



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

MESTRADO EM SAÚDE E BEM ESTAR DAS PESSOAS IDOSAS

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

Dissertação

**ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DAS PESSOAS IDOSAS
HOSPITALIZADAS**

Bruno Manuel Vieira Amaro

Orientador:

Professora Doutora Maria Laurência Gemito

Évora, Janeiro, 2013

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

MESTRADO EM SAÚDE E BEM ESTAR DAS PESSOAS IDOSAS

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

Dissertação

**ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM NO PRÉ – OPERATÓRIO DAS PESSOAS IDOSAS
HOSPITALIZADAS**

Bruno Manuel Vieira Amaro

Orientador:

Professora Doutora Maria Laurência Gemito

Évora, Janeiro, 2013

AGRADECIMENTOS

A concretização da Dissertação de Mestrado apresentada foi possível devido ao incentivo e estímulo positivo da minha família, eles são o meu pilar, são fundamentais para a minha realização pessoal e profissional, a todos muito obrigado.

Aos colegas de trabalho, sem excluir nenhum, por partilharem esta experiência profissional e contribuírem para a realização do mesmo, a todos quero agradecer.

Aos meus colegas de mestrado, pelo apoio emocional e material demonstrado durante o decorrer do mestrado e realização da dissertação.

Um agradecimento à Instituição onde decorreu o estudo, pois permitiu que o mesmo fosse concretizado.

À Direção de Enfermagem por autorizar a realização do estudo.

À Universidade de Évora por ter demonstrado disponibilidade e o apoio necessário, sempre que o mesmo foi solicitado.

À Prof. Doutora Maria Laurência Gemitto, orientadora da dissertação, por me apoiar sempre até nos momentos mais complicados da realização da dissertação, o meu obrigado.

Finalmente aos Idosos que participaram no estudo e contribuíram de forma decisiva para a concretização do mesmo.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

(Antoine de Saint-Exupéry – “O Pequeno Príncipe”)

RESUMO

O utente idoso sente-se fragilizado quando é hospitalizado, recebê-lo bem, com uma atitude adequada é essencial para a articulação dos conhecimentos das ciências do comportamento para cuidar em enfermagem. O acolhimento significa a humanização do atendimento, fazendo parte integrante dos cuidados de enfermagem.

Esta dissertação pretende analisar o Acolhimento de Enfermagem no pré-operatório da pessoa idosa hospitalizada. É um estudo exploratório, descritivo e recorreu a uma metodologia quantitativa. Foram definidos como objetivos, analisar o processo de acolhimento de enfermagem no pré-operatório dos idosos hospitalizados, mais especificamente, a satisfação dos mesmos em relação ao acolhimento prestado; a avaliação da importância atribuída ao acolhimento e identificar lacunas existentes no mesmo.

Concluiu-se que a maioria da população considera satisfatório o acolhimento de enfermagem, existindo alguns aspetos que devem ser melhorados.

Pretende-se com este estudo melhorar o Acolhimento de Enfermagem no serviço onde o mesmo decorreu, promovendo a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Abstract

Home Nursing care in Pre – surgical treatments of admitted elderly

The elderly patient generally feels weakened when he gets into hospital, thus, it is very important to welcoming him with a friendly and proper attitude. This way of treating people is essential to the articulation of knowledge of the behavioural sciences to nursing care. Home nursing care doesn't exist without the humanization of procedures, patients have the right to be well-received before any surgical treatment.

The following essay is going to examine in detail and analyse the nursing care in pre-surgical treatments of admitted elderly. In terms of methodology, this research is essentially based in practice explored and observations, using the exploratory, descriptive and quantitative methods. Therefore, one intend to analyse elderly reactions and opinions related to home nursing care in pre-surgical procedures, how pleased they are with the treatments, if this relationship is important or if there is something to be improved.

Most people say that nursing home cares are quite adequated, they feel satisfied, however, there are still some aspects that should be improved. Likewise, not only this essay aims the improvement of home nursing care in surgery department, but also recommends continuous advancement of general nursing care.

SIGLAS

COM- Comunicação das Comunidades Europeias

DCNT- Doenças Crônicas não transmissíveis

DGS- Direção Geral de Saúde

INE- Instituto Nacional de Estatística

NUTS II- Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas

OECD- Organization for Economic Co-operation and Development

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSI- Plano Nacional de Saúde do Idoso

UCPA- Unidade de Cuidados pós anestésicos

UE- União Europeia

WHO- World Health Organization

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO -----	15
1- O ENVELHECIMENTO HUMANO -----	20
2- O IDOSO HOSPITALIZADO -----	30
2.1- O IDOSO SUBMETIDO A CIRURGIA-----	36
3- ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM -----	43
3.1- ACOLHER É COMUNICAR-----	48
3.2- ACOLHER É AJUDAR-----	49
4 - CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA -----	51
4.1 - TIPO DE ESTUDO -----	51
4.2- HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO-----	52
4.3- RECOLHA DE DADOS -----	53
4.4- TRATAMENTO/ANÁLISE DE DADOS -----	56
4.5- AMOSTRA-----	57
4.6- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS-----	64
5- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS -----	65
5.1-ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM-----	65
5.2- VALIDAÇÃO DAS HIPÓTESES-----	77
6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -----	82
CONCLUSÃO -----	87

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----91

ANEXOS -----98

ANEXO I - Instrumento da Recolha de Dados

ANEXO II - Autorização para Aplicação dos Questionários

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº 1 População de 1 de Janeiro de 1960 – 2010 da UE-27-----	26
Figura nº 2 Estrutura da população residente por grupos etários por NUTS II em 2011-- -----	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico nº 1- Frequência da Idade da População-----	58
Gráfico nº 2- Género da População-----	58
Gráfico nº 3- Estado Civil da População-----	59
Gráfico nº 4- Habilitações Literárias da População-----	59
Gráfico nº 5- Profissão Exercida pela População-----	60
Gráfico nº 6- Profissão Atual da População-----	60
Gráfico nº 7- Discriminação da Profissão atual da População-----	61
Gráfico nº 8- População que vive Sozinha-----	61
Gráfico nº 9- Percentagem da Situação Habitacional da População-----	62
Gráfico nº 10- Internamentos Anteriores-----	62
Gráfico nº 11- Internamentos anteriores no Serviço-----	63
Gráfico nº 12- Motivo do Internamento-----	63
Gráfico nº 13- Cirurgia Programada-----	64
Gráfico nº 14- Resposta da População em Relação à apresentação do Enfermeiro-----	65
Gráfico nº 15- Importância atribuída pela população, no que diz respeito à apresentação do Enfermeiro-----	65

Gráfico nº 16- Distribuição da População na resposta à questão “ <i>O Enfermeiro perguntou o nome do utente?</i> ”-----	66
Gráfico nº 17- Importância atribuída pela população à questão, “ <i>O Enfermeiro perguntou o nome do utente?</i> ”-----	66
Gráfico nº 18- Distribuição da População na resposta à questão” <i>O Enfermeiro perguntou como gosta de ser chamado?</i> “-----	67
Gráfico nº 19- Importância atribuída pela população à questão ” <i>O Enfermeiro perguntou como gosta de ser chamado?</i> “-----	67
Gráfico nº 20- Distribuição da População na resposta à questão” <i>Apresentação das Instalações/Serviço?</i> “-----	68
Gráfico nº 21- Importância atribuída pela população à questão” <i>Apresentação das Instalações/Serviço?</i> “-----	68
Gráfico nº 22- Distribuição da População em relação às Normas de Funcionamento do Serviço-----	69
Gráfico nº 23- Importância atribuída pela população sobre a explicação das normas do serviço-----	69
Gráfico nº 24- Distribuição da População sobre a explicação do material/equipamento de uso pessoal-----	70
Gráfico nº 25- Importância atribuída pela população sobre a explicação do material/equipamentos de uso pessoal-----	70
Gráfico nº 26- Distribuição da População sobre a explicação de outros serviços disponíveis na Instituição-----	71
Gráfico nº 27- Importância atribuída pela população sobre a explicação de outros serviços disponíveis na Instituição-----	71

Gráfico nº 28- Distribuição da População em relação à forma adequada do acolhimento de enfermagem-----	72
Gráfico nº 29- Importância atribuída pela população à forma adequada do acolhimento de enfermagem-----	72
Gráfico nº 30- Distribuição da População em relação à disponibilidade do Enfermeiro-----	73
Gráfico nº 31- Importância atribuída pela população à disponibilidade do Enfermeiro-----	73
Gráfico nº 32- Distribuição da População em relação à Linguagem Compreensível do Enfermeiro-----	74
Gráfico nº 33- Importância atribuída pela população na utilização de uma linguagem compreensível por parte do enfermeiro-----	74
Gráfico nº 34- Distribuição da População em relação ao respeito pela privacidade por parte do enfermeiro-----	75
Gráfico nº 35- Importância atribuída pela população no respeito pela privacidade por parte do enfermeiro-----	75
Gráfico nº 36- Importância atribuída pela população à entrega do Guia de Acolhimento-----	76
Gráfico nº 37- Distribuição da população em relação à Satisfação do Acolhimento de Enfermagem-----	76

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº 1- Coeficiente de correlação de Spearman para testar H1-----	78
Quadro nº 2- Coeficiente de correlação de Spearman para testar H2-----	78
Quadro nº 3- Coeficiente de correlação de Spearman para testar H3 -----	79
Quadro nº 4- Coeficiente de correlação de Spearman para testar H4-----	80
Quadro nº 5- Coeficiente de correlação de Spearman para testar H5-----	81

INTRODUÇÃO

A enfermagem procura obter uma base científica de conhecimentos, nesse sentido, o interesse pela investigação na área de enfermagem tem vindo a aumentar nos últimos anos, contribuindo para o consolidar de saberes e conseqüentemente uma melhoria dos cuidados prestados. Hesbeen (2000) refere que associa a crescente afirmação da Enfermagem como arte e ciência ao exercício da investigação. Os enfermeiros, enquanto pesquisadores, tendem, cada vez mais, a desenvolver investigação no interesse de dar resposta a uma questão que gostariam de ver respondida ou a solucionar um problema detetado, como defendem Polit e Hungler (2004) e, de acordo ainda com Hesbeen (1997), tentar melhorá-lo.

Segundo Fortin (2006, p.4) *“a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos ... as disciplinas, na medida em que pretendem assegurar o seu desenvolvimento, vêem na sua investigação um meio privilegiado de aquisição de conhecimentos”*.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2006) a enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação, aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros. Neste sentido, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O principal objetivo dos cuidados de saúde é satisfazer as necessidades dos doentes, sendo que os enfermeiros contribuem para a satisfação das necessidades destes,

avaliando individualmente essas necessidades e acompanhando-os durante todo o período do pré-operatório (Pinheiro, 1996).

Os idosos apresentam-se, hoje, como um grupo populacional grande consumidor de cuidados de saúde, consequência das vulnerabilidades inerentes ao processo de senescência conforme afere Costa (2006). É um facto que a necessidade de cuidados aumenta, também, em função da idade. A fase de velhice pressupõe “*uma necessidade de ajuda crescente, variável consoante as pessoas*” (Collière, 1999, p. 236).

Prevê-se que, até 2050, o número de pessoas com mais de 65 anos na UE cresça 70% e o número de pessoas com mais de 80 anos aumente 170%. Um dos principais desafios do nosso século será, pois, satisfazer a maior procura de cuidados de saúde, adaptar os sistemas de saúde à nova realidade e manter viáveis estes sistemas numa sociedade com menos população (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Verifica-se, hoje em dia, um aumento de idosos hospitalizados, resultado da vulnerabilidade dos mesmos. Quando os avanços nos cuidados de saúde aumentam a esperança de vida, aumentam igualmente a procura de cuidados de saúde e as opções de tratamento para doentes idosos. Atualmente, os médicos estão mais predispostos a enviar estes doentes para a cirurgia, sempre que haja indicação para tal, apesar dos riscos cirúrgicos associados à idade (Pinheiro, 1996).

Desta forma, relacionado com a doença, que só por si já constitui um fator de instabilidade, surge a hospitalização, acontecimento esse que provoca alterações no ambiente, alguma perda de identidade e a dificuldade em se ajustar às eventuais alterações físicas ou bioquímicas (Cardoso, 2002).

O momento de admissão no serviço, representa para muitos doentes um dos momentos mais importantes, por representar o início de uma nova experiência, num meio que muitas vezes lhes é totalmente desconhecido, que é o hospital. É importante que os enfermeiros estejam atentos à componente psicológica que se desenrola durante este processo (Cardoso, 2002).

Neste sentido, é importante preparar o acolhimento do doente, é necessário analisar o impacto que a doença e a hospitalização podem vir a causar no indivíduo e é também crucial compreender as repercussões que podem surgir, quer a nível pessoal, quer a nível familiar. Assim, torna-se necessário criar condições que facilitem o acolhimento (Cardoso, 2002).

Acolhimento, não se trata apenas do ato inicial de admissão do doente num serviço, mas sim, como define Formarier citado por Vitória (2001, p.10) “ *uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro. Não é um ato, é um estado mental, disposição interna, a forma de pensar e sentir do enfermeiro, expressos por meio de modos de ser, de ações de ajuda*” .

Inerente a esta realidade é inevitável que a população idosa continue a ser internada em meio hospitalar. O acolhimento prestado pelo enfermeiro ao utente idoso é um tema atual, sobre o qual é pertinente desenvolver investigação. Deste modo, contribui-se para um aumento de conhecimento sobre o modo como os idosos vivem esta experiência e procura-se efetivar uma prática, fundamentada na evidência, que consiga favorecer e tornar o mais agradável possível a experiência de acolhimento hospitalar do idoso.

Segundo Cabete (2005, p. 28) “*o internamento é uma situação de crise para a qual tem de fazer uma adaptação que, segundo a mesma autora, é um processo que vai diminuindo com a idade, podemos afirmar que a população idosa apresenta uma possibilidade de desajustamento maior à hospitalização, relativamente à restante população internada*”.

Para proporcionar ao idoso bem-estar é necessário que o mesmo tenha uma boa integração no ato da admissão no internamento hospitalar. No processo de acolhimento, o comportamento dos profissionais, em particular de enfermagem, é determinante para que o doente se sinta seguro e confiante.

É no acolhimento que se inicia um processo de inter-relação entre enfermeiro-doente, em que a comunicação é o elemento essencial. A forma como é realizado o

acolhimento, deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher, tendo em conta o respeito pela sua individualidade (Silva, 2010).

Estando os profissionais de saúde conscientes do processo de envelhecimento e das dificuldades que o internamento hospitalar apresenta para o idoso, é importante investigar a relação terapêutica que privilegia as relações humanas centradas no idoso (Silva, 2010).

No Serviço de Cirurgia da Instituição onde se desenvolveu o presente estudo, o número elevado de utentes idosos internados é evidente, daí a importância de uma adequação das necessidades dos mesmos no Acolhimento de Enfermagem no período pré-operatório. Os profissionais de saúde devem conhecer a opinião dos utentes, sendo esta um importante contributo para a melhoria dos cuidados prestados e identificação das necessidades sentidas durante este período do internamento.

Segundo Os Padrões de Qualidade Divulgados pela Ordem dos Enfermeiros em Dezembro de 2011, *“a satisfação do Cliente passa por o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”*.

Desta forma, é fundamental o acolhimento de enfermagem aos Idosos Hospitalizados no Serviço de Cirurgia tendo em vista, sempre, a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

No âmbito do Curso de Mestrado em Saúde e Bem-estar de Pessoas Idosas/ Gestão de Equipamentos da Universidade de Évora, onde a problemática do envelhecimento vai de encontro à realidade profissional hospitalar, no serviço de Cirurgia II, é importante analisar a Importância e Satisfação do Acolhimento de Enfermagem no Pré-operatório da pessoa Idosa Hospitalizada. Neste sentido foram definidas as seguintes **perguntas de partida**:

- Qual a importância atribuída pelos idosos ao acolhimento de enfermagem no período pré-operatório?

- Qual a satisfação dos idosos em relação ao acolhimento de enfermagem no período do pré-operatório?
- Quais as lacunas existentes no acolhimento de enfermagem, identificadas pelos idosos no período pré-operatório?

Tendo em conta as perguntas de partida, foram definidos os objetivos, nomeadamente:

Objetivo Geral:

- Analisar o processo de Acolhimento de Enfermagem no Pré-Operatório dos idosos hospitalizados no serviço de cirurgia.

Objetivos Específicos:

- Analisar a importância atribuída pelos idosos ao acolhimento de enfermagem no pré-operatório;
- Analisar a satisfação dos idosos relativamente ao acolhimento de enfermagem no pré-operatório;
- Identificar lacunas no acolhimento de enfermagem aos idosos no pré-operatório.

O presente trabalho está estruturado em três partes, uma primeira onde é feita uma contextualização teórica/conceptual, uma segunda onde é apresentada a opção metodológica, bem como os fundamentos que orientaram a recolha de dados. A terceira parte constitui a apresentação e análise dos dados, a discussão dos resultados e as conclusões.

1 – O ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento da população constitui-se como um fenómeno à escala mundial e europeia, em especial nos países desenvolvidos, nunca antes experimentado pela humanidade, para o qual “ *a sociedade não se preparou*” (Jacques, 2004, p.34), com repercussões na perceção do envelhecimento, como fenómeno individual e social, passando pelo impacto na sociedade e no sistema de saúde (Silva, 2006).

“A velhice aparece muitas vezes, associada a idade avançada que pressupõe uma capacidade laboral diminuída pelo desgaste psicofisiológico. De salientar ainda a sua natureza social e biológica, pelas suas implicações e consequências. Razões de objetividade e conveniência administrativa levaram a fixar uma certa idade, geralmente entre os 60 e os 70 anos, para a retirada do trabalho, embora nem todas as pessoas envelheçam na mesma idade e do mesmo modo” (Resende, 1976 citado por Silva 2006, p. 4).

Desde a segunda metade do século XX que se tem assistido ao incremento de estudos sobre o fenómeno do envelhecimento a partir da matriz demográfica, com ênfase nas alterações associadas à evolução das estruturas da população. Hoje, o envelhecimento da população não tem paralelo na história da humanidade constituindo um fenómeno global com efeitos em cada pessoa, homem ou mulher, jovem ou adulto no mundo, com consequências e implicações em todas as áreas do quotidiano da vida humana, afetando o crescimento económico, o investimento e o consumo, o mercado de trabalho, as pensões, os custos com a saúde, os cuidados de umas gerações relativamente às outras, os cuidados de saúde, a composição da família e dos alojamentos (World Health Organization, 2002).

A redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida possibilitaram que um número, cada vez maior, de pessoas atinja idades avançadas, o que determina o aumento exponencial da população vulnerável às doenças crónicas e degenerativas decorrentes da idade. O envelhecimento vem acompanhado de

alterações de relevância que determinam alterações específicas da pessoa idosa com repercussões negativas na sua funcionalidade e vulnerabilidade, por debilidade dos mecanismos corporais de defesa, com o aparecimento de doenças que tem neste grupo repercussões, associadas a outras doenças e situações que são exclusivas das pessoas idosas (Silva, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde. Contudo, o número crescente de pessoas ativas e saudáveis, no extremo jovem da última fase da vida (velhice), levou à necessidade de agrupamentos etários mais definidos. Desta forma, existem autores que acrescentaram à definição da Organização Mundial de Saúde outros agrupamentos etários, nomeadamente o “idoso jovem” (entre os 65 e os 75 anos de idade) e o “idoso velho” (mais de 75 anos de idade).

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

Segundo Oliveira (1999) o mais importante na definição de idoso não tem a ver com a idade cronológica, mas sim com o estado de saúde, mesmo assim, o autor divide o grupo etário dos idosos em três: os idosos jovens, entre 65 anos até aos 75 ou 80 anos de idade, idosos velhos, a partir dos 75 ou 80 anos aos 90 anos e, por último, os idosos muito velhos que se enquadram na faixa etária acima dos 90 anos de idade.

Assim, os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como se envelhece e para a ocorrência de doenças ao longo da vida. Não nos podemos esquecer que o declínio das funções que se associa ao envelhecimento, está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão, tal como os fenómenos de solidão e de isolamento que atingem muitas pessoas idosas (Carrilho, 1999).

Ser velho(a) não é sinónimo de ter doença, nem ser doente, assim como ser doente ou ter doença não é ser velho/velha. A velhice não é uma idade cronológica nem o envelhecimento sinal de deficit, declínio ou percurso patológico. Envelhecer é antes de mais uma arte, ou seja, uma capacidade de interpretar em cada momento a vida no seu percurso para a morte. Envelhecer não é uma evolução que isola, é antes um desenvolvimento que socializa. Envelhecer é tomar consciência de si, é encontrar-se, é a moderação do ego, é conhecer as limitações do corpo (Carrilho, 199).

Segundo Hortelão (2004, p. 121), “ *...o envelhecimento é a tendência crescente a morrer, a crescente tendência a ter menos vigor à medida que a idade avança. Trata-se de um processo que é universal e ocorre em todas as pessoas, é progressivo, é um processo contínuo, é intrínseco ao organismo e é degenerativo, o que conduz, progressivamente, à perda de capacidade e de competências...*”

O envelhecimento pode ser abordado nas perspetivas do individuo (envelhecimento Individual) devido à longevidade; da coletividade (envelhecimento populacional), no sentido em que existem mais pessoas nos grupos de idade mais elevada; e envelhecimento ativo, associado ao início mais tardio da vida ativa e às reformas precoces (Organization for Economic Co – operation and Development, 1996).

Num relatório elaborado pela OMS para a Europa, podemos concluir que as populações estão a envelhecer, as pessoas vivem cada vez mais tempo e nascem cada vez menos crianças, podemos verificar ainda que dos 20 países com as mais altas percentagens de população idosa, 18 pertencem a Europa (World Health Organization , 2002).

Na Europa, as reformas dos sistemas de saúde têm sido implementadas com foco no papel dos hospitais, com a reestruturação dos serviços, a descentralização da gestão dos hospitais e a adoção de estratégias de avaliação da produção numa perspectiva empresarial. Observa-se o crescimento das taxas de utilização do hospital, com cada vez menos camas, mas mais intensivamente usadas, traduzindo-se na redução das taxas de demora média, o que reflete alterações nos padrões da doença e da sua gestão (World Health Organization, 2002).

Em 31 de dezembro de 2010, a população residente em Portugal foi estimada em 10 636 979 indivíduos, dos quais 5 146 643 eram homens e 5 490 336 mulheres. Em Portugal, manteve-se a tendência de envelhecimento demográfico observada nos últimos anos. Entre 2005 e 2010, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 15,6% para 15,1%, a de indivíduos em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) reduziu-se de 67,3% para 66,7% e, a percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) aumentou de 17,1% para 18,2% (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Em resultado destas alterações na estrutura etária, o índice de envelhecimento – número de idosos por cada 100 jovens – aumentou de 110 para 120 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

Esta tendência de envelhecimento demográfico, pode ser observada através da alteração do perfil que as pirâmides etárias apresentam nos últimos anos, quer na base da pirâmide etária – realçado pelo estreitamento, que traduz a redução dos efetivos populacionais jovens, como resultado da baixa da natalidade – quer no topo da pirâmide – pelo seu alargamento, que corresponde ao acréscimo das pessoas idosas, devido ao aumento da esperança de vida (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias, numa comunicação, em 2006, o envelhecimento da população, isto é, o aumento do número de pessoas idosas, resulta em primeiro lugar dos consideráveis progressos económicos, sociais e médicos que fazem com que os europeus vivam mais tempo, com um conforto e uma segurança sem precedentes na história. No entanto, conforme foi sublinhado pelos Chefes de Estado e de Governo na Cimeira informal de Hampton Court, em Outubro de 2005, trata-se também de um dos mais importantes desafios que a União Europeia terá de enfrentar nos próximos anos (Comunicação das comunidades Europeias, 2006).

O envelhecimento da população da UE resulta da interação entre quatro tendências demográficas. Contudo, a sua amplitude e o ritmo com que se manifestam, podem

variar significativamente, consoante o país e a região, o que exclui qualquer resposta uniforme.

Resumindo:

- O número médio de filhos por mulher (índice conjuntural de fecundidade) é fraco, sendo de 1,5 filhos na União Europeia, o que está muito abaixo do índice de substituição de (2,1) necessário para estabilizar a dimensão da população se não houver imigração. As projeções apontam para um aumento limitado a 1,6 para a União Europeia até 2032.
- Ao declínio da fecundidade nas últimas décadas seguiu-se o *baby-boom* do pós guerra que explica o avolumar da população na faixa etária dos 45 aos 65 anos. A progressiva passagem à reforma da geração do *baby-boom* levará a um aumento significativo do número de pessoas idosas que necessitam de apoio financeiro por parte de uma população ativa reduzida. Este fenómeno tende a atenuar-se, mas não antes de algumas décadas (Comunicação das Comunidades Europeias, 2006).

Depois de ter aumentado de 8 anos desde 1960, a esperança de vida à nascença poderá continuar a aumentar de 5 anos ou mais até 2050, com a maior parte dos ganhos projetados a beneficiar as idades mais avançadas. Assim, os europeus que em 2050 tiverem 65 anos podem contar viver, em média, entre quatro a cinco anos mais do que as pessoas que hoje chegam aos 65 anos. Esta situação levará a um aumento significativo do número de pessoas com mais de 80 e 90 anos, fazendo com que muitas delas passem várias décadas na reforma e atinjam idades em que a fragilidade e a incapacidade são frequentes, ainda que a percentagem de pessoas cujo estado de saúde seja mau neste grupo etário possa diminuir (Comunicação das Comunidades Europeias, 2006).

Em virtude destas tendências, a população total da União Europeia dos 25 diminuirá ligeiramente, mas será muito mais velha. No plano económico, a principal mudança diz respeito à população ativa (15-64 anos) que diminuirá de 48 milhões até 2050. A taxa de dependência (número de pessoas com mais de 65 anos em relação às que têm

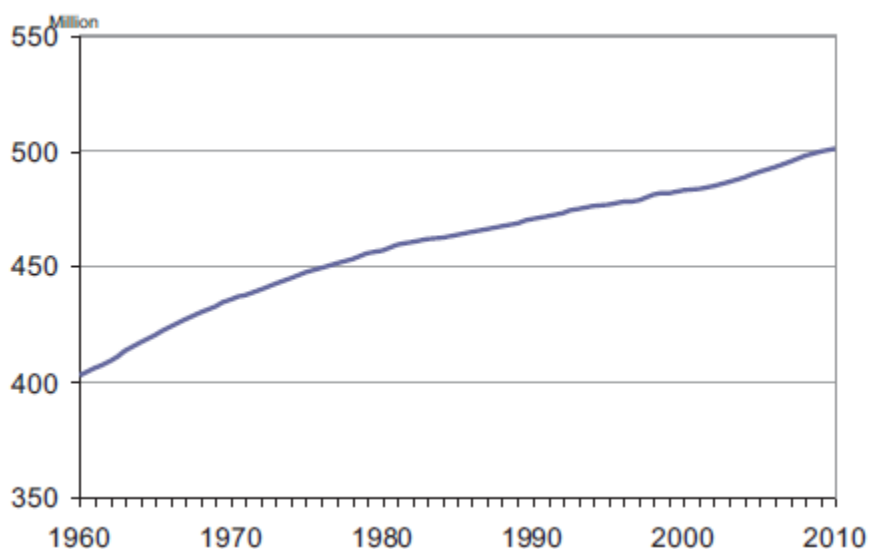
entre 15 e 64 anos) deverá duplicar para chegar a 51% até 2050, o que significa que a UE passará de quatro para apenas duas pessoas em idade ativa, por cada cidadão com mais de 65 anos (Comunicação das Comunidades Europeias, 2006).

Os mesmos autores consideram que as implicações regionais e sociais do envelhecimento da população são também dignas de nota. As regiões em declínio demográfico e povoadas principalmente por pessoas idosas conhecerão dificuldades em matéria de oferta de bens e serviços públicos essenciais como a saúde, a habitação, o ordenamento urbano, os serviços de transportes e de turismo, de forma a que, os equilíbrios ambientais repercutirão também os efeitos do envelhecimento. A mudança demográfica é acompanhada também de profundas mudanças sociais que atingem a composição das famílias e traduz-se, designadamente, num número crescente de idosos que vivem sós. O aumento do número de pessoas muito idosas e dependentes levanta também novos problemas de ordem económica, social, e mesmo ética.

Com as políticas atuais, o envelhecimento vai exercer pressões significativas no sentido do aumento das despesas públicas, ainda que haja uma grande diversidade consoante os países. Para a União Europeia dos 25, as projeções indicam um aumento das despesas públicas ligadas à idade de 3 a 4 pontos do PIB entre 2004 e 2050, o que representaria um aumento de 10% das despesas públicas. Estas pressões far-se-ão sentir a partir de 2010 e serão particularmente importantes entre 2020 e 2040. As mesmas irão incidir sobre as reformas, a saúde e os serviços aos idosos (Comunicação das Comunidades Europeias, 2006).

Em 1 de Janeiro de 2010 a população da União Europeia dos 27 foi estimada em 501,1 milhões de pessoas ou seja mais 1,4 milhões do que em 2009. Entre 1990 e 2009, a população aumentou em média 3,2 por 1000 habitantes por ano, comparada com a média anual de cerca de 8 por 1000 habitantes por ano na década de 1960, conforme mostra a figura nº 1.

Figura n.º 1
População de 1 de Janeiro de 1960 – 2010 da UE-27



Fonte: Eurostat 2010: *Quadro extraído em 28 de Abril de 2012*

Segundo o Eurostat (2008), a população da União Europeia será ligeiramente mais em 2060, enquanto a estrutura etária será muito mais envelhecida do que é agora, esta alteração será muito preocupante. Em 2060 é esperado um decréscimo da população ativa, de acordo com esta projeção, as pessoas com 65 anos ou mais irá crescer 17,4% em 2010 para 30% em 2060. Podemos ainda verificar o aumento do envelhecimento da população mais velha, as pessoas com 80 anos ou mais estão a aumentar mais rapidamente que qualquer outro segmento da população. A idade média da população aumentou em todos os estados membros, aumentou abruptamente mais de 6 anos, na Eslovénia, Portugal, Lituânia, Alemanha, Espanha, Malta, Itália, Países Baixos e Áustria.

De forma resumida, ao longo dos próximos 50 anos, a classe dos 65 anos ou mais aumentara na UE, embora as projeções da população mostrem que afeta todos os estados membros, existem países que experimentam um processo diferente. A maioria dos estados membros deverá ter um padrão de envelhecimento moderado (Eurostat, 2008).

O envelhecimento das populações europeias é a consequência inevitável de evoluções que, no fundo, são positivas: o aumento da esperança de vida, muitas vezes com boa

saúde, uma decisão facilitada de e quando ter filhos, assumida por mulheres cada vez mais instruídas e com acesso ao mercado de trabalho. Todavia, estas profundas mudanças demográficas e socioeconómicas obrigam a reformar as instituições atuais por motivos de eficiência económica e de equidade social (Eurostat, 2010).

Segundo os resultados provisórios dos Censos de 2011, o envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito socioeconómico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adoção de novos estilos de vida. Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior. O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentam os menores índices de envelhecimento do país, respectivamente, 74 e 91. As Regiões Alentejo e Centro são, pelo contrário, as que apresentam os maiores valores, respetivamente, 179 e 164 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

O agravamento do envelhecimento da população portuguesa é praticamente comum à generalidade do território nacional. Apenas 16 dos 308 municípios apresentam em 2011 indicadores de envelhecimento inferiores aos verificados em 2001. O envelhecimento das populações também deixou de ser um fenómeno dos municípios do interior e alastra-se a todo território (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

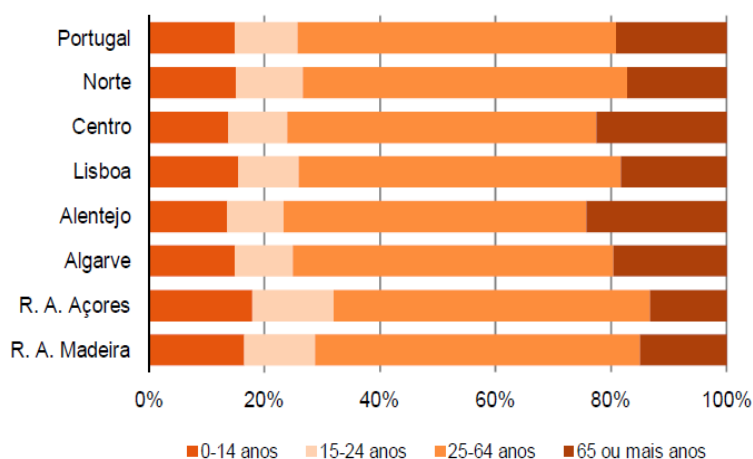
O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Há 30 anos, em 1981, cerca de $\frac{1}{4}$ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de

15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade. Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3% (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira são as que apresentam uma maior percentagem da população no grupo etário mais jovem; respetivamente 17,9% e 16,4% da população encontram-se no grupo etário dos 0-14 anos, seguidas pelas regiões de Lisboa, Norte e Algarve com, respetivamente, 15,5%, 15,1% e 14,9%. No lado oposto, as regiões do Alentejo e Centro são as mais envelhecidas, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 24,3% e 22,5%, respetivamente tal como mostra a figura nº 2 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Figura n.º 2

Estrutura da população residente por grupos etários por NUTS II em 2011



Fonte: <http://www.ine.pt> - Quadro extraído em 28 de Abril de 2012

O processo de envelhecimento demográfico que atualmente vivemos provoca mudanças estruturais, comportamentais e sociais, nos próximos anos mais e diferentes necessidades de saúde surgirão.

Novos desafios aos Sistemas de Saúde serão lançados, não apenas no que se refere à garantia da acessibilidade e qualidade dos cuidados mas também a sustentabilidade dos próprios sistemas (Plano Nacional de Saúde do Idoso, 2004).

É necessário adequar políticas que permitam desenvolver ações próximas dos cidadãos Idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população Idosa, permitindo minimizar custos, evitar dependência, humanizar cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual (Plano Nacional de Saúde do Idoso, 2004).

2- O IDOSO HOSPITALIZADO

O envelhecimento populacional global é apontado como um fenómeno já calculado há algumas décadas. Entretanto, a sociedade ainda revela dificuldades no tratamento desta população crescente. Existem cerca de seiscentos milhões de idosos a viver no mundo. Dados alertam que as doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), a nível mundial são responsáveis por 59% dos óbitos e 46% do número total de doenças globais. Nos países em desenvolvimento o impacto produzido por essas doenças é acentuado, uma vez que a estrutura social no envelhecimento não se preparou para enfrentar a situação com comportamentos económicos adequados (Carretta, 2011.)

Essa polaridade, segundo o mesmo autor, traz como consequências um aumento dos custos na assistência à saúde, decorrente de doenças cardiovasculares, neoplásicas e doenças respiratórias crónicas. Também neste contexto, as DCNT estão relacionadas ao aumento da expectativa de vida das pessoas, com o qual há o crescimento da incapacidade e limitações em idosos. Assim, a prevenção dessas doenças e o cuidado à saúde de pessoas idosas dependentes representam novos desafios para os profissionais de saúde (Carretta, 2011).

O envelhecimento humano não significa diretamente convívio com as DCNT e incapacidades funcionais, mas a incidência destas preocupa as pessoas envolvidas nesse processo. Assim, os idosos estarão mais susceptíveis às doenças, que poderão levá-los a incapacidades funcionais e à dependência.

Deste modo, o idoso é apontado como um dos principais utilizadores dos serviços de saúde, no que se refere à hospitalização. O internamento hospitalar pode ser considerado um fator de desestruturação físico-emocional no idoso, visto que ações e interações ocorrem num vínculo estabelecido por força situacional e estrutural. Os aspetos que suportam essa relação estão cercados, de um lado, por necessidades urgentes de atendimento e, de outro, de uma atividade profissional hierarquicamente

determinada e dimensionada. Esse contacto tende a ser muito próximo e complexo (Carretta, 2011).

No final do século XVIII o hospital surgiu como ambiente terapêutico, pois anteriormente, este espaço era reservado aos desassistidos que se encontravam à margem da sociedade. Na vigência da Revolução Industrial, os profissionais de medicina passaram a utilizar este ambiente para procedimentos de diagnóstico e tratamento. Com o aparecimento de outras profissões, a função do hospital expandiu-se, integrando na sua base administrativa funções médico – sociais, educacionais, de capacitação de recursos humanos e pesquisa em saúde. Essa estrutura, que tem como objetivo recuperar a saúde, constitui-se por normas, rotinas e protocolos padronizados, nem sempre flexíveis e com uma filosofia centrada na otimização das ações e resolução na recuperação da saúde. De outro modo, a complexidade assistencial hospitalar abarca padrões que tendem a conectar o ser humano ao domínio da instituição de saúde em detrimento da personalização do cuidado, massificando os procedimentos e orientações com a finalidade de atender à grande procura dos serviços (Carretta, 2011).

Paralelamente verifica-se que os idosos são os principais utilizadores dos cuidados hospitalares agudos. Na velhice, o risco de hospitalização em situações agudas e crónicas aumenta, pois os idosos tendem a apresentar multipatologias. Apesar disso, a maioria da população idosa continua independente, tendo alcançado o envelhecimento bem-sucedido. Porém, a manutenção da saúde é uma das principais preocupações e desafios para os idosos, as suas famílias e profissionais de saúde. Um internamento hospitalar é, em qualquer idade, um momento difícil para o doente e seus familiares. Na velhice assume contornos mais complexos pela associação à morte, dependência e doença, por isso é vivido com elevados níveis de stresse e ansiedade (Carvalhais, 2007).

A doença e a hospitalização na velhice envolvem significados especiais, pois associam-se, ou tornam mais reais, o medo da dependência física ou a percepção de que a morte se aproxima (Carvalhais, 2007).

O internamento hospitalar associa-se a diversos problemas e riscos específicos para a população idosa, principalmente porque o envelhecimento enfraquece diversos mecanismos fisiológicos protetores. Além disso, muitos idosos chegam ao hospital com problemas de auto-estima e sentido de inutilidade, por exemplo, a reforma e a perda de um papel social ativo, a orientação social para a juventude e a falta de respeito pela experiência de vida, criam a ideia de que já não é útil. Nestas circunstâncias, as alterações no ritmo e contexto de vida inerentes aos internamentos hospitalares acabam por ter efeitos mais graves, como quedas que são mais frequentes, devido a diminuição da acuidade visual periférica, o ciclo de descanso e sono é alterado e o idoso sente-se desorientado. Em resultado, a depressão é comum, mesmo nos pacientes que não se apresentam deprimidos, porque o novo ambiente acentua a sensação de incompetência e pode decorrer uma diminuição do funcionamento cognitivo, devido a desorientação que os novos ritmos hospitalares e diferentes medicações causaram no idoso (Carvalhais, 2007).

Segundo o estudo de Almeida et al (2008), as causas mais frequentes de hospitalização dos idosos são doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. A prevalência destas doenças e as situações clínicas mais frequentes caracterizam as limitações inerentes desta faixa etária e, os riscos impostos pela idade tendem a agravar-se com o tempo de hospitalização. Uma hospitalização reforça os sentimentos negativos do idoso e tende a remetê-lo para uma postura mais passiva e regressiva, situação esta que pode acentuar-se se os profissionais de saúde reforçarem a ideia de que o idoso é incompetente. A hospitalização é um momento terrivelmente angustiante, gerador de ansiedade e de *stress*, tornando o doente mais frágil, desprotegido e inseguro, uma vez que, de repente se vê num ambiente com o qual não se identifica.

A hospitalização obriga a que o doente se desligue do seu lar, das suas ocupações, dos familiares, amigos e entre num ambiente estranho, com pessoas estranhas e com normas e regulamentos diferentes dos habituais. No hospital o doente não só é obrigado a adaptar-se a uma cama estranha, sons estranhos, como também tem de estar pronto a cooperar com quem quer que seja, que entre no seu quarto, às horas

mais imprevistas, para fazer um tratamento ou dar-lhe a medicação. Segundo Moreira e Figueiras (1981, p.12) “... O receio da doença, a expectativa face ao desconhecido, no momento da hospitalização domina o seu espírito...”.

Virgínia Henderson, citada por Imédio (1998, p. 833) refere “...quando estou num hospital como paciente, tenho a impressão de estar numa sociedade secreta sem conhecer a sua contracena...”

A hospitalização significa uma interrupção na vida normal da pessoa, sendo por vezes causadora de alguma preocupação e angústia. A nossa sociedade atribui uma maior gravidade a uma doença, de acordo com a necessidade de internamento hospitalar do doente, que vai reforçar o sentimento de ansiedade e medo em relação ao hospital.

Aquilo que os doentes esperam quando são hospitalizados, está patente na descrição de Vitória (2001, p.14) quando refere que “o doente ao recorrer à instituição hospitalar pretende não só a excelência da técnica e a cura do corpo físico, mas também o comportamento afectivo e humano, por parte do pessoal de modo a sentir-se compreendido e respeitado como pessoa.”

Ser hospitalizado não deve significar de todo solidão, desamparo e marginalização. Neste contexto, o acolhimento reveste-se de uma enorme importância para diminuir a ansiedade do doente. O enfermeiro deve proporcionar um acolhimento o mais agradável possível, de modo a minimizar o impacto da hospitalização.

Rodrigues (1999, p.11) define hospitalidade como “bom acolhimento, amabilidade, afabilidade na forma de receber alguém”.

Barnes (1973, p.23) cita Florence Nightingale, a qual referia que “...o primeiro requisito de um hospital é que não faça qualquer mal ao doente...”. A este respeito Silva (1995, p. 40) refere “... o exercício de todos os actos técnicos ou não, pressupõe a compreensão e o respeito pelo homem doente”.

De acordo, ainda, com Silva (1995. p.41) “...o hospital é o local onde se encontram reunidos os meios para obter a cura ou evitar o agravamento da doença. Mas estes

meios por vezes falham (...) subjacente a toda a hospitalização, esta presente o risco de morte...”. Cordeiro (1986. p.33) refere que “... a hospitalização constitui uma situação de risco e desequilíbrio psicológico, presente ou futuro, não só de pessoa doente, como da família”.

No hospital o doente depara-se com um meio desconhecido, ao 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 tanta gente. Desta forma, segundo Cook e Fontaine (1990. p. 8) “... as pessoas hospitalizadas mostram uma dependência clara de pessoal de saúde...”

Segundo um estudo desenvolvido por Guerrero et al (2011), com o objetivo de conhecer as variáveis que influenciam o aumento do tempo de internamento, podemos concluir que alguns variáveis, tais como idade superior a 80 anos, viver só ou em lar de idosos, alto nível de dependência e presença de risco social podem influenciar o prolongamento da hospitalização. Podemos verificar ainda que o estado cognitivo e a duração da hospitalização também têm uma relação direta, ou seja, um estado cognitivo alterado aumenta a duração da hospitalização das pessoas idosas.

Torna-se cada vez mais importante ponderar os benefícios e os riscos do internamento do doente idoso, reduzir os tempos de internamento e antever e evitar as complicações a que podem estar sujeitos, com vista a prevenção da incapacidade e ao aumento da independência do idoso, o que pode determinar o agravamento de custos no período de internamento e no regresso a casa, o custo dos cuidados familiares e outros necessários (Valente, 2001).

O estudo realizado por Sales et al (2007), revela que os enfermeiros devem estar mais atentos às alterações que acompanham o processo do envelhecimento, saber interpretá-los e distingui-los, não se limitar à doença que propiciou o desgaste de um sistema orgânico, mas também diferenciá-la e compreender o que decorreu das alterações manifestadas, estabelecendo o holismo para uma boa sistematização dos cuidados.

Gouveia (1997) refere que ao preparar o acolhimento do doente é necessário saber analisar o impacto que a doença e a hospitalização podem vir a causar no indivíduo, como também se torna necessário compreender as repercussões que podem surgir quer a nível pessoal como familiar.

A equipa de enfermagem não deve apenas valorizar a patologia, mas sim ver que o ser humano é uma conversão de emoções, sensações e de alterações físicas, anatómicas e fisiológicas que frequentemente não estão associadas somente à causa da hospitalização, mas é uma associação entre a doença, o estar doente, o processo de cuidar e a recuperação da saúde (Silva, 2006).

O internamento afasta o idoso das pessoas com quem convive e coloca-o em contacto com desconhecidos que frequentemente lhe proporcionam um relacionamento pouco personalizado, contribuindo para a instabilidade emocional, depressão alterações do comportamento e confusão (Silva, 2006).

Segundo Martins (2002) desde tempos perdidos no passado, que a problemática do envelhecimento tem sido assunto do âmbito filosófico. Disse Platão que toda a “*filosofia é uma meditação relacionada com a morte*”. As terapias propostas eram, e foram através dos tempos, alicerçadas em crenças mágicas e obscuras e reduzidas a elixires da juventude. É nos pós-guerra Mundial e guerra civil de Espanha que o envelhecimento da população começa a sobressair e a chamar a atenção dos responsáveis de saúde.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística no “*Anuário Estatístico da Região Alentejo em 2010*”, o Alentejo, no que se refere à saúde, apresenta uma taxa de internamentos de 73,1% por 100 habitantes. As Intervenções cirúrgicas por dia, nos estabelecimentos de saúde, representam 112,2%, sendo o total das cirurgias realizadas no Alentejo de 58424.

Observando os dados do Ministério da Saúde de 2011, na instituição onde foi realizado o estudo, especificamente no serviço de cirurgia, foram hospitalizados 574 utentes com 65 anos ou mais, durante o período de 1/01/2011 e 31/12/2011, com o intuito de

serem submetidos a uma intervenção cirúrgica, sendo a sua maioria do sexo masculino.

2.1- O IDOSO SUBMETIDO A CIRURGIA

A palavra cirurgia deriva do grego, *Kheirurgia*, trabalho manual. Hipócrates, o pai da cirurgia, alegadamente usava vinho ou água fervida para lavar feridas em 450 A.C. Phipps (2003, p. 525) define cirurgia como “*o diagnóstico e tratamento médicos de traumatismo, deformidade e doença, por actos manuais e instrumentais*”.

A cirurgia tornou-se uma disciplina médica específica por volta dos anos 130/200 da era cristã, no tempo do físico grego Galeno, que se dizia ferver os instrumentos antes de usá-los. Nos anos seguintes, foram inúmeras as técnicas cirúrgicas utilizadas, no século XVI usavam-se ligaduras para controlar as hemorragias. Morton, ao usar o éter no hospital Principal de Massachusetts em 1846, preconizou o advento da anestesia como adjuvante da cirurgia. A utilização de anestésico permitia ao médico, efetuar procedimentos cirúrgicos mais lentamente, com mais cuidados e sem dor. No entanto, apesar destes avanços, era elevada a incidência da infeção das incisões e as taxas de mortalidade (Phipps, 2003).

Ao longo do século XX, os avanços na anestesia, no meio cirúrgico e na tecnologia têm permitido resultados mais previsíveis e seguros nos doentes. Muitos dos procedimentos cirúrgicos eram realizados no domicílio do doente. O papel da enfermagem centrava-se na preparação do ambiente e no suporte ao doente. A complexidade crescente dos procedimentos e as exigências, cada vez maiores, que se punham ao médico em termos de tempo, desaconselhavam a realização de cirurgias no domicílio. Para responder às necessidades, os médicos começaram a fazer cirurgias em pensões médicas, privadas, que prestavam serviços de hotel e de enfermagem, por volta de 1920 e 1930, a maioria dos médicos estavam associados a hospitais. Os enfermeiros forneciam assistência técnica ao cirurgião (Phipps 2003).

A cirurgia é uma experiência muito especial para cada doente, dependente dos fatores de ordem psicossocial e fisiológica, que estejam subjacentes. Embora algumas cirurgias sejam consideradas, pelo pessoal hospitalar, como procedimentos menores, a cirurgia é sempre uma experiência importante para o doente/família. A cirurgia é um fator de stress, que produz reações fisiológicas (respostas neurológicas) e psicológicas (ansiedade, medo). É também um fator de stress social, a requerer adaptação da família a mudanças, temporárias ou prolongadas (Phipps 2003).

Segundo o momento da realização da intervenção cirúrgica, esta pode ser designada de electiva, urgente, ou de emergência. Chamam-se eletivos aos procedimentos cirúrgicos planeados, não urgentes. Urgentes, são as intervenções não planeadas, que requerem intervenção atempada, mas não põem a vida em risco imediato. Os procedimentos de emergência têm que ser efetuados de imediato, para se conservarem os membros e a vida do utente. Podemos distinguir 3 períodos distintos da Intervenção cirúrgica, um primeiro designado “*pré-operatório*”, que começa quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica, onde as principais intervenções de enfermagem são a avaliação inicial do estado físico, psicológico e social do doente, o planeamento dos cuidados de enfermagem requeridos para preparar o doente para a cirurgia e a implementação das intervenções de enfermagem. Este período termina quando o doente é transportado, em segurança, para o BO e enviado ao enfermeiro da sala para receber os cuidados adequados. O segundo período designado de “*período intra-operatório*”, dura até o doente ser enviado à unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA). Neste período as responsabilidades de enfermagem centram-se na avaliação contínua do estado fisiológico e psicológico do doente e no planeamento e implementação de intervenções de enfermagem eficazes, com vista a promover a segurança e a privacidade e a prevenir infeção da incisão e promover a cicatrização. Entre as atividades de enfermagem podemos salientar o apoio emocional ao doente durante a indução da anestesia e ao longo de todo o procedimento, estabelecer e manter um posicionamento funcional, manter a assépsia, protegendo o doente contra os perigos elétricos, colaborando no equilíbrio hídrico, assegurando o controlo rigoroso da higiene e dos instrumentos, ajudando o cirurgião e comunicando com a família do doente e outros elementos da equipa de cuidados de saúde (Phipps, 2003).

Por último temos o “*período pós-operatório*” que começa com a admissão na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos e termina com a avaliação final do necessário acompanhamento do doente no domicílio ou em instituição clínica. As atividades de enfermagem incluem a avaliação contínua de alterações no estado físico e psicológico do doente, com o devido planeamento e implementação de cuidados, tais como o controle da permeabilidade das vias aéreas, dos sinais vitais e do estado neurológico, bem como administrar líquidos e sangue por via ev, avaliar com rigor as drenagens e apresentar as notas de enfermagem da situação do doente (Phipps, 2003).

“Cada pessoa responde a uma intervenção cirúrgica de modo muito próprio pois, ao longo da experiência cirúrgica são inúmeras as variáveis que influenciam as reações psicológicas e fisiológicas, entre elas contam-se a idade, a presença de doença crónica ou incapacidade, estado nutricional deficiente e o tipo de cirurgia efetuada. O uso de medicamentos pode também afetar a reação do doente aos anestésicos e outros agentes utilizados no intra-operatório” (Phipps, 2003, p. 527).

“O envelhecimento crescente da população e o aumento da frequência de cirurgias realizadas em pessoas idosas tem vindo a aumentar. Calcula-se em 11% a 13% a percentagem da população de 65 e mais anos de idade que, pelo menos uma vez, se submeteu a uma cirurgia antes da morte” (Corey, 1995, p. 20).

A capacidade do doente idoso de tolerar a cirurgia depende das alterações fisiológicas, que tenham ocorrido em função do processo de envelhecimento, da duração do procedimento cirúrgico e da presença de uma ou mais doenças crónicas. Em geral, o doente com mais de 65 anos, corre um risco cirúrgico superior ao de um indivíduo mais novo. Segundo um estudo desenvolvido por Meeker et al (1995), a taxa de mortalidade é inferior a 1% em indivíduos de menos de 65 anos, 5% a 10% nas pessoas com idade entre 65 e 80 anos e 10% nos de mais de 80 anos. Os procedimentos cirúrgicos que representam risco acrescido para os idosos, são efetuados a nível abdominal, torácico, neurocirúrgico e os de emergência. O aumento da incidência de mortalidade e das complicações no pós-operatório está associado a doença cardíaca, complicações pulmonares, sepsis e insuficiência renal (Phipps, 2003).

“O internamento hospitalar e a cirurgia provocam no doente e na família alterações bio-psico-sociais e espirituais, relacionadas com a dor, o desconforto, a mudança de ambiente, o desconhecido, o isolamento, a sensação de perda, de separação e de abandono e ainda o medo da morte. Os enfermeiros no pré-operatório devem ser capazes de identificar as necessidades deste grupo tão específico e ser capazes de planear cuidados, tendo em especial atenção, a diminuição do medo e da ansiedade, a promoção do auto cuidado e a prevenção das complicações no pós-operatório” (Pinheiro, 1996, p.41).

O estudo desenvolvido por Pinheiro (1996) com o objetivo de conhecer os medos e receios do doente idoso face à cirurgia concluiu que a cirurgia é um momento de enorme stress para os doentes idosos, stress esse evidenciado pelo número de medos expressos, sendo os mais referidos o medo de que a intervenção cirúrgica corra mal, medo de ficar dependente ou incapacitado, medo de morrer, medo da dor no pós-operatório, medo de ficar com sequelas, medo de se entregar a pessoas que não conhece e medo de não saber o que lhe vão fazer. O estudo em questão considera também que a implementação de uma visita no período do pré-operatório, em todos os hospitais, é importante, na medida em que facilita a resposta às necessidades dos doentes identificadas neste período.

O processo normal de envelhecimento produz um declínio geral na função orgânica, alterações na farmacocinética e também na capacidade termorreguladora. É essencial o enfermeiro ter conhecimento sobre o processo normal de envelhecimento, para planear intervenções no doente cirúrgico idoso (Phipps, 2003).

As alterações fisiológicas relacionadas com o processo de envelhecimento são inúmeras, logo as dificuldades ou problemas que possam ocorrer na intervenção cirúrgica no idoso também são variados.

Para além das alterações fisiológicas, no doente geriátrico, o enfermeiro precisa também de conhecer os fatores de stress, de carácter fisiológico e psicológico, que podem causar confusão. É importante determinar a causa da confusão. Entre as causas mais comuns, contam-se a hipoxemia, o desequilíbrio eletrolítico, a hemorragia

cerebral, a diabetes, a infecção, a desidratação, fármacos, a doença de Alzheimer, e ambientes estranhos. A depressão e o abuso do álcool são comuns no idoso e muitas vezes permanecem por diagnosticar. Qualquer um deles pode afetar os resultados no pós-operatório do doente, pelo que se deverá fazer uma avaliação de despiste no período pré-operatório. Neste período são fundamentais a avaliação de enfermagem e a documentação da mesma (Phipps, 2003).

“A avaliação pré-operatória fornece informações básicas sobre as atividades diárias do doente, quer a nível físico (banho, vestir, funcionamento vesical, alimentação), quer a nível de mobilização, (transporte, compras, utilização do telefone, limpeza da casa, tratamento de roupas, refeições, finanças, medicação), necessárias para manter uma vida independente. Além de ajudar a identificar os problemas potenciais, a avaliação desta atividade permite aos enfermeiros compreender as atividades importantes para o doente, bem como a sua vontade e capacidade de aderir ao regime terapêutico” (Pinheiro, 1996, p. 5).

O enfermeiro tem que avaliar a fiabilidade das informações do doente, pois alguns idosos já em conflito com membros da família podem ter alguma relutância em responder a estas questões ou exagerar as suas capacidades. Devem igualmente avaliar o impacto dos danos sensoriais já existentes. De seguida, os enfermeiros, doente, família e cirurgião devem rever potenciais alterações na capacidade do idoso para se auto-cuidar e no modo de lidar com situações crónicas.

No período do pré-operatório é muito importante uma avaliação física e mental do idoso, a avaliação física é importante na medida em que o estado físico dos doentes idosos seja verificado, para avaliar o funcionamento dos sistemas cardiovascular e respiratório, a alimentação, o equilíbrio hidro-eletrolítico e a mobilidade. Esta avaliação permite ainda identificar e minimizar os riscos associados com a anestesia, a cirurgia e a convalescença pós-operatória. As taxas de mortalidade e coma cirúrgico são geralmente superiores nos doentes idosos, especialmente no caso de patologias associadas e ainda mais elevadas nas cirurgias de urgência. As complicações cardiovasculares e pulmonares pós-operatórias surgem mais frequentemente, devido

às alterações normais relacionadas com o envelhecimento. Uma avaliação cuidadosa no período pré-operatório pode reduzir esses riscos. A função renal e a absorção de líquidos e alimentos devem igualmente ser otimizadas antes da cirurgia. Os doentes isolados, imóveis ou que sofrem de depressão ou senilidade são muitas vezes deficientemente alimentados, o que os torna mais vulneráveis a infeções nosocomiais (Pinheiro, 1996).

Logo na Admissão os enfermeiros ainda devem fazer uma avaliação, dos riscos de problemas cutâneos, utilizando instrumentos de avaliação, tais como a escala de Braden, que mostra o risco de úlcera de pressão baseando-se na avaliação numérica da capacidade do doente, nas áreas da perceção, sensorial, humidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição e fricção da pele. Os doentes idosos em risco de vir a ter problemas cutâneos recebem ao longo de todo o período maiores cuidados em termos de mobilização, utilização de colchões anti escara e apoio nutricional (Pinheiro, 1996).

É importante também a avaliação do estado mental dos doentes idosos, esta inclui também a função cognitiva. É extremamente relevante na avaliação funcional, pois revela a capacidade do doente cooperar em todo o processo pré/intra/pós-operatório. Este exame pode ser conduzido com entrevistas informais, sempre que as informações obtidas possam ser confirmadas. Este exame avalia a linguagem do doente, a memória recente, a atenção, o raciocínio e o discernimento. Um exame mental formal, com o auxílio de testes como o Mini Exame das Capacidades Mentais (Mini Mental State Exam), permite uma avaliação objetiva das capacidades cognitivas do doente. Durante estas entrevistas os enfermeiros também devem verificar se o doente está emocionalmente preparado para a cirurgia, tem ainda a oportunidade de diminuir os seus medos, anseios e esclarecer as suas dúvidas (Pinheiro, 1996).

É também no período do pré-operatório que se processa o ensino, ensino este que se prende com a intervenção cirúrgica que vão realizar e posteriormente a recuperação da mesma. No entanto, a rapidez de assimilação de novas informações diminui com a idade, assim os enfermeiros devem contar com bastante tempo para realizar este

ensino, devem focar-se naquilo que o doente necessita realmente de saber. Outro aspecto a referir é o consentimento informado e a preparação para a alta que se inicia no momento da admissão. Os doentes idosos podem tomar decisões quanto à cirurgia. Os enfermeiros devem apoiar os doentes, cujas capacidades cognitivas se mantenham intactas, nos seus direitos de requerer ou recusar qualquer tipo de cirurgia. Os cirurgiões devem explicar claramente os riscos da cirurgia, os incómodos e restrições antes, durante e após a cirurgia e a qualidade de vida que se pode esperar no final. Médicos e enfermeiros devem facultar aos doentes idosos tempo suficiente para se assegurarem de que estes perceberam todas as informações e responder a todas as questões antes de assinarem o consentimento para a cirurgia. O planeamento dos cuidados no pós-operatório começa no decorrer da avaliação pré-operatória. Os enfermeiros utilizam os dados recolhidos durante as entrevistas para ajudar os doentes e os seus familiares a tomar decisões quanto à prestação de cuidados de saúde em casa, preparando desde logo a alta do mesmo, seja para o domicílio ou instituição (Pinheiro, 1996).

Todos os idosos sujeitos a cirurgia devem ser considerados doentes de alto risco, no entanto, com o auxílio de uma avaliação e planeamento antecipados, feitos por membros de equipas de áreas diversas, estes doentes devem poder manter os seus níveis funcionais durante todo o período da cirurgia. Os enfermeiros têm o papel chave neste processo, iniciando logo no acolhimento de enfermagem um planeamento adequado às necessidades de cada utente (Pinheiro, 1996).

3- ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM

O acolhimento é um momento por excelência na relação enfermeiro-doente/família. Segundo Chalifour (1989) este torna-se um momento privilegiado em que se criam laços de confiança recíprocos.

Para Diochon (1989) acolher significa comportar-se de determinada maneira com certa pessoa, receber favoravelmente alguém através de palavras, ideias e sentimentos, facilitar a comunicação, reduzir a ansiedade, escutar e aceitar o outro.

A doença e o internamento podem afastar o indivíduo do seu meio ambiente, atirando-o para um mundo completamente desconhecido - o hospital. Segundo Rebelo (1987) os primeiros contactos com a unidade são determinantes para reforçar ou modificar essa imagem. O doente poderá estar muito recetivo aos mais pequenos sinais que o ajudem a compreender esse universo complexo onde acaba de chegar.

Elhart (1983) refere que a estranheza do local e das pessoas podem contribuir para o agravamento da insegurança. Os primeiros momentos passados no hospital assumem uma importância crucial para o doente, daí a necessidade dos profissionais de saúde se esforçarem no sentido de revelar simpatia, compreensão e interesse para com o doente e a situação que o levou lá.

O termo acolhimento é definido por Costa e Melo (1987, p. 13) como “*acto ou efeito de acolher; hospitalidade; recepção*”. O acolhimento do doente no hospital inclui este conceito, em toda a sua amplitude, sendo bastante preciso no que diz respeito ao relacionamento que deverá existir no momento de admissão do doente.

Para Busquets (1991, p. 17) “*o cuidado acolhimento consiste num processo que integra o acto de admissão hospital, podendo dizer-se que a admissão corresponde aos trâmites burocráticos e o acolhimento ao momento e á maneira como o doente é recebido no hospital*”.

O acolhimento é *“uma atitude não de mera hospitalidade mas inserido num contexto da mais profunda relação humana (...), deverá ser cada vez mais uma técnica da relação humana que procura receber bem”* (Carneiro, 1981, p. 8).

A importância de receber bem, prende-se com a competência relacional dos enfermeiros. O acolhimento surge como um cuidado de enfermagem dentro do contexto de dar atenção e cuidar do doente. A função social da enfermagem prende-se com o cuidar do doente e acolher é um dos cuidados a ter com esse mesmo doente.

O acolhimento é um cuidado facilitador da adaptação ao meio hospitalar. Quando o doente entra no hospital/serviço, é importante diminuir os sentimentos gerados pela incerteza quanto ao futuro, pela dor, por experiências anteriores negativas ou pela chegada a um ambiente desconhecido e por vezes *“assustador”*.

Um acolhimento caloroso, a prestação de informações úteis ao doente e a identificação das suas expectativas e preocupações podem diminuir a sua angústia, ansiedade e ajudar a construir uma relação de confiança e de ajuda.

A finalidade do acolhimento é, por um lado, ajudar o doente e a família a eliminar sentimentos negativos e por outro lado, informá-los sobre os aspetos organizacionais da instituição/serviço, tais como: horário das refeições, visitas, organização física do serviço, etc.

Num estudo desenvolvido por Larrabel e Bolden (2002) são identificados o que são cuidados de enfermagem de qualidade na perspectiva dos utentes, tendo o mesmo uma amostra de 199 adultos, internados num hospital público no Sul dos EUA. Os resultados mostram que existem cinco parâmetros a que os utentes dão mais importância, nomeadamente, ir de encontro às suas necessidades, serem tratados com agrado, ter um cuidado individualizado e competente e proporcionarem cuidados apropriados.

Segundo Vilagrasa (1991) o acolhimento do doente, na unidade de internamento, deve integrar os seguintes objetivos:

- 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 com vista a enfrentar a nova situação;
- Identificar os processos operativos que se devem iniciar desde a admissão (...);
- Valorizar as necessidades de cuidados de saúde do doente.

Um bom acolhimento deve permitir uma boa adaptação do doente ao ambiente da unidade e proporcionar a colheita de dados, que permitam a individualização dos cuidados a prestar.

Se a equipa multidisciplinar é relevante no acolhimento do doente, o papel desempenhado pela equipa de enfermagem é extremamente importante, uma vez que é o enfermeiro que permanece 24 horas por dia, junto ao doente e ainda porque:

- O enfermeiro é agente de humanização;
- O enfermeiro é um técnico de relações humanas;
- O acolhimento é um cuidado de enfermagem por excelência;
- 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.
(Rodrigues, 1999, p. 42).

Nesta perspectiva, Vitória (2001) sugere serem necessários para facilitar um bom acolhimento e proporcionar uma adaptação à unidade:

- Apresentar-se pelo nome;
- Perguntar como o doente prefere ser tratado, numa atitude de respeito pela sua vontade e individualidade;
- Familiarizá-lo com o espaço físico;
- Tranquilizá-lo e esclarecê-lo sobre todas as suas dúvidas e receios, de forma a que se sinta mais seguro e confiante;
- Permitir-lhe a realização das suas atividades diárias;
- Apresentar o recém admitido aos outros doentes do quarto;
- Fazê-lo sentir que existe interesse por si, como pessoa.

Gouveia (1997, p. 46), refere que *“o doente ao ficar hospitalizado, deve ser proporcionada toda a informação a que tem direito e respeitar-se esse direito”*.

Ao doente e família deve ser entregue o guia de acolhimento, que não só ajudará o enfermeiro na prestação de informações corretas de forma sistematizada, como permitirá que o doente obtenha informações mais específicas, relacionadas com aspetos importantes que não devem ser esquecidos. Explicar ao doente os direitos que lhe assistem é um dever do enfermeiro durante todo o processo de acolhimento. O doente e sua família têm ainda o direito de serem informados sobre os aspetos gerais do ambiente hospitalar, os seus direitos e deveres como utente e as funções das pessoas que lhe prestam assistência.

Na maioria, das vezes, o doente vem ao hospital acompanhado por um familiar ou outra pessoa significativa. A família é *“um grupo natural de ligação entre o indivíduo e a sociedade, o meio privilegiado da realização pessoal e simultaneamente da integração na comunidade”* (Pinto, 1991, p.236). Desta forma, constitui o elo de ligação do doente com o exterior e por vezes com a própria equipa de saúde, influenciando também a forma como o doente vai reagir à sua própria doença. Situações concretas como o nascimento, a doença e a morte, entre outras, vão

produzir modificações no equilíbrio familiar, podendo ser geradoras de crises mais ou menos profundas. A hospitalização de um membro da família suscita também uma crise considerável no seu funcionamento (Pinto, 1991).

Neste contexto, o acolhimento implica observar o doente como uma pessoa que compõe a sua própria família. Apesar das mudanças ocorridas na sociedade, a família continua a ser responsável pelo apoio físico, emocional e social dos seus elementos, qualquer que seja a sua etiologia (Aktison e Murray, 1989).

Envolver a família nos cuidados prestados ao doente proporciona e mantém a união familiar, pode trazer conforto e tranquilidade a ambos e ajudar a reduzir a ansiedade e o medo (Salt, 1991).

Será pois o utente e sua família que nos fornecerá informação válida e única, relativa à satisfação durante o acolhimento, por parte do enfermeiro. É, sem dúvida, a satisfação do utente e da sua família, um indicador importante na monitorização da qualidade dos cuidados.

Segundo Donabedian, citado por Rodrigues (1999, p. 8) *“a satisfação do cliente assume uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados de saúde porque nos dá informação acerca do sucesso dos prestadores, em relação aos valores e às expectativas dos seus clientes (que são autoridade última na matéria) ”*.

Prestar cuidados de saúde de qualidade implica que todos os intervenientes no processo tenham em conta a dignidade da pessoa doente, o que por si só exige competência, atenção, dedicação e apoio adequado, de acordo com as necessidades concretas de cada pessoa, de cada doente.

3.1- ACOLHER É COMUNICAR

A comunicação refere-se ao *“intercâmbio recíproco de informações, ideias, crenças, sentimentos e atitudes entre duas pessoas (...) é um processo dinâmico que exige adaptações contínuas por aqueles envolvidos nesse processo”* (Taylor, 1992, p. 56).

O processo de comunicação é básico a toda a prática de enfermagem e contribui para o desenvolvimento de todos os relacionamentos terapêuticos. Comunicar assume um papel de destaque no processo de acolhimento do doente e família, no hospital. A comunicação depende das várias capacidades, atitudes e comportamentos dos intervenientes, nomeadamente o raciocínio, a fala, a audição e a linguagem corporal. A postura que cada um de nós adota pode transmitir uma impressão tão variada como tédio, cansaço, atenção e interesse. A expressão facial é também uma importante fonte de informação, no que diz respeito ao estado emocional do indivíduo (Roper et al, 1990).

O enfermeiro que acolhe, além de estar atento a todos estes aspetos, deve observar ainda as mensagens não-verbais, transmitidas inconscientemente, pois pode estar a criar barreiras no seu relacionamento com o doente. Inclui-se nesta técnica de comunicação o uso do silêncio que quando usado criteriosamente, pode dar tempo ao doente para exprimir as suas preocupações e emoções. O silêncio não consiste apenas na ausência de palavras, é feito de interesse e atenção. É um momento produtivo, onde as emoções podem emergir e intensificar-se entre as pessoas em interação (Dias, 1999).

Ao acolher o doente/família, o enfermeiro deve ter em consideração todo o estado de ansiedade e insegurança em que estes se encontram. Durante este processo, a comunicação deve ser dirigida por objetivos, de forma a permitir que o doente consiga adaptar-se à sua nova situação.

Seria muito difícil para qualquer pessoa reter toda a informação que lhe é transmitida. Deste modo, numa primeira fase, deve dar-se somente a informação considerada

pertinente naquele momento. A comunicação é parte integrante e essencial do acolhimento e visa o desenvolvimento de uma relação com o doente.

3.2 - ACOLHER É AJUDAR

O processo de acolhimento implica uma relação interpessoal. É importante saber falar, escutar e apoiar, devendo para isso serem criados mecanismos e condições que permitam ir ao encontro do outro e das suas necessidades. Trata-se de iniciar uma relação de ajuda. A relação de ajuda é uma forma de proceder numa relação interpessoal, que procura libertar a capacidade da pessoa ajudada para viver mais plenamente do que acontecia, antes do momento do contacto (Rogers, 1985).

O enfermeiro ajuda o outro a descobrir-se, a viver as suas emoções, a encontrar em si próprio as energias necessárias para ultrapassar o momento problemático que está a viver.

O acolhimento é um momento excelente para a relação de ajuda se iniciar e desenvolver. Na relação de ajuda existe um empenho na partilha. É importante termos consciência que esta relação pode tornar-se difícil e fazer-nos descobrir os nossos próprios medos e limitações. Para sermos autênticos nas relações com as pessoas que cuidamos, não podemos evitar uma reflexão sobre nós próprios e sobre as nossas atitudes. O doente detém os recursos básicos para resolver os seus problemas. É preciso orientá-lo e facultar-lhe os meios convenientes e não tomar decisões por ele, nem substituí-lo naquilo que de alguma forma ele pode fazer (Chalifour, 1989).

A intervenção do enfermeiro passa por ajudar a pessoa a escutar-se a si própria, para que, apesar da doença, possa identificar os seus problemas e manter-se em relação com o seu mundo. Para que isto aconteça, é necessária a conjugação de oito elementos essenciais:

- O calor, que permite ao doente entender o enfermeiro como um ser caloroso que tem a palavra, o sorriso e olhar adequados;

- A escuta, que possibilita ouvir e receber a palavra do outro que se pretende ajudar;
- A disponibilidade, que permite ao enfermeiro mostrar que está ali, para responder às eventuais perguntas e inquietações e para ajudar;
- A simplicidade implica que o enfermeiro utilize uma linguagem acessível;
- A humildade que mostra um profissional consciente dos seus limites;
- A autenticidade, que revela o exercício da enfermagem com verdade para consigo e conseqüentemente, para com os outros;
- O humor que revela um profissional capaz de identificar aspetos positivos, mesmo nas situações mais dramáticas;
- A compaixão que permite ao enfermeiro partilhar o sofrimento do outro, ajudando-o a suportar mais facilmente esse mesmo sofrimento (Hesbeen, 2000).

A relação de ajuda pressupõe a disponibilidade e vontade do enfermeiro em centrar-se na pessoa. É preciso sentir, não basta olhar, nem sequer ver, urge estar em sintonia.

4 - CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

A segunda parte desta dissertação inclui a descrição prática do modo como ela se desenvolve. Esta tem como finalidade a descrição da problemática escolhida anteriormente, a metodologia adotada, o procedimento de recolha de dados, a técnica utilizada para a análise dos dados e a apresentação dos resultados da análise dos dados obtidos. Nesta fase também serão apresentadas as limitações do estudo e os aspetos éticos que foram tidos em conta.

Segundo Fortin (2006, p. 53) “...a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses...”.

No Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea (2001, p. 2459) a metodologia é descrita como “*estrutura baseada na análise de fenómenos e na organização de processos e princípios, permitindo a aquisição de conhecimento*”.

A fase metodológica compreende quatro etapas, a escolha do desenho de investigação, a definição da população e da amostra, a elaboração de métodos ou escalas de medida ou de tratamento das variáveis e a escolha dos métodos de recolha e análise dos dados (Fortin, 2006).

4.1- TIPO DE ESTUDO

Segundo Fortin (2006, p. 54) o estudo está inserido na sexta etapa da fase metodológica, designada por “*a escolha do desenho de Investigação*”. Para Fortin (2006, p. 54) “*o desenho é um plano lógico traçado pelo investigador, tendo em vista estabelecer uma maneira de proceder susceptível de levar à realização dos objetivos, que são encontrar respostas às questões de investigação ou verificar*”.

hipóteses. O desenho varia segundo o objetivo, as questões de investigação ou as hipóteses, e o seu estabelecimento tem lugar ao mesmo tempo que a escolha do método, devendo servir para conduzir a investigação”.

O desenho indica qual tipo de estudo e como serão postos em prática os elementos do desenho. Os principais elementos do desenho são as comparações, a intervenção, o meio do estudo, o controle das variáveis estranhas, a comunicação com os participantes, os instrumentos de recolha e de análise de dados. Os desenhos diferem uns dos outros dependendo do tipo de estudo escolhido. O estudo apresentado será exploratório, descritivo e quantitativo.

Segundo os investigadores em investigação quantitativa, para compreender plenamente um fenómeno, é melhor decompô-lo nos seus elementos constituintes e identificar as relações entre eles do que considerá-lo na sua totalidade (Fortin, 2006).

O objetivo da investigação quantitativa é estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou proposições de teorias (Fortin, 2006).

Optou-se por um estudo de natureza descritiva que, segundo Fortin (2006, p. 34) *“visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação. Este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto. O estudo descritivo tem como principal finalidade definir as características de uma população ou de um fenómeno”.*

4.2- HIPOTESIS DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta o enquadramento teórico e os objetivos do presente trabalho foram formuladas hipóteses. De acordo com Fortin (2006, p.165) *“ a hipótese toma em conta*

as variáveis – chave e a população alvo. A hipótese é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica”. As hipóteses têm influência sobre o desenho de investigação, os métodos de colheita e análise dos dados, assim como sobre a interpretação dos resultados (Fortin, 2006, p. 166).

Com o intuito de dar resposta aos objetivos do estudo foram formuladas as seguintes hipóteses:

H 1- A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída ao facto de lhe ser perguntado o nome.

H 2- A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída ao facto de lhe serem mostradas as instalações/serviço.

H3 - A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída à disponibilidade do enfermeiro para ouvir e esclarecer dúvidas.

H 4- A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída ao uso de uma linguagem adequada e compreensível.

H 5 - A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída à privacidade.

4.3- RECOLHA DE DADOS

Uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico. As variáveis são ligadas aos conceitos teóricos por meio de definições operacionais que servem para medir conceitos. Estas podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação. Distinguem-se as variáveis como independente, dependente, atributo e estranha (Fortin, 2006).

No presente estudo, que pretendemos que seja exploratório e descritivo, serão definidas as variáveis atributo, que são aquelas que caracterizam os sujeitos selecionados para o estudo. Desta forma, foram considerados a idade, o género, o estado civil, a nacionalidade, as habilitações literárias, a profissão anterior, internamentos anteriores e internamentos anteriores no serviço onde decorre o estudo. As variáveis dependentes são as que se prendem com a satisfação dos utentes face ao acolhimento de enfermagem prestado durante o período pré-operatório. Esta avaliação é feita através das intervenções desenvolvidas durante o acolhimento de enfermagem. Os dados desta variável são obtidos através de questões com uma escala, tipo Likert de satisfação, onde o critério de medida varia entre Nunca, Algumas Vezes, Muitas Vezes, Sempre, ainda Nada Importante, Pouco Importante, Importante e Muito Importante e finalmente Nada Satisfeito, Pouco Satisfeito, Satisfeito e Muito Satisfeito. Dependendo do conteúdo da questão assim a escala utilizada, sendo que todas se referem diretamente à satisfação dos utentes (Fortin, 2006).

Nos estudos descritivos, propriamente ditos, são empregadas principalmente as entrevistas dirigidas ou semidirigidas, as observações, os questionários e, por vezes, as escalas. No momento da escolha do método de recolha dos dados, é preciso procurar um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições conceptuais das variáveis que fazem parte do quadro conceptual (Fortin, 2006).

Para a realização deste estudo foi utilizado como instrumento de recolha de dados o questionário. (Ver Anexo I)

Segundo Fortin (2006, p. 380) citando Norwood (2000) " o questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões. É o método de colheita de dados mais utilizados pelos investigadores. O questionário tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões".

Os questionários tanto podem conter questões fechadas como questões abertas. Os participantes devem limitar-se a responder às questões apresentadas e não têm a

possibilidade de as mudar. As questões são apresentadas numa ordem lógica e os enviesamentos devem ser quase impossíveis (Fortin, 2006).

No estudo apresentado foi escolhido o questionário como método de recolha de dados por ser o meio mais rápido e menos dispendioso para obter os dados. Possibilitou a recolha de dados a um grande número de indivíduos, a limitação de tempo para colher esses mesmos dados e, por último a sua natureza impessoal e uniformidade da apresentação (Fortin, 2006).

O questionário utilizado está dividido em duas partes distintas, uma primeira onde existem doze perguntas relacionadas com a caracterização socio – demográfica da população alvo e uma segunda parte constituída por treze questões relacionadas com o Acolhimento de enfermagem, estas com escalas de satisfação, onde o critério de medida varia entre Nunca, Algumas Vezes, Muitas Vezes, Sempre, ainda Nada Importante, Pouco Importante, Importante e Muito Importante e finalmente Nada Satisfeito, Pouco Satisfeito, Satisfeito e Muito Satisfeito.

O questionário foi elaborado tendo subjacente a bibliografia consultada e a Norma e Protocolo de Acolhimento de Enfermagem existentes no serviço onde decorreu o estudo, sendo posteriormente aprovado pelo Conselho de Administração e Conselho de Ética da Instituição onde se desenvolveu a investigação.

Os questionários foram aplicados direta e indiretamente, foram dadas a conhecer as instruções de preenchimento e mediante a assinatura do consentimento informado os participantes responderam às questões.

Todas as questões foram elaboradas de forma a dar resposta às perguntas de partida, objetivos gerais e específicos do estudo. Foi também realizado um pré-teste, que segundo Fortin (2006, p. 386) “ *o pré – teste é a prova que consiste em verificara eficácia e i valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer correções que se impõem*”. Neste caso, o mesmo foi aplicado a 10 idosos que iriam ser submetidos a cirurgia e se encontravam no período do pré-

operatório, no serviço onde decorreu o estudo, tendo a sua aplicação ocorrido no final do mês de dezembro de 2011.

4.4- TRATAMENTO/ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento e análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, tendo os mesmos sido tratados com recurso ao programa estatístico SPSS.

A análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos, com a ajuda de testes estatísticos. Esta, visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação. Como qualquer questão de investigação comporta conceitos, estes devem ser definidos de forma operacional como variáveis, depois medidos por meio de instrumentos de medida. O tratamento estatístico refere-se à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas (Fortin, 2006).

A análise dos resultados tem por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial. Ela incide sobre a descrição dos factos, que tiveram lugar na etapa da análise estatística dos dados. De forma geral, a análise deve permitir pôr em evidência as variáveis que serviram para caracterizar a amostra e as que foram ligadas entre si e para determinar se as hipóteses postas à prova por meio de testes estatísticos são confirmadas ou infirmadas (Fortin, 2006).

A apresentação dos resultados provenientes da análise descritiva dos dados tem por finalidade dar um resumo do conjunto das características dos participantes e examinar a distribuição dos valores das principais variáveis determinados com o auxílio de testes estatísticos. Assim, a moda, a média, a variância e o desvio padrão, são os principais indicadores que permitem resumir os dados (Fortin, 2006).

4.5- AMOSTRA

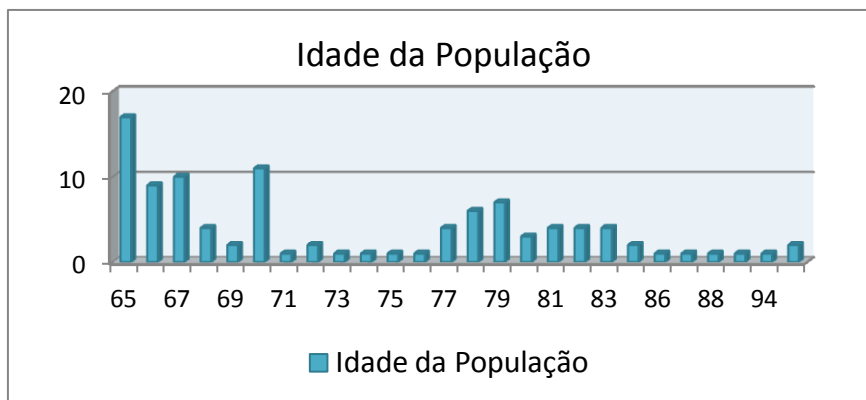
Num estudo é sempre necessário definir a população junto do qual será recolhida a informação. A população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns. Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, a que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar. A definição de população permite delimitar com precisão o tema de estudo e assim obter dados junto de pessoas ou grupos homogéneos. Esta população pode ser delimitada por critérios, critérios esses que podem ser a idade, região, etnia, nível socioeconómico, etc. É baseado nestes critérios que se obtém uma amostra representativa da população alvo (Fortin, 2006).

A população alvo deste estudo será constituída por idosos, conscientes e orientados no tempo e espaço, admitidos para uma Intervenção Cirúrgica, num serviço de Cirurgia de um Hospital da Região Alentejo e que aceitem participar. O período de tempo decorreu entre janeiro de 2012 e julho de 2012, sendo a amostra constituída por 101 idosos. Para a definição da amostra foi utilizada o método não casual, a amostragem por conveniência, foram selecionados os casos disponíveis e de fácil acesso, que se inseriam nos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão deste estudo foram ter idade igual ou superior a 65 anos, estar consciente e orientado no tempo e espaço, aceitar responder de modo voluntário e estar internado no serviço de cirurgia.

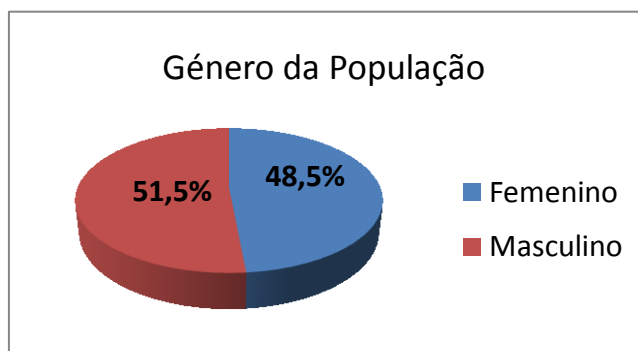
Podemos verificar através do gráfico nº 1, que a maior parte dos idosos tem 65 anos, seguida dos 70 anos, surgindo em terceiro lugar os 67 anos. A idade máxima é de 97 anos e a mínima 65 anos, sendo a moda 65 anos e a média 70 anos.

Gráfico nº 1- Frequência de Idade da População



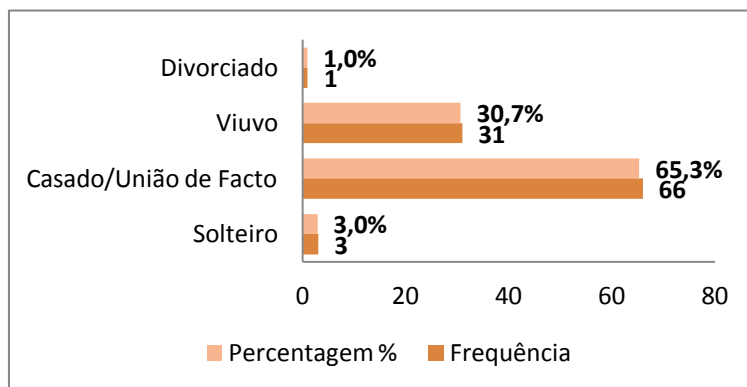
Em relação ao género podemos observar no gráfico nº 2, que a população é na sua maioria do género masculino (51,5%), correspondendo a população do género feminino a 48,5%.

Gráfico nº 2- Género da População



No que diz respeito ao estado civil, podemos verificar que a maioria é casada ou vivem em união de facto (65,3%), seguido dos viúvos (30,7%). Os idosos solteiros e divorciados têm pouca expressão, como se pode observar pelo gráfico seguinte.

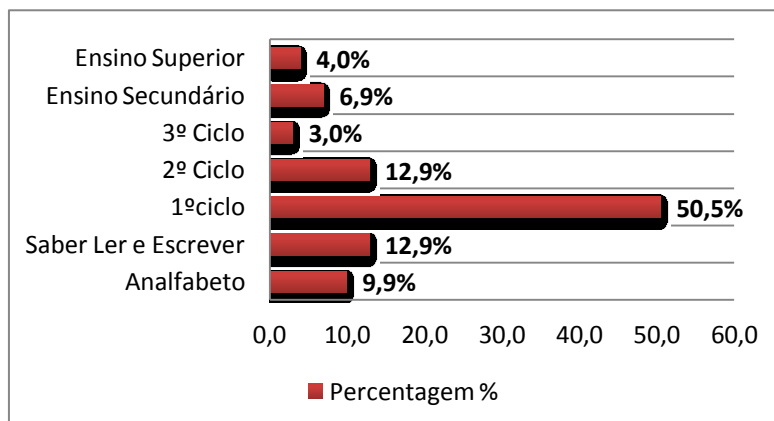
Gráfico nº 3- Estado Civil da População



No que se refere a nacionalidade, a totalidade da população é de nacionalidade portuguesa.

Através do gráfico nº 4 podemos observar que a maioria da população tem o 1º Ciclo como habilitações literárias (50,5%). Em seguida situam-se as pessoas que Sabem Ler e Escrever (12,9%) e as que têm o 2º Ciclo (12,9%). A população analfabeta representa 9,9%, os idosos que têm o Ensino Secundário correspondem a 6,9%. Por último temos 4% para o Ensino Superior e 3% para o 3º Ciclo.

Gráfico nº 4- Habilitações Literárias da População



A ocupação profissional da população, diz respeito a profissões que os mesmos desenvolveram anteriormente, pois como já foi referido um dos requisitos para participar no estudo era ter 65 ou mais anos de idade, idade essa, que coincide com a idade para obter a reforma em Portugal. Devido à diversidade de profissões exercidas

optou-se por as agrupar por setores de atividade: Sector Primário, Secundário e Terciário.

No que diz respeito à profissão exercida, o Sector Terciário é predominante representando (54,5%). Com 22,8% estão representados os Sectores Primário e Secundário. Quando questionados se tinham alguma ocupação ou profissão atualmente, responderam apenas 6,9%, que correspondem a 7 idosos, nomeadamente; Secretária (1%), Agricultor (3%), Empregada de Limpeza (1%), Prestador de Seguros (1%) e na atividade Comercial (1%), tal como se pode verificar nos gráficos nº 5, 6 e 7.

Gráfico nº 5- Profissão Exercida pela População

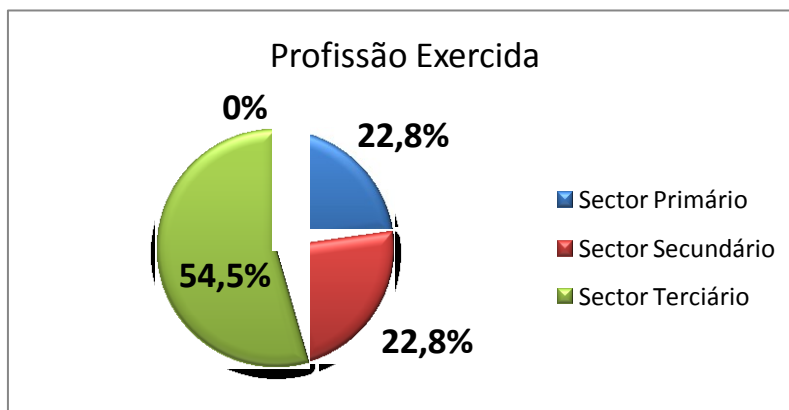


Gráfico nº 6- Profissão Atual da População

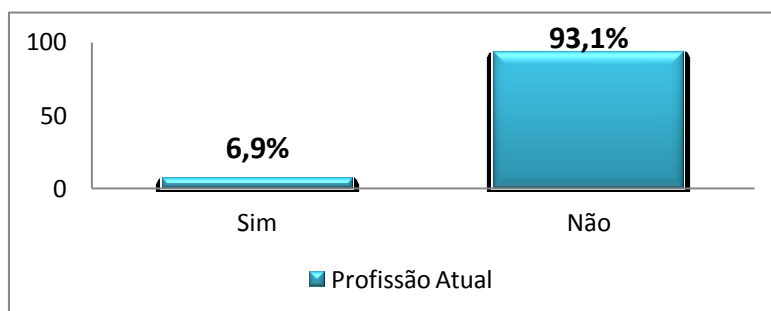
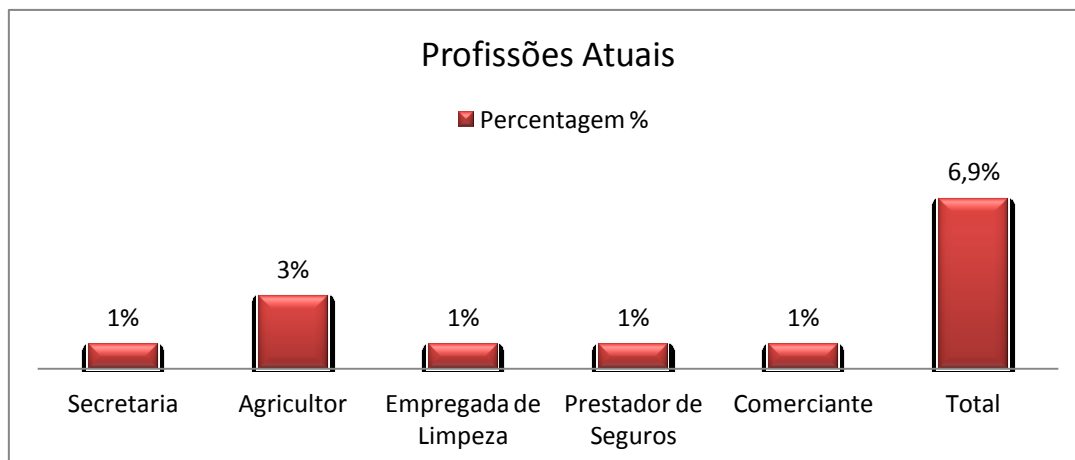


Gráfico nº 7- Profissão Desenvolvida Atualmente



No que diz respeito ao facto de viverem sozinhos ou acompanhados, verifica-se que 17,8% vivem sozinhos e 82,2% acompanhados. Relativamente a estes últimos 67,3% vivem com o conjugue/Companheiro e os restantes com os filhos (8,9%). Em alojamentos coletivos vivem apenas 5% e com outros familiares 1%, tal como se pode confirmar pelos gráficos nº 8 e 9.

Gráfico nº 8- População que vive Sozinha

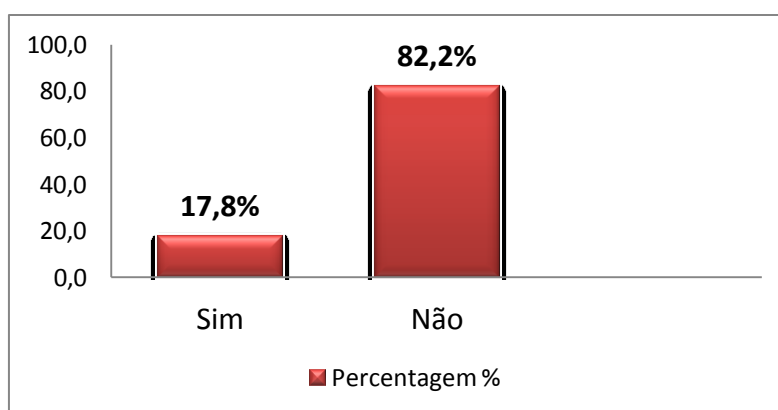
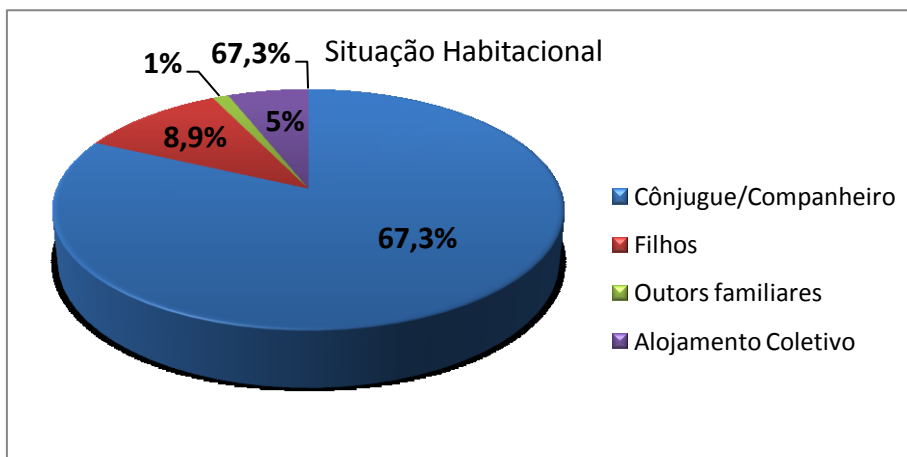


Gráfico nº 9- Situação Habitacional da População



Relativamente a internamentos anteriores, através do gráfico nº 10, podemos verificar que 71,3% da população já teve internamentos anteriores, correspondendo a 28,7% da população, a que diz não ter tido internamentos até à data. Em 49,5% dos casos esses internamentos anteriores foram no serviço onde atualmente se encontram, como podemos observar no gráfico nº 11.

Gráfico nº 10-Internamentos Anteriores da População

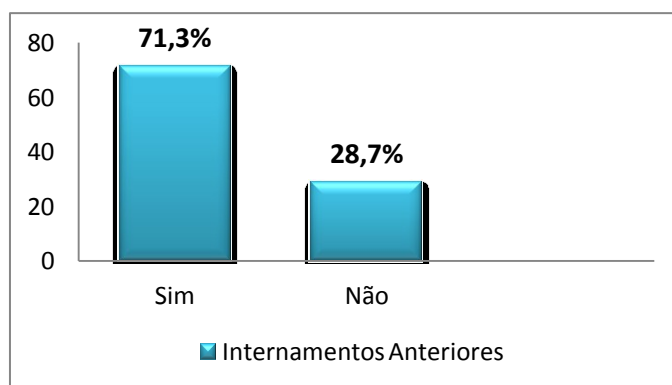
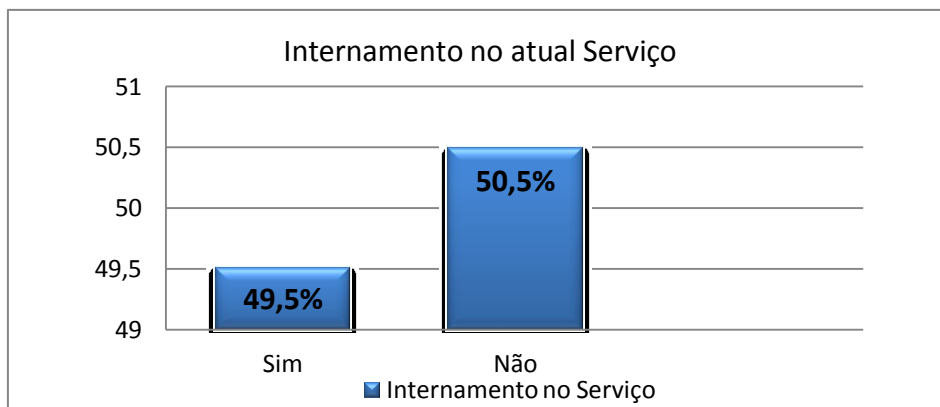
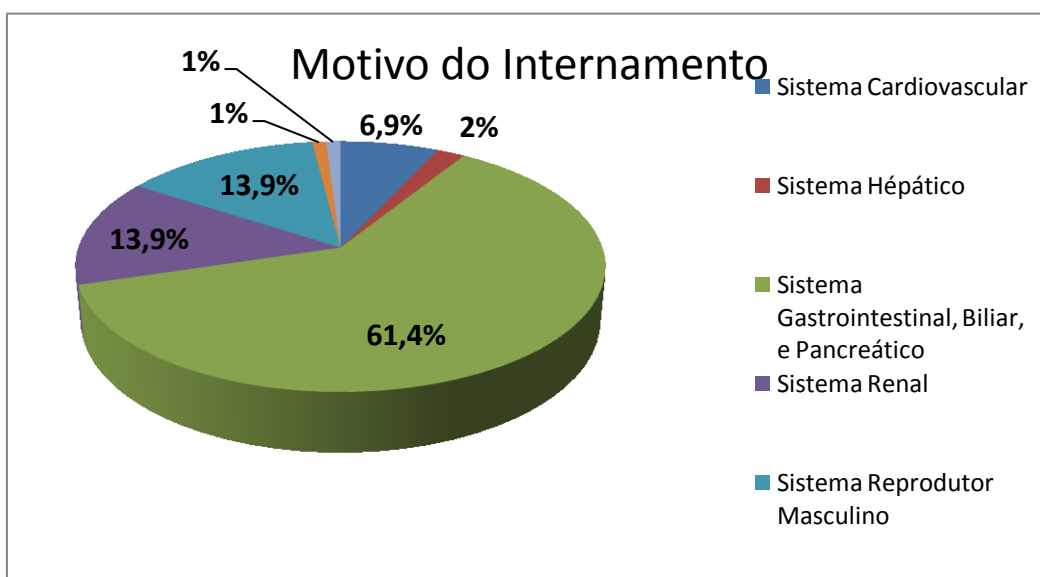


Gráfico nº 11-Internamentos Anteriores da População no Serviço



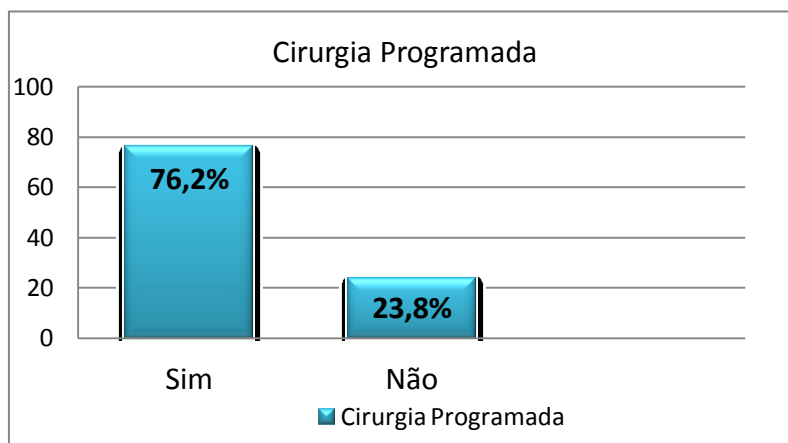
Na questão inerente ao motivo do internamento, as patologias referidas pelos idosos eram variadas e em grande número, pelo que, para facilitar a tratamento dos dados as mesmas foram agrupadas pelos Sistemas de Órgãos, onde a patologia é originária. Neste sentido, foram identificados seis sistemas, que se encontram representados no gráfico nº 12. O sistema onde surgem mais alterações e que levaram estes idosos a ser submetidos a uma Intervenção cirúrgica, é o Sistema Gastrointestinal, Biliar e Pancreático, (61,4%). O sistema Cardiovascular representa 6,9% da população, o Sistema Hepático 2%, o Sistema Renal 13,9%, sendo o Sistema Reprodutor Masculino de igual valor percentual. Temos ainda o Sistema Musculo- Esquelético com 1%.

Gráfico nº 12-Motivo do Internamento



Claramente podemos concluir, através do gráfico nº 13, que 76,2% das cirurgias foram programadas, correspondendo apenas 23,9% a cirurgias não programadas.

Gráfico nº 13-Cirurgias Programadas



4.6- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Numa grande parte das disciplinas científicas, a investigação envolve um outro aspeto da atividade humana: comportamentos ou estado de saúde dos indivíduos de todas as idades, modos de vida das famílias, grupos e comunidades, prestação de cuidados etc. Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa. As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência. Ao estudarem fenómenos biopsicossociais, os investigadores podem provocar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas com quem entram em relação ou na sua vida privada, ou ainda causar-lhes prejuízos (Fortin, 2006).

Na presente dissertação foram tomadas todas as precauções e normas éticas regulares, para a realização do estudo em questão. Foi elaborada uma carta com o pedido de autorização ao Conselho de Administração e Conselho de Ética do Hospital onde decorreu o estudo, visto que para o mesmo seria necessário aplicar questionários aos idosos no serviço de cirurgia, no período do pré-operatório. (Ver Anexo II)

5- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1- ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM

Relativamente às questões inerentes ao acolhimento de enfermagem, no que se refere à pergunta **"O enfermeiro apresentou-se quando o recebeu no Serviço?"**, podemos concluir que 77,2% dos idosos afirmam que o enfermeiro se apresentou quando iniciou o acolhimento, respondendo 22,8% que o enfermeiro não se apresentou. No que diz respeito à importância que estes idosos atribuem a esse facto, podemos verificar que 77,2% da população considera Importante, 18,8% Muito Importante e 4% afirma ser Pouco Importante, conforme indicam os gráficos nº 14 e 15.

Gráfico nº 14-Resposta da População no que diz respeito á apresentação do Enfermeiro

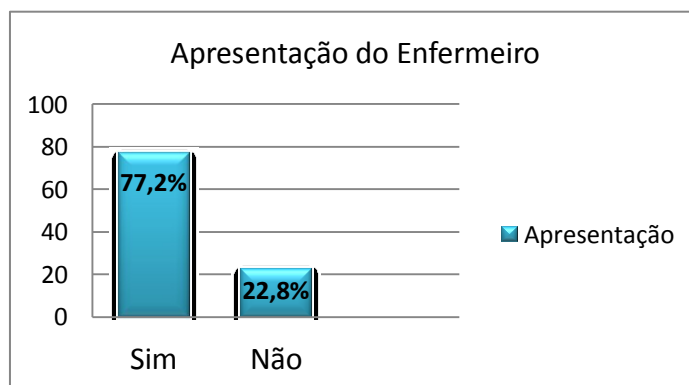
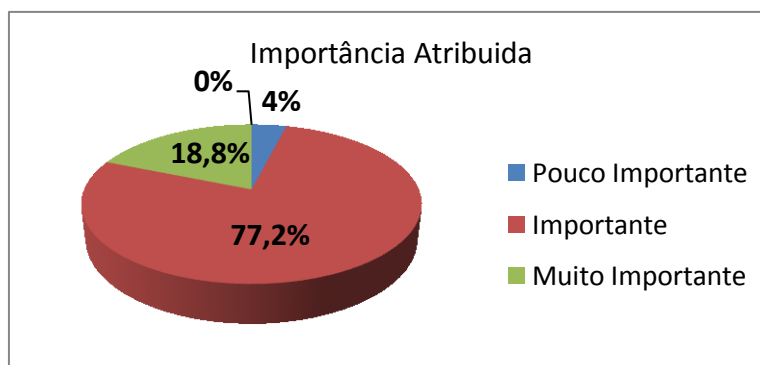


Gráfico nº 15 – Importância atribuída pela População, no que diz respeito á apresentação do Enfermeiro



Na questão **“O Enfermeiro que o recebeu perguntou-lhe o nome?”**, podemos observar que 53,5% da população afirma que o enfermeiro lhe perguntou o nome, correspondendo a 46,5% os idosos que referem que o enfermeiro não lhe perguntou o nome. No que concerne à importância atribuída pelos idosos a esta questão podemos concluir que 70,3% considera importante, 19,8% acha que é Muito Importante e 9,9% pouco importante, como podemos observar nos gráficos nº 16 e 17.

Gráfico nº 16 – Resposta sobre a questão “ O enfermeiro pergunta o nome ao utente? “

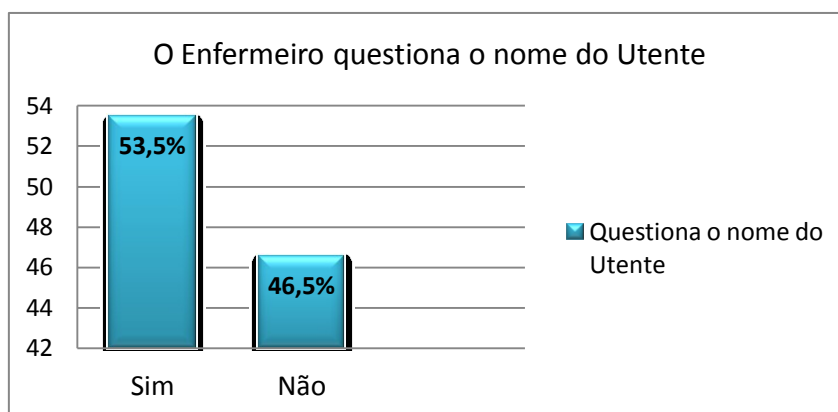
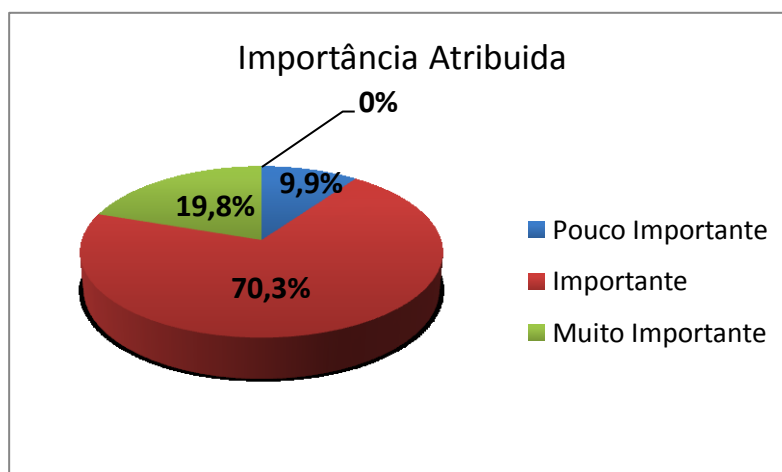


Gráfico nº 17 – Importância da População sobre a questão “ O enfermeiro pergunta o nome ao Utente?



Sobre a questão **“O enfermeiro que o recebeu perguntou-lhe como gostava de ser chamado?”**, 41,6% dos idosos responderam afirmativamente, no entanto, a maioria

(58,4%) menciona que não lhes foi perguntado como gostariam de ser chamados. Em relação à importância atribuída por estes idosos, a este facto, saliente-se que a maioria considera ser importante (58,4%), 26,7% Pouco Importante, 12,9% Muito Importante e 2% Nada Importante, como se pode verificar pelos gráficos nº 18 e 19.

Gráfico nº 18 – Resposta sobre a questão ” O enfermeiro pergunta como o utente gosta de ser chamado?

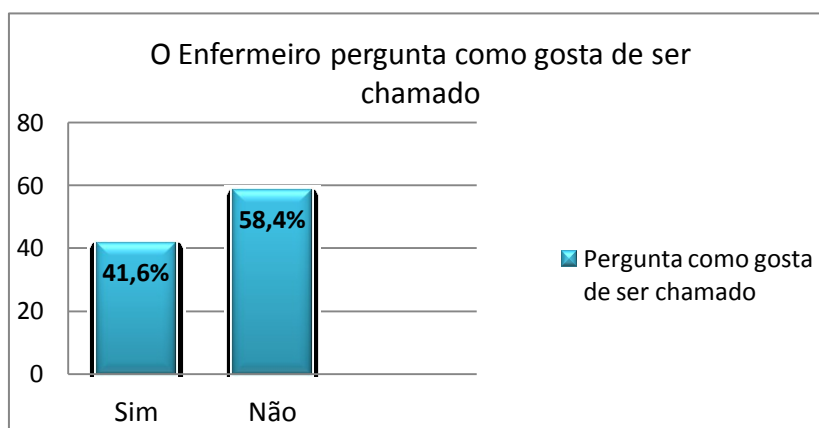
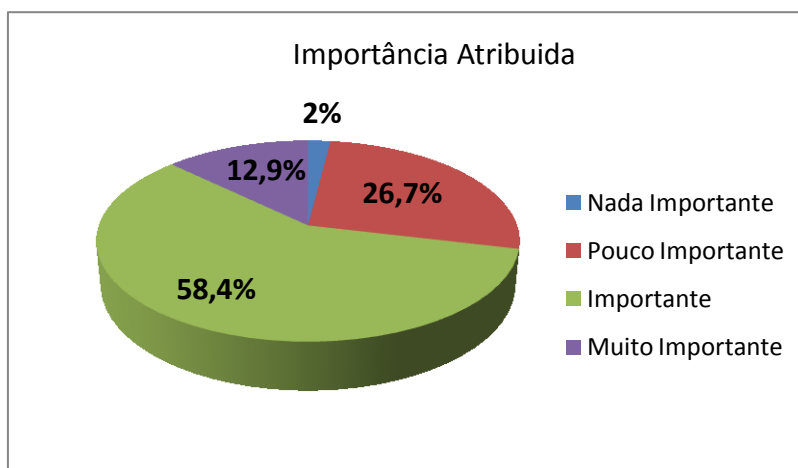


Gráfico nº 19 – Importância da População sobre a questão ” Como gostaria de ser Chamado?”



Quando questionados se **“O enfermeiro que o recebeu lhe mostrou as instalações /serviço?”**, é visível que a maioria dos idosos (54,5%) afirma que lhe foram mostradas as Instalações e todo o serviço e 45,5% dizem não lhes terem sido mostradas as

Instalações/Serviço. Em relação à importância atribuída por estes idosos a esta questão, 73,3% considera Importante, 13,9% Pouco Importante, Muito Importante para 10,9% dos idosos e Nada Importante 2%, tal como nos mostram os gráficos nº 20 e 21.

Gráfico nº 20 – Resposta sobre a questão “Apresentação das Instalações / Serviço?”

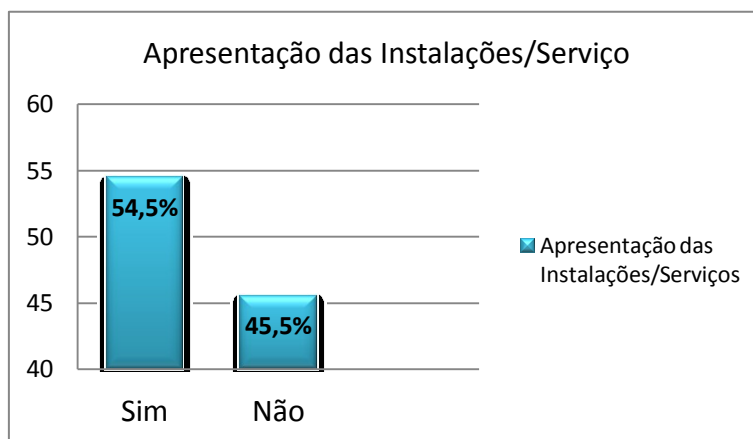
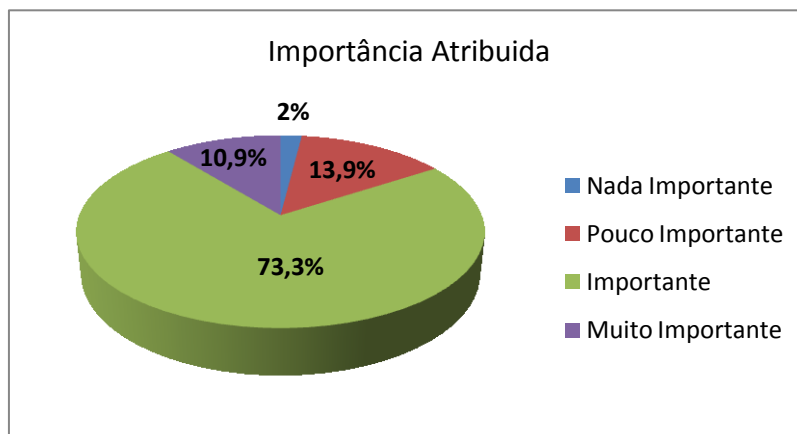


Gráfico nº 21 – Importância da População sobre a Apresentação das Instalações/ Serviço



No que se refere à questão “O enfermeiro que o recebeu explicou-lhe as normas de funcionamento do Serviço?” a maioria dos idosos (62,4%) respondeu afirmativamente e 37,6% dizem que os enfermeiros não lhes fizeram qualquer explicação sobre esse assunto. A importância dada pelos idosos sobre a explicação das normas de

funcionamento do serviço indica que a maioria (78,2%) considera importante, com o mesmo valor (9,9%) surgem as opções Muito Importante e Pouco Importante e 2% considera Nada importante.

Gráfico nº 22 – Normas de Funcionamento do Serviço

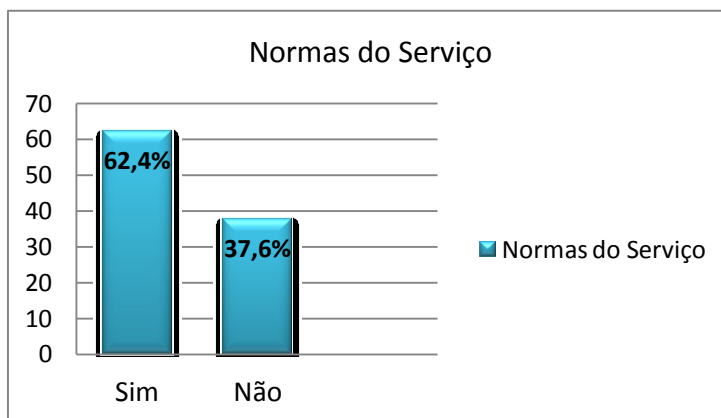
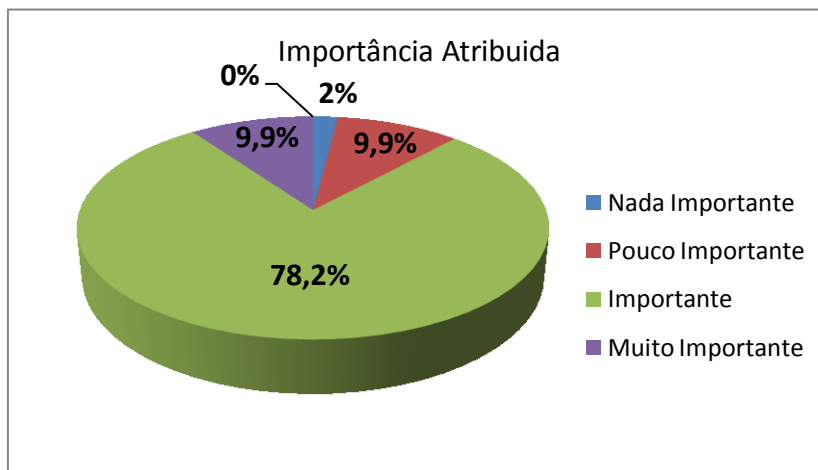


Gráfico nº 23 – Importância da população sobre a explicação das normas do serviço



Na questão “O enfermeiro que o recebeu explicou-lhe como funciona o material/equipamento destinado ao seu uso pessoal?”, os idosos responderam majoritariamente que sim (59,4%). Os restantes idosos (40,6%) referem que não lhes foi explicado o funcionamento desse material e equipamentos. Na importância atribuída pelos idosos relativamente a esta questão, verifica-se que 11,9% dos idosos

consideram Muito Importante, 72,2%, Importante e 1% Nada Importante, tal como indicam os gráficos nº 24 e 25.

Gráfico nº 24 – Explicação sobre o material/equipamento de uso pessoal

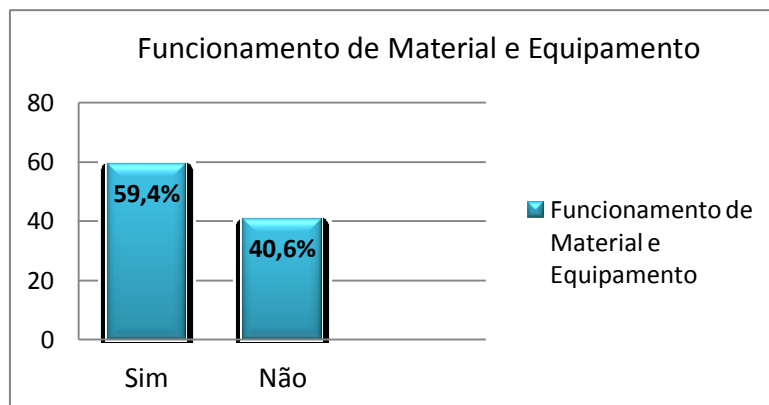
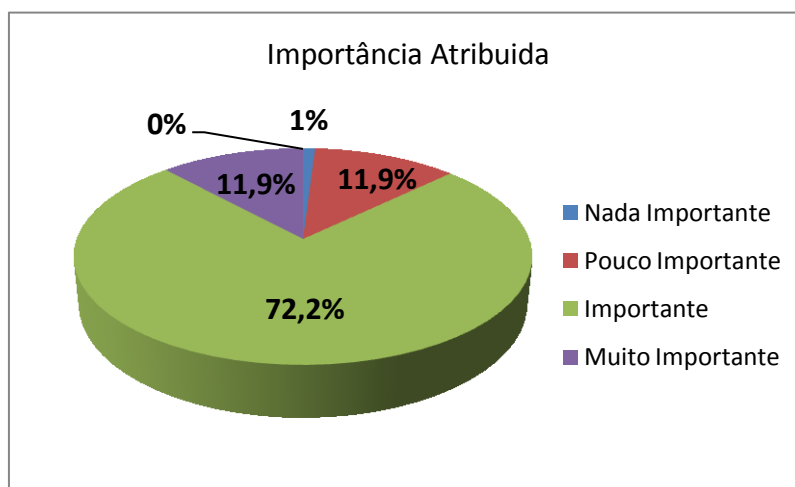


Gráfico nº 25 – Importância da população sobre o material/equipamento de uso pessoal



Relativamente à questão “O Enfermeiro informou-o que pode utilizar outros serviços existentes no Hospital, tais como Serviço Religioso, Voluntariado e Serviço Social?”, a maioria dos idosos (84,2%) afirmam que não foram informados sobre outros serviços existentes e apenas 15,8% referem ter tido essa informação. Relativamente à importância atribuída pelos idosos a esta questão 53,3% consideram Importante, 34,7% Pouco Importante, 6,9% Muito Importante e 5% Nada Importante, tal como se visualiza pelos gráficos nº 26 e 27.

Gráfico nº 26 – Explicação sobre Serviços Disponíveis na Instituição

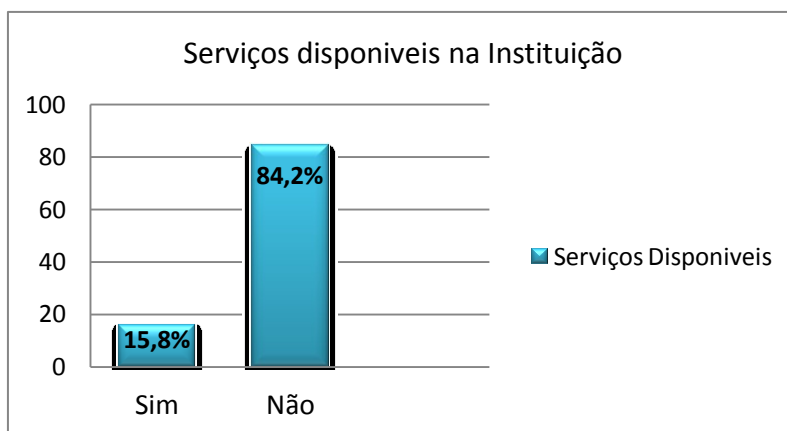
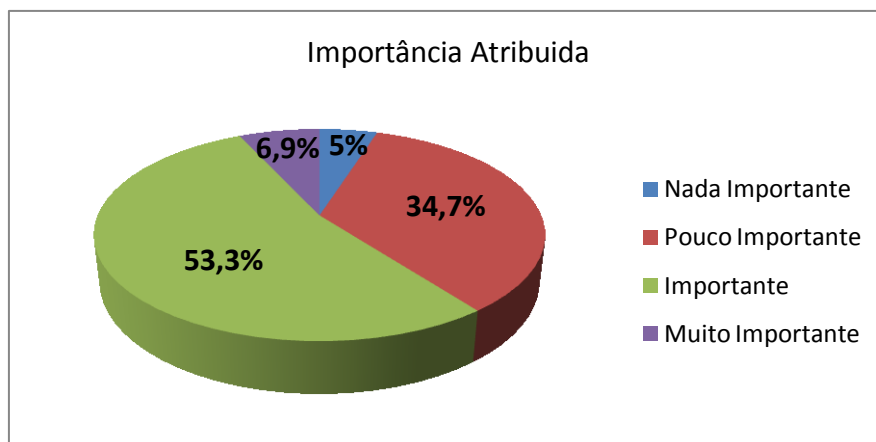


Gráfico nº 27 – Importância da população atribuída a explicação sobre serviços disponíveis na Instituição



No que se refere à questão "A forma como o enfermeiro o acolheu foi adequada?", a quase totalidade (99%) afirma ter tido um acolhimento adequado por parte do enfermeiro e 1% refere o contrário. A maioria dos idosos (73,3%) considera Importante ter um acolhimento adequado, 1% considera Pouco Importante e 25,7% consideraram Muito Importante, tal se observa pelos gráficos nº 28 e 29.

Gráfico nº 28 – *Acolhimento adequado por parte do Enfermeiro*

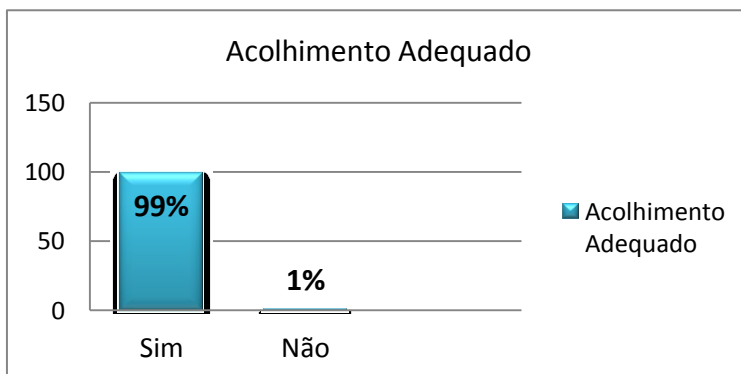
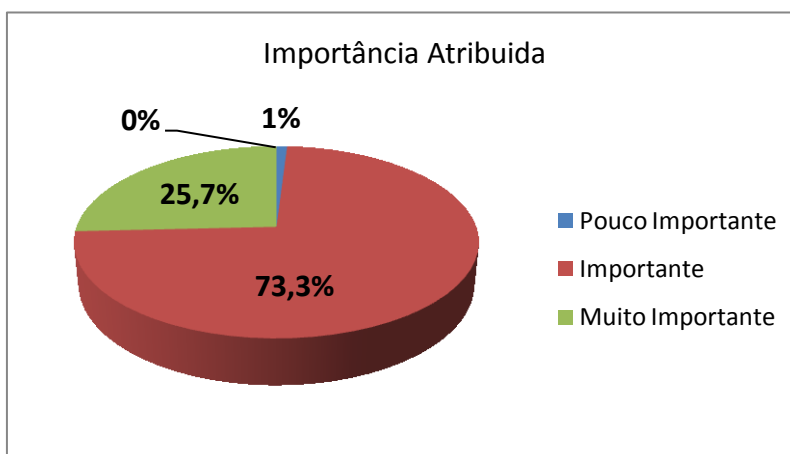


Gráfico nº 29 – *Importância da população atribuída à forma adequada do acolhimento do Enfermeiro*



A maioria dos idosos (96%), em relação à questão **“O Enfermeiro que o acolheu mostrou disponibilidade para o ouvir e esclarecer as suas dúvidas?”**, responderam afirmativamente e 4% referem que o enfermeiro não demonstrou essa disponibilidade. A grande maioria (82%) considera Importante este aspeto e 17,8% Muito Importante, tal como indicam os gráficos nº 30 e 31.

Gráfico nº 30 – Disponibilidade do Enfermeiro

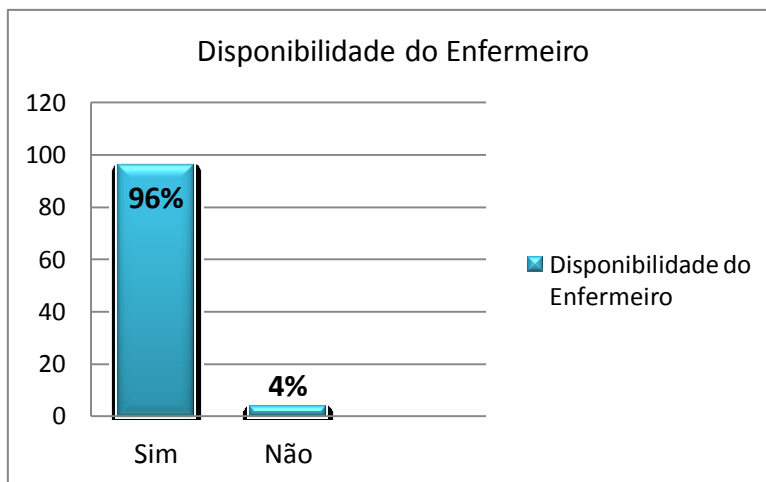
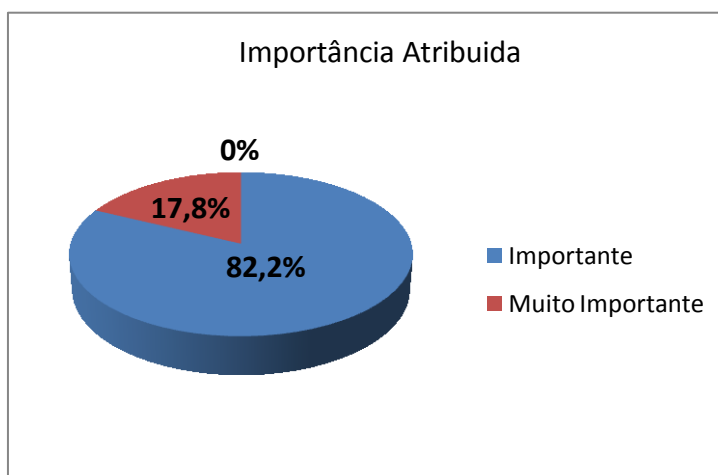


Gráfico nº 31 – Importância da população atribuída à disponibilidade do Enfermeiro



Podemos concluir que a maioria dos idosos (69,3%) afirma, relativamente à questão **“Durante o acolhimento o enfermeiro usou uma linguagem adequada e compreensível?”** que Muitas Vezes o enfermeiro utiliza uma linguagem adequada e compreensível, 23,8% corresponde aos idosos que confirmam Sempre esta situação, 5% referem terem utilizado Algumas Vezes uma linguagem adequada e 2% os que fazem referência a não terem tido Nunca uma linguagem adequada e compreensível para com eles. No que diz respeito à importância atribuída pelos idosos nesta questão, podemos verificar que 67,3% considera Importante a utilização de uma linguagem adequada e compreensível por parte do enfermeiro, 31,7% considera Muito Importante e 1% Nada Importante, de acordo com os gráficos nº 32 e 33.

Gráfico nº 32 – Linguagem Compreensível do Enfermeiro

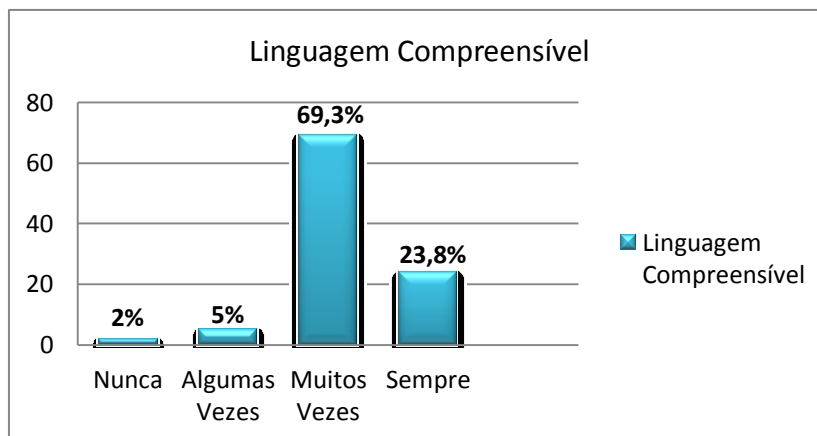
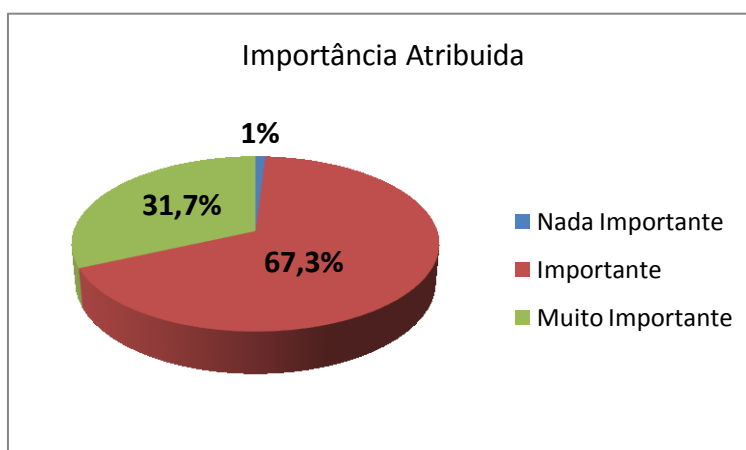


Gráfico nº 33 – Importância da população atribuída à linguagem do Enfermeiro



Em relação à questão **“O Enfermeiro respeitou a sua Privacidade?”** a maioria dos idosos (57,4%) refere que o enfermeiro respeita Muitas Vezes a sua privacidade, 38,6% dizem que enfermeiro respeita Sempre a sua privacidade e 4% afirmam que o enfermeiro Algumas Vezes respeita a sua privacidade. Em relação à importância atribuída pelos idosos, no que se refere a esta questão, 51,5% afirmam ser Importante e 48,5% dizem ser Muito Importante respeitar a privacidade, como como ilustram os gráficos nº 34 e 35.

Gráfico nº 34 – *Respeito pela privacidade do Utente*

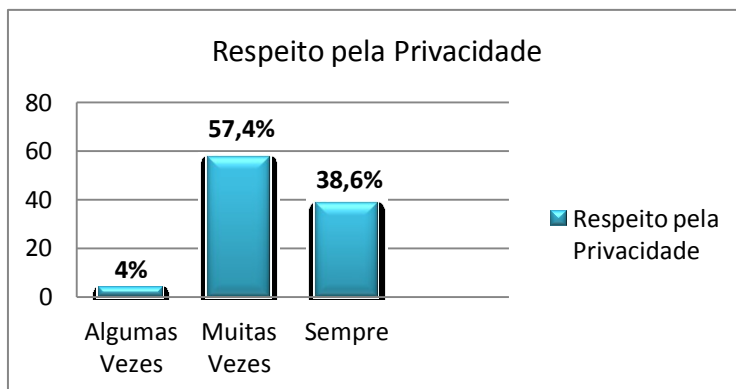
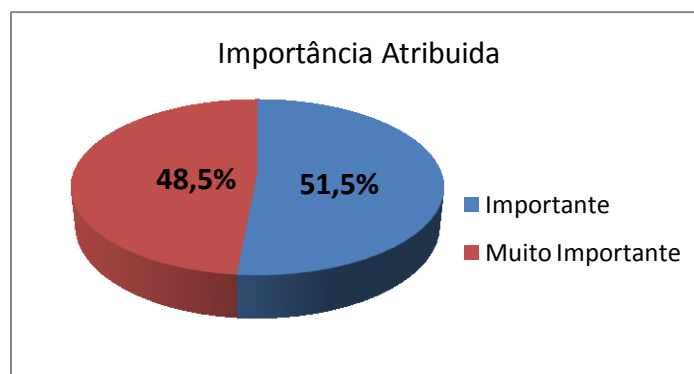
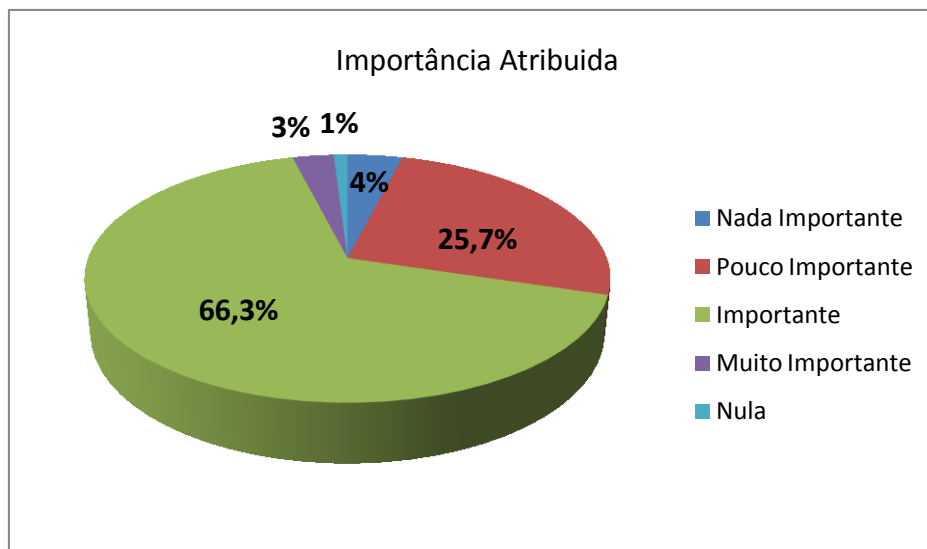


Gráfico nº 35 – *Importância da população atribuída ao respeito pela privacidade do utente por parte do enfermeiro*



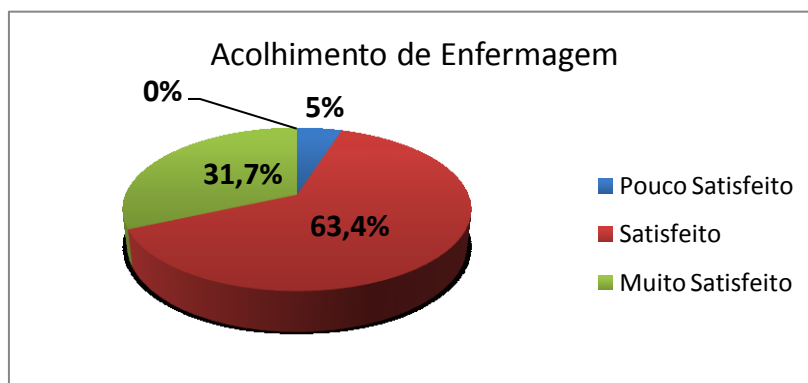
Em relação ao **Guia de Acolhimento**, 98% da população referem que não lhes foi entregue o Guia durante o Acolhimento de Enfermagem. Apenas 2% mencionam que o mesmo lhes foi entregue. A maioria dos idosos (66,3%) considera Importante a entrega desse documento, 25,7% acham Pouco Importante, 4% Nada Importante e 3% Muito Importante, tal como se apresenta no gráfico nº 36.

Gráfico nº 36 – Importância da população atribuída à entrega do Guia de Acolhimento



Quando lhes foi perguntado “Qual o seu grau de satisfação relativamente ao acolhimento prestado pelos Enfermeiros durante a Admissão no Serviço?” a maioria (63,4%) consideram-se Satisfeitos, 31,7% Muito Satisfeitos e apenas 5% consideram estar Pouco Satisfeitos, como se observa pelo gráfico nº 37.

Gráfico nº 37 – Acolhimento de Enfermagem



Apenas 3% da população deu **sugestões** para melhorar o Acolhimento de Enfermagem no Serviço onde o estudo se desenvolveu. As sugestões apresentadas passam por aumentar o número de enfermeiros e auxiliares por turno, os enfermeiros devem utilizar uma linguagem mais acessível e melhorar a relação enfermeiro/utente.

5.2- VALIDAÇÃO DAS HIPÓTESES

Para a validação das hipóteses anteriormente definidas foram utilizados alguns testes estatísticos, mais propriamente os coeficientes de correlação de *Spearman* e de *Pearson*, que indicam a força e a direção do relacionamento linear entre duas variáveis.

O coeficiente de correlação de *Spearman* mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais, usa apenas a ordem das observações, deste modo, este coeficiente não é sensível a assimetria na distribuição, nem à presença de *outliers*, não exigindo portanto que os dados provenham de duas populações normais. (Fortin,2006)

Para além do coeficiente de correlação de *Spearman* que se pode aplicar a variáveis ordinais ou de nível superior, existem outras medidas de correlação, nomeadamente o *Pearson*, este aplica – se a variáveis de nível intervalo ou rácio exigindo que exista uma relação linear duas variáveis e que os dados sejam oriundos de uma distribuição normal bidimensional, para se poder inferir. (Fortin,2006)

H 1- A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída ao facto de lhe ser perguntado o nome.

Para verificar se existe correlação entre a importância atribuída ao facto de ser perguntado o nome ao idoso e a satisfação com o acolhimento, utilizou-se o teste de *Spearman*. Atendendo ao *Correlation Coefficient* (0,372) e ao valor de Sig. (2-tailed) 0,000 observa-se que existem diferenças significativas, ou seja, a satisfação com o acolhimento varia em função da importância atribuída ao facto de ser perguntado o nome ao idoso aquando do acolhimento, sendo no entanto essa associação muito baixa, tal como se pode verificar pelo quadro nº 1.

Quadro nº 1 – Teste de Spearman para testar H1

TESTE DE SPEARMAN			Satisfação com o Acolhimento
Spearman's rho	Importância de perguntar o nome	Correlation Coefficient	,372
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	101

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

H 2- A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída ao facto de lhe serem mostradas as instalações/serviço.

Para verificar se existe correlação entre a importância atribuída ao facto de serem mostradas as instalações/serviço e a satisfação com o acolhimento, utilizou-se o teste de Spearman. Atendendo ao *Correlation Coefficient* (0,276) e ao valor de Sig. (2-tailed) 0,005 observa-se que existem diferenças significativas, ou seja, a satisfação com o acolhimento varia em função da importância atribuída ao facto de serem mostradas as instalações/serviço, sendo essa associação muito baixa, tal como se pode observar no quadro nº 2.

Quadro nº 2 – Teste de Spearman para testar H2

TESTE DE SPEARMAN			Importância de mostrar as instalações/serviço
Spearman's rho	Satisfação com o acolhimento	Correlation Coefficient	,276
		Sig. (2-tailed)	,005
		N	101

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

H3 - A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída à disponibilidade do enfermeiro para ouvir e esclarecer dúvidas.

Para verificar se existe correlação entre a importância atribuída ao facto de haver disponibilidade do enfermeiro para ouvir e esclarecer dúvidas e a satisfação com o acolhimento, utilizou-se o teste de Spearman. Atendendo ao *Correlation Coefficient* (0,414) e ao valor de Sig. (2-tailed) 0,000 observa-se que existem diferenças significativas, ou seja, a satisfação com o acolhimento varia em função da importância atribuída ao facto de haver disponibilidade do enfermeiro para ouvir e esclarecer dúvidas, sendo essa associação baixa, tal como se pode verificar pelo quadro nº 3.

Quadro nº 3 – Teste de Spearman para testar H3

TESTE DE SPEARMAN			Importância da disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas
Spearman's rho	Satisfação com o acolhimento	Correlation Coefficient	,414**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	101

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

H 4- A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída ao uso de uma linguagem adequada e compreensível.

Para verificar se existe correlação entre a importância atribuída ao uso de uma linguagem adequada e compreensível e a satisfação com o acolhimento, utilizou-se o teste de Spearman. Atendendo ao *Correlation Coefficient* (0,394) e ao valor de Sig. (2-tailed) 0,000 observa-se que existem diferenças significativas, ou seja, a satisfação com o acolhimento varia em função da importância atribuída ao uso de uma linguagem adequada e compreensível, sendo no entanto essa associação muito baixa, tal como se pode verificar pelo quadro nº 4.

Quadro nº 4 – Teste de Spearman para testar H4

TESTE DE SPEARMAN			Importância da linguagem adequada e compreensível
Spearman's rho	Satisfação com o acolhimento	Correlation Coefficient	,394**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	101

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

H 5 - A satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem varia em função da importância atribuída à privacidade.

Para verificar se existe correlação entre a importância atribuída à privacidade e a satisfação com o acolhimento, utilizou-se o teste de Spearman. Atendendo ao *Correlation Coefficient* (0,328) e ao valor de Sig. (2-tailed) 0,001 observa-se que existem diferenças significativas, ou seja, a satisfação com o acolhimento varia em função da importância atribuída à privacidade, sendo essa associação muito baixa, tal como se pode verificar pelo quadro nº 5.

Quadro nº 5 – Teste de Spearman para testar H5

TESTE DE SPEARMAN			Importância atribuída à privacidade
Spearman's rho	Satisfação com o acolhimento	Correlation Coefficient	,328**
		Sig. (2-tailed)	,001
		N	101

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

6- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que se refere à amostra da população em estudo, a maioria tem 65 anos de idade, sendo 51,5% do género masculino e 48,5% do género feminino.

Em relação ao estado civil, o estado de casado/união de facto é o mais frequente, representa 65,3% de toda a população inquirida, surge ainda um grupo com uma percentagem considerável de 30,7%, que corresponde ao estado de viúvo. Toda a população é de nacionalidade portuguesa. Verificamos, relativamente às habilitações literárias que 50,5% da população tem o 1º ciclo e que a maioria desenvolveu atividades profissionais ligadas ao Sector Terciário. Apenas 6,9% referem ter ainda uma atividade laboral.

Estes idosos vivem maioritariamente acompanhados, 67,3% com o conjugue/companheiro, 8,9% com os filhos e 5% em alojamentos coletivos.

No que se refere a internamentos anteriores 71,3% diz já ter tido outros internamentos, 49,5% referem ainda que os anteriores internamentos decorreram neste mesmo serviço.

Nos motivos de internamento verificamos que a maioria da população é hospitalizada e submetida a cirurgias por doença do Sistema Gastrointestinal, Biliar e Pancreático, a mesma representa 61,4%. Com igual percentagem 13,9% temos as doenças do Sistema Renal e doenças do Sistema Reprodutor Masculino, 6,9% com problemas do Sistema Cardiovascular, 1% doenças do Sistema Músculo-esquelético e 2% com doenças do Sistema Hepático. A maioria das Intervenções cirúrgicas (76,2%) foi programada.

No acolhimento de enfermagem podemos observar que 77,2% da população considera importante que o enfermeiro se apresente, que diga o seu nome, 18,8% afirma que é muito importante esta apresentação, apenas 4% diz ser pouco importante a apresentação do enfermeiro. De referir ainda que a maioria dos enfermeiros se apresenta durante o acolhimento de enfermagem.

Esta apresentação por parte do enfermeiro que inicia o acolhimento de enfermagem é essencial para reduzir a ansiedade do utente.

A maioria dos idosos (53,5%) afirma que o enfermeiro que os recebeu lhes perguntou o nome. Maioritariamente consideram importante essa pergunta (70,3%), 19,8% consideram muito importante e 9,9% pouco importante.

O estudo revela ainda que 58,4% afirmam não ter sido questionados acerca de como gostariam de ser tratados, consideram importante que o mesmo seja feito, contudo 26,7% acha ser pouco importante que o enfermeiro pergunte como gostariam de ser chamados.

O enfermeiro ao perguntar o nome do utente e qual a forma como gosta de ser chamado, favorece uma boa relação terapêutica, colocando o utente à vontade.

Neto et al (2003) realizaram um estudo com o intuito de analisarem o grau de satisfação dos utentes no acolhimento de enfermagem no serviço de urgência, no hospital de São Marcos de Braga. Dos resultados obtidos podemos salientar que os utentes apresentam um grau mais elevado de satisfação quando o enfermeiro se apresenta, o trata pelo nome e lhe explica o que lhe vai fazer.

Neste sentido, podemos afirmar que de uma forma geral, a apresentação do enfermeiro e o questionar o utente como gosta de ser chamado pode influenciar a satisfação do utente no acolhimento de enfermagem.

No que se refere às questões inerentes à apresentação das instalações/serviço ao idoso por parte do enfermeiro, podemos concluir que 54,5% ou seja, a maioria dos enfermeiros mostra as instalações/serviço, considerando a 73,3% dos idosos ser importante que o mesmo seja feito durante o acolhimento.

Mostrar as várias dependências do serviço, gabinete médico, gabinete de enfermagem, sala de trabalho, copa, refeitório, quartos e casas de banho, minimiza o medo do desconhecido e orienta o utente no novo ambiente onde foi inserido.

Em relação às normas de funcionamento podemos observar que 62,4% da população afirma ter sido informada sobre as normas e funcionamento do serviço, sendo que 78,2% consideram importante esta explicação.

É importante informar o utente sobre o horário e número de visitas, o horário das refeições, a dieta adequada à sua situação clínica, entre outras, pois incentivam o utente e tranquilizam o mesmo durante o internamento.

No funcionamento do material/equipamento podemos verificar que os enfermeiros na sua maioria (59,4%), explicam como funciona o material e equipamentos destinados ao uso pessoal dos idosos, sendo que 72,2% consideram importante esta explicação e 11,9% consideram pouco importante.

Explicar como funciona o material/equipamento destinado ao seu uso pessoal, cama, luz de cabeceira, campainha de chamada, armário da roupa, promove a inserção do utente no seu espaço, reduzindo o medo e ansiedade.

Relativamente à informação acerca dos serviços disponíveis, tais como, Serviço Religioso, Serviço de Voluntariado e Serviço Social 84,2% dos enfermeiros transmite essa informação e 53,3% consideram importante que esta informação seja disponibilizada, com 34,7% temos os que acham pouco importante.

Num estudo realizado por Oermann e Templin (2000) foi estudada a importância dos consumidores de atributos dos cuidados de saúde e de cuidados de enfermagem de qualidade, o estudo é de carácter exploratório, sendo a população do mesmo constituída por 239 utentes. Neste sentido foram indicados como fator mais importante da alta qualidade dos cuidados de enfermagem, o serem cuidados por enfermeiros atualizados e bem informados; serem capazes de comunicar com o enfermeiro; passar tempo suficiente com o enfermeiro e não o sentir apressado durante os cuidados; ter um ensino fornecido pelo enfermeiro sobre a doença e tratamento, ser capaz de o questionar.

De uma forma geral 99% a população afirma que o acolhimento de enfermagem foi adequado. Na sua maioria (73,3%), consideram importante que este acolhimento seja adequado e 25,5% acham muito importante.

Jorge Simões (2002) avaliou através de um estudo as expectativas do utente relativamente à qualidade dos cuidados no acolhimento e preparação pré-operatória num serviço de cirurgia hospitalar. Nos resultados obtidos podemos observar, no que diz respeito ao acolhimento de enfermagem, a ênfase é dada ao domínio afetivo. Quanto ao acolhimento, os utentes dão importância em primeiro lugar às relações humanas, à competência técnica, à comunicação, segurança, relação de ajuda, valores e interesses. Na opinião dos autores, já referenciados anteriormente, o medo do desconhecido durante o internamento provoca alterações psicofisiológicas, o que pode influenciar os utentes a valorizarem em primeiro lugar as relações humanas.

O estudo realizado por Hegedus (1999) apresenta uma discussão do desenvolvimento e a avaliação de uma escala para avaliar as componentes do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem. Pode realçar-se que os utentes valorizam os comportamentos que recolhem a sua perspetiva individual, como também a da sua família e comportamentos que ajudam na antecipação e na preparação para as mudanças.

Verificamos no nosso estudo que 96% dos enfermeiros demonstram disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas, no que se refere à importância atribuída pelos idosos a este facto 82,2% consideram ser importante.

Os idosos (69,3%) referem que foi utilizada muitas vezes uma linguagem compreensível, 23,8% considera que sempre foi utilizada essa mesma linguagem e 5% consideram que foi utilizada algumas vezes. De referir que 67,3% afirmam ser importante esta utilização de vocabulário compreensível por parte dos enfermeiros no decorrer do acolhimento.

Em relação ao respeito pela privacidade, podemos concluir que 57,4% afirmam que muitas vezes foi respeitada a sua privacidade, 38,6% dizem ter sido sempre respeitada

e 4% dizem que algumas vezes foi respeitada a sua privacidade. No que se refere à importância deste facto 51,5% consideram importante e 48,5% afirmam ser muito importante.

Colaço e Transmontano (2002) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar de forma sistemática a adequação dos cuidados de enfermagem às expectativas dos utentes. Podemos salientar que os esclarecimentos de informações, cuidados de enfermagem apropriados e continuidade dos mesmos foram os parâmetros que foram avaliados pelos utentes com satisfação muito. Neste sentido, podemos afirmar que um Acolhimento de Enfermagem individualizado e humanizado é sempre um bom indicador de satisfação.

Na entrega do Guia de Acolhimento podemos verificar que 98% dos idosos diz não ter recebido o referido Guia, no entanto, a destes idosos (66,3%) considera importante a entrega do guia de acolhimento, 25,7% pouco importante, 4% nada importante, 3% muito importante.

A maioria dos idosos (63,4%) consideram-se satisfeitos com o acolhimento de enfermagem prestado no serviço, 31,7% afirmam-se Muito Satisfeitos e 5% Pouco Satisfeitos.

Existiram apenas 3 sugestões para melhorar o acolhimento de enfermagem no serviço, as mesmas referem que os enfermeiros devem usar palavras mais compreensíveis, o número de enfermeiros e funcionários devia aumentar por turno e a forma de interação enfermeiro/utente deve ser melhorada.

CONCLUSÃO

O conceito de Acolhimento em Enfermagem define com bastante precisão a relação que deverá existir no momento da admissão do utente por parte do pessoal de enfermagem. Desta forma, acolher, significa comportar-se de determinada maneira com certa pessoa; receber favoravelmente alguém através de palavras, ideias e sentimentos, facilitar a comunicação, reduzir a ansiedade, escutar, aceitar o outro.

Neste sentido, o Acolhimento de Enfermagem pretende promover o acolhimento do utente de forma personalizada, para que possa minimizar a ansiedade e o stress e orientar o utente dentro do novo ambiente.

Os primeiros contactos com o serviço são determinantes para reforçar ou modificar a imagem que o utente tem, pois a maior parte dos utentes admitidos têm algumas expectativas, geralmente fundamentadas em experiências prévias.

A relação enfermeiro/utente passa por uma boa comunicação, cuja porta de entrada é o acolhimento. O comportamento dos profissionais de saúde em especial dos enfermeiros, aquando da admissão do utente no hospital é decisiva para a segurança deste, para o grau de confiança que ele irá ter em relação às pessoas e à instituição. Neste sentido, o Acolhimento de enfermagem que lhe foi feito marcará positivamente ou negativamente a relação Utente/Funcionário e Doente/Instituição.

Com o presente estudo, procuraram-se encontrar contributos para melhorar o acolhimento de enfermagem nos Idosos hospitalizados no período do pré-operatório. Este contribui também para identificar algumas lacunas existentes no acolhimento por parte dos enfermeiros da instituição, numa tentativa da melhoria contínua dos cuidados prestados.

A análise dos dados permitiu-nos concluir que:

- A maioria da população apresenta idade igual ou superior a 65 anos de idade e é do sexo masculino; maioritariamente, casada/união de facto;
- Toda a população inquirida é de nacionalidade portuguesa;
- A maioria possui o 1º ciclo de habilitações literárias e desenvolveu uma atividade profissional no Sector Terciário, sendo que uma pequena minoria ainda desenvolve uma atividade laboral;
- A grande maioria vivem com o conjugue/companheiro.
- A maioria refere já ter tido internamentos anteriores, em que a maior parte que não foi no serviço onde atualmente se encontra;
- O internamento surge na sua maioria devido a problemas do Sistema Gastrointestinal, Biliar e Pancreático e maioritariamente são cirurgias programadas.

Relativamente ao acolhimento de enfermagem podemos concluir que:

- A maioria refere que o enfermeiro se apresenta, considerando muito importante esta apresentação;
- A maioria dos idosos afirma que foram questionados acerca do seu nome, considerando ser esse aspeto importante;
- A maioria refere que o enfermeiro não os questionou acerca de como gostavam de ser chamados, considerando ser importante esta questão, durante o acolhimento;
- No que se refere à apresentação do serviço a maioria menciona que lhe foi apresentado o serviço e consideram isso importante;
- A maioria refere que as normas do serviço lhe foram explicadas, o que para estes idosos é importante;
- Os enfermeiros na sua maioria explicam o funcionamento do material e equipamento destinado ao uso pessoal do utente, confirmando estes idosos a sua importância;
- Uma pequena parte dos enfermeiros informam os utentes da existência de outros serviços disponíveis na instituição, apesar da maior parte destes idosos considerarem este aspeto importante;

- A maioria dos idosos considera que o acolhimento foi adequado e ressaltam a importância desse aspeto;
- Uma ínfima parte dos idosos referiram que o enfermeiro não demonstrou disponibilidade;
- A maioria destes idosos afirma que é utilizada muitas vezes uma linguagem compreensível e considera muito importante esta atitude;
- Em relação à privacidade, a maioria diz que os enfermeiros respeitam muitas vezes a privacidade. Também a maioria considera importante o respeito pela privacidade;
- A entrega do Guia de Acolhimento existente no serviço muito raramente é feita, apesar de a maioria considerar importante a entrega do Guia de Acolhimento;
- A maioria dos idosos consideram-se Satisfeitos com o Acolhimento de enfermagem prestado.

De acordo com os objetivos definidos anteriormente no estudo, podemos concluir que a maioria dos idosos consideram-se Satisfeitos com o Acolhimento de Enfermagem no serviço de cirurgia, no período pré-operatório e consideram ser Importante esse acolhimento.

No que diz respeito às lacunas encontradas pode concluir-se que existem 3 de maior importância. Uma delas é o não questionar o utente como gosta de ser chamado. Uma das razões para a obtenção deste resultado prende-se com o facto de muitas vezes o próprio utente ao apresentar-se no serviço, se identificar logo pelo nome que é habitualmente chamado.

A segunda lacuna encontrada é a falta de informação por parte dos enfermeiros da existência de outros serviços na instituição, só 15,8% dos enfermeiros dá esta informação, sendo a mesma importante, na medida em que muitos dos utentes necessitam de apoio social. A maioria das vezes é o enfermeiro que encaminha o utente para estes serviços mediante a colheita de dados de enfermagem que é elaborada durante o internamento, esta pode ser uma razão pelo qual os enfermeiros

durante o acolhimento não informem os utentes da existência dos mesmos, já que os próprios mediante uma avaliação prévia o sinalizam para outros serviços caso seja necessário.

A terceira lacuna encontrada no Acolhimento de Enfermagem é a não entrega do Guia de Acolhimento existente no serviço de cirurgia, apenas 2% o faz, esta razão deve-se ao facto de não existirem exemplares cedidos pela instituição durante grandes períodos de tempo, ou seja falta de apoio material.

Relativamente às hipóteses anteriormente testadas, podemos concluir que existe correlação, apesar de baixa, entre a satisfação dos idosos com o acolhimento de enfermagem no período pré-operatório, no serviço de cirurgia e:

- a importância atribuída ao facto de lhe ser perguntado o nome;
- a importância atribuída ao facto de lhe serem mostradas as instalações/serviço;
- a importância atribuída à disponibilidade do enfermeiro para ouvir e esclarecer dúvidas;
- a importância atribuída ao uso de uma linguagem adequada e compreensível;
- a importância atribuída à privacidade.

Os resultados do estudo serão apresentados no serviço, por forma a avaliar e identificar alguma necessidade de melhoria relativamente ao processo de Acolhimento de Enfermagem, prestado pelos enfermeiros no serviço de cirurgia, contribuindo como um estímulo positivo, para os restantes profissionais de saúde de modo a incentivá-los a melhorar, de forma contínua, o seu desempenho profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Miriam de Abreu, et al- **Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções Prevalentes no Cuidado ao Idoso Hospitalizado:** Revista Latino Americana, Enfermagem, Julho/Agosto 2008, nº 16
- AKTINSON, L. D., Murray, M. E.- **Fundamentos de enfermagem : Introdução ao processo de aprendizagem:** Rio de Janeiro, Guanabara, 1989
- BARBARA K, Timby- **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem:** Artmed, 6ª edição, 2001.
- BUSQUETS, Montserrat - **Aspectos psicológicos en acogida del pacient al hospital:** Barcelona, 1991.
- CABETE, Dulce Gaspar – **O Idoso, a Doença e o Hospital. O impacto do Internamento Hospitalar no estado funcional e Psicológico das Pessoas Idosas:** Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2005.ISBN 972-8383-89-4
- CARDOSO, Ana Bela M Ramos – **Acolhimento do doente no Hospital; Um Cuidado de Enfermagem:** Nursing. Lisboa, Outubro, 2002, nº 170
- CARNEIRO, M. G.- **Acolhimento de alunos:** Trabalho apresentado à Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, no âmbito do Curso de Enfermagem Complementar, Lisboa, 1981.
- CHALIFOUR, Jacques - **La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique – humaniste :** Paris, Editions Lamarre, 1989.

- COLAÇO, M, L, Transmontano, M, L- **O que disseram da qualidade os utentes** : Lisboa, 2002, Revista Nursing, nº 167, p.12-15 ;
- 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;
- Comissão das Comunidades Europeias- Comunicação da Comissão – **O Futuro Demográfico da Europa/Transformar um Desafio em Oportunidades**: Bruxelas:2006;
- COREY, Plett P- **Special Considerations of the elderly patient requiring anestesia**: Can Oper Room Nursing 1995, nº 20;
- COSTA, J. A & Melo, A S.- **Dicionário da Língua Portuguesa**: 6ª Edição, Porto Editora, 1987;
- DIAS, António Osvaldo da Silva e outros - **Saber escutar: para uma relação de ajuda em unidades de cuidados intensivos**: In Servir, Lisboa, 1999, nº 43 p. 89-95;
- DIOCHON, Danielle- **L accueil du malade à l'hôpital**: Madrid, 1989;
- Eurostat, the Statistical Office of the European Union- Demography Report 2010, **Older, more numerous and diverse Europeans**: Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011. ISBN 978-92-79-17603-6 ;
- ELHART, Dorothy e outros – **Princípios Científicos de Enfermagem**: 8ª Edição, Lisboa, Editora portuguesa de Livros Técnicos, 1983;

- FORTIN, Marie Fabienne- **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**- Loures: Lusodidacta- Soc. Port. De Material Didático, Lda 2009. ISBN 978-989-8075-18-5;
- GAMEIRO, Aires - **Noções de Psicologia e Relações Humanas**: Lisboa, Telhal, 1970;
- GOUVEIA, Oliveira Maria- **Perceção dos utentes face ao acolhimento feito pelos enfermeiros em dois hospitais do Barlavento Algarvio**: Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Dissertação apresentada no âmbito da conclusão do Curso de Mestrado,1997;
- GUERREIRO, Laura Lorén, et al – **Variáveis Biopsicossociais Relacionadas à duração de Hospitalização em Idosos**: Revista Latino Americana. Enfermagem, Novembro/Dezembro 2011, nº 19;
- HEGEDUS, K,S- **Providers’ and Consumers, perspective of nurses, caring Behaviours**: Journal of Advanced Nursing. Vol 30, nº 5, p. 1090-1096;
- HESBEEN,Walter- **Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar**: Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2000.ISBN 972-8383-11-8;
- HORTELÃO, António Pedro Santos – **Envelhecimento e Qualidade de Vida**: Servir. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, Maio/Jun. 2004.Nº 52;
- Instituto Nacional de Estatística – **Estatística Demográfica 2010**: Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Edição 2012. ISBN 978-989-25-0115-4;

- Instituto Nacional de Estatística – **Censos 2011/ Resultados Provisórios**: Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Edição 2011. ISBN 978-989-25-0148-2;
- JACQUES, Maria Ermelinda- Ser Idoso: **Abordagem Psicossomática no Contexto Institucional e Familiar**: Sinais Vitais. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde, Lda.Jul, 2004;
- JORGE, I.C, Simões, M,C- **A qualidade de cuidados na perspectiva do utente**. Revista Servir, Vol. 93, nº 6, p.290-296;
- LARRABEL, J, H, Balden, L,V.- **Defining Patient – Perceived Quality of Nursing Care**: Journal of Nursing Care Quality, 2001, Aspen Publishers, Inc, Vol 16, nº 1, p. 34 – 60;
- MARTINS, Rosa maria Lopes- **Envelhecimento Demográfico**: Millenium,nº 26.2002;
- NETO, A; Ribeiro, L, Magalhães, L, Torres, M, Mendes- **Grau de Satisfação do Utente relativamente ao Acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência**: Revista Servir, Lisboa, 2003, Vol 51, nº 5, p 214-228;
- OERMANN, M; Templin, T – **Important attributes of quality walth care/ Consumer perspective**: Journal of Nursing Scholarship, Indionapolis. 2000, Vol. 32, p. 167;
- OLIVEIRA, Fernando- **Relações Humanas e Acolhimento**: Hospitalidade nº 256, Abril/Junho 2002;
- OLIVEIRA, Abílio – **O desafio da Morte**: Lisboa. Editorial Noticias, 1999. ISBN 972-46-1044-6;

- ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT- **Aging in OECD Countries- A critical policy Challeng**: Paris. OECD Social Policy Studies, 20, 1996;
- PEREIRA, Alexandre- **Guia Prático de Utilização/Análise de dados para ciências Sociais e Psicologia, SPSS**: Edições Silabo, Lda. 6ª edição, Lisboa, 2006, ISBN: 972-618-425-8
- PESTANA, Maria Helena- **Análise de Dados Para Ciências Sociais**: Edições Silabo, Lda. 4ª edição, Lisboa, 2005, ISBN: 972-618-391-X;
- PINHEIRO, Maria José Dias – **Medos do Idoso face à Cirurgia**: Enfermagem Agora. Lisboa, Julho/Setembro 1999, nº 15;
- PINHEIRO, Maria José Dias – **O Desafio de Cuidar doentes Idosos Submetidos a Cirurgia**: Enfermagem Agora. Lisboa, Julho/Setembro 1999, nº 15;
- PHIPPS, Wilma, et al – **Enfermagem Médico – Cirúrgica/Conceito e Prática Clínica**: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 6ª edição, 2003, ISBN972-8383-65-7;
- PINTO, M. – **A promoção da família como expressão da sua defesa e do seu desenvolvido**: Servir, Lisboa, 1991, nº 39 p. 235-245;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde- **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Orientações estratégicas para 2004- 2010**: Lisboa: Ministério da saúde, Direção Geral da Saúde, 2004;
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-101-X

- REBELO, Maria Teresa Santos- **Expectativas do doente face aos profissionais de enfermagem numa unidade de tratamento de Medicina**: Lisboa, 1987;
- RODRIGUES, V. M. C. P.- **A complexidade dos problemas humanos no hospital: “Vivências & Reflexões”**: Vila Real, Sodivir- Edições do Norte, 1999;
- ROGERS, Carl – **Tornar-se pessoa**:7ª edição, Lisboa, Moraes Editores, 1985.
- ROPER, Nancy - **Modelo de enfermagem**: 3ª. Edição, Alrajide, Mac Graw-Hill.,1990
- SALT, Jacqui – **A participação da família no cuidar**: Nursing, Lisboa,1991, nº37 p. 11-13.
- SANTOS, Iraci, et al – **Perfil de Idosos Hospitalizados e Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem/Identificação de Necessidades**: Enfermagem Florianópolis, Julho/Setembro 2007, nº 16
- SILVA, João- **Quando a Vida Chegar ao Fim**: Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2006. ISBN 972-8930-25-9;
- TAYLOR, C.M. – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**: 13.ª ed. Porto Editora, Artes Médicas, 1992;
- TOMLINSON, A. – **Técnicas de comunicação**: Nursing, Lisboa, 1989, nº 14 p. 40-44;
- VILAGRASSA, Pilar- **Perfil Profissional del paciente de acogida hópitaes, todo hospital**: Barcelona, 1991;

- VITÓRIA, Maria do Carmo – **Acolhimento do doente oncológico:** Enfermagem oncológica. Nº 18, Abril, 2001, p. 9-21;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION –**The European Health Report 2002:** Copenhagen: Who, 2002;

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Bruno Manuel Vieira Amaro
Santa Susana, Caixa Postal nº 813
7170-105 Redondo

Jose Manuel Vieira Amaro
15.12.11
José Chora
Enfermeiro Director

Autorizado
José Chora 12/11
Enfermeiro Director
20.3.2012

20/12/11
Jose Chora

Nada a opor
em 15/12/11
A Camilla & outros
Residência do Espírito Santo

Ao Conselho de Administração do
Hospital do Espírito Santo – E.P.E de Évora

Eu, Bruno Manuel Vieira Amaro, enfermeiro a exercer funções no Hospital do Espírito Santo E.P.E de Évora, Serviço de Cirurgia II, encontro - me a frequentar o Mestrado de Saúde e Bem - Estar em Pessoas Idosas/Gestão de Equipamentos, e na fase da elaboração da Dissertação cujo o tema é "O acolhimento de enfermagem no pré – operatório das pessoas idosas hospitalizadas", solicito a V. Ex.ª. a autorização para realizar questionários aos utentes idosos (conscientes e orientados), no serviço de Cirurgia II, no âmbito da colheita de dados para o trabalho acima referido. Tendo conhecimento das regras de Ética que implica um trabalho desta natureza, comprometo – me perante a instituição e os participantes a guardar sigilo da identificação dos participantes.

Agradeço a atenção, aguardo uma resposta ao pedido solicitado.

Com os melhores Cumprimentos

Bruno Manuel Vieira Amaro

HESE - EPE	
RECEBIDO	EM 20/12/11
	N.º 3073
RESPONDIDO	EM
	N.º

Évora, 14 de Dezembro de 2011

Bruno

ANEXO II – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



Universidade de Évora

Mestrado em Saúde e Bem - Estar das Pessoas Idosas
Gestão de Equipamentos

DISSERTAÇÃO

O Acolhimento de Enfermagem no Pré-Operatório das Pessoas Idosas Hospitalizadas

Elaborado por :

Bruno Amaro

2012

I Parte

Caracterização Sociodemográfica

Assinale com uma Cruz (X) a resposta mais adequada

1- Idade: _____Anos

2- Sexo: F M

3- Estado Civil: Solteiro Casado/União de Facto Viúvo
Divorciado

4- Nacionalidade: _____

5- Habilitações Literárias

5.1- Analfabeto

5.2 - Sabe ler e escrever

5.3 - 1º Ciclo

5.4- 2º Ciclo

5.5 - 3º Ciclo

5.6- Ensino Secundário

5.7- Ensino Superior

6- Qual foi a sua profissão anterior: _____

7 - Tem alguma ocupação/profissão atualmente?

Sim Não

7.1- Se sim, qual _____

8- Vive sozinho? Sim Não

8.1- Se vive acompanhado, com quem?

8.2- Cônjuge/companheiro

8.3- Filhos

8.4- Netos

8.5- Outros familiares

8.6- Pessoas amigas

8.7- Alojamento coletivo

8.8- Outro _____

9- Teve internamentos anteriores?

Sim

Não

10- Internamentos anteriores neste serviço;

Sim

Não

11- Motivo do atual internamento: _____

12- A cirurgia foi programada?

Sim

Não

II Parte

Acolhimento de Enfermagem

Assinale com uma Cruz (X) a resposta mais adequada

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

Sim

Não

1.1 – Que importância atribui a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

2- O enfermeiro que o recebeu perguntou-lhe o nome?

Sim

Não

2.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

3- O enfermeiro que o recebeu perguntou - lhe como gostava de ser chamado?

Sim

Não

3.1- Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

4- O enfermeiro que o recebeu mostrou – lhe as instalações /serviço?

Sim

Não

4.1- Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

5- O enfermeiro que o recebeu explicou-lhe as normas de funcionamento do Serviço?

Sim

Não

5.1 – Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

6- O enfermeiro que o recebeu explicou-lhe como funciona o material/equipamento destinado ao seu uso pessoal?

Sim

Não

6.1- Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

7- O Enfermeiro informou-o que pode utilizar outros serviços existentes no Hospital, tais como Serviço Religioso, Voluntariado e Serviço Social?

Sim

Não

7.1- Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

8- A forma como o Enfermeiro o acolheu foi adequada?

Sim

Não

8.1 - Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

9- O Enfermeiro que o acolheu mostrou disponibilidade para o ouvir e esclarecer as suas dúvidas?

Sim

Não

9.1 - Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

10 - Durante o acolhimento o enfermeiro usou uma linguagem adequada e compreensível?

Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
--------------	----------------------	---------------------	---------------

10.1 - Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

11- O Enfermeiro respeitou a sua privacidade?

Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
--------------	----------------------	---------------------	---------------

11.1 - Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

12- O Enfermeiro entregou – lhe o Guia de Acolhimento do Serviço?

Sim

Não

12.1 - Que importância atribuiu a esse facto?

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

13 – Qual o seu grau de satisfação relativamente ao acolhimento prestado pelos Enfermeiros durante a Admissão no Serviço?

Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

13.1- **Sugestões**/ideias para melhorar o Acolhimento de Enfermagem neste serviço?

OBRIGADO

Informação ao Participante

Exmo. Sr. ou Sr.^a:

Eu, Bruno Amaro, a exercer funções de Enfermeiro neste Hospital e a frequentar o Mestrado de “ *Saúde e Bem Estar em Pessoas Idosas / Gestão de Equipamentos*” na Universidade de Évora, tenho como objetivo desenvolver a Dissertação de Mestrado com o tema” *O acolhimento de enfermagem no pré – operatório das pessoas idosas hospitalizadas*”.

Com este estudo pretendo conhecer a Satisfação do acolhimento dos utentes idosos internados nos Serviços de Cirurgia II, com o intuito de melhorar a prestação de Cuidados de Enfermagem a nível do acolhimento do Idoso, que irá ser submetido a uma intervenção cirúrgica.

Para isso, será aplicado um questionário junto dos doentes idosos desta instituição e que, livremente, queiram participar no 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.

Agradeço desde já a sua simpatia e disponibilidade para colaborar.

Enfermeiro, Bruno Manuel Vieira Amaro

Consentimento Informado

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

Évora, 2012

Assinatura do doente: _____

O Investigador responsável:

(Bruno Manuel Vieira Amaro)

