

Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico

Acolhimento de Enfermagem

Maria Amélia Dourado Rodrigues da Silva

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

Maria Amélia Dourado Rodrigues da Silva

Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico:
Acolhimento de Enfermagem

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora:

Professora Doutora Zaida Azeredo

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação de mestrado caracterizou-se por ser um processo de trabalho árduo, com avanços e recuos, em que a sua realização não seria possível sem a participação de várias pessoas. Apesar desta contribuição ter sido exercida de diferentes formas, todas tiveram uma importância primordial.

Desta forma, impõe-se deixar aqui registado um sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

Em especial aos meus Pais, a quem devo a minha formação académica, mas sobretudo pessoal, através da aprendizagem de todos os princípios. Pelo apoio incondicional demonstrado através da disponibilidade e das manifestações constantes de carinho. Da mesma forma, agradeço-lhes a sua contribuição, não só para a realização deste estudo, mas sobretudo pela sua presença e suporte em todos os momentos. Sem eles teria sido difícil conseguir concluir este estudo.

Ao meu filho Rodrigo, apesar de ser um bebé, pela força que tem dado à sua mãe.

À minha Avó Rosa, que é agora uma estrela no céu.

À minha Amiga Joana pela disponibilidade e ao meu Amigo Henrique pela leitura atenta, pelas palavras encorajadoras nos momentos difíceis, incentivando-nos a continuar e pelo apoio que foi um contributo importante para a realização deste estudo.

A todos os Amigos que viveram de perto este período conturbado da nossa vida, pelo incentivo e motivação constante.

À Senhora Professora Doutora Zaida Azeredo nossa orientadora, pela orientação preciosa no processo de investigação através da pertinência das suas críticas e sugestões, pela sua disponibilidade permanente, pelo seu incentivo e motivação, pelo seu apoio emocional nos momentos mais difíceis deste percurso.

A todos os Professores do XV Mestrado em Ciências de Enfermagem pelos ensinamentos e valores que nos transmitiram e pelo contributo prestado ao nosso percurso formativo.

À Direcção da Instituição que autorizou e facilitou a realização deste estudo.

À Direcção Clínica e de Enfermagem dos serviços onde se realizou o estudo pela abertura e disponibilidade que sempre demonstraram.

A todos os Doentes que aceitaram participar neste estudo.

“As grandes descobertas nem sempre são realizadas por aqueles que mais arduamente as procuram.”

Robert C. Smith

RESUMO

O momento de admissão no serviço constitui para a maioria dos doentes um dos momentos mais importantes, por representar, o início de uma nova experiência, num meio que muitas vezes, lhe é totalmente desconhecido, o hospital.

O acolhimento é um momento único, pois é o início de um processo de inter-relação entre enfermeiro-doente, em que a comunicação é um elemento fundamental. São estes primeiros momentos que trarão satisfação ao recém-chegado e desdramatizarão a sua hospitalização. A forma como se processa o acolhimento, deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher.

Assim, iremos analisar a problemática do acolhimento do doente no período pré-operatório pela importância que atribuímos a este, sendo um momento crucial e determinante na facilidade ou dificuldade do posterior relacionamento e adaptação do doente à sua nova situação.

Nesta investigação realizou-se um estudo exploratório descritivo, recorrendo ao método quantitativo, de modo a estudar o acolhimento de enfermagem como necessidade pré-operatória do doente cirúrgico.

Através da análise dos dados e com base no facto de a maioria das respostas terem sido positivas, podemos concluir que a componente formal do acolhimento, bem como a componente relacional dos enfermeiros, apesar de se encontrarem no bom caminho, necessitam ainda de serem trabalhadas, devendo-se para isso investir na formação dos profissionais relativamente à recepção e comunicação com o doente.

Por último, e de acordo com a pesquisa realizada, tecemos algumas considerações que visam orientar o trabalho de Enfermagem para transformar o acolhimento num elemento de competência.

ABSTRACT

The time of admission in service is for most patients, one of the most important, because it represents the beginning of a new experience, in a way that often, it is completely unknown, hospital.

The reception is a privileged moment because begins a process of interrelation between nurse-patient, that communication is the key element. These are the first moments that will bring satisfaction to newly arrived patient and will ease them into the hospitalization. How the host should be aligned on the characteristics and needs of the person to receive.

Thus, we will analyze the problems of reception of the patient in the preoperative by importance we attach to this, being a crucial and decisive in the ease or difficulty of later relationship and adaptation of the patient to your new situation.

This research was descriptive, an exploratory study using the quantitative method to study nursing care as need pre-operative surgical patient.

Through analysis of data and on the basis that the majority of responses were positive, we can conclude that the formal component and relational component between nurse-patient, despite being in the right direction, still need to be worked, and that invest in the training of professionals for commissioning and communication with the patient.

Finally, according to the survey, we have some considerations to guide the work of nursing to transform the host an element of competence.

ÍNDICE

Resumo	6
Abstract.....	8
INTRODUÇÃO.....	14
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
CAPITULO 1 – HOSPITALIZAÇÃO.....	21
1.1. O Internamento Hospitalar.....	21
1.2. Experiência Cirúrgica.....	25
1.3. Necessidades Humanas Básicas.....	28
CAPITULO 2 – ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM	31
2.1. Acolhimento de Enfermagem	31
2.2. Princípios Orientadores do Acolhimento	33
2.3. Componente Relacional dos Enfermeiros	38
2.4. Cuidar em Enfermagem	41
2.5. Relação de Ajuda (Relação Enfermeiro/Doente)	43
CAPITULO 3 – COMUNICAÇÃO NO ACOLHIMENTO.....	49
3.1. Importância da Comunicação	49
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	52
CAPITULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA.....	53
1. Objectivos e Finalidade do Estudo.....	54
2. Tipo de Estudo.....	55
3. Questões de Investigação	56

4. População e Amostra.....	57
5. Definição e Caracterização das Variáveis	59
6. Considerações Éticas	59
7. Colheita de Dados	61
8. Técnicas de Tratamento e Análise de Dados	63
CAPITULO 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	65
1. Caracterização da Amostra	66
2. Componente Formal do Acolhimento.....	71
3. Componente Relacional dos Enfermeiros	78
4. Discussão dos Resultados.....	83
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS	103
ANEXO 1 – Autorização para a Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados	
.....	104
ANEXO 2 – Instrumento de Colheita de Dados – Questionário	106

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição da população por grupo etário	66
GRÁFICO 2 – Distribuição da população por género	67
GRÁFICO 3 – Distribuição da população por estado civil	67
GRÁFICO 4 – Distribuição da população por habilitações literárias	68
GRÁFICO 5 – Distribuição da população por profissão	69
GRÁFICO 6 – Distribuição da população segundo a experiência de internamentos anteriores	70
GRÁFICO 7 – Distribuição da população segundo a experiência de internamentos anteriores no mesmo serviço	70
GRÁFICO 8 – Distribuição da população segundo a introdução do enfermeiro ao doente.....	71
GRÁFICO 9 – Distribuição da população segundo a importância atribuída à introdução do enfermeiro ao doente	72
GRÁFICO 10 – Distribuição da população segundo a importância atribuída ao facto de serem inquiridos acerca do nome e como gostariam de ser chamados.....	73
GRÁFICO 11 – Distribuição da população segundo a importância atribuída à apresentação do serviço	74
GRÁFICO 12 – Distribuição da população segundo a importância atribuída à explicação das normas de funcionamento do serviço	74
GRÁFICO 13 – Distribuição da população segundo a explicação do funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal	75

GRÁFICO 14 – Distribuição da população segundo a importância atribuída à explicação do funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal.....	76
GRÁFICO 15 – Distribuição da população segundo a forma de contacto do enfermeiro.....	77
GRÁFICO 16 – Distribuição da população segundo a importância atribuída à forma de contacto do enfermeiro.....	77
GRÁFICO 17 – Distribuição da população segundo a disponibilidade do enfermeiro para ouvir o doente.....	78
GRÁFICO 18 – Distribuição da população segundo a importância atribuída à disponibilidade do enfermeiro para ouvir o doente	78
GRÁFICO 19 – Distribuição da população segundo a frequência com que os enfermeiros respeitam a privacidade e individualidade do doente.....	79
GRÁFICO 20 – Distribuição da população segundo a importância atribuída ao respeito pela privacidade e individualidade do doente.....	80
GRÁFICO 21 – Distribuição da população segundo a frequência com que os enfermeiros utilizam linguagem adequada e compreensível	80
GRÁFICO 22 – Distribuição da população segundo a importância atribuída à utilização de linguagem adequada e compreensível	81
GRÁFICO 23 – Distribuição da população segundo a adequação do acolhimento durante a admissão no serviço.....	82

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Distribuição da população segundo o grau de importância atribuída pelos doentes aos indicadores que caracterizam a componente formal do acolhimento.....	84
QUADRO 2 – Distribuição da população segundo o grau de importância atribuída pelos doentes aos indicadores que caracterizam a componente relacional dos enfermeiros	87
QUADRO 3 – Distribuição da população segundo o grau de adequação do acolhimento prestado pelos enfermeiros durante a admissão no serviço.....	89

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A Enfermagem procura e necessita de obter uma base científica de conhecimentos. A Investigação tem vindo a permitir a construção de um corpo teórico, que tem como principal objectivo orientar a prática dos Cuidados de Enfermagem, aumentar o campo de conhecimentos na disciplina e contribuir para o aumento da saúde das populações, através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de Enfermagem. Como refere Fortin (2003:18), *“pela Investigação numa dada disciplina visa-se a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão”*.

A Investigação é um processo, que permite encontrar respostas às questões que surgem na prática do dia-a-dia, sendo por isso fundamental ao crescimento de qualquer profissão. É uma caminhada sistematizada, que permite investigar problemas ou fenómenos, com o objectivo de obter respostas a questões precisas. Segundo Fortin (2003:18), *“a Investigação numa disciplina profissional permite precisar as esferas de aplicação que lhe são próprias e definir as suas finalidades e os seu objectivos junto da comunidade”*.

Nas últimas décadas, os enfermeiros têm-se preocupado em aprofundar conhecimentos, quer na área do comportamento afectivo, quer na área do saber cognitivo e psicomotor, a fim de poderem elevar o nível de cuidados prestados, sendo este o desafio principal para a profissão. Nesse sentido e neste domínio, a investigação assume uma importância vital na aquisição de novos conhecimentos, novas actuações e novas aplicações; é imperativo que os enfermeiros saibam utilizar os resultados dos estudos, na tentativa de promover uma maior satisfação profissional e um elevado grau de prestação de cuidados, aumentando assim a satisfação por parte das pessoas a que são dirigidos.

Para Fortin (2003:18), *“a investigação aplicada numa disciplina consiste na utilização do processo científico com vista a introduzir mudanças nas situações onde se apresentam esses problemas”*.

O Homem é um ser biopsicossocial e espiritual, que ao fazer parte de uma família e de uma comunidade, interage consigo, com os outros e com todo o ambiente que o rodeia, modificando-o e sendo modificado por ele. O homem como ser único, tem opinião própria fundamentada em normas, valores, referências e expectativas que dependem da cultura e da sociedade em que está inserido.

Para que possam desenvolver um processo de cuidar em enfermagem que dê resposta às necessidades do Homem no mundo de hoje, a formação dos enfermeiros, exige uma mudança que visa a excelência do saber.

A essência da profissão de enfermagem é, sem dúvida, cuidar sob diversas formas, como refere Collière (1999). Embora sendo o cuidar uma actividade tão antiga como o próprio mundo, é hoje uma actividade plena de sentido.

Collière (1999:29), afirma que *“cuidar é, pois manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação”*. Para a mesma autora, *“cuidar, prestar cuidados, tomar conta é, primeiro que tudo um acto de vida, no sentido de que apresenta uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se”* (Collière 1999:235).

Cuidar é pôr em jogo um conjunto coerente de pensamentos e sentimentos que nos forcem a agir, evidenciar determinado comportamento, por isso, o cuidar exige conhecimentos científicos especiais a fim de proporcionar a cada ser humano o bem-estar a que tem direito.

Para proporcionar ao doente o seu bem-estar é necessário que se proceda a uma integração eficaz no momento do internamento hospitalar, tendo em conta que este é um período de tensão, que será minimizado à medida que a necessidade de inclusão for sendo satisfeita. No processo de acolhimento, o comportamento dos profissionais, em particular de enfermagem, é decisivo para que o doente se sinta seguro e confiante.

O acolhimento é um momento privilegiado, pois inicia-se um processo de inter-relação entre enfermeiro-doente, em que a comunicação é o elemento essencial. São estes primeiros momentos que trarão satisfação ao recém-chegado e desdramatizarão a sua hospitalização. A forma como se processa o acolhimento, deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher, tendo em conta o respeito pela sua individualidade.

O acolhimento humanamente correcto é uma ciência e uma arte. Por um lado, é uma ciência porque requer o conhecimento da história pessoal e de relação do indivíduo. Tal pressupõe uma atenção empática, uma motivação para escutar, ouvir e atender a intencionalidade dos outros. É necessário ter capacidade para decodificar de uma forma pertinente o indivíduo e sua intenção, assim como possuir uma afectividade que tem um papel determinante na qualidade e profundidade do acolhimento e percepção dos outros. Por outro lado, trata-se de uma arte que exige uma aprendizagem contínua, tendo por base o respeito incondicional do indivíduo, mantendo a sua integridade sem impertinentes manipulações.

Segundo a primeira imagem percebida pelos doentes a acolher e o respectivo impacto, poderão surgir neles sensações quer de prazer, quer de desconforto. Este contacto inicial irá influenciar decisivamente a qualidade do relacionamento posterior entre enfermeiro/doente. É de toda a importância prevenir tais

situações de desconforto e desconfiança, criando um clima agradável. Os indivíduos a acolher deverão ser compreendidos e apoiados.

Neste processo, é de salientar, a necessidade de uma interpretação correcta das mensagens relacionadas com o conjunto de informações obtidas de forma a perceber as frustrações, inibições, medos e esperanças que condicionam a relação comunicativa e a consequente participação na dinâmica terapêutica.

Nesse sentido, e tendo em conta que os doentes poderão ser um contributo fundamental no que se refere à definição de critérios de bons cuidados nas áreas não técnicas, constituindo os seus valores e expectativas factores decisivos no julgamento do sucesso das relações interpessoais no âmbito da prestação dos cuidados.

Desta forma, desenvolvemos um estudo que procura identificar os aspectos mais valorizados pelos doentes do foro cirúrgico durante o acolhimento no período pré-operatório.

Assim, iremos analisar a problemática do acolhimento do doente no período pré-operatório pela importância que atribuímos a este período. Por ser um ambiente novo, quantas vezes de sofrimento, pelo facto dos doentes serem submetidos a tratamentos e exames traumatizantes, bem como, a internamentos prolongados e repetidos. O período pré-operatório é um momento crucial e determinante na facilidade ou dificuldade do posterior relacionamento e adaptação do doente à sua nova situação. De igual modo, o agravamento pela representação social da doença, o facto de se encontrar rodeado de pessoas completamente desconhecidas numa situação de crise, fazem com que o doente se sinta mais vulnerável e com maior dificuldade de adaptação.

Formalmente, o conteúdo da presente dissertação organiza-se em três partes distintas, que passaremos a descrever.

Numa primeira parte procede-se à fundamentação teórica baseada na pesquisa bibliográfica, visando a construção da problemática em estudo, onde serão aprofundados os conceitos de hospitalização do doente, acolhimento de enfermagem e comunicação no acolhimento.

A segunda parte ilustra a aplicação empírica da opção metodológica escolhida, bem como os fundamentos que nortearam a colheita de dados quantitativos.

A terceira parte constitui a apresentação e análise dos dados, em que serão fundamentados os conceitos emergentes da análise dos dados, seguindo-se as conclusões mais pertinentes dos mesmos.

Gostaríamos de pensar que com este trabalho pudemos concorrer para a melhoria dos cuidados de enfermagem no que diz respeito ao acolhimento pré-operatório do doente cirúrgico.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPITULO 1 – HOSPITALIZAÇÃO DO DOENTE

1.1. O Internamento Hospitalar

Cada pessoa é um ser único, com experiências internas e externas vivenciadas de modo original e diferente de pessoa para pessoa. Nalgumas predomina a atitude positiva, realista e corajosa e noutras predomina a atitude negativa, pessimista, sofrendo antecipadamente e auto-fragilizando-se face ao que não passa de uma eventualidade.

O internamento hospitalar tem um grande impacto no doente, na medida em que este se separa da sua casa, amigos e família, apesar de por vezes, essa situação ser por um curto espaço de tempo, leva a alterações na sua forma habitual de vida.

No hospital, o doente depara-se com um meio desconhecido, a nível do espaço físico e organizacional, separa-se do seu ambiente familiar, não conhece aqueles que lhe prestam cuidados, sente-se perdido no meio de muita gente. Por isso, a capacidade de ruptura é diversa.

No entanto, as formas de angústia, insegurança e medo não são directamente controláveis. Haverá que encontrar estratégias adequadas para enfrentar, integrar ou ultrapassar as formas de insegurança, medo e angústia. Os familiares, os colegas e a equipa multidisciplinar, especialmente os enfermeiros, por permanecerem junto do doente vinte e quatro horas por dia, têm um papel muito importante e de ajuda eficaz.

O acolhimento, o apoio sustentado e a estimulação adequada necessitam de diferentes cuidados, adaptados caso a caso, tendo em conta a respectiva história e situação actual do doente.

Cada doença, diagnosticada e caracterizada, atinge de modo e grau diversos cada pessoa. É todo o seu ser e modo de agir que são modificados e perturbados, visto que mais do que doenças há doentes diferentes com um determinado diagnóstico e prognóstico, frequentemente desajustados ou pelo menos em evolução e com ajustamentos.

Assim, de modos e graus diversificados, escondida, disfarçada, negada ou confessada, há algo que é comum a quase todas as pessoas – a angústia que perturba os sentimentos e comportamentos, modifica o ser, o saber e o agir da pessoa que está doente. Outros aspectos que a marcam negativamente são a desconfiança generalizada e a curiosidade, o medo do desconhecido com desânimo e esperança intermitentes.

A doença pode desencadear reacções comportamentais tais como raiva, negação, culpa, vergonha, incerteza e sentimentos de inferioridade relacionadas com a admissão no hospital no papel de doente que nem sempre é aceite.

Os sintomas de doença têm características ou traduções corporais (por vezes o corpo não responde adequadamente ao que é pensado), projectados e decididos pela pessoa doente, que facilmente entra em pânico, pois sofre limitações das potencialidades anteriores.

A vulnerabilidade, frequentemente, é sentida como um retrocesso, e tanto mais difícil de se adaptar à nova situação quando anteriormente experimentou o sucesso, sem ficar prisioneiro pelas limitações impostas pela doença. O futuro desconhecido, a auto-imagem efectivamente desfigurada, os projectos eventualmente adiados ou até abandonados, são perturbadores da auto-imagem. No meio de interrogações e frustrações poderá perder a própria identidade, carácter, valores, razões de auto-investimento e de viver com interesse.

A eventual situação de medo e angústia será tanto mais perturbadora quanto mais dificuldade o doente tiver em verbalizá-la, o que implica por parte de todos a necessidade de acolhimento empático e de escuta activa que desencadeie e sustente uma relação sadia que encaminha para o realismo.

A separação da família, dos amigos, da vida profissional, social levam a comparar-se com aqueles que tiveram um desfecho negativo e que provavelmente poderá ser também o seu.

A doença pode causar no indivíduo sentimentos que influenciarão as relações e percepções iniciais e posteriores (Vilagrassa, 1991:23). A mesma autora, refere ainda, que embora a hospitalização proporcione alívio, os doentes ficam aterrorizados perante a ideia de se colocarem nas mãos de pessoas que são capazes de enfrentar algo mais forte do que eles e que, para melhor ou pior, têm de depositar nessas pessoas a sua confiança (Vilagrassa, 1991:23).

O momento do internamento representa para a maioria dos doentes uma nova experiência, principalmente, pelo facto de ser um meio totalmente desconhecido, pelo que se torna importante que os enfermeiros estejam atentos à componente psicológica que se desenrola neste processo.

Durante o acolhimento do doente é necessário saber analisar o impacto que a doença e a hospitalização poderão vir a causar ao indivíduo, assim como, compreender as repercussões que daí poderão advir, quer a nível pessoal, quer a nível familiar.

A hospitalização, como consequência da doença, pode tornar-se uma ameaça às necessidades individuais de segurança e identidade, sujeitando-se o doente a um stress psicológico ou ansiedade. Por outro lado, numa situação de hospitalização,

o papel do doente nem sempre é aceite por ele próprio, podendo levar o indivíduo a refugiar-se numa atitude de submissão e de expectativa passiva.

Segundo Busquets (1991:17), a hospitalização é uma situação que pode aumentar a depressão estando presente a sensação de perda das suas funções habituais e das suas relações interpessoais. Pelo facto de não conseguir realizar as suas rotinas habituais, sente-se inválido na sua intimidade. Daí que, o enfermeiro deverá ser uma presença constante e representativa de um sentimento de ajuda e de apoio.

Como refere Harmer e Henderson (1995), nos *“doentes hospitalizados, o medo esconde-se muitas vezes atrás da indiferença ou de alegria”*, sendo, muitas vezes, estas as formas que os doentes encontram para se manifestarem perante uma situação de doença, sobretudo se a hospitalização se verificar.

O homem doente vive uma situação nova de dependência, daí que um bom contacto inicial entre enfermeiro/doente no momento de admissão seja fundamental para manter a homeostasia psicológica numa primeira abordagem.

O doente procura no hospital o rigor da técnica, mesmo que seja desagradável ou penosa, a competência científica do corpo hospitalar, o melhor tratamento e a melhor resposta para o seu problema vital, um diálogo constante sobre a doença e suas consequências, com e sem intervenção. Tem que se aceitar o doente tal como ele é: frágil e incrédulo, agressivo e meigo, astuto e confuso e adaptar as técnicas de comunicação.

Face ao referido, realçamos a importância de os enfermeiros se consciencializarem para as consequências que o impacto psicológico da doença e da hospitalização podem motivar no doente. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve compreender a importância do primeiro contacto que se estabelece com o

doente, adoptando atitudes que ajudem a encarar a hospitalização de uma forma mais positiva e minimizar o impacto psicológico que se possa verificar, seja no momento de admissão ou mesmo no decorrer do internamento.

1.2. Experiência Cirúrgica

A cirurgia surge na vida do Homem como um factor adverso, mesmo que esta ocorra de forma programada, poderá provocar desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e sócio-familiares.

A cirurgia é uma experiência única para cada doente, dependendo dos factores psicossociais e fisiológicos subjacentes presentes em cada experiência. Assim, não há duas pessoas que reajam de igual modo a cirurgias semelhantes, nem uma pessoa reage sempre de maneira igual em diferentes cirurgias (Long, 1999).

A cirurgia é sempre um fenómeno traumatizante. Qualquer método cirúrgico por mais pequeno que seja, contém um certo grau de risco (Luckman e Sorensen, 1996).

Fácil será de prever que um doente ao ser confrontado com uma intervenção cirúrgica vai criar uma situação geradora de ansiedade, provocando-lhe reacções típicas e próprias (Gonçalves, 2003).

A experiência cirúrgica decorre em várias etapas, Brunner e Suddarth (1985) consideram a existência de três fases: pré-operatório, intra-operatório, pós-operatório, que na sua totalidade constituem o chamado período perioperatório.

A palavra perioperatório refere-se aos eventos ocorridos durante todo o período cirúrgico, desde o preparo para a cirurgia até à recuperação dos efeitos temporários da cirurgia e da anestesia (Luckman e Sorensen, 1996).

Este período perioperatório, como acima é referido, está dividido em três fases:

- Pré-operatório – período que decorre entre o momento da decisão de realizar a intervenção cirúrgica até à transferência do doente para o bloco operatório;
- Intra-operatório – período que decorre desde que o doente é recebido no bloco operatório até à sua saída para a sala de recobro ou unidade de internamento;
- Pós-operatório – período que decorre desde o momento da admissão na sala de recobro ou unidade de internamento até à total recuperação do doente.

O pré-operatório é considerado por muitos autores como essencial no decurso de todo o processo cirúrgico.

Os doentes respondem de forma diferente à cirurgia. Alguns recuperam com relativa facilidade de uma grande intervenção cirúrgica, enquanto outros sofrem de graves complicações após uma pequena cirurgia. Desta forma, o perfil do candidato determina a resposta individual e, por isso, influencia o resultado da cirurgia (Bolander, 1998).

Daí que, alguns factores pessoais devem ser considerados: idade, sexo, aspectos culturais e étnicos, situação sócio-económica, crenças religiosas, ocupação, estado geral de saúde, terapêuticas de uso corrente, mobilidade, estado hídrico e electrolítico, estado nutricional, nível de conhecimento relacionado com a cirurgia, capacidade de adaptação.

Geralmente, a equipa cirúrgica vê a intervenção como um conjunto de passos complexos, mas bem definidos, e com resultados previsíveis (Bolander, 1998).

No entanto, o doente que aguarda a cirurgia está perante o desconhecido. Muito embora, mesmo em última instância, a cirurgia seja benéfica, o procedimento cirúrgico, ainda que classificado de "pequena cirurgia", é sempre traumático para o doente (Bolander, 1998).

Muitos doentes não sabem o que esperar antes, durante ou depois da cirurgia, nem sabem o que a equipa espera deles.

A cirurgia invade o corpo constituindo uma importante ameaça para o bem estar fisiológico e psicológico.

O enfermeiro pode ajudar a ultrapassar a situação traumática, através de informações acerca dos acontecimentos do perioperatório e de apoio emocional ao doente e pessoas significativas.

A cirurgia pode interferir com muitos aspectos da vida da pessoa. Embora pretenda ser benéfica, constitui uma ameaça à capacidade individual para satisfazer as necessidades fisiológicas e psicológicas básicas.

A hospitalização e o traumatismo cirúrgico prejudicam, com frequência, o bem-estar psicológico do doente e por vezes da sua família. A natureza invasiva da cirurgia ameaça a imagem corporal. A cirurgia que provoca alterações físicas na aparência, particularmente a perda de partes do corpo ou da sua função, pode levar a pessoa a sentir-se marcada ou mutilada, prejudicando a sua recuperação.

O doente que enfrenta a cirurgia tem inúmeras decisões a tomar; isto pode envolver ameaça, provocando tensão, podendo o doente não conseguir identificar a causa.

1.3. Necessidades Humanas Básicas

Segundo Daniel (1989), necessidades básicas são *“os instintos inatos que levam o homem a movimentar-se, repousar, dormir e retirar do meio exterior recursos próprios indispensáveis à conservação e restauração psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual da sua vida e à evolução do nível desta”*.

O homem é um ser biopsicossocial e espiritual que possui necessidades básicas para poder sobreviver. Em relação à teoria das relações humanas, é considerado, um animal complexo dotado de necessidades complexas e diferenciadas. São essas necessidades que orientam o comportamento humano e lhe permitem alcançar os seus objectivos.

Vários autores hierarquizaram as necessidades humanas básicas que influenciam o comportamento humano utilizando a classificação de Maslow. Este autor apresenta o Modelo de Satisfação das Necessidades Básicas, para explicar que a satisfação é obtida através da resposta do indivíduo face às suas necessidades (Chiavenato 1989:121), Maslow refere-se a uma hierarquia de necessidades, pelo facto de o homem expandir as suas necessidades no decorrer da sua vida.

Assim que uma necessidade é satisfeita, é imediatamente substituída por outra a satisfazer, dando origem a um processo contínuo desde o nascimento até à morte.

Os níveis mais elevados das necessidades surgem somente quando os níveis inferiores forem atingidos.

Virgínia Henderson (1999:25) incorpora os princípios fisiológicos, psicológicos e sociológicos no seu conceito de enfermagem, revelando que um equilíbrio fisiológico implicava um equilíbrio psicossociológico e vice-versa. Para que esse

equilíbrio existisse, deveriam estar satisfeitas as catorze necessidades humanas básicas de Maslow que Henderson estabeleceu na sua teoria e que são a base dela.

Segundo Henderson (1999:25), *“uma necessidade é algo de que se precisa e são falta de qualquer coisa”*. Toda a necessidade está intimamente relacionada com o estado de satisfação/insatisfação de outras necessidades. O seu efeito sobre o organismo é sempre global e nunca isolado.

Para qualquer indivíduo, o nível de comportamento inerente ao estado de saúde é determinado pelos seguintes aspectos:

- Significado dos sintomas;
- Capacidade de avaliação;
- Evidência e incerteza em relação a ele;
- Temor do desconhecido;
- Habilidade e assistência clínica;
- Grau de confiança;
- Grau de confiança das pessoas a quem é solicitado o auxílio;
- Expectativas quanto ao estado da doença.

E por conseguinte, todas as percepções individuais sofrem influência de factores como:

- Tensão psíquica;
- Nível sócio-económico-cultural;
- Profissão;
- Amor próprio.

Para Félix (1994:9), *“o pessoal da saúde deve reconhecer as carências dos utentes para prestar todo o apoio, satisfazendo as suas necessidades”*. É de toda a importância a preservação da dignidade do doente. Cada doente deverá ser visto com as suas características próprias e, conseqüentemente, com diferentes padrões de comportamento, daí a reacção ao internamento variar de indivíduo para indivíduo. De acordo com Beland (1999), *“o atendimento de cada paciente deveria basear-se em suas necessidades individuais”*.

Relativamente ao atendimento do doente, o enfermeiro deverá ter a preocupação em identificar juntamente com ele as necessidades não satisfeitas, levantar os problemas que poderão bloquear a satisfação das necessidades e planear os meios de satisfazê-las. A este respeito, Lucman (1989:24), afirma *“a enfermagem envolve a identificação das necessidades que um utente tem e o desenvolvimento de modos hábeis e saudáveis para a satisfação dessas necessidades”*.

Para que se proceda a uma correcta planificação dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem-se interrogar acerca das necessidades mais importantes e prioritárias e satisfazê-las com o objectivo de encontrarem as soluções mais adequadas.

CAPITULO 2 – ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM

2.1. Acolhimento de Enfermagem

O conceito de acolhimento em enfermagem pode definir-se como a relação estabelecida com o doente que se inicia no momento da admissão no serviço. Nesta perspectiva, o enfermeiro durante o acolhimento deve estar atento para os aspectos psicológicos e emocionais, para os sentimentos e pensamentos que possam existir, transmitindo confiança ao doente nos cuidados que lhe são prestados.

Durante o processo de acolhimento, procura-se proporcionar ao doente um estímulo, tendo em vista a participação no seu tratamento e fortalecer a sua confiança.

O primeiro contacto do doente com o enfermeiro que o acolhe é na maioria das vezes determinante para a relação enfermeiro/doente no futuro.

A hospitalização representa para o doente um acontecimento significativo que pode ser analisado em duas vertentes. Por um lado a procura de ajuda para satisfazer uma necessidade, por outro, a ansiedade manifestada pela separação dos rostos e lugares familiares, ao entrar em contacto com um local desconhecido.

O acolhimento, não é um acto pontual, este inicia-se no momento da admissão do doente e prossegue no dia a dia, aquando a prestação de cuidados de enfermagem.

Para os enfermeiros, acolher é o iniciar de uma relação que se pretende de ajuda. Não se trata apenas de uma acto inicial de admissão do doente num serviço de internamento.

Para Formarier (1984) citado por Vitória (2001:10) o *“...acolhimento é uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro. Não é um acto, é um estado mental, disposição interna, a forma de pensar e sentir do enfermeiro, expressos por meios de modos de ser, de acções de ajuda...”*.

Santos (1997:19) cita Carneiro, que define acolhimento *“...como uma atitude não de mera hospitalidade, mas inserido num contexto de mais profunda relação humana (...) deve ser cada vez mais uma técnica de relação humana que procura receber bem...”*.

O doente que procura um serviço de saúde é, uma pessoa com identidade própria, com um determinado papel e estatuto na família e na comunidade a que pertence e claro que possui necessidades psicológicas e sociais, tanto como necessidades físicas.

Apesar da maior parte das pessoas a admitir em meio hospitalar ser desconhecida para a equipa de enfermagem, há determinados sentimentos como emoções e expectativas que são praticamente universais entre aqueles que são admitidos. Compreender estas emoções e expectativas pode ajudar no desenvolvimento da relação entre enfermeiro/doente em todas as situações.

Em 1992, foi criada em Portugal a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade em Saúde, a qual elaborou um Plano Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, onde são implementadas medidas concretas em relação à recepção e acolhimento dos doentes dos serviços de saúde. Neste plano é referido que o acolhimento do doente deverá obedecer aos seguintes princípios e serem encarados como direitos:

- Disponibilidade para informar e facilitar, com o apoio logístico possível nomeadamente ao doente internado;
- Acompanhamento por pessoal hospitalar nos vários circuitos de acordo as suas necessidades;
- Acompanhamento por parte de, pelo menos, um familiar sempre que essa seja a vontade do próprio doente;
- Possibilidade de utilização do telefone, pelo que deverá ser provida a instalação de telefones portáteis;
- Garantia de privacidade e dignidade do doente, de acordo com os condicionalismos vigentes e suas necessidades;
- Informação do seu estado de saúde, bem como dos tratamentos que lhe são ministrados;
- Se for criança, tem direito a estar acompanhado por um dos pais ou quem os substituir.

Para além do acolhimento, são referidas neste plano algumas normas sobre o acolhimento dos familiares, onde se apela essencialmente à delicadeza, compreensão e desburocratização, assente num princípio de que o homem é alguém que pensa, sofre e tem medo, sobretudo quando não sente o conforto de uma visão ou de uma presença de carinho e simpatia.

2.2. Princípios Orientadores do Acolhimento

No momento de admissão do doente no hospital, o comportamento dos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, é decisivo para que o doente se sinta confiante e seguro.

Nesta perspectiva, ao preparar o acolhimento do doente, é necessário analisar o impacto que a doença e a hospitalização podem causar no indivíduo, como também se torna necessário compreender as repercussões que daí poderão advir, assim, torna-se importante criar condições que beneficiem o acolhimento.

É no momento da admissão que o doente se sente mais desprotegido e inseguro, pelo que se deverão desenvolver esforços no sentido de exteriorizar interesse, simpatia e compreensão no primeiro momento do doente no Hospital (Roxo 1989:8).

De acordo com Bolander (1998:428), possivelmente mais do que qualquer outra actividade que afecta a percepção da pessoa em relação ao internamento é à visão da forma como foi acolhida no serviço onde irá ficar hospitalizado. As primeiras impressões na maioria das vezes são as que mais perduram.

No processo de admissão do doente, os passos fundamentais são: ajudá-lo a sentir-se à vontade e inspirar-lhe segurança e confiança. O sentimento de segurança e confiança é facilmente alcançável na presença do enfermeiro que se demonstre compreensivo e que se interesse em ajudar o doente a atingir o máximo conforto.

Para que o doente se sinta mais à vontade no processo de admissão é imprescindível que conheça a estrutura da instituição hospitalar bem como as suas necessidades diárias. De acordo com Carapinheiro (1993:45), se o doente tiver conhecimento dos espaços, do tempo dos procedimentos e dos circuitos hospitalares, *“permite-lhes fazer a desmontagem dos mecanismos que compõem o aparato hospitalar (...) dando-lhe acesso a uma representação inteligível do funcionamento hospitalar”*.

Ainda segundo a mesma autora, se se desmistificarem as relações de poder relativamente ao pessoal hospitalar, é possível favorecer um clima de confiança que beneficie as suas relações com a Equipa de Saúde e, até mesmo, a interacção com os outros doentes.

A recepção e o acolhimento que se faz ao doente no momento da admissão torna-se importante, na medida em que irá determinar a relação entre o doente, família e os profissionais do serviço. A relação que se estabelece nesse momento deve ser o elemento básico do trabalho dos enfermeiros responsáveis pelo acolhimento.

Para Busquets (1991:18), *“a relação deve começar pelo respeito dos direitos do doente qualquer que seja a sua situação económica, social, cultural, pela preservação da privacidade e da sua individualidade, factores que devem ficar bem explícitos desde o primeiro contacto com o hospital no momento do internamento...”*.

O acolhimento tem como finalidade, por um lado, ajudar o doente e família a eliminar sentimentos negativos que possam surgir e, por outro, permitir aos enfermeiros dar informações sobre questões que os preocupam, bem como sobre aspectos da organização da instituição e do serviço que deve conhecer para se sentir seguro.

A grande preocupação do doente, quando dá entrada numa instituição hospitalar, relaciona-se com a separação dos rostos e dos lugares familiares.

O facto de ficarem sem as suas roupas e modificados no seu aspecto, fá-los sentir que perderam a sua identidade, para além de aumentar a sua fragilidade e de os tornar mais sensíveis a eventuais alterações de humor dos profissionais que lhes prestam cuidados.

Segundo Vilagrasa (1991:28), o acolhimento do doente deve revestir-se de alguns pressupostos:

- Saber o que representa para o doente ter um problema de saúde que motive o internamento;
- Estabelecer uma comunicação e relação com o doente e família de acordo com as suas necessidades;
- Ajudar o doente e família a enfrentar uma nova situação;
- Identificar os processos operativos que se devem iniciar desde a admissão, com a finalidade de melhorar as relações com os grupos profissionais e a gestão dos recursos humanos;
- Valorizar as necessidades de cuidados básicos do doente.

Desta forma, e de acordo com os propósitos enunciados, o acolhimento que se deve proporcionar ao doente, implica um atendimento que considere o doente de uma forma holística, nas suas componentes biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, encarando o doente como uma pessoa. Nesta perspectiva, torna-se importante que se estabeleça uma relação com o doente e família, criando-se espaços onde se possa iniciar o trajecto para a sua recuperação, manutenção ou promoção de hábitos de vida saudáveis.

Compete aos enfermeiros procurar ultrapassar barreiras, que dificultem um bom acolhimento, de forma a proporcionar ao doente uma boa adaptação. Devem dar observância a alguns aspectos que vão de encontro aos propósitos já mencionados, dos quais salientamos os referidos por Elhart (1991:138):

- Apresentar-se ao doente;
- Orientar o doente dentro da enfermaria ou do quarto e indicar-lhe os aspectos gerais do ambiente hospitalar e clínico;

- Explicar-lhe as funções das pessoas responsáveis pela sua assistência;
- Rever e explicar ao doente as finalidades e particularidades das autorizações e outros documentos que ele tenha assinado;
- Assegurar-se que o doente sabe quem é o seu médico assistente durante o internamento;
- Explicar ao doente os direitos que lhe assistem;
- Recolher um conjunto de dados básicos referente ao doente;
- Em colaboração com o doente formular objectivos a curto e longo prazo para fazer o seu plano inicial de alta.

É ainda importante não esquecer a manutenção da personalidade do doente; o enfermeiro pode ajudar a manter a sua identidade dirigindo-se ao doente pelo seu nome, respeitando as suas preferências e sendo o mais flexível possível.

Também o conhecimento dos dados pessoais poderá dar um contributo importante na assistência a prestar ao doente informações, tais como: a idade, estado civil, escolaridade, ocupação profissional e outros que orientam o enfermeiro relativamente à forma de efectuar o acolhimento.

O acolhimento dos doentes no Hospital é um acto de assistência de enfermagem. Na nossa realidade é ao pessoal de enfermagem que compete fazer o acolhimento, os cuidados de enfermagem são cuidados por excelência, síntese de algumas particularidades técnicas em que a relação/comunicação desempenha um papel básico fundamental para o bem estar do doente e uma boa relação de ajuda.

É ao enfermeiro que compete acolher os doentes, assim passamos a enumerar algumas razões:

- O enfermeiro é agente de humanização;
- O enfermeiro conhece as variáveis que podem exercer influência no doente;
- O enfermeiro é um técnico em relações humanas;
- O enfermeiro sabe inspirar confiança;
- O enfermeiro conhece os mecanismos da comunicação;
- O enfermeiro conhece em rigor as vantagens de um bom acolhimento;
- O enfermeiro preocupa-se com o doente, família e comunidade.

Existe todo um determinado tipo de comportamentos e acções por parte dos enfermeiros que proporcionam uma boa relação de ajuda. Estes comportamentos, também denominados por atitudes terapêuticas, incluem: demonstração de cortesia, compreensão, interesse, empatia, bondade, aceitação, calor humano, firmeza, apoio e estabelecimentos de limites, permitindo a transferência de ideias e sentimentos, não exigindo ou julgando, enfatizando os aspectos sadios da personalidade, ajudando a pessoa a compreender o seu comportamento e a encontrar meios de adaptação.

2.3. Componente Relacional dos Enfermeiros

Durante muitos anos, foi no modelo biomédico que assentou na prática dos cuidados de enfermagem. Era dado um maior relevo às competências técnicas, à arte dos que prestavam cuidados, advindo daí a importância, de certa forma exagerada, à primazia dos conhecimentos técnicos em detrimento da componente relacional.

Na enfermagem, a relação estabelecida com o doente tem como objectivo, ajudá-lo a satisfazer as suas necessidades fundamentais. Lazure (1994:13), refere que *“... para se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve em primeiro lugar, saber acreditar no cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor básico para o resolver...”*. Para ajudar, o enfermeiro deve acreditar e confiar nas capacidades do doente como pessoa.

Nesta perspectiva, iremos reflectir sobre a forma como os enfermeiros se relacionam com os doentes, por considerarmos um aspecto de grande importância. Basta observarmos como esta componente é muitas vezes valorizada pelos doentes e como determina o seu grau de satisfação relativamente aos cuidados que lhe são prestados.

A função de cuidar viu a sua concepção modificar-se completamente com o emergir da medicina científica.

Surgem os modelos que dão um maior relevo ao processo interpessoal como reacção á ênfase atribuída ao complexo técnico, como refere Angerami (1988), colocando uma tónica nas competências relacionais como suporte a todo o complexo técnico-científico do processo de cuidar.

Dado que são os enfermeiros os profissionais de saúde que mais contactam com os doentes, estes esperam deles um atendimento que vá ao encontro das suas necessidades, exigindo que a nível relacional lhes seja dada maior importância.

A componente relacional não se limita a conhecimentos e habilidades demonstradas, como refere Sundeen e outros (1985). Completa-se através das qualidades pessoais que cada um possui e deve cultivar. Toda a relação é indispensável ao cuidar, desenvolvendo-se através dela todas as etapas do processo de enfermagem. É por isso, necessário que todos os enfermeiros

possuam e desenvolvam a capacidade de se relacionar com o outro, seja ele doente ou outros profissionais.

O processo de cuidar está presente em vários autores, que consideram ser indispensável à relação interpessoal na prestação de cuidados. No entanto, consideram que a Enfermagem deve fundamentar a sua prática em conhecimentos científicos, aliados a valores humanísticos.

Assim, a par das competências conceptuais e psicomotoras, os enfermeiros devem possuir as competências relacionais, que lhes permitam dar suporte às reais necessidades dos doentes.

Angerami (1988), refere ainda, que os doentes que necessitam de cuidados *“requerem cuidados holísticos que promovam o humanismo, a saúde e a qualidade de vida”*.

Consideramos, tal como a autora, que a Enfermagem deve atender a estes propósitos, pois assim a sua prática fundamentar-se-á nos conhecimentos científicos, aliados a valores humanísticos, onde o acto de cuidar só é efectivamente praticado de modo interpessoal.

Na prática da Enfermagem, a relação interpessoal é uma preocupação constante. O doente quando hospitalizado, se não sentir por parte do enfermeiro que o acolhe uma atitude de disponibilidade, de ajuda e de compreensão, sentir-se-á numa posição de inferioridade. Isso poderá ser evitado se o enfermeiro estabelecer desde o início uma relação de ajuda e tratar o doente com a dignidade que este merece.

A personalidade de quem presta cuidados é importante, na medida em que a qualidade desses mesmos cuidados vai depender da utilização terapêutica da

personalidade do indivíduo que cuida. Há alguns enfermeiros que reagem de uma forma fria e impessoal, executando apenas as tarefas indispensáveis. Outros há que cuidam realmente, envolvendo os seus actos de carinho, simpatia e afecto aquando os momentos de contacto com o doente para que este se tranquilize (Sundeen 1981).

O enfermeiro deve estar atento para os aspectos referidos anteriormente, e utilizar estratégias adequadas ao doente, bem como à sua situação, de forma a ajudar a pessoa a identificar os elementos significativos relativos à sua problemática.

2.4. Cuidar em Enfermagem

Desde que o ser humano apareceu na Terra houve necessidade de cuidar, o que transforma o "cuidar" numa das mais velhas experiências da história da Humanidade (Rodrigues, 1996).

O acto de cuidar é inerente à própria vida, tal como refere Collière (1999), cuidar é um acto individual que prestámos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

O cuidar não existe sem a existência de uma relação afectiva entre cuidador e cuidado (Rodrigues, 1996).

Cuidar é intrínseco ao ser humano desde que existe a vida, existem cuidados porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer. Cuidar é um acto de vida (Collière, 1999).

O cuidar baseia-se num conjunto de actos que convergem para o bem da pessoa que é cuidada. Cuidar visa a realização do bem da pessoa alvo desse cuidado.

Veiga (1994), citada por Peixoto (1997), refere que o cuidar é ao mesmo tempo um fenómeno interpessoal e uma responsabilidade profissional.

Cuidar revela-se, então, como uma dimensão essencial dos cuidados de enfermagem e o seu valor mais alto está na relação enfermeiro/pessoa cuidada.

A enfermagem tendo por base uma filosofia humanista é centrada na pessoa. Este conceito é fundamental para a compreensão da natureza humana. Cuidar é a forma humana de ser (Roach, 1994, citado por Peixoto, 1997).

Acima de tudo, a prática da enfermagem é por natureza interpessoal e tem vindo a orientar-se cada vez mais para o "cuidar", valorizando dessa forma a tão necessária relação entre enfermeiro/doente, defendendo que se deve tratar de uma relação de ajuda dentro da qual devem ocorrer os cuidados de enfermagem (Rodrigues, 1996).

O cuidar tem de levar o enfermeiro a desenvolver cuidados personalizados, tendo em conta as capacidades, percepções e escolhas do doente, com vista a encorajá-lo a expor as suas preocupações e encaminhá-lo no sentido de ele próprio encontrar a resolução para os seus problemas, promovendo o seu auto-conhecimento e consciencializando-o de que esta recuperação depende principalmente de si.

Cuidados personalizados correspondem à prestação de cuidados centrados no atendimento das necessidades de cada doente, encarado como ser único, em permanente interacção com o meio envolvente, do qual recebe influências e ao qual influencia (Veiga, 1994, citado por Peixoto, 1997).

Com efeito, o enfermeiro deve estar atento e ser capaz de interpretar cada reacção do doente, cada comportamento, de forma a conhecer e compreender a pessoa, a fim de responder de modo particular às suas necessidades.

2.5 Relação de Ajuda (Relação Enfermeiro/Doente)

No acolhimento é importante estabelecer com o doente e família uma boa comunicação, como também é importante saber falar, escutar e apoiar o doente, devendo ser criadas condições e desenvolvidos mecanismos de ajuda que permitam ir ao encontro dos problemas e necessidades dos doentes, manifestada no momento do acolhimento ou durante o internamento.

Devido à sua natureza, a Enfermagem é uma profissão de ajuda. O enfermeiro deve adoptar atitudes que facilitem a relação entre ele e o doente.

A relação interpessoal que se estabelece deve ser considerada um elemento básico por parte dos enfermeiros responsáveis pelo acolhimento.

Segundo Berger (1995), a relação de ajuda ultrapassa as simples trocas funcionais. Uma ligação entre o enfermeiro e o doente deve estabelecer-se sempre numa óptica de crescimento e de evolução.

Daí que Phaneuf e Grondin (1995) citados por Berger (1995), referem *“a relação de ajuda como sendo um verdadeiro cuidado, bem como uma comunicação baseada no respeito e na liberdade”*.

Consideramos que cabe ao enfermeiro promover e estabelecer esta relação, respeitando e dando a máxima liberdade ao doente para que este possa expressar os seus sentimentos e problemas.

A relação de ajuda é comum a todas as profissões que impliquem ajuda. Segundo Dennise Paul citada por Berger (1995:49), a relação de ajuda em Enfermagem é *“a relação enfermeiro-utente é um processo interpessoal que visa facilitar ao utente que atravessa uma etapa em que sofre uma grande modificação na sua forma social, a integração máxima da sua experiência como pessoa”*.

A mesma autora refere que, a definição atrás citada vai buscar as suas raízes, à filosofia humanista uma visão global dos cuidados.

Para Travelbee citado por Marriner (1989:132), a *“relação de ajuda é uma experiência ou uma série de experiências de aprendizagem entre um enfermeiro e cliente, tendo em vista satisfazer as necessidades deste último”*.

A relação de ajuda é uma relação que se vai desenvolvendo à medida que as interacções se estabelecem numa atitude de confiança. Ajudar é um gesto natural. Contudo, a intenção e o assunto das acções de ajuda suscitam algumas questões. Entrar em relação de ajuda com um doente é um processo exigente e complexo, mas gratificante. A relação de ajuda é um tipo de interacção fundamental á disposição dos profissionais para que organizem um sistema de comunicação adequado. Trata-se de uma forma de comunicar, guiada por saberes e técnicas que podem permitir à pessoa caminhar no seu presente.

Outros autores, referem que a relação de ajuda deve ir mais além da aplicação de técnicas e conhecimentos. Pressupõe uma concepção unificada de pessoas, de ajuda e das maneiras de fazer e de ser. Para dispensar esta ajuda, requer por parte do enfermeiro um bom conhecimento pessoal (crenças, valores, experiências passadas) e teórico sobre os quais se apoiem as suas observações, o sentido que lhes dá e as intervenções que decide aplicar (Chalifour 1989:132).

Existem diferentes tipos de compreensão empática:

- Compreensão verbal que requer uma compreensão do vocabulário utilizado;
- Compreensão lógica, que comporta uma relação de causalidade ou de sequência lógica;
- Compreensão empática que tente apreender os dados no sentido de compreender o doente tal como ele é.

Para que tal aconteça, o enfermeiro deve demonstrar que:

- Compreende o que vive o doente;
- Faz compreender ao doente que o enfermeiro se interessa por si;
- O doente é importante.

Para que se verifique uma relação de ajuda, salientamos que devem ser criadas condições favoráveis à presença de empatia. Falta de tempo e disponibilidade são referidos como factores desfavoráveis a uma relação de ajuda.

Além das atitudes referidas, deve estar presente o respeito caloroso.

Para Rogers e Kinget citado por Chalifour (1989:35), *“o doente é respeitado não por causa do seu mérito, dignidade ou competência particular, mas devido a qualidades particulares, tais como: sinceridade, coragem, cooperação e inteligência que pode manifestar durante as intervenções”*.

Neste sentido, o enfermeiro ao ajudar o doente, procura respeitar a sua unicidade. Ajudá-lo de uma forma progressiva é procurar as suas próprias respostas e questões, é manifestar um certo compromisso para com o doente, é indicar-lhe que se sente interessado pela sua presença, que é importante, é escutá-lo e pedir-lhe a sua opinião e olhá-lo no momento em que fala, é respeitar a sua integridade.

Ao escutar de forma atenta o doente, deve evitar fazer juízos de valor, pois essa atitude poderá ser nociva. Deverá, pelo contrário, desenvolver a capacidade de aceitação do doente e escutá-lo de forma não depreciativa.

Lazure (1994), refere que existem meios que o enfermeiro pode dispor para facilitar a escuta, tais como:

- Concentração;
- Escolha de local calmo e apropriado;
- Honestidade;
- Adoptar distância adequada demonstrativa de respeito pelo doente;
- Olhar para o doente sem no entanto fixar o seu olhar para não aumentar a sua ansiedade;
- Fazer silêncio dentro de si e reflectir antes de responder;
- Mostrar disponibilidade.

Numa relação de ajuda, destaca-se a empatia por ser importante para ajudar o doente. Esta permite compreender a linguagem verbal e não verbal do doente e a emoção subjectiva contida neste. Esta compreensão exige que o enfermeiro esteja centrado simultaneamente nas emoções do doente e na presença que este tem das suas próprias emoções, devendo ter consciência daquilo que ele vive e pôr de lado os seus sentimentos.

A compreensão empática não é fácil. Ela diminui a solidão do doente, devendo o enfermeiro certificar-se de que o doente o compreende sentindo que alguém se interessa por si.

Lazure (1994), refere que a empatia não é nem mágica, nem miraculosa, nem curativa. No entanto, ajudar o doente a exprimir o seu problema é proporcionar-lhe um momento de crescimento, de auto-conhecimento e de auto-realização.

Por outro lado, a mesma autora refere, que na relação de ajuda existem algumas capacidades que facilitam a manifestação de empatia, tais como:

- Identificar de forma correcta as emoções;
- Compreender a intensidade das emoções;
- Ajudar a exprimir as emoções;
- Comunicar utilizando linguagem apropriada e compreensível.

Berger (1995:21), refere que *“a empatia é a pedra angular de toda a relação de ajuda”*. A ausência de empatia por parte dos enfermeiros atrasa a evolução do estado dos doentes, podendo mesmo agravar esse estado.

Uma outra atitude que o enfermeiro deve exprimir numa relação de ajuda, segundo Chalifour (1989), é a autenticidade, sendo este um estado de acordo interno entre o que a pessoa é realmente, o que pensa e sente e o que comunica. Esta é também indispensável para que a ajuda seja possível.

Contudo, ser autêntico não significa comunicar tudo o que se vive, sem discernimento. O enfermeiro deve identificar as suas vivências na relação com o doente, tendo em conta as suas necessidades e as do doente.

A teoria da relação de ajuda tem a sua origem na filosofia de Carl Rogers, sobre a terapia centrada no doente. Esta possui em si mesmo uma grande quantidade de recursos para a auto-compreensão, para mudar a sua imagem e as suas atitudes psicológicas, a ideia de auto-realização, refere-se à tendência inerente da pessoa em desenvolver as suas capacidades e recursos e conseguir que as percepções do eu e as do mundo em que vive sejam concordantes. Até à consecução desta meta, são dirigidos esforços de enfoque centrado na pessoa.

Este método propõe estabelecer uma relação de segurança que transmite empatia e que esta seja sensível aos sentimentos do doente e suscite a sua capacidade de comunicação.

Adam (1995), refere que numa equipa de saúde, os profissionais anseiam ajudar o doente num clima de confiança e de comunicação terapêutica. Sendo a Enfermagem uma profissão que tem em conta as relações interpessoais e a relação de ajuda, não é só uma das características próprias da nossa profissão mas uma condição.

Ainda segundo a mesma autora (Adam 1995:91), *“... seja qual for a concepção que orienta a enfermeira nas suas actividades profissionais, a relação de ajuda é indispensável, a ponto de qualquer esquema de referência conhecido se revelar inútil se não existir essa relação...”*.

CAPITULO 3 – COMUNICAÇÃO NO ACOLHIMENTO

3.1. Importância da Comunicação

A comunicação ocupa um lugar primordial na relação com o doente, faz parte integrante da prática de enfermagem, e como refere Bernardo (1991:2) “...traduz-se em saber escutar, ouvir, acolher e compreender a situação dos outros de uma forma empática...”. Esta atitude do enfermeiro é fundamental quando se pretende encetar uma relação com o doente.

Comunicar é partilhar pensamentos, intenções, ideias, sentimentos, desejos, conhecimentos, é igualmente transferir, fazer ver, fazer sentir, dar a conhecer, investir, contagiar. Uma certeza porém nos fica, é no fundo um processo de reciprocidade que permite o relacionamento entre os seres humanos e destes com o ambiente.

De uma forma genérica, a comunicação humana é usada para informar, animar, distrair e, se olharmos sob o prisma de ajuda, é uma transacção.

Segundo Roper (1990:124), “o homem é essencialmente um ser social e passa a maior parte de cada dia a comunicar com outras pessoas de uma forma ou de outra. A actividade de comunicação é portanto uma parte integrante de todo o comportamento humano.”

Podemos então dizer que a comunicação é um fenómeno dinâmico, através do qual a pessoa transmite os seus pensamentos, sentimentos, ideias e atitudes que possibilitam e garantem a dinâmica grupal e social. É algo profundo e muito próprio de cada ser, interagindo com cada um de nós, cada instante. O homem para se entender a si próprio necessita de ser entendido e, para ser entendido, ele necessita entender o outro.

Para que a comunicação se estabeleça e se mantenha, é necessário que se coloquem em prática certas qualidades, tais como, a congruência, a atenção positiva, a confidencial e empática. A comunicação entre dois ou mais indivíduos para ser verdadeira e autêntica, deve ser uma comunicação entre pessoas independentes, despidas de qualquer artifício que mascare a experiência subjectiva. Ela deve fazer desta última o único vínculo fundamental entre os seres. É por esse lado mais íntimo que os seres estão mais próximos em simultâneo da sua experiência pessoal e da dos outros, podendo comunicar entre si de uma maneira mais autêntica.

Em cuidados de saúde, a comunicação constitui um aspecto central a ter em conta, na medida em que estes assentam essencialmente na relação entre pessoas.

É a própria Organização Mundial de Saúde que alerta para a importância que deve ser dada à melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes.

A humanização dos cuidados, aliados à qualidade, só se torna possível se os doentes participarem nas decisões relativas aos seus próprios cuidados, ajudando-os a fazer uma escolha esclarecida através de uma informação pertinente.

No internamento hospitalar a informação é essencial, necessária e precisa de ser comunicada. Durante o acolhimento o enfermeiro deve ter presente que uma pessoa ansiosa não consegue, devido a situação em que se encontra, reter normalmente muita informação. Assim, deve transmitir-se apenas a informação necessária e adoptar atitudes que possam facilitar a comunicação, nomeadamente, capacidade de escutar e dar *feed-back*.

No processo de acolhimento ao doente, a comunicação deve ser dirigida a objectivos que permitam e facilitem a integração do doente ao meio hospitalar, ajudando-o a adaptar-se à sua nova situação. Nesta perspectiva, num primeiro contacto, o enfermeiro deve facilitar o envolvimento do doente transmitindo-lhe o seu interesse e a sua aceitação, encorajando-o a exprimir-se e a revelar as suas necessidades, problemas e preocupações.

Uma boa relação terapêutica é fundamental no binómio enfermeiro/doente, o que põe à prova a empatia e o calor humano, para manter a homeostasia bio-psico-social dos indivíduos. Neste contexto, o enfermeiro para além da componente profissional que é exigida, deve sobressair como elemento dinâmico da humanização. Saber comunicar é assumir-se através de uma linguagem humanizada que, só favorece e estimula as relações com os doentes.

A enfermagem considera como principio fundamental, manter bem presentes os esquemas de relações humanas preservando e enfatizando a relação enfermeiro/doente a fim de dar à rotina hospitalar um sentido positivo, para que a doença seja encarada como um percurso a mais na vida, com um horizonte próximo de cura e não a ideia de invalidez e o próprio sentimento de fim de vida.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPITULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

A Contextualização Metodológica da Investigação é de extrema importância para o processo de aprendizagem e tem de ser conduzida com total rigor científico, de forma a assegurar a qualidade e fiabilidade dos resultados. Para Fortin (2003:40), *“no decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de Investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”*.

Fortin (2003:108), refere ainda que *“...a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”*.

Ainda segundo a mesma autora (Fortin, 2003:131), esta fase *“...consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”*.

Em qualquer estudo, é imprescindível a existência de metodologia, pois é através desta que se estuda, descreve e explica os métodos a utilizar.

O Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001:2459) define metodologia como sendo a *“...estrutura baseada na análise de fenómenos e na organização de processos e princípios, permitindo a aquisição de conhecimento”*.

Assim, metodologia pode ser entendida como sendo um procedimento que nos auxilia a encontrar uma via a seguir com a finalidade em atingir determinada meta, devendo o investigador ter “arte e engenho” no modo como selecciona o caminho mais apropriado.

Os passos e meios que conduzem aos resultados, dependem da criatividade do investigador, no entanto, existem factores que fazem parte de qualquer pesquisa

científica, como sejam: os objectivos do estudo, a pergunta de partida, as variáveis, o tipo de estudo, a selecção da amostra, a recolha de dados, sua análise estatística e interpretação.

1. Objectivos e Finalidade do Estudo

Segundo Fortin (2003:40), *“o objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever ou predizer tal fenómeno”*.

Este estudo tem como Objectivo Geral:

- Estudar o acolhimento de enfermagem como necessidade pré-operatória do doente cirúrgico.

E como Objectivos Específicos:

- Estudar a importância atribuída pelo doente ao acolhimento no período pré-operatório.
- Estudar se os doentes consideram adequado o acolhimento de enfermagem.

A Finalidade deste estudo visa:

- Contribuir para a melhoria da prestação de Cuidados de Enfermagem a nível do acolhimento do doente cirúrgico;
- Contribuir para uma melhor adaptação do doente pré-operatório ao processo de admissão no serviço de cirurgia para realização de procedimentos cirúrgicos.

2. Tipo de Estudo

O tipo de estudo é visto por Fortin (2003:133) da seguinte forma: *“A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação (...). O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre as variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”*.

Existe uma variedade de tipos de estudos passíveis de serem utilizados num estudo de Investigação, a sua escolha adequada será fundamental de modo a facultar a operacionalidade do estudo, para a obtenção de respostas à pergunta de partida.

De acordo com o objectivo geral, para a realização deste estudo, será aplicada uma metodologia do tipo exploratório descritiva inserida no paradigma quantitativo.

Os estudos descritivos fazem a descrição das características de determinada população ou fenómeno, ou então fazem o estabelecimento de relações entre conceitos (Fortin, 2003:162).

Segundo Fortin (2003:22), *“o método quantitativo tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos”*.

Ainda segundo Fortin (2003:162), *“o objectivo do estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo. São procuradas as relações entre os*

conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno, mas o exame dos tipos e dos graus de relações não é o objectivo deste nível de investigação”.

3. Questões de Investigação

Segundo Fortin (2003:101), *“a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.*

Segundo Fortin (2003:58), é de grande importância que os investigadores considerem certos pontos ao anunciar a Questão de Investigação:

- Actualidade da Questão: ser apropriada às interrogações do momento presente, pertinente para a prática profissional e ter o potencial de contribuir para a aquisição de novos conhecimentos.
- Exequibilidade do Projecto: assentar num conjunto de recursos, tais como, a disponibilidade dos sujeitos, o seu consentimento, o tempo requerido para o estudo, os fundos necessários, o equipamento e o espaço, a colaboração de outros investigadores, a experiência dos investigadores e as considerações éticas.
- Significado e Importância da Questão para a Disciplina: ter o potencial de contribuir para o avanço dos conhecimentos de uma disciplina, ou para influenciar de alguma maneira a prática profissional.
- Operacionalidade da Questão: ser expressa em termos observáveis e mensuráveis, para além de ser clara e precisa.

A Questão de Investigação enuncia-se sob a forma de uma interrogação explícita no que se refere ao domínio a descrever e a explicar, com o objectivo de obter novas informações: trata-se de um enunciado que identifica os conceitos chave, determina a população alvo e sugere uma Investigação empírica.

Em função destas características as Questões de Investigação elaboradas foram:

- Os doentes admitidos nos serviços de cirurgia consideram adequada a forma como são acolhidos pelos enfermeiros?
- Qual a importância atribuída pelos doentes cirúrgicos à forma como os enfermeiros dão resposta à necessidade de acolhimento do mesmo?

4. População e Amostra

Fortin (2003:213), define população como *“uma colecção de elementos que partilham características comuns e é delimitada por critérios de selecção destes elementos”* para a mesma autora *“a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população inteira esteja representada”*.

A caracterização da população alvo é feita pelo investigador, que estabelece critérios de selecção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho. A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo.

A população alvo, refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações. A amostragem, é o procedimento pelo qual um

grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população, é escolhido de tal forma que, a população inteira esteja representada, o que nos dá a amostra, que é um subconjunto de elementos ou sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo.

A População Alvo deste estudo comporta os Doentes Internados em Serviços de Cirurgia do Hospital de São João – Porto (serviços de cirurgia geral homens, cirurgia geral mulheres e cirurgia vascular), no período de 25 de Agosto a 13 de Novembro de 2009, a amostra foi constituída por um número aproximado de 230 doentes propostos para cirurgia programada.

Os critérios de inclusão foram:

- Ter no mínimo o 4º. Ano de Escolaridade;
- Aceitar responder voluntariamente ao questionário;
- Ter idade superior a 18 anos;
- Ter capacidade para responder;
- Estar internado num serviço de cirurgia.

A amostra foi constituída pelos doentes que aceitaram participar no estudo. Trata-se de uma amostra de conveniência, uma vez que os sujeitos (doentes) são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local.

A amostra foi aleatória; os participantes no estudo foram os doentes internados nos serviços de cirurgia geral homens, cirurgia geral mulheres e cirurgia vascular para realização de cirurgia programada.

5. Definição e Caracterização das Variáveis

As variáveis são vistas por Kerlinger (1973, citado por Fortin, 2003:36) como *“qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças. É um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos”*.

Citando Fortin (2003:37) *“as variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, (...) algumas podem ser manipuladas outras controladas. Os tipos de variáveis mais correctamente apresentadas nas obras metodológicas são: 1) as variáveis independentes e dependentes, 2) as variáveis atributo e 3) as variáveis estranhas”*.

Uma vez que pretendemos realizar um estudo exploratório descritivo apenas serão definidas as variáveis atributo, que são aquelas que caracterizam os sujeitos seleccionados para o estudo.

Definimos para este estudo como variáveis atributo: a idade, o género, o estado civil, a nacionalidade, as habilitações literárias e a profissão, internamentos anteriores e internamentos anteriores no mesmo serviço.

6. Considerações Éticas

Quando uma pesquisa envolve pessoas, leva a preocupações éticas, portanto à protecção dos direitos dos indivíduos que participam numa pesquisa de Investigação.

Todo o sujeito tem o direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da Investigação, assim como, dos métodos utilizados no estudo, na qual vai intervir.

Todo o inquirido será devidamente informado dos objectivos do estudo, da possibilidade de acesso aos resultados e da confidencialidade dos dados brutos que serviram ao estudo.

Em relação à Ética em Investigação, Fortin (2003:114) diz que: *“a ética no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e arte de dirigir a conduta. Desta forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta. Para os especialistas, a ética significa a avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os regulamentos, as acções e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade”*.

Reynolds (1979, citado por Fortin, 2003:113) considera que qualquer Investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de Investigação determina directamente a natureza dos problemas que se podem colocar. Na descrição dos fenómenos naturais, que podem ser causa de efeitos favoráveis ou desfavoráveis, a responsabilidade do investigador no que concerne ao bem-estar dos sujeitos é mais reduzida.

Na elaboração desta dissertação foram registadas as normas éticas habituais para a realização de um estudo de Investigação. Assim, procede-se ao pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital de São João e à Comissão de Ética aí existente (Anexo 1).

O presente estudo visa directamente o Acolhimento de Enfermagem ao Doente cirúrgico no pré-operatório dos Serviços de Cirurgia do Hospital de São João –

Porto. Desta forma, foi necessário transmitir à Comissão de Ética desse mesmo hospital, através de um ofício, a intenção de se realizar um estudo nestes moldes, solicitando a autorização para a realização do mesmo, nomeadamente a aplicação do questionário

A aplicação do questionário só foi realizada, após a referida autorização ter sido concedida, de acordo com todas as implicações éticas e morais que suscita um estudo de Investigação.

7. Colheita de Dados

O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.

Neste estudo, o instrumento de colheita de dados a utilizar será a utilização de um questionário (Anexo 2). Segundo Fortin (2003:249), *“um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos”*, a mesma autora refere ainda que é *“um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis”*. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma, que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

Os questionários podem comportar diversos níveis de estruturação: podem conter questões fechadas, em que o sujeito é submetido a escolher as respostas possíveis e podem conter questões abertas que pedem respostas escritas da parte dos sujeitos.

Antes de proceder a uma colheita de dados, o investigador deve saber se a informação que deve colher com o instrumento escolhido é exactamente aquela que necessita para responder aos objectivos e às questões da sua investigação, para isso, deverá ter uma panorâmica dos diferentes elementos de colheita de dados disponíveis, bem como, as suas vantagens e inconvenientes.

Num estudo exploratório descritivo é finalidade do investigador obter maior quantidade de informação de modo a abranger diferentes aspectos do fenómeno.

Optou-se pela utilização de um questionário pelas seguintes razões:

- Limitação de tempo;
- Garantia de anonimato, facilitando por isso a participação;
- Proporcionar mais tempo para responder aos questionários;
- Não existir possibilidade para o investigador manipular o questionário;
- O questionário não se encontra sujeito aos horários do investigador.

O questionário elaborado está dividido em duas partes:

- Uma primeira parte: onde se caracteriza a amostra com perguntas fechadas;
- Uma segunda parte: onde foram elaboradas perguntas fechadas que orientam as respostas em função das questões do estudo de investigação.

Com a finalidade de testar o instrumento de colheita de dados, verifica-se a validade interna e operacionalidade, através de um pré-teste, que segundo Fortin (2003:253) *“consiste no preenchimento do questionário por uma pequena*

amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”.

Esta etapa é indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões. Este questionário foi efectuado a uma pequena amostra de doentes.

8. Técnicas de Tratamento e Análise de Dados

O presente estudo de investigação é de carácter quantitativo, envolve a colheita numérica recorrendo ao procedimento estatístico.

É recorrendo à estatística descritiva que permite reunir resultados de uma forma estruturada com o objectivo de obter uma imagem generalizada da população em estudo. A estatística descritiva é utilizada para descrever e sintetizar dados, médias e percentagens. Para Fortin (2003:368), estatística descritiva é *“valor numérico ou observação que descreve um conjunto de dados numéricos”*.

A análise dos dados e a comunicação dos resultados constituem a última etapa do processo de Investigação. Para que se possam tirar conclusões dos dados obtidos através do instrumento de colheita de dados é necessário organiza-los e tratá-los.

A colheita de dados foi efectuada através de um questionário, como já foi referido anteriormente.

Para uma melhor análise e compreensão dos dados obtidos, foi indispensável recorrer ao tratamento estatístico. Para tratamento dos dados usou-se o

programa estatístico denominado de pacote estatístico para as ciências sociais (SPSS) para Windows.

Os dados foram analisados recorrendo-se à estatística descritiva, e foram apresentados sobre a forma de gráficos e quadros.

CAPITULO 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

“...Apresentar os resultados é acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustrem os diversos resultados obtidos com as diferentes análises estatísticas (...) consiste em fornecer os resultados pertinentes no que diz respeito às questões de investigação ou às hipóteses”, refere Fortin (2003:337).

Neste estudo, os dados obtidos provenientes dos questionários foram registados e tratados em folha de Excel após codificação de cada categoria. Esta codificação foi feita pergunta a pergunta. De seguida utilizamos o programa de computador denominado de pacote estatístico para as ciências sociais (SPSS) usado em estudos quantitativos.

Após a colheita dos dados, através da análise dos questionários aos doentes no período pré-operatório, impõem-se a sua apresentação.

A informação encontra-se apresentada em vinte e três representações gráficas e três quadros. Os gráficos utilizados são gráficos circulares e de gráficos de barras, os quadros utilizados são quadros simples, de forma a assinalar a informação e evidenciar características interessantes que facilitarão a análise dos resultados, no sentido de os compreender, e clarificar a problemática do estudo, tendo em conta a fundamentação teórica efectuada.

Para a caracterização dos sujeitos da amostra, utilizaremos os dados relativos às variáveis de atributo.

A análise das questões de investigação será efectuada através dos seus indicadores: componente formal do acolhimento e componente relacional dos enfermeiros, que nos permite conhecer como está a ser realizado o acolhimento e o que valorizam os doentes no acolhimento feito pelos enfermeiros.

1. Caracterização da Amostra

Grupo Etário

Através da análise do gráfico 1, verifica-se que o grupo etário entre os 49–58 anos, é o que apresenta maior percentagem (38%), seguido dos grupos etários entre os 39–48 anos (23%) e entre os 58–63 anos (22%), o que nos permite concluir que 83% da amostra tem idade igual ou superior a 39 anos e inferior a 69 anos, à data não foi inquirido nenhum doente com idade igual ou superior a 79 anos.

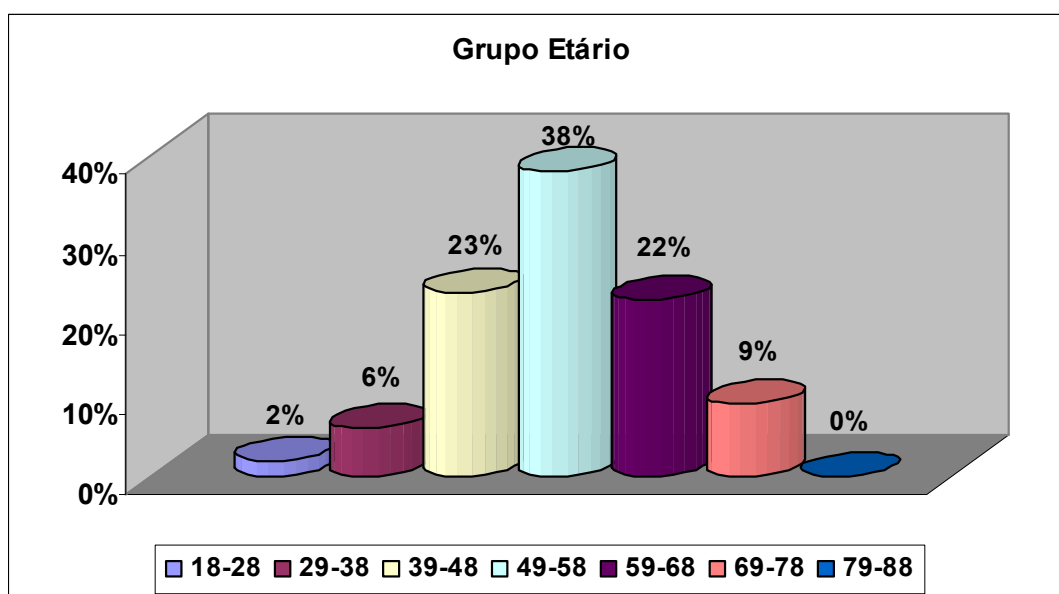


Gráfico 1 – Distribuição da população por grupo etário

Género

A população em estudo, maioritariamente, 63% pertence ao género masculino (gráfico 2).

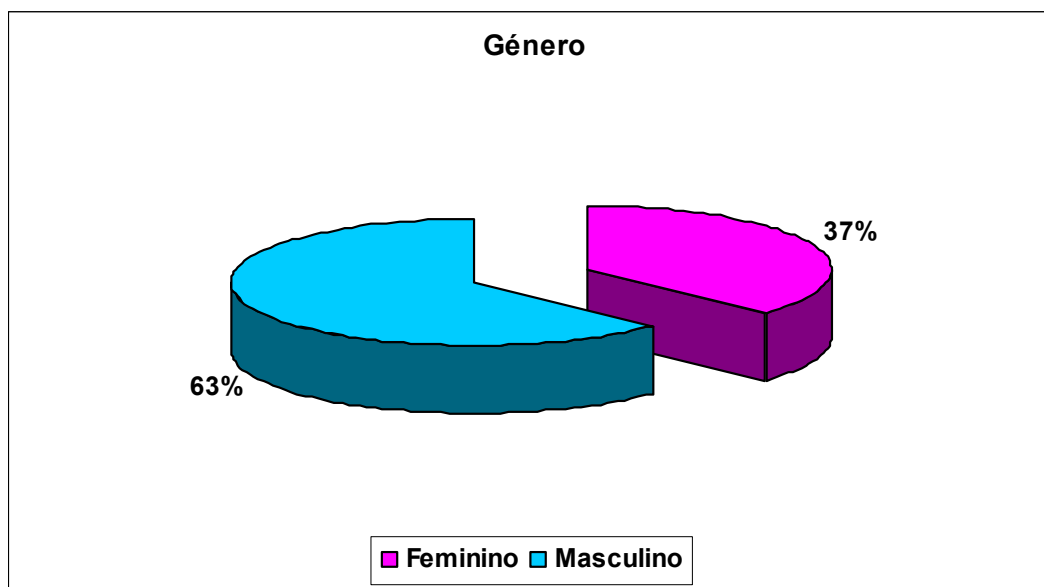


Gráfico 2 – Distribuição da população por género

Estado Civil

A maior parte 85% da população em estudo é casada; 6% são solteiros; 4% são divorciados e 5% são viúvos (gráfico 3).

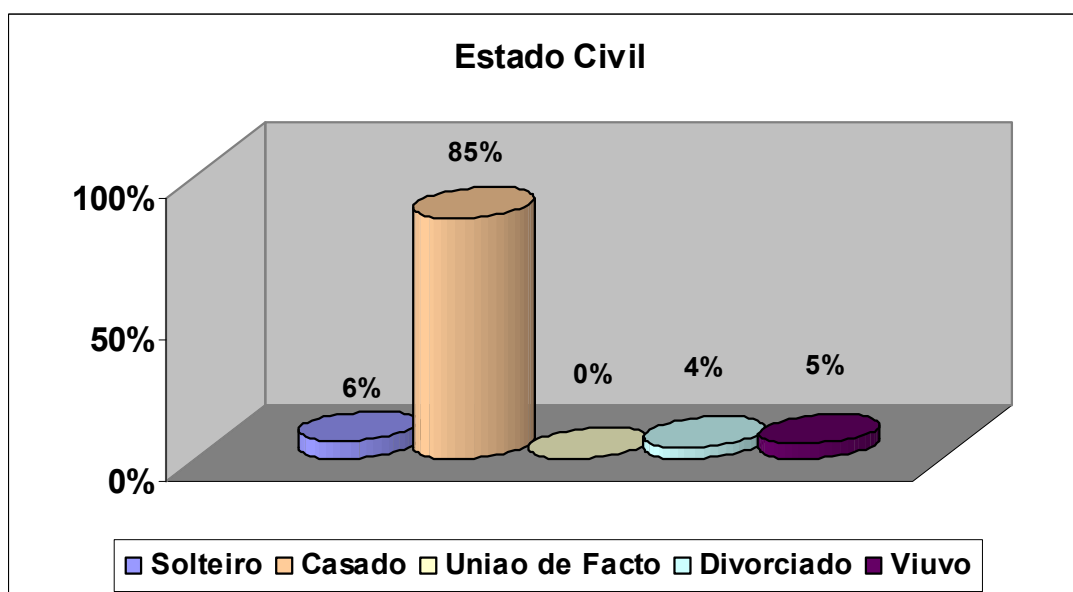


Gráfico 3 – Distribuição da população por estado civil

Habilitações Literárias

A maior parte da população em estudo 65% possui o ensino básico; apenas 33% possui o ensino secundário e só 2% o ensino superior.

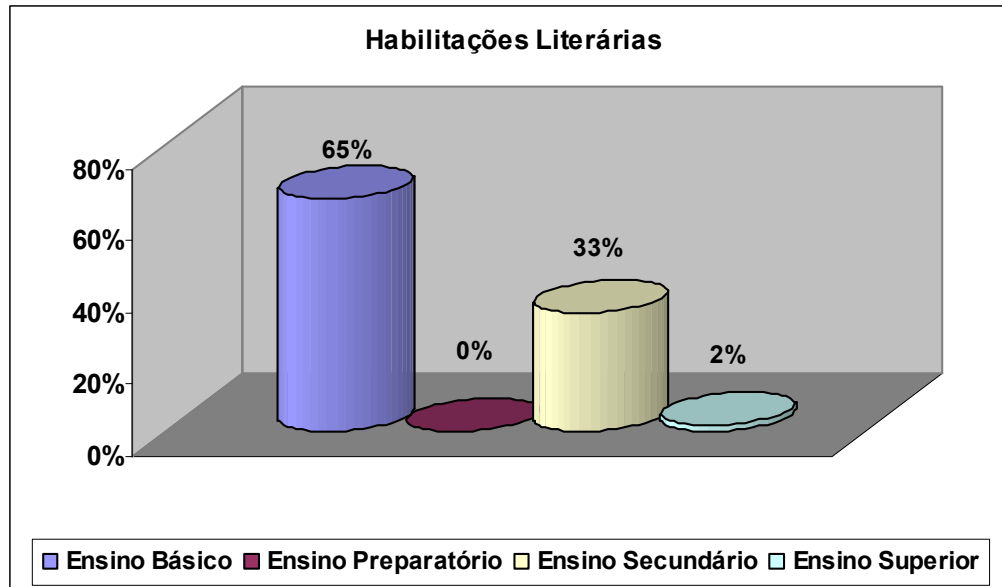


Gráfico 4 - Distribuição da população por habilitações literárias

Profissão

Através da análise do gráfico 5, verificamos que 64% da população se encontra no activo, 9% são activos mas no desemprego; 16% são reformados, dos restantes 10% são domésticas e 1% são estudantes.

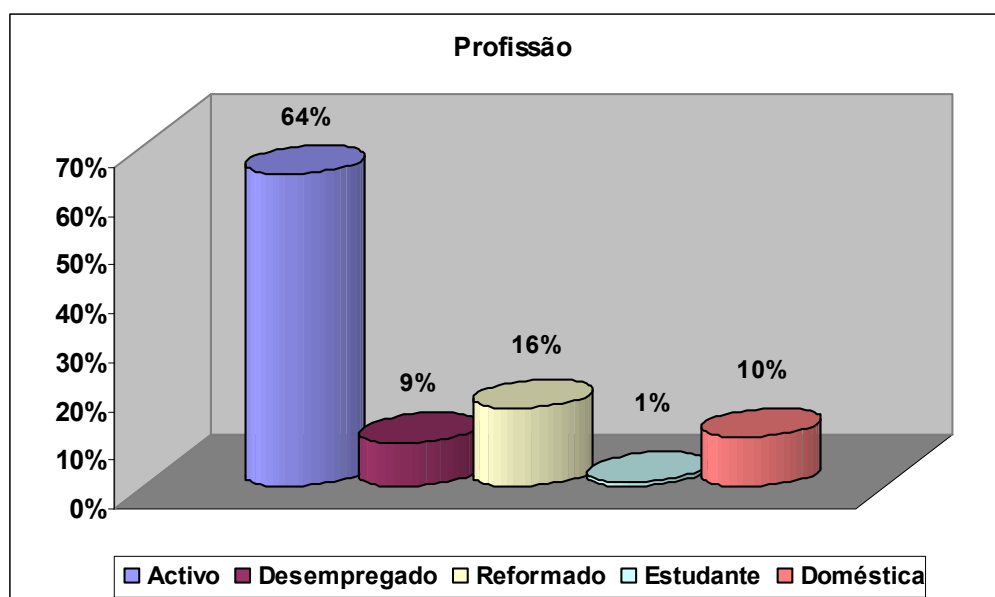


Gráfico 5 - Distribuição da população por profissão

Nacionalidade

Toda a população estudada era de nacionalidade portuguesa (100%).

Internamentos Anteriores

Da população em estudo 8% possui internamentos anteriores noutros serviços.

Para 92%, este é o primeiro internamento (gráfico 6).

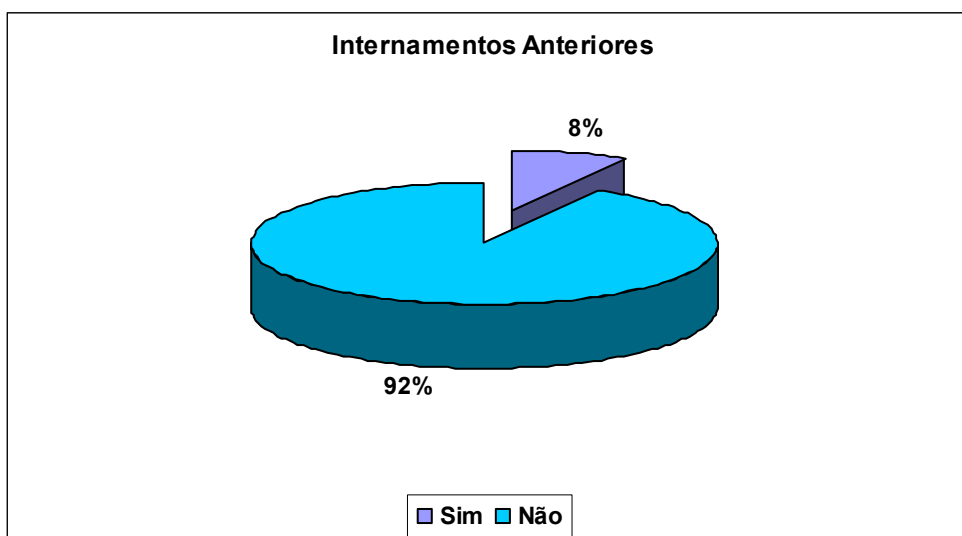


Gráfico 6 – Distribuição da população segundo a experiência de internamentos anteriores

Internamentos Anteriores no Mesmo Serviço

Só 4% da população em estudo possui internamentos anteriores no mesmo serviço, enquanto que, para os restantes elementos da amostra, este é o primeiro internamento com um percentual de 96% (gráfico 7).

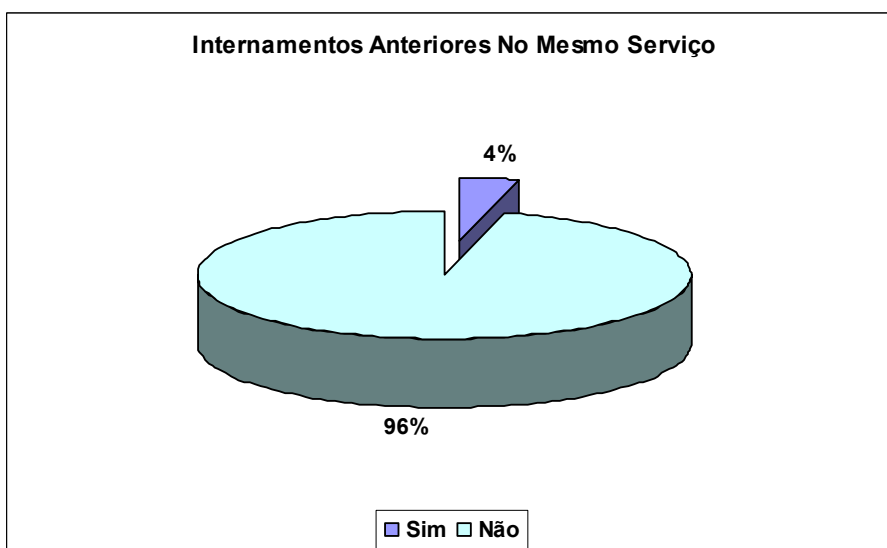


Gráfico 7 – Distribuição da população segundo a experiência de internamentos anteriores no mesmo serviço

2. Componente Formal do Acolhimento

Apresentação do enfermeiro

A maior parte da população em estudo 88% refere que o enfermeiro se introduz aquando da sua recepção do doente no serviço. Os restantes 12% respondem negativamente a esta questão (gráfico 8).

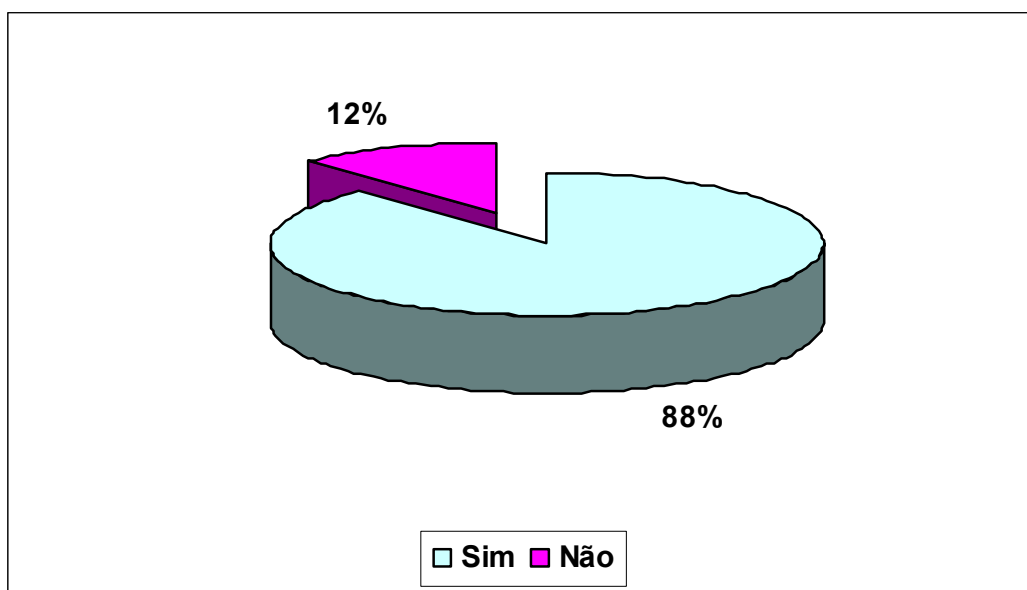


Gráfico 8 – Distribuição da população segundo a introdução do enfermeiro ao doente

Para 69% dos doentes em estudo esta introdução é muito importante. 19% considera-a importante e só 12% a considera pouco importante (gráfico 9).

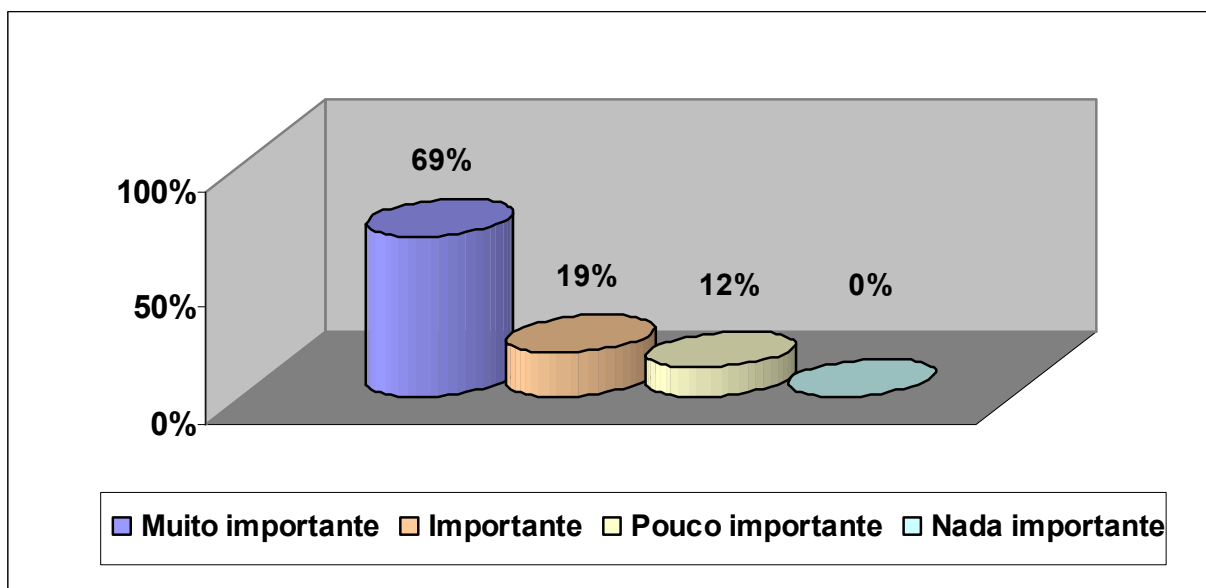


Gráfico 9 - Distribuição da população segundo a importância atribuída à introdução do enfermeiro

Pergunta sobre o nome e como gostariam de ser chamados

Em 90% dos doentes estudados o enfermeiro pergunta o nome e como gostariam de ser chamados.

Relativamente a esta relação empática do enfermeiro 41% dos inquiridos, considera-a pouco importante. Dos restantes 33% considera-a muito importante e 26% considera-a importante (gráfico 10).

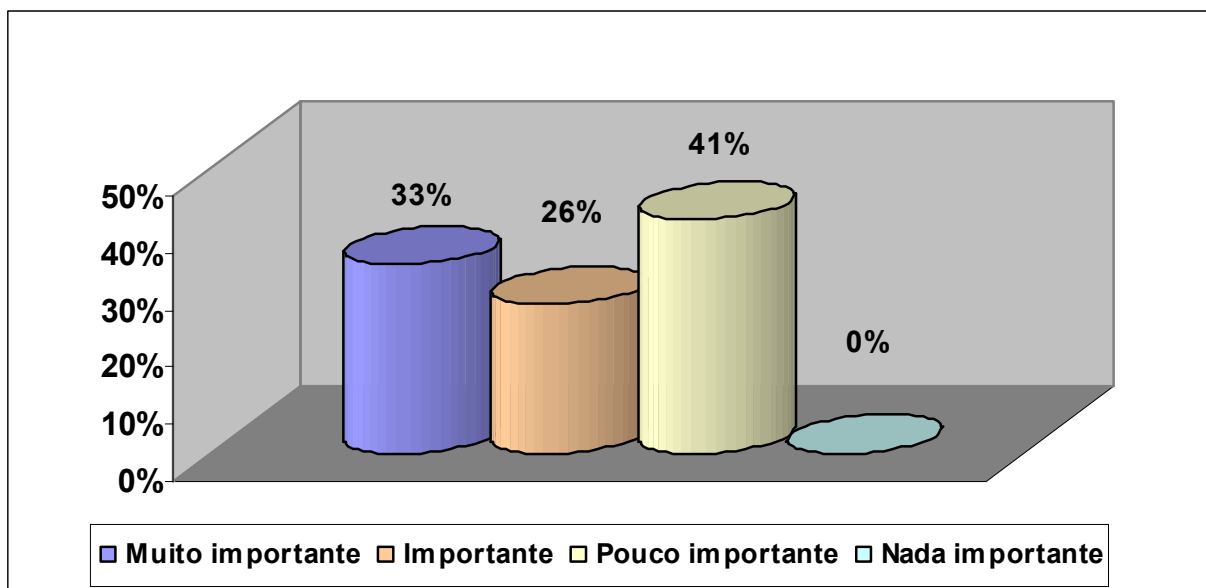


Gráfico 10 - Distribuição da população segundo a importância atribuída ao facto de serem inquiridos acerca do nome e de como gostariam de ser chamados

Apresentação do serviço

Em 85% dos casos o enfermeiro apresentou o serviço ao doente, sendo este acto muito valorizado por 13% da população em estudo. 62% desta população considera-o importante, mas ainda há 25% que lhe dá pouca importância ou mesmo nenhuma (gráfico 11).

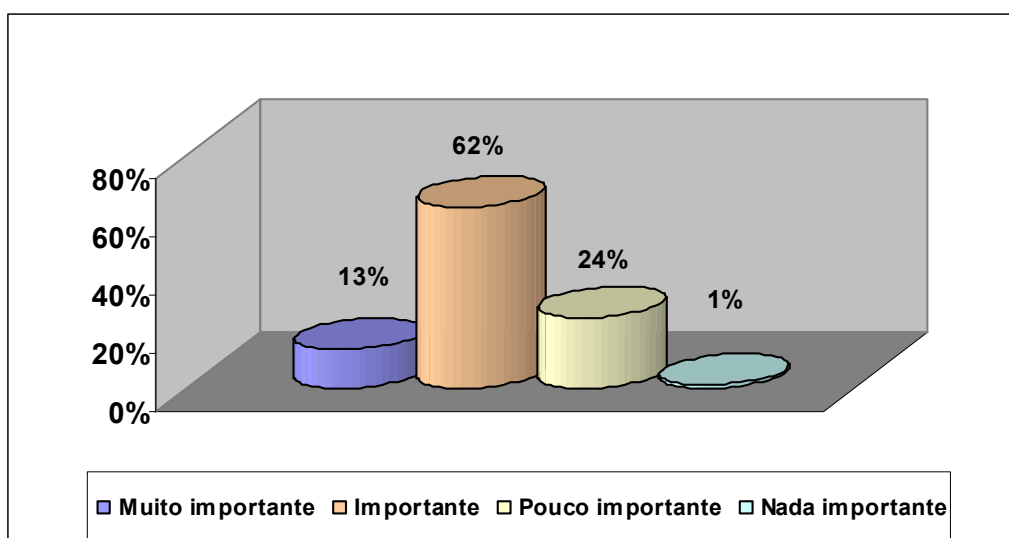


Gráfico 11 - Distribuição da população segundo a importância atribuída à apresentação do serviço

Explicação das normas de funcionamento do serviço

Esta explicação foi considerada muito importante por 34% dos doentes e importante por 55%; 11% considera-a pouco importante (gráfico 12).

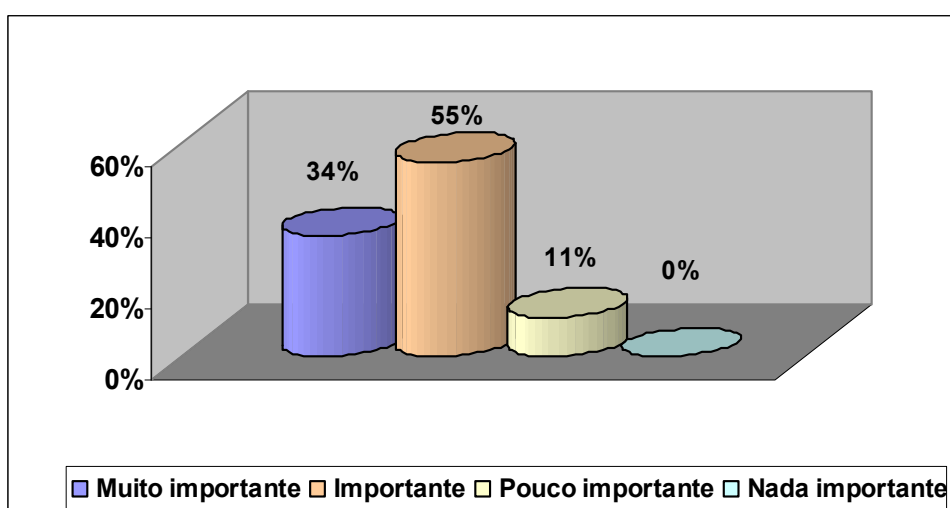


Gráfico 12 - Distribuição da população segundo a importância atribuída à explicação das normas de funcionamento do serviço

Explicação do funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal

Observando o gráfico 13, verifica-se que 68% dos elementos que compõe a amostra do estudo refere que lhes foi explicado o funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal.

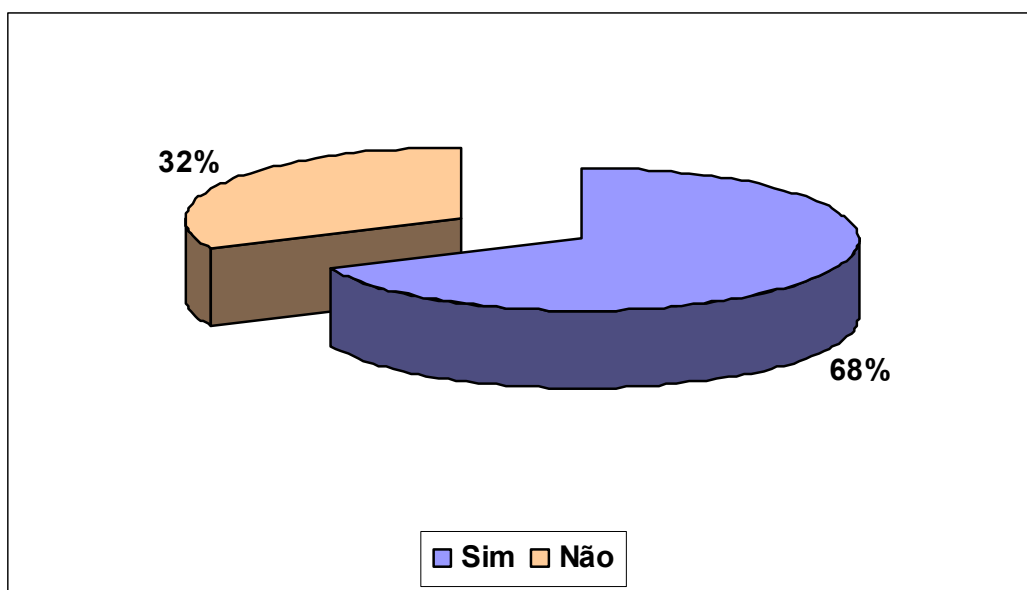


Gráfico 13 - Distribuição da população segundo a explicação do funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal

Todos os inquiridos consideram essa informação muito importante ou importante (gráfico 14).

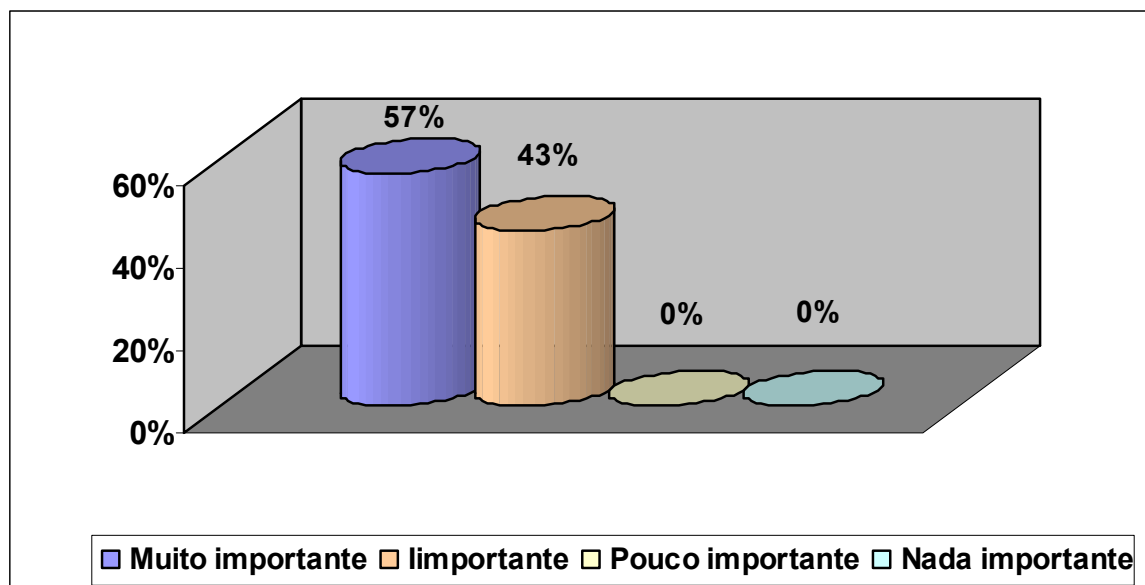


Gráfico 14 - Distribuição da população segundo a importância atribuída à explicação do funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal

Forma de contacto do enfermeiro

Da análise do gráfico 15, que expressa as respostas dos doentes quanto à forma de contacto do enfermeiro durante o acolhimento, verifica-se que 90% dos elementos que compõe a amostra considera adequada a forma como o enfermeiro efectuou esse contacto.

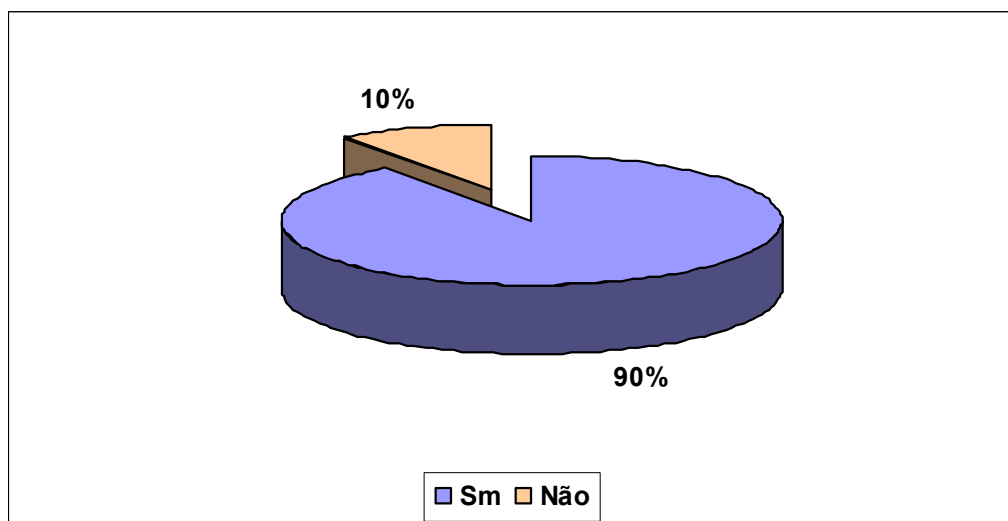


Gráfico 15 - Distribuição da população segundo a forma de contacto do enfermeiro

Todos os inquiridos consideram o contacto com o enfermeiro muito importante ou importante (gráfico 16).

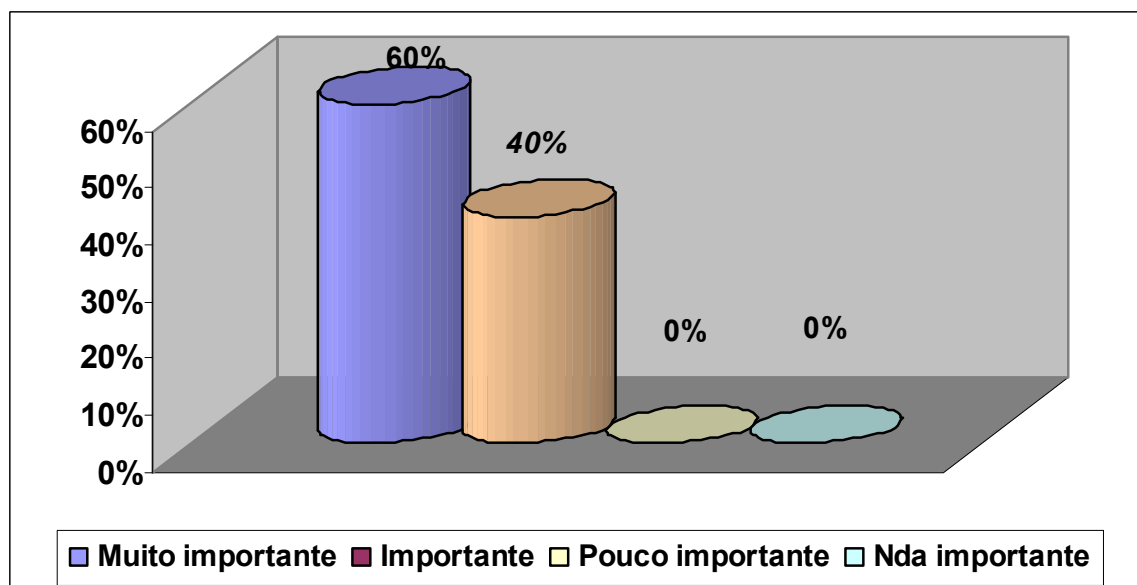


Gráfico 16 - Distribuição da população segundo a importância atribuída à forma de contacto do enfermeiro

3. Componente Relacional dos Enfermeiros

Disponibilidade do enfermeiro para ouvir o doente

68% dos inquiridos refere que o enfermeiro se mostrou disponível para os ouvir (gráfico 17), embora todas considerassem que esta disponibilidade era muito importante ou importante (gráfico 18).

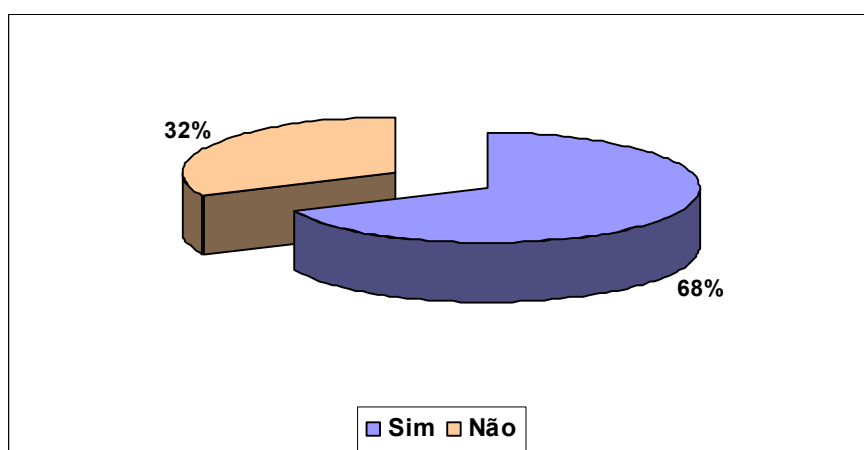


Gráfico 17 - Distribuição da população segundo a disponibilidade do enfermeiro para ouvir o doente

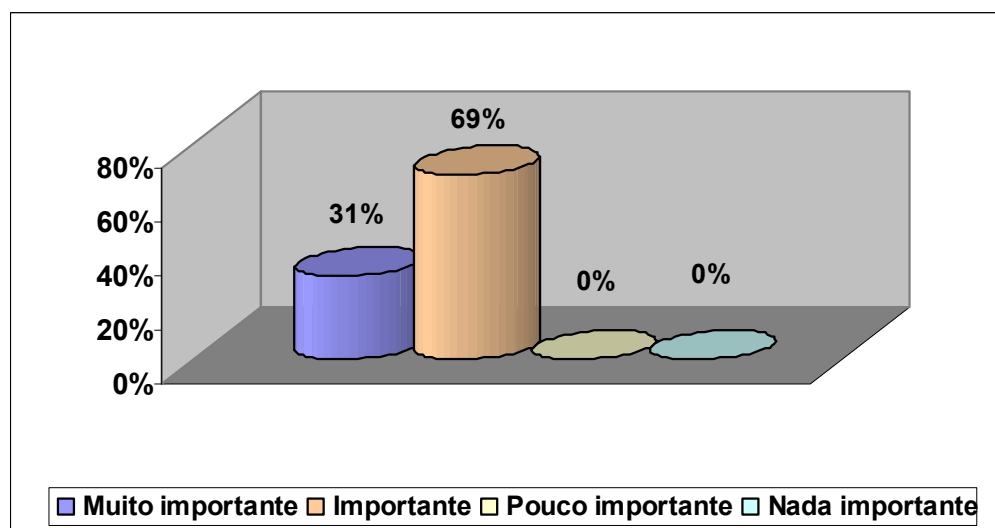


Gráfico 18 - Distribuição da população segundo a importância atribuída à disponibilidade do enfermeiro para ouvir o doente

Respeito pela privacidade e individualidade

Todos os inquiridos afirmam que os enfermeiros respeitam a sua privacidade e individualidade, porem 6% afirma que estas são sempre respeitadas; 75% muitas vezes; 19% afirma que só algumas vezes esta privacidade e individualidade são respeitadas (gráfico 19).

Para todos os inquiridos este respeito é muito importante (56%) ou importante (44%) (gráfico 20).

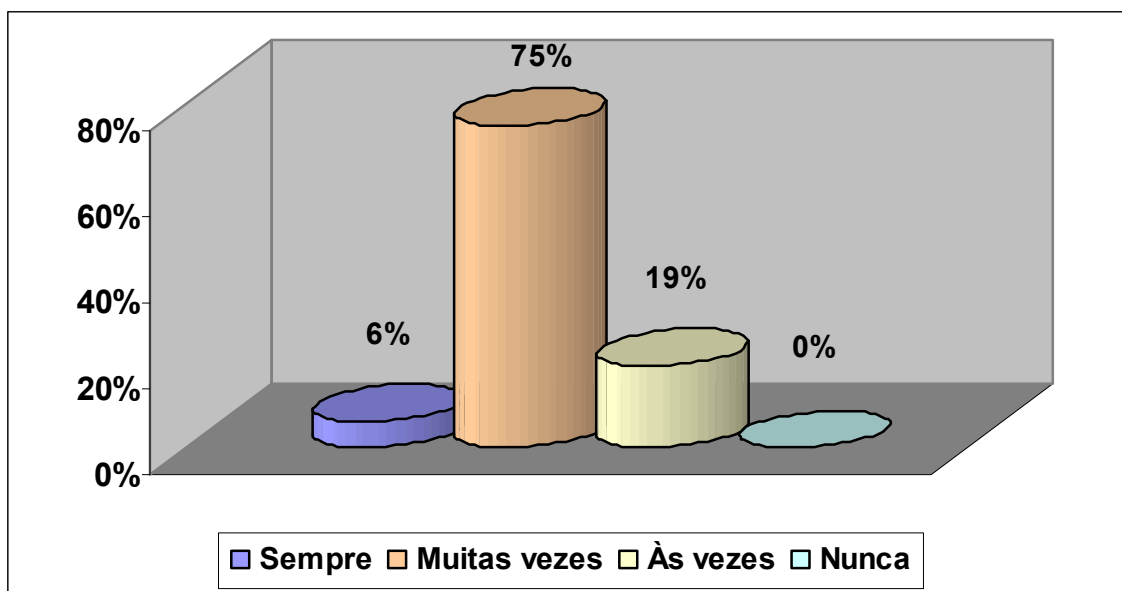


Gráfico 19 - Distribuição da população segundo a frequência com que os enfermeiros respeitam a privacidade e individualidade do doente

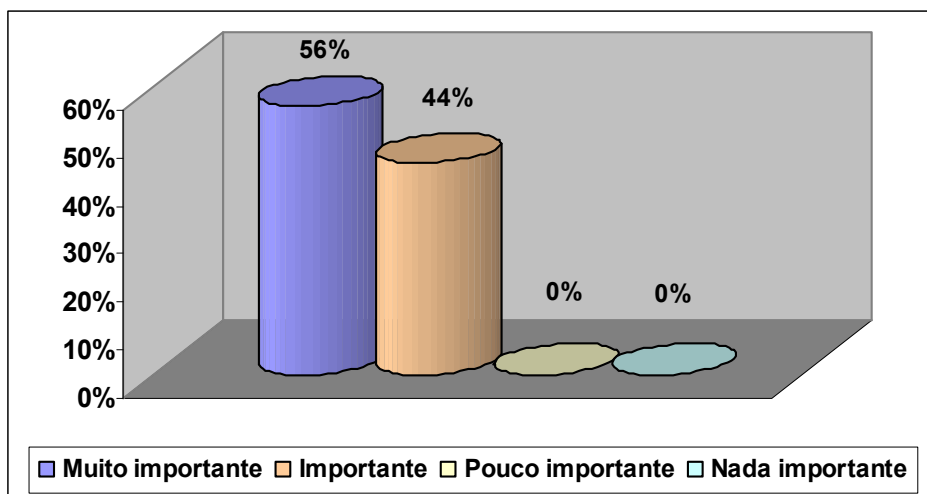


Gráfico 20 - Distribuição da população segundo a importância atribuída ao respeito pela privacidade e individualidade do doente

Utilização de linguagem adequada e compreensível

Observa-se pela análise do gráfico 21, que 80% dos elementos que compõe a amostra refere que os enfermeiros utilizam muitas vezes linguagem adequada e compreensível e 20% responderam que usam só às vezes.

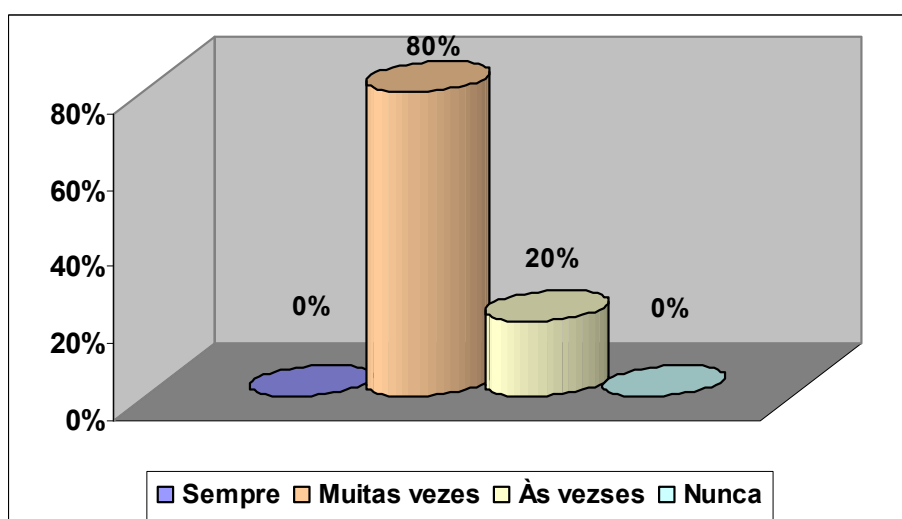


Gráfico 21 - Distribuição da população segundo a frequência com que os enfermeiros utilizam linguagem adequada e compreensível

Relativamente à importância que atribuem à utilização de linguagem adequada e compreensível por parte dos enfermeiros, a maior parte das respostas situa-se na opção muito importante (85%), conforme se pode observar no gráfico 22.

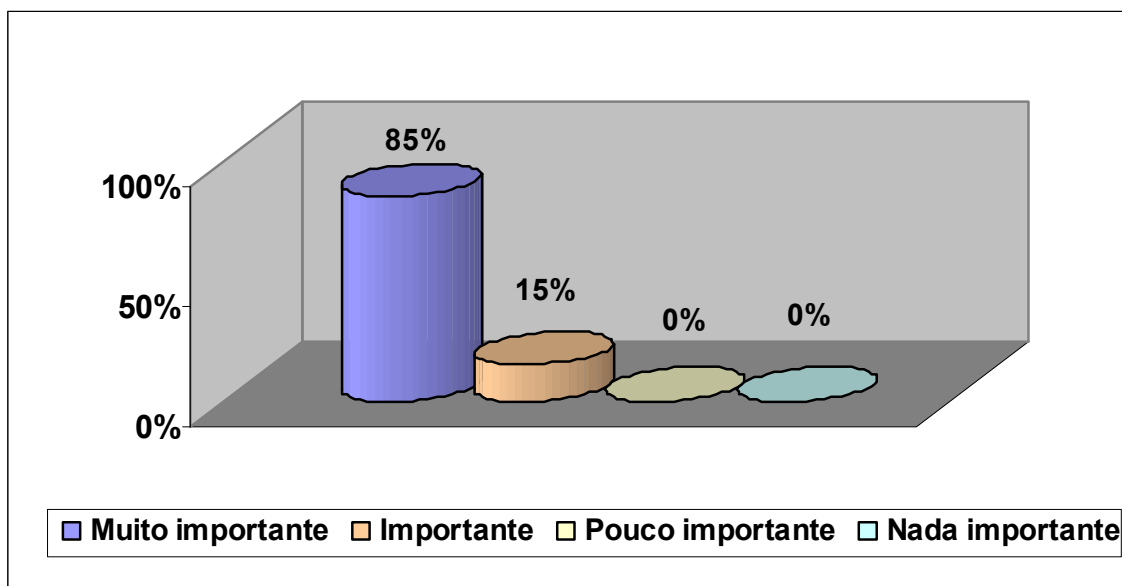


Gráfico 22 - Distribuição da população segundo a importância atribuída à utilização de linguagem adequada e compreensível

Acolhimento prestado durante a admissão no serviço

Relativamente ao acolhimento prestado durante a admissão no serviço, pode observar-se pela análise do gráfico 23, que 73% dos elementos que compõe a amostra do estudo, considera adequado, 21% considera muito adequado e só 6% considera pouco adequado.

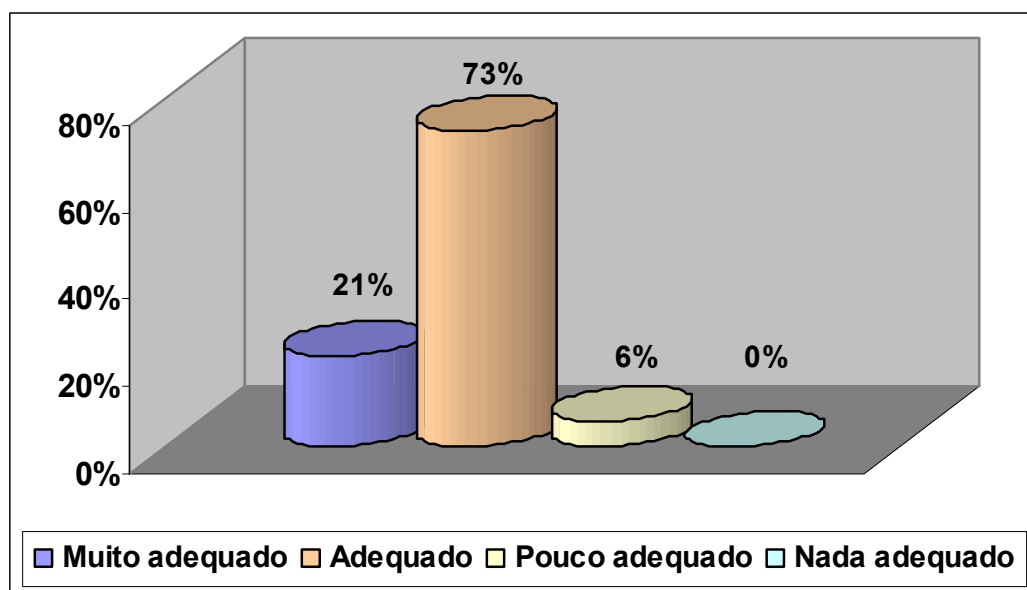


Gráfico 23 - Distribuição da população segundo a adequação do acolhimento prestado durante a admissão no serviço

4. Discussão dos Resultados

Após a análise dos dados obtidos e apresentação dos resultados, podem-se retirar algumas conclusões que, de seguida e de uma forma sucinta serão expostas.

Desta forma, no que respeita à caracterização da amostra, este estudo permitiu o apuramento dos seguintes resultados.

Caracterização da Amostra

- Os grupos etários predominantes encontram-se entre os 39-48, 49-58 e 59-68 anos de idade.
- A população em estudo é constituída maioritariamente por elementos do sexo masculino (63%).
- O estado civil mais frequente é o casado (85%).
- Dos inquiridos 66 % têm como habilitações literárias o ensino básico; 33% o ensino secundário.
- Para 92% dos inquiridos este é o primeiro internamento.

Componente Formal do Acolhimento

A importância do impacto psicológico associado ao momento de internamento hospitalar é, frequentemente, enfatizado por vários autores. O contexto do acolhimento deve ser muito cuidado em vários aspectos, para que os acolhidos se sintam compreendidos e apoiados. A funcionalidade das instalações, a limpeza e o arranjo estético e acolhedor são elementos impulsionadores que, pelo conforto e confiança que transmitem, proporcionam um clima propício à confiança.

O quadro 1 procura sintetizar de forma clara e elucidativa, o grau de importância atribuída pelos elementos que compõe a população em estudo aos indicadores que caracterizam a componente formal do acolhimento.

Indicador Componente formal do acolhimento	Respostas F (x) %			
	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Apresentação do enfermeiro	69%	19%	12%	0%
Pergunta sobre o nome e como gostaria de ser chamado	33%	26%	41%	0%
Apresentação do serviço	13%	62%	24%	1%
Explicação de normas de funcionamento do serviço	34%	55%	11%	0%
Explicação sobre funcionamento de materiais/equipamentos destinados ao seu uso pessoal	57%	43%	0%	0%

Quadro 1 – Distribuição da população segundo o grau de importância atribuída pelos doentes aos indicadores que caracterizam a componente formal do acolhimento

Apresentação do enfermeiro

Dos elementos que compõe a população em estudo, 69% considera muito importante este item, enquanto que os restantes 19% consideram importante e 12% considera pouco importante.

A primeira imagem percebida pelos doentes a serem acolhidos, mais ou menos inseguros e carentes, é determinante na facilidade ou dificuldade do posterior relacionamento. O acolher um doente pressupõe que o enfermeiro o faça com simpatia, correcção, perfeição e nobreza. Deve apresentar-se pelo seu nome, criando desde logo uma relação empática com a pessoa a acolher.

Pergunta sobre o nome e como gostariam de ser chamados

Dos elementos que compõe a população em estudo, 41% considera pouco importante este item, 33% considera muito Importante e 26% considera importante. A explicação para esta diferença poderá encontrar-se, no facto de orientarem a sua preocupação para o motivo de internamento e suposta cirurgia e não nele próprio.

Apresentação do serviço

Neste item apenas 13% considera muito importante, 62% Importante, 24% pouco importante e 1% nada importante. Isto talvez se explique pelo facto de os doentes após serem admitidos no serviço irem imediatamente para o bloco operatório e naquele momento não irão usufruir das restantes instalações do serviço.

Explicação das normas do funcionamento do serviço

No que se refere a este item, verifica-se que 55% dos elementos que compõe a amostra considera importante, 34% muito Importante e 11% pouco importante. O facto de uma percentagem significativa dos doentes considerarem importante a explicação das normas, poderá dever-se ao facto de querer saber a possibilidade de serem visitados por familiares.

O acolhimento deve ser um momento de ajuda quer para o doente quer para os familiares. A explicação das normas de funcionamento do serviço é muito importante na medida em que vai facilitar a integração do doente e, consequentemente, uma melhor adaptação e aceitação do internamento.

Explicação do funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal

Relativamente a este item verifica-se que a opção muito importante é a escolhida por 57% dos inquiridos e 43% considera importante. Podemos concluir que este é o factor mais valorizado. É na admissão do doente que deve ser explicado o funcionamento do material/equipamento que irá utilizar, para após a cirurgia já ter conhecimento sobre o mesmo. Essas explicações devem ser dadas de forma detalhada e numa linguagem adequada e compreensível.

Pelo exposto anteriormente concluímos que os aspectos relacionados com a componente formal do acolhimento são muito valorizados pelos doentes.

Componente Relacional dos Enfermeiros

O doente procura um sentido para as suas interrogações; a doença é uma imagem, uma crença, que tem sempre uma tonalidade afectiva e uma carga emocional. Por isso, não se pode fugir ao envolvimento emocional. O homem doente vive numa situação nova de dependência e daí que uma boa abordagem inicial seja indispensável para manter a homeostasia num primeiro contacto.

Para além da componente científica e técnica, na profissão de enfermagem, há toda uma relação entre enfermeiro/doente que não é mais do que uma forte e imperativa exigência de dignidade do Homem (são ou doente).

O quadro 2 sintetiza de uma forma clara e objectiva o grau de importância atribuído pelos doentes aos indicadores que caracterizam a componente relacional enfermeiros.

Indicadores	Respostas F (x) %			
	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Disponibilidade para ouvir	31%	69%	0%	0%
Respeito pela privacidade e individualidade	56%	44%	0%	0%
Utilização de linguagem adequada e compreensível	85%	15%	0%	0%

Quadro 2 – Distribuição da população segundo o grau de importância atribuída pelos doentes aos indicadores que caracterizam a componente relacional dos enfermeiros

Disponibilidade dos enfermeiros para ouvir

Observando o quadro 2, verifica-se que os elementos que compõe a amostra em estudo atribuem importância significativa à disponibilidade do enfermeiro para ouvir o doente. 69% afirmam ser importante e 31% muito importante.

Concordando com Koshy, citado por Lazure (1994:16) que refere *“é importante manifestar através dos nossos comportamentos que temos tempo para escutar os clientes”*.

Ropper (1990:136) e outros referem que *“no acolhimento a relação entre enfermeiros e utente deve ser essencialmente humana devendo estar desperta para todo o tipo de situações, mostrar que tem tempo para o ouvir, para o escutar”*, contribuindo desta forma para o seu bem-estar.

Respeito pela privacidade e individualidade

Os doentes atribuem muita importância ao respeito pela sua privacidade e individualidade. A opção muito importante é preferida por 56%; dos elementos que compõe a amostra, os restantes 44% consideram importante.

Watson (1998:98) refere que a *“privacidade mantém a unicidade de alguém como ser humano”*. Pelo que é importante respeitar a pessoa doente como ser único. A entrada brusca no quarto sem se fazer anunciar, a exposição física do doente, sem que haja uma prévia autorização do mesmo, é no mínimo incómodo e humilhante. Cada pessoa é um ser único, com direitos e deveres atribuídos devendo ser respeitada.

Utilização de linguagem adequada e compreensível

É considerada pela maior parte (85%) dos elementos que compõe a amostra muito importante a utilização de linguagem adequada e compreensível. A referência á opção importante foi referenciada pelos restantes inquiridos.

Comunicar faz parte integrante do comportamento humano. Pelo que se torna importante que cada enfermeiro adquira e utilize técnicas de comunicação de forma a facilitar a interacção com o doente.

Acolhimento prestado pelos enfermeiros durante a admissão

O quadro 3 resume, de uma forma simples e esclarecedora, a distribuição da população de acordo com o grau de adequação do acolhimento prestado pelos enfermeiros durante a admissão no serviço.

Indicador	Respostas F (x) %			
	Muito adequado	Adequado	Pouco adequado	Nada adequado
Acolhimento prestado pelos enfermeiros durante a admissão no serviço	21%	73%	6%	0%

Quadro 3 – Distribuição da população segundo o grau de adequação do acolhimento prestado pelos enfermeiros durante a admissão no serviço

Pode constatar-se que uma grande percentagem 73% das respostas dadas pelos inquiridos considera adequado o acolhimento prestado pelos enfermeiros, o que

nos permite concluir que o acolhimento nos serviços estudados está cada vez mais eficaz.

Para que assim continue e para que se possam promover ainda mais a qualidade dos serviços é necessário que todos os enfermeiros adquiram e desenvolvam a capacidade de se relacionarem com o outro. Em qualquer momento do acolhimento os enfermeiros devem ser simpáticos, gentis e agradáveis, estabelecendo desde o início uma relação promotora de bem estar e confiança necessários para ultrapassar os problemas inerentes á hospitalização.

CONCLUSÃO

O acolhimento faz parte dos cuidados de enfermagem, cabendo portanto ao enfermeiro executá-lo de forma racional e personalizada, para que dele resulte uma diminuição do impacto da hospitalização, uma adequada adaptação ao serviço, uma aceitação por parte do doente da sua condição e do seu diagnóstico, uma colaboração no tratamento indicado, uma expectativa de melhoria e um auxílio na resolução de problemas.

Este contacto inicial irá influenciar decisivamente a qualidade do relacionamento posterior. É de toda a importância prevenir tais situações de desconforto e desconfiança, criando um ambiente agradável. Os indivíduos a acolher deverão ser compreendidos e apoiados.

Neste processo, é de salientar, a necessidade de uma interpretação correcta das mensagens relacionadas com o conjunto de informações obtidas de forma a perceber as frustrações, inibições, medos e esperanças que condicionam a relação comunicativa e a consequente participação na dinâmica terapêutica.

Dever-se-ão desenvolver esforços para que o acolhimento do doente seja repleto de simpatia e compreensão, facilitando os desabafos dos primeiros momentos. A nossa atitude deve ser esclarecedora uma vez que tudo é novo e estranho para o doente. A doença ou o acidente súbito pode afastar o indivíduo do seu meio ambiente, atirando-o para um mundo completamente desconhecido: o hospital. É não só uma luta contra o isolamento, mas também uma etapa indispensável para que o doente aceite melhor a hospitalização; o verdadeiro acolhimento é consciente e voluntário; ele não é um fim em si mas o prelúdio à mudança, uma introdução à comunicação.

Desta forma, a elaboração deste estudo procurou dar um contributo importante no sentido de introduzir melhorias no acolhimento efectuado nos serviços de

cirurgia uma vez que permitirá aos enfermeiros destes serviços conhecer melhor as respostas dos doentes relativamente à forma como este se processa e aos aspectos mais valorizados pelos mesmos.

De uma forma sucinta, este estudo permitiu através da análise dos dados obtidos, a averiguação dos seguintes resultados:

Mais de metade dos doentes inquiridos considera muito importante a apresentação do enfermeiro;

33% dos elementos que constituem a população em estudo, considera muito importante o facto de serem inquiridos acerca do nome e como gostariam de ser chamados;

Verifica-se que 24% dos inquiridos considera pouco importante a apresentação do serviço;

34% da população em estudo, relativamente à importância atribuída à explicação das normas de funcionamento do serviço considera muito importante;

No que se refere à importância atribuída à explicação do funcionamento do material/equipamento ao seu uso pessoal, 57% considera-a como muito importante;

Mais de metade da população em estudo, 69% escolheu a opção de importante a disponibilidade para ouvir o doente por parte do enfermeiro;

56% considera para muito importante o respeito pela privacidade e individualidade;

85% considera muito importante e 15% considera importante a utilização de linguagem adequada e compreensível;

Face à adequação do acolhimento prestado pelos enfermeiros durante a admissão no serviço, é de salientar, apurando-se que grande percentagem 73% dos inquiridos considera que foi adequado.

A vivência dos problemas que o desenvolvimento ocasiona, permitiu-nos um contacto com as reais dificuldades de qualquer estudo que tenha a pretensão de fornecer contributos para que se atinja a qualidade total, através da excelência do cuidar em enfermagem.

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, Evelyn – Ser enfermeira. Instituto Piaget Lisboa 1995. ISBN – 972-9295-86-7.

ANGEREMI, Emília Luigia Saporiti e outros – Perspectivas de pesquisas em comunicação em enfermagem. Ribeirão Preto.1988.

BELAND, Irene L. – Enfermagem Clínica aspectos psicológicos e psico-sociais. In SILVA, António Vitor Azevedo; DIAS, Maria Adelaide – Satisfação dos Utentes de uma consulta externa face ao atendimento da equipa de Enfermagem. Revista Servir. Lisboa. Volume 37 nº 1 (Jan. /Fev.), 1989, p. 22.

BENNER, P. – De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2001.

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa. Lusodidactica, 1995. ISBN 972-95399-8-7.

BERNARDO, Frei – O hospital a humanizar. Revista Servir, 30 (6), Nov./Dez. 1982.

BOLANDER, Verolyn Barnes – Enfermagem Fundamental: Uma abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidáctica, 1998, p. 428-483.

BRUNNER, L. S. ; SUDDARTH, D. S. – Tratado de Enfermagem médico cirúrgica. 7ª. Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1985.

BUSQUETS SURRIBAS, Monserrat – Aspectos psicológicos em acogida del paciente a lo Hospital. “Todo Hospital”. Barcelona, nº 75, 1991, p. 17-22.

CARAPINHEIRO, Graça – Saberes e poderes no Hospital: Uma sociologia dos serviços. Edições Afrontamento, Lda. 4ª Edição. Porto. 2005 p. 45-86. ISBN – 972-36-0306-3.

CARDOSO, Ana Bela; PINTO, Paulo – Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. Revista Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. N.º 170, 2002, p. 11-14.

CHALIFOUR, Jacques – La relation d'aide en soins infirmiers: Une perspective holistique-humaniste. Paris. Lemanne. 1989.

CHIAVENATO, Idalberto – Recursos Humanos na empresa. Vol.1 São Paulo: Atlas, 1989, p. 121.

CLARKE, Margaret – Enfermagem Geral, Vol. 1. Mem Martins, Publicação Europa América 1977.

COLLIÈRE, M.F. Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 4ª Edição. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN – 972-757-109-3.

DANIEL, Liliana Felcher – Atitudes interpessoais em Enfermagem. In SILVA, António Vitor Azevedo; DIAS, Maria Adelaide – Satisfação dos Utentes de uma consulta externa face ao atendimento da equipa de Enfermagem. Revista Servir. Lisboa. Vol. 37. N.º. 1 (Jan. /Fev.), 1989, p. 22.

DICIONÁRIO da Língua Portuguesa Contemporânea – Academia das Ciências de Lisboa e da Fundação Calouste Gulbenkian – Edições Verbo. 2001.

ELHART, Dorothy et al. – Princípios científicos d'Enfermagem. Lisboa. Editora Portuguesa de livros técnicos e científicos, Lda. 1991.

FELIX, Maria do Carmo – Acolhimento do utente nas unidades de adulto do CHF. Revista Nursing. Lisboa. N.º. 72. Jan. 1994, p. 9-17.

FERREIRA, Carla; VALÉRIO, Ana. Acolhimento do doente num serviço de internamento. INFORMAR – Revista de Formação Continua em Enfermagem, Ano IX, nº 30, Janeiro/Agosto, 2003 p.10 –13.

FLORIO, Maria Cristina Simões e GALVAO, Cristina Maria. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de Enfermagem no período perioperatório. Rev. Latino-Americana. Enfermagem. Set./Out., Vol. 11, nº. 5, 2003 p. 630–637. ISSN 0104–1169.

FORTIN, M. F. – O processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência. 2003. ISBN: 972–8383–10–X.

GALVAO, Cristina Maria, SAWADA, Namie Okino e ROSSI, Lúcia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na Enfermagem perioperatória. Revista. Latino-Americana. Enfermagem. Set./Out. Vol.10. nº. 5. 2002. p. 690–695. ISSN 0104–1169.

GALVAO, Cristina Maria, SAWADA, Namie Okino e TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. Revista Latino-Americana. Enfermagem. Maio/Jun. Vol.12. nº.3. 2004. p. 549–556. ISSN 0104–1169.

GONÇALVES, Rui Filipe Lopes – Controlo do stress no acolhimento do doente cirúrgico no bloco operatório – Informar. Ano IX. Nº. 30. Jan./Ago. 2003. p. 14–18.

HARMMER, Bertha; HENDERSON, Virgínia – Tratado de enfermagem teórica y práctica – 2ª Edição. México. 1995.

HENDERSON, Virginia – Definicion de enfermaria. In RODRIGUES, Vitor Manuel Costa Pereira – A complexidade dos problemas humanos no Hospital: Vivências e reflexões. Vila Real, Edições Norte, 1999. p. 25.

HENDERSON, Virgínia – The concept of Nursing – In Journal of Advances in Nursing nº 3, 1978.

HESBEEN, Walter – Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do Cuidar. Loures. Lusociência. 2000. ISBN: 972-8383-11-8

JORGETTO, G. V.; NORONHA, R.; ARAÚJO, I.E.M. Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa. Revista Electrónica de Enfermagem, Vol.7, nº. 3, p.273-277, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/>. Acesso em 30 Maio. 2008.

LAZURE, Hélène – Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidácta, 1994. ISBN 972-95399-5-2.

LONG, B.; PHIPPS, W. et al. – Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e Prática clínica. 4ª Edição Lisboa. Lusodidácta. 1999 ISBN: 972-96610-0-6.

LOPES, Manuel José – A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Formasau – Formação e Saúde Lda. 2006. ISBN: 972-8485-6-X.

LOPEZ, M. A; CRUZ, M.J.R. Centro cirúrgico. Rio de Janeiro. Mc Graw Hill. 1998.

LUCKMAN e SORENSEN – Enfermagem médico-cirúrgica. Uma abordagem psicofisiológica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 4ª. Edição. 1996.

LUCKMAN, Joane – Medical Surgical Nursing, Psipchophysilogic approach. In SILVA, António Vitor Azevedo; DIAS, Maria Adelaide – Satisfação dos Utentes de uma consulta externa face ao atendimento da equipa de Enfermagem. Revista Servir. Lisboa. Vol.37, nº. 1 (Jan. /Fev.), 1989, p. 22.

MARRINER, Ann – Modelos Y Teorias De Enfermaria. Barcelona; Edições Rol. 1989.

MARTINET, Patrícia – Informar... Humanizar... Reconfortar. In Recherche en sois infirmiers, nº 2-3, Nov. 1985

PEIXOTO, Isabel; CÂNDIDO, Maria José – Visita Pré-operatória: Reflexo na Ansiedade dos Doentes – Revista Enfermagem Agora. Nº. 6, 2ª. Série. Abril/Junho. 1997, pág. 30-36.

PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência, 2005. p .633. ISBN 972-8383-84-3.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed. 2004. 487p. ISBN 85-7307-984-3.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette P. – Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre. Artmed. 1995. p. 391. ISBN 85-7307-101-X.

PRÁ, L. A.; PICOLLI, M. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de Enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. Revista Electrónica de Enfermagem, Vol.6. nº. 2. 2004. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/>> Acesso em 31 Maio. 2008.

PUPULIM, Jussara Simone Lenzi e SAWADA, Namie Okino. O cuidado de Enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral.

Revista Latino-Americana. Enfermagem, Maio/Jun. 2002. Vol.10. nº. 3. p. 433-438. ISSN 0104-1169.

QUEIRÓS, A. – Ética e Enfermagem. Coimbra, Quarteto. 2001.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa. Gradiva. 1998. ISBN 972-662-275-1.

RODRIGUES, Olivia – A humanização e os cuidados de enfermagem nos hospitais – Revista Servir. 32 (4), Julho – Agosto 1984.

RODRIGUES, Vítor Manuel costa pereira – A complexidade dos problemas humanos no hospital: vivências e reflexões. Vila Real. Edições do Norte. 1999.

ROGERS, C. – Tornar-se pessoa. 5ª Edição. Lisboa. Moraes. 1980.

ROPPER; logan, W. W, THIERNEY, A. J. – Módulos de enfermagem. 3ªedição. McGraw Hill de Portugal, 1990.

ROXO, José Reis dos Santos – O Enfermeiro e o Hospital. SERVIR. Lisboa. Vol. 37, nº.1 (Jan. /Fev.), 1989, p. 8-14.

SANTOS, Paula Maria Pereira – Expectativa dos pais face ao acolhimento de enfermagem no momento de admissão do seu filho na unidade de cuidados intensivos cardiorácica. Dissertação apresentada à Escola Francisco Gentil, no âmbito do 1º. Curso de estudos superiores especializados em enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Lisboa. 1997.

SANTOS, A.C.F. – Influencia do acolhimento na diminuição da ansiedade nos doentes coronários. Tese de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Portugal. 2000.

SILVA, António Vítor Azevedo; dias, Maria Adelaide Silva – Satisfação dos utentes duma consulta externa face ao atendimento da equipa de enfermagem. Revista Servir, Lisboa. Vol. 37, n.º1 (Jan. /Fev.), 1989.

SUNDEEN, Sandra J. e outros – Nurse/client interaction: implementing of nursing process. 2ª Edição. Saint Louis. Mosby Co. 1981.

TEIXEIRA, Isabel Maria – A importância da relação de ajuda no acolhimento e integração do utente na unidade hospitalar. Revista Informar: Revista de Formação Contínua em Enfermagem. Porto. N.º 28. 2002. P. 39–41.

VILAGRASA, Pilar – Profesional del paciente de acogida de los hospitales. “Todo Hospital”. Barcelona. N.º 77. Junho. 1991. p. 23–29.

VITÓRIA, Maria do Carmo – Acolhimento do doente oncológico. Enfermagem oncológica. N.º 18, Abril, 2001, p. 9–21.

VITÓRIA, Maria do Carmo – Acolhimento do doente oncológico. Enfermagem oncológica. N.º 19. Julho. 2001. p. 32–40.

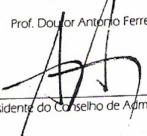
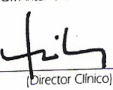
WATSON, Jean – Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Loures. Lusociência, 2002. ISBN 972–8383–33–9.

ZAGO, Márcia Maria Fontão e CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas – A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural. Revista Latino-Americana. Enfermagem, Out. 1997. Vol. 5. N.º. 4. p. 69–74. ISSN 0104–1169.

ANEXO 1

(Autorização para a Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados)

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 30 DE JULHO DE 2009	
Prof. Doutor António Ferreira	
 (Presidente do Conselho de Administração)	
Dr. António Oliveira e Silva	Enfermeira Eurídice Portela
 (Director Clínico)	 (Enfermeira Directora)
Dra. Ana Luísa Cardoso	Dr. João Oliveira
(... ausente ...)	(... ausente ...)
(Administradora Executiva)	(Administrador Executivo)

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Maria Amélia Dourado Rodrigues da Silva

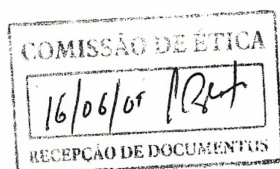
Título do projecto de investigação: "Necessidades Pré-operatórias do Doente Cirúrgico"

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia, Cirurgia Torácica do Hospital de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

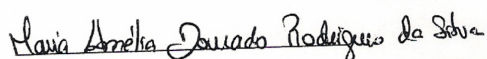
Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 29 / Maio / 2009



O INVESTIGADOR/PROMOTOR



ANEXO 2

(Instrumento de Colheita de Dados – Questionário)

Informação ao Participante

Exmo. Sr. ou Sr.^a:

Eu, Maria Amélia Silva, a exercer funções de Enfermagem neste Hospital e a frequentar o XV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e tendo como objectivo desenvolver a Dissertação de Mestrado subordinado ao tema *“Necessidades Pré-Operatórias do Doente Cirúrgico – Acolhimento de Enfermagem”*.

Pretende-se com este estudo conhecer as necessidades de acolhimento dos doentes internados em Serviços de Cirurgia, de forma a contribuir para a melhoria da prestação de Cuidados de Enfermagem a nível do acolhimento do doente cirúrgico e melhorar a adaptação do doente pré-operatório ao processo de admissão no serviço de cirurgia para realização de procedimentos cirúrgicos.

Para isso, será aplicado um questionário junto dos doentes desta instituição que fazem parte da população em estudo e que, livremente, queiram participar no mesmo.

Conforme as exigências para este tipo de estudo, comprometo-me a salvaguardar a integridade dos doentes envolvidos no mesmo e a garantir a absoluta confidencialidade e anonimato dos dados obtidos.

Responda por favor a todas as questões.

Obrigado pela colaboração prestada.

I Parte:

Caracterização Sócio Demográfica

Assinale com uma cruz (x) a resposta apropriada.

1 – Idade: ____ Anos

2 – Sexo: F ☐ M ☐

3 – Estado Civil: Solteiro ☐ Casado ☐ União de Facto ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐

4 – Habilitações Literárias:

Ensino Básico ☐ Ensino preparatório ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐

5 – Profissão: _____

6 – Nacionalidade: _____

7 – Internamentos anteriores: Sim ☐ Quantos ____ Não ☐

8 – Internamentos anteriores no serviço onde está: Sim ☐ Quantos ____ Não ☐

II Parte:

Assinale com uma cruz (x) ou circulo (o) conforme a pergunta.

1 – O enfermeiro apresentou-se quando o recebeu no serviço?

Sim ☐ Não ☐

1.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

4 – Muito importante 3 – Importante 2 – Pouco Importante 1 – Nada Importante

2 – O Enfermeiro que o recebeu perguntou-lhe o nome e como gostava de ser chamado?

Sim ☐ Não ☐

2.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

4 – Muito importante 3 – Importante 2 – Pouco Importante 1 – Nada Importante

3 – O Enfermeiro que o recebeu apresentou-lhe o Serviço?

Sim ☐ Não ☐

3.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

4 – Muito importante 3 – Importante 2 – Pouco Importante 1 – Nada Importante

4 – O Enfermeiro que o recebeu explicou-lhe as normas de funcionamento do Serviço?

Sim ☐ Não ☐

4.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

4 – Muito importante 3 – Importante 2 – Pouco Importante 1 – Nada Importante

5 – O Enfermeiro que o recebeu explicou-lhe o funcionamento dos materiais ou equipamentos destinados ao seu uso pessoal?

Sim ☐ Não ☐

5.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

4 – Muito importante 3 – Importante 2 – Pouco Importante 1 – Nada Importante

6 – A forma como o Enfermeiro contactou consigo foi adequada?

Sim ☐ Não ☐

6.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

4 – Muito importante 3 – Importante 2 – Pouco Importante 1 – Nada Importante

7 – O Enfermeiro que o acolheu mostrou-se disponível para o ouvir?

Sim ☐ Não ☐

7.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

4 – Muito importante 3 – Importante 2 – Pouco Importante 1 – Nada Importante

8 – O Enfermeiro respeitou a sua privacidade e individualidade?

4 – Sempre 3 – Muitas Vezes 2 – Algumas Vezes 1 – Nunca

8.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

4 – Muito importante 3 – Importante 2 – Pouco Importante 1 – Nada Importante

9 – Durante o acolhimento os Enfermeiros usaram linguagem educada e compreensível?

4 – Sempre 3 – Muitas Vezes 2 – Algumas Vezes 1 – Nunca

9.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

4 – Muito importante 3 – Importante 2 – Pouco Importante 1 – Nada Importante

10 – Como considera o acolhimento prestado pelos Enfermeiros durante a admissão no Serviço?

4 – Muito Adequado 3 – Adequado 2 – Pouco Adequado 1 – Nada Adequado

Consentimento Informado

Eu, _____ compreendi a explicação sobre a investigação que se tenciona realizar, bem como ao fim a que a mesma se destina. Por isso, consinto que me seja aplicado o questionário proposto pelo investigador.

Porto, Agosto 2009

Assinatura do doente: _____

O Investigador responsável:

(Maria Amélia Silva)