



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Saúde

Curso de Enfermagem



ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA

Margarida Goes

Beja
2011

Sumário

0. INTRODUÇÃO	3
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	7
1.1. O DOENTE ONCOLÓGICO.....	7
1.2. A QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE ONCOLÓGICO.....	10
1.3. FASES DE ADAPTAÇÃO DOS DOENTES	13
2. O HOSPITAL DE DIA ENQUANTO LOCAL DE ACOLHIMENTO DO DOENTE ONCOLÓGICO	15
2.1. O ACOLHIMENTO COMO FORMA DE CUIDAR.....	16
3. A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: SATISFAÇÃO	21
3.1. DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE SATISFAÇÃO.....	21
3.2. FACTORES DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO.....	25
3.3. SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	28
4. CUIDAR: UM AGIR INTENCIONAL	31
4.1. SENTIMENTOS E ATITUDES SUBJACENTES AO CUIDAR.....	33
5. RELAÇÃO ENFERMEIRO/UTENTE	35
5.1. PRESSUPOSTOS DE UMA RELAÇÃO DE AJUDA	36
5.2. O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO	36
6. METODOLOGIA	41
6.1. TIPO DE ESTUDO	41
6.2. OBJECTIVOS E QUESTÃO DE BASE	41
6.3. VARIÁVEIS.....	41
6.4. POPULAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	42
6.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	43
6.6. PLANEAMENTO DA ANÁLISE DOS DADOS.....	43
6.7. IMPLICAÇÕES ÉTICAS	43
6.8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	44
7. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
7.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	45
7.2. PERCEÇÃO DOS UTENTES SOBRE O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA DO H.J.J.F...	48
8. CONCLUSÃO	57
9. BIBLIOGRAFIA	61

10. ANEXO: FORMULÁRIO65

0. INTRODUÇÃO

Nos países industrializados o cancro é a segunda causa de morte logo após as doenças cardiovasculares. A doença oncológica é um grave problema de Saúde Pública com custos pesadíssimos, não só económicos mas também sociais. A oncologia clínica é hoje uma das áreas da medicina mais importante e activa, que pretende dar resposta às necessidades de tratamento do utente oncológico na sua área assistencial, que naturalmente incluem a prevenção e a profilaxia, sendo igualmente objecto de grandes investimentos na área da investigação.

A nível individual não existe nenhuma dimensão da vivência que não seja afectada. Para muitos doentes o cancro deixou de ser uma doença rapidamente fatal, tornando-se numa doença crónica que dura meses ou anos, com tratamentos complexos e muitas vezes tóxicos. A doença oncológica provoca um grande impacto na vida dos indivíduos e famílias. É responsável por inúmeras alterações físicas, emocionais e sociais que ocorrem no indivíduo, que se vão repercutir decisivamente no estilo de vida dos sujeitos afectados por esta doença crónica. Daí que as suas necessidades de afecto, de estima e de segurança, devem ser satisfeitas.

Desde os primórdios da humanidade que somos confrontados com a necessidade de cuidar. Também Collière (1989) reforça que *“os homens como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte (...)”*. (p. 27)

Cuidar implica uma relação interpessoal que está para lá da execução de procedimentos técnicos. A competência no Cuidar requer perícia no desempenho técnico, conseguida pela experiência, mas também perícia na relação com a pessoa que necessita de ajuda. Esta emerge da preocupação e respeito pela pessoa. É um agir intencional que se torna Cuidar pelos sentimentos e atitudes subjacentes à acção do Enfermeiro e que reflecte princípios éticos.

Swanson (1993) refere que “o conceito de Cuidar é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda a uma pessoa”. (p. 353)

A profissão de Enfermagem surgiu deste cuidar e desta necessidade que se impôs através dos séculos. Sofreu uma enorme evolução devido á crescente complexidade dos serviços de saúde, pelo que o Enfermeiro, actualmente, tem o dever de definir de forma rigorosa as suas intervenções autónomas e interdependentes (Adam, 1994). A prestação de cuidados de Enfermagem deve basear-se na qualidade das acções de Enfermagem que vão de encontro às necessidades das pessoas.

Definir qualidade é visto por muitos autores como uma tarefa complexa. Machado (1990), salienta que aquilo que pode ser considerado qualidade para algumas pessoas poderá ser inapropriado para outras, afirmando, contudo, que a boa qualidade, é, regra geral, reconhecida por todos. A definição de qualidade quando aplicada aos cuidados de Enfermagem é complexa e multidimensional, sendo uma das mais valiosas ferramentas do desenvolvimento de melhores cuidados.

Também a forma de agir com qualidade difere de Enfermeiro para Enfermeiro, o qual deverá ter em conta não só a vertente científica e técnica, mas também e sobretudo a vertente relacional que se desenvolve em cada um de modo intrínseco, fruto da experiência vivida, fruto do pensar e reflectir sobre quem realmente é, e o que pretende ser (Jorge e Simões, 1995).

Segundo Jorge e Simões (1995), são vários os atributos que contribuem para a complexidade deste conceito de qualidade, entre os quais se destaca a satisfação do utente, como indicador válido da qualidade na prática do cuidar. Este conceito assume uma importância fundamental como medida na qualidade dos cuidados de saúde, porque dá informação acerca do nosso sucesso enquanto prestadores de cuidados, em relação aos valores e às expectativas dos nossos doentes.

Uma das situações que exige maior sensibilidade por parte dos Enfermeiros é o acolhimento do doente oncológico, uma vez que constitui o momento em que este se sente mais desprotegido e inseguro. O acolhimento é um cuidado facilitador da adaptação ao meio hospitalar. Quando o doente entra no hospital, é importante diminuir os sentimentos

gerados pela incerteza quanto ao futuro, pela dor, por experiências anteriores negativas ou pela simples chegada a um lugar desconhecido.

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

No decorrer de todo este decurso é de extrema importância o processo comunicativo, uma vez que a comunicação constitui uma ponte de ligação com o doente, sendo por isso essencial para o estabelecimento e desenvolvimento de uma relação de ajuda, parte integrante e essencial do acolhimento.

Desta forma, consideramos que a comunicação deve constituir um pilar sólido, essencial na prestação de cuidados de Enfermagem, essencialmente durante o processo de acolhimento. Cabe aos Enfermeiros recorrerem a uma comunicação eficaz, verbal e não verbal, criando um ambiente propício que possibilite ao doente diminuir a sua angústia.

Face ao exposto, constata-se que se vive actualmente uma preocupação constante com a qualidade no âmbito da saúde. A satisfação/acolhimento é um processo interligado e, sendo o acolhimento um cuidado de Enfermagem por excelência, este deve ser facilitador de satisfação ao doente.

Foi reflectindo sobre estes aspectos que se interrogaram sobre a prestação de cuidados de Enfermagem que têm desenvolvido ao longo de um ano e a importância de realização de um estudo que permitisse fazer uma Avaliação da Implementação do Projecto de Acolhimento dos Utentes da Unidade de Quimioterapia do HJJF de Beja.

Assim, delimitou-se o estudo traçando o seguinte problema: *qual a percepção dos utentes sobre o acolhimento de Enfermagem na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes?*

Além da quantificação dos recursos e actividades de Enfermagem é necessário avaliar a qualidade dos cuidados prestados para poder melhorá-los. Assim, o papel das Enfermeiras é decisivo na prestação de cuidados de Enfermagem, sendo já considerada indispensável a garantia de qualidade dos mesmos.

O comportamento das profissionais de Enfermagem aquando do acolhimento do utente na Unidade de Quimioterapia é decisivo para a segurança do indivíduo, para o grau de confiança que ele irá ter em relação às Enfermeiras, à unidade e até mesmo à instituição. Por isso, o acolhimento que lhe é feito, marcará positiva ou negativamente a relação Enfermeiro/utente.

O Enfermeiro tem, na sua formação, uma componente humanística que, sendo imprescindível, deverá ser a base da mesma. Na prática dos cuidados de Enfermagem que prestamos quotidianamente sentimos que esta não pode ser reduzida a meras “técnicas”, porque a “técnica” não pode ressaltar fora de um contexto de relação de cuidados.

Os cuidados criam um mundo, uma comunidade humana e para tal é necessária sabedoria e coração, entrelaçados numa rede de relação. O Enfermeiro deve adoptar atitudes que preconizem os pressupostos de uma relação de ajuda. Estes pressupostos assentam em ajudar, escutar, clarificar, respeitar, ser congruente e ser empático.

A revisão da literatura efectuada, tem como finalidade a definição de conceitos nem sempre de fácil clarificação, dado os aspectos multidimensionais e a subjectividade que os envolve.

No que concerne à relação Enfermeiro/Utente, abordam-se aspectos muito importantes, como sejam a relação de ajuda, o processo de comunicação e factores que interferem no aumento da satisfação dos doentes.

Numa terceira e última fase procede-se a uma análise de dados relativos às opiniões dos Utentes, sobre o acolhimento de Enfermagem, dados estes recolhidos através de formulário realizado no domicílio por um profissional de Enfermagem não pertencente à instituição, de forma a preservar a imparcialidade dos dados. Utilizou-se ainda análise qualitativa de conteúdo para tratamento das questões abertas, com a finalidade de efectuar inferências, a partir do conteúdo manifesto da comunicação dos utentes.

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1. O Doente Oncológico

Considerou-se como sendo doente oncológico, qualquer pessoa a quem lhe é diagnosticado um cancro, independentemente do tempo decorrido desde esse diagnóstico ou do tipo de tratamento que se lhe seguiu. O prolongamento da vida dos doentes oncológicos tem aumentado cada vez mais e “*o cancro passou a ser considerado como doença crónica com períodos de remissão (sem doença com ou sem tratamento de manutenção) e de recaída (com doença, tendo lugar tratamentos agressivos, tais como quimioterapia ou radioterapia)*” (Sá, 1996, p. 23).

Actualmente e apesar de mais de 60% dos doentes com cancro acabarem por vir a morrer devido a esta causa, verifica-se que a probabilidade de sobrevivência a cinco anos para a maioria dos cancros ultrapassa os 50% e é muito maior hoje do que há 50 anos atrás, o que vem confirmar a cada vez maior cronicidade desta doença (Sá, 1996).

O cancro mais comum nos homens em Portugal é o cancro colorectal, seguido do cancro da próstata, pulmão, estômago e cavidade oral. Nas mulheres as localizações mais frequentes são a mama, seguido do cólon e recto, estômago e útero (corpo e colo).

Estes dados confirmam que o risco de vir a ter cancro aumenta com a idade, pelo que é nas idades mais avançadas que a incidência de cancro é maior. Assim, as pessoas idosas são mais susceptíveis de virem a sofrer várias adversidades de uma só vez (Leo, 1994), uma vez que os indivíduos mais idosos já têm a sua qualidade de vida alterada, como consequência do processo normal de envelhecimento, porque há algumas alterações que estão associadas a esta velhice normal e saudável, como por exemplo as más performances auditiva e visual, assim como a diminuição da força física, do funcionamento de alguns órgãos e da própria actividade sexual, o que interfere obviamente na qualidade de vida destes indivíduos, independentemente de terem ou não uma doença oncológica associada.

Desta forma, a doença oncológica num indivíduo é um dos factores que mais interfere com a sua qualidade de vida, que fica logo afectada desde que a doença é anunciada, devido à forte carga emocional que lhe está anexa e devido ao facto de esta doença estar associada a um tratamento lento e por vezes complicado e doloroso, ou pior ainda, associada à ideia de morte e de sofrimento.

Para compreendermos a representação do cancro no cidadão comum, dever-nos-emos preocupar com os mitos, crenças e sentimentos que, pela análise da história, sabemos terem rodeado sempre o cancro. Ainda hoje se encontram muitos conceitos errados sobre a doença que, vêm sendo transmitidos de geração em geração, desde há muito tempo.

As crenças e os mitos ligados ao cancro compreendem-se, por um lado, pela natureza incurável e fatal da doença (até há uns anos atrás) e, por outro lado, sem dúvida, mais importante, pela ignorância das populações relativamente a conceitos de saúde; é comum na nossa experiência, contactarmos com pessoas doentes, com um nível de instrução médio ou superior, que denotam uma completa ignorância relativamente a questões de saúde, reproduzindo com frequência conceitos errados sobre a doença.

No nosso dia-a-dia profissional, encontramos doentes que pensam que o cancro é “um caranguejo que têm dentro de si”, chamando-lhe “bicho”. Quando são submetidos a cirurgia, frequentemente dizem: “vão tirar-me o bicho que tenho dentro de mim”. A própria natureza agressiva dos tratamentos (que têm como efeitos secundários alopecia e outras situações tão diferentes dos efeitos habitualmente atribuídos aos medicamentos) ou a sua natureza, entendida pelo doente como misteriosa – o caso da radioterapia, leva à construção de mitos e crenças associados à doença.

Os Enfermeiros, frequentemente, reproduzem as crenças e mitos da população em geral. A representação do cancro nos Enfermeiros condiciona a sua atitude perante um doente de cancro, influenciando de modo decisivo a prestação dos cuidados a esse mesmo doente. O Enfermeiro que decide cuidar de doentes do foro oncológico terá que proceder a alguns ajustamentos nos conceitos e preconceitos que tem da doença, que lhe foram transmitidos por vínculos culturais.

O termo cancro, associado a neoplasia maligna, tumor maligno é uma das doenças que mais medos e ansiedades causa, tanto ao doente como à família. A perspectiva de morte ou alteração do estilo de vida (mutilação) acompanha-os.

Hoje em dia, com os avanços da tecnologia, a doença oncológica se diagnosticada precocemente é tratável em alguns casos. Contudo, muitas destas novas técnicas, essencialmente no que respeita aos doentes submetidos a quimioterapia, são bastante traumáticas para os mesmos. Em termos de índices de saúde, é útil explicar ao doente o que sentirá em resultado do tratamento comparado com o que sentirá se a doença não for tratada.

Deve-se esclarecer o doente, explicando-lhe que embora existam dados sobre as reacções secundárias à quimioterapia, ainda não se pode estabelecer a correlação entre estes índices de relação e a melhor ou pior tolerância aos sintomas. A informação que o Enfermeiro pode dar é factual, baseada na observação de outros doentes à doença e ao tratamento. Deve-se explicar a toxicidade potencial dos medicamentos e sobre possíveis estratégias de lidar com as alternativas.

- Qual o grau de esperança que o doente possui?
- A ideia do tratamento vai aumentar essa esperança e gerar uma expectativa positiva do futuro?

Estas são perguntas difíceis para um doente com cancro e sua família tomarem em consideração. Contudo, ao serem pronunciadas, o Enfermeiro ajuda-os a analisar o valor de continuar o tratamento, fundamentado na compreensão que o doente tem da sua doença e na sua decisão. Por meio de ensino, aconselhamento e cuidados prestados, os Enfermeiros tentam melhorar a qualidade de vida dos doentes do foro oncológico.

O doente/família necessita saber que a terapia antineoplásica acarreta certos riscos físicos que assentam em determinada terapêutica prescrita. E o que são estes riscos comparados com as consequências de não fazer o tratamento?

Os doentes submetidos à quimioterapia precisam de saber como a qualidade de vida poderá vir a ficar afectada. Neste campo o Enfermeiro poderá dar uma contribuição muito grande em termos de ensino.

1.2. A Qualidade de Vida do doente oncológico

A Qualidade de Vida é um conceito que se generalizou depois da II Guerra Mundial, fazendo habitualmente referência às condições de trabalho e ao desenvolvimento económico. Deste modo, existe uma grande variedade de indicadores para a avaliação da Qualidade de Vida das pessoas que podem ser mais objectivos ou, pelo contrário, mais subjectivos.

Assim, a preocupação com o conceito de «Qualidade de Vida» tem o seu início dentro das Ciências Humanas e Biológicas, com o objectivo de valorizar parâmetros mais amplos que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade, ou o aumento da expectativa de vida.

Ao analisarmos a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (ou em terminologia anglo-saxónica *Health – Related Quality of Life*) e estado subjectivo de Saúde (ou em terminologia anglo-saxónica *Subjective Health Status*), constata-se que são conceitos centrados na avaliação subjectiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente.

Gill e Feinstein (1994) escolheram de forma aleatória 75 artigos que usavam instrumentos para avaliar a Qualidade de Vida e verificaram que muito poucos conseguiam definir efectivamente o conceito de Qualidade de Vida. Bowling (1995) conceptualizou em 1994 a Qualidade de Vida como conceito mais geral, introduzindo uma maior variedade de condições que poderiam afectar a percepção do indivíduo: sentimentos e comportamentos relacionados com as suas actividades de vida diárias, não se limitando apenas à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

No âmbito da revisão bibliográfica, nota-se que o conjunto de características operacionais que envolvem o paradigma da Qualidade de Vida é diferente para aplicar às variáveis consideradas no Sistema de Cuidados de Saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a Qualidade de Vida compreende simultaneamente aspectos objectivos (que incluem a funcionalidade, competência cognitiva e interacção do indivíduo com o meio) e aspectos subjectivos que consistem na percepção, por parte dos indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões específicas à sua realização e felicidade. Do exposto, ressalta uma ideia

muito importante que tem a ver com o facto da Qualidade de Vida ter sempre de ser medida a partir da percepção do paciente e não da percepção do clínico.

A Qualidade de Vida não deve ser avaliada pelos familiares, mesmo que sejam os seus cuidadores. Pode, deste modo inferir-se que a Qualidade de Vida é uma sensação de bem-estar pessoal, proveniente da satisfação/insatisfação com certas áreas da vida quotidiana que são importantes para o indivíduo (Ferrans e Powers, 1985).

É notório que será difícil fazer qualquer investigação sobre Qualidade de Vida, sem definir previamente qual o tipo de Qualidade de Vida. Deste modo, esclarece-se que o conceito de Qualidade de Vida relacionado com a Saúde é um conceito mais específico e mais recente, que o conceito de Qualidade de Vida propriamente dito.

Num inquérito efectuado a 217 oncologistas, verificou que 84% destes afirmava ter conhecimentos fracos sobre Qualidade de Vida, mas 82% acreditavam que a Qualidade de Vida é útil na prestação de cuidados ao doente e faziam planos para a incorporar na sua prática clínica. Analisando os resultados obtidos, pode concluir-se que há ainda muito a fazer, para que a Qualidade de Vida seja uma realidade na prática dos cuidados aos doentes oncológicos.

No âmbito da saúde, Kaplan. (1995), afirma que o termo constitui um pressuposto cultural e dinâmico que adquire a dimensão da ausência de defeito, contribuindo para a satisfação das necessidades e expectativas do doente, a qual é concretizada através das três vertentes do saber: técnica, científica e relacional, implícitas na excelência da prestação de cuidados.

A qualidade em saúde apresenta algumas características que a diferenciam da qualidade noutras áreas: satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo sempre mais; ter uma atitude proactiva para prevenir e dar resposta às necessidades e não para procurar novas oportunidades de mercado; reunir integralmente como atributos a afectividade, eficiência, aceitabilidade e equidade e não se circunscrever à exigência única da aceitabilidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para que se desenvolvam cuidados de saúde com qualidade, é necessário que estejam presentes determinados componentes, entre os quais: o elevado grau de excelência profissional; a eficiência na utilização dos recursos;

riscos mínimos para os doentes; satisfação para os utilizadores e obtenção de resultados de saúde.

A Qualidade em Saúde, apesar da frequência com que o tema é hoje abordado entre nós, tem tido um desenvolvimento ainda muito incipiente em termos práticos. Na realidade temos assistido, ao longo dos últimos dez anos, a iniciativas dispersas, muito localizadas, sem coerência ou uniformidade metodológica, fruto muitas vezes de esforços voluntaristas, generosos mas episódicos.

A necessidade em implementar sistemas de qualidade é reforçada, quer por instituições internacionais, quer por organizações nacionais.

As associações profissionais da área de saúde têm também um papel preponderante em todo este processo, sobretudo no que diz respeito à criação de sistemas e na definição dos seus padrões de qualidade. Este processo visa, assim, a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros, possibilitando o estabelecimento de padrões de qualidade relativamente à satisfação do cliente (doente), promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de Enfermagem.

Mas sobretudo para cuidar, para além do saber científico, da acção técnica e das relações interpessoais, este deve constituir um valor intrínseco, implicando o respeito e defendendo a pessoa, como sujeito de direitos e deveres, promovendo assim o seu bem-estar e sua consequente satisfação.

Depreendemos assim que uma prática centrada no doente, envolvendo cuidados de Enfermagem com qualidade, permite assegurar-lhes não só a sua dignidade humana (que é afirmada por vários autores como um valor absoluto), como o respeito pela sua condição de pessoa. Estes aspectos são inerentes e indissociáveis do indivíduo, aplicando-se à sua condição bio-psico-socio-cultural e espiritual, o que faz de cada pessoa um ser único, o qual deve ser tratado como fim e nunca como meio, sendo por tudo isto origem e meta de todo o empenho do Enfermeiro (Sá, 1996).

Constata-se, desta forma, que a reflexão sobre as atitudes e comportamentos do Enfermeiro face ao doente enquanto pessoa, contribui para o enriquecimento da humanização dos

cuidados de Enfermagem e para o aumento subsequente da sua qualidade, promovendo assim elevados níveis de satisfação dos doentes.

1.3. Fases de adaptação dos doentes

Apesar da eficácia crescente dos métodos de tratamento do cancro, materializada em sobrevivências mais duradouras, os doentes terão sempre de enfrentar uma doença potencialmente debilitante, com dor, alteração da auto-imagem física, perda de funções fisiológicas e morte, e por conseguinte situações muito stressantes, que colocam em causa a qualidade de vida do indivíduo (Greer, Morris e Pettingale, 1979). O cancro geralmente é encarado pelo indivíduo como uma situação mais stressante que outras doenças graves, suscitando respostas intensas ao diagnóstico.

As respostas do indivíduo à doença oncológica são influenciadas não apenas pela doença oncológica em si mesma, mas também por influências psicológicas, sociais (através da família e sociedade) e espirituais. Ou seja, estas quatro áreas de influência acabam por ser semelhantes aos quatro domínios da Qualidade de Vida que já foram referidos anteriormente.

A influência destes quatro domínios da Qualidade de Vida não é constante ao longo de toda a vida, pelo que a resposta de cada indivíduo à doença também vai depender da fase do ciclo vital em que cada um se encontra. Assim, se a doença surgir durante uma crise da vida – reforma, menopausa, adolescência ou divórcio – será muito mais fortemente sentida. Isto significa que apesar de a doença ser “sentida” por todas as pessoas que têm um diagnóstico oncológico, a dimensão dessas alterações e a resposta à doença que cada um vai ter poderá ser muito diferente.

Algumas dessas alterações sentidas pelos doentes oncológicos poderão ser: mudança no quotidiano; privação de determinadas actividades; alteração por vezes profunda de objectivos a cumprir; dor; desfiguração do corpo; perda ou alteração de certos funcionamentos corporais; separação da família e de amigos.

As respostas que cada pessoa doente vai dar perante estas alterações que está a viver, vão depender da fase de aceitação da doença em que cada um se encontrar. Todos os doentes perante um diagnóstico oncológico passam por cinco estádios psicológicos diferentes, que podem não ocorrer pela ordem que a seguir se descrevem, podendo ter um período de duração muito variável, e pode haver uma mistura ou sobreposição de fases nas quais o doente avança e regride, podendo estar em diferentes estádios num dado momento (Kubler-Ross, 1996).

Assim, na fase de recusa ou negação o doente geralmente está em choque e recusa reconhecer e aceitar a sua situação, o que pode levar a uma resposta de isolamento. Na fase de cólera, o doente fica revoltado quando começa realmente a enfrentar o diagnóstico oncológico, interrogando-se: 'porquê eu?', pelo que nesta fase, o doente pode ter uma atitude intolerante e agressiva, fazendo recair a sua ira sobre os que o rodeiam, deslocando e projectando a sua raiva contra a equipa de saúde, contra os seus familiares e contra Deus.

Na fase da negociação o doente tem uma atitude mais serena e tenta estabelecer um pacto, negociar uma transacção, com Deus, com os que o rodeiam ou com a equipa de saúde, tentando conseguir um prolongamento do tempo com qualidade de vida, uma diminuição da dor ou melhores cuidados.

Na fase da tristeza ou depressão o doente torna-se mais calmo, a comunicação passa a ser sobretudo não verbal, com maiores períodos de silêncio, e o doente revela mágoa e angústia e gradualmente toma consciência da sua situação e é incapaz de negar a sua doença. Alguns doentes com cancro manifestam depressão grave, luto, perda de controlo, alteração da personalidade, zanga e ansiedade.

Finalmente na fase da aceitação, predomina uma atitude de calma e paz interior, em que já não se está deprimido nem irritado, e apenas se deseja ficar sozinho sem se preocupar com os problemas do mundo externo, lembrando o passado e contemplando o futuro desconhecido. A fase de aceitação nem sempre é alcançada e quando isso se verifica, raramente é estável (Murad e Katz, 1996). De facto, só alguns doentes atingem a fase de aceitação, podendo existir níveis flutuantes de negação e aceitação, que devem ser identificados e respeitados (Marques, 1991).

2. O HOSPITAL DE DIA ENQUANTO LOCAL DE ACOLHIMENTO DO DOENTE ONCOLÓGICO

A Direcção Geral de Saúde define Hospital de Dia como sendo um serviço de um estabelecimento de saúde, onde os doentes recebem de forma programada cuidados de saúde, permanecendo durante o dia sob vigilância, não requerendo estadia durante a noite.

Este novo conceito de internamento hospitalar teve início em 1932 em Moscovo na ex-União Soviética, no âmbito dos hospitais psiquiátricos (Machado, 1990). Em Portugal o primeiro Hospital de Dia iniciou o seu funcionamento em Abril de 1967, integrado no Hospital Júlio de Matos. Desde então, os hospitais de dia tiveram um grande desenvolvimento e alargaram-se a várias áreas, não apenas à psiquiatria e à oncologia, mas também às próprias cirurgias, uma vez que doente que permanece um dia a mais do que o necessário usa o hospital como um hotel (Machado, 1990).

O internamento hospitalar, realizado através de um serviço como é o Hospital de Dia, tem inúmeras vantagens para o doente, para a instituição de saúde e para a comunidade, conforme se descreve resumidamente em seguida.

Para o doente, o internamento através do Hospital de Dia tem a vantagem de permitir que o contacto deste com o hospital seja muito mais rápido e eventualmente menos traumatizante. O internamento feito em Hospital de Dia, permite que os doentes permaneçam mais tempo no seu meio habitual, mantendo o contacto com a família e amigos e mantendo também a actividade laboral, ainda que por vezes de forma parcial (Machado 1990). Por outro lado, isso também desdramatiza a doença, uma vez que evita o isolamento e a discriminação que muitas vezes acompanham a doença oncológica. O estudo realizado por Baldin, Inui e Stenkamp (1993), permitiu concluir que a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes, nomeadamente idosos com patologias do foro oncológico, não são afectadas quando se substitui o internamento tradicional pela prestação de cuidados de saúde ambulatoriais.

A vantagem de haver um Hospital de Dia para a instituição de saúde, consiste no facto de este serviço ficar menos caro que uma hospitalização “clássica”, e uma boa rentabilização dos recursos é algo cada vez mais importante. Para a comunidade, a vantagem da criação de um Hospital de Dia, consiste no facto de isso por um lado corresponder à satisfação de uma necessidade da população, e por outro lado, relança a imagem do hospital como um sistema aberto, em que se tenta fazer uma aproximação entre o tratamento hospitalar e o meio social e familiar dos doentes.

Uma das tendências da evolução futura do hospital é que haja uma redução dos internamentos, uma vez que de acordo com o Prof. Coriolano Ferreira *“a palavra de ordem será: internar cada vez menos e por períodos cada vez menores, até ao limite adequado de segurança médica. O internamento é um processo extremo. Atenta contra o indivíduo, contra a família e contra a sociedade. Por isso, só em casos extremos se justifica. e é caro”* (Machado, 1996).

Mas o Hospital de Dia também apresenta algumas desvantagens quando comparado com os clássicos serviços de internamento, e poderá haver doentes que continuem a beneficiar mais com o serviço de internamento tradicional do que com o Hospital de Dia. As desvantagens dos hospitais de dia oncológicos estão relacionadas com as dificuldades apresentadas por alguns doentes com problemas sócio - familiares, que vivem sozinhos e longe dos grandes centros hospitalares, e na falta de acompanhamento domiciliário adequado a doentes em estado crítico e/ou angustiante, para os quais a realização do tratamento com quimioterapia num serviço de internamento de medicina poderá trazer mais benefícios, do que se o mesmo fosse realizado em Hospital de Dia (Machado, 1990).

2.1. O acolhimento como forma de cuidar

O Enfermeiro, ao envolver a família na recolha de informação, poderá ter à sua disposição uma valiosa fonte de dados para a prestação de cuidados individualizados, centrados no doente. Uma forma de contribuir para a prestação de cuidados de Enfermagem individualizados de qualidade é ir de encontro à satisfação do doente, promovendo, entre outros aspectos, um acolhimento eficaz, contínuo e que satisfaça as necessidades do doente.

O acolhimento assume, assim, extrema importância no decorrer de todo o processo de evolução da doença, aceitação e adaptação do doente ao internamento, pois face ao mesmo este sente apoio e irá compreender melhor o que com ele acontece, vivendo com a qualidade de vida possível e sem receio de expressar os seus sentimentos e emoções, o que contribui inequivocamente para um elevado nível de satisfação quanto aos cuidados de Enfermagem prestados durante o internamento.

A humanização é então a componente ou elemento que melhora a aceitabilidade e satisfação do doente, capaz de atenuar o choque e de suavizar o acto do internamento. Humanizar é reforçar o clima de inter-relação confiante e confidencial entre doente e profissional de saúde.

Esta inter-relação deverá ter por base a individualidade própria do doente, da qual derivam necessidades e desejos diferentes dos de outrem. Das suas características e dos valores que a condição de pessoa lhe confere, derivam a sua dignidade e os seus direitos. Perante a complexidade que é a pessoa, o adoecer humano é sem dúvida também ele um processo ou acontecimento complexo, no qual a pessoa se sente vulnerável, insegura e repleta de dúvidas e medos. Quando entra no hospital, esta traz não só a doença e todos os problemas que cria na sua vida, mas também as suas fantasias, receios e uma ideia muito própria do que é o hospital.

Assim, o acolhimento da pessoa no hospital é muito importante, pelo que os Enfermeiros deverão efectuá-lo tendo em conta a vulnerabilidade e individualidade da pessoa, de modo a que esta possa diminuir o seu nível de ansiedade, sentir-se pessoa e não passar de imediato a fazer parte inanimada das coisas, dos instrumentos e ser considerada como um número.

Visto que a entrada no hospital constitui, sem dúvida, uma situação geradora de ansiedade devido à sua conotação frequente de ambiente hostil e desconhecido, o acolhimento, apesar de complexo, assume um papel de extrema importância na interacção entre o triângulo relacional Doente – Enfermeiro – Família, condicionando assim a forma como estes vão viver e encarar o internamento.

O conceito de acolhimento não é difícil de definir, pois qualquer dicionário o define como sendo hospitalidade, recepção. Contudo, quando nos referimos ao conceito de acolhimento no campo da saúde, tudo se torna mais complexo, pois aí surge uma interacção com o doente e a sua individualidade enquanto pessoa humana, tornando-o num conceito muito mais difícil de definir.

Apesar do processo de acolhimento ter início no momento da admissão do doente, este desenvolve-se ao longo de todo o internamento, no quotidiano com a prestação de cuidados de Enfermagem e culmina com a alta do doente.

O acolhimento é um cuidado autónomo de Enfermagem, inserido no contexto do cuidar e ligado à competência relacional do Enfermeiro. Um bom acolhimento possibilita a identificação das preocupações e expectativas do doente, podendo ajudar a diminuir a angústia e a ansiedade, assim como construir uma relação de confiança e ajuda.

O acolhimento deverá ser uma atitude não de mera hospitalidade, mas sim inserido num contexto da mais profunda relação humana, que deverá cada vez mais tornar-se numa técnica de relação na procura de receber bem.

Esta afirmação é de extrema importância uma vez que dá realce à importância da relação de ajuda no acolhimento, na qual está implícito o sentido de receber, atender e escutar.

Esta relação dever-se-á manter ao longo de todo o processo de acolhimento, de forma a contribuir para a humanização dos cuidados de Enfermagem prestados, pois o acolhimento constitui um momento privilegiado de comunicação e um cuidado de Enfermagem por excelência.

A questão da humanização está actualmente bem presente nos serviços de saúde, uma vez que esta se baseia no princípio da dignidade humana, independentemente das características pessoais e funções sociais de cada um e também no princípio da solidariedade, dando especial atenção aos que não estão conscientes da sua própria dignidade ou não têm possibilidade de serem ouvidos ou de exercerem os seus direitos.

Ao encarar o doente tendo por base o conceito holístico de Enfermagem, surge a reflexão sobre o leque de aspectos que englobam os elementos intrínsecos da personalidade do indivíduo, os seus próprios factores culturais, para além da sua situação clínica que muitas vezes desencadeia alterações da sua própria consciência. Assim, o respeito pela dignidade da pessoa humana deverá constituir não só um valor universal do próprio homem, mas também um valor intrínseco aos profissionais de Enfermagem.

Humanizar é um processo abrangente, que implica dar respostas integradas às necessidades dos doentes, conduzindo assim a uma revalorização dos cuidados prestados à pessoa doente, o que só é possível com uma atitude que englobe uma visão holística da pessoa. Respeitar e ter

em conta estes e outros princípios, vai contribuir decerto para que os cuidados de Enfermagem sejam mais humanos, incluindo a humanização das interacções Enfermeiro-Doente, que são também expressão da competência profissional e obrigam a sair da concepção abstracta da teoria, voltando-se para o respeito concreto pela pessoa humana.

A humanização dos serviços é um direito que assiste ao doente, mas é também um dever e obrigação dos profissionais de saúde. Esta influencia o aumento da satisfação do doente, pelo que este se envolve mais activamente nos cuidados de Enfermagem que lhe são prestados, contribuindo assim para atingir melhores níveis de qualidade na prática dos cuidados de Enfermagem.

Ao dar início ao processo de acolhimento com o doente, o Enfermeiro que acolhe deverá procurar saber o que este pensa, percebe e sente em relação à sua doença e aos problemas que o atormentam, analisando primeiro as suas capacidades, para que possa adoptar condutas adequadas, quer para o doente, quer para a especificidade da situação com que este se depara.

Tendo em conta os objectivos referidos anteriormente, compete ao Enfermeiro desenvolver acções de Enfermagem que promovam um acolhimento eficaz, e o estabelecimento de uma relação forte com o doente e família, tais como:

- Apresentação ao doente e família;
- Abordagem ao doente acerca do nome pelo qual prefere ser tratado (numa atitude de respeito pela sua vontade e individualidade);
- Apresentação do espaço físico ao doente e família;
- Esclarecimento das dúvidas e receios do doente e família, aquando da admissão;
- Apresentação do doente recém admitido aos outros doentes internados;
- Execução de uma colheita de dados acerca da forma como realiza as suas actividades diárias;
- Informação ao doente sobre as normas, rotinas e funcionamento do serviço;
- Orientação do doente dentro da enfermaria, indicando-lhe os aspectos gerais do ambiente hospitalar;

- Explicação ao doente acerca das funções de cada um dos profissionais responsáveis pela sua assistência;
- Informação ao doente sobre os seus direitos enquanto utente (doente);
- Colaboração com o doente na formulação de objectivos de curto e longo prazo para o restabelecimento da sua independência e elaboração conjunta de um plano inicial de alta.

Estes aspectos são de extrema importância para ultrapassar barreiras que possam dificultar um bom acolhimento, de forma a promover uma boa adaptação do doente e promover assim a sua independência.

Como tal, ao iniciar o seu processo de acolhimento, o doente poderá ser confrontado com um menor nível de independência, e se todo este processo não for devidamente apoiado, poderá ter repercussões negativas no estado de saúde do mesmo.

O acolhimento como cuidado de Enfermagem que é, deve ser consequente, tranquilizador, personalizado e discreto, de forma a diminuir a ansiedade ligada a todo um ambiente desconhecido contribuindo para a satisfação do doente. Desta forma, o acolhimento diz respeito não só ao primeiro contacto, mas sim ao conjunto das diligências do acompanhamento que são vivenciadas pelo doente durante toda a sua permanência no hospital.

3. A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: SATISFAÇÃO

3.1. Definição do conceito de Satisfação

Em termos gerais, define-se como Satisfação o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado com as expectativas da pessoa.

Para o doente, o bem-estar e a satisfação constituem um aspecto crucial. Esta perspectiva tende a ser individual, mais do que colectiva, uma vez que as necessidades de cada um podem ser diferentes ou até colidir com as necessidades de outros, bem como estarem em conflito com a perspectiva dos profissionais.

Deste modo é de extrema importância ter em mente aspectos relacionados com a satisfação dos doentes, uma vez que este parâmetro se tem tornado uma constante preocupação na prestação de cuidados, sobretudo no que diz respeito à qualidade dos mesmos. Assim, a satisfação dos doentes prende-se também com a qualidade dos cuidados que lhes são prestados, a qual constitui um aspecto fulcral da conduta do Enfermeiro.

Para perseguir os mais elevados níveis de satisfação dos doentes, o Enfermeiro deve ter como objectivo permanente uma excelência no seu exercício profissional. Deverá assim, ter em mente elementos importantes para a satisfação dos mesmos, tais como:

- O respeito pelas capacidades, pelas crenças, pelos valores e desejos da respectiva natureza individual;
- A procura constante da empatia nas interacções com o doente;
- O estabelecimento de parcerias com o doente no planeamento dos cuidados de Enfermagem;
- O envolvimento dos conviventes significativos do doente no processo de cuidados;

- O empenho do Enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no doente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência na saúde.

Existem determinados aspectos que deverão ser tidos em conta para promover a qualidade dos cuidados de saúde e conseqüentemente um elevado nível de satisfação dos doentes, os quais estão relacionados com:

- Comunicação/relação (escuta activa, empatia, disponibilidade, cordialidade e tranquilidade);
- Informação (clareza e adequação da linguagem, segurança e apresentação do Enfermeiro);
- Condições ambientais (acolhimento, ambiente humano e atmosfera agradável);
- Controlo emocional do Enfermeiro;
- Segurança transmitida;
- Respeito pela vontade e individualidade do doente;
- Privacidade proporcionada pelo Enfermeiro;
- Trabalho da equipa multidisciplinar (coerência da informação);
- Responsabilidade pela tomada de decisão;
- Competência no desempenho;
- Confiança/segurança nos Enfermeiros;
- Resposta às solicitações dos doentes;
- Resolução de problemas;
- Atenção às necessidades (físicas, emocionais e espirituais);
- Oportunidade de participação nos cuidados;

- Envolvimento dos familiares/pessoa significativa;
- Apoio aos familiares/pessoa significativa;
- Liberdade no serviço (proporcionada pelo Enfermeiro);
- Percepção do doente face ao Enfermeiro de referência/responsável;
- Qualidade na assistência dos cuidados prestados (percepção do doente);
- Continuidade dos cuidados.

Tendo em conta os aspectos referidos anteriormente, é de extrema importância que o Enfermeiro desenvolva estratégias de forma a promover a satisfação das necessidades contextuais evidenciadas pelos doentes.

O exercício profissional de cada Enfermeiro deve ter como objectivo atingir os mais elevados níveis de satisfação dos doentes, ajudando-os a alcançarem o máximo potencial de saúde, prevenindo complicações, maximizando o seu bem-estar, suplementando/complementando as actividades de vida relativamente às quais é dependente, desenvolvendo conjuntamente com o doente processos de adaptação aos problemas de saúde.

Desta forma a satisfação do doente, é sem dúvida um indicador importante na monitorização da qualidade dos cuidados e será este que nos fornecerá informação válida e única no que diz respeito à sua satisfação face ao processo de acolhimento (Adam, 1994).

Constatamos, assim, que os níveis de satisfação do doente abrangem vários aspectos como a individualidade do doente, dos Enfermeiros, do ambiente que os envolve, do contexto da situação, dos aspectos sociodemográficos, culturais e experiências anteriores.

O conceito de satisfação pode ser visto como uma atitude, uma resposta efectiva relacionada com os atributos da prestação de cuidados e com a avaliação que o doente faz desses atributos, ou como uma reacção emocional que reflecte o quanto o doente gostou ou não do serviço que recebeu. Mas a satisfação não é apenas uma atitude, mas também é simultaneamente, emoção e sentimento, e tudo isto pode de facto ser verbalizado, medido e quantificado através de uma opinião.

A satisfação com os cuidados de saúde, fundamentam-se na forma como eles são: adequados, apropriados, aceitáveis e agradáveis. Como rapidamente constatamos, tudo isto são, efectivamente, características pouco objectivas, uma vez que a satisfação é uma comparação de características salientes da experiência individual com bases subjectivas, tais como o estilo de vida, as experiências passadas, expectativas futuras e valores individuais ou da sociedade (Pascoe, 1983).

No domínio da saúde, considera-se cada vez mais que o doente deve ser servido como cliente, logo, deve ter uma opinião, uma voz no processo de prestação de cuidados e para isso o doente não se pode comportar como um passivo receptáculo dos cuidados prestados, mas antes como um consumidor. Mas para que os doentes tenham efectivamente este comportamento, temos de estar na presença de três factores fundamentais (Williams, 1994):

- A existência de uma opinião do consumidor;
- A crença por parte do consumidor na legitimidade da sua opinião;
- A disposição do consumidor se comprometer na expressão da sua opinião.

Nestes últimos anos, verificou-se de um modo geral, que as expectativas dos cidadãos em relação aos cuidados prestados pelos serviços de saúde têm crescido mais do que a capacidade de resposta dada pelos próprios serviços, e esta “*discrepancia entre lo que se promete y lo que se da puede ser una fonte de insatisfacción para el usuario*” (Varo et al, 1996, p. 52).

No entanto existem várias outras causas para que isto aconteça, nomeadamente o facto de ter havido um substancial aumento da esperança média de vida que leva a um aumento da prevalência de doenças crónicas; o aumento progressivo da qualidade de vida das pessoas, origina também uma maior preocupação relacionada com a saúde; e o crescente interesse da comunicação social com as questões de saúde, e o desenvolvimento de novas técnicas e tratamentos mais eficazes (Varo et al, 1996). A comunicação social, tem de facto contribuído indirectamente para uma melhoria na prestação de cuidados de saúde, uma vez que “*a informação proporcionada pelos ‘media’ pode gerar espontaneamente novas necesidades*” que têm de ser necessariamente satisfeitas, para não aumentar a insatisfação dos doentes com os cuidados de saúde recebidos.

No caso das pessoas com doença crónica como é o caso concreto dos doentes oncológicos, se por um lado parece existir uma certa tendência para que estes doentes se tornem ‘especialistas’ na sua doença, e se tornem mais críticos e menos satisfeitos com os cuidados prestados, por outro, *“os doentes oncológicos estão também numa grande dependência dos seus médicos e são muitas vezes, não só demasiado benevolentes, como até mesmo relutantes em criticarem os vários aspectos dos cuidados que lhes são prestados”* (Carolino, 1994).

3.2. Factores determinantes da satisfação

Existem vários componentes que vão ser determinantes da satisfação que são as características interpessoais (que está relacionado com o respeito, preocupação e cortesia); qualidade técnica dos prestadores; acessibilidade/conveniência (que está relacionado com os tempos de espera e facilidades no acolhimento); custo financeiro dos cuidados; eficácia/resultado dos cuidados; continuidade dos cuidados; amenidades (que está relacionado com a prestações hoteleiras, as características físicas e atributos estéticos dos locais onde se prestam os cuidados de saúde); e a disponibilidade de recursos.

Estes componentes da satisfação podem ser agrupados em apenas quatro grandes factores que vão ser efectivamente determinantes na satisfação dos doentes com os cuidados recebidos e que são descritos por Carolino (1994). Assim, e de acordo com este autor, um destes factores são as características dos próprios doentes e isto está relacionado por exemplo com as suas próprias expectativas, uma vez que se os doentes tiverem um alto nível de expectativas, a probabilidade de ficarem satisfeitos com os cuidados recebidos, será menor, e o contrário também será verdadeiro.

Outros factores são as características dos profissionais de saúde, uma vez que existem alguns ‘traços de personalidade’ que fazem com que a ‘arte’ e ‘técnica’ dos cuidados prestados deixem os doentes satisfeitos com maior ou menor intensidade (Carolino, 1994). Os factores físicos e estruturais do serviço de saúde são também determinantes na satisfação dos doentes, e isto está relacionado com aspectos como a localização, o acesso, o tempo de espera e de tratamento e a continuidade dos cuidados. Isto são tudo aspectos que têm a ver com a organização da instituição, dos serviços e dos cuidados que são prestados, mas que por vezes

faz toda a diferença se tivermos em conta que os doentes tendem a procurar os melhores médicos, a melhor qualidade e a melhor tecnologia (Hill, 1996).

Finalmente, o outro factor determinante na satisfação dos doentes com os cuidados recebidos, está relacionado com os aspectos da comunicação e da informação dada ao doente (Carolino, 1994). Isto é qualquer coisa que tem de facto um peso muito grande na relação entre o doente e os profissionais de saúde, sobretudo se tivermos em consideração que *“mais de 70% do trabalho do Enfermeiro é dedicado a actividades relacionadas à comunicação”*.

Devemos ter aqui em consideração que a comunicação, numa relação terapêutica, não é apenas aquilo que nós dizemos oralmente e passa também por uma escuta activa, que ocupa cerca de 45% do tempo que atribuímos à comunicação, e pela comunicação não verbal que segundo Astudillo e Mendinueta é responsável por cerca de 80% do total da comunicação estabelecida (Carolino, 1994).

A comunicação e a informação são de facto aspectos importantes para que as pessoas se sintam satisfeitas com os cuidados que lhes são prestados, e de acordo com Ley (1996) parece existir uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos doentes, o que nos poderia levar a pensar que quanto mais informação fosse dada ao doente maior seria o seu nível de satisfação, o que foi também confirmado pelos estudos de Smith, Polis e Hadac que demonstraram que *“quanto maior era a quantidade de informação fornecida pelo médico maior era o grau de satisfação do doente”*.

Mas na prática, esta correlação existente entre o nível de informação e o nível de satisfação dos doentes só é verdadeira até determinado ponto, uma vez que um aumento exagerado da informação dada é ineficaz, porque os doentes frequentemente não compreendem ou não se lembram do que lhes foi dito (Ley, 1996), e numa fase inicial da doença, a informação pode até ampliar o stress e a ansiedade.

Outros estudos permitiram concluir que a maioria dos cidadãos deseja que os profissionais não só respeitem as suas preferências mas que também lhes forneçam a informação adequada sobre as diferentes opções de tratamento efectivo. E um doente bem informado, além de se sentir mais satisfeito, estará também suficientemente motivado e preparado para tomar parte na planificação dos cuidados que pretende receber e da forma como pretende fazê-lo.

Para além da informação dada ao doente, outro factor que parece ter também uma grande influência na satisfação do doente com os cuidados recebidos é a forma como é realizada a admissão do doente no serviço, uma vez que quanto melhor for a admissão melhor será o nível de satisfação dos utentes.

Para que as pessoas se sintam satisfeitas com os cuidados de saúde que recebem, temos de ter também em consideração o tipo de relação que estas estabelecem com os profissionais de saúde. De acordo com a história, essa relação começou por ser inicialmente 'paternalista' em que os profissionais de saúde tinham como objectivo atingir o 'bem' do doente que assumia um papel passivo, para posteriormente passar a assumir o papel de 'cliente', em que o importante passou a ser a satisfação das suas expectativas, e em que os cuidados passaram a estar 'centrados no doente', o que por um lado implica um maior envolvimento e participação deste, mas por outro lado proporciona uma melhor relação entre os profissionais de saúde e o doente e uma maior satisfação de ambos.

Devemos ter também em consideração que um doente com um problema de saúde, é também muitas vezes um doente com problemas sociais, que podem estar relacionados com o trabalho ou com a família, mas que precisam igualmente de ser tratados e resolvidos, e em relação a isto, enquanto que alguns profissionais de saúde encorajam os seus doentes a falar destes problemas, outros tendem ainda a suprimi-los através de atitudes de autoridade tais como interrupções, mudança de assunto e desvalorização (Waitzkin e Britt, 1989). Este tipo de atitudes por parte dos profissionais de saúde são interpretadas pelos doentes, que muitas vezes podem até ter dificuldades em se pronunciar sobre as suas capacidades técnicas mas não sobre os seus comportamentos afectivos, pelo que o apoio emocional dado ao doente durante a prestação de cuidados, irá influenciar de forma determinante o sentimento de satisfação por parte dos doentes e de facto, verifica-se que quanto melhores forem as relações interpessoais dos profissionais de saúde com o utente, maior será o seu nível de satisfação.

É também essencial ter em conta a forma como os profissionais de saúde cuidam dos seus doentes. Cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação (Collière, 1996), é um ponto de partida, uma atitude: é um desejo de empenhamento que se manifesta em actos, mas no entanto os transcende.

Dito de forma mais simples, podemos considerar que cuidar tem dois objectivos definidos, consistindo o primeiro em ajudar o indivíduo a enfrentar os problemas que impedem a satisfação das suas necessidades básicas e o segundo em ajudar na obtenção de um maior grau de bem-estar/qualidade de vida possível, dentro do contexto da doença, pelo que os profissionais de saúde precisam, por isso, de formação específica sobre o cuidar dos seus doentes, de modo a que possam atingir estes objectivos. Corrobora-se o facto de que, a formação (dos profissionais de saúde) deveria incidir mais no cuidar e não nos cuidados, uma vez que para se desenvolver o processo de cuidar é necessário que o Enfermeiro tenha conhecimento de quais as suas capacidades, limitações, necessidades, o que é favorável ao seu crescimento, como responder às suas necessidades e quais são as suas próprias capacidades e limitações.

3.3. Satisfação com os cuidados de Enfermagem

Os cuidados de saúde, de um modo geral, são *“cuidados globais realizados para produzir mudanças no estado fisiopatológico e/ou psicossocial dos indivíduos”* (Carolino, 1994).

Desta forma, esta questão de saber qual é a satisfação que os doentes sentem pelos cuidados de saúde que lhes são prestados é de facto uma preocupação importante, uma vez que a satisfação do utente 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 nesta matéria (Donabedien, 1980).

O nível de satisfação dos doentes é naturalmente importante, não só porque corresponde a um direito que lhes assiste, mas também porque constitui uma importante determinante da adesão ao tratamento, uma vez que os doentes satisfeitos participam mais no tratamento e cooperam mais nos serviços, seguindo as orientações de tratamento (Barlett, Grayson & Barker, 1994).

No entanto, no caso concreto da doença oncológica, a questão da adesão ao tratamento não se coloca da mesma forma que se coloca por exemplo para os doentes diabéticos ou com hipertensão arterial. De facto, existe uma consciência pública de que a doença oncológica é uma doença de curso silencioso que constitui uma forte ameaça à vida, pelo que a adesão ao tratamento tende a ser maior e por isso, embora existam alguns casos, é muito raro o doente

que se recusa a fazer tratamento de quimioterapia, ou que os interrompe depois de já os ter iniciado. Mas quanto maior for a aceitação e ‘crença’ do tratamento por parte do doente, maior será também a sua ‘tolerância’ em relação aos seus efeitos colaterais, nomeadamente a nível físico e emocional.

Para o grupo profissional dos Enfermeiros, esta questão da satisfação dos doentes com os cuidados recebidos tem uma grande importância e constitui também uma grande responsabilidade, uma vez que de acordo com Wolf *“está demonstrado que o grau de satisfação do consumidor dos serviços de saúde está muito relacionado com a qualidade dos cuidados de Enfermagem nele prestados”* (Carvalho e Marçal, 1994, p. 127).

Salienta-se que a questão da satisfação com os cuidados é muito importante, uma vez que se os doentes se sentirem satisfeitos com os cuidados recebidos pelos profissionais de saúde, mantém com estes uma relação “saudável”, o que acaba por ser um factor importante num ambiente cada vez mais competitivo, em que a fidelização dos clientes se torna cada vez mais necessária.

4. CUIDAR: UM AGIR INTENCIONAL

Cuidar é um conceito fundamental da experiência humana. É um conceito usado em várias disciplinas e reveste-se de muitos significados que derivam de diferentes pressupostos. Se, por um lado, é um acto individual dado que cuidamos de nós próprios, por outro, é *“um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”* (Collière, 1989, p. 235).

Sendo a Enfermagem uma profissão que tem o seu fundamento na relação com o Outro, compreende-se que um dos seus conceitos centrais seja cuidar. No entanto, durante muito tempo, o estudo do conceito e os métodos de investigação usados foram considerados academicamente assuntos pouco sérios e mais do domínio emocional do que científico.

A necessidade da Enfermagem se afirmar como disciplina científica e de afirmar a sua autonomia face a profissões afins, provocou a adopção de práticas que valorizam fortemente a tecnologia. *“Ao seguir o modelo biomédico, os cuidados de Enfermagem relegaram para segundo plano tudo o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir”*, como afirma (Collière, 1989, p. 241).

A Enfermagem é uma profissão com uma forte componente técnica, baseada em conhecimentos científicos específicos e, em muitas situações, bastante especializada. Mas será essa a natureza da contribuição própria da Enfermagem enquanto disciplina científica e profissão? Watson, (1988) afirma que o grande desafio que se coloca à Enfermagem é *“quebrar as velhas ligações com a preocupação com os procedimentos técnicos, factos isolados, definições rígidas, com o puro racionalismo e desenvolver o estudo do Saber Ser numa relação profissional marcada pelo Cuidar como o contributo próprio da Enfermagem para a sociedade”*. (p.2)

A Enfermagem é uma profissão que existe em torno da relação Enfermeiro/Utente. Esta relação acontece mediada pela prestação de cuidados e será Cuidar se for realizada de uma determinada forma, se nessa relação o Enfermeiro se revelar como um ser comprometido com os outros. Cuidar exige da parte do Enfermeiro um comprometimento consigo próprio e com os outros e tem como fim a protecção, o desenvolvimento e a preservação da dignidade humana. A investigação em torno do conceito Cuidar justifica-se, de acordo com Leininger (1991), de modo a “*manter o atributo humano – cuidar – como uma força terapêutica e curativa*”. (p.176)

Deste modo torna-se importante compreender o que os Enfermeiros expressam quando se refere ao conceito Cuidar. Cuidar implica uma relação interpessoal que está para lá da execução de procedimentos técnicos. A competência no Cuidar requer perícia no desempenho técnico, conseguida pela experiência, mas também perícia na relação com a pessoa que necessita de ajuda. Esta emerge da preocupação e respeito pela pessoa. É um agir intencional que se torna Cuidar pelos sentimentos e atitudes subjacentes à acção do Enfermeiro e que reflecte princípios éticos. Swanson (1993) refere que “*o conceito de Cuidar é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda a uma pessoa*”. (p. 353)

Cuidar é uma expressão do modo de ser humano, é uma forma própria de relação do Eu com o Outro. É um acontecimento entre pessoas vivido numa situação de diálogo. Para que este surja é necessário que eu reconheça no outro um sujeito independente na sua existência, uma interioridade, uma capacidade de resposta.

Buber (citado por Duarte, 1984) considera que “*o movimento fundamental do diálogo é voltar-se para outrem*” (p. 246). É uma atitude que supõe a superação do egoísmo, uma inclinação para o Outro. Esta inclinação significa que para ajudar, o Enfermeiro tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional. Esta tomada de iniciativa pressupõe sensibilidade, aceitação do Outro (Watson, 1988) e mais profundamente “*ser capaz de mudar o centro de interesse da minha própria realidade para a realidade do Outro*” (Noddings, citado por Chinn, 1991, p. 26) agindo então com uma atenção especial para uma pessoa concreta, numa situação particular.

Cuidar revela-se como uma atitude profissional que determina a contribuição da Enfermagem para a sociedade: resulta do compromisso e da vontade que o Enfermeiro tem de cuidar do

utente. É uma competência que se pode desenvolver ao longo da vida e que emerge da preocupação e respeito pela pessoa. É sempre experimentada numa relação interpessoal e implica o desenvolvimento de valores humanísticos que moldarão a forma como o Enfermeiro está na relação profissional com o utente. Cuidar exige o combinar de elementos de destreza, do saber ser, de intuição, que vão permitir ajudar alguém na sua situação singular.

Pensamos que a investigação e reflexão em torno do conceito Cuidar continua a ser importante pois permitirá revelar as componentes, processos e padrões inerentes ao conceito, e evidenciar os valores mais profundos e verdadeiros da Enfermagem. Acreditamos que essa investigação fará com que os Enfermeiros retornem à humanidade do seu trabalho, revestindo dessa humanidade os aspectos técnicos, sendo estes também inerentes ao trabalho do Enfermeiro.

4.1. Sentimentos e atitudes subjacentes ao cuidar

A maioria dos artigos consultados caracteriza o Cuidar através da identificação de sentimentos e atitudes que lhe estão subjacentes. Cuidar manifesta-se na relação que se estabelece entre o Enfermeiro e o utente. Para Watson (1988), cuidar é uma competência que emerge da preocupação e respeito pela pessoa. Ao reflectirmos sobre a nossa própria experiência de vida e sobre as experiências vividas na nossa relação com o utente estamos a desenvolver uma sensibilidade em relação a nós próprios e aos outros e um sistema de valores humanísticos, que nos permitirá aumentar a nossa competência para nos expressarmos como pessoas que cuidam de outros e fazem disso a sua profissão.

Ser humano é possuir a capacidade de sentir Watson(1988), o que se manifesta quando somos capazes de reconhecer as nossas emoções e as dos outros. Esta capacidade supõe uma riqueza de interiorização, de introspecção, permitindo reconhecer os nossos próprios estados afectivos, de os aceitar e de os gerir de maneira equilibrada. Também Swanson (1993) se refere ao Cuidar como *“um processo estimulante de relacionamento com o Outro perante o qual se tem um sentimento pessoal de compromisso e responsabilidade”* (p. 354).

Esta atenção particular implica uma presença do Enfermeiro capaz de reforçar a segurança e confiança do utente, aspectos inerentes à relação interpessoal e subjacentes ao Cuidar. Mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos, Cuidar é respeitar a individualidade do

utente. Os conhecimentos técnico-científicos não são suficientes para prestar cuidados de Enfermagem ao utente na sua globalidade.

Cuidar pressupõe estar física, intelectual e afectivamente disponível para a pessoa que o solicita. A ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a que cuida, bem como a falta de um trabalho relacional intenso, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel do Enfermeiro. Os gestos ficam esvaziados do seu significado terapêutico e a relação torna-se automática, impessoal tornando a pessoa ‘uma coisa’. Os sentimentos só ganham verdadeiro sentido quando são traduzidos em actos, quando dos demonstramos pela nossa atitude ao Outro.

Na relação interpessoal Enfermeiro-Utente, a comunicação é uma condição da nossa humanidade, e a forma como o Enfermeiro comunica com o utente traduz a qualidade dessa relação: centrada no utente enquanto pessoa, sujeito da nossa atenção e preocupação. Real (1996) refere que o Cuidar se manifesta nos gestos, no toque, no tom de voz, no estar junto, formas de mostrar ao utente a nossa presença e interesse. Saber ouvir, partilhar pensamentos, ser confidente são atitudes que manifestam cuidado.

Collière (1989) considera a pessoa como a primeira fonte de conhecimento. Mas primeiro tenho de compreender o que ela nos tenta explicar e, para tal, tenho de “*reaprender a ver e reaprender a linguagem*” (p. 246). Esta aprendizagem só é possível se, como referem o Enfermeiro for capaz de aceitar o Outro e entendê-lo. E esta, continua a autora, é a arte do Enfermeiro: a sua capacidade de chegar ao utente na sua individualidade. Para tal o auto-conhecimento é fundamental.

5. RELAÇÃO ENFERMEIRO/UTENTE

Sócrates dizia: “*Conhece-te a ti próprio*”. Esta frase lê-se e compreende-se bem. No entanto, porque será que é de tão difícil realização?

Em grande parte, são os nossos medos, as nossas crenças, medo do impacto das nossas palavras, dos nossos pensamentos, medo de correr riscos de falhar, de fazer mudanças pela nossa tomada de consciência, etc. que nos impedem de nos darmos a conhecer tanto a nós próprios como aos outros. Impedem-nos de crescer.

Quando a Enfermeira consegue ajudar fica satisfeita, não só por ter contribuído para aliviar o sofrimento, mas também por ter feito a experiência de uma maior identidade consigo própria e com o género humano. Sem dúvida que contribuiu para o seu auto-conhecimento e desenvolvimento da relação de ajuda. Segundo Lazure (1994) “*a profissão de Enfermagem é exigente. Exige que se ofereça ao cliente e à família este indispensável elemento da competência que é a capacidade em estabelecer uma relação*”.

A relação que se estabelece entre o Enfermeiro e o utente tem despertado o interesse dos cientistas do comportamento, porque o relacionamento que se estabelece é um relacionamento terapêutico, cujo vector essencial é o conhecimento mútuo e que pode ser afectado pela falta de conhecimento, medo de envolvimento com o utente e pela insegurança ou inexperiência do técnico. Daí que se justifique plenamente a actual preocupação em fornecer ao Enfermeiro e à profissão de Enfermagem um corpo de conhecimentos próprios, responsabilidade profissional e um código de comportamento ético e formas organizadas de trabalho.

5.1. Pressupostos de uma Relação de Ajuda

Segundo Lazure (1994) “*independentemente do campo de actuação da enfermeira, tanto o cliente como a família têm o direito de esperar ou exigir que a relação de ajuda seja a base do exercício da Enfermagem*”. (pg.12)

O estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança é um elemento básico para a boa qualidade dos cuidados. Para desenvolver uma relação, a Enfermeira vê o utente como um ser humano único e não como um objecto a ser tratado e manipulado. Assim, a Enfermeira irá estabelecer uma relação de empatia e congruência com o utente de tal forma que este se sinta compreendido e capaz de expressar os seus medos, angústias e sentimentos, (Lazure 1994).

Segundo Daniel (1983), a qualidade e persistência no acolhimento e relacionamento só é possível se se conseguir uma fonte de informação, de forma a perceber as necessidades, as quais temos de dar resposta com alguma ciência, consciência e rapidez, adaptada à situação da pessoa, a qual se encontra fragilizada devido à doença. Por tudo isso o profissional deverá conjugar em simultâneo uma competência técnica e científica actualizada, assim como um acolhimento empático ajustado a cada situação.

Lazure (1994), defende que esta relação de ajuda deverá assentar em pressupostos válidos, tais como a capacidade de:

- Clarificar;
- Respeitar;
- Ser congruente;
- Ser empático,
- Confrontar.

5.2. O Processo de Comunicação

Segundo Chiavenato (1993), dentro de uma organização/instituição, independentemente da sua dimensão, tudo comunica. Há três razões principais que fundamentam a comunicação na vida de uma organização/instituição:

1. Há um espaço comunicacional que é, ou ocupado por nós, ou ocupado pelos outros, ou seja não é um espaço vazio;
2. É o postulado da impossibilidade da não comunicação, tudo comunica, até o silêncio;
3. Estamos sempre a comunicar, ainda que não seja só a linguagem verbal, ainda que de forma não intencional. Comunicar é linguagem de postura não verbal.

Para Lazure (1994), a comunicação assume no processo relacional um papel preponderante, visto constituir o pressuposto básico de toda a relação Enfermeiro/Utente. Esta relação, não é apenas o somatório entre o conjunto de regras, princípios e condições de carácter técnico. É o encontro de duas personalidades.

É através da comunicação que as pessoas transmitem os seus pensamentos, ideias e sentimentos. É um instrumento capaz de permitir que as pessoas se compreendam, aceitem e ajudem na recuperação da saúde.

Segundo esta autora, a comunicação permite aceitar e ser aceite, receber ordens, ensinar e aprender. É um processo de reciprocidade, permitindo o relacionamento com todos os seres humanos e com o meio. Deste modo a comunicação apresenta-se-nos como um fenómeno social onde o indivíduo ou grupo estão inseridos e que, portanto, o Enfermeiro, independentemente da sua área de actuação deve conhecer e dominar muito bem.

Du Gas (1988) coloca bastante ênfase na recepção e modo como se processa o feedback, prova que a mensagem foi recebida e entendida e portanto houve comunicação. Se a mensagem não for clara, as pessoas podem ter dificuldade em a descodificar, não só pela falta de clareza, mas também por sobreposição de mensagens ou pela presença de ruídos, bem como de outras situações susceptíveis de provocar incapacidade para receber e interpretar mensagens. Para este autor, toda a mensagem oral e escrita deve ser simples, clara e objectiva.

Um dos aspectos críticos no entendimento do utente é a maneira como o Enfermeiro comunica com este. O Enfermeiro deve ter cuidados com a escolha das palavras e adequá-las ao utente para que este a interprete de acordo com a sua cultura. Muitas pessoas não compreendem termos técnicos e isso pode causar-lhes preocupações e ansiedade, devendo pois usar-se termos acessíveis a todas.

Comunicar envolve também a necessidade de manter o utente informado do que está ou vai acontecer e, ao mesmo tempo, apoiá-lo. A comunicação é uma técnica que tem por objectivo melhorar as relações interpessoais, componente básica de uma relação de ajuda (Lazure 1994).

O Enfermeiro, na sua relação com o utente, deve saber que a expressão facial, o tom de voz, gestos e postura, transmitem de forma muito subtil o seu pensamento. A expressão facial é uma forma de expressar sentimentos de forma não verbal. Daí que o Enfermeiro pode observar e aprender muito acerca das pessoas, a partir das suas expressões faciais (Lazure 1994).

A postura corporal correcta é também uma forma de comunicação, indicando geralmente sentimentos de auto-estima e considerável equilíbrio interior. A tristeza e a depressão ou a diminuição do nível de auto-estima provocam postura curvada e ombros caídos (Lazure 1994).

O tom de voz pode indicar bem-estar. Uma pessoa ansiosa geralmente apresenta dificuldades em se expressar; uma pessoa doente pode falar mais baixo que as outras, mas pelo contrário, a elevação de voz pode indicar excitação. Por estas razões é importante que o Enfermeiro eduque a sua voz afim de não causar ansiedade. O seu tom de voz calmo pode ser importante para acalmar o utente (Lazure 1994).

A comunicação que estabelecemos connosco e com os outros, em determinada situação, depende da nossa personalidade e, de algum modo, da observação que fazemos desse momento. Comunicar faz parte do dia-a-dia de todos nós, homens que vivemos em sociedade, assim, é uma componente essencial da vida de cada um. Na nossa comunicação não devemos considerar só a dimensão cognitiva da nossa personalidade, mas também, e em muitas situações, a dimensão afectiva e social.

Lazure (1994) refere quatro competências básicas na orientação das relações com os outros:

a) Compreensão Empática;

Compreensão é a capacidade de que cada um é capaz para perceber, pertinente e objectivamente, a realidade envolvente e cada um dos elementos contextuais: pessoas, situações, fenómenos sociais, etc.

Empatia significa a disponibilidade estável para uma efectiva e afectiva comunicação com os outros, compreendendo-os profundamente, mais pela via intuitiva do que por deduções ou induções. Esta capacidade de comunhão, de se meter na pele do outro, não implica aprovação ética mas tão-somente compreensão e comunhão. Antes de mais é essencial compreender com a objectividade possível o que o outro tenta exprimir.

b) Aceitação Incondicional;

Tem subjacente a capacidade de atribuição de valor aos outros, sem condições e implica, sobretudo uma ausência de julgamentos pessoais e punições.

c) Autenticidade;

Significa não representar vários papéis: ser igual a si próprio, ter consciência da sua personalidade, aceitá-la e manifestá-la abertamente. Ser autêntico, ser espontâneo e coerente, não apelar a uma dupla significação.

d) Respeito;

Significa considerar e valorizar as posições pessoais como alguém igual a nós. Significa respeitar o outro, demonstrando interesse pelos seus sentimentos e opiniões.

Criar um ambiente positivo nas relações interpessoais é condição necessária para criar um ambiente humano, em que sejam partilhados sentimentos de comunhão e aceitação recíproca. Para conseguir tais finalidades de que todos beneficiem, é essencial ter em conta alguns aspectos positivos a promover: é preciso que os outros experimentem a nossa parte; uma objectiva atitude de atenção; calor humano; estima; afeição sincera e respeito pela identidade dos outros.

Este interesse pelo outro, com tudo o que envolve tendo em conta a sua história biológica, familiar, escolar e social, que deixam traços, marcas, deve se desenvolvido por um total respeito que deverá conduzir à confiança recíproca.

Segundo Lazure (1994) “... a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial, que a enfermeira deve desenvolver, pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes. É pela sua forma de estar, totalmente presente, que a enfermeira manifesta ao cliente a sua

vontade em o compreender verdadeiramente, tanto através da comunicação verbal como não verba (pg.125).

Segundo Kosliy, citado por Lazure (1994) *“a escuta é uma arte que se situa no fulcro do exercício de Enfermagem e, por essa razão, todas as enfermeiras devem desenvolvê-la”* (pg.125).

A comunicação contribui de forma valiosa para a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados ao doente e exige que esta seja entendida no âmbito mais vasto e mais profundo do que a simples transmissão de informação.

6. METODOLOGIA

6.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal porque permitiu descrever a percepção dos utentes sobre o acolhimento de Enfermagem que lhe é prestado e resultou da aplicação de um instrumento de colheita de dados, no período compreendido entre 15 e 30 de Setembro de 1996.

6.2. Objectivos e questão de base

A grande **finalidade** deste trabalho é:

- Analisar qual a percepção sentida pelos cuidados recebidos, em termos de acolhimento de enfermagem, dos utentes submetidos a tratamentos de quimioterapia na Unidade de Quimioterapia do HJJF de Beja.

Os **objectivos** deste trabalho são:

- Aprofundar conhecimentos sobre conceitos centrais nesta temática, tais como qualidade de vida, satisfação, acolhimento e cuidar;

- Perceber se a satisfação com os cuidados recebidos, contribui para a melhoria da qualidade de vida dos doentes;

- Analisar a percepção dos utentes sobre o acolhimento dos Profissionais de Enfermagem na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes.

A questão de base à qual se pretende dar resposta ao longo deste trabalho é:

- Qual é a percepção dos utentes sobre o acolhimento dos Profissionais de Enfermagem na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes?

6.3. Variáveis

Variável Dependente:

- Percepção dos utentes sobre o acolhimento que lhe é prestado na Unidade de Quimioterapia.

Indicadores para medir a variável:

- Adequação da informação transmitida pelas enfermeiras;
- Atenção e cordialidade demonstrada no acolhimento;
- Disponibilidade para escutar os utentes;
- Competência no tratamento da doença;
- Características da relação enfermeira/utente;
- Atitudes dos Enfermeiros perante a família.

Variáveis Independentes:

- Idade;
- Sexo;
- Escolaridade;
- Estado civil;
- Profissão;
- Tempo de tratamento na Unidade de Quimioterapia

6.4. População e caracterização da Amostra

A população é constituída por 90 Utentes da Unidade de Quimioterapia. Desta população foi seleccionada intencionalmente uma amostra de 9 utentes, todos eles residentes na cidade de Beja. O motivo que levou à escolha desta amostra foi a facilidade de acesso aos mesmos para a aplicação do instrumento de pesquisa.

6.5. Instrumento de Colheita de Dados

Para dar resposta ao objectivo deste estudo e medir as variáveis em estudo, escolheu-se como instrumento de colheita de dados um formulário.

Este instrumento é constituído por treze (13) perguntas, sendo sete (7) abertas, duas (2) fechadas e quatro (4) mistas (ver anexo II).

As primeiras seis perguntas destinam-se a caracterizar a amostra e correspondem às variáveis independentes. As restantes perguntas dizem respeito aos indicadores que medem a variável dependente *“percepção dos utentes sobre o acolhimento de Enfermagem na Unidade de Quimioterapia”*.

A data de aplicação do formulário foi de 15 a 30 de Setembro de 1996. As entrevistas tendo por base os formulários, foram efectuadas por um Enfermeiro que não presta cuidados nem na Unidade de Quimioterapia, nem na instituição.

Devidamente identificado, o Enfermeiro aplicou os formulários no domicílio.

6.6. Planeamento da Análise dos Dados

Os dados obtidos foram tratados manualmente e apresentados sob a forma de tabelas e quadros.

No tratamento das perguntas fechadas determinaram-se frequências absolutas e relativas. Utilizou-se ainda a análise qualitativa de conteúdo para tratamento das questões abertas, com a finalidade de efectuar inferências, a partir do conteúdo manifesto da comunicação dos utentes.

6.7. Implicações éticas

Para a realização deste trabalho, foram respeitadas as normas éticas. Foi previamente pedida autorização ao Conselho de Administração do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja. De referir que foi dada informação acerca dos objectivos do estudo e pedida autorização para se colherem os dados junto dos doentes que recebiam cuidados na unidade de Quimioterapia.

Aos doentes e seus familiares foi dada informação acerca dos objectivos do estudo, e garantida a confidencialidade e o anonimato, foi explicada a não obrigatoriedade em entrar no estudo e foi dada a informação para que, em caso de dúvidas, estas sejam colocadas. Expressou-se o agradecimento pela colaboração no estudo.

6.8. Limitações do estudo

É notório que existem algumas limitações na realização de um trabalho com estas características e que por isso, os resultados encontrados poderão não traduzir exactamente a realidade. Uma dessas limitações é o facto de as capacidades intelectuais dos doentes poderem estar diminuídas uma vez que os tratamentos oncológicos muitas vezes debilitam as funções neurológicas dos doentes, com cancro disseminado e que foram submetidos a regime multidrogas. Essa condição física poderá alterar as suas cognições e comprometer os seus julgamentos. Por outro lado alguns doentes tendem a responder de uma forma socialmente desejável, e dão respostas de acordo com as expectativas que têm acerca do que os médicos (ou os investigadores) gostariam de ouvir (Luken e Middleton, 1995).

O nível de satisfação dos doentes com os cuidados recebidos, também depende da forma como eles se sentem psicologicamente, uma vez que os doentes que se encontrarem na fase da tristeza e depressão têm maior probabilidade de se revelar insatisfeitos com a comunicação e com os cuidados recebidos. Pode, portanto, existir uma sobreposição ou mistura de fases, podendo por isso estar em vários estádios ao mesmo tempo (Kubler Ross, 1996).

A limitação do estudo prende-se por isso, com o facto de neste trabalho não ser feita uma distinção sobre quais os estádios psicológicos em que os doentes se encontram.

7. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1. Caracterização da Amostra

Idade

Através da Tabela 1 constatou-se que as classes etárias mais predominantes são 60-69 e 50-59 com 33,33% e 22,22%, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição dos utentes segundo a idade

Idade	Nº.	%
30-39	1	11,11
40-49	1	11,11
50-59	2	22,22
60-69	3	33,33
70-79	1	11,11
80-89	1	11,11
Discrepância Estatística		0,01
Total	9	100,00

Sexo

Na variável sexo, nota-se que existe um equilíbrio, sendo a amostra de 4 utentes do sexo masculino (44.44%) e 5 utentes (55.55%) do sexo feminino. No entanto, a nível mundial a incidência de doença oncológica ocorre mais no sexo masculino.

Escolaridade

Em relação à Tabela 2, relativa à escolaridade, verifica-se que o mais predominante é o ensino básico em 66,66% dos utentes (existindo no entanto um utente com ensino superior, um com ensino preparatório e um com ensino básico incompleto). Por esta tabela pode verificar-se a existência de razões para a escolha do formulário como instrumento de recolha de dados.

Tabela 2 – Distribuição dos utentes segundo o grau de instrução

Escolaridade	Nº.	%
Ensino Básico	6	66,66
Ensino Básico Incompleto	1	11,11
Ensino Secundário	1	11,11
Ensino Superior	1	11,11
Discrepância Estatística		0,01
Total	9	100,00

Estado Civil

Relativamente ao estado civil, verifica-se que praticamente todos os utentes da amostra são casados (88,88%) sendo os solteiros apenas 11.11%.

Profissão

Através da Tabela 3, verificou-se que 44,44% da amostra está reformada, embora a reforma não tenha sido antecipada por motivo de doença nestes utentes. Não se considera reformado uma profissão, mas julga-se necessário referir.

Outros 55,55% da amostra estão porém em actividade profissional.

Tabela 3 – Distribuição dos utentes segundo a profissão

Profissão	Nº.	%
Reformada	4	44,44
Aux. Acção Educativa	2	22,22
Doméstica	1	11,11
Canalizador	1	11,11
Professor	1	11,11
Discrepância Estatística		0,01
Total	9	100,00

Tempo de Tratamento na Unidade de Quimioterapia

O tempo de tratamento no serviço julga-se ser suficiente para que os Uteses façam uma avaliação e respondam com veracidade e certeza sobre o acolhimento de Enfermagem prestado, pois 66,66% da amostra já está em tratamento há mais de 5 meses (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos utentes segundo o tempo de tratamento

Meses	Nº.	%
1 – 4	3	33,33
5 – 8	4	44,44
9 – 12	2	22,22
Discrepância Estatística		0,01
Total	9	100,00

7.2. Percepção dos Utentes sobre o Acolhimento de Enfermagem na Unidade de Quimioterapia do H.J.J.F.

Os dados que vão ser analisados referem-se aos indicadores para medir a variável dependente deste estudo.

Através da análise do Quadro I, constata-se que a unidade de contexto mais enumerada é “*pela qualidade da informação transmitida*” com 9 enumerações. Nela destacam-se as unidades de registo:

- Porque dão informação correcta relativa à situação;
- Porque a informação é suficiente para a situação;
- Porque a informação é adequada para a situação.

Parece relevante o facto de os utentes darem mais ênfase à informação em termos qualitativos, o que se considera fundamental para que o utente se sinta apoiado na sua condição problemática. No entanto parece que a unidade de contexto “*pelas atitudes dos Enfermeiros*” vem reforçar a importância da Enfermeira em saber ser perante o utente, para que este assimile a informação transmitida, e como refere Pinto et al (1995) “*nesta relação, que desejamos empática e serena, o que passa para o educando – e ele certamente interiorizará – mais do que o saber do educador, é o seu saber ser*”.

Através da análise do Quadro II, relativo à opinião dos utentes sobre a atenção e cordialidade demonstrada no acolhimento, existem três unidades de contexto relevantes, embora a unidade “*pelas atitudes das enfermeiras*” absorva a maior parte das unidades de registo e destas as que têm mais unidades de enumeração são: *porque todos os elementos de Enfermagem, incluindo a auxiliar foram sempre 100% atenciosas; porque são cordiais e simpáticas no acolhimento; porque demonstram carinho e atenção.*

Quadro I

Distribuição das Unidades Relativas às Opiniões dos Utentes sobre a Adequação da Informação Transmitida pelas Enfermeiras

Unidades de Contexto	Unidades e Registo	Unidades de Enumeração
Pela qualidade da informação transmitida	• Porque dão informações correctas relativamente à situação	2
	• Porque a informação é suficiente para a situação	2
	• Porque é adequada para a situação	2
	• Porque transmitem a informação necessária.	1
	• Porque é tudo bem explicado.	1
	• Porque as enfermeiras fazem muitos ensinamentos sobre a alimentação e cuidados a ter.	1
	Sub-total	
Pelas atitudes das enfermeiras	• Porque as enfermeiras são muito atenciosas	1
	• Porque a informação é dada de forma carinhosa.	1
	• Porque as enfermeiras são muito abertas à comunicação.	1
	• Porque as enfermeiras não escondem nada.	1
	• Porque a informação que as enfermeiras dão nunca é feita de maneira que choque.	1
	• Porque é dada de maneira suave que deixa a pessoa satisfeita	1
	• Porque são muito prestáveis e simpáticas.	1
Sub-total		7
Pela satisfação do utente	• Fica satisfeita quando solicita	2
	• É bem esclarecida sempre que precisa.	1
	• Porque fica sempre esclarecida sobre o seu problema.	1
Sub-total		4
Por factores inerentes ao Serviço	• Porque o serviço está muito organizado	1
Sub-total		1
Total		22

Quadro II

Distribuição das Unidades Relativas às Opiniões dos Utentes sobre a Adequação da Informação Transmitida pelas Enfermeiras

Unidades de Contexto	Unidades e Registo	Unidades de Enumeração
Pelas atitudes das enfermeiras	• Porque todos os elementos de Enfermagem e auxiliares foram sempre 100% atenciosas.	3
	• Porque são muito cordiais e simpáticas no acolhimento.	2
	• Porque demonstram muito carinho e atenção.	2
	• Porque têm muita simpatia e amor.	1
	• Porque demonstram toda a atenção aos utentes, “até demais”.	1
	• Porque são “muitíssimo” atenciosas e simpáticas com os utentes.	1
	• Porque são impecáveis, simpáticas e prestáveis.	1
	• Porque têm ótimos modos.	1
	• Porque não podem ser melhor.	1
	• Porque são muito agradáveis.	1
	• Porque são acessíveis à comunicação.	1
• Porque são muito atenciosas e cordiais no serviço.	1	
Sub-total		16
Pelo efeito produzido no utente	• Fiquei amiga de todas.	1
	• Porque procuram a melhor disposição para o utente.	1
	• De certeza que nem eu nem ninguém tem razão de queixas.	1
Sub-total		3
Por factores inerentes à Instituição	• Porque há um seguimento no domicílio, por telefone e com outros técnicos.	1
Sub-total		1
Total		20

Salienta-se o facto de ser extremamente importante o carinho e a atenção a ter perante o Utente com tal problema de saúde, pois além do seu problema físico não se pode pôr de parte a sua componente psicológica. A compreensão dos fenómenos psicológicos implica, por parte do Enfermeiro um conhecimento profundo de si próprio, das suas limitações e uma atitude de disponibilidade, atenção, discernimento, escuta, elaboração da resposta e adequado encaminhamento da pessoa face à sua situação e necessidades.

Como se pode verificar pela análise do Quadro III, uma grande percentagem dos utentes refere que as Enfermeiras demonstram atitudes de disponibilidade, destacando-se aqui as unidades de registo: “as enfermeiras estão sempre disponíveis”, com 4 unidades de enumeração; “sempre que precisam falar, as enfermeiras escutam”, com 2 unidades de enumeração; “os utentes foram sempre atendidos com muita atenção durante e fora dos tratamentos”, também com 2 unidades de enumeração.

Quadro III

Distribuição das Unidades Relativas às Opiniões dos Utesntes sobre se as Enfermeiras demonstraram Disponibilidade para Escutar

Unidades de Contexto	Unidades e Registo	Unidades de Enumeração
As Enfermeiras demonstram atitudes de disponibilidade	• As enfermeiras estão sempre disponíveis.	4
	• Sempre que precisam falar, as enfermeiras escutam.	2
	• Os utentes foram sempre atendidos com muita atenção durante e fora dos tratamentos.	2
	• Resolvem sempre o que solicitam.	2
	• Mesmo sem pedir, vinham falar com o utente e ouviam-no.	1
	• Sente que não estão com “pressa”.	1
	• Dão bastante atenção a ambos os sexos.	1
	• As enfermeiras “não negam nada” aos utentes.	1
	• As enfermeiras estão muito disponíveis durante o tratamento.	1
	Sub-total	
A disponibilidade está condicionada por aspectos técnicos e pela elevada afluência de utentes à unidade.	• Por vezes, as enfermeiras estão condicionadas por aspectos técnicos.	2
	• Fora dos tratamentos não há ninguém disponível, devido à afluência ser grande.	1
Sub-total		3
As enfermeiras assistem os utentes de forma eficiente	• Temos “boa assistência”, com eficiência.	1
	• Se não fosse a doença, a assistência era um convívio.	1
Sub-total		2
Total		20

Não se pode descurar a unidade de contexto onde é referido que a grande afluência de utentes e os aspectos técnicos condicionam por vezes a disponibilidade para atender o utente, embora só com 3 unidades de enumeração. Ao analisar-se a opinião dos Utesntes sobre a competência das Enfermeiras no tratamento, verifica-se que a maior parte dos

Utentes dão mais ênfase aos aspectos técnicos, tal como se pode constatar pela análise do Quadro IV.

Quadro IV

Distribuição das Unidades Relativas às Opiniões dos Utentes sobre a Competência das Enfermeiras no Tratamento dos Utentes, na sua situação de doença

Unidades de Contexto	Unidades e Registo	Unidades de Enumeração
As enfermeiras são competentes em termos técnicos e cognitivos	• Porque as enfermeiras são muito competentes a realizarem qualquer técnica.	4
	• Porque nunca notei qualquer falha técnica	3
	• Do que sei, acho-as competentes.	2
	• As enfermeiras mostram “muito saber”.	1
	• Porque sabem tudo.	1
	• Porque são muito competentes para nos tratar na doença e em todos os aspectos físicos e psicológicos.	1
	• Porque as enfermeiras revelam muita prática.	1
	• Porque são muito boas em termos técnicos.	1
Sub-total		14
As enfermeiras revelam segurança e capacidade de organização	• Porque são muito seguras nos cuidados que prestam.	3
	• Porque não mostram receios.	2
	• Porque são muito organizadas.	1
	• Porque está tudo bem preparado e arrumado.	1
Sub-total		7
As enfermeiras actuam em função das necessidades dos utentes.	• Porque sabiam avaliar a situação e actuar conforme as necessidades.	1
Sub-total		1
A competência das enfermeiras é avaliada comparativamente ao desempenho de outros Enfermeiros.	• As enfermeiras da Unidade são melhores do que as enfermeiras que lhe faziam o tratamento antes da abertura da Unidade de Quimioterapia.	1
Sub-total		1
O utente revela ansiedade face ao desempenho da enfermeira	• O utente sente-se por vezes mais ansioso ao picar o cateter, pois é um pouco difícil de executar.	1
Sub-total		1
Total		24

Assim, a unidade de contexto mais enumerada é: “as enfermeiras são competentes em termos técnicos e cognitivos”, realçando mais ainda a análise. Note-se que a unidade de

registo com mais enumeração (4) é: “*porque as enfermeiras são muito competentes a realizarem qualquer técnica*”, seguido de: “*porque nunca notei qualquer falha técnica*” (3) e “*do que sei, acho-as competentes*” (2). Outra unidade de contexto a destacar, é a relativa à segurança e capacidade de organização com algumas unidades de registo interessantes, das quais se destaca: “*porque são muito seguras nos cuidados que prestam*”.

No Quadro V, relativamente à opinião dos utentes sobre a relação que estabelecem com as Enfermeiras, todas as respostas à questão se traduzem em três palavras-chave: confiança, simpatia e uniformidade. São exactamente estas palavras que estabelecem as três unidades de contexto existentes, embora se destaque mais a unidade: “*relação de confiança*” onde encontramos duas unidades de registo com 4 unidades de enumeração que são: “*nunca se sentiram oprimidas para expor qualquer questão*” e “*a relação com as enfermeiras é muito boa*”.

Quadro V

Distribuição das Unidades Relativas às Opiniões dos Utesntes sobre a Relação que estabelecem com as Enfermeiras

Unidades de Contexto	Unidades e Registo	Unidades de Enumeração
Relação de confiança	• Nunca se sentiram oprimidas para expor qualquer questão.	4
	• A relação com as enfermeiras é muito boa.	4
	• Porque é como família.	3
	• É uma relação de confiança para colocar questões.	1
	• É uma relação aberta e simples.	1
	• É uma relação sem preconceitos.	1
	• É uma relação com “bom calor humano”.	1
	• As enfermeiras são boas ouvintes.	1
Sub-total		16
Relação de simpatia	• É uma relação de muitíssimo carinho.	2
	• É uma relação das melhores, como bons amigos.	1
Sub-total		3
Relação uniforme com as enfermeiras	• Porque há uniformidade na relação com qualquer profissional.	4
Sub-total		4
Total		23

Independentemente do campo de actuação da Enfermeira, tanto o Utente como a família têm o direito de esperar ou mesmo de exigir que a relação de ajuda seja a base do exercício de Enfermagem.

Confirma-se, efectivamente, ao analisar o Quadro VI, relativo à opinião dos utentes sobre a atitude perante a família, que as opiniões recaem numa atitude de ajuda.

Independentemente do campo de actuação da Enfermeira, tanto o Utente como a família têm o direito de esperar ou mesmo de exigir que a relação de ajuda seja a base do exercício de Enfermagem.

Confirma-se, efectivamente, ao analisar o Quadro VI, relativo à opinião dos utentes sobre a atitude perante a família, que as opiniões recaem numa atitude de ajuda.

Quadro VI

Distribuição das Unidades Relativas às Opiniões dos Utesntes sobre a Atitude das Enfermeiras, perante a sua Família

Unidades de Contexto	Unidades e Registo	Unidades de Enumeração
Atitude de ajuda	• Uma atitude de abertura e atenção.	2
	• Quando necessário são prestáveis.	2
	• Explicam o tratamento e mostram o serviço.	1
	• Nunca sentiu que os colocassem de parte.	1
	• Porque há uma boa relação com a família.	1
	• Quando precisam, de certeza que não negam nada ...	1
	• Porque há uma boa atitude.	1
	• Houve alguns contactos, suficientes e oportunos.	1
	Sub-total	
Desconhecimento da atitude das enfermeiras perante as famílias	• Nunca se debruçaram sobre esse assunto.	2
	• Não sabe avaliar.	1
Sub-total		3
Não reconhece necessidades de contacto com a família	• Não julgo haver necessidade de contacto com a família.	2
Sub-total		2
A atitude perante a família foi similar à atitude perante os doentes	• A atitude perante a família foi como perante o doente.	1
Sub-total		1
Total		16

Assim, destaca-se a unidade de contexto “*atitude de ajuda*”, com dez unidades de enumeração. Nela, destacam-se as seguintes unidades de registo: “*uma atitude de abertura e atenção*”; “*quando necessário são prestáveis*”; “*uma boa relação com a família*”, e outras.

Como se pode verificar pela análise do Quadro VII, relativo às sugestões para o Serviço de Quimioterapia, destaca-se a unidade de contexto: “*sugestões relativas à estrutura física*”, onde o mais sugerido é a ampliação do serviço para diminuir o tempo de espera. É também de relevar a sugestão que relata a pouca privacidade durante os tratamentos, não esquecendo que se trata de um doente oncológico com todos os problemas psicológicos que detêm, e por isso, apesar de só um Utente ter referido a privacidade, não se deixa de se julgar importante criarem-se meios onde exista privacidade em qualquer ocasião.

Quadro VII

Distribuição das Unidades Relativas às Opiniões dos Utentes sobre as Sugestões para Melhorar o Serviço de Quimioterapia

Unidades de Contexto	Unidades e Registo	Unidades de Enumeração
Sugestões relativas à estrutura física	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço pouco amplo para tanta gente, aumentando o tempo de espera. • Precisa de mais privacidade no acolhimento. 	8 1
Sub-total		9
Pelos meios humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Mais Enfermeiros. 	1
Sub-total		1
Total		10

8. CONCLUSÃO

Foi um propósito, através da revisão da literatura, aprofundar alguns conceitos como a Qualidade, o cuidar na humanização dos cuidados de Enfermagem e a satisfação do doente face ao cuidado de Enfermagem acolhimento. O trabalho do Enfermeiro não é fácil, em primeiro lugar porque tem os seus próprios problemas pessoais, para além de ter de se “despir de preconceitos” para se entregar ao cuidar do Outro. Por outro lado, tem também de adquirir múltiplos conhecimentos sobre esse Outro e sobre as técnicas do cuidar, saber aplicá-las de forma adequada e articular-se numa equipa em interdependência.

A formação em Enfermagem, para além da dimensão cognitiva, requer o desenvolvimento da dimensão afectiva e relacional, pois é desta última que múltiplos estudos apontam como sendo a que os Utentes esperam obter mais dos Enfermeiros do que de qualquer outro grupo profissional.

Todos estes aspectos requerem fundamentalmente a capacidade da relação e empatia clínica, que pode passar por uma comunicação efectiva, o toque terapêutico, a confiança pelo sorriso ou simplesmente pelo estar presente.

Evidencia-se assim que a Enfermagem é uma profissão que tem como alicerces o respeito pelo outro, pela sua dignidade e individualidade, os quais deverão ser tidos em conta para promover cuidados de Enfermagem com qualidade.

Foi possível analisar a percepção dos Utentes sobre o acolhimento de enfermagem na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja.

Relativamente aos indicadores que medem a variável dependente julga-se pertinente salientar os seguintes pontos:

- Verifica-se que todos os Utentes consideram que existe adequação da informação transmitida. A unidade de contexto mais enumerada foi a qualidade de informação; destacando-se a unidade de registo de informação correcta, suficiente e adequada à situação. Os Utentes dão mais ênfase à informação em termos qualitativos, elemento imprescindível para que este se sinta apoiado;
- Relativamente à atenção e cordialidade demonstrada, os Utentes valorizam o carinho, a atenção, a simpatia e o afecto;
- Todos os elementos da amostra destacam que *“as enfermeiras demonstram atitudes de disponibilidade”*;
- Quando o Utente sente que pode contar com a atenção, escuta, esclarecimento das suas dúvidas, será um ponto de partida importante para se estabelecer uma relação de confiança mútua;
- Também segundo os inquiridos, a *“competência”* é um dos aspectos valorizados, cada vez mais é necessário possuir conhecimentos técnicos e cognitivos sobre o modo de como actuar, nunca esquecendo que o Utente está numa situação de perda ou de relativa dependência, aberto a sugestões, mas também susceptível à desconfiança;
- A dimensão humana da profissão foi outro dos aspectos realçados pelos Utentes, na medida em que focaram aspectos como: *“relação de confiança”*, *“simpatia”* e *“uniformidade”*. Assim, torna-se imprescindível que a profissão de Enfermagem se apetreche de um corpo de conhecimentos próprios, responsabilidade profissional e um código de comportamentos ético/moral, afim de poder estabelecer uma boa relação de ajuda;
- No que respeita à opinião dos Utentes sobre as *“atitudes das enfermeiras perante a família”*, destaca-se a unidade de contexto *“atitude de ajuda”*, onde se obtiveram respostas como: *“uma atitude de abertura e atenção”*; *“quando necessário são prestáveis”*. Porém existem duas opiniões em que os Utentes não manifestam necessidade de qualquer contacto com a família. A atitude da Enfermeira para com a família, mostrando-se disponível, ajudando-a a perceber a situação do Utente e como o pode ajudar, contribui para o estabelecimento desse clima de confiança, pois facilita-lhe exprimir com mais facilidade os seus sentimentos e problemas.

É sem dúvida de grande importância para a relação Enfermeira/Utente, a atitude que a Enfermeira manifesta face ao Utente e à sua família.

Relativamente às variáveis independentes, verifica-se:

- Que 55,55% dos utentes têm idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos;
- Que 55,55% dos elementos da amostra são do sexo feminino;
- Que a escolaridade da maioria dos utentes é o ensino básico;
- Que 88,88% dos utentes são casados;
- Que 55,55% da amostra está em actividade profissional e que os restantes são reformados;
- Que 66,66% da amostra já está em tratamento na Unidade de Quimioterapia há pelo menos cinco meses.

Nas sugestões para melhorar o serviço de Quimioterapia, a unidade de contexto mais enumerada é “*sugestões relativas à estrutura física*”.

As unidades de registo foram: “*o espaço pouco amplo para tanta gente, aumentando o tempo de espera*” e “*precisa de mais privacidade no acolhimento*”.

Com base nestes dados e face ao suporte teórico, considera-se que o acolhimento como domínio autónomo da prática de Enfermagem que é, deve ser desenvolvido com base em conhecimentos científicos e competências profissionais, de forma a contribuir para o desenvolvimento da identidade profissional e para a satisfação plena do doente.

O Utente quando procura ajuda, necessita sentir-se compreendido, deseja saber que alguém o escuta e se interessa por ele e pelos seus problemas, que o aprecia e compreende. O Utente e a sua família devem ser bem recebidos pelo enfermeiro que deve saber criar um clima de confiança e de relação interpessoais positivas. Um bom acolhimento facilita também o importante papel que a família assume neste processo e que aprende a confiar no Enfermeiro e no seu trabalho.

Desde o início a noção da complexidade deste estudo foi evidente, devido à subjectividade dos conceitos abordados, bem como pelo facto da Unidade de Quimioterapia ser relativamente recente e não permitir comparações em termos de evolução com anos anteriores.

Em termos de sugestões, pensa-se que o estudo poderá servir como base de comparação de estudos posteriores, de preferência com uma população mais alargada, seleccionando patologias oncológicas ou mesmo haver dois momentos de avaliação da Qualidade de Vida e da Satisfação com os cuidados recebidos, mas em diferentes estádios da sua doença e dos tratamentos, para perceber mais claramente como foi a evolução de cada uma destas variáveis.

Tem-se plena consciência do muito que há a fazer. Numa perspectiva futura torna-se imprescindível a participação dos utentes na avaliação dentro do objectivo geral da melhoria das Unidades de Enfermagem.

9. BIBLIOGRAFIA

- ADAM, E.; "Ser Enfermeira" (1ª Ed.); Instituto Piaget; Lisboa; 1994.
- BALDIN, L.; INUI, T.; STENKAMP, S.; "The effect of coordinated multidisciplinary ambulatory care on service use, charges, quality of care and patient satisfaction in the elderly"; Journal of Community Health, 18 (2); p. 95-108; 1993.
- BARLETT, E.; GRAYSON, M.; BARKER, R.; "The effects of physician communication skills on patients satisfaction, recall and adherence"; Journal of Chronic Disease, 10 (9); p. 755-764; 1994.
- BOWLING, A.; "Measuring Disease: a review of disease – specific quality of life measurement scales"; 1ª. Edição; Buckingham; Editora Open University Press, 1995.
- CAROLINO, M.; "Satisfação dos doentes: um benefício decorrente do sistema de classificação de doentes"; Lisboa, dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem por Maria Fernando Resende no âmbito do 5º. Curso de administração de administração de serviços de enfermagem, não publicada, 1994.
- CARVALHO, M., MARÇAL, M.; "Principais tendências na gestão de sérvios e cuidados de enfermagem"; Servir, 42(3): p.126-131, 1994.
- CHIAVENATO, Idalberto; "Introdução à Teoria Geral da Administração"; 4ª. Edição, São Paulo, McGraw Hill, 1993.
- CHINN, P.; "Anthology on caring"; National League for Nursing, New York, 1991.
- COLLIÈRE, M.; "Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem"; Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 1989.
- DANIEL, Liliana Felcher; "Atitudes Interpessoais em Enfermagem"; 1983, p. 97.

- DONABEDIEN, A.; *"The criteria and standards of quality; In: Explorations in quality assessment"*; Michigan; Health Administration Press; 1980; p. 19-50.
- DUARTE, J.C.; *"Diálogo"*; Polis – Enciclopédia Verbo da Sociedade e do Estado, 2º. Vol., Lisboa/S.Paulo, Verbo, p. 244-247; 1984.
- DU GAS, Beverly Witter; *"Enfermagem Prática"*; 4ª. Edição, Rio de Janeiro, Interamericana, 1988.
- FERRANS, C.; POWERS, M.; *"Quality of life index: development and psychometric properties"*; Advancing in Nursing Science, 8: 15-24, 1985.
- GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R.; *"A critical appraisal of the quality of quality-of-life measures"*; The Journal of the American Medical Association; 272: 619-626; 1994.
- GREER, S.; MORRIS, T.; PETTINGALE, K.M.; *"Psychological response to breast cancer: effect on outcome"*; The Lancet, 1979, p. 785-787.
- HILL, M.; *"Community-based shared growth strategies for ambulatory care"*; Health Care Strategic Management, 1996.
- JORGE I., SIMÕES M.; *"A qualidade de cuidados na perspectiva do utente"*; Revista Servir, Vol. 43(6), p. 290-296, 1995.
- KAPLAN, R.M.; *"Quality of life measurement"*; New York; Editora Pergamon Press; 1995, p. 115-146.
- KUBLER-ROSS, E.; *"Sobre a morte e o morrer"*; 6ª. ed., S. Paulo, Ed. Martins Fontes; 1992.
- LAZURE, Héléne; *"Viver a Relação de Ajuda"*; Lusodidacta, Lisboa, 1994.
- LEININGER, Madeleine; *"Culture care diversity and universality: a theory of nursing"*; National League for Nursing, New York, 1991.
- LEO, D. et al; *"Quality of life assessment – instrument to measure self perceived functioning and well being in the elderly"*; Leipad Project of WHO; Copenhagen, 1994.
- LEY, P.; *"Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance"*; Editora Croom Helm Ltd 1989.

- LUKEN, J., MIDDLETON, J.; "Chemotherapy and the administration of cytotoxic drugs into established lines"; In David, J.; *Cancel Care: Prevention treatment and palliation*; Califórnia ; Chapman & Hall editions, 1995.
- MACHADO, A.; "Hospital de dia: estudo da sua implementação no Hospital Distrital de Matosinhos"; Lisboa; Dissertação inserida no âmbito do XIX Curso de Especialização em Administração Hospitalar, apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública, não publicado; 1990.
- MARQUES, A.R.; "Reacções emocionais à doença grave: como lidar"; Coimbra, Clínica Pediátrica; 1991.
- MURAD, A.M.; KATZ, A.; "Oncologia: Bases clínicas do tratamento"; Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 1996.
- PASCOE, G.; "Patient satisfaction in primary health care"; *Evaluation and Program Planning*; (6) p.185-210; 1983.
- PINTO, H., HELENA C., LOPES, PEREIRA, M.; "Dimensão Pessoal e Interpessoal da Relação Educativa"; *Revista Servir*, nº. 41 (4), 1993, pp. 203-205.
- REAL, A.P.; "O tempo e o cuidar em enfermagem"; *Nursing*, Ano 12 (146) 1996.
- SÁ, E.; "A especificidade da enfermagem oncológica"; *Enfermagem Oncológica*; 1: 15-17; 1996.
- SWANSON, K.M.; "Nursing as informed caring for the well-being of others"; *Journal of nursing scholarship*, Vol. 25, nº. 4, p. 352-357, 1993.
- VARO, J., SEMPERE, R., TORRES, R., GOMIS, E., PUIG, S., IBANEZ, J.; "Satisfacción del cliente de los servicios de salud"; *Todo Hospital* (128); p.51-56; 1996.
- WAITZKIN, H., BRITT, T.; "A critical theory of medical discourse: how patients and health professionals deal with social problems"; *International Journal of Health Services*; 19 (4); p.577-597; 1989.
- WATSON, J.; "Nursing: the philosophy and science of caring"; University Press of Colorado, 1991.

WILLIAMS, B.; "*Patient Satisfaction: a valid concept?*"; *Social Science Medicine*; 38(4): 509-516; 1994.

10. ANEXO: FORMULÁRIO

HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA

*Grau de Satisfação dos Utentes na Unidade de
Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja*

(opinião dos utentes submetidos a Quimioterapia no H.J.J.F.)

Formulário

1. Idade _____

2. Sexo

Masculino

Feminino

3. Escolaridade _____

4. Estado Civil

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

Outro Especifique _____

5. Profissão _____

6. Há quanto tempo faz tratamento na Unidade de Quimioterapia do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja? _____

7. Acha que a informação que as Enfermeiras lhe transmitem sobre a sua doença e tratamento é adequada?

Sim

Não

Justifique _____

8. As Enfermeiras demonstram atenção e cordialidade no acolhimento que lhe prestam?

Sim

Não

Justifique _____

9. Acha que as Enfermeiras demonstram disponibilidade para escutar?

Sim

Não

Justifique _____

10. Considera as Enfermeiras da unidade competentes para o tratar, na sua situação de doença?

Sim

Não

Justifique _____

11. Como é para si a relação que estabelece com as Enfermeiras?

12. Qual a sua opinião sobre a atitude das Enfermeiras perante a sua família?

13. O que sugere para melhorar o acolhimento na Unidade de Quimioterapia?
