações de catástrofe. Pensámos que estas acções pudessem contribuir para esclarecer os enfermeiros sobre intervenção em catástrofe, e sobretudo sensibilizar os órgãos de administração para a necessidade de divulgação do plano interno do hospital. Porém, a transição do hospital para o Centro Hospitalar Barreiro Montijo que se iniciou no decurso deste estágio, motivou o adiamento desta acção, visto que é uma das áreas que será alvo de reformulação nos próximos meses.

A reanimação cardio-respiratória foi o tópico sobre o qual debruçámos maior atenção, realizando uma sessão de formação com a duração de 4 horas, cuja pertinência foi previamente validada com a médica directora de serviço e com a Enf^a chefe e vários enfermeiros da equipa. Esteve aberta a todos os profissionais do hospital, e realizou-se na Biblioteca da instituição com a presença de um médico internista, enfermeiros do bloco operatório, cirurgia, consultas externas, medicina e serviço de urgências. Esta formação justificou-se pela necessidade de actualização de conhecimentos, revisão de procedimentos e treino, tendo sido aproveitada a possibilidade de trazer um manequim

da Universidade que serviu para realizar treino posicionando-o numa maca do Serviço de Urgências. Aproveitámos a oportunidade para rever os procedimentos e algoritmos de suporte básico e avançado de vida neonatal, pediátrico e no adulto, assim como abordar tópicos específicos dos cuidados relacionados por exemplo com os procedimentos de ventilação e de protecção da via aérea, a administração de fármacos, interpretação de dados da monitorização cardíaca, desfibrilhação, técnica de compressões cardíacas externas e os critérios para suspensão das manobras; foram discutidas as vias de acesso venoso periférico e central, intra-ósseo e endotraqueal; foram apresentados os cuidados de enfermagem pós reanimação, assim como discutido o transporte inter hospitalar de doentes em estado crítico; foram apresentados vários estudos científicos onde se encontram identificados os principais erros cometidos nos processos de reanimação e discutidas várias questões éticas associadas à problemática do início, manutenção e suspensão das manobras de reanimação.

Após a apresentação teórica e discussão das temáticas abordadas, o grupo deslocou-se ao serviço de urgências onde todos os elementos tiveram oportunidade de treinar num manequim com dispositivos de alarme, os procedimentos de ventilação com Ambu e compressões cardíacas externas.

A avaliação final foi muito positiva, tendo o Núcleo de Formação solicitado a sua repetição e realização periódica de modo a manter actualizado o pessoal envolvido no suporte básico e avançado de vida no hospital. Foi reunido num dossier todo o material utilizado na formação, que ficou disponível no computador do serviço para consulta e cópia, e disponibilizado para integrar o dossier da formação do serviço de cirurgia.

(Anexo VII)

Tal como na formação descrita, em que nos tópicos abordados na discussão entre todos os presentes foi reservado um momento final para o problema da hipotética presença de familiares durante as manobras de reanimação, assim como para o acompanhamento que é feito à família nos moldes actuais de intervenção, a família na urgência foi um aspecto particularmente relevante nas pesquisas realizadas e nos cuidados prestados, e que passamos a descrever e analisar de seguida.

4.2.3. A família no Serviço de Urgência

Na relação com a família partimos do princípio que o familiar que acompanha a pessoa ao serviço de urgência, particularmente aquela que se encontra em estado crítico, deve ser incluído nos cuidados. Nesse sentido, seguindo a nossa sensibilidade pessoal complementada por informação transversalmente documentada na literatura sobre necessidades dos familiares em contexto de urgência, procurámos estabelecer uma maior proximidade, comunicação, sentido, apoio e conforto.

A comunicação foi um dos aspectos trabalhados, procurando exceder o acto de informar e contextualizando-o no *continuum* dos cuidados. Em relação à informação, e muito embora esteja instituída no serviço uma norma de prestação de informações sobre doentes na Sala de Observações, mantivemos uma postura de disponibilidade perante outros familiares, particularmente de doentes em estado de maior vulnerabilidade ou em que os familiares se apresentavam mais angustiados, e procurando que o familiar pudesse contar connosco como referência no serviço para o orientar e apoiar. Está consensualizado na equipa um horário de atendimento aos familiares - 3 vezes por dia - durante a qual é facilitada a visita aos doentes em SO - que não está instituída - e aproveitada a oportunidade para prestar esclarecimentos e realizar ensinamentos terapêuticos. O pedido de informação é formalizado pelo preenchimento de uma folha própria criada, testada e revista pelos enfermeiros. Esta informação é complementada por um folheto informativo sobre o SO, realizado pelos enfermeiros; existem folhetos sobre cuidados com a algália, com alimentação por gavagem, cuja adequação foi aferida junto dos familiares. Há informação na sala de espera em cartazes afixados nas paredes sobre o horário e procedimentos para obter informação. No momento em que é prestada a informação - pelo enfermeiro chefe de equipa -, são entregues panfletos de acordo com a situação e são realizados ensinamentos relacionados com diversas situações, como obstipação, controle de diabetes, alimentação, etc. Este é um momento aproveitado pelos enfermeiros para obter informação sobre a situação sócio-familiar de cada doente, medicação de ambulatório ou exames realizados recentemente.

Porém, não obstante a importância e dinâmicas que esta actividade representa, os enfermeiros sentem que a informação disponibilizada é insuficiente por não estar complementada por informação médica, e como tal tende a ser desvalorizada pelos

familiares; outros referem muita dificuldade em responder às várias solicitações por falta de tempo. Estes sentimentos são consistentes com os resultados do estudo de Redley (2003), no qual foram inquiridas 86 famílias que recorreram a serviços de urgência, e que hierarquizaram as suas necessidades colocando a quase totalidade dos inquiridos em primeiro lugar a necessidade sentida de saberem o prognóstico e em segundo lugar de falarem com o médico.

Como contornámos então aquela evidência? Em primeiro lugar procurámos transmitir ao familiar um sentimento de inclusão nos cuidados, fazendo-o sentir-se útil e mantendo-o actualizado em relação à evolução da situação clínica do doente. A situação clínica é entendida no âmbito deste trabalho como momento de cuidados voltados para o doente através de contacto directo que permite diagnosticar problemas de enfermagem e intervir na sua resolução. De acordo com esta perspectiva, a situação clínica engloba informação de enfermagem importante, susceptível de ser partilhada com o doente e família, respeitando as circunstâncias de cada caso particular especificamente no que se refere à oportunidade de informar, vontade do doente e família de obter informação, capacidade de compreensão, impactos da informação na pessoa, entre outros aspectos. Atendendo àqueles pressupostos, aproveitámos o momento em que prestávamos informações para explicar, de forma sucinta e objectiva, a forma como a pessoa respondia aos problemas, deixando para o médico o detalhe da doença e factos relacionados. Procurámos manter o familiar ao corrente da situação sobre a evolução do estado de consciência do seu familiar doente, presença e controle da dor e outros sintomas, alterações no padrão de mobilidade, ponto da situação em relação à alimentação referindo o tipo de dieta e aspectos relacionados ou razões para pausa alimentar, cuidados prestados em relação a higiene e conforto, existência de feridas e tratamentos efectuados, razão dos procedimentos realizados e previstos (por exemplo, realizou um electrocardiograma para verificarmos como está a funcionar o coração ou tem uma sonda no nariz para se vigiar o conteúdo do estômago, etc.), garantindo que estavam a ser prestados os cuidados adequados e indicados à situação. Respondemos honestamente às perguntas respeitando os princípios éticos e deontológicos que se impõem ao acto de informar, tentando transmitir sempre um sentimento de confiança no pessoal; este apoio assumia um sentido mais objectivo perante situações críticas, procurando não retirar a esperança e encorajando os familiares no sentido de identificarem em si – na família – os recursos necessários para gerir o momento de

crise, ajudando a lidar com conflitos de valores e respeitando o significado que a experiência tem para cada pessoa.

Na intervenção e no apoio à família sentimos sempre que seria prudente explicar ao familiar como iria encontrar o seu familiar doente antes do primeiro contacto e facilitar a presença de dois familiares em simultâneo para que se apoiassem mutuamente, especialmente em doentes politraumatizados ou com monitorização cardíaca, entubações ou outras situações susceptíveis de impressionar. Também sentimos muitas vezes que foi necessário dar orientação ao familiar sobre como proceder junto ao seu familiar doente e encorajar a pessoa a expressar as suas emoções, visto que por vezes não comunicavam por medo de incomodar, ou tendiam a exceder-se com manifestações ou conversas perturbadoras para o doente. Considerámos importante estar presente durante a visita no SO, não só pela necessidade de apoiar os familiares, mas para obter informações úteis ao processo de cuidados.

Procurámos promover a proximidade - entendida como possibilidade de o familiar estar perto da pessoa doente, ou junto ao corpo após a morte - nas áreas em que o funcionamento do serviço permitia, nomeadamente facilitando a sua presença junto do doente o mais precocemente possível e mantendo-o informado sobre eventual transferência. Outros aspectos referidos na literatura como poder visitar o seu familiar sempre que desejar ou estar presente durante a prestação de cuidados (Redley, 2003), são necessidades sentidas pelos familiares mas que não têm resposta no actual enquadramento da prestação de cuidados neste serviço de urgência. Também nos procedimentos de reanimação não está aberta essa possibilidade, tendo sido um dos tópicos abordados em vários momentos, e que suscitou surpresa e interesse em ser aprofundado por parte de médicos e enfermeiros. A proximidade foi um conceito que alargámos ao contacto com o enfermeiro, adoptando uma atitude de solicitude perante o doente e família e tomando várias vezes a iniciativa de chamar presencialmente os familiares na sala de espera, tarefa normalmente solicitada ao porteiro ou feita através do altifalante.

Nos corredores verificava-se a presença de acompanhantes por curtos períodos, dependendo do estado dos doentes, das equipas, e do estado do serviço. Normalmente no período da noite não se colocavam tantos obstáculos e alguns acompanhantes permaneciam no interior do serviço, procurando-se que fosse sempre o mesmo familiar a acompanhar o processo de cuidados.

Em situação terminal foi evidente a indispensabilidade dos cuidados de enfermagem no que respeita ao conforto, ao apoio e orientação à pessoa e à família, usando da capacidade de influência junto da equipa médica para obter rápido atendimento quando era necessário controlar sintomas farmacologicamente. A garantia de que o doente ficava confortável, foi um dos aspectos que valorizámos visto que constitui uma preocupação da família. Este conforto foi também dirigido ao familiar, quer no apoio físico oferecendo uma cadeira para se sentar, quer proporcionando privacidade, escolhendo sempre que possível locais mais resguardados quando o doente permanecia mais tempo no serviço acompanhado, e colocando o familiar à vontade para se ir alimentar ou tomar café para alívio de stress, cansaço e angústia.

Quanto ao acompanhamento após a alta, não existe *follow up* de família e utente na urgência, aspecto que na nossa opinião seria interessante explorar para aprofundar esta dimensão dos cuidados e identificar as barreiras à sua operacionalização prática.

4.2.5. Reflexão sobre o trabalho realizado no módulo Urgência/Emergência

A análise deste módulo de estágio reflecte parte de uma experiência profissional muito positiva. Não obstante ser uma área na qual já havíamos trabalhado - em urgência, emergência e situações de catástrofe relacionadas com conflito armado -, as exigências do curso colocaram-nos perante novas perspectivas de intervenção, possibilitando aquisições valiosas e a tomada de consciência para a importância do papel do enfermeiro especialista na equipa de saúde.

Toda a actividade beneficiou do planeamento inicial feito no âmbito do projecto de estágio, que serviu para recentrar a atenção sempre que tendíamos a dispersar na miríade de interesses que o estágio suscitava. Desenvolvemos competências de observação, na medida em que o fizemos de forma consciente e crítica em relação aos problemas da prática clínica, integrando aportes desse exercício na prestação directa de cuidados e recolhendo desta elementos sobre aos quais fomos dando maior atenção.

A prestação directa de cuidados proporcionou não só o contacto com o doente e com a família que de outro modo não teríamos tido, como permitiu a integração no serviço e o

acesso a um conhecimento mais fundamentado das dinâmicas, das práticas, das equipas e de todos os profissionais. Trabalhar em equipa significou que os diferentes profissionais se empenharam para atingir os objectivos dos cuidados de saúde exercendo a sua autonomia profissional mas simultaneamente reconhecendo a sua interdependência, visto que como defende Figueiredo (1997), a colaboração dos diferentes elementos da equipa passa pelo respeito pela competência, autonomia e responsabilidade de cada um, pela partilha do poder e pelo reconhecimento das zonas de sobreposição. A comunicação, competências, assumpção de responsabilidades, confiança na equipa e respeito foram fundamentais em todo o processo de trabalho conjunto, no qual, mesmo perante diferentes filosofias na abordagem ao doente, mantivemos a mesma postura abordando as situações de imediato, iniciando os procedimentos considerados necessários e procurando sensibilizar os médicos para os casos mais urgentes. Participámos activamente na intervenção ao doente de médio/alto risco e demonstrámos capacidade de agir e reagir em situações imprevistas e complexas, trabalhando em equipa multiprofissional e interdisciplinar, e pautando a nossa intervenção por elevados padrões de profissionalismo. Demonstrámos ainda ser competentes na abordagem de questões complexas dos cuidados de forma sistemática e criativa, pelo modo como integrámos os conhecimentos teóricos na prática clínica e através por exemplo dos tópicos abordados na formação em serviço.

A formação em serviço – que decorreu não só da sessão formal apresentada em sala, mas em todos os momentos em que pudemos trocar impressões com os colegas, ou deixando contributos em forma de artigos científicos no serviço, num dossier criado para o efeito - foi de resto uma das formas que nos permitiu mobilizar e partilhar conhecimentos, quer formalmente, quer na troca de experiências no dia a dia. Procurámos incorporar a melhor evidência nas práticas clínicas, nas técnicas relacionadas com a prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde, nos procedimentos de reanimação e em todos os aspectos do trabalho.

A gestão foi uma área em estivemos presentes, no contributo dado para a resolução de problemas e procurando gerir os conflitos numa perspectiva de prevenção para que os turnos decorressem sem complicações. Supervisionámos os cuidados e zelámos pela qualidade dos mesmos em todas as possibilidades que o contexto nos permitiu, desde a organização do trabalho nos turnos, aos registos de enfermagem, ao trabalho em grande

proximidade com os enfermeiros chefes de equipa, à orientação de pessoal auxiliar. Estabelecemos contacto, sempre que necessário, com a médica chefe de serviço, enfermeira chefe, e todos os intervenientes nos cuidados, acedendo num curto espaço de tempo a muitas informações complementares à prática clínica que nos permitiram estar alerta para especificidades do serviço de que, sem estas pistas, só nos aperceberíamos numa permanência mais alargada.

Reportando-nos ao ponto de partida no qual ancorámos a análise do presente módulo de estágio - *prática avançada de enfermagem/enfermagem avançada* -, podemos agora afirmar que as mudanças na oferta de cuidados não implicam o afastamento em relação ao que é essencial na enfermagem, que muitos rejeitam por supostamente não dignificar a profissão nem requerer habilitação de nível superior (Allan, H. T. e Smith, P. A.; 2009). Há de facto um espaço de intervenção muito amplo nos cuidados ao doente, e especificamente ao doente em estado crítico, que cabe ao enfermeiro assumir na satisfação das necessidades da pessoa e da família num contexto hospitalar já de si complexo como o Serviço de Urgência, inserido na complexidade de um sistema mais vasto de cuidados de saúde. Não estando a Enfermagem em posição de se assumir como uma espécie de consciência moral do sistema de cuidados de saúde, pode efectivamente ter um importante papel na defesa dos interesses da pessoa, numa lógica que expresse a inclusão dessa atitude na forma como operacionaliza o conceito de “cuidar”.

Terminada esta etapa, estamos convictos de termos realçado também a importância da família no contexto de cuidados ao doente no serviço de urgência. Porém, temos também a certeza de que só a continuidade de intervenções concertadas podem efectivamente mudar práticas. Foi por essa razão que não nos limitámos a intervir isoladamente ou visando objectivos pessoais de trabalho; procurando, outrossim, desenvolver acções de sensibilização aos que ali irão continuar a trabalhar, quer nas conversas que tivemos, quer na formação em sala, quer no exemplo dado, de modo a que a problemática da família no contexto hospitalar possa continuar a ser discutida e os serviços melhorados.

5. CONCLUSÕES

Finda que é a redacção deste relatório, termina também mais uma etapa formativa na qual nos envolvemos entusiasticamente. Impõe-se agora uma avaliação final e uma reflexão pessoal sobre o caminho feito.

Receámos inicialmente que as circunstâncias em que decorreria o estágio, em paralelo e como complemento à actividade laboral, pudessem limitar o tempo disponível para pesquisas e reflexões, e dificultar a separação do que eram as actividades de estágio do trabalho profissional; porém, o conhecimento que tínhamos do contexto e a proximidade de que usufruíamos em relação à equipa de enfermagem assim como o facto de termos assinalados turnos de estágio, permitiu superar essa dificuldade. Também o facto de sermos chefe de equipa e responsáveis pela formação no serviço na cirurgia, nos facilitou o desenvolvimento de acções de sensibilização aos profissionais para a problemática, alvo da nossa atenção. No serviço de urgência, a simples circunstância de estarmos em formação no âmbito da especialidade motivou uma grande proximidade com os colegas, curiosidade em relação ao percurso feito e vontade de partilhar experiências.

O planeamento realizado no projecto de estágio revelou-se um instrumento de grande utilidade que permitiu direccionar o trabalho para os objectivos delineados, constituindo-se como uma valiosa previsão de recursos e estratégias a utilizar para alcançar as finalidades propostas. O alcance do projecto, cuja temática abrangeu a família, constituiu o desafio maior justamente porque implicou um maior envolvimento pessoal numa área dos cuidados a que habitualmente é dada menor atenção. Teria sido uma fragilidade do projecto atendendo ao pouco tempo de que dispúnhamos para o estágio, mas transformou-se numa oportunidade de trabalho gratificante à medida que sentíamos uma maior motivação pessoal que advinha de um trabalho para nós inédito. A viabilidade do projecto estava ainda ligada ao interesse que o tema suscitava e às actividades previstas, com os riscos inerentes entre os quais destacamos a eventualidade

de não conseguirmos alcançar todos resultados desejados, o que se verificou em relação a um dos tópicos previstos para o serviço de urgência. Porém, outros temas emergiram no decurso dos módulos de estágio e que se revelaram igualmente importantes, tal como o muito que ficou por abordar.

O contrato de aprendizagem permitiu analisar o que já possuíamos e onde queríamos chegar; assumiu-se como projecto de formação onde se identificaram as necessidades e modo de as suprir.

O processo de trabalho permitiu direccionar a pesquisa, focalizar a atenção e desenvolver actividades para os problemas identificados, realçando em todos os cuidados a problemática da família no hospital. Todos os desenvolvimentos e evidências de aprendizagem que incluíram fundamentação teórica, reflexões, esquemas sintetizadores, comentários pessoais, fontes consultadas para aumento da informação, reflexões sobre o trabalho desenvolvido, reflexos sobre o nosso empenhamento no processo de aprendizagem e sobre atitudes, análise crítica de problemas, análise de incidentes críticos, conteúdos de toda a formação produzida, documentação sobre actividades realizadas fora do campo de estágio com interesse no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, bibliografia e principais recursos utilizados, foram organizados num portefólio reflexivo de aquisição de competências que elaborámos em suporte digital, à medida que decorria a prática clínica. Este instrumento foi útil para estabelecermos relação entre o conhecimento teórico e a prática clínica, dinâmica que permitiu desenvolver uma aprendizagem válida para o futuro.

Especificamente no âmbito dos Cuidados Intermédios, a experiência que fomos desenvolvendo ao longo de vários anos permite-nos hoje assumir que somos competentes para cuidar do doente de médio/alto risco, situação que ocorre frequentemente na instituição onde trabalhamos, quer por solicitação do serviço, quer por solicitação de colegas quando sentem necessidade de apoio na resolução de questões mais complexas dos cuidados.

No serviço de Cirurgia, a experiência tida proporcionou-nos o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem médico-cirúrgica, pois pudemos aprofundar questões que, emergindo da prática dos cuidados, resultavam em aportes possíveis de ir

sendo incorporados na actividade clínica. Esta foi uma experiência que suscitou a nossa reflexão acerca do papel do enfermeiro nas dinâmicas em torno do envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada. Na prestação de cuidados pudemos mobilizar conhecimentos adquiridos a nível teórico para a prática, com maior realce para a problemática da família e nos cuidados ao idoso no internamento, aplicando modelos que nos permitiram intervir de forma mais consistente em situações pontuais que nos pareceram mais problemáticas. Sentimos hoje uma maior segurança na intervenção junto da família, aspecto dos cuidados que continuaremos a valorizar e desenvolver. As pesquisas efectuadas e as pequenas intervenções realizadas através de alguns projectos, constituem uma base a partir da qual se justifica a pertinência de deixar propostas de continuidade e de intervenção futura no serviço e no Hospital, das quais realçamos a proposta de permanência no serviço da pessoa significativa em situações de doença terminal. Consolidámos competências na área da formação, fundamental para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e aumentámos a nossa participação na gestão acompanhando o trabalho da Enf^a Chefe e colaborando como enfermeira chefe de equipa.

Especificamente no serviço de urgência, a falta de respostas dos cuidados primários de saúde e as insuficiências ao nível sócio-familiar, motivavam um grande afluxo de situações que exigiam grande intervenção autónoma do enfermeiro, mas que exigiam também capacidade de diálogo e competências de relacionamento dentro da equipa para a consecução das intervenções interdependentes de prescrição médica. Neste enquadramento, assumimos sempre um papel de parceria numa lógica multidisciplinar e pensamos desse modo ter dado, como enfermeira, contributos válidos e únicos para os cuidados de saúde. Desenvolvemos ainda competências na área da formação, nas pesquisas realizadas e partilhadas com os colegas em congressos e na formação em serviço, todas vocacionadas para as necessidades sentidas e devidamente enquadradas no contexto de cuidados.

Os principais contributos deste estágio nos serviços registaram-se ao nível da formação e prestação de cuidados, aspectos que trabalhámos em partilha com os colegas procurando sublinhar em todas as oportunidades a importância da família no hospital. Contribuímos também através de uma produção intelectual materializada em pesquisas, reflexões e investigação feita, que foi para nós o início de um trabalho ao qual

pretendemos dar continuidade. Sentimos que as competências desenvolvidas nos campos de estágio nos proporcionaram uma evolução pessoal, ajudando-nos a questionar práticas e perspectivando a consolidação da atitude de abertura ao Outro.

Desenvolvemos competências do âmbito relacional e da relação terapêutica, através da sensibilidade que colocámos nos cuidados em relação às necessidades de apoio que as pessoas e familiares têm, desenvolvendo métodos de trabalho adaptados às situações e que permitissem apoiar efectivamente as pessoas e contribuir para a solução dos seus problemas, numa lógica de gestão de cuidados em que, estando presente a intervenção de enfermagem, o doente saísse beneficiado pelo trabalho em equipa.

Numa análise retrospectiva, questionamo-nos agora sobre o que faz de um Enfermeiro um profissional avançado na sua intervenção: Mais competências? Mais conhecimentos teóricos? Mais experiência?

A experiência tida permite-nos responder que serão aqueles aspectos que fazem de um enfermeiro um especialista, mas aliados à capacidade de aprender com as suas experiências, reflectir criticamente sobre os conhecimentos adquiridos e situações vivenciadas, observar os colegas a trabalhar e toda a envolvente dos cuidados. É também o processo como a prática dos cuidados é realizada - com capacidade de intervir no momento mais adequado, atendendo à forma como estabelecemos relação e comunicamos com os utentes e familiares, ou mesmo à capacidade que evidenciamos de saber exactamente o que fazer em cada nova situação – que permite reconhecer num enfermeiro competências de especialista, que é aquele que desvenda a arte que está implícita nos gestos, nos quais se reconhece uma prática de enfermagem avançada.

6. BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, A. ; SILVA, I.M.R. - “Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico”. *Nursing*. 2004, N° 193, pp. 20-21.

Andersson, Anna-Karin; Omberg, M.; Svedlund, M. - Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 2006, Vol 11, N° 3, pp. 136 - 145.

Artinian, N. T. - A Enfermagem Médico-Cirúrgica centrada na Família *in* Hanson, Shirley M. H. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação. 2ª Edição 2005 Lusociência ISBN: 972-8383-83-5, pp. 293-321.

Barros, M., Barreto, M., Braga, M., & Veloso, M. - O cuidar de ontem e de hoje. *Nursing*, Maio, 1997, n°111, pp. 8-13.

BRAND, J. P. - Direcção e Gestão de Projectos. Lidel Edições Técnicas, Lda., Lisboa, 1998.

Collière, M. F. - Promover a Vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 3ª ed. Lidel Edições Técnicas, Lda., Lisboa, 1999.

Cross, R. - Accident and Emergency nurses’ attitudes toward health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, Vol. 51, N° 5, pp. 474-483.

Figueiredo, M. - Trabalho em Equipa: o contributo dos enfermeiros. *Revista Sinais Vitais*, 1997, Janeiro, N° 10, pp. 19-22.

Gadamer, Hans-Georg – O Mistério da Saúde – O Cuidado da Saúde e a Arte da Medicina. Trd. António Hall, Edições 70, Lda., ISBN: 072-44-0952-x

Glossário da Ordem dos Enfermeiros (2006)

International Council of Nurses - *International Classification for Nursing Practice – Beta 2 Version*. 2001, Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

Lima, M.; Almeida, M. Maria; Lima, C. - The utilization of participant observation and semi-structured interview in the research in nursing. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 1999, Vol. 20, Nº esp., pp.130-142.

Luck, L.; Jackson, D.; Usher, K. - STAMP: components of observable behavior that indicate potential for patient violence in emergency departments. *Journal of American Nursing*. Journal compilation, 2007, pp. 11- 19.

Marks-Maran, D. - Reconstructing nursing: evidence, artistry and the curriculum. *Nursing Education Today*, 1999, Nº 19, pp. 3-11.

Mestrado em Enfermagem de Natureza profissional, Regulamento Geral, 2009, Universidade Católica Portuguesa

Phipps, W.; Long, B.; Woods, N. - *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. 1º Vol, Lusodidacta, 1990, ISBN 972-95 399-0-I

Portugal. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Decreto-Lei n.o 74/2006 de 24 de Março

Portugal. Ministério da Educação. Decreto-Lei n.o 353/99 de 3 de Setembro.

Portugal. DECRETO-LEI nº161/96. Regulamento do exercício Profissional do Enfermeiro.

Radwin, L. E. - Empirically generated attributes of experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, Nº27, pp. 590-595.

Redley, B.; LeVasseur, S.; Peters, G.; Bethune, E. - Families' needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, Vol. 43, Nº 6, pp. 606-615.

Rolfe, G. - Insufficient evidence: the problems of evidence-based nursing. *Nurse Education Today*, 1999, Nº 19, pp. 433-442.

Sanders, J. - A review of health professional attitudes and patient perceptions on 'inappropriate' accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, Maio, Vol. 31, Nº 5, pp 1097-1105.

Santos, J. - Um olhar sobre as práticas... das pessoas e das suas necessidades em saúde aos enfermeiros e o respectivo contributo para a satisfação dessas necessidades. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 2004, Outubro, Nº 14, pp. 39-43.

Vieira, M. - Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa cuidada. *Servir*, Maio/Junho 1995, 43 (3), pp. 114-117.

Walsh, M.- The Health Belief Model and use of accident and emergency services by the general public. *Journal of Advanced Nursing*. 1995, Outubro, Vol. 22, nº 4, pp. 694-699.

WATSON, Jean. - *Enfermagem Pós-moderna e Futura*. trad. de João M. Machado Enes, Lusociência, 2002

Peneff, J. - Os Doentes das Urgências - uma forma de consumo clínico. Ed Formasau. 2003, ISBN: 972-8485-34-4

Documentos electrónicos

Allan, H. T; Smith, P. A. - How student nurses' supernumerary status affects the way they think about nursing: a qualitative study. *Nursing Times.net* acedido em 3 de Novembro de 2009 às 13h em: <http://www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/management/clearing-up-poo-will-not-help-me-learn-student-nurses-reject-basic-care/5007967.article>

Plano de Actividades e Orçamento para 2009 acedido em 12 de Novembro de 2009 às 15h

<http://www.hmontijo.min-saude.pt/files/PLANEAMENTO/PA%202009.pdf>

Quadro de Avaliação e Responsabilização 2008. Hospital do Montijo. Acedido dia 4/3/2009 em <http://www.hmontijo.min-saude.pt/files/QuarNET.htm>

ANEXOS

ANEXO I – Diagnóstico Situacional



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A VISITA ALARGADA/PERMANÊNCIA DA FAMÍLIA NO HOSPITAL

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Trabalho inserido no ESTÁGIO CLÍNICO - 3º módulo – GERIATRIA

20 de Abril a 20 de Junho de 2009

Serviço de Cirurgia do Hospital do Montijo

Orientadora - Sr.ª. Professora Manuela Madureira

Tutora - Sr.ª. Enfermeira Chefe Fernanda Caiado

Janeiro 2010

RESUMO

A família, no âmbito dos cuidados de saúde, assume-se como contexto problema e como recurso fundamental no apoio à pessoa hospitalizada. Como tal, necessita também ela de cuidados, e de orientação para se enquadrar no processo de cuidados ao seu familiar doente. Porém, e não obstante as evidências teóricas e práticas das vantagens de envolver a família nos cuidados de saúde, a prática no serviço onde decorreu o estudo não reflecte a filosofia de cuidados em parceria entre o profissional, o doente e a família. Também o alargamento dos períodos de visitas não tem reflectido um maior envolvimento do familiar/pessoa significativa nos cuidados. O presente estudo decorreu destas constatações empíricas, a partir das quais se questionaram enfermeiros acerca das dificuldades que sentem em envolver a família nos cuidados e quais as áreas em que pensam que poderia existir uma maior colaboração da pessoa significativa nos cuidados. Os resultados permitem afirmar que os enfermeiros percebem vantagens e necessidade de envolver a família nos cuidados, mas, por questões ligadas às práticas instituídas e dificuldades relacionadas com a organização do serviço, não prestam cuidados de acordo com esta filosofia.

ABSTRACT

The family in health care is assumed as a context problem and as a fundamental resource to support the hospitalized patient. As such, it also needs care, and guidance to fit in the care of sick relative. However, despite the theoretical and practical evidence of the advantages of involving family in health care, the practice took place in the service where the study was made, does not reflect the philosophy of care in partnership between professionals, patients and family. Also the extension of periods of visits has not reflected a greater involvement of family / significant person in care. This study took these empirical findings, from which 6 nurses were questioned about their difficulties in involving the family in care and in which areas they think could be more significant assistance of the person in care. The results indicate that nurses perceive the benefits and need to involve the family in care, but, because of issues relating to the practices instituted and difficulties in organizational politics of the department, do not provide care in accordance with this philosophy.

Índice de Quadros, Figuras e Tabelas

Quadro nº 1- Evolução do Conceito de Parceria nos Paradigmas e Escolas de Enfermagem

Quadro nº 2 – Princípios das Nações Unidas para o Idoso

Figura nº 1 – Impacto funcional da interação “envelhecimento, doença e hospitalização”, segundo a sistematização de Creditor (1993)

Tabela nº 1 – Resumo da distribuição das unidades de análise das categorias, segundo as referências aos temas, nas entrevistas

SUMÁRIO

| | página |
|--|--------|
| 1. <u>INTRODUÇÃO</u> | 7 |
| 1ª Parte | |
| ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | |
| 2. <u>A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE</u> | 9 |
| 2.1. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO HUMANIZADORA NA SAÚDE | 11 |
| 2.2. A FAMÍLIA NO HOSPITAL | 14 |
| 2.3. DIREITOS DOS DOENTES INTERNADOS | 24 |
| 2.4. DIREITOS DO IDOSO | 27 |
| 2.5. O IDOSO HOSPITALIZADO | 31 |
| 2.5.1. <u>Cuidados de Enfermagem</u> | 33 |
| 2ª Parte | |
| CONTEXTO DO ESTUDO | |
| 3. <u>O SERVIÇO DE CIRURGIA</u> | 41 |
| 3.1. DINÂMICAS PRESENTES NO SERVIÇO DE CIRURGIA | 42 |
| 3ª Parte | |
| MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO | |
| 4. <u>PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS</u> | 45 |
| 4.1. ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS | 47 |
| 4ª Parte | |
| RESULTADOS | |
| 5. <u>APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u> | 49 |
| 6. <u>CONCLUSÃO</u> | 65 |
| 7. <u>BIBLIOGRAFIA</u> | 69 |
| <u>ANEXOS</u> | |
| ANEXO I – Autorização do Conselho de Administração do Hospital para a realização do estudo | |
| ANEXO II – Guião da entrevista | |
| ANEXO III – Verbatins das entrevistas | |
| ANEXO IV – Classificação dos dados das entrevistas | |

“Há coisas que eu até sei fazer. Dar comida na boca, chegar a água, colocar uma arrastadeira, massajar as costas, com certeza que não é preciso o curso de enfermagem para isso. Cuidar, eu sei cuidar, dos meus eu sei cuidar.

Então porque não posso cuidar?”

Queirós (1998, p. 35)

1. INTRODUÇÃO

Foi recentemente instituída uma *visita alargada* no serviço de Cirurgia onde realizámos o módulo de Geriatria do estágio clínico do curso de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, e definidas duas áreas susceptíveis de abranger a colaboração dos familiares: alimentação e mobilização. Não estão documentados os impactos desta mudança, embora constataremos empiricamente que a dimensão dos cuidados relacionada com a presença de familiares no serviço continua a ser percebida como problemática. Este facto configura esta como uma área sensível dos cuidados de saúde, susceptível de ser por nós explorada no contexto do presente estágio. Porém, o olhar mais atento que dedicámos à visita alargada assentou, não na perspectiva de que esta medida seja meramente uma política de regular o acesso de modo a facilitar o descongestionamento (Queirós: 1998, p. 36), mas atribuindo-lhe um sentido estratégico alinhado com a finalidade de contrariar o fenómeno da desumanização nos serviços de saúde, enquadrando-a justamente no âmbito dos Direitos do Doente. Ao mesmo tempo, e atendendo às especificidade da *pessoa idosa*, foi ainda para este grupo que direccionámos a abordagem, aprofundando a reflexão em torno das ideias de presença, envolvimento, participação e colaboração da família nos cuidados.

Ao dedicarmos parte substancial da nossa actividade à problemática do doente e da família, procurámos reunir informações e aprofundar conhecimentos teóricos que subsidiassem uma intervenção fundamentada e posterior descrição, explicação e justificação das competências mobilizadas para a prática clínica. Para tal, e na sequência dos objectivos traçados, foi fundamental realizar o diagnóstico da situação relativamente ao papel da família/pessoa significativa no processo de cuidar naquele serviço. Esta análise permitiu validar a nossa visão pessoal das dinâmicas presentes e fundamentar propostas susceptíveis de contribuir para viabilizar medidas que possam ajudar a promover a humanização dos cuidados prestados.

Realizámos um estudo exploratório descritivo com o qual, partindo de um tema central alusivo à família no hospital, pretendemos conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a problemática dos familiares/pessoa significativa no processo de cuidados. Com esta iniciativa quisemos também desenvolver competências de investigação, especificamente na realização de *análise do discurso*. Para tal propusemo-nos analisar e discutir a atitude

profissional subjacente ao discurso sobre as práticas assumidas pelos enfermeiros relativamente à presença/envolvimento/participação/colaboração dos familiares/pessoas significativas nos cuidados, com a finalidade de contribuir para a reflexão interna ao nível do serviço sobre a filosofia subjacente aos cuidados de enfermagem, alargando a discussão à possibilidade de melhorar as intervenções de enfermagem numa perspectiva inclusiva (doente e família como parceiros nos cuidados).

O material empírico consistiu em informação proveniente de entrevistas aos enfermeiros, e os dados foram tratados com base na análise de conteúdo e do discurso. Os recursos utilizados para a procura de informação foram (i) documentação legal, a (ii) Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, a (iii) Carta dos Direitos dos Doentes Internados para profissionais de saúde, e a consideração de (iv) direitos específicos do idoso. Consultámos informação relacionada com (v) documentação institucional sobre Conceito de Acompanhante, (vi) norma para acompanhantes e visitas no serviço de Cirurgia, (vii) observação e registo de práticas, (viii) troca de impressões com outros profissionais em acções de formação em serviço sobre os Direitos do Doente Internado (ix) e integrando ainda a percepção dos enfermeiros do serviço sobre o tema em apreciação, obtida através de entrevistas semi-estruturadas.

Foram questionados 6 enfermeiros relativamente às dificuldades que sentem em relação à presença da família no internamento, e em que áreas pensam ser possível um maior envolvimento da família/pessoa significativa nos cuidados à pessoa hospitalizada.

Os principais resultados deste trabalho permitem registar visões distintas do problema, sendo de salientar que o envolvimento/participação/colaboração da família/pessoa significativa no processo de cuidados não é uma prática instituída naquele serviço e é alvo de controvérsia no seio dos enfermeiros.

Na medida em que a realização do estudo decorreu em paralelo com as actividades clínicas de estágio, pudemos mobilizar aportes teóricos e resultados da investigação para a prática dos cuidados. Pensamos deste modo ter colocado em evidência o papel fundamental que se espera de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica descrito por Artinian (2005, p. 295) como capaz de considerar o impacto da hospitalização nas famílias e prestar cuidados de acordo com a avaliação desse fenómeno, atendendo aos elementos que formam o quadrângulo terapêutico proposto por Rolland (1988) e referido pela mesma autora (ib, pp. 295-296) - a doença, a família, a equipa de saúde e o doente.

2. A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Partimos da experiência prática para delimitar os temas do enquadramento teórico que suportassem o estudo e ao mesmo tempo subsidiassem a reflexão pessoal e a própria actividade clínica em estágio.

O conceito de humanização foi o ponto de partida, que nos conduziu à perspectiva de cuidados inclusivos na qual se enquadram lógicas de parceria entre os profissionais, o doente e a família. Assim, procurámos clarificar alguns pressupostos subjacentes ao conceito de parceria, explicitando o entendimento que neste estudo foi dado às intervenções relacionáveis com a presença/envolvimento/participação/colaboração da família nos cuidados. Pensar a partir de uma perspectiva inclusiva suscitou-nos reflexões sobre os (i) contextos institucionais, a (ii) filosofia dos cuidados e as atitudes dos profissionais e sobre (iii) a família e o seu papel no universo dos cuidados à Pessoa hospitalizada. Explorámos a temática do impacto da doença na família, assim como as intervenções de enfermagem em consonância com os Direitos do Doente Internado. Também, e atendendo à valência deste estágio, foi para a problemática do idoso que direccionámos a atenção, abordando sumariamente o processo de envelhecimento, os direitos do idoso, o idoso hospitalizado e finalmente os cuidados de enfermagem mais direccionados para a vertente geriátrica.

O cartaz informativo afixado nas portas dos serviços que informa sobre o regime de visitas no hospital contém justamente o elemento “humanização dos cuidados” como aspecto central e justificativo pela opção por uma “visita alargada / permanência de pessoa significativa”, aspecto que já era realçado nas Normas para Acompanhantes e Visitas do hospital.

Aquele apelo à *humanização* dos cuidados de saúde tem-se-nos afigurado como algo paradoxal. Quando se fala de *humanização* no contexto dos cuidados de saúde, este conceito, frequentemente repetido nos discursos sobre a Saúde parece ocultar uma outra questão: do que se pretende falar é afinal da *desumanização* e da necessidade de deter ou inverter uma espécie de fenómeno que não se deseja que evolua. Nesta óptica, à noção de humanização pode ser associada uma dimensão de diagnóstico em que aquela seria um sintoma da preocupação com uma tendência real do sistema para desvalorizar

o ser humano numa lógica dominante de esquecimento das pessoas, quer pela excessiva burocratização, quer em muitos casos por um certo embrutecimento das relações interpessoais. O próprio Plano Nacional de Saúde vigente refere que “um foco de descontentamento e das reclamações apresentadas pelas populações atendidas nos serviços de saúde é a desumanização que a prestação de cuidados de saúde sofre” acompanhado de uma “constante insipiência de medidas concretas para minimizar este problema e melhorar a qualidade do atendimento prestado” (Plano Nacional de Saúde, p. 176); reconhece o mesmo documento a inexistência de um fio condutor, representado pela dimensão ética, no que se refere a direitos e deveres de cidadãos, de profissionais e de responsáveis que intervêm no Sistema de Saúde; aponta também a existência de indícios de dificuldades na prestação de cuidados de saúde ao nível do atendimento e da comunicação e problemas de formação dos profissionais de saúde nestas áreas que acarretam consequências em termos de qualidade na prestação dos cuidados e da saúde dos indivíduos.

A análise desta situação não deixa de surpreender. A *desumanização* refere-se à perda de qualidades humanas ligadas à personalidade, à espiritualidade, ao carácter, tais como a dignidade, a bondade, a compreensão, que dão lugar à dureza, à crueldade, à barbárie, malvadez, selvajaria, entre outras (Houaiss, 2003). Ao reconhecermos a necessidade de *humanizar* a Saúde, estamos a admitir afinal que o pressuposto de que os cuidados seriam uma expressão de capacidades de pensar no Outro e que a sua prática subentendia elevadas qualidades humanas norteadas pela solidariedade, pela empatia, ... nos conduz a um paradoxo! Aquilo que se supunha ser humano por natureza, tem que ser humanizado isto é, tem que se tornar *outra vez* humano porque se desumanizou pela acção do próprio ser humano quando este foi permitindo ao longo da História a existência de relações de grande desproporção de poder em que um reduz o outro a um mero objecto manipulável. É então compreensível que as estratégias de *humanização* visem o aumento do poder do doente ou da população em geral face ao poder e autoridade do saber e das práticas instituídas, numa perspectiva de ampliação da condição de cidadão. Este é o sentido que parece sustentar os discursos, as políticas e as intervenções direccionadas para a humanização dos cuidados de saúde - um sentido de associação dos recursos científicos e tecnológicos aos direitos das pessoas doentes como sujeitos e não meros objectos dos cuidados de saúde, em que as acções assentes na revalorização dos aspectos relacionais reflectirão preocupações com uma abordagem holística, integral e de respeito à pessoa doente. Mas apesar deste discurso que de há uns

anos a esta parte se faz na área da saúde, que pretende combater a assimetria de poder referida e a tendência de sobrevalorização dos aspectos técnicos, persistem nos hospitais modernos muitos traços do passado, no que se refere à relação com o doente, à existência de fileiras de cuidados e à massificação de serviços (Graça, 2000a). No que respeita à enfermagem, o mesmo autor (2000b), referindo-se à “Desumanização no Hospital, Despersonalização do Doente” diz que “por um lado, procura-se valorizar a profissão, reivindicando-se maior qualificação científica e técnica e, portanto, uma formação cada vez mais elevada. Por outro, privilegia-se as tarefas mais técnicas (o *high-tech*) em detrimento do contacto com o doente (o *human touch*).”

Será a recuperação daquela proximidade perdida que permitirá desenvolver contextos relacionais terapêuticos, onde se podem concretizar as mais diversas acções de humanização.

2.1. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO HUMANIZADORA NA SAÚDE

De acordo com Osswald (2004: p. 17), humanizar a saúde é “ (...) ter em conta, e respeitar, as características das pessoas, não as transformar em números, ou em meros candidatos a uma operação numa qualquer lista de espera; (...) pôr em prática tudo o que possa contribuir para o respeito maior da dignidade de cada pessoa, tudo o que evite a discriminação, humilhação, sensação de vergonha ou de ser desprezado, de ser maltratado ou menosprezado; ter em atenção permanente as condições do exercício da liberdade do doente, que na prática desagua na sua autonomia, respeitável até ao limite do absurdo; confrontar o paciente com a sua responsabilidade pessoal (...) e incentivá-lo a colaborar nas decisões, sem lhe negar a possibilidade de abdicar desse direito, para confiadamente se entregar ao cuidado dos profissionais de saúde (...)”.

De Florence Nightingale acrescentaríamos ainda as boas condições materiais, o conforto nos ambientes em que o doente tem que esperar ou permanecer, a climatização, o mobiliário, a limpeza; a disponibilidade do profissional de saúde para estar atento,

aconselhar o doente, ajudá-lo nas suas incapacidades, etc., como elementos importantes nas actividades destinadas a humanizar os cuidados.

Finalmente, entre as acções de humanização está justamente a necessidade de equacionar as respostas em cuidados de saúde adoptando uma perspectiva inclusiva, que fomente lógicas de parceria entre os profissionais, o doente e a família (Dinis: 2006, p. 153).

Pensar a partir dessa perspectiva inclusiva suscita interrogações sobre os (i) contextos institucionais, a (ii) filosofia dos cuidados e as atitudes dos profissionais e sobre (iii) a família e o seu papel no universo dos cuidados à Pessoa hospitalizada.

Os contextos institucionais são pontos críticos que se interligam com a filosofia subjacente aos cuidados e decorrente atitude dos profissionais envolvidos. O hospital especificamente, é ainda e frequentemente aquele lugar a que Queirós (1998, p. 35) se refere quando fala em lugares “parcos em espaços (...) acesso congestionados (...) corredores intermináveis, cruzamentos labirínticos”, cujo ambiente “deve ser o máximo asséptico, espaço a proteger de micróbios, presenças e olhares” e em que se “restringe a presença de estranhos para regular a conflitualidade” (ib. p. 36). Nem sempre estão reunidas as condições mais adequadas para receber a família no hospital, e nem sempre a receptividade à família traduz uma filosofia de cuidados em que também ela é objecto e sujeito das intervenções dos enfermeiros, confirmando a ideia de que “a maior exposição aos familiares nos cuidados em parceria pode ser sentida como uma ameaça pelos enfermeiros, dado que aumenta a probabilidade de se ser avaliado e de se ser criticado”, podendo “sentir-se sob uma constante fiscalização ou exigências, ou ameaçados nas suas competências profissionais” (Franco & Martins, 2000). São assim necessárias alterações organizacionais que favoreçam a permanência dos familiares junto do seu ente hospitalizado, permitindo-lhe uma maior abertura para acederem ao processo de cuidar (ib.).

Quanto à família e o seu papel no hospital, a presença / envolvimento / participação / colaboração da família ocorre em registos diversos, relacionados com o tipo de visita ou com o grau de implicação nos cuidados. Nem todas as pessoas que visitam o doente e/ou o acompanham se implicam da mesma forma nos cuidados. Como ilustra a tipologia de

visitas a que Martins (2004) faz referência, as características do comportamento das pessoas que visitam os doentes se integram num dos quatro tipos seguintes:

- (1) Pessoas que têm uma presença bem delimitada no tempo, utilizam linguagem estereotipada, mas por vezes disponibilizam-se para algum tipo de apoio;
- (2) Pessoas que permanecem junto do doente, procurando partilhar e mostrando disponibilidade;
- (3) Pessoas que são movidas pela curiosidade;
- (4) E pessoas que visitam o doente, movidas por um compromisso social.

O segundo tipo de visitas é o que mais se aproxima de uma perspectiva humanista e mais facilmente poderá fazer parte do projecto de cuidados ao doente, visto estar melhor posicionado para contribuir para o ajudar a ultrapassar a fase de internamento.

A inclusão da família no projecto de cuidados implica considerar o conceito de parceria - que no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem constata-se a associação do conceito de parceria a uma visão interpessoal, ao contrário da visão inter-organizacional de outras áreas como a gestão - em que se pressupõe uma acção comum (entre familiares/enfermeiros e doentes) em complementaridade (cada um assumindo o seu papel), integrada (num projecto de cuidados), assumindo um sentido consensual (que envolve negociação e acordo) e com um compromisso dos actores (em que cada um assume as suas responsabilidades) (Dinis, 2006: p. 14).

Autores como Henderson (1939), Orem (1959), Abdellah (1960), Parse (1987), Roy (1971), Collière (1989) e Hesbeen (2000), todos referidos em Dinis (2006), ajudaram-nos a clarificar e a perceber a evolução e o desenvolvimento do conceito de parceria nos cuidados de enfermagem, pela consulta da esquematização de Gomes (2002) que reproduzimos no quadro nº 1.

Quadro 1 – Evolução do Conceito de Parceiro nos Paradigmas e Escolas de enfermagem

| Autores | Paradigma | Escola | Papel do doente como parceiro |
|--|---|--|---|
| Florence Nightingale (1859) | Categorização Colocava ênfase na organização e manipulação do ambiente físico, social e psicológico de maneira a colocar as pessoas nas melhores condições possíveis de modo a que a natureza agisse. | Orientação para a doença e saúde pública. | Neste paradigma as enfermeiras são vistas como técnicas detentoras do saber; o doente é mero receptor de cuidados e não é convidado a participar. É a enfermeira que realiza as acções necessárias para modificar ou manipular o ambiente de modo a contribuir com as condições ideais para a recuperação ou melhoria da saúde da pessoa. |
| Virgínia Herderson (1939); Dorothea Orem (1959); Fayc Abdellah (1960). | Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. | Necessidades O cuidado é centrado na independência, na satisfação das necessidades fundamentais ou na capacidade de concretizar o auto-cuidado | A enfermeira deve assumir a responsabilidade da pessoa até ela estar pronta para assumir por si. A pessoa é reconhecida como participante activo nos seus cuidados, mas é a enfermeira quem identifica às áreas, dentro das necessidades definidas, que o doente pode fazer por si. O Enfermeiro adopta uma posição paternalista que visa modificar o que não está bem dizendo-lhe o que deve fazer e pensar. |
| Hildegard Peplau (1952-1988); Josephine Paterson e Loreta Zderard (1976); Ilda Orlando (1972); Joice Travelbee; Ernestine Wiednbach e Imoge King (1971). | Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. | Interação Inspiram-se nas teorias da fenomenologia e existencialismo e centram os seus objectivos no processo de interacção enfermeiro/ pessoa. | As interacções enfermeira-cliente são a base essencial da identificação de objectivos e dos meios para atingir esses objectivos. O Enfermeiro assume o papel de autoridade detentora do saber e o doente é deste modo relegado para um papel de passividade. O conflito pode ocorrer se a enfermeira e o doente não concordam com as metas a atingir. |
| Dorothy Jonson, Lydia Hall (1961); Myra Levine (1973), Callista Roy (1976) e Betty Neuman (1974). | Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. | Efeitos desejados Esta escola propõe que os cuidados tenham em atenção a pessoa vista como um sistema em constante interacção com o ambiente | A pessoa é o centro dos Cuidados, o objectivo de enfermagem é promover as respostas adaptativas de modo a tornar a pessoa independente. Mas na prática o que se passa é que as significações do doente são interpretadas de acordo com os valores e crenças do enfermeiro. |
| Mory Allen (1963) | Integração Intervir significa agir com a pessoa, tendo em conta a sua globalidade, a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. | Escola da promoção da saúde Esta escola defende que os cuidados de enfermagem são direccionados para a promoção de comportamentos de saúde, através, da implementação de acções de enfermagem que envolvem toda a família. | A enfermeira serve de guia à pessoa/família, realiza em colaboração com eles a planificação dos seus cuidados. Para que uma modificação se dê a pessoa e família devem ter uma participação activa nos cuidados. |
| Martha Rogers (1970) e Rosemarie Parse (1981) | Transformação Caracteriza-se por uma abertura sobre o mundo, intervir significa estar com a pessoa. | A escola do Humano Unitário Caracteriza-se por considerar a existência de um processo de transformação contínuo em que a pessoa doente e o enfermeiro se cruzam, mas é o doente que dirige o processo. | O doente tem um papel activo e orienta o sentido das suas escolhas. O enfermeiro não toma decisões sozinho. Enfermeiro e doente são co-parceiros. Há uma tentativa de cortar com uma visão centrada na resolução de problemas para passar a um processo de cuidados centrados na pessoa. |
| Lenninger (1970) com a sua Teoria Transcultural do Cuidar e Watson (1978) com a Teoria do Human Care | Transformação Caracteriza-se por uma abertura sobre o mundo, significa estar com a pessoa. | Escola do caring Orientação para o cuidar. Caracteriza-se por respeitar os valores e as crenças, modo de vida e cultura das pessoas. | Há lugar a uma parceria entre enfermeiro e doente que passa por uma compreensão das significações da pessoa, dos seus valores e fundamentos que suportam o seu comportamento. Tanto o enfermeiro como o doente são detentores de conhecimento que importa valorizar. O enfermeiro deve promover no doente a reflexão e a tomada de decisão. A Pessoa é responsável pelo seu projecto de vida e saúde. |

Fonte: Gomes (2002)

No percurso evolutivo dos cuidados de enfermagem, a pessoa e a família vão assumindo um papel cada vez mais central, substituindo-se o “agir com” pelo “estar com”, numa lógica de cuidados em parceria entre o enfermeiro e o doente. Esta lógica implica a compreensão da pessoa, dos seus valores e dos fundamentos que suportam o seu comportamento, sendo o enfermeiro um agente de promoção de reflexão e tomada de decisão num projecto de vida e de saúde pelo qual a Pessoa é responsável.

2.2. A FAMÍLIA NO HOSPITAL

Quanto ao terceiro elemento do tríptico formado pelos (i) contextos institucionais, a (ii) filosofia dos cuidados e as atitudes dos profissionais e (iii) a família e o seu papel no

universo dos cuidados à Pessoa hospitalizada, impôs-se uma clarificação de vários aspectos relevantes para a compreensão da importância da célula familiar no âmbito que estamos a abordar. Assim, e focalizados justamente no conceito de família, nas funções, estruturas e papéis dos elementos da família, abordámos o impacto da doença na família e intervenções de enfermagem.

A família é a instituição social mais antiga e, como tal, alvo de inúmeras transformações ao longo dos séculos a nível da sua estrutura e constituição, de forma a permitir a continuidade e o crescimento dos seus membros e, conseqüentemente, a sua sobrevivência como sistema familiar (Moreira, 2001). O predomínio da estrutura patriarcal num grupo social alargado que se iniciava nas actividades agrícolas na Roma Antiga, e onde existia uma certa forma de escravatura legal, dá lugar à posterior ligação pelo matrimónio instituída na Idade Média, que originava descendência de duas famílias e em desempenhavam um papel importante como unidade de produção, e mais tarde à constituição de pequenas famílias mercê das alterações demográficas decorrentes das Revoluções Francesa e Industrial (Varela, 1993). Nesta fase as mulheres passaram a integrar a população activa e a educação dos filhos começa a ser partilhada com escolas e meios de comunicação. Os idosos deixaram de poder contar com o apoio directo dos familiares, sendo entregues aos cuidados assistenciais de instituições, o que demonstra como estas transformações abriram caminho à *“deslocação de parte das atribuições tradicionalmente a cargo da família para a sociedade”*, numa altura em que a família já era entendida como um *“agregado doméstico (...) composto por pessoas unidas por vínculos de aliança, consanguinidade ou outros laços sociais, podendo ser restrita ou alargada”* (Moreira, 2001, p. 21).

Na sociedade portuguesa existem hoje formas de organização familiar que diferem do conceito tradicional que assentava na tríade “pai, mãe e filhos” e tem-se existido por parte dos governos um esforço para preservar o conceito de família.

Embora cada disciplina tenha o seu próprio ponto de vista ou modelo de referência para ver a família, é consensual a aceitação da família como um todo que integra contextos mais amplos, como a comunidade e a sociedade em que se insere, sendo um grupo social elementar que influi e é influenciado por outras pessoas e instituições, unida por múltiplos laços capazes de manter os membros ligados durante toda a vida, só podendo ser adequadamente compreendida se for encarada, nesta perspectiva holística, como um

sistema. É nesta linha de raciocínio que Sampaio e Gameiro (2002) conceptualizam a família como um sistema aberto, isto é, em relação dinâmica com a comunidade circundante, afirmando que a família é mais do que a soma das suas partes. Contudo, Kozier e colaboradores (1993), assumem que algumas famílias podem ser sistemas fechados, auto-suficientes e resistentes à interação e à influência externa. Enquanto as primeiras estimulam os seus membros a adoptar as crenças e práticas da sua comunidade, procuram informação sobre saúde e utilizam adequadamente os recursos disponíveis, as segundas não desejam alterar os seus valores e práticas, exercem mais controlo sobre os seus membros e têm mais dificuldade em utilizar os recursos da comunidade e em adoptar novos comportamentos que visem melhorar a saúde. Nesta estrutura conceptual dos sistemas, Moreira (2001, p. 22) afirma que *“a família portadora de um membro doente é vista como um sistema aberto em interação com o sistema de prestação de cuidados de saúde”*.

Pode-se então, definir família como um sistema que funciona através de padrões transaccionais, em que os indivíduos podem constituir subsistemas, 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 (Minuchin, 1990). Para Ackerman (1986, p. 29), *“a família é uma unidade básica de crescimento e experiência, desempenho ou falha. É também a unidade básica de saúde e doença”*.

A definição de família de Sampaio e Gameiro (2002, p. 9) inclui o **elemento significativo**, referindo que *“o termo 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.”*

Segundo Worsley (1983), elemento significativo é o elemento com quem o indivíduo mantém muitas vezes ligações mais importantes de que as que mantém com os membros da sua família. Em consonância com esta ideia, também Patterson (cit. por Wong, 1999) afirma que a família é aquilo que a pessoa considera como tal. Hanson (2005) sublinha que os enfermeiros devem perguntar à pessoa quem é que considera como sua família, e incluir esses elementos no planeamento dos cuidados.

Ao longo do seu ciclo de vida, a família passa por diferentes fases caracterizadas pela realização de tarefas que favorecem o desenvolvimento do ciclo de vida individual dos seus membros, passando também por crises regulares, progredindo por mudanças

descontínuas de acordo com a sua capacidade, em maior ou menor grau, de gerar novas estruturas organizativas e novos modos de funcionamento relacionados com as fases do seu ciclo vital (Sampaio e Gameiro, 2002).

O sistema familiar encontra-se estruturado em subsistemas que possuem limites que definem quem participa no subsistema e como o faz (Minuchin, 1990). Esta noção de limite permite distinguir uma tipologia familiar, isto é, considerar a existência de *famílias aglutinadas*, com limites dispersos que não permitem a individualização dos seus membros, e *famílias desagregadas*, com limites muito vinculados que não permitem trocas afectivas, vivendo cada elemento afastado do conjunto familiar. Neste panorama, a família saudável e funcional seria aquela com limites claros, mas permeáveis, permitindo contacto entre os elementos dos subsistemas, mas mantendo a individualização das funções. Deste modo, a clareza e permeabilidade dos limites numa família torna-se uma espécie de barómetro do funcionamento familiar (Sampaio e Gameiro, 2002).

Considerar o funcionamento familiar implica necessariamente falar dos conceitos de papéis e funções. Define-se papéis como sendo “*as expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição na família ou no grupo social*” (Duvall e Miller cit. por Stanhope, 1999, p. 502). Em todas as famílias, independentemente da sociedade ou da estrutura, cada membro ocupa determinada posição ou tem determinado estatuto, como por exemplo, marido, esposa, filho ou irmão, sendo orientados por papéis. O desempenho destes papéis e os comportamentos com eles associados são muito variáveis, entre os quais destacamos o “*papel de manutenção das relações familiares*”, relacionado com a manutenção do contacto com parentes e implicando a ajuda em situações de crise e o “*papel terapêutico*”, que implica a ajuda e o apoio emocional aquando dos problemas familiares.

As funções, à semelhança dos papéis, estão implícitas nas famílias, tal como foi mencionado. Segundo Wong (1999, p. 56), a função da família “*refere-se a um dever ou desempenho especiais necessários no curso do trabalho ou actividade; ela também pode referir-se às interacções dos membros da família.*” Já Andolfi e colaboradores (cit. por Sampaio e Gameiro, 2002, p. 94), definem função como “*o conjunto de comportamentos que, dentro de uma relação, satisfazem as exigências recíprocas dos participantes*”.

Apesar do processo de socialização ser variável de cultura para cultura, a família tem assumido uma função de protecção e socialização dos seus membros, como resposta às expectativas da sociedade. Neste contexto, as funções da família orientam-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 (Moreira, 2001). A família deve, assim, responder às alterações externas e internas de modo a dar resposta às novas circunstâncias sem descurar a continuidade, proporcionando sempre uma linha de referência para os seus membros (Minuchin, 1990).

De entre as várias funções familiares, há uma relativa à saúde, em que a família assume a protecção da saúde dos seus elementos, assim como o 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)” (Stanhope, 1999, p. 503).

Assim, a família pode ser encarada quer como contexto-problema quer como recurso terapêutico (Jeammet, 1982; Neto et al, 2002; Felício, 2003).

A doença, sobretudo se é grave, provoca geralmente crise na família. Constitui para todos os seus elementos, e não só para o que adoeceu, uma surpresa dolorosa, implicando mudanças na vida diária e tomada de decisões, por vezes, difíceis. Põe à prova os valores em que assenta a família, a solidez dos laços afectivos entre os seus membros, a união e solidariedade entre todos. O impacto da doença sobre os familiares pode gerar risco de doenças físicas, diminuição da atenção, aumento da irritabilidade, sentimentos de abandono, menos valia, culpa e raiva e perturbação da capacidade de decisão. Estas reacções podem comprometer a compreensão sobre as políticas do hospital, rotinas e procedimentos hospitalares, interferindo na tomada de decisões e comportamentos dos familiares, prejudicando, muitas vezes, a eficácia terapêutica e o tratamento e reabilitação da pessoa (Romano, 1999). A comunicação intrafamiliar pode ser afectada pelo diagnóstico e evolução da doença. Em algumas situações, a família receia que o membro que se encontra doente não suporte a verdade sobre o seu diagnóstico e acaba por criar barreiras na comunicação, impedindo-o de enfrentar a situação com os recursos internos e externos de que dispõe e de experimentar o

crescimento emocional necessário para aceitar as perdas decorrentes da sua doença. Nas famílias que conseguem partilhar os momentos de crise e perdas através de relações afectivas genuínas, autênticas e acolhedoras, enfrentar uma doença ou morte pode tornar-se menos doloroso (Felício, 2003).

Assim, a doença é vivenciada de forma colectiva e não só individual, pois a família funciona como um sistema, com leis que regulam as trocas no seu interior e, em função dessas leis, dos problemas e dos desejos de cada um dos seus elementos, o sistema familiar pode vir a encontrar um equilíbrio de funcionamento que a doença de um membro pode afectar, exigindo transformações nos papéis familiares e leis que regulavam o seu funcionamento (Jeammet, 1982).

Para além da pessoa, também os seus familiares requerem a atenção dos enfermeiros, uma vez que possuem igualmente necessidades que podem ser numerosas e variam conforme as circunstâncias, tais como:

- Saber que o seu familiar doente está devidamente atendido em todos os aspectos;
- Ter uma informação correcta e suficiente do diagnóstico, dos exames a fazer, do tratamento a seguir e da evolução da doença, para o poder acompanhar devidamente;
- Apoio e acompanhamento dos profissionais de saúde, ligados ao familiar doente;
- Conhecimento das fases pelas quais a pessoa que se encontra doente vai passar, para saber interpretar as alterações de humor, a possível agressividade, a recusa à aproximação;
- Poder descansar, de vez em quando, da responsabilidade de tratar do seu ente querido;
- Poder acompanhar o familiar doente, todo o tempo possível, sobretudo nos momentos finais;
- Se a pessoa e a família são crentes, receber apoio espiritual e a solidariedade da comunidade.

(Moreira, 2001)

Nota-se, portanto, a importância de se considerar não só a pessoa no seu processo de adoecimento, mas estender essa atenção ao sistema familiar, compreendendo e ajudando as famílias nesses períodos de adaptação e transição. Para diminuir tais problemas, é necessário que a equipa de Enfermagem dê resposta a algumas das necessidades da família, orientando, informando e tratando os familiares com honestidade e afecto.

A evidência científica, quer teórica quer prática, do significado que a família dá ao bem-estar e saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, tem levado os enfermeiros a considerar o cuidado à família como parte integrante da prática diária de Enfermagem, o que tem conduzido a algumas alterações nos seus padrões usuais da prática. A implicação desta mudança na prática é a de que os enfermeiros precisam de se tornar competentes na avaliação e intervenção na família (Wright e Leahey, 2002).

Apesar do sofrimento decorrente do adoecimento de um membro, espera-se que a família possua forças estruturais capazes de oferecer resistência e apoiar o indivíduo doente, respondendo de forma positiva a essa nova contingência. Contudo, nem todas as famílias são capazes de ter esse tipo de reacção, sobretudo aquelas que têm uma história negativa de relacionamento, com relações afectivas deterioradas anteriores ao adoecimento familiar. Nessas situações, acabam por surgir reacções não cooperativas e acentuam-se as dificuldades relacionais, com dificuldades na resolução de conflitos e problemas (Felício, 2003).

As diferenças encontradas no modo como cada grupo familiar reage e se reorganiza face a uma situação stressante (como o aparecimento de uma doença e a hospitalização de um familiar) dependem das características e necessidades singulares que representam a forma de ser e de estar dessa família na situação em que se encontra, e do modo como se deu o desenvolvimento familiar até ao actual momento (Serra, 1999). Face a uma situação de doença, a família pode, ou não, estar preparada, pode ou não dispor de meios para lidar com a mesma, sendo estes factores condicionantes da crise da doença em cada família e da maneira de a enfrentar. A resposta de cada membro da família à doença está relacionada com a sua história pessoal, vivências anteriores, valores pessoais e a relação com o elemento doente (Rolland, 1995).

O papel da família da pessoa que se encontra doente é fundamental e inquestionável, na medida em que a ciência, a técnica e a organização assistencial têm limites, deixando um vazio que só a família pode preencher. Facilmente se constata a importância que tem, por exemplo, o comportamento dos familiares e como até de modo positivo ou negativo, pode influenciar o estado do elemento doente.

A súbita e inesperada instalação da doença, a incerteza do prognóstico, o medo de que o familiar sinta dor e morra, a falta de individualidade e privacidade, a separação física do

familiar (que, por sua vez, leva a mudanças nos papéis familiares, nas rotinas, nas despesas financeiras), entre outros problemas destacam-se como sendo as principais fontes de ansiedade da família, aquando do adoecimento de um dos seus membros (Romano, 1999).

A família desenvolve um trabalho imprescindível na atenção global à pessoa doente, seja no hospital ou no domicílio, proporcionando-lhe cuidados em colaboração com os profissionais de saúde, como a ajuda na higiene, nas refeições, entre outras. Mas é a família, sem dúvida, que lhe deve garantir carinho, para se saber querido; ajuda e protecção, para se sentir seguro; companhia, para não se sentir abandonado; compreensão e paciência, para não se considerar um estorvo. Para desempenhar bem todas essas funções, a família deve ter um comportamento maduro e equilibrado com o familiar doente, que evite o extremo do paternalismo e super protecção, que o anime na sua luta, lhe permita desabafar a sua angústia e lhe infunda ânimo e força nos momentos de fraqueza.

Quando se trata de uma situação terminal, todos os aspectos anteriormente referenciados assumem maior relevância, na medida em que se produz uma mudança de perspectiva nas tarefas assistenciais. Os objectivos de manter a vida e restabelecer a saúde dão lugar ao controlo de sintomas e à humanização da assistência à pessoa. Por isso, os familiares da pessoa não são intrusos, antes constituem uma parte essencial da atenção total que a pessoa necessita.

Especificamente no internamento hospitalar, estaremos a humanizar os cuidados facilitando as visitas, permitindo que um familiar escolhido pelo doente possa estar junto dele durante longos períodos e possibilitando que ajude nos cuidados. Esta abertura permite confirmar o que as culturas antigas já constatavam humildemente, que sem o calor de uma comunidade bem atenta o doente não se podia curar; então eles cercavam-no de atenção, criavam um ninho, uma qualidade de cuidados, para suscitar de novo a vida dentro dele (Resseguier, 2004).

Esta aproximação enquadra-se na perspectiva holística, em que o ser humano é percebido em toda a sua complexidade, diversidade e individualidade. Neste sentido, a inclusão da componente sócio-familiar durante a hospitalização, através de um acompanhamento livre da pessoa doente, seria em si um reconhecimento não apenas de direitos, como a assumpção de uma filosofia fundamental que pressupõe o Outro como Sujeito no processo de saúde - doença, e não um mero objecto de cuidados; já não

estariamos perante um receptor de cuidados, mas a trabalhar em parceria com alguém que teria um papel activo na recuperação da sua saúde e de cujos contextos próprios de vida não poderia ser separado. Na verdade todos sabemos que a componente sócio-familiar é algo nos ajuda a receber constantemente confirmações de nós próprios, assumindo um papel vital na manutenção/recuperação do nosso equilíbrio como pessoas em momentos de crise como numa doença ou necessidade de internamento hospitalar. Analogamente, para a pessoa internada, é o contacto com a Visita - o elo de ligação do doente com o seu contexto mais pessoal de vida - que contribui para que seja recuperada/mantida e respeitada a continuidade entre o contexto de vida pessoal, na família e na comunidade e o ambiente hospitalar. Sem este reforço na continuidade da vida das pessoas internadas, e Ser enfraquece e pode tender a desligar-se aos poucos do seu espaço próprio de vida, do seu ambiente de Ser, do seu mundo de representações, da sua identidade, enfim, da sua própria existência. Todos estes elementos da nossa vida são porque os confirmamos sistematicamente com o eco que vem do nosso exterior. Em relação à pessoa hospitalizada, cremos que tudo o que, vindo do contexto exterior e que pode permitir uma confirmação do íntimo, uma restituição e estabilização do espaço de vida individual, será benéfico para o indivíduo.

No entanto, e apesar dos benefícios do contacto com familiares e amigos, a visita é muitas vezes restrita e normativa, sendo a presença destes elementos sentidos como estranhos ao processo de cuidados, sentida e frequentemente comentada pelos profissionais de saúde, não como elemento facilitador no processo de prestação de cuidados, mas como uma espécie de artefacto que dificulta o trabalho, um *peso*, uma vontade que deve ser contida. Por outro lado, é notória a insuficiência ao nível da estrutura física e elementos humanos destinados ao acolhimento dos visitantes, podendo daqui inferir-se que estamos perante instituições dimensionadas para uma outra abordagem em termos de cuidados de saúde, norteadas por um paradigma que deixa transparecer em muitas das suas dimensões uma grande dificuldade na abordagem holística do indivíduo doente e na compreensão da função do visitante na sua reabilitação.

Não desejar ter visitas, não querer estar com os familiares, pode acontecer e ser revelador de problemas a necessitar de avaliação e intervenção. Esses problemas podem ser de relacionamento, de culpabilização e processos de ruptura, estados de humor alterados e desejo de poupar os familiares e amigos à exposição ao sofrimento, a a

constrangimentos, aos incómodos com viagens, dispêndio de tempo e outros gastos (Queirós: 1998, p. 31).

Mas o mais comum é as pessoas desejarem ser visitadas, especialmente porque se encontram fragilizadas e a precisar de apoio para enfrentar dúvidas, tomar decisões e discutir aspectos relacionados com a doença e com a sua vida, partilhar decisões com a família.

A organização das visitas ao doente internado tem vindo a beneficiar de alterações e a presença de acompanhantes por períodos maiores e mais frequentes junto do doente, configura já uma mudança de fundo às regras do hospital e pressupõe que esta modificação é desenhada em função dos direitos dos doentes. Estes direitos estão publicados na Carta dos Direitos dos Doentes Internados, publicada pelo Ministério da Saúde e pela Direcção Geral de Saúde. Agrupa direitos consagrados em vários textos legais como a Constituição da República Portuguesa, a Lei de Bases da Saúde, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Também o regime legal da Defesa do Consumidor preconiza o direito à qualidade dos bens e serviços e o direito à protecção da saúde e segurança física.

2.3. DIREITOS DOS DOENTES INTERNADOS

A pessoa internada tem direitos e não pode ser atendida apenas pela patologia, pela idade, pelo facto de ser portadora de deficiência, etc., mas deve ser considerada um todo no respeito pela dignidade humana.

A versão da Carta dos Direitos do Doente Internado destinada aos profissionais de saúde, omite os Deveres dos doentes não apenas por ser uma carta dirigida aos profissionais de saúde, mas também porque todos os documentos recentes da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia sublinham apenas os Direitos, sendo também os Deveres frequentemente lembrados pelo pessoal de saúde.

Este documento contém a orientação clara para a necessidade de determinar horários para as visitas que deverão ter em conta não só as necessidades dos serviços, mas também e, sobretudo as necessidades dos doentes e a disponibilidade da população. Esta maior

abertura da instituição hospitalar, pela alteração das suas regras, permite manter activo o grau de responsabilização dos familiares em relação ao doente também neste momento particular da sua existência que é a hospitalização. Ao mesmo tempo, esta abertura ao exterior pode constituir um mecanismo preventivo que dificulte o abuso de poder por parte de alguns profissionais de saúde, pressuposto essencial para a humanização que se defende. Nesta perspectiva, a *humanização* é em si uma mudança estrutural, da forma de trabalhar e que exige transformação ao nível das pessoas. Impõe novas formas de estar perante os conceitos de saúde/doença para que a objectividade científica e os avanços tecnológicos se combinem com as artes de cuidar e gerem intervenções que incorporem o Sujeito e a sua história em todos os momentos. É aqui que situamos a importância do redimensionamento da inclusão dos familiares/amigos/pessoas significativas no internamento, que pode constituir um valioso contributo para melhor captar dados do contexto de vida do doente e do momento existencial dele; ajudar na identificação das necessidades do doente, através da fala dos familiares; ajudar a manter a inserção social do doente durante todo o internamento; permitir que desde o início e num contexto protegido e apoiado seja feita a integração na vida da pessoa doente e dos familiares, das mudanças provocadas pela situação de doença; ajudar na preparação da alta e conseqüentemente no regresso a casa e na continuidade dos cuidados. Para que a presença da visita/acompanhante passe a ser parte dos cuidados de saúde num espaço e num ambiente como o hospital, é necessário que o acolhimento e acompanhamento da visita por parte da equipa de saúde possibilite a sua integração.

Toda a problemática dos familiares é contemplada no referido documento, especificamente no direito do doente terminal a acompanhamento permanente por “familiares e/ou pessoas da sua escolha”, no dever profissional de proporcionar os conhecimentos e informações essenciais aos prestadores de cuidados no domicílio (de preferência acompanhados de um documento escrito que possam consultar em casa), sendo também 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. Devem também ser reservados períodos de tempo para que os familiares possam dialogar com os médicos e enfermeiros responsáveis; o doente internado tem ainda o direito à visita dos seus familiares e amigos quando o desejar e os horários o permitam, sempre que não exista contra-indicação, devendo os profissionais e as instituições facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que “entes significativos” podem dar ao doente; é também sublinhado que 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. Este acompanhamento em permanência é extensível a outras situações que se justifiquem (pelo critério dos profissionais), tais como parto, crianças, pessoas com deficiências, problemas de comunicação ou alterações psicológicas; doentes em situação terminal e doentes no serviço de urgência. O acompanhamento hospitalar será alargado a idosos de acordo com o projecto aprovado no final do ano passado pelo Governo, no Parlamento, que estenderá a idosos em situação de dependência, a pessoas com doenças incuráveis ou em fim de vida os direitos de acompanhamento hospitalar já aplicados a crianças e deficientes.

Em relação à pessoa idosa, os direitos assumem uma maior especificidade, decorrente das necessidades particulares próprias desta fase do ciclo vital e do elevado nº de pessoas que vão atingindo cada vez mais idade.

O aumento da população idosa é um dos aspectos da mudança demográfica que tem vindo a ocorrer em todo o mundo, numa tendência acompanhada por Portugal que apresenta um abrandamento do ritmo de crescimento populacional, resultante da tendência de diminuição das famílias relacionado com o declínio da fecundidade e diminuição das taxas de natalidade, assim como redução da taxa de mortalidade com conseqüente aumento da longevidade das pessoas.

Este padrão demográfico tem implicações a nível económico, social e humano muito importantes.

Porém, no que respeita ao envelhecimento e à maior longevidade, estamos perante, não um problema mas uma conquista da humanidade a valorizar e preservar com todo o respeito, obrigando a sociedade e cada um individualmente a repensar o papel do idoso na sociedade e na família, o valor das pessoas, os seus direitos e as responsabilidades da sociedade e do Estado em toda esta problemática.

O envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, tendo subjacente o envelhecimento biológico, que é definido como alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo verificando-se conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida (Instituto Nacional de Estatística, 2002:7).

- **Envelhecimento primário (fisiológico)** - é um fenómeno universal e progressivo, que acontece com todos os seres vivos. No ser humano é influenciado por factores como a educação, os estilos de vida, o stress, os padrões alimentares e de exercício físico. Indicadores deste fenómeno são os cabelos brancos, as rugas, a flacidez muscular e os défices sensoriais;
- **Envelhecimento secundário (patológico)** - é o envelhecimento associado a doenças como esclerose múltipla, doenças cardiovasculares, demências, cancro e outras patologias, que apresentam uma probabilidade maior de ocorrência com o aumento da idade;
- **Envelhecimento terciário (terminal)** – é processo relacionado com um grande aumento nas perdas físicas e cognitivas num período de tempo relativamente curto, reconhecido também como o ponto final das doenças terminais, em qualquer idade.

(Birren, Schaie, Schroots, 1996 *apud* Teixeira, 2002)

A dificuldade decorrente da avaliação e diferenciação do que é envelhecimento fisiológico e patológico, não justifica a adopção de um estereótipo de que ser idoso é ser doente pois que o envelhecimento não é sinónimo de doença, embora possa ser agravado por ela (Cabete: 2005, p. 5 e p. 7).

2.4. DIREITOS DO IDOSO

O envelhecimento enquadra uma situação particular no que respeita aos direitos, visto que nesta fase da vida ocorre redução de capacidades físicas e mentais, insegurança financeira, isolamento, solidão, marginalização, dependência de familiares, sobre consumo de medicamentos, maior vulnerabilidade e mais dificuldade em exercer os seus direitos ou tomar decisões esclarecidas. Encontram-se muitas vezes em situações que comprometem a sua integridade física ou mental por abuso de confiança, violência psicológica e/ou física, exploração, negligência, etc. De acordo com dados referidos por Berger (1995, p. 465), as instituições públicas (35,5%), o domicílio (21,6%) e os lares clandestinos (12,7%) estão identificados como locais onde as pessoas de idade sofriam maus tratos.

É também uma fase da vida em que ocorrem problemas éticos e jurídicos relacionados com a orientação institucional dos hospitais para o tratamento e cura dos doentes, ficando relegados para segundo plano os cuidados e tratamentos de suporte tidos como menos

prestigiados, o que resulta numa negação do respeito pelos direitos das pessoas idosas; estas são também muitas vezes submetidas a tratamentos para os quais não deram o seu consentimento, podendo até questionar-se a legitimidade de tais intervenções (Jeanrenaud et Nootens, citados por Berger: 1995, p. 466).

No processo multifactorial do envelhecimento, que leva à deterioração fisiológica do organismo, com diminuição da capacidade de adaptação às alterações do meio ambiente, tanto no meio interno (quando há doença) como no externo (quando há hospitalização), existe uma especificidade da pessoa idosa nos processos de adaptação ao meio, levando cada vez mais tempo a reagir ao stress e a recuperar a homeostase (Phipps e tal, 1995).

É atendendo às necessidades especiais das pessoas idosas, à forma como a sociedade responde a essas solicitações e às perversões que a fragilidade dessa fase da vida pode suscitar, que a Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 16/12/1991 determina os Princípios das Nações Unidas para o Idoso, e que são (Quadro nº 2):

Princípios das Nações Unidas para o Idoso

INDEPENDÊNCIA

1. Ter acesso à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário, à saúde, a apoio familiar e comunitário.
2. Ter oportunidade de trabalhar ou ter acesso a outras formas de geração de rendimentos.
3. Poder determinar em que momento se deve afastar do mercado de trabalho.
4. Ter acesso à educação permanente e a programas de qualificação e requalificação profissional.
5. Poder viver em ambientes seguros adaptáveis à sua preferência pessoal, que sejam passíveis de mudanças.
6. Poder viver em sua casa pelo tempo que for viável.

PARTICIPAÇÃO

7. Permanecer integrado na sociedade, participar activamente na formulação e implementação de políticas que afectam directamente o seu bem-estar e transmitir aos mais jovens conhecimentos e habilidades.
8. Aproveitar as oportunidades para prestar serviços à comunidade, trabalhando como voluntário, de acordo com seus interesses e capacidades.
9. Poder formar movimentos ou associações de idosos.

ASSISTÊNCIA

10. Beneficiar da assistência e protecção da família e da comunidade, de acordo com os seus valores culturais.
11. Ter acesso à assistência médica para manter ou adquirir o bem-estar físico, mental e emocional, prevenindo a incidência de doenças.
12. Ter acesso a meios apropriados de atenção institucional que lhe proporcionem protecção, reabilitação, estimulação mental e desenvolvimento social, num ambiente humano e seguro.
13. Ter acesso a serviços sociais e jurídicos que lhe assegurem melhores níveis de autonomia, protecção e assistência.
14. Desfrutar os direitos e liberdades fundamentais, quando residente em instituições que lhe proporcionem os cuidados necessários, respeitando-o na sua dignidade, crença e intimidade. Deve desfrutar ainda do direito de tomar decisões quanto à assistência prestada pela instituição e à qualidade da sua vida.

AUTO-REALIZAÇÃO

15. Aproveitar as oportunidades para o total desenvolvimento das suas potencialidades.
16. Ter acesso aos recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer da sociedade.

DIGNIDADE

17. Poder viver com dignidade e segurança, sem ser objecto de exploração e maus-tratos físicos e/ou mentais.
18. Ser tratado com justiça, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, deficiências, condições económicas ou outros factores

Quadro nº 2 – Princípios das Nações Unidas para o Idoso

Também o Artigo 25º da Carta dos Direitos Fundamentais da união Europeia reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural.

Em Portugal as políticas públicas relacionadas com os idosos procuram dar cumprimento ao disposto na Constituição da República, que de acordo com o seu artigo 72º preconiza que:

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habilitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.
2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

O Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) fundamenta-se nos princípios postulados pela ONU: independência, participação, auto-realização e dignidade do idoso. Salvaguarda ainda que a faixa etária em questão é ampla e heterogénea, devendo ser respeitada diversidade individual, assumindo-se como prioridades de intervenção:

- A promoção de um envelhecimento activo e saudável, ao longo de toda a vida;
- A adequação de cuidados de saúde às necessidades próprias do idoso e
- O desenvolvimento de ambientes favoráveis à autonomia e independência das Pessoas Idosas.

(PNSPI: 2004, p. 12)

A Resolução de Conselho de Ministros nº 84/2005, de 27 de Abril determina ainda princípios de estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e dependentes, enfatizando que é necessário

“que se diferenciem e se personalizem as respostas de cuidados de saúde de acordo com as condições particulares dos seus destinatários. Uma das respostas diferenciadas é determinada pelas necessidades específicas das pessoas idosas e das pessoas com elevado grau de perda de autonomia”.

Relativamente às respostas actuais às necessidades desta população, O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 contém alguns elementos caracterizadores:

1- Cuidados inadequados às necessidades dos idosos.

- Não se faz, a nível dos cuidados de saúde primários, um rastreio suficiente dos factores de fragilidade nos idosos,
- Os cuidados de saúde, a todos os níveis, não estão organizados de forma a darem melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida e são apoiados por pessoal com insuficiente formação específica (incluindo os prestadores formais e informais),
- Regista-se também insuficiência na prestação dos cuidados aos idosos, no domicílio e dificuldade na equidade de acesso aos serviços de saúde, o que leva a internamentos evitáveis ou em locais não adequados,
- Verifica-se uma insuficiente articulação entre os múltiplos sectores implicados na prestação de cuidados aos idosos, tendo em conta que muitos determinantes estão fora do sector da saúde.

2- Insuficiente atenção às determinantes da autonomia e da independência

3- Insuficiência de ambientes capacitadores de autonomia e independência

A violência contra idosos é um dos aspectos que configura o desrespeito pelos direitos da pessoa idosa. Esta violência, tal como é explicitado no Manual de Prevenção de Violência Institucional perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência, da Direcção Geral de Saúde, assume formas mais ou menos evidentes mas que podem ir desde aspectos relacionados com a alimentação e bebida, com o vestuário, com amenidades envolventes, à segurança, privacidade, higiene pessoal, aspectos físicos, confinamento, restrição sensorial, saúde ou falhas na supervisão/pessoal.

Segundo o Plano Nacional de Saúde vigente (p.20), as intervenções necessárias e objectivos estratégicos para a resolução dos aspectos referidos passam por:

- Adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos
- Actuar sobre determinantes de autonomia e independência
- Procurar-se-á a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo, tendo em conta as diferenças relativas à idade e género.
- Promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos

Os direitos dos idosos não são plenamente respeitados e cabe a cada um de nós, nas instituições e na comunidade, zelar pelo seu cumprimento. Ao nível institucional - e mesmo na comunidade -, o enfermeiro, pelas funções que desempenha e pelos conhecimentos que detém, está em posição chave para compreender esta problemática e agir ajudando a preservar o respeito pela dignidade da pessoa idosa.

2.5. O IDOSO HOSPITALIZADO

A hospitalização representa, muitas vezes, uma ameaça que é vivida de maneiras diferentes consoante a capacidade de cada um se adaptar aos desafios, dependendo também das experiências anteriores e das representações que cada pessoa tem da saúde e da doença.

Particularmente em relação ao idoso, as diferenças na idade, a personalidade, o estrato social, a quantidade e gravidade dos seus problemas de saúde, e a maior duração do internamento, são aspectos que conferem à experiência de internamento características especiais.

Acresce ao que já referimos a atitude dos profissionais de saúde em relação ao envelhecimento e à própria doença, visto que os idosos podem ser vistos como doentes, dementes, inaptos, dependentes, passivos, numa lógica completamente estereotipada que condiciona seguramente o estabelecimento de qualquer relação terapêutica (Cabete, 2005), condicionando assim um risco para o idoso estar hospitalizado, porque pode perder a sua identidade e integridade física e moral, a sua autonomia, entrar em ruptura com o mundo e consigo próprio. Todos estes aspectos ambientais – variáveis físicas,

psicológicas, inter e intrapessoais – podem ser agentes de stress e gerar alterações de comportamento ou mesmo ser somatizados.

É vasta a literatura que aborda a problemática do idoso hospitalizado. Cabete (2005) realizou um estudo com o objectivo de analisar o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e emocional do idoso, tendo concluído que há efeitos negativos, ao nível físico e psicológico, que aumentam significativamente em função da duração do internamento, mais especificamente a partir da 2ª semana. Bruchon-Schweizer (1994) agrupa sob a designação de *síndrome de não adaptação*, cognições, emoções e comportamentos que evidenciam pessimismo, impotência, desespero, perda de controle, falta de suporte social e dependência. Ainda no domínio psicológico, os impactos do internamento são referidos por vários autores como perceptíveis ao nível de perturbações emocionais ou cognitivas, tais como o delírio, agitação física ou verbal, agressividade, desorientação, confusão, entre outros. Os factores que agravam situações pré-existentes ou desencadeiam novas situações vão desde as deslocações geográficas, inadaptação ao espaço, alteração de hábitos e ritmos de vida, exposição a ruídos, alterações das relações interpessoais. Outros factores precipitantes das alterações referidas que Inouye et al (1996) referem poder ou não ter relação com a pré-existência de um estado de maior vulnerabilidade, são os meios de contenção física, a algaliação, a má nutrição, o uso simultâneo de mais que 3 medicamentos e outros eventos iatrogénicos.

É de referir ainda que a valorização clínica de estados depressivos e de ansiedade se traduz em insuficiente apoio medicamentoso e psicológico, segundo estudos que demonstram que apesar da elevada prevalência de sofrimento psicológico no internamento (Beausang et al, 1998), facto que corrobora a manutenção da visão biomédica da saúde e da doença, contrariamente à perspectiva holística que se defende em teoria.

Quanto ao impacto funcional da interação “envelhecimento, doença e hospitalização”, seguimos a sistematização de Creditor (1993) que esquematizámos na Figura 1, sublinhando que as situações próprias do processo de envelhecimento, conjugadas com factores agravantes alguns dos quais específicos do ambiente hospitalar, resultam em agravos para a saúde que comprometem gravemente a qualidade de vida da pessoa idosa.

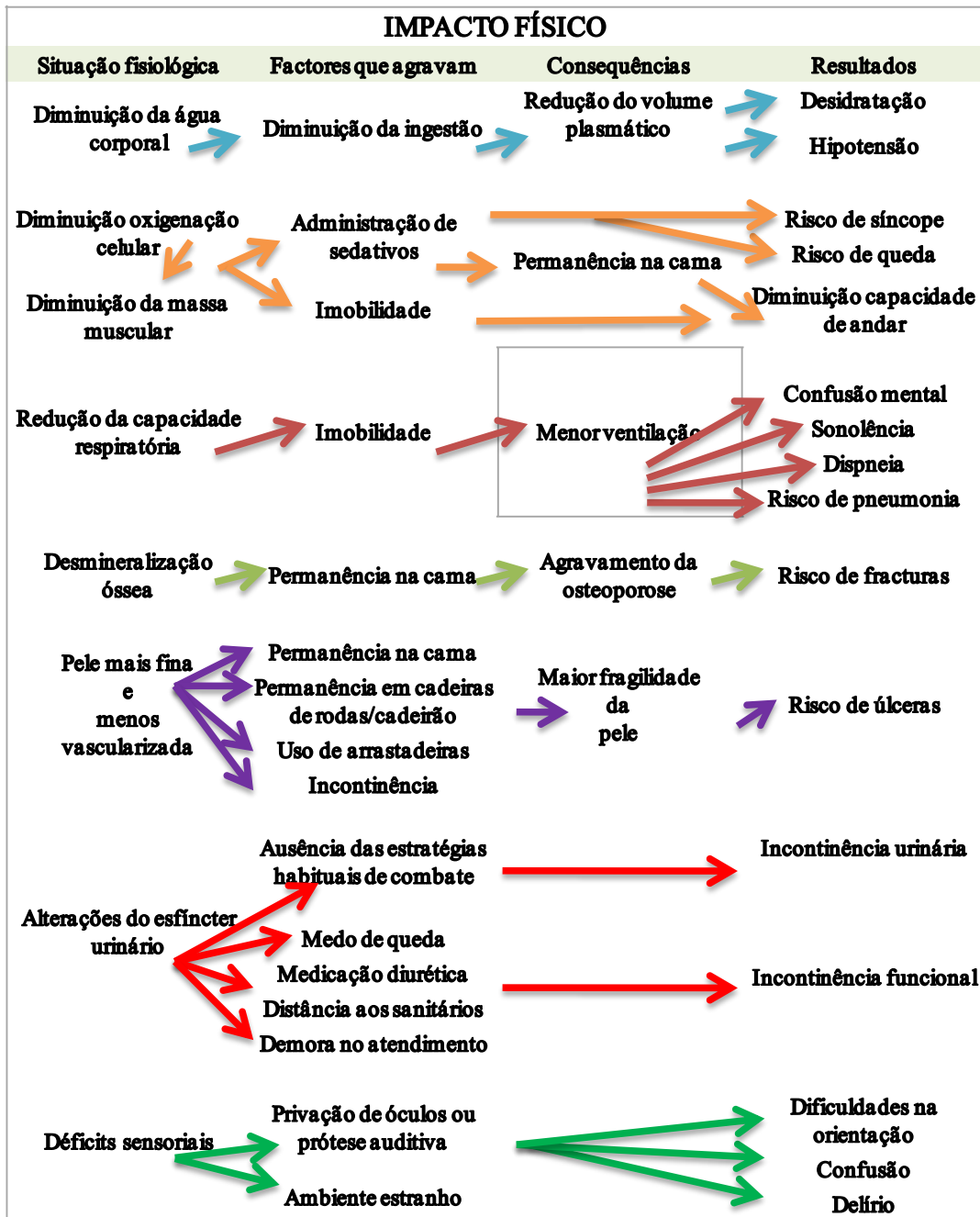


Figura 1 – Impacto funcional da interação “envelhecimento, doença e hospitalização”, segundo a sistematização de Creditor (1993)

2.5.1. Cuidados de enfermagem

Os cuidados de enfermagem ao idoso em ambiente hospitalar enquadram-se no conceito de geriatria que, segundo Zay (1981, p. 238) citado por Berger (1995, p. 2) é “o ramo da medicina que trata dos aspectos médicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença

nos idosos”. Baseiam-se nos princípios dos cuidados de longa duração, tais como a “continuidade, a abordagem global, a avaliação completa do estado do beneficiário, a participação deste e dos seus familiares e uma qualidade de cuidados a todos os níveis de intervenção; (...) visam a utilização máxima dos recursos individuais e necessitam de uma ajuda profissional para manter a autonomia, o empenhamento social, a auto estima, a individualidade, a valorização e a integridade dos clientes.” (Ib, p. 3).

Os estereótipos que frequentemente impregnam as crenças, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação à pessoa idosa, condicionam gestos paternalistas ou proteccionistas, pouco investimento terapêutico e fraca aposta na reabilitação; prefere-se decidir pelo idoso, aumentando a passividade eventualmente presente, podendo também o médico, o próprio idoso ou a sua família alimentar estas atitudes e reforçar esta tendência (Reich, 1997).

Inversamente ao que acabámos de descrever, os cuidados à pessoa idosa devem estar enquadrados numa lógica de relação de ajuda. Como defende Magalhães (1996, p. 27),

“para ajudar a Pessoa Idosa, o Enfermeiro tem que conquistar a sua confiança, saber e acreditar, que apesar do número de problemas, acompanhada da sua fragilidade e de recursos limitados, ela é a única que possui os recursos básicos e a capacidade de mudança, para dar solução aos seus problemas ou adaptar-se a eles”.

O enfermeiro ajuda a pessoa a mobilizar as suas potencialidades e recursos, criando oportunidades de ela os usar como desejar. Esta relação de ajuda não é uma intervenção isolada mas um componente dos cuidados que reflecte uma forma de estar com cada pessoa. As pessoas idosas geralmente apreciam atitudes de respeito e apreço, reconhecimento pelos seus valores e interesse pela sua pessoa, pelas suas experiências de vida. A capacidade de escuta implica todos os sentidos na medida em que não se limita à audição, mas visa uma compreensão dos problemas para a qual muitas vezes o enfermeiro tem que interpretar com sabedoria o que observa e sente – através da comunicação verbal e não verbal, tal como escutando os silêncios que são muitas vezes reveladores do que vai no interior da pessoa. Esta escuta visa também satisfazer as necessidades de atenção que a pessoa idosa tem, visto que nesta fase a vida decorre muito em processos de perdas e existe a necessidade de partilhar essas vivências e do sofrimento que representam, dos medos que a pessoa tem relacionados com a doença, com o hospital, com a morte. Esta escuta é uma escuta activa que exige disponibilidade,

solicitude, competência, artes de saber ser disponibilizando uma presença verdadeira junto da pessoa. Em última análise, é pela escuta que se identificam necessidades e detectam problemas, ajudando a pessoa a elaborar um plano de acção realista e adaptado às suas circunstâncias.

De acordo com Lazure (1994), são 5 as características necessárias à ajuda: capacidade de clarificação, o respeito, a congruência, a empatia e a confrontação. A adopção destas atitudes permite ao enfermeiro, em conjunto com a pessoa de quem cuida, estabelecer objectivos realistas, avaliar perdas sensoriais e prestar atenção particular a problemas físicos; facilita a observação do comportamento não verbal, permitindo formas de facilitar a retroacção e uma comunicação de qualidade elevada: possibilita ao enfermeiro demonstrar calor humano, promovendo a auto-estima e o sentimento de segurança no idoso, que o leve a desenvolver atitudes positivas face às suas capacidades; é também numa relação de ajuda que há um potencial maior de contribuir para diminuir a ansiedade da pessoa internada, ajudando-a a realçar os aspectos positivos e gratificantes dos momentos que atravessa. A confiança que se estabelece permite que o enfermeiro ajude a melhorar as capacidades de comunicação e seja um elemento promotor da relação do idoso com os outros. Num patamar mais elevado, pode o enfermeiro aproveitar a relação que estabelece para ajudar a pessoa a crescer no plano pessoal, independentemente da sua idade, ajudando-a a encontrar um sentido para a sua vida.

Além das implicações do internamento no idoso, também a família é afectada com alterações na vida social e familiar tanto quantitativas como qualitativas - na gestão do tempo, na continuidade das actividades diárias, no tempo que os membros da família passam juntos, na sobrecarga física e psicológica -, podendo verificar-se uma tendência para o aumento dos contactos sociais durante o internamento e logo após a alta, mas nem sempre correspondendo a um aumento da eficácia da rede (Wilcox et al, 1994). Esta eficácia da rede, relacionada com a recuperação funcional dos indivíduos, não é directamente proporcional à quantidade de elementos que integram a rede social de apoio (ib). O equilíbrio entre as três dimensões fundamentais da família – coesão, adaptabilidade e comunicação – que Sampaio (1996) citado por Cabete (2005) apresenta, determina o tipo de reacção e acção que cada família terá face ao internamento.

Apesar de muitos de nós, numa atitude reflexiva, questionarmos cada vez mais a importância de integrar a família nos cuidados em contexto hospitalar, a realidade actual, diz-nos que os familiares da pessoa internada continuam a fazer parte do grupo de pessoas estranhas ao serviço. Especificamente em relação à pessoa idosa, as reacções familiares ao internamento são variadas - desde a aceitação ou rejeição, solidariedade ou pena, confiança ou apreensão, curiosidade ou aversão, estima ou desprezo - e percebidas de modo diferente pelo próprio idoso (Cabete, 2005, p. 25 e 26).

De acordo com o conteúdo funcional da carreira de Enfermagem (Decreto-lei n.º 437/91), em todas as categorias existem competências que orientam o profissional para uma actuação não só junto da pessoa como da família. Nesta dualidade de papéis, a família deve estar preparada para ser encarada como parceira do cuidar, onde tem papel activo na prestação de cuidados à pessoa, mas também deve exercer o seu direito de ser considerada receptora de cuidados, nomeadamente no que respeita ao facultar informação e acompanhamento por parte dos enfermeiros, para assim poder desenvolver o seu papel nas questões relacionadas com a saúde da família com maior plenitude.

Na verdade, a família tem sido negligenciada e tem tido um papel passivo e expectante. Apesar de reconhecida a importância da família, a prática diária dos enfermeiros está muito direccionada para o indivíduo. A própria carta dos direitos e deveres dos doentes não contempla a família como colaboradora nos cuidados à pessoa internada, mas sim como mera visitadora. Neste contexto, a Direcção-Geral de Saúde emitiu, em Janeiro de 2000, uma circular normativa sobre o acompanhamento familiar e visitas à pessoa doente internada onde, entre outras normas, preconiza que:

- O acompanhante deve ser estimulado a colaborar na prestação de cuidados ao doente, mas sempre sob orientação e supervisão dos profissionais de saúde.
- O horário de permanência do acompanhante deverá ser fixado entre as 12 e as 20 horas, o que permitirá o apoio ao doente durante as refeições.
- O acompanhante pode recusar a permanência e/ou colaboração quando se sinta impossibilitado ou incapaz de o fazer.
- O estabelecimento deve criar condições de permanência do acompanhante junto do doente.

A Direcção-Geral de Saúde fundamenta estas normas no reconhecimento do valioso contributo que este acompanhamento poderá trazer na preparação da alta e continuidade dos cuidados à pessoa, lembrando a necessidade de considerarmos a família como parceira na prestação de cuidados.

Já a Ordem dos Enfermeiros, no artigo do seu Estatuto referente à humanização dos cuidados, aponta para o dever de prestar cuidados em atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. Em Dezembro de 2001, a Ordem dos Enfermeiros, ao divulgar os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, fala-nos da melhoria da satisfação do cliente através do envolvimento dos conviventes significativos para ele no processo dos cuidados.

Em termos de direitos daqueles de quem cuidamos, todos os documentos sublinham, implícita ou explicitamente, o nosso dever de zelar e advogar o doente no sentido de que tenha a possibilidade de fazer valer os seus direitos e afirmar a sua primazia como pessoa. Devemos respeitar e fazer respeitar o respeito pelos direitos humanos universais e os princípios da não discriminação, o respeito pela pessoa, pelas liberdades individuais, pela vida privada e pela autonomia de cada um. Também devemos zelar pela aplicação das regras de deontologia profissional e a esse respeito o CDE e o REPE são documentos orientadores: em ambos estão fundamentados os cuidados de enfermagem na interacção entre enfermeiro, utente, família, grupos e comunidade, conforme as circunstâncias dos cuidados. A família é assim um dos aspectos centrais dos cuidados de enfermagem e toda a vasta literatura e os principais autores de referência para a enfermagem actual incluem a família na lógica dos cuidados de enfermagem.

Contrariamente à abordagem tradicional, na qual se esperava que a família tivesse um papel de submissão aos conhecimentos dos profissionais de saúde nos cuidados à pessoa doente, surge um novo paradigma das relações família-profissionais de saúde, no qual se considera que a família é o centro dos cuidados e as interacções com os profissionais de saúde são de colaboração (Polly cit. por Augusto et al, 2002). A maior valorização dos familiares e, conseqüentemente, o seu envolvimento nos cuidados à pessoa proporcionará formas de reflexão conjunta conducentes a uma produção de cuidados de maior qualidade. Contudo, este envolvimento exige uma profunda experiência e sensibilidade por parte dos enfermeiros, assumindo sempre que todas as pessoas têm, para além de forças e capacidades, potencialidades para crescerem e tornarem-se mais competentes, o que pressupõe delegação de tarefas.

Este novo modelo de delegação caracteriza-se por quatro fases sequenciais, tais como:

1. A fase dominada pelos profissionais de saúde, em que a família depende completamente destes;
2. A fase participada, em que a família começa a reconhecer-se como participante importante nas decisões;
3. A fase de desafio, na qual ocorre transferência do poder dos profissionais para a família;
4. A fase de colaboração, em que a família assume uma nova identidade e adquire auto-confiança

(Polly cit. por Augusto et al, 2002).

Envolver a família nos cuidados prestados à pessoa pode ser benéfico para ambos, uma vez que, como afirma Salt (1991, p. 11), *“o envolvimento ajuda a manter o lugar do doente na família, a sua continuidade como unidade familiar, através da conservação do seu lugar e a ligação com o ambiente familiar e a sua rotina (...). Previne ainda que, quer o doente quer os familiares, sintam o «corte» e fornece mais oportunidades para exprimirem as suas preocupações e apoio”*. No entanto, os benefícios obtidos dependem em grande parte de uma boa comunicação, apoio e compreensão por parte da equipa multidisciplinar.

A participação dos familiares nos cuidados de conforto é fundamental. Permite-lhes continuar a dominar a situação, sentindo-se menos impotentes. Preparar as refeições, dar de comer e beber, massajar, trazer música e outras pequenas coisas de casa são algumas das iniciativas a encorajar e a procurar (Ahya et al, 2000). Para além da vantagem da participação dos familiares nos cuidados à pessoa no que concerne à diminuição do seu sentimento de impotência e aumento do sentimento de utilidade, existem ainda as seguintes vantagens:

- O familiar presente é uma fonte de informação, permitindo cuidados individualizados e centrados na pessoa;
- Mais tempo juntos pode permitir momentos de privacidade, proporcionando uma melhor comunicação entre a pessoa e a família, que, de outro modo, estariam seriamente comprometidos;
- O familiar presente pode contribuir no momento de tomar decisões por parte da pessoa, sentindo-se esta mais segura, confiante e protegida por

aqueles que lhe são queridos e, eventualmente, mais receptiva a cuidados e tratamentos;

- Implicar a família nos cuidados ajuda a manter o lugar da pessoa na família, promovendo uma continuidade entre o meio psicossocial e o meio familiar, bem como irá potenciar uma continuidade da unidade familiar;
- O envolvimento familiar nos cuidados minimiza a sensação de corte e diminui o tempo de separação, propiciando mais oportunidades para exprimirem as suas preocupações e apoio;
- Diminui a ansiedade porque aumenta a informação;
- Dá maior visibilidade à profissão de Enfermagem;
- Permite aproximar e humanizar a comunidade aos cuidados.

(Poyet, 1994; Gibbon, 1988)

No entanto, existem também algumas desvantagens, nomeadamente:

- A possibilidade de surgirem sentimentos adversos nos enfermeiros, pois podem sentir-se sob contínua fiscalização e exigências, ameaçados nas suas competências profissionais;
- A família pode ser encarada como um “incómodo”, muitas vezes colaborando pouco no cuidar da pessoa, mas interferindo muito, indicando o que se deve ou não fazer;
- A permeabilização de sentimentos, na medida em que uma família ansiosa gera uma pessoa ansiosa.

(Salt, 1991)

A natureza da interacção enfermeiro-pessoa e enfermeiro-família depende da forma como esse encontro acontece, sendo mediado por factores relacionados: a) com o ambiente; b) com a pessoa e sua família, considerando aspectos psicossociais, experiências anteriores com outros profissionais ou hospitalização e c) com a própria equipa, no que diz respeito ao treino técnico, experiência profissional, habilidades comunicacionais, características de personalidade dos profissionais, aspectos psicológicos como sentimentos, ansiedade, medos, fantasia, frustrações, stress, crenças e referencial próprio de doença construído ao longo da sua história (Caprara, 2004).

A operacionalização do conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao idoso foi estudada por Gomes (2002), que identificou níveis de parceria, condicionados essencialmente pelo comportamento dos actores envolvidos. Nesse estudo, foi feita uma

hierarquização da parceria em quatro níveis, com base nos atributos definidores: existe um nível máximo, caracterizado por uma acção conjunta negociada entre os parceiros; existem dois níveis intermédios, em que o enfermeiro informa em função da solicitação do doente, ou informa em função da natureza da acção; num nível inferior – nível zero – o doente é excluído da acção, ou seja, não é tornado parceiro e portanto não existe parceria. Também Dinis (2006) identifica no seu estudo elementos de suporte de parceria, que agrupa em 6 dimensões a ter em conta na operacionalização do conceito: relação interpessoal, cooperação, identidade, ética, projecto de cuidados e contexto organizacional.

3. O SERVIÇO DE CIRURGIA

O Hospital do Montijo tem definido no artº 1 da “norma para acompanhantes e visitas” o “Conceito de Acompanhante” como sendo “acompanhante familiar a pessoa pertencente à família do doente, por princípio escolhido sempre pelo próprio, excepto se não se encontrar em condições para este efeito” e a quem é concedido o direito de permanência junto do utente”. Este é de resto o conceito definido pela Direcção Geral de Saúde, na Circular Normativa 4/2000. De acordo com a mesma norma, o conceito de “visita” é referente a “todas as pessoas que se deslocam ao Hospital do Montijo, com o objectivo de contactar um utente internado”. É um direito do Acompanhante/Visita permanecer junto do doente no horário determinado, dar apoio nas horas das refeições e ajudar na mobilização do utente. Este é um tópico particularmente relevante no que concerne à pessoa idosa hospitalizada, para quem a presença da família pode assumir uma importância fundamental.

A instituição permite uma visita alargada entre as 13h e as 17,30h, verificando-se porém que apenas pontualmente alguns doentes beneficiam deste acompanhamento. Para além dos cuidados de vigilância, acompanhamento e apoio na alimentação, os familiares normalmente não participam em mais qualquer cuidado. Por outro lado, a disponibilidade da equipa de enfermagem para apoiar os familiares é limitada, muito embora exista uma preocupação em estar a par da situação sócio familiar de cada pessoa internada, especialmente dos casos de internamentos mais longos ou sobre os quais exista a suspeita de problemas sociais. Permanecem no serviço casos ditos “sociais” por meses.

A situação de muitos idosos é desfavorável em termos de apoio familiar, sendo que muitos vivem sózinhos ou acompanhados por outra pessoa idosa; dos idosos institucionalizados, há ainda os que chegam ao hospital num estado de grande degradação e com a sua dignidade claramente desrespeitada. É muitas vezes nestes

casos, quando justamente o idoso vem de um contexto em que não tem reunidas condições mínimas de higiene, conforto, alimentação, companhia e afecto, que o internamento hospitalar pode parecer ao idoso ou à família ser uma resposta para uma problemática que sabemos contudo que excede claramente a vocação do hospital.

3.1. DINÂMICAS PRESENTES NO SERVIÇO DE CIRURGIA

O trabalho dos enfermeiros é organizado com base no método individual de trabalho, verificando-se que a distribuição efectuada pela Enfermeira Chefe acaba, frequentemente, por corresponder na prática a uma orientação para os registos de enfermagem, visto os enfermeiros trabalharem habitualmente à tarefa. Teoricamente está preconizada a utilização do Processo de Enfermagem de acordo com o modelo de Nancy Roper, o que se concretiza parcialmente na colheita de dados inicial. É feita classificação diária dos doentes em graus de dependência de cuidados de enfermagem. Os turnos da tarde e da noite são assegurados por um enfermeiro para cada ala e um enfermeiro para a Unidade de Cuidados Intermédios; na manhã estão em número dependente da disponibilidade de pessoal.

O acolhimento do doente é a primeira etapa do processo de internamento que, tal como pode ter várias origens, também pode ter vários desfechos. A pessoa pode entrar no serviço vinda de proveniências diferentes: do serviço de urgências, das consultas externas, de outro serviço de internamento, do bloco operatório, do domicílio, de outro hospital. Dependendo do estado em que se encontra à chegada ao serviço, assim será feito um acolhimento personalizado, sendo que nas situações programadas esse processo é mais completo: toda a estrutura do serviço que interessa ao doente lhe é apresentada, assim como o pessoal com quem tem o primeiro contacto e os outros doentes da unidade que vai ocupar; são explicadas as rotinas do serviço, e eventuais preparações para cirurgia ou exames previstos; é feita um registo de dados inicial sempre que o doente seja capaz de fornecer dados, ou recorrendo a familiares logo que compareçam no serviço.

Nos casos mais graves, o doente pode ter entrado no serviço já em fase terminal, por agravamento da sua situação ou a pedido da família por dificuldade de resposta à deterioração do estado da pessoa; outras situações poderão corresponder a processos de diagnóstico em que é detectada uma situação já sem possibilidade de intervenção

terapêutica direccionada para a cura, ou, existindo ainda essa possibilidade, a mesma pode não ser bem sucedida precipitando os desenvolvimentos da doença para situações terminais.

A pessoa significativa pode estar presente entre as 13h e as 19.30h, estando a visita social reservada para as duas últimas horas desse período. Esta é uma informação disponibilizada verbalmente e através de panfleto informativo, no acto de acolhimento, ao doente e aos seus familiares. Porém, não existindo no serviço qualquer mecanismo de controlo de entradas, verifica-se que por vezes o incumprimento das recomendações institucionais é susceptível de comprometer o trabalho dos enfermeiros, que optam muitas vezes por evitar o contacto com o doente e familiares justamente no horário das visitas. Também, a presença da pessoa significativa nem sempre é respeitada, observando-se a entrada e saída de vários elementos que nem sempre respeitam as normas de funcionamento do serviço. Habitualmente a colaboração da família restringe-se à vigilância do doente, a alguma ajuda pontual na alimentação, e à eventual prestação de informações sobre antecedentes pessoais de saúde e medicamentos que o doente esteja a tomar no domicílio. Mesmo assim, observámos também situações pontuais de maior envolvimento da família nos cuidados a pessoas totalmente dependentes em várias actividades de vida.

4. PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS

O conhecimento das percepções dos enfermeiros é uma informação crítica poderosa, que se aproveitada configura *insights* valiosos para concretizar propostas susceptíveis de contribuir para viabilizar medidas que promovam uma maior humanização dos cuidados prestados, visto que são quem permanece todas as horas do dia junto da pessoa internada num serviço hospitalar. O aproveitamento do conhecimento relativo à forma como pensam e sentem a realidade, não só permite envolvê-los nas mudanças necessárias, como aumenta o seu compromisso e potencia indirectamente mudanças de atitude. O conhecimento das percepções é assim uma ferramenta de apoio à gestão, pois permitem inventariar factores com impacto previsível no desempenho individual e na performance do serviço.

De acordo com a natureza do tema, a opção escolhida apoiou-se no conhecimento das percepções dos enfermeiros pelo facto de estes profissionais se encontrarem em posição chave para ajudar a compreender os vários aspectos do problema, sendo que são também um dos elementos fundamentais dos cuidados em parceria com o doente e família/pessoa significativa. A abordagem qualitativa, operacionalizada por meio de entrevista pessoal, pareceu-nos um meio adequado de obter a informação pretendida, pois permite, segundo Fortin (1999: p. 245) colher informação relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às expectativas (...) além disso, se um investigador quer explorar as percepções dos sujeitos no que se refere a situações particulares, estes podem sentir-se mais à vontade em falar do que em organizar o pensamento e transmitir por escrito.

Optou-se por entrevistas semi-directivas. Segundo Ghiglione e Matalon (2001), a grelha de temas previamente definida que este tipo de entrevistas permite, não deixa de conceder ao entrevistado liberdade para abordar os temas pela ordem e com a profundidade que pretender, bem como expressar as suas percepções, crenças e sentimentos.

As áreas a questionar foram organizadas tendo em vista a necessidade que sentimos de validar a nossa visão pessoal sobre o problema, destacando dois tópicos:

- Dificuldades sentidas (pelo próprio) e percebidas (em relação aos outros e serviço)
- Áreas em que considera desejável e possível, envolver os familiares nos cuidados

Nesta base foi construído o guião a utilizar no diálogo com os entrevistados, composto por 2 questões nucleares:

1. Quais são as dificuldades que sente em relação à presença da família no internamento hospitalar, neste serviço?
2. Em que áreas pensa ser possível um maior envolvimento da família/pessoa significativa nos cuidados à pessoa hospitalizada?

A amostra inquirida foi constituída pelos enfermeiros chefes de equipa que se encontravam escalados para o mês de Maio, enfermeira chefe, “segundo elemento” e enfermeira que anteriormente esteve responsável pela formação em serviço, num total de 6 entrevistas semi-estruturadas. Estes enfermeiros fazem parte de uma equipa constituída por um conjunto de profissionais de todas as faixas etárias, com larga experiência na área cirúrgica e também em cuidados domiciliários prestados ao nível do Centro de Saúde.

Anteriormente à recolha de dados, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do Hospital para serem realizados os procedimentos necessários à pesquisa, mediante a apresentação do projecto de estágio resumido e do requerimento para realização das entrevistas (Anexo I).

Cada participante aderiu voluntariamente, após o convite e apresentação dos objectivos das entrevistas, bem como a garantia de confidencialidade dos dados e o compromisso de lhes serem comunicados os resultados obtidos.

O trabalho de campo foi realizado de acordo com a disponibilidade dos respondentes. Cada entrevista, cuja duração oscilou entre os 15 minutos e os 30 minutos, foi gravada e posteriormente transcritos os seus conteúdos na íntegra respeitando a terminologia utilizada pelos respondentes, tendo este procedimento demorado cerca de 5 vezes o tempo de cada entrevista.

4.1. ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

A opção pela análise de conteúdo permitiu valorizar elementos tanto da abordagem quantitativa, como da qualitativa. A contagem da manifestação dos elementos do texto que emergiram na primeira fase desta análise, serviu apenas para a organização dos dados, enquanto as fases analíticas posteriores permitiram apreender a visão dos autores do material em análise. Procurou-se abranger iniciativas de explicitação, sistematização e argumentação do conteúdo das entrevistas, com a finalidade de efectuar deduções lógicas e justificadas. A atenção nos aspectos qualitativos passou também pela valorização da presença ou ausência de características nas mensagens analisadas, ultrapassando o alcance meramente descritivo e procurando atingir interpretações mais profundas. Por se tratar de uma análise empírica e, por esse motivo, não poder ser desenvolvida com base num modelo exacto, procurou-se, para a sua operacionalização, seguir algumas regras base, partindo de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado. O seu carácter empírico permitiu combinar algumas das técnicas sugeridas na vasta literatura que versa o tema. Foi seguida a orientação em três etapas proposta por Bardin (1980), complementada por contributos da *análise do discurso*. Iniciou-se a análise com uma pré-análise, na qual foi revisto e analisado o material recolhido, de modo a organizar e sistematizar ideias à luz dos objectivos iniciais da investigação, e elaborar indicadores que orientassem a interpretação final. Numa primeira fase foi feita uma *leitura flutuante* que permitiu tornar mais exaustivo o contacto já tido com o material em análise aquando da realização e transcrição das entrevistas; organizou-se posteriormente as respostas de forma a responderem a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Esta sistematização foi um artifício para atenuar as nossas expectativas pessoais e poder afastar as tentativas de enquadrar o material recolhido em determinado ponto de vista. O olhar repetitivo sobre os dados teve por finalidade captar as mensagens ali contidas, os elementos discursivos, os elos que emergem e o estabelecimento de vínculos entre o sujeito, o objecto e o contexto. A apreensão permitiu identificar aquilo que se destacava, enquanto elemento significativo, e que contribuía para a compreensão da problemática em estudo. Optou-se por associar a esta última técnica da análise de conteúdo, a análise do discurso. Seguindo a perspectiva dos autores que classificam a análise do discurso como uma das técnicas utilizadas pela análise de conteúdo (Cappele et al, 2003), e por esta estar referida na literatura consultada como uma técnica muito utilizada e que se tem

mostrado adequada para trabalhos com dados qualitativos, principalmente quando se trata de identificação de relações de poder permeadas por mecanismos de dominação escondidos sob a linguagem, considerámos oportuno inclui-la neste trabalho visto esta ser uma questão referida por vários autores que está presente na dinâmica dos serviços de saúde. Seguimos as propostas de diversos autores, entre os quais Orlandi (2001) apud Cappele et al (2003), que defende que a análise do discurso envolve a reflexão acerca das condições de produção dos textos analisados e procura desvendar os mecanismos de dominação que se escondem sob a linguagem. Também atendemos à perspectiva de Ducrot (1988) referido por Schneider (2009: 3-4), segundo a qual um mesmo enunciado tem presente vários sujeitos com status linguísticos diferentes, sujeitos que remetem a funções diferentes: o *sujeito empírico*: o ser real, o autor; o *locutor*: aquele que fala no texto e a quem se confere a responsabilidade enunciativa e o (s) *enunciador (es)*: que são os pontos de vista abstractos que apresentados e que podem ser identificados com o do locutor. Num enunciado, apela-se ao discurso do próprio locutor, mas também a pontos de vistas de outros. E nesse sentido, a noção do Outro não é somente a de que este está sempre presente (em que se fala sempre para alguém), como também o seu ponto de vista e de outros está incorporado no discurso do locutor. O sentido de um enunciado depende então da descodificação dos pontos de vista (enunciadores), no entanto o enunciado dá indicações sobre qual conclusão se “deve” chegar.

5. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Por se considerar que quando se trata de pensar os sentidos implícitos na linguagem, há mais espaço para incertezas do que para afirmações categóricas, procurou-se realizar uma análise de conteúdo que ajudasse a reduzir o efeito que a realidade produz entre o pensamento e a palavra. Enquadrados pelos dois temas delineados pelas questões colocadas nas entrevistas, foram definidas 5 categorias que serviram justamente para construir um ponto de partida para a análise dos dados. Calcularam-se estatísticas simples apenas para ilustrar tendências presentes no conjunto das respostas. Apresenta-se na Tabela nº 1 o resumo e a contagem dos tópicos identificados.

Tabela nº 1 – Resumo da distribuição das unidades de análise das categorias, segundo as referências aos temas, nas entrevistas

| Temas | Categorias | Sub- Categorias | N frequência absoluta | % frequência relativa |
|---|--|--|-----------------------|-----------------------|
| DIFICULDADES SENTIDAS R/C PRESENÇA DE FAMILIARES/PESSOAS SIGNIFICATIVAS | Factores r/c dimensão organizacional dos cuidados | Estrutura e funcionamento do serviço | 16 | 10,18% |
| | | Disponibilidade de recursos humanos – enfermeiros | | |
| | Factores r/c dimensão individual - dos profissionais | Dificuldade de apoio aos familiares/conflito entre necessidades do doente e família e atitudes do enfermeiro | 40 | 25,46% |
| | | Divergência na valorização da presença/envolvimento da família nos cuidados | | |
| | | Atitudes r/c estabelecimento de relação com vista ao envolvimento da família nos cuidados | | |
| | Factores r/c dimensão cultural – da população | Sentimentos e opiniões dos enfermeiros | 24 | 15,28% |
| ÁREAS POSSÍVEIS DE BENEFICIAREM DE CUIDADOS UM MAIOR ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA NOS CUIDADOS | Factores r/c actividade clínica de enfermagem | Atitude de valorização da família | 63 | 40,15% |
| | | Percepção de benefícios para a prática clínica de enfermagem | | |
| | | Percepção de benefícios para o doente | | |
| | | Percepção de benefícios para a família | | |
| | | Percepção de benefícios para o serviço | | |
| | Factores r/c comportamentos da população | Expectativas r/c potencial de colaboração da família | 14 | 8,91% |
| | | Necessidade de informação e ensino aos familiares | | |
| TOTAL | | | 157 | 100% |

As referências a aspectos que possam estar na origem de dificuldades sentidas relacionadas com a presença de familiares/pessoas significativas junto da pessoa hospitalizada, distribuem-se em 3 categorias que foram abrangidas nas respostas de todos os enfermeiros:

- Dimensão organizacional
- Dimensão individual (profissionais)
- Dimensão cultural (população).

A categoria relativa a factores r/c a dimensão individual (dos profissionais) é a mencionada mais vezes pelos entrevistados quando questionados sobre as dificuldades sentidas relacionadas com a presença da família no serviço, com 25,46% de referências.

O discurso dos respondentes não parece ter como ponto de partida as suas próprias dificuldades. É perceptível uma focalização inequívoca na atitude de outros enfermeiros, em falas como:

*“as únicas dificuldades que eu presencio é da parte dos nossos colegas, devido à presença dos familiares”*⁵²

*“é mesmo dos nossos colegas... o estar aqui a família, que é um obstáculo, o que eu não acho”*⁵⁹
*“isso às vezes, com o trabalho, não é muito bem aceite pelos nossos colegas”*⁷¹

Quando o respondente se inclui na resposta, nunca menciona dificuldades pessoais, mas envolvendo o seu papel no conjunto da equipa de enfermagem, quando utiliza o plural em afirmações como:

*“nós enfermeiros é que temos essa resistência”*¹⁰⁹

*“porque nos sentimos observados”*¹¹²

*“não conseguimos compreender certas e determinadas atitudes dos familiares ou não as sabemos interpretar”*¹¹³

Este distanciamento é mais evidente quando o problema é remetido para a globalidade dos profissionais de saúde, em afirmações como:

*“os profissionais têm que compreender que têm que ser mais transigentes”*⁸²

*“os profissionais de saúde muitas vezes em relação aos familiares, criam uma certa distância”*¹⁰⁵

Esta forma de expressão está de acordo com a tese de Ducrot (1988) citado por Schneider (2009: 16), quando este defende que as palavras, organizadoras do discurso, dizem muito mais do que parecem estar a dizer e dizemos sempre alguma coisa em

favor de algo, visto que um mesmo enunciado traz presente vários sujeitos e “o autor de um enunciado não se expressa nunca directamente, sempre põe em cena em um mesmo enunciado, certo número de personagens. O sentido do enunciado nasce do confronto dos diferentes sujeitos: o sentido do enunciado não é mais que o resultado das diferentes vozes que nele aparecem.” (Ducrot, 1988: p.16 apud Schneider: 2009). Assim, ao procurámos um entendimento mais amplo para a forma como globalmente se expressaram sem referirem dificuldades pessoais, mas reportando-se quase sempre a outros, concluímos que pode eventualmente existir uma percepção de dificuldade relacionada com o facto de ser necessário uma intervenção concertada entre todos para que seja possível efectivamente envolver a família nos cuidados.

A divergência na valorização da presença/envolvimento da família nos cuidados, que, embora no conjunto das entrevistas seja pouco expressiva (4,45% de todas as referências) mas que totaliza quase 20% das referências a dificuldades ligadas a factores relacionados com a dimensão individual (dos profissionais), corrobora o que referimos anteriormente visto que não se resume à expressão de opinião quando um entrevistado refere por exemplo que: “*é um alargamento muito grande...*”⁴² ou que “*higiene aqui é complicado*”⁴⁹, mas quando já se refere a uma percepção mais abrangente de que “*há muita gente, muitos profissionais que não gostam por vezes também (da participação da família nos cuidados)*”¹⁴³. Reconhecendo-se a importância do papel da família na saúde e na doença dos seus membros, ela continua, na verdade, a ser um elemento insuficientemente tido em conta nos cuidados de saúde. Uma abordagem centrada na família constitui mais um ideal do que uma prática comum. De facto, várias pesquisas mostram que a abordagem centrada na família continua a ser a expressão de um ideal e não uma prática prevalente (Wright e Leahey, 2002), visto que é insuficiente a atenção de que usufruem tal como não é satisfatório o apoio para a satisfação das suas necessidades (Astedt-Kurki et al, 2001).

Ao analisarmos o discurso dos respondentes, identificámos um padrão de respostas compatível com uma maior preocupação com aspectos r/c a dimensão individual, dos profissionais, que obteve tantas referências como o conjunto dos factores organizacionais (do serviço) e culturais (da população). Digamos que, esta constatação validada à luz da nossa experiência naquele contexto, pode estar a reflectir uma certa tomada de consciência sobre um problema real, de falta de disponibilidade para incluir o prestador informal nos cuidados e fraca iniciativa do enfermeiro para encetar relação com a família.

Porém, há aspectos organizacionais que podem estar a concorrer para aquela situação. A presença da pessoa significativa inicia-se às 13h, altura em que é feita uma pausa nas actividades de enfermagem e em que o pessoal aproveita para se organizar para o almoço, após o qual é feita a admissão de doentes vindos do exterior, realizadas as actividades de final de turno em relação a higiene, posicionamentos, transferência de doentes para o leito, decorrendo muitas vezes o transporte de doentes para e do Bloco Operatório, enquanto outro enfermeiro administra a terapêutica das 14h e repõe material de consumo, seguindo-se por volta das 14.30 os registos de enfermagem, alterações terapêuticas, recepção e envio de pedidos de exames e análises, alterações de dietas, etc. A entrada da visita social às 15.30 h coincide com a passagem do turno, verificando-se que decorre no período em que o enfermeiro está a preparar a terapêutica da tarde – sendo inúmeras vezes interrompido nessa tarefa -, completa a admissão de doentes entrados no final do turno anterior, transfere e recebe doentes do BO, etc. Todas estas dinâmicas, aliadas à ausência de controle de visitas, podem estar a dificultar a adopção de uma atitude diferente por parte dos enfermeiros que, não deixando de se culpabilizar pelo que não fazem, têm uma noção muito determinada da impossibilidade de o fazer melhor. A nossa sugestão vai no sentido da proposta de Franco & Martins (2000), quando estes referem a importância de 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 no cuidar. Estes resultados são confirmados de certo modo com a investigação levada a cabo por Rebelo (1996), quando esta autora defende que a prática dos enfermeiros se esboça no cruzamento de pelo menos 3 contextos: o do sujeito, o da profissão – o que dita os modelos profissionais - e o da acção – intimamente ligado aos modelos organizacionais -, todos fazendo parte por sua vez de um contexto mais amplo que é o social. Ou seja, como afirma, “a interacção dinâmica entre estes três contextos é que recorta o campo das práticas e por sua vez vai influir na definição e nos limites dos cuidados de enfermagem” (Rebelo, 1996: 13). Afirma mesmo que as enfermeiras e os enfermeiros não são os únicos actores na prestação de cuidados de enfermagem, sendo que, “alguns maus cuidados que se prestam, se existem, não são da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros”(ib: p. 14).

As dificuldades de apoio aos familiares/Conflito entre necessidades do doente e família e atitude do Enfermeiro, reúnem um conjunto de quase 10% de referências.

A presença da família expõe o enfermeiro e esta maior exposição aos familiares nos cuidados pode ser sentida como uma ameaça pelos enfermeiros pois aumenta a probabilidade de se ser avaliado e de se ser criticado, receio que está patente nos discursos quando dizem que *“porque nos sentimos observados”*¹¹² e *“pelo stress e pelo nosso trabalho”*¹¹⁴. Os enfermeiros poderão ainda sentir-se sob uma constante fiscalização ou exigências, ou ameaçados nas suas competências profissionais (Franco & Martins, 2000), estando esta possibilidade patente nas falas dos entrevistados quando assumem que *“temos que englobar o prestador informal também nos cuidados”*⁶⁹ ou *“não conseguimos compreender certas e determinadas atitudes dos familiares ou não as sabemos interpretar”*¹¹³.

Não existe referência à uma percepção de dificuldades por parte da família, que existem e estão de resto documentadas na literatura. Em situações particulares, tem que se ter em conta determinados aspectos, porque participar não pode significar assumir o cuidado, tal como Salt (1991: 11) refere ao dizer que *“as normas de envolvimento podem causar sofrimento a todos se os familiares não puderem dispensar o tempo que é necessário para se envolverem nos cuidados prestados ao doente”*, experimentando uma *“sensação de culpa em deixá-los quando outros compromissos são inadiáveis”* e *“se, devido ao envolvimento contínuo, os familiares sofrerem de stress e de exaustão, sentindo-se obrigados a ficar com o doente”*.

Os discursos destacam globalmente *“o nosso trabalho”*, o trabalho do enfermeiro, parecendo não estar assumida uma perspectiva inclusiva e de cuidado em parceria com o doente e família. Também parece existir o que Lopes (2001: 129) já havia identificado no seu estudo e ao que se referia dizendo justamente que a atenção aos doentes é uma referência incorporada como não fazendo parte do próprio trabalho, sucessivamente deslocada para as suas componentes suplementares, não obstante ser evocada pelos enfermeiros como fundamental aquando da construção discursiva do sentido das suas práticas.

Por fim, para as dificuldades ligadas a factores r/c a dimensão individual (dos profissionais), convergem referências relacionáveis com atitudes de estabelecimento de relação com vista ao envolvimento da família nos cuidados, com 11,46% das referências:

*“acabam por tornar-se muito apelativos para o enfermeiro (os familiares)”*⁹³

*“é necessário é a gente saber lidar com os diversos comportamentos e personalidades.”*¹¹⁸

Estas afirmações estão de acordo com os aspectos que Queirós (1998: 34) menciona, ao referir o que os profissionais sentem sobre a presença dos familiares, tais como o barulho, a barafunda, perguntas e pressões constantes, sobrecarga sobre os enfermeiros, ausência de outros técnicos à hora das visitas, um certo egoísmo por parte dos familiares, incapacidade de o enfermeiro dar resposta a todas as solicitações, sobrecarga de trabalho por necessidade de cuidados ao doente e atenção aos familiares, existência de “bons” e “maus” familiares, intromissão destes no trabalho, vigilância que condiciona o à vontade necessário aos bons cuidados, etc. Porém, mesmo face às dificuldades sentidas por todos, ao assumirem que *“a dificuldade é nossa porque quebra um bocadinho as nossas rotinas”*⁶⁷ ou *“se nós ponderarmos, nós é que não envolvemos por vezes os familiares nisto”*¹⁴⁶ e *“é tudo muito nosso”*¹⁴⁷, os enfermeiros estão cónscios da necessidade de interacção com a família, facto que é de resto comprovado no decorrer do estudo e na expressão de atitudes de valorização da família e reconhecimento de impactos positivos nos cuidados, no doente, na família e no serviço, que exploraremos adiante. Porém, e no que respeita à interacção visitante-enfermeiro, a observação e vivência da realidade estudada, em conjunto com as respostas obtidas pelas entrevistas, permite-nos dizer que existe uma atitude de algum distanciamento em relação aos familiares, sendo a relação mais vezes iniciada pelo familiar e quase sempre numa base de procura de informação; esta é de resto a situação identificada noutros contextos em que, por exemplo, menos de um quarto dos inquiridos num estudo iniciaram relação com os familiares, ficando a maioria à espera que o familiar tome a iniciativa de encetar relação; as oportunidades de interacção proporcionadas pelos enfermeiros estão também descritas como elementos facilitadores de uma atitude mais favorável por parte da família. (Astedt-Kurki, 2001). Não existindo um efectivo envolvimento da família nos cuidados como os discursos deixam transparecer, é evidente a necessidade de incrementar o apoio psicológico e acompanhamento aos familiares para que mantenham os elos de ligação com o doente e possam envolver-se nos cuidados. Esta conclusão é de resto comum a outros estudos com famílias a participarem nos cuidados a doentes hospitalizados (Doron et al, 2009).

Com 15,28 % das referências dos enfermeiros direccionadas para factores relacionados com a dimensão cultural relativa à população, sobressaem nesta categoria como estando na origem de dificuldades de envolvimento da família nos cuidados, razões interpretadas num sentido de desvalorização do papel dos enfermeiros, tais como:

“grande parte dos familiares estão renitentes ao nível da colaboração porque pensam que nós estamos cá é para trabalhar...”¹⁹

“que opinam sobre o nosso trabalho”²⁸

“Cria impedimentos no nosso trabalho”⁴⁰

“as pessoas não estão muito... sensibilizadas para o nosso problema, para o nosso trabalho”⁴³

“estão cá os enfermeiros, os empregados como eles costumam dizer...”⁵¹

Não encontramos na literatura estudos que abordassem o problema das visitas na perspectiva apresentada, muito embora possamos constatar pela experiência clínica naquele contexto de trabalho que existem casos pontuais de alguma animosidade por parte de alguns familiares relativamente ao trabalho dos enfermeiros. Contudo, a leitura dessa realidade, assumida de resto nas entrevistas, impõe a clarificação do papel das visitas no internamento, visto que nem todas as pessoas que visitam o doente e/ou o acompanham se implicam ou devem implicar nos cuidados. A tipologia de visitas a que Martins (2004) faz referência explícita justamente as características do comportamento das pessoas que visitam os doentes, e que se integram num dos quatro tipos seguintes: (1) pessoas que têm uma presença bem delimitada no tempo, utilizam linguagem estereotipada, mas por vezes disponibilizam-se para algum tipo de apoio; (2) pessoas que permanecem junto do doente, procurando partilhar e mostrando disponibilidade; (3) pessoas que são movidas pela curiosidade; (4) e pessoas que visitam o doente, movidas por um compromisso social. O segundo tipo de visitas, parece ser aquele que mais se aproxima de uma perspectiva humanista e mais facilmente poderá fazer parte do projecto de cuidados ao doente. Pensamos assim que a identificação por parte do enfermeiro, do familiar que se encontra em melhor posição para contribuir para ajudar o doente a ultrapassar a fase problemática que é o internamento, pode ajudar a resolver parte do problema sentido pelos profissionais. Também seria interessante conhecer as razões que levam estes familiares ao hospital e o que pensam sobre o problema em estudo. Queirós (1998) ao levantar várias questões sobre o papel das visitas ao doente internado, defende justamente a sua importância como complemento na assistência. Também, e a avaliar pelos resultados do estudo de Chesson e tal (2003), está documentado que os familiares visitam a pessoa essencialmente para se inteirarem dos progressos do seu estado clínico e saberem como se sentem, desejando contribuir para o seu conforto e bem estar, agindo como *advogados do doente*. Simpson (1992) realça ainda o contributo positivo das famílias reconhecido por profissionais, doentes e

familiares, referindo que os próprios visitantes desejam assumir o papel de animadores, supervisores, tutores, amigos e actores no processo de cuidados; menciona também que a família é fonte importante de apoio psicológico e emocional para o doente.

Porém, os dados obtidos neste estudo parecem desocultar um sentimento de reprovação dos enfermeiros em relação à atitude dos familiares, suposição que nos parece reforçada quando acedermos à percepção dos enfermeiros sobre possíveis e desejáveis dimensões do envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada através da segunda questão, com a qual obtivemos dois conjuntos de dados:

- 1) Um primeiro, relativo a aspectos r/c a actividade clínica de enfermagem e no qual se identificam, dispersas pelas 40,15% das referências:

Atitudes de valorização da família (7%):

“era indispensável e acho que era aconselhável que as visitas estivessem mais envolvidas na recuperação dos seus familiares”⁸

“devia funcionar assim em todo o lado (público e privado)”¹⁷

“até podiam estar aqui a partir das 10h da manhã”⁶⁰

Percepção de benefícios de valorização da prática clínica (2,54%):

“é uma partilha, porque no fundo eles é que conhecem melhor o doente e... e... ajudava-nos também”³⁸

Percepção de benefícios para o doente (5,73%):

“eles sentem-se mais protegidos e mais descansados”⁵⁸

“ter alguém que a pessoa conheça é essencial”⁷⁶

Percepção de benefícios para a família (5,11%):

“estariam a ajudar-se a eles próprios porque também era preparação para a alta”³⁵

“era uma oportunidade que tinham de aprender a cuidar”³⁶

“eles (os familiares) ficam mais calmos”⁵⁴

Percepção de benefícios para o serviço (1,30%):

“porque os internamentos podem diminuir significativamente”¹⁵³

Os achados neste estudo vão ao encontro da perspectiva de Andrade (2000) segundo a qual, tanto os doentes, como os enfermeiros, acreditam nos benefícios das visitas aos doentes, contudo os enfermeiros acham que as visitas prolongadas são causa de perturbação nas enfermarias, embora os doentes achem que, apesar do cansaço que pode implicar a visita, esta é preferível à sua ausência, não estando de acordo com a ideia de que estas são motivo de perturbação para os serviços (ib). Uma ideia interessante a que a autora se refere é a de que a maioria dos doentes “pioram” após a saída dos familiares. As respostas dos enfermeiros enquadram-se no que Queirós (1998: 37) enuncia como resposta de qualidade nos cuidados de enfermagem, com cuidados de enfermagem de igual valor para o doente e família, em todo o processo de internamento, disponibilidade de igual valia para doentes e família, implicação dos familiares desde a primeira hora, com preparação da alta no dia do acolhimento, altas precoces – maior necessidade de implicar a família na continuidade dos cuidados após a alta (informação, formação e educação específica, do doente e da família, na perspectiva do auto cuidado).

2. Factores r/c comportamentos da população, em que, de todas as entrevistas, a unidades de registo para onde convergem as expectativas dos enfermeiros em relação à colaboração da família, totaliza 18,47% das referências:

“esporadicamente durante a tarde quando queremos mudar alguma fralda, a pessoa podia participar”⁵⁰

“até idas à casa de banho...”⁵⁷

“a acompanhar as pessoas aos exames...”⁷⁹

“na mobilização do doente”⁹⁰

“virem para os cuidados de alimentação”⁹⁷

“cuidados de higiene? (...) desde que com um bom acompanhamento, um bom ensino, uma boa explicação”¹³⁸

“uma higiene no leito não é nada que em casa não se possa fazer”¹⁴⁰

“em termos de pôr o urinol, tirar o urinol ou... cuidados de higiene após isto”¹⁴²

“tudo com uma supervisão”¹⁴⁹

As falas dos respondentes contêm um certo sentido de reprovação em relação à atitude da família, projectando as tarefas que poderiam ser realizadas por familiares para o campo das hipóteses, o que denota que não são efectivamente uma prática corrente. Atendendo às actividades mais importantes que podem ser realizadas por familiares que

Simpson (1992) identificou no seu estudo, e que são a manutenção da comunicação do doente com familiares e amigos, encorajamento, representação do doente e canal de informação para o doente sobre assuntos que lhe interessam, colaboração no processo terapêutico, participação na elaboração do plano de cuidados, colaboração na prestação de cuidados como alimentação, higiene, troca de roupa da cama, massagens, colocação de termómetro, ajudar a levantar o doente da cama, ajuda ao doente durante exames, protecção do doente de acidentes e outros perigos, podemos afirmar que é longo o caminho a percorrer para de facto se alcançar um grau de envolvimento maior naquele serviço. Porém, e da nossa experiência clínica constatamos que a implicação da família nos cuidados existe mas difere em graus, podendo ir da ausência/abandono à (a) simples presença em que o familiar conversa e faz companhia, vigia ou simplesmente se mantém por perto, a um (b) certo envolvimento nos cuidados que pressupõe já a realização de tarefas simples e alguma tomada de decisão, embora numa lógica unidirecional (o enfermeiro não toma conhecimento); ou mesmo (c) à participação activa com tomada de decisão sobre aspectos dos cuidados, e finalmente (d) à colaboração em que existe envolvimento conjunto nas decisões entre o doente a família e a enfermeira, dinâmica que exige uma maior inter-colaboração entre todos.

Os familiares são vistos como objecto e sujeito das intervenções de enfermagem, não vistos como estranhos, intrusos, mas como complemento, eles próprios a necessitar de cuidados e a serem envolvidos nos cuidados a prestar aos seus doentes internados, nomeadamente cuidados de higiene, conforto, alimentação e também porque não terapêutica. A família ideal é colaborante, informada, treinada em apoio ao utente. A presença em horários alargados, a colaboração no cuidar, o envolvimento no tratar sob supervisão e dentro de regras pré estabelecidas, são aspectos que permitem rápida melhora, elevam a qualidade, diminuem demoras médias, êxito no regresso a casa e na re inserção social.

À necessidade de informação e ensino aos familiares foram atribuídas quase 10% das referências, o que nos permite dizer que aquela expectativa dos enfermeiros em relação à colaboração que os familiares poderão dar nos cuidados à pessoa hospitaliza, decorre a par da consciência que todos temos da necessidade de informar e formar a população sobre esta questão. A necessidade de informação e “o esforço adicional para a obter” referido por Queirós (1998: 35) abrange aspectos como os direitos do doente visto que é referido que *“há pessoas que não sabem se têm o direito de estar cá”*²⁵, e a organização dos

cuidados. Sobre este último, os respondentes sentem que está insuficientemente clarificada, quando é afirmado que *“eles também caem aí e não têm muitas vezes conhecimento sobre a situação e o que podem fazer”*¹⁰³, sendo referida a necessidade de acolher e preparar os familiares, explicar as rotinas, as intervenções previstas, pois *“tudo isto faz muita confusão ao familiar, mas se eles forem envolvidos, forem entendendo...”*¹⁵⁶.

Várias investigações sobre as necessidades dos familiares (Molter, 1979; Daley, 1984; Leske, 1986; Bijttebier et al., 2001), estudadas ao longo de 50 anos, são referidas por Plowrig (2007) que refere que precisam de alívio para a ansiedade, informação, necessitam estar com o familiar doente, precisam de ser úteis, necessitam apoio e a satisfação das suas necessidades pessoais. A melhor forma de o hospital apoiar as famílias é mantê-las informadas sobre os cuidados e tratamentos ao seu familiar internado, situação que implica o envolvimento da família no problema do internamento (Astedt-Kurki et al, 1997). Porém, os mesmos autores concluíram no estudo realizado em vários hospitais que a orientação aos familiares é insuficientemente realizada, pois apenas 1/3 dos familiares sentiram que o pessoal de enfermagem estava efectivamente interessado no bem estar da família, e apenas 1/4 dos enfermeiros tinha dado informação sobre o que poderia a família fazer no hospital; metade dos inquiridos neste estudo, referiram ter necessitado de tomar a iniciativa de contactar os enfermeiros para obter apoio.

Finalmente, a para a dimensão organizacional dos cuidados convergiram 10,18% das referências contidas nas entrevistas e que respeitam a dificuldades r/c estrutura e funcionamento do serviço e disponibilidade de recursos humanos, especificamente enfermeiros.

No contexto do presente estudo, os enfermeiros apontaram dificuldades de gestão do problema das visitas, também por questões de organização do serviço tais como inexistência de controle de visitas, em que *“chega a haver enfermarias com mais de 20 pessoas lá dentro o que se torna realmente incomportável”*⁴ e *“é muita gente, muitas visitas a fazer-nos perguntas”*⁵. Ora, este cenário, aliado às insuficiências em termos de recursos humanos de enfermagem referido pelos respondentes, conjugado com o elevado grau de dependência de muitos doentes internados, condiciona a disponibilidade para prestar

atenção aos familiares, levando a que defendessem que *“havia de haver pessoal disponível para supervisionar esse apoio que as visitas poderiam dar”*¹¹.

Esta situação é relatada em outros estudos como no de Andrade e Sousa, em que os enfermeiros criticam os regulamentos das visitas, referindo a desordem e falta de ambiente de trabalho durante o período da visita, assim como o cansaço e a exaltação dos doentes após a saída dos familiares, referindo-se alguns profissionais inquiridos à visita como sendo “a hora da feira” (Andrade e Sousa, 2002: 43). Neste estudo não se verificou concordância entre o tempo de visita desejados por doentes e enfermeiros, assim como em relação ao nº de visitantes e presença de crianças nos serviços de internamento de adultos. No sentido de contornar estas dificuldades vem justamente a proposta de Bellou (2007), de um formato de visitas assente num acordo formal entre doente, família e enfermeiro, no qual seria decidido o nº, frequência e duração das visitas; a enfermeira em colaboração com a família e doente decidiria acerca de necessidades específicas do doente para a satisfação das quais a família deveria contribuir durante a visita.

Em síntese podemos referir que, no conjunto deste estudo não se identificaram elementos discursivos que permitissem conotar os cuidados no conceito de parceria, embora sejam mencionados aspectos que fazem parte da operacionalização do conceito. Existe sim, alguns traços de estabelecimento de parceria informal na base de relações interpessoais, e não assentes numa lógica de projecto em comum de aproveitamento de sinergias que se geram nessa lógica ou mesmo apoiada em qualquer compromisso institucional.

Na resposta às questões colocadas, os respondentes revelaram uma predisposição para reagir sob a forma de opiniões, por meio do que parece ser um código comum: a emissão de juízos direccionados para a problemática da população e de maior intensidade quando o discurso foca aspectos que interferem com o quotidiano profissional dos enfermeiros. O profissional julga, valorizando o que percebe e o que o afecta directamente, numa visão directa e quase imediata.

O recurso a operações mentais como pensar, reflectir e reformular questões, configura uma estratégia em que o inquirido se auxilia a si próprio no sentido de conceder tempo para as compreender e sobre elas elaborar raciocínios essencialmente dedutivos em que as conclusões, contidas nas premissas, nem sempre são explicitadas.

Na generalidade os discursos reflectem um posicionamento estruturado, revelando a compreensão, percepções, opiniões, aspirações, expectativas, recomendações, relativamente às questões abordadas, que contêm aspectos relevantes sobre a presença/envolvimento da família nos cuidados. Inicialmente, e no nível mais abstracto do sentido evidenciado no discurso (nível discursivo), percebe-se uma posição quase instantânea do profissional acerca da questão no domínio da teoria, que o leva à aceitação imediata. Porém, este julgamento inicial não define a orientação que toma face a essa questão, ou seja, se esta é percebida como algo favorável ou não. É num nível mais concreto (narrativo), que o discurso tenta equilibrar os conteúdos ao nível do pensar e do falar. A questão é tomada como qualquer objecto de conhecimento, condicionado ao contexto em que é analisado: ao posicioná-lo através de uma certa perspectiva, atribui-lhe qualidades que reforçam a sua intenção de aceitação ou rejeição face à questão em análise. Ante o impacto que a presença/envolvimento da família terá ao nível da prática clínica, o entrevistado atribui-lhe viabilidade ou não, de acordo com as suas percepções da realidade e experiências de trabalho quotidiano. Finalmente, a um nível profundo de análise (nível das palavras), tem-se uma panorâmica semântica que contrapõe ou associa conceitos, procurando enquadrar as ideias em cenas do seu quotidiano, cujo foco é na generalidade o doente, as condições de trabalho, a estrutura e organização do serviço e o enfermeiro. É neste último nível que o inquirido parece sustentar o raciocínio dedutivo e tende a efectuar uma avaliação final da questão.

Nas relações entre entrevistadora/entrevistado ficou muitas vezes patente a intenção de persuadir a entrevistadora a crer naquilo que o entrevistado pretendeu transmitir. Entre os procedimentos argumentativos mais frequentes, destaca-se a ilustração, em que o entrevistado enuncia uma afirmação geral e dá exemplos com a finalidade de comprová-la. Em função das suas estratégias de persuasão, constroem discursos nos quais há acordo ou conflito entre enunciado e enunciação.

Foi interessante identificar estratégias argumentativas diversas e que classificámos de acordo com a proposta de Ducrot (1988) apud Schneider (2009: 3-4):

Associativa – quando o enfermeiro associa enunciados que se reforçam mutuamente e os direcciona para a mesma conclusão:

“As únicas dificuldades que eu presencio é da parte dos nossos colegas, devido à presença dos familiares⁵², porque eu acho que é benéfico nós termos os familiares aqui ao pé dos doentes⁵³: eles (os familiares) ficam mais calmos⁵⁴, ajudam nos cuidados ao nível da alimentação⁵⁵, tudo o que é necessário fazer⁵⁶ até idas à casa de banho...⁵⁷ eles sentem-se mais protegidos e mais descansados⁵⁸. Às vezes é mesmo dos nossos colegas... o estar aqui a família, que é um obstáculo, o que eu não acho⁵⁹. Por mim até podiam estar aqui a partir das 10h da manhã⁶⁰ que só era benéfico para o doente⁶¹. Desde que as pessoas, que nós consigamos explicar as rotinas do serviço⁶², aquilo que vamos fazer⁶³, nós temos sempre o apoio dos familiares⁶⁴. É o que eu acho. As dificuldades estão mais do nosso lado e é no início⁶⁵, é sempre assim e neste momento a vinda nas manhãs... às vezes é um bocadinho...⁶⁶ a dificuldade é nossa porque quebra um bocadinho as nossas rotinas⁶⁷, as nossas maneiras de fazer as coisas⁶⁸ porque temos que englobar o prestador informal também nos cuidados⁶⁹, a explicar⁷⁰, e isso às vezes, com o trabalho, não é muito bem aceite pelos nossos colegas⁷¹. Por mim é o que eu acho.”

Opositiva – em que cada ponto de vista apresentado pelo entrevistado aponta justamente para conclusões opostas:

“Eu sempre fui a favor que os familiares deviam estar junto dos seus familiares o mais tempo possível¹. No entanto, desde que se liberalizou aqui as visitas no hospital, acho que é um exagero de visitas ao mesmo tempo no serviço² (...) Também noto... nós aqui... que é muita gente, muitas visitas a fazer-nos perguntas⁵ e nós nem sempre temos a disponibilidade para dar o apoio que realmente as visitas necessitam⁶”

De conexão – o argumento inicial do inquirido prevalece e orienta a direcção argumentativa, mas num segundo momento a discurso move-se numa direcção contraposta à que inicialmente parecia desenhar-se:

“A mim não me traz dificuldades. Se queres que te diga, não me traz dificuldades. A única coisa que às vezes atrasa é um bocado o nosso trabalho³⁹... mas dificuldades... não me traz dificuldades nenhuma. Cria impedimentos no nosso trabalho⁴⁰, obviamente que cria, em termos de rotinas, cria. Depois há a intromissão dos familiares⁴¹ também. Acho que é um alargamento muito grande...⁴² esta é a minha opinião. Depois as pessoas não estão muito... sensibilizadas para o nosso problema, para o nosso trabalho aqui⁴³. As pessoas muitas vezes dificultam o nosso trabalho⁴⁴ aqui, quer a gente queira, quer não queira.”

Na apreciação da relação entre as condições de produção dos discursos e as características dos respondentes, constatou-se que todos os enfermeiros assumiram discursos lineares, objectivos, dirigidos, sequenciais, analíticos, mas nem todos convergentes no que diz respeito ao resultado final. Não se constata assim uma posição de grupo em relação às questões abordadas, mas posições individuais de natureza muito técnica, estratégica e operacional que são defendidas com base no que os inquiridos percebem como capaz de contribuir ou não para a melhoria dos serviços de saúde em geral, da prestação de cuidados naquele contexto particular, e da sua satisfação profissional a nível individual.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo foi o meio escolhido para diagnosticar o problema do envolvimento da família nos cuidados num serviço de internamento em que realizámos o estágio clínico do curso de especialidade médico-cirúrgico.

A opção por este trabalho de investigação permitiu-nos aceder a uma perspectiva menos estudada – a percepção dos enfermeiros sobre o problema – visto que a maior parte dos estudos que encontrámos se concentravam em áreas de cuidados intensivos e unidades coronárias, cuidados neonatais e paliativos, assim como serviços de neurologia, mas focalizada sobretudo na experiência dos familiares com vista ao levantamento das suas necessidades.

Possibilitou-nos também desenvolver competências de investigação relacionadas com a capacidade de realizar diagnóstico situacional, fundamental para qualquer intervenção que se pretenda realizar, visto tratar-se de uma análise feita a par do desenvolvimento de uma consciência crítica para os problemas da prática clínica que condicionam dificuldades na prestação de cuidados - como a complexa problemática da pessoa e da família no contexto de internamento hospitalar -, e que necessitam de uma abordagem que os sistematize de modo a poderem ser equacionadas soluções à medida de cada realidade de cuidados. Ainda no âmbito das competências de investigação, este trabalho permitiu-nos um primeiro contacto com uma das técnicas utilizadas na análise de conteúdo - análise do discurso -, com vista a desenvolver competências de investigação, área na qual desejamos aprofundar conhecimentos.

A informação a que fomos acedendo ao longo da investigação – deste e de outros trabalhos a que a pesquisa bibliográfica nos conduziu – foi sendo integrada no processo de trabalho, quer na prestação directa de cuidados ao doente e à família, quer na organização das tarefas e apoio à equipa de enfermagem ou promovendo formação em serviço dirigida a enfermeiros e assistentes operacionais. Esta interligação entre a

prática clínica em estágio e o trabalho de investigação, permitiu também que nos debruçámos sobre tópicos que iam emergindo no processo de trabalho, e sentimos hoje que toda esta dinâmica nos ajudou a consolidar competências para lidar com a complexidade da família no hospital. Estamos melhor preparados para tomar mais vezes a iniciativa de abordar a família, e mais alerta para o tipo de visitantes procurando identificar a pessoa significativa desde o momento da admissão. As iniciativas de solicitação de colaboração da pessoa significativa para cooperar na prestação de cuidados resultaram sempre em boa relação com o doente e familiares, verificando-se a continuidade desse trabalho por parte de alguns enfermeiros.

Permitiu-nos, através de um recorte da realidade, identificar um quadro daquilo que constitui parte da experiência dos enfermeiros, das suas expectativas, desejos e sugestões relativamente à presença/envolvimento da família nos cuidados no internamento, assente na construção que cada um faz dessa realidade.

Assumindo que as percepções representam apenas uma parte, insuficiente por si só para contar a história toda, considera-se no entanto que são fundamentais para contar uma parte da mesma. Os significados atribuídos pelos respondentes à forma como é sentida a presença da família, foram reveladores de condicionantes à prestação de cuidados de enfermagem numa lógica de parceria com o doente e família, do mesmo modo que permitiram conhecer possíveis e desejáveis dimensões do envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada, ficando identificadas pistas com vista a uma melhor compreensão do problema em estudo.

Os principais resultados deste trabalho permitiram-nos registar 3 visões distintas do problema:

- i) Emergiram atitudes moderadas, de ponderação crítica e avaliação selectiva, das viabilidades e impactos da presença/envolvimento/participação/colaboração da família nos cuidados;
- ii) Surgiram ao mesmo tempo concepções quase deterministas, tendendo a ver na oportunidade de presença/envolvimento/participação/colaboração da família nos cuidados um factor efectivamente relevante na qualidade dos mesmos, que, numa atitude de grande valorização de uma perspectiva humanista, dão por adquiridas, no essencial, as virtudes dessa presença/envolvimento da família nos cuidados;

iii) Ocorreram igualmente posições de cepticismo acentuado, descrentes em grau moderado da compreensão dos vários actores envolvidos sobre os benefícios da presença/envolvimento/participação/colaboração da família, dos meios necessários a mobilizar, resultados e potencialidades dessa presença e envolvimento efectivo nos cuidados;

O ponto principal a salientar é que a presença/envolvimento/participação/colaboração da família/pessoa significativa no processo de cuidados é alvo de controvérsia no seio dos enfermeiros. Estes, que globalmente demonstram abertura à ideia de assumpção de um papel mais activo da família, são também portadores de uma representação do problema bastante abrangente, apontando tópicos críticos, quer ao nível da organização do serviço, quer a nível individual dos profissionais e de educação da população. Ao mesmo tempo identificam atitudes no grupo que permitem inferir que o modo como os profissionais prestam cuidados, demonstra uma compreensão fragmentada e difusa do paradigma inclusivo da família com o qual afirmam estar de acordo, não sendo claramente objectivada em nenhuma parte das entrevistas qualquer ideia de práticas consistentes com a filosofia de cuidados em parceria. A nossa experiência clínica corrobora justamente esta ambivalência entre o discurso e o que efectivamente se faz. Acrescentamos ainda que, não obstante o forte sentimento de aprovação em relação à presença/envolvimento/participação/colaboração da família que predominou nas falas dos respondentes, o interesse manifestado através das críticas/sugestões face ao problema, e o cenário de abertura que o conhecimento das percepções permitiu traçar relativamente à questão da família no serviço, a vivência do dia-a-dia colocou-nos igualmente perante concepções de rejeição activa, focadas na declaração veemente por parte de enfermeiros de eventuais riscos que essa intervenção implicaria, especificamente a possibilidade de ser instrumentalizada para desvalorizar a responsabilidade do enfermeiro, argumentos que suplantariam quaisquer benefícios para o doente e família. Assim, e com base nos indícios aqui apresentados, podemos concluir que os discursos parecem estar apenas ancorados numa tendência, porém não foram ainda objectivados na prática clínica dos enfermeiros.

O presente trabalho contém várias limitações. Para além da curta duração do estágio – apenas dois meses nos quais a investigadora realizou um conjunto de outras actividades previstas no projecto -, também a impossibilidade de entrevistar doentes e visitantes

limitou a aprofundamento das questões de investigação. O facto de a entrevistadora pertencer ao serviço poderá também ter enviesado algumas respostas, embora a existência de confiança com todos os colegas e o conhecimento da realidade possa ser interpretado como um aspecto que contrabalança o primeiro. Mesmo assim, tratando-se de uma pesquisa que se constituiu apenas como descritiva e exploratória, pensamos que reuniu informação suficiente para suscitar pistas para a realização de outros estudos sobre o mesmo problema, mas focalizados na perspectiva dos familiares e dos doentes. Também a investigação casuística em torno de situações positivas nos parece importante para demonstrar as potencialidades que a inclusão dos familiares no processo de cuidados tem.

Os resultados do estudo e todo o processo de trabalho que o envolveu em associação com a prática clínica, formação e colaboração em actividades de gestão do serviço no âmbito do estágio, permite-nos deixar algumas sugestões. É evidente a importância que a família tem na recuperação do seu familiar, quer seja a nível psicológico quer físico, pois pode contribuir activamente nos cuidados e na sua continuidade. Falta então que deixemos de sentir a família como uma ameaça, um estorvo à prestação de cuidados, e reconhecê-la como recurso singular na procura da excelência, recentrando a filosofia dos cuidados de enfermagem que prestamos efectivamente na Pessoa e nos seus Direitos. Falta também que as próprias instituições se redimensionem para cuidados globais à família, e não restritos à pessoa internada. Falta, por último, que as políticas institucionais limitadoras – horários estreitos, restrição à presença de crianças e desincentivo à presença de visitantes como medida de controlo de infecção associada a cuidados de saúde - e reguladoras do acesso – horários mais alargados para facilitarem o descongestionamento - permitam equacionar num futuro próximo a flexibilidade total nas visitas e até a presença em permanência de um familiar no internamento. Estes são desafios que podem ser abraçados pelos enfermeiros através de práticas que contribuem para a humanização dos cuidados e para o respeito do direito ao direito que todas as pessoas têm, estando ou não internadas num hospital. Para além dos benefícios nas pessoas de quem cuidamos – doente e família -, há um enriquecimento pessoal importante decorrente do desenvolvimento da tolerância, simplicidade, paciência, diálogo, num espírito de solicitude que promova o sentido de inclusão. Há também uma valorização da profissão e reforço da imagem do Enfermeiro junto da população, com conseqüente potencial de desenvolvimento da enfermagem.

7. BIBLIOGRAFIA

Ackerman, N. W. As Psicodinâmicas da Família. In *Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1986.

Ahya, P. et al. *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. «Cuidar»: ética e práticas*. 1.ªed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2000. ISBN: 972-8383-17-7.

Andrade, E.; Sousa, H. Opinião de Doentes e Enfermeiros acerca das Visitas aos Doentes Hospitalizados. *Revista Referência*, nº 4, Maio 2000, 39-45.

Artinian, N. T. A Enfermagem Médico-Cirúrgica centrada na Família in Hanson, Shirley M. H. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição 2005 Lusociência ISBN: 972-8383-83-5, pp. 293-321.

Astedt-Kurki, P. et al. Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 15, Nº 2, 2001, 142-150.

Astedt-Kurki, P.; Paunonen, M.; Lehti, K. Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 25, Nº 5, Maio 1997, 908-914.

Augusto, B. et al. *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Manual Sinais Vitais. 1ª ed. Coimbra: FORMASAU, 2002. ISBN 972-8485-29-8.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

Beausang, P.; Syed, R. Screening for Anxiety and depression in adult general medical in-patients in a Scottish District General Hospital. *Scottish Medical Journal*, Vol. 43, Nº 6, 1998, 117-180

Bellou, P., Gerogianni, K. G. The contribution of family in the care of patient in the hospital. *Health Science Journal*, Nº 3, Julho/Setembro 2007.

Berger, L.; Mailloux-Poirer, D. Pessoas Idosas: uma Abordagem Global. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

Bruchon-Schweitzer, M. et al. Ajustement Psychologique à l'hospitalization et evolution de l'état de santé des patients adultes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, Vol. 44, Nº 3, 1994, 229-233.

Cabete, D. O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures: Lusociência, 2005.

Caprara, A.; Rodrigues, J. A Relação Assimétrica Médico-Paciente: Repensando o Vínculo Terapêutico. *Ciências da Saúde Colectiva*, vol. 9, n.º 1, 2004, ISBN 972-96610-0-6.

Carapinheiro, G.; Lopes, N. M. Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1997.

Creditor, M. C. Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals os Internal Medicine*, Vol. 118, Nº3, 1993, 219-223.

Dinis, R. P. Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família. [dissertação mestrado] Lisboa: Universidade Aberta, 2006.

Doron, A. et al. Family Involvement in the Treatment of Hospitalised Individuals with Persistent Mental Illness. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, Nº 19, 2009, 78-81.

Felício, J. As Famílias de Pacientes com Doenças Crónicas e Graves: Funcionamentos mais Característicos. *O Mundo da Saúde*. ISSN 626-431. Ano 27, Vol. 27, n.º 3, 2003.

FORTIN, Marie-Fabienne - *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X

Franco, P. ; Martins, C. A visita de familiares ao doente internado no HESE. *Revista Nursing*, Nº 142, 2002, 34-36.

Gibbon, B. O stress nos familiares dos doentes. *Revista Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano I, N.º 11, 1988, 46-48.

Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso*. [dissertação mestrado] Lisboa: Universidade Aberta, 2002.

Hanson, S. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-83

Houaiss, A.; Mauro de Salles, V. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Ed: Circulo de Leitores, 2002. ISBN 972-42-2809-6.

Inouye, S.; Charpentier, P. Precipitating factors for delirium in hospitalised elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 275, Nº 11, 1996, 852-857.

INE – Instituto Nacional de Estatística. *O envelhecimento em Portugal – situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Documento preparado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias da População. (s.l.), 2002.

Jeammet, P.; Reynaud, M.; Consoli, S. - *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Masson, 1982.

Kozier, B. et al. *Enfermeria Fundamental: conceptos, procesos y práctica*. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1993. Vol.1. ISBN 84-486-0000-2.

Lazure, H. – *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994, 197p, ISBN 972-95399-5-2.

Lopes, N. M. – *Recomposição Profissional da Enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Lisboa: Quarteto Editora. 2001. ISBN: 972-8717-17-2.

Magalhães, M. A. G. Cuidar a Pessoa Idosa numa Relação de Ajuda. *Revista Sinais Vitais*, Nº 27, Maio 1996, 27-30.

Martins, M. Visitas e parceria de cuidados. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Nº 184, 2004, 8-15.

Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Volume II. Orientações Estratégicas, p.176.

Ministério da Saúde. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – *Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados*. Circular Normativa n.º 4/DSPCS, 28.01.2000.

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. – Direcção-Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-95-7

Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010*. Volume II. Orientações Estratégicas. p.176

Ministério da Segurança Social e do Trabalho. Prevenção da violência institucional – perante as pessoas idosas e em situação de dependência. Instituto para o Desenvolvimento Social: Maio 2002.

Moreira, I. O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise Da Experiência De Cuidar Vivenciada Pela Família. Coimbra: FORMASAU, 2001. ISBN 972-8485-22-0.

Minuchin, S. Famílias: Funcionamento & Tratamento. Portalegre: Artes Médicas, 1990

Nightingale, F. Notes on Nursing. New York: Dover publications, INC. copyright 1969, ISBN 0-486-22340-X.

Ordem dos Enfermeiros. *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa: Grafinter, 2001.

Ordem dos Enfermeiros. *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem da Ordem do Enfermeiros. Lisboa: Grafinter, 2003.

Ordem dos Enfermeiros. Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2

Ordem dos Enfermeiros. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2003.

Osswald, W. A questão mais importante da medicina portuguesa. *Revista da Ordem dos Médicos*. Nº 48, 2004, 17.

Perdigão, A. C. A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: os pressupostos filosóficos. *Análise Psicológica*. Vol. 21, Nº 4, 2003.

Phipps, W.; Long, B.; Woods, N. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica. 1º Vol, Lusodidacta, 1990, ISBN 972-95 399-0-I

Plowrig, C. Visiting practices in hospitals. Ed.: British Association of Critical Care Nurses, Journal Compilation, 2007.

Poyet, A. M. La famille, un partenaire à ne pas oublier. Paris: Union Sociales., 1994. p.3

Portugal. Constituição da República Portuguesa. Coimbra: Almedina, 1999. ISBN 972-40-0539-9.

Portugal. DECRETO-LEI n.º 437/91. D.R. I Série-A. 257 (91-11-08) 5723-5741

Portugal. DECRETO-LEI nº161/96. Regulamento do exercício Profissional do Enfermeiro. (4 de Setembro).

Portugal. DECRETO-LEI nº412/98. Carreira de Enfermagem. (30 de Dezembro).

Queirós, P. J. P. “Visitas” ou Complemento na Assistência in *Ética nos Cuidados de Saúde*. Dossier Sinais Vitais. Coimbra: 1ª ed. Formasau, Formação e Saúde Lda, Nº 3, 1998, ISBN 972-8485-04-2.

Rebelo, M. T. S. Os Discursos nas Práticas de Cuidados de Enfermagem: contributo para análise das representações sociais. *Revista Sinais Vitais*, Nº 9, Novembro de 1996, 13-17.

Reich, S. Hospitalization in the elderly. In A. Baum, et al (Eds.). *Cambridge Handbook os Psychology, Health and Medicine*. England: Cambridge University Press, 1997, 128-130.

Rolland, J. Doença crónica e o ciclo de vida familiar. **In** CARTER, Betty; McGOLDRICK – As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Romano, B. Princípios Para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 1999.

Salt, J. A participação da família no cuidar. *Revista Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano IV, n.º 37, 1991, 11-13.

Sampaio, D.; Gameiro, J. *Terapia Familiar*. 5ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2002.

Simpson T. Visitors' verbal behavior with coronary care unit patients. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 14, N° 4, 1992, 482-497.

Stanhope, M. ; Lancaster, J. Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. Loures: Lusociência, 1999.

Varela, A. *Direito da Família*. 3ª edição. Lisboa: Livraria Petrony, 1993.

Wilcox, V.; Kasl, S.; Berkman, L. Social support and physical disability in older people after hospitalization: a prospective study. *Health Psychology*, Vol. 13, N° 2, 1994, 170-179.

Wong, D. L. Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. ISBN 85-277-0506-0.

Worsley, P. Introdução à Sociologia. 5ªed. Lisboa: Dom Quixote, 1983.

Wright, L. ; Leahey, M. Enfermeiras e Famílias: um Guia para Avaliação e Intervenção na Família. 3ª ed. São Paulo: editora Roca, 2002. ISBN 85-7241-346-4.

DOCUMENTOS VIRTUAIS

Cappelle, M.; Melo, M.; Gonçalves, C. Análise de conteúdo e análise de discurso em ciências sociais, 2003. Acedido em 20 de Novembro de 2009 em: http://daez.ufla.br/revista%20v5%20n1%20jan_jun%202003_6.pdf

Chesson, R.; Watkins, A. The effects of hospital visiting - a pilot study. Robert Gordon University, 2003. Acedido em 3 de Janeiro de 2010 em: www.rgu.ac.uk/files/Mandy.ppt

DGS – Direcção Geral de Saúde. Acedido em 12 de Dezembro de 2009 em:

<http://www.dgsaude.pt>

GRAÇA, L. (2000a) – Evolução do Sistema Hospitalar: uma Perspectiva Sociológica. Conclusão. acedido em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos92.html>

GRAÇA, L. (2000b) - Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica (VII Parte). Europa: O Sistema Técnico. acedido em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos99.html#8>

INE – Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 1 de Fevereiro de 2010 em:

<http://www.ine.pt>

Ministério da Saúde. Carta dos Direitos do Doente Internado. Acedido em 23/5/2009 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

Resseguier, Jean-Paul. Bases de aplicação prática da Reabilitação Integrada – Anais do Congresso Internacional IMR – Florença, 2003. Ed.: IMR 2004. Acedido em 20 de Novembro de 2009 em: <http://www.institutresseguier.com/uploads/library/bases-da-aplicacao-pratica-da-reabilitacao-integrada-1251824145.pdf>

Schneider, F. A FORÇA ARGUMENTATIVA POLIFÔNICA DO ADJETIVO NAS PRODUÇÕES TEXTUAIS DOS ALUNOS. *Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Lingüística e Literatura* Ano 05 nº10 - 1º Semestre de 2009- ISSN 1807-5193 acedida em 2 de Janeiro de 2010 em: <http://www.letramagna.com/forcaargumentativapolifonica.pdf>

Teixeira, M. B. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [Dissertação de Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p. Acedido em 23 de Junho 2009 em: http://portaleses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003401&lng=pt&nr=iso

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Conselho de Administração do Hospital para a realização do estudo

A sã^o Ex^ocmo.ª
para interacção das instituições
do estado, e a possibilidade de se
realizar
LUISA BARBOSA SILVA
Enfermeira Directora

1 - autorização
2 - Interacção p^o a interesses
LUISA BARBOSA SILVA
Enfermeira Directora
13/04/09

Não há implicação
e possível o qual
melhorar com
cateros e com o
serviço de profissões
gerais (com)

Ao Presidente do Conselho de Administração
do Hospital do Montijo

Exmo. Sr.:

Vanda Maria Veiga Pereira, Enfermeira graduada a exercer funções no serviço de Cirurgia/UCIC deste Hospital, vem por este meio solicitar autorização para a realização, nesta instituição, de um trabalho de investigação integrado no mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica que se encontra a realizar na Universidade Católica Portuguesa.

De acordo com os objectivos delineados (resumo do projecto de estágio clínico em anexo a este documento), pretendemos conhecer as dificuldades/obstáculos relacionados com a presença e/ou envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada e, ao mesmo tempo, analisar possíveis e desejáveis dimensões do envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada, contando para tal com a identificação da percepção dos profissionais de saúde sobre as dificuldades sentidas neste domínio dos cuidados e explorando áreas possíveis de intervenção da família nos cuidados à pessoa hospitalizada. Assim, planeamos a realização de entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros do serviço de Cirurgia, aos quais pretendemos colocar as seguintes questões:

1. Quais são as dificuldades que sente em relação à presença da família no internamento hospitalar, neste serviço?
2. Em que áreas pensa ser possível um maior envolvimento da família/pessoa significativa nos cuidados à pessoa hospitalizada?

Na expectativa de obtermos uma resposta favorável a este nosso pedido, agradecemos desde já a atenção e subscrevemo-nos com a maior consideração,

Montijo, 29 de Abril de 2009

Vanda Maria Veiga Pereira

HOSPITAL DISTRIAL DO MONTIJO
recebido 29/04/2009
registo N.º 3235
responsável 2009

Vanda Maria Veiga Pereira

ANEXO II – Guião da entrevista

Ao Presidente do Conselho de Administração
do Hospital do Montijo

Exmo. Sr.:

Vanda Maria Veiga Pereira, Enfermeira graduada a exercer funções no serviço de Cirurgia/UCIC deste Hospital, vem por este meio solicitar autorização para a realização, nesta instituição, de um trabalho de investigação integrado no mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica que se encontra a realizar na Universidade Católica Portuguesa.

De acordo com os objectivos delineados (resumo do projecto de estágio clínico em anexo a este documento), pretendemos conhecer as dificuldades/obstáculos relacionados com a presença e/ou envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada e, ao mesmo tempo, analisar possíveis e desejáveis dimensões do envolvimento da família nos cuidados à pessoa hospitalizada, contando para tal com a identificação da percepção dos profissionais de saúde sobre as dificuldades sentidas neste domínio dos cuidados e explorando áreas possíveis de intervenção da família nos cuidados à pessoa hospitalizada. Assim, planeámos a realização de entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros do serviço de Cirurgia, aos quais pretendemos colocar as seguintes questões:

3. Quais são as dificuldades que sente em relação à presença da família no internamento hospitalar, neste serviço?

4. Em que áreas pensa ser possível um maior envolvimento da família/pessoa significativa nos cuidados à pessoa hospitalizada?

Na expectativa de obtermos uma resposta favorável a este nosso pedido, agradecemos desde já a atenção e subscrevemo-nos com a maior consideração,

Montijo, 29 de Abril de 2009
Vanda Maria Veiga Pereira

ANEXO III – Verbatins das entrevistas

Verbatins

As entrevistas foram gravadas em suporte digital que está disponível para consulta.

E1

... Bom, eu sempre fui a favor que os familiares deviam estar junto dos seus familiares o mais tempo possível¹. No entanto, desde que se liberalizou aqui as visitas no hospital, acho que é um exagero de visitas ao mesmo tempo no serviço² porque não há controlo de visitas...³ e portanto chega a haver enfermarias com mais de 20 pessoas lá dentro o que se torna realmente incomportável⁴. Também noto... nós aqui... que é muita gente, muitas visitas a fazer-nos perguntas⁵ e nós nem sempre temos a disponibilidade para dar o apoio que realmente as visitas necessitam⁶ e que precisam de ser esclarecidas acerca dos seus familiares⁷.

Eu acho que era indispensável e acho que era aconselhável que as visitas estivessem mais envolvidas na recuperação dos seus familiares⁸, e podiam colaborar nomeadamente a nível de cuidados de higiene⁹ e cuidados de alimentação¹⁰. E para isso também havia de haver pessoal disponível para supervisionar esse apoio que as visitas poderiam dar¹¹. Acho que era benéfico... para a família¹² e para o próprio doente¹³. E até para o próprio serviço¹⁴. Desde que haja condições¹⁵, isso acho que seria bom¹⁶ e que devia funcionar assim em todo o lado (público e privado).¹⁷

E2

As dificuldades que tenho... a pessoa significativa, normalmente... ou... deveria colaborar mais connosco¹⁸ e grande parte dos familiares estão renitentes ao nível da colaboração porque pensam que nós estamos cá é para trabalhar...¹⁹ Vêm... apesar de haver excepções, não é? Acho que as pessoas estão pouco sensibilizadas para isso.²⁰ Isso é uma das... e penso que, grande parte das pessoas não aproveita essa oportunidade²¹: ou porque não têm disponibilidade²², ou porque desconhecem²³, ou porque nem todos os doentes têm familiares ao lado²⁴, não é? Há pessoas que não sabem se têm o direito de estar cá²⁵. E depois há o reverso da medalha, não é? Há aquelas pessoas que realmente estão cá, grande parte delas não vêm só para visitar, mas vêm para outras coisas²⁶ ... que se imiscuem no nosso trabalho²⁷, que opinam sobre o nosso trabalho²⁸, que acabam por se imiscuir nos problemas dos outros doentes da enfermaria, dos seus familiares²⁹ ... temos um caso actualmente... tínhamos, pois a pessoa já não vai ter essa oportunidade mas... o doente vai cá continuar e se... se entrar

outro doente com as mesmas características, se a pessoa já tem esse hábito, vai continuar a fazer a mesma coisa. E depois... nós também temos pouca disponibilidade para darmos mais³⁰ ... estamos pouco presentes em relação a esses familiares³¹ porque não temos disponibilidade para estar mais tempo com eles e acompanhá-los³², porque senão estas coisas não aconteciam, não é?

... Na área da alimentação³³, na área dos cuidados de conforto e higiene³⁴... por exemplo, quando fossemos prestar cuidados ao doente, “dar a volta”, colaborassem connosco... no fundo também estariam a ajudar-se a eles próprios porque também era preparação para a alta³⁵ e grande parte dessas pessoas vão para casa... e era uma oportunidade que tinham de aprender a cuidar³⁶, ou de partilhar os conhecimentos que têm, connosco³⁷. Também é uma partilha, porque no fundo eles é que conhecem melhor o doente e... e... ajudava-nos também³⁸.

E3

Estás a falar da questão dos familiares dos doentes? A mim não me traz dificuldades. Se queres que te diga, não me traz dificuldades. A única coisa que às vezes atrasa é um bocado o nosso trabalho³⁹ ... mas dificuldades... não me traz dificuldades nenh. Cria impedimentos no nosso trabalho⁴⁰, obviamente que cria, em termos de rotinas, cria. Depois há a intromissão dos familiares⁴¹ também. Acho que é um alargamento muito grande...⁴² esta é a minha opinião. Depois as pessoas não estão muito... sensibilizadas para o nosso problema, para o nosso trabalho aqui⁴³. As pessoas muitas vezes dificultam o nosso trabalho⁴⁴ aqui, quer a gente queira, quer não queira.

Acho (que podem aceder aos cuidados em várias áreas⁴⁵). Por exemplo, na alimentação. A alimentação podia ser um espaço em que a família podia perfeitamente ajudar e muitas das vezes isso não acontece⁴⁶ também... e inclusivamente posso dizer, pela experiência que eu tive no Hospital X... e já lá vai uns anos, já lá vai seguramente mais de 14, 15 anos... inclusivamente, o entrar das visitas era diferente deste – era o dia todo. Mesmo na questão das higiènes, as pessoas quando estavam lá, os próprios familiares tomavam a iniciativa na higienização do doente... mesmo a realização da própria cama, portanto era a família, às vezes, e até o próprio doente também. É pá, pronto!... a verdade é esta: a equipa de enfermagem era muito maior do que somos agora aqui⁴⁷. Nós lá, da parte da manhã éramos sempre uns 7, 8 elementos da parte da manhã e portanto havia muito mais disponibilidade. Até porque nós não tínhamos assim tantos doentes dependentes⁴⁸ – era quase tudo doentes independentes. É pá... higiene aqui é

complicado⁴⁹. A gente faz higiene da parte da manhã e esporadicamente durante a tarde quando queremos mudar alguma fralda, a pessoa podia participar⁵⁰. Só que quando chega aquela altura, as pessoas saem e nem têm a iniciativa para isso também; estão cá os enfermeiros, os empregados como eles costumam dizer...⁵¹

E4

As únicas dificuldades que eu presencio é da parte dos nossos colegas, devido à presença dos familiares⁵², porque eu acho que é benéfico nós termos os familiares aqui ao pé dos doentes⁵³: eles (os familiares) ficam mais calmos⁵⁴, ajudam nos cuidados ao nível da alimentação⁵⁵, tudo o que é necessário fazer⁵⁶ até idas à casa de banho...⁵⁷ eles sentem-se mais protegidos e mais descansados⁵⁸. Às vezes é mesmo dos nossos colegas... o estar aqui a família, que é um obstáculo, o que eu não acho⁵⁹. Por mim até podiam estar aqui a partir das 10h da manhã⁶⁰ que só era benéfico para o doente⁶¹. Desde que as pessoas, que nós consigamos explicar as rotinas do serviço⁶², aquilo que vamos fazer⁶³, nós temos sempre o apoio dos familiares⁶⁴. É o que eu acho. As dificuldades estão mais do nosso lado e é no início⁶⁵, é sempre assim e neste momento a vinda nas manhãs... às vezes é um bocadinho...⁶⁶ a dificuldade é nossa porque quebra um bocadinho as nossas rotinas⁶⁷, as nossas maneiras de fazer as coisas⁶⁸ porque temos que englobar o prestador informal também nos cuidados⁶⁹, a explicar⁷⁰, e isso às vezes, com o trabalho, não é muito bem aceite pelos nossos colegas⁷¹. Por mim é o que eu acho.

Sim, sim (colaboração em mais áreas dos cuidados)... na alimentação já colaboram⁷². Na higiene... na higiene... na higiene acho que era benéfico também na higiene⁷³, não para nos tirar o trabalho porque se calhar até acumula mais um bocadinho porque levamos mais tempo a tratar do doente⁷⁴, mas... é a pessoa de referência para o doente e eu acho que isso é muito importante⁷⁵ porque... já a ida para o hospital, já é má; o diagnóstico também por vezes é um bocado péssimo... e ter alguém que a pessoa conheça é essencial⁷⁶. Eu acho que é meio caminho andado para a recuperação ou para um bom internamento⁷⁷.

Era desejável que as pessoas pudessem colaborar mais do que já colaboram⁷⁸... tudo... a ida aos exames, a acompanhar as pessoas aos exames...⁷⁹ não ao exterior devido aos seguros, mas quando vai fazer aqui uma radiografia, umas análises, um electrocardiograma... acho que é benéfico acompanhar o doente, e se o doente família quiserem, não vejo porque não⁸⁰.

Também temos que ter condições para ter as pessoas cá⁸¹ e as pessoas (os profissionais) têm que compreender que têm que ser mais transigentes.⁸²

E5

... É assim... eu acho que ainda não está muito instituída a visita das 13h, da pessoa significativa⁸³... há algumas pessoas, pessoas que vêm, mas a maioria ainda não mudaram o horário de visita; ainda vêm muitos às 15h⁸⁴. é isso que eu noto.

E em relação à pessoa significativa ao pé do doente... o que eu acho é que a pessoa ainda não está preparada para estar muito ao pé do familiar dele: acaba por estar sempre a controlar⁸⁵... percebes? Está num quarto e acaba por estar a controlar o familiar, mas os outros todos que estão no mesmo quarto⁸⁶... e muitas vezes vem-te chamar⁸⁷, ou porque o senhor está a chamar, ou porque... às vezes coisas insignificantes⁸⁸, estás a perceber?

Em relação a nós... penso que... eu não sinto dificuldades. E penso que poderiam colaborar mais em certas coisas, principalmente na alimentação⁸⁹, não é? Em termos de... na mobilização do doente⁹⁰... alguns doentes também têm dificuldades e os familiares podiam ajudar, para irem à casa de banho e não estarem sempre dependentes de nós⁹¹ porque eu acho que... e nós devíamos também se calhar fazer uma preparação aos familiares⁹² porque eles muitas vezes: “- Ah! Ele quer ir à casa de banho... mas não sei se pode...” Percebes? E é isso que a gente sente. E acabam por tornar-se muito apelativos para o enfermeiro⁹³ e às vezes o enfermeiro está com trabalho e não sei quê... e às vezes coisas que eles podiam resolver⁹⁴, mas que não resolvem e não sei se é por medo, por falta de conhecimento⁹⁵...

Eu acho que participar nas higiènes, não.⁹⁶ Não. Não concordo. Penso que mais... é isso, acho que a visita instituída às 13h, em que as higiènes já estão, o doente já está minimamente arranjado... depois de higiènes acho que é uma hora boa. É hora da alimentação, virem para os cuidados de alimentação⁹⁷. Porque acho que as higiènes... as pessoas não estão preparadas para participarem nesses cuidados⁹⁸. Talvez uma mudança de uma fralda, já não digo; mas a higiene total, não me parece⁹⁹. Também depende do doente¹⁰⁰.

O que eu acho é que nós, também se tivéssemos mais disponibilidade¹⁰¹, na primeira vez que o familiar vem, nós tentarmos falar e pô-lo um bocado a par da situação do doente e tentar explicar no que é que eles podem ajudar e...¹⁰² acho que eles também

caem aí e não têm muitas vezes conhecimento sobre a situação e o que podem fazer¹⁰³, não é?

E a gente às vezes também cria uma certa distância¹⁰⁴. Os profissionais de saúde muitas vezes em relação aos familiares, criam uma certa distância¹⁰⁵ e... faz com que eles não participem tanto¹⁰⁶.

E6

Eu sempre fui uma pessoa muito receptiva às visitas e à presença de familiares¹⁰⁷. Sempre disse que, para mim a presença de alguém que tem um ente querido internado é sempre necessária e muito útil¹⁰⁸. Por vezes, nós enfermeiros é que temos essa resistência¹⁰⁹, porque interferem com os cuidados¹¹⁰ e com os nossos horários que por vezes não são muito receptivos à presença da família¹¹¹, ou porque nos sentimos observados¹¹², ou porque às vezes não conseguimos compreender certas e determinadas atitudes dos familiares ou não as sabemos interpretar¹¹³; ou então, talvez pelo stress pelo nosso trabalho¹¹⁴, pela envolvência¹¹⁵, portanto... de ser um enfermeiro da parte da tarde por vezes¹¹⁶, ou... portanto, um conjunto... portanto, para mim a presença dos familiares é imprescindível¹¹⁷, sempre foi e nunca recusei isso, percebes? No fundo, o que é necessário é a gente saber lidar com os diversos comportamentos e personalidades.¹¹⁸ De resto, não... e acho que é de todo o interesse a envolvência: em termos de recuperação¹¹⁹, como em termos de ensino virado para como é que as pessoas, em determinada situação pós-hospital... e tomarem contacto com a realidade¹²⁰, ao fim e ao cabo, pronto... de como é que aqui se faz¹²¹, como é que nós podemos fazer...¹²² e tirar aquele mito que os familiares às vezes têm de não poderem tocar, e chamarem o enfermeiro por tudo e por nada¹²³. Acho que é o desmistificar de muita coisa que às vezes é simples¹²⁴, não é? Que é simples, que pode ser praticada em casa desde que haja o devido ensino¹²⁵ e que haja da parte dos enfermeiros essa abertura e essa receptividade¹²⁶. E é isso que se tem vindo a notar ultimamente¹²⁷, não é?

Eu já passei por 3 fases. Já passei pela presença muito forte dos enfermeiros muito próximos da família; passei por uma fase em que os enfermeiros se escondiam da família e eu... talvez aqui... para mim, muito pessoalmente – e já tenho 30 anos de enfermagem – pessoalmente, na altura as pessoas diziam que os enfermeiros estavam muito presentes por causa da subornação - a sua presença era para gratificar para tratar melhor o doente; por isso talvez as pessoas se tivessem afastado, afastado para dizer: “não ando aqui à procura de nada” – quando no fundo a intenção não era essa, mas...

pela cultura que temos... eu notei isso quando aqui cheguei ao Montijo, tinha 25 anos... os enfermeiros... Passou-se situações comigo e ao fim de 30 anos quem é que não tem histórias para contar nesse aspecto? Depois, **por isso, talvez, os enfermeiros foram-se afastando no horário das visitas**¹²⁸. Depois, **também por comodismo**¹²⁹, para não serem chateados, para não serem... porque, para a pessoa, estar o soro, um fio... já é muito grave para um familiar!... Uma sonda, quando não explicada, ter um tubo no nariz é porque está muito mal, quando aquele tubo é para prevenir e aliviar certos e determinados sintomas, não é? E **isto explicado à família**¹³⁰... claro que **é preciso tempo, é preciso disponibilidade**¹³¹... mas **às vezes, 2 ou 3 palavras dá para explicar isso e as pessoas dá para entenderem.**¹³² Portanto, eu **sou de toda a receptividade à visita**¹³³ e isso sempre fui. E agora estamos a voltar novamente porque... resumindo: acho que **nós enfermeiros, deixámos os médicos ocupar o nosso lugar perante o horário das visitas e perante os familiares**¹³⁴, porque não vias nenhum médico ficar à espera de falar com um familiar. Há uns anos atrás, nós não víamos nenhum médico dizer “eu quero falar com o familiar daquele doente”, e nós hoje já estamos a ver cada vez mais o médico dizer que quer falar com o familiar daquele doente, “estou cá às tantas horas”, **ficam-nos recados inclusivamente no quadro, nos nossos planos, para avisarmos, para não nos esquecermos**¹³⁵, porque cada vez mais nós deixámos que o médico ocupasse esse nosso lugar. **Claro que há coisas que só eles poderão dizer à família, mas isso fazíamos passar: “... terá que falar com o médico sobre essa situação...”**. E agora... **nós nem chegamos aí**¹³⁶. É o médico que... e nós enfermeiros, deixámos... esse terreno foi deixado em aberto para os médicos e eles têm ocupado o nosso lugar.

Em termos de **locomoção, alimentação... são os pontos fundamentais**¹³⁷... noutras áreas... cuidados de higiene? Desde que... lá está... **desde que com um bom acompanhamento, um bom ensino, uma boa explicação**¹³⁸, tudo aquilo que nós fazemos não é nada que em casa não se possa fazer...¹³⁹ **uma higiene no leito não é nada que em casa não se possa fazer**¹⁴⁰, porque, nós temos a nossa técnica que nos facilita... vamos lá a ver: a técnica do banho na cama é uma técnica facilitadora para os profissionais de saúde. Como é que nós havemos de virar o doente, ... não é?... É como é mais cómodo para o doente e mais cómodo para nós; não é só para o doente. A técnica do banho na cama... vamos lá a ver... feita “à profissional”, é para bem estar do doente e também é facilitadora para os profissionais, para quem presta cuidados. Penso que não há nada como... **“se fizer assim, é mais fácil... e se dobrar assim o lençolinho, depois fica-lhe mais fácil quando virar, puxar.”**¹⁴¹ Pronto, acho que é uma técnica que, familiares

podem perfeitamente fazer isso em casa. Pronto, e em questões de higiene, questões de alimentação, locomoção, ou... e porque não até – não digo em termos de algaliação, mas em termos de pôr o urinol, tirar o urinol ou... cuidados de higiene após isto¹⁴²? Perfeitamente, perfeitamente! Não vejo inconveniente rigorosamente nenhum. Há muita gente, muitos profissionais que não gostam por vezes também¹⁴³ ... mas, mas... eu penso que não, porque... também depende dos doentes, da patologia dos doentes¹⁴⁴ ... por exemplo, um doente que tem um urinol e que se lhe diga “olhe, pode, mas a urina não é para despejar porque nós temos que medir para ver quanto é que urinou durante o dia, como é que o rim funciona.”, isto é perceptível. É uma questão de postura e de hábito, não é? E de envolvimento¹⁴⁵. Porque, ao fim e ao cabo, se nós ponderarmos, nós é que não envolvemos por vezes os familiares nisto, não é? ¹⁴⁶ É tudo muito nosso¹⁴⁷, não é? É tudo muito nosso... por vezes também... isto é também uma dualidade: há pessoas que não se importam muito porque é menos que fazem, não é? E é menos uma coisa!¹⁴⁸ Isto tudo com uma supervisão¹⁴⁹, mas que a pessoa esteja apta, acho que sim. Acho que... e aí seria interessante a gente testar também, em termos de cuidados familiares, em termos de internamento¹⁵⁰, pronto, se a pessoa... Uma sonda – que tem os seus riscos, como nós sabemos: no meio de tudo, em termos de alimentação, repara que a sonda para mim é o que tem mais riscos e no entanto ela é feita em casa em doentes terminais, em doentes com doenças crónicas... e no entanto é uma das situações em termos de alimentação, que corre riscos, que a gente sabe que tem riscos, porque se a sonda se desloca, se o doente tossiu... ela pode migrar, ela pode sair do local e entretanto o doente, quando se for dar a sonda não ir para o estômago e ir para o pulmão... há aqui certos cuidados que aí... mete-me um bocado de medo, mas, desde que devidamente chamados à atenção, sem alarmismos porque as pessoas não podem alarmar¹⁵¹: portanto, é fazer “isto”, é saber se tem conteúdo e introduzir; se fluir tudo muito bem, se sentir alguma obstrução, não faz nada, não toca e chama. Mas eu concordo piamente com a envolvimento da família e é meio caminho andado muitas vezes para a recuperação dos doentes porque se sentem muito melhor¹⁵², porque os internamentos podem diminuir significativamente¹⁵³. Mas às vezes nós temos aqui só doentes a quem prestar cuidados¹⁵⁴ e as pessoas (família) fogem um pouco... talvez por medo, não é o não querer¹⁵⁵: “está com um tubo, está com isto!...”... tudo isto faz muita confusão ao familiar, mas se eles forem envolvidos, forem entendendo¹⁵⁶, começa a ser já uma... começa a fazer parte do doente, começa a fazer parte dos cuidados que eles têm de lhe prestar, não é?¹⁵⁷

ANEXO IV – Classificação dos dados das entrevistas

CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS aos Enfermeiros

Tabela nº 1 - Distribuição das unidades de análise das categorias, segundo as referências aos temas, nas entrevistas

| TEMA 1 | | | | | |
|---|---|--|---|-------------------------------|---------------------|
| DIFICULDADES SENTIDAS R/C PRESENÇA DE FAMILIARES/PESSOAS SIGNIFICATIVAS | | | | | |
| CATEGORIAS | Unidades de registo | Unidades de contexto | Unidades de enumeração | | |
| | | | Códigos | N Frequência absoluta % | frequência relativa |
| Factores r/c dimensão organizacional dos cuidados | Estrutura e funcionamento do serviço | não há controlo de visitas ³ chega a haver enfermarias com mais de 20 pessoas lá dentro o que se torna realmente incomportável ⁴ é muita gente, muitas visitas a fazer-nos perguntas ⁵ (muitos) doentes dependentes ⁴⁸ ainda não está muito instituída a visita das 13h, da pessoa significativa ⁸³ (interferem) com os nossos horários que por vezes não são muito receptivos à presença da família ¹¹¹ | 2,3,4,5,1 5, 48,81,83, 111 | 9 | 5,73 % |
| | Disponibilidade de recursos humanos - enfermeiros - | nós nem sempre temos a disponibilidade para dar o apoio que realmente as visitas necessitam ⁶ havia de haver pessoal disponível para supervisionar esse apoio que as visitas poderiam dar ¹¹ ser um enfermeiro da parte da tarde por vezes ¹¹⁶ | 6,11,30,3 2, 47,116,1 31 | 7 | 4,45 % |
| | Dificuldades de apoio aos familiares / Conflito entre necessidades do doente e família e atitude do Enfermeiro | estamos pouco presentes em relação a esses familiares ³¹ As dificuldades estão mais do nosso lado ⁶⁵ neste momento a vinda nas manhãs... às vezes é um bocadinho... ⁶⁶ a dificuldade é nossa porque quebra um bocadinho as nossas rotinas ⁶⁷ as nossas maneiras de fazer as coisas ⁶⁸ porque temos que englobar o prestador informal também nos cuidados ⁶⁹ e isso às vezes, com o trabalho, não é muito bem aceite pelos nossos colegas ⁷¹ nós enfermeiros é que temos essa resistência ¹⁰⁹ porque nos sentimos observados ¹¹² não conseguimos compreender certas e determinadas atitudes dos familiares ou não as sabemos interpretar ¹¹³ pelo stress e pelo nosso trabalho ¹¹⁴ pela envolvimento ¹¹⁵ | 31,65,66, 67,68,69, 70,71,10 1,109,11 0,112,11 3, 114,115 | 15 | 9,55 % |
| Factores r/c dimensão individual - dos profissionais | Divergência na valorização da presença / envolvimento da família nos cuidados | é um alargamento muito grande... ⁴² higiene aqui é complicado ⁴⁹ as únicas dificuldades que eu presencio é da parte dos nossos colegas, devido à presença dos familiares ⁵² (os profissionais) têm que compreender que têm que ser mais transigentes. ⁸² Há muita gente, muitos profissionais que não gostam por vezes também (da participação da família nos cuidados) ¹⁴³ | 42,49,52, 59,82,96, 143 | 7 | 4,45 % |

| | | | | | |
|--|--|--|--|-----------|--------------------|
| | <p>Atitudes r/c estabelecimento de relação com vista ao envolvimento da família nos cuidados</p> | <p>acabam por tornar-se muito apelativos para o enfermeiro (os familiares)⁹³ a gente às vezes também cria uma certa distância¹⁰⁴ faz com que eles (a família) não participem tanto¹⁰⁶ é necessário é a gente saber lidar com os diversos comportamentos e personalidades.¹¹⁸ haja da parte dos enfermeiros essa abertura e essa receptividade¹²⁶ por isso (receio de ser mal interpretados), talvez, os enfermeiros foram-se afastando no horário das visitas¹²⁸ Depois, também por comodismo¹²⁹ às vezes, 2 ou 3 palavras dá para explicar isso e as pessoas dá para entenderem.¹³² nós enfermeiros, deixámos os médicos ocupar o nosso lugar perante o horário das visitas e perante os familiares¹³⁴ Claro que há coisas que só eles poderão dizer à família, mas isso fazíamos passar: "... terá que falar com o médico sobre essa situação...". E agora... nós nem chegamos aí¹³⁶ É uma questão de postura e de hábito, não é? E de envolvimento¹⁴⁵ se nós ponderarmos, nós é que não envolvemos por vezes os familiares nisto¹⁴⁶ É tudo muito nosso¹⁴⁷ isto é também uma dualidade: há pessoas que não se importam muito porque é menos que fazem (...) ¹⁴⁸</p> | <p>87,88,93, 94,95,10 4,105,10 6,118,12 6,128,12 9, 132,134, 135,136, 145, 146</p> | <p>18</p> | <p>11,4 6%</p> |
| <p>Factores r/c dimensão cultural – da população</p> | <p>Sentimentos e opiniões do Enfermeiro</p> | <p>grande parte dos familiares estão renitentes ao nível da colaboração porque pensam que nós estamos cá é para trabalhar...¹⁹ grande parte das pessoas não aproveita essa oportunidade²¹ Há pessoas que não sabem se têm o direito de estar cá²⁵ Há aquelas pessoas que realmente estão cá, grande parte delas não vêm só para visitar, mas vêm para outras coisas²⁶ ... que se imiscuem no nosso trabalho²⁷ que opinam sobre o nosso trabalho²⁸ imiscuir nos problemas dos outros doentes da enfermaria, dos seus familiares²⁹ Cria impedimentos no nosso trabalho⁴⁰ as pessoas não estão muito... sensibilizadas para o nosso problema, para o nosso trabalho aqui⁴³ A alimentação podia ser um espaço em que a família podia perfeitamente ajudar e muitas das vezes isso não acontece⁴⁶ quando chega aquela altura (da higiene), as pessoas saem e nem têm a iniciativa para isso também; estão cá os enfermeiros, os empregados como eles costumam dizer...⁵¹ Está num quarto e acaba por estar a controlar o familiar, mas os outros todos que estão no mesmo quarto⁸⁶ ... eles também caem aí e não têm muitas vezes conhecimento sobre a situação e o que podem fazer¹⁰³ (às vezes) nós temos aqui só doentes a quem prestar cuidados¹⁵⁴ as pessoas (família) fogem um pouco... talvez por medo, não é o não querer¹⁵⁵</p> | <p>18,19,20, 21,22,23, 24,25,26, 27,28,29, 39,40,41, 43,44,46, 51,86,98, 103,154, 155,</p> | <p>24</p> | <p>15,2 8%</p> |

TEMA 2
ÁREAS POSSÍVEIS DE BENEFICIAREM DE UM MAIOR ENVOLVIMENTO DA
FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA NOS CUIDADOS

| CATEGORIAS | Unidades de registo | Unidades de contexto | Unidades de enumeração | | |
|---|---|---|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | | | Códigos | N Frequência absoluta % | frequência relativa |
| Factores r/c actividade clínica de enfermagem | Atitude de valorização da Família | eu sempre fui a favor que os familiares deviam estar junto dos seus familiares o mais tempo possível ¹ era indispensável e acho que era aconselhável que as visitas estivessem mais envolvidas na recuperação dos seus familiares ⁸ devia funcionar assim em todo o lado (público e privado). ¹⁷ até podiam estar aqui a partir das 10h da manhã ⁶⁰ a presença de alguém que tem um ente querido internado é sempre necessária e muito útil ¹⁰⁸ seria interessante a gente testar também, em termos de cuidados familiares, em termos de internamento ¹⁵⁰ | 1,8,16,17,53,60,10,7,108,11,7,133,150 | 11 | 7% |
| | Percepção de benefícios de valorização da prática clínica | (era uma oportunidade que tinham de) partilhar os conhecimentos que têm, conosco ³⁷ é uma partilha, porque no fundo eles é que conhecem melhor o doente e... e... ajudava-nos também ³⁸ seria interessante a gente testar também, em termos de cuidados familiares, em termos de internamento ¹⁵⁰ | 37,38,122,150 | 4 | 2,54% |
| | Percepção de benefícios para o doente | eles sentem-se mais protegidos e mais descansados ⁵⁸ (até podiam estar aqui a partir das 10h da manhã) que só era benéfico para o doente ⁶¹ é a pessoa de referência para o doente e eu acho que isso é muito importante ⁷⁵ ter alguém que a pessoa conheça é essencial ⁷⁶ é meio caminho andado para a recuperação ou para um bom internamento ⁷⁷ quando vai fazer aqui uma radiografia, umas análises, um electrocardiograma... (...) é benéfico acompanhar o doente, e se o doente e a família quiserem, não vejo porque não ⁸⁰ envolvimento da família e é meio caminho andado muitas vezes para a recuperação dos doentes porque se sentem muito melhor ¹⁵² | 13,58,61,75,76,77,80,119,152 | 9 | 5,73% |
| | Percepção de benefícios para a família | estariam a ajudar-se a eles próprios porque também era preparação para a alta ³⁵ era uma oportunidade que tinham de aprender a cuidar ³⁶ eles (os familiares) ficam mais calmos ⁵⁴ | 12,35,36,54,120,121,141,157 | 8 | 5,11% |
| | Percepção de benefícios para o serviço | (era benéfico) para o próprio serviço ¹⁴ porque os internamentos podem diminuir significativamente ¹⁵³ | 14,153 | 2 | 1,30% |

| | | | | | |
|--|--|---|--|-------------|--------|
| | Expectativas r/c potencial de colaboração da família | <p>podem aceder aos cuidados em várias áreas⁴⁵ A alimentação podia ser um espaço em que a família podia perfeitamente ajudar (...) ⁴⁶ esporadicamente durante a tarde quando queremos mudar alguma fralda, a pessoa podia participar⁵⁰ tudo o que é necessário fazer⁵⁶ até idas à casa de banho...⁵⁷ temos sempre o apoio dos familiares⁶⁴ acho que era benéfico também na higiene⁷³ a acompanhar as pessoas aos exames...⁷⁹ na mobilização do doente⁹⁰ virem para os cuidados de alimentação⁹⁷ Talvez uma mudança de uma fralda, já não digo; mas a higiene total, não me parece⁹⁹ depende do doente¹⁰⁰ locomoção , alimentação... são os pontos fundamentais¹³⁷ cuidados de higiene? (...) desde que com um bom acompanhamento, um bom ensino, uma boa explicação¹³⁸ uma higiene no leito não é nada que em casa não se possa fazer¹⁴⁰ em termos de pôr o urinol, tirar o urinol ou... cuidados de higiene após isto¹⁴² tudo com uma supervisão¹⁴⁹</p> | 9,10,33,34,45,46,50,55,56,57,64,72,73,74,78,79,89,90,91,97,99,100,137,138,139,14,142,144,149 | 29 | 18,47% |
| Factores r/c comportamentos da população | Necessidade de informação e ensino aos familiares | <p>Há pessoas que não sabem se têm o direito de estar cá²⁵ (desde) que nós consigamos explicar as rotinas do serviço⁶² (desde que nós consigamos explicar) aquilo que vamos fazer⁶³ ainda vêm muitos às 15h⁸⁴ a pessoa ainda não está preparada para estar muito ao pé do familiar dele: acaba por estar sempre a controlar⁸⁵ nós devíamos também se calhar fazer uma preparação aos familiares⁹² na primeira vez que o familiar vem, nós tentarmos falar e pô-lo um bocado a par da situação do doente e tentar explicar no que é que eles podem ajudar e...¹⁰² tirar aquele mito que os familiares às vezes têm de não poderem tocar, e chamarem o enfermeiro por tudo e por nada¹²³ desmistificar de muita coisa que às vezes é simples¹²⁴ que pode ser praticada em casa desde que haja o devido ensino¹²⁵ desde que devidamente chamados à atenção, sem alarmismos porque as pessoas não podem alarmar.¹⁵¹ tudo isto faz muita confusão ao familiar, mas se eles forem envolvidos, forem entendendo¹⁵⁶</p> | 7,25,62,63,84,85,92,102,123,124,125,130,151,156 | 14 | 8,91% |
| total | | | 157 | 100% | |

ANEXO II – Plano e Certificado de sessão de formação em serviço:

Direitos e Deveres do Doente Internado

Plano de sessão de formação em serviço: Direitos e Deveres do Doente

| | | | |
|---|--|---|---|
| Designação da sessão: Direitos e Deveres dos Doentes - apresentação e discussão da Carta para profissionais de saúde. | Objectivos: Dar a conhecer a Carta dos Direitos do Doente Internado Contribuir para a reflexão conjunta sobre as práticas no serviço. | Conteúdos: Direitos e Deveres (com realce para os Direitos) do Doente Internado (apresentados e discutidos individualmente) | Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia e Unidade de Cuidados Intermédios |
| Duração: 1 (uma) hora | Metodologia: Exposição e discussão em sala | Materiais: Projector de slides Cartaz Desdobráveis | Data e Local: 22 de Abril de 2009 Serviço de Cirurgia |

Avaliação:

Apreciação dos formandos

Sessão de formação avaliada por todos os presentes em Muito Bom em todos os itens (objectivos e conteúdo, assim como funcionamento da sessão).

Apreciação da Formadora:

A apresentação e discussão da Carta dos Direitos do Doente Internado na equipa, permitiu reflectir sobre a situação específica do internamento e o papel fundamental do Enfermeiro na garantia do respeito dos Direitos da Pessoa Internada.

Foi elaborado um poster alusivo ao tema - e que se encontra afixado no serviço para informação ao público -, assim como um panfleto informativo.



NÚCLEO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se que: **Vanda Maria Veiga Pereira**

esteve presente na **Accção de Formação em Serviço: "Direitos e deveres dos doentes - Apresentação e discussão da carta para profissionais de saúde"**

Como Formador(a),

Realizada no Serviço de Cirurgia

no(s) dia(s): **22 de Abril de 2009**

com a duração de: **1 (uma) Hora**

Montijo, 01 de Outubro de 2009

O Núcleo de Formação em Enfermagem

HOSPITAL DO MONTIJO

NÚCLEO DE FORMAÇÃO

EM ENFERMAGEM

CARLOS PINHEIRO

ANEXO III – Plano e Certificado de sessão de formação em serviço:

Humanização nos Cuidados de Saúde

Plano de sessão de formação em serviço: Humanização nos Cuidados de Saúde

| | | | |
|---|--|---|---|
| Designação da sessão: Humanização nos Cuidados de Saúde | Objectivos: Dar a conhecer a Carta dos Direitos do Doente Internado às Assistentes Operacionais. Discutir alguns aspectos mais relacionados com problemas identificados no serviço. | Conteúdos: Direitos do Doente Internado | Destinatários: Assistentes Operacionais |
| Duração: 1 (uma) hora | Metodologia: Exposição e discussão em sala | Materiais: Projector de slides | Data e Local: 06 de Maio de 2009 Biblioteca do Hospital do Montijo |

Avaliação:

Apreciação dos formandos

Sessão de formação avaliada por todos os presentes em Muito Bom em todos os itens (objectivos e conteúdo, assim como funcionamento da sessão).

Apreciação da Formadora:

A discussão dos Direitos do Doente Internado permitiu focalizar a atenção em temas relacionados com o respeito no tratamento, direito a cuidados de qualidade adequados ao estado de vulnerabilidade de cada pessoa, direito à informação sobre o serviço, segredo profissional, confidencialidade de todos os dados sobre o utente e privacidade nos cuidados, todos assuntos identificados como sensíveis no contexto do internamento.



NÚCLEO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se que: **Vanda Maria Veiga Pereira**.....

esteve presente na **Ação de Formação: "Humanização nos cuidados de saúde"**.....

Como Formador(a),

Realizada na Biblioteca do Hospital do Montijo

no(s) dia(s): **06 de Maio de 2009**

com a duração de: **1 (uma) Hora**

Montijo, 30 de Setembro de 2009

O Núcleo de Formação em Enfermagem

HOSPITAL DO MONTIJO
NÚCLEO DE FORMAÇÃO
EM ENFERMAGEM



CARLOS PINHEIRO

**ANEXO IV – Plano e Certificado de sessão de formação em serviço:
Suporte Básico e Avançado de Vida no internamento hospitalar**

Plano de sessão de formação em serviço: Suporte Básico e Avançado de Vida no internamento hospitalar

| | | | |
|--|--|--|---|
| Designação da sessão: Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida no internamento hospitalar | Objectivos: Apresentar uma revisão das técnicas e procedimentos de reanimação. | Conteúdos: Foram apresentados e discutidos os procedimentos de desfibrilhação, entubação oro traqueal, administração de fármacos e cuidados pós reanimação. Foram discutidos aspectos críticos de situações concretas de reanimação ocorridas no serviço. | Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia e Unidade de Cuidados Intermédios |
| Duração: 1 (uma) hora | Metodologia: Exposição e discussão em sala | Materiais: Projector de slides | Data e Local: 20 de Maio de 2009 Biblioteca do Hospital do Montijo |

Avaliação:

Apreciação dos formandos

Sessão de formação avaliada por todos os presentes em Muito Bom em todos os itens (objectivos e conteúdo, assim como funcionamento da sessão).

Apreciação da Formadora:

Formação cuja pertinência se justificou pela baixa frequência de situações de urgência no serviço, o que motiva longos períodos de ausência de oportunidades de prática de técnicas e procedimentos relacionados com reanimação cárdio-respiratória. Esta foi uma oportunidade de consolidar aportes obtidos na componente teórica do curso, assim como partilhar com os enfermeiros aspectos dos algoritmos que têm vindo a modificar-se e que eram desconhecidos de alguns dos presentes.



NÚCLEO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se que: **Vanda Maria Veiga Pereira**

esteve presente na **Acção de Formação: "Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida no internamento hospitalar"**

Como Formador(a),

Realizada na Biblioteca do Hospital do Montijo

no(s) dia(s): **20 de Maio de 2009**

com a duração de: **1 (uma) Hora**

Montijo, 02 de Julho de 2009

O Núcleo de Formação em Enfermagem

HOSPITAL DO MONTIJO
NÚCLEO DE FORMAÇÃO
EM ENFERMAGEM

CARLOS PINHEIRO

ANEXO V – Plano e Certificado de sessão de formação em serviço:

**Intervenção de enfermagem em situação de catástrofe interna
– terremotos e incêndio no hospital**

Plano de sessão de formação em serviço: Intervenção de enfermagem em situação de catástrofe interna – terremotos e incêndio no hospital

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Designação da sessão:</p> <p>Intervenção de enfermagem em situação de catástrofe interna – terremotos e incêndio no hospital</p> | <p>Objectivos:</p> <p>Discutir a problemática da catástrofe interna no hospital em caso de fogo ou terremoto.</p> <p>Aprofundar conhecimentos sobre tipos de catástrofe interna e intervenção de enfermagem no hospital.</p> | <p>Conteúdos:</p> <p>Classificação de catástrofe de acordo com a Fundação Internacional de Traumatologia.</p> <p>Terramotos – intensidade, incidência e efeitos.</p> <p>Papel do enfermeiro em terremoto.</p> <p>Actuação de enfermagem em caso de fogo no hospital.</p> | <p>Destinatários:</p> <p>Enfermeiros do Serviço de Cirurgia e Unidade de Cuidados Intermédios</p> |
| <p>Duração:</p> <p>1 (uma) hora</p> | <p>Metodologia:</p> <p>Exposição e discussão em sala</p> | <p>Materiais:</p> <p>Projector de slides</p> | <p>Data e Local:</p> <p>13 de Maio de 2009 Biblioteca do Hospital do Montijo</p> |

Avaliação:

Apreciação dos formandos

Sessão de formação avaliada por todos os presentes em Muito Bom em todos os itens (objectivos e conteúdo, assim como funcionamento da sessão).

Apreciação da Formadora:

A formação sobre catástrofe interna permitiu discutir especificidades que tornam o hospital um meio complexo em caso de catástrofe, particularmente do serviço de Cirurgia que não dispõe de saídas de emergência adequadas. Foi também focada a problemática da não divulgação interna dos Planos de Emergência Hospitalar, desconhecidos de todos os presentes.

Foi uma oportunidade para realçar a necessidade de desenvolvimento de competências de enfermagem para agir em caso de catástrofe, e realçados os princípios de enfermagem a respeitar.



NÚCLEO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se que: **Vanda Maria Veiga Pereira**

esteve presente na **Acção de Formação: "Intervenção de enfermagem em situação de catástrofe interna – terremotos e incêndio no hospital"**

Como Formador(a),

Realizada na Biblioteca do Hospital do Montijo

no(s) dia(s): **13 de Maio de 2009**

com a duração de: **1 (uma) Hora**

Montijo, 27 de Maio de 2009

O Núcleo de Formação em Enfermagem
HOSPITAL DO MONTIJO
NÚCLEO DE FORMAÇÃO
EM ENFERMAGEM

CARLOS PINHEIRO

ANEXO VI - Colaboração em iniciativas específicas e já em curso no serviço

| Iniciativas em curso | Tipo de colaboração | Actividades | Avaliação |
|---|--|---|---|
| <p align="center">Projecto “Higienização das mãos”</p> | <p align="center">Como Responsável da Formação em Serviço - actividade em articulação com Enf^a Chefe, Núcleo de Formação e Comissão de Controle de Infecção do Hospital</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Participação em reuniões de serviço e acções de formação e afixação de cartazes - Supervisão do cumprimento das recomendações por parte de todos os profissionais: <ul style="list-style-type: none"> • Alertando a equipa para a necessidade de desinfeção com SABA ou lavagem, consoante as situações. • Estamos atentos para a substituição dos recipientes de SABA nas unidades dos doentes e espaços de circulação do serviço, assim como em todos os carros de medicação, pensos e punções. - Informação aos familiares e utentes: <ul style="list-style-type: none"> • Alerta aos utentes e familiares para a necessidade de desinfeção das mãos, particularmente no isolamento. - Procedemos à desinfeção das mãos de alguns doentes acamados que apresentam quadros de agitação com conspurcação frequente das mãos, incentivando os restantes a higienizarem as mãos antes das refeições. | <p align="center">O projecto tem tido impactos positivos, verificando-se uma adesão genérica de todos às medidas preconizadas.</p> |
| <p align="center">Projecto “Triagem de resíduos”</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Identificação e alteração de pontos de recolha no serviço. - Supervisão do cumprimento das recomendações por parte de todos os profissionais. - Verificação da substituição de contentores de corto-perfurantes quando estes atingem a capacidade recomendada. - Informação aos familiares e utentes. | <p align="center">Subsistem ainda alguns problemas na separação de resíduos que estão a ser trabalhados no âmbito da continuidade do projecto e dos resultados das auditorias em curso.</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>Projecto “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem”</p> | <p>Como Responsável da Formação em Serviço - actividade em articulação com Enf^a Chefe e Núcleo de Formação do Hospital</p> | <p>- Participação em reuniões de serviço como elemento do grupo de trabalho que desenvolveu a temática da nutrição e metabolismo, e responsável da formação.</p> <p>- Colaboração na continuidade aos registos experimentais em padrão de documentação elaborado no serviço em linguagem CIPE.</p> | <p>O início do registo experimental em documentação baseada no padrão CIPE ocorreu durante o módulo de estágio da especialidade realizado no serviço de Cirurgia, estando o projecto em curso.</p> |
| <p>Projecto “Prevenção de Quedas no internamento”</p> | <p>Como elemento do grupo de trabalho constituído por 4 enfermeiros.</p> | <p>- Elaboração de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de avaliação do risco de queda do doente internado; • Folha de registo de ocorrência de queda no serviço; • Norma para preenchimento da folha de registos; • Folheto informativo para utentes e familiares sobre risco e prevenção de quedas. <p>- Apresentação formal do trabalho à equipa numa sessão de formação.</p> | <p>Trabalho em vias de aprovação institucional para implementação no serviço.</p> |
| <p>Formação “Tratamento de Feridas Complicadas / Terapia em Ambiente Húmido”</p> | <p>Como Responsável da Formação em Serviço</p> | <p>- Realização de contactos com os laboratórios Hartmann.</p> <p>- Organização da sessão de formação no serviço.</p> <p>- Elaboração de resumo para consulta dos enfermeiros que não estiveram presentes.</p> | <p>Proporcionar a todos os enfermeiros uma fonte complementar de actualização de conhecimentos sobre prevenção e tratamento de feridas e esclarecimentos práticos sobre as soluções propostas, à luz da evidência científica disponível. Foram abordados vários tópicos relacionados com a fisiopatologia das feridas, assim como da abordagem terapêutica relacionada com pensos.</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Guia para o Doente com Amputação de Perna</p> | <p>Como Responsável da Formação em Serviço</p> | <p>- Elaboração do folheto com os seguintes tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que é uma amputação • Exercício físico • Cuidados de higiene ao coto • Protecção do coto • Cuidados quando vai dormir • Passar da cama para a cadeira • O que não se deve fazer • Complicações • Dor fantasma <p>- Divulgação a toda a equipa o Manual da Direcção Geral de Saúde “Viver com Amputação dos Membros Inferiores”.</p> | <p>O presente folheto sobre Cuidados após Amputação de Perna, foi elaborado para dar resposta a uma situação frequente no serviço e para a qual não existia suporte informativo para o doente e família. Foi apresentado institucionalmente para futura aprovação.</p> |
| <p>Guia de acolhimento</p> | | <p>- Elaboração de guia de acolhimento, em conjunto com duas enfermeiras do serviço, realçando o papel da pessoa significativa e reforçando-se que a “pessoa significativa”, que é escolhida pelo doente, é aquela com quem este tem laços afectivos ou com quem estabeleceu relações que fazem com que a sua presença seja útil a quem está internado.</p> | <p>Com este guia actualizado pretendemos facilitar ao utente e à sua família um primeiro contacto com o Serviço de Cirurgia e oferecer-lhe um conjunto de informação que possam ser úteis durante o internamento.</p> |

ANEXO VII – Plano e Certificado de sessão de formação em serviço:

**Suporte Básico e Avançado de Vida
- Neonatal, Pediátrico e no Adulto**

**Plano de sessão de formação em serviço: Suporte Básico e Avançado de Vida
- Neonatal, Pediátrico e no Adulto**

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>Designação da sessão:</p> <p>Suporte Básico e Avançado de Vida - Neonatal, Pediátrico e no Adulto</p> <p>Algoritmos e simulação prática de compressões cardíacas externas e ventilações em manequim</p> | <p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rever os procedimentos de reanimação consoante as especificidades anatómicas e fisiológicas da criança. ➤ Identificar as principais causas de paragem cárdio-respiratória na criança. ➤ Compreender a sequência de intervenções de reanimação de acordo com os grupos etários ➤ Rever o algoritmo de suporte básico e avançado neonatal ➤ Rever o algoritmo de suporte básico e avançado pediátrico ➤ Rever os procedimentos de suporte básico e avançado de vida ➤ Conhecer os cuidados a ter após uma reanimação ➤ Discutir o processo de transferência inter-hospitalar do doente em estado crítico | <p>Conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Algoritmos de suporte básico e avançado de vida neonatal, pediátrico e no adulto. ✓ Tópicos específicos dos cuidados relacionados com procedimentos de ventilação e de protecção da via aérea, ✓ Administração de fármacos e vias de acesso venoso periférico e central, intra-ósseo e endotraqueal. ✓ Interpretação de dados da monitorização cardíaca e desfibrilhação. ✓ Técnica de compressões cardíacas externas. ✓ Cuidados de enfermagem pós reanimação. ✓ Transporte inter hospitalar de doentes em estado crítico. ✓ Estudos científicos onde se encontram identificados os principais erros cometidos nos processos de reanimação. ✓ Critérios para suspensão das manobras de reanimação. ✓ Questões éticas associadas à problemática do início, manutenção e suspensão das manobras de reanimação. ✓ Presença da família durante as manobras de reanimação. | <p>Destinatários: Enfermeiros, Médicos e Técnicos do hospital</p> <p>Data e Local: 30 de Outubro de 2009 Biblioteca do Hospital do Montijo e Serviço de Urgência</p> <p>Duração: 4 (quatro) horas</p> <p>Metodologia: Exposição e discussão em sala Simulação prática em manequim</p> <p>Materiais: Projector de slides Manequim</p> |
|--|---|---|---|

Avaliação:

Apreciação dos formandos

Sessão de formação avaliada por todos os presentes em Muito Bom em todos os itens (objectivos e conteúdo, assim como funcionamento da sessão).

Apreciação da Formadora:

Sessão bastante proveitosa, quer a nível individual, quer nos momentos de partilha com colegas e outros profissionais, que permitiu actualização de conhecimentos e uma atenção particular às revisões das guidelines que terão lugar no próximo congresso do Conselho Europeu de Ressuscitação a ter lugar este ano.



NÚCLEO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se que: **Vanda Maria Veiga Pereira**.....

esteve presente na **Acção de Formação: "Reanimação cardio-respiratória: neo-natal, pediátrica e no adulto – algoritmos e simulação prática de ventilação & compressões cardíacas externas em manequim"**.....

Como Formador(a),

Realizada na Biblioteca do Hospital do Montijo

no(s) dia(s): **30 de Outubro de 2009**

com a duração de: **4 (quatro) Horas**.....

Montijo, 29 de Dezembro de 2009

O Núcleo de Formação em Enfermagem
HOSPITAL DO MONTIJO
NÚCLEO DE FORMAÇÃO
EM ENFERMAGEM

CARLOS PINHEIRO