

Escola Superior de Altos Estudos

Artigos e Dissertações

ATITUDES E VIVÊNCIAS DO DOENTE CIRÚRGICO EM SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO

Cristina Loureiro

Dissertação de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais - 'Atitudes e Vivências do Doente Cirúrgico em Situação de Internamento'

Orientador: Luís Soczka

Data da defesa: 16/07/04.

O ambiente que nos envolve cria oportunidades e limitações. Assim, também o ambiente construído, como a estrutura de um hospital, influência directa ou indirectamente, o bem-estar dos seus utilizadores, relativamente às suas várias necessidades. Mas, muito mais do que o ambiente físico, o ambiente social demarca o bem-estar dos indivíduos. O impacto do espaço físico e do clima social sobre os utilizadores, em termos psicológicos, é muito grande e traduz-se na forma como serão desenvolvidas as relações sociais, profissionais, performance e saúde do indivíduo.

Se esta questão é importante na maioria das situações, assume extrema importância em situações de doença e internamento. No hospital, o doente não só é obrigado a adaptar-se a um local estranho, a uma cama estranha, ao comer, a sons diferentes, como também tem de estar pronto a cooperar com quem quer que seja que entre na enfermaria, a qualquer hora, para lhe prestar algum tipo de tratamento ou realizar um exame. Precisamente, para Diochon (1989), a doença ou acidente súbito pode afastar o indivíduo do seu meio ambiente, atirando-o para um mundo completamente desconhecido: o Hospital. Por sua vez, o doente admitido num serviço hospitalar para ser sujeito a intervenção cirúrgica iniciou, no momento da admissão, um processo carregado de forte componente emocional. Além de abandonar o seu papel na sociedade e família, junta-se a dificuldade de encarar o seu novo papel e a nova situação. Neste sentido, Rodrigues (1999) afirma que os doentes sentem-se perdidos e assustados num universo 'branco e estranho'. Subitamente, tornam-se difíceis as coisas vulgares, tais como dar o próprio nome e seguir instruções simples sobre os lugares onde se devem dirigir. Os pormenores adquirem uma importância enorme. Ficar sem as roupas, nomeadamente, equivale a ficar sem a própria identidade.

Assim, Elhart (1983: 156) refere que 'poucas situações há na vida que sejam mais chocantes do que a mudança de uma pessoa da sua casa para o hospital. Sempre que se diz a qualquer indivíduo que vai ter de dar entrada no hospital, este começa logo a ter uma série de ideias fantasiosas. É nessa altura que mais frequentemente surgem pensamentos acerca da dor, imobilidade, deformação, tratamentos incomodativos e, às vezes, até morte'. Segundo aquele autor, só pelo facto de estar doente, uma pessoa pode sentir-se atemorizada, insegura e extremamente angustiada. O doente teme o tempo que a doença vai durar e as prováveis reacções dos outros. A adaptação do doente ao internamento hospitalar está dependente, ainda segundo Elhart (1983), de diversos factores – idade, sexo, antecedentes de ordem cultural, capacidade intelectual, experiências vividas e a própria natureza do problema de saúde.

A função que cabe ao enfermeiro, neste processo, nomeadamente no pré-operatório, é destacada por Leitão (1992), evidenciando a realidade de que é o enfermeiro o membro da equipa de saúde que mantém uma relação mais estrita e continua com o doente. Madaras, citado por Leitão (1992), afirma, precisamente, que não existe pós-operatório com sucesso sem a colaboração e treino do pessoal de enfermagem. Entre outras coisas, o enfermeiro tem o dever de providenciar que o doente se sinta à vontade num ambiente novo e diferente, conversando e comunicando com ele, a fim de o ajudar a identificar e a aceitar os seus sentimentos em relação ao problema da doença e a manter a individualidade e a independência do doente logo desde o princípio da hospitalização (Elhart 1983).

Raposo e Hígino (1994) referem, por outro lado, que uma cirurgia causa stress e reacções de stress psicológicas tais como ansiedade, medo, raiva, negação, vergonha, culpa, insegurança e reacções fisiológicas como aumento do ritmo de pulsação, aumento do ritmo da respiração e palmas das mãos húmidas. Para evitar esta situação, é necessário fazer um acompanhamento do doente, através de uma informação adequada. É através da comunicação com o doente, aspecto fundamental na fase pré-operatória, que é estabelecida uma relação terapêutica. A comunicação, tal como refere Leitão (1992), é o fulcro dos cuidados de enfermagem e deve ser entendida num âmbito mais vasto e mais profundo do que a simples transmissão de informação.

Conclui-se, assim, que a sensação de segurança transmitida ao doente é da responsabilidade do enfermeiro. (Rodrigues 1996). O doente cirúrgico, em particular, deve, por tudo isto, sentir que é apoiado pelos profissionais que o cuidam, em especial pelo enfermeiro. Mas que relação se estabelece entre os enfermeiros e os doentes cirúrgicos numa unidade de internamento? Estarão os doentes a sentir-se realmente apoiados, condição que essencialmente favorece a sua recuperação? Qual noção que os enfermeiros têm dos cuidados que prestam? Como seria se estivessem eles no lugar do doente? Perante esta problemática, coloquei a seguinte questão que orientou este estudo: Quais as vivências e atitudes do doente cirúrgico em situação de internamento?

A temática relativa às atitudes é complexa, porque, como é referido por Gomes (1993), 'as atitudes são estáveis e instáveis, e têm algo subjectivo e objectivo', com uma origem, simultaneamente, interna e externa. Castro (1995) afirma que as atitudes são já uma tendência instalada ou referem-se a experiências subjectivas que estão representadas na memória de cada indivíduo. Além disso, referem-se também a um objecto e é possível distinguir nelas antecedentes e consequentes cognitivos, comportamentos

e efectivos. A vivência, por sua vez, significa um acontecimento de relevância, experimentado com emoção e que deixou uma lembrança marcante e impressiona a vida pessoal do próprio. Aplicando, assim, o conceito *vivência* neste presente estudo, defino a vivência do internamento como sendo uma experiência que cada um viveu e reteve. Por outro lado, ao realizar uma investigação acerca das atitudes e vivências do doente cirúrgico em situação de internamento, não pode ser colocada de parte a influência do contexto em que o doente se encontra. Como tal, a caracterização das vivências do utente, os papéis que desempenha e os comportamentos inerentes, têm uma importância fundamental na direcção deste estudo.

Os objectivos da investigação são os seguintes:

- Identificar e descrever as atitudes e vivências do doente cirúrgico em situação de internamento.
- Identificar os factores que interferem nessas atitudes e vivências do doente;
- Identificar e analisar a forma como os enfermeiros vivenciam o seu serviço de internamento, caso fossem eles os próprios doentes.
- Identificar os factores que interferem nas atitudes e vivências dos enfermeiros.
- Uma comparação crítica entre a visão do internamento dada pelo doente e a visão representada pelo enfermeiro prestador de cuidados, caso estivesse internado no seu próprio serviço.

A fim de traduzir essas atitudes e vivências em algo mensurável, optei por estudar a valorização que o doente faz do ambiente social do serviço, porque considero que grande parte das atitudes e vivências descritas pelos doentes estão associadas ao ambiente social vivido no internamento. Assim, o objectivo organizante deste estudo é proceder a uma análise do ambiente social de quatro unidades de internamento cirúrgicas, procurando descrever essas atitudes e vivências, por parte dos doentes, e, por outro lado, colocar os enfermeiros dessas mesmas unidades de internamento no lugar dos doentes, como se estivessem internados como pacientes, nos próprios serviços onde trabalham, para depois comparar as visões dos os doentes acerca do ambiente social do serviço com a visão dos enfermeiros. Para avaliar o ambiente social do serviço, utilizei a *Ward Atmosphere Scale (WAS)*, adaptada de Moos (1996), aplicada ao grupo dos doentes e ao grupo dos enfermeiros, variando apenas o instrumento de colheita de dados. A escala avalia o ambiente social do serviço através de 10 sub-escalas: envolvimento; apoio; espontaneidade; autonomia; orientação prática; orientação para problemas pessoais; fúria e agressão; ordem e organização; clareza do programa; controlo do staff.

O meu propósito, com esta pesquisa, é, portanto, compreender melhor as atitudes e vivências dos doentes cirúrgicos, em situação de internamento, para assim melhorar também a nossa prestação de cuidados em hospitais que são organizações cada vez mais complexas, onde a vertente tecnológica tantas vezes se sobrepõem à vivência relacional.

CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Hipóteses

Tendo como base o problema de investigação, os objectivos propostos, a fundamentação teórica e a minha própria experiência profissional como enfermeira, formulei as seguintes hipóteses de investigação.

Com a primeira hipótese, pretendo uma comparação entre as vivências do internamento descritas pelos doentes e aquelas descritas pelos enfermeiros dessa mesma unidade de internamento, caso estivessem ali internados. Neste ponto, parto da minha experiência de que os enfermeiros tenderiam a valorizar mais o ambiente social do serviço do que os próprios doentes internados valorizam esse ambiente, uma vez que grande parte do ambiente social depende do profissionalismo dos enfermeiros. Assim, a minha hipótese 1 será:

Hipótese 1 - As atitudes e vivências do internamento descritas pelos doentes são mais negativas do que aquelas descritas pelos enfermeiros da mesma unidade de internamento, caso estivessem eles internados no seu próprio serviço.

As duas hipóteses seguintes, por sua vez, servem para relacionar características que os doentes apresentam, como seja a idade e o número de internamentos anteriores, e a valorização que dão ao ambiente social do serviço. Considero que a idade do doente poderia influenciar a variável dependente, uma vez que entendo que a vivência do internamento seria diferente nas várias classes etárias. Assim, doentes mais jovens seriam mais activos, reivindicativos e participativos, enquanto doentes mais idosos, dada a sua condição, parecem encontrar-se mais limitados na forma com vivenciam o internamento, motivo pelo qual tenderiam a não valorizar tanto o ambiente social. A hipótese 2 é a seguinte:

Hipótese 2 - Com o aumento da idade dos doentes cirúrgicos, diminui a valorização dada ao ambiente social do serviço onde estão internados.

Por outro lado, considero que os doentes com maior número de internamentos poderiam, eventualmente, dada a acumulação de vivências/experiências anteriores, apresentar maior valorização do ambiente social do serviço onde se encontram internados. O facto de poderem apresentar uma ideia pré-concebida do internamento, que foi sendo construída com sucessivas experiências, irá influenciar a sua vivência de um novo internamento. Neste sentido, partilho da opinião de López (1998: 9), segundo o qual 'os pacientes com internamentos repetidos mostram-se por vezes, reticentes a novos tratamentos, cuidados e procedimentos a que tenham de se sujeitar. É necessário ter muita paciência e compreensão, superando assim reacções de desconfiança.' Também na opinião de Long e Woods (1990), o tipo de experiência anterior com a cirurgia poderá influenciar um actual internamento. Nomeadamente, se a experiência anterior foi negativa, o doente pode transferir essa experiência para a vivência presente e aumentar a ansiedade ou, então, pode ser encarada pelo doente como uma experiência isolada e, assim, influenciar menos negativamente a actual experiência. Estas reflexões críticas estão na origem da nossa hipótese 3:

Hipótese 3 - Com o aumento do número de internamentos dos doentes cirúrgicos, aumenta a valorização do ambiente social do serviço onde estão internados.

As duas hipóteses seguintes criadas para este estudo procuram estabelecer a rela-

ção entre algumas características individuais dos enfermeiros, como sejam o sexo, tempo de serviço e número de internamentos, e a valorização que estes fazem do ambiente social do seu serviço, caso nele estivessem internados. Partindo da minha experiência de que enfermeiros do sexo feminino são mais sensíveis e mais organizados nos seus cuidados, considero que as enfermeiras atribuem maior valorização do ambiente social do serviço do que enfermeiros do sexo masculino. A hipótese 4 é, então, formulada da seguinte maneira:

Hipótese 4 – Enfermeiros do sexo feminino valorizam de uma forma mais positiva o ambiente social do seu próprio serviço, caso nele estivessem internados, do que enfermeiros do sexo masculino.

Outro factor que poderá condicionar a valorização do ambiente social é o tempo de serviço dos enfermeiros. Com a acumulação da experiência profissional, os enfermeiros poderão estar mais atentos para a necessidade do estabelecimento de uma relação empática com os doentes e desenvolver, assim, maior sensibilidade para determinados aspectos do ambiente social da unidade de internamento. Procuro confirmar esta afirmação através da formulação da hipótese 5:

Hipótese 5 - Enfermeiros com maior tempo de serviço apresentam uma valorização mais positiva do ambiente social do internamento, caso estivessem internados no seu próprio serviço.

Por último, na mesma linha de pensamento da hipótese 3, o propósito é abordar a relação entre o número de internamentos, apresentados, desta vez, pelos enfermeiros, e a valorização que estes fazem do ambiente social. Por outro lado, considero que, como qualquer outro doente, também os enfermeiros irão ser influenciados pelas vivências de internamentos anteriores. A hipótese 6 é então:

Hipótese 6 - Enfermeiros com maior número de internamentos anteriores apresentam uma valorização mais positiva do ambiente social do serviço, caso estivessem internados no seu próprio serviço.

Grupo de Estudo

Este estudo foi realizado em dois serviços de internamento. Uma vez que cada serviço apresenta duas unidades de internamento, perfaz um total de quatro unidades de internamento. Cada unidade apresenta uma equipa de enfermagem distinta. Assim, o grupo em estudo é composto por quatro grupos de enfermeiros e quatro grupos de doentes. O grupo dos enfermeiros é constituído por todos os enfermeiros que, voluntariamente, responderam ao questionário. O grupo de doentes foi constituído com os seguintes critérios de inclusão: doentes conscientes e orientados, capazes de comunicar verbalmente e não estarem sobre o efeito de drogas susceptíveis de alterar a sua capacidade mental ou intelectual

Desta forma, fizeram parte da investigação e, obedecendo aos critérios pré-estabelecidos, os seguintes grupos de indivíduos. A Cirurgia I, dividindo-se em dois sectores: Cirurgia I – Homens, com uma equipa de enfermagem com 15 enfermeiros e um grupo de doentes em 12 doentes; e a Cirurgia I – Mulheres, incluindo uma equipa de enfermagem com 12 enfermeiros e um grupo de 13 doentes. O mesmo acontece com a Cirurgia II, dividida em Cirurgia II – Homens (12 enfermeiros e 12 doentes) e Cirurgia II – Mulheres (11 enfermeiros e 18 doentes). No total, foram incluídos, no estudo, 50 enfermeiros e 55 doentes.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com a primeira hipótese, pretendo comparar valorização do ambiente social do serviço atribuída pelos doentes e pelos enfermeiros desse mesmo serviço. O resultado é que, de um modo geral, para as sub-variáveis da escala de ambiente social, em que se encontraram diferenças estatísticas significativas entre a opinião dos doentes e dos enfermeiros, são os doentes que apresentam maior valorização do ambiente social do serviço e não os enfermeiros que aí exercem. Desta forma, a Hipótese 1 não se confirma, na qual se afirmava que seriam os enfermeiros a valorizar mais o ambiente social do seu próprio serviço.

Na minha leitura, um dos factores que poderá ter conduzido a este resultado é o facto de se tratar de um hospital com uma nova modalidade de gestão, em modelo de sociedade anónima. Este modelo, com os seus condicionalismos inerentes, poderá não estar a ser bem recebido pelos profissionais desta instituição, podendo, assim, conduzir a alguma desmotivação ou desvalorização do ambiente social do serviço e da instituição onde trabalham. Por outro lado, a tendência para uma maior valorização do ambiente social, por parte dos doentes, poderá ser motivada por dois factores. Um deles – que penso ser pouco significativo, uma vez que a recolha dos dados foi realizada por mim própria, que sou externa ao serviço e tendo em conta, por outro lado, que o anonimato e a confidencialidade dos resultados foram assegurados – será o medo de represálias pelo facto de estarem a avaliar os profissionais que diariamente lhe prestam cuidados. Um segundo factor possível relaciona-se com a realidade de se tratar de uma instituição recente e com boas instalações. Os doentes, ao terem ainda presente as más condições e a degradação do anterior hospital, tenderiam a valorizar o novo ambiente e os profissionais que nele trabalham. Neste sentido, vou ao encontro do que é defendido por Rodrigues (1999: 16), ao afirmar que 'o hospital para alcançar e conservar uma boa coordenação depende muito da motivação individual, dos ajustamentos voluntários e não formais, das pessoas que nele trabalham. Os planos, regras, regulamentos e controlo formais que habitualmente se encontram nas organizações podem garantir um mínimo de organização mas são incapazes por si só, de fazer brotar uma coordenação apropriada, pois apenas uma pequena fracção de toda a operação coordenadora requerida pela organização pode ser programada antecipadamente'.

No entanto, é necessário ainda referir, a propósito da primeira hipótese avançada, que parecem haver diferenças entre o serviço de Cirurgia I e o serviço de Cirurgia II, por surgirem algumas excepções aos resultados que apresentei acima. Assim, se no serviço de Cirurgia II, nas duas unidades de internamento, se verifica que em todas as sub-escalas são os doentes a apresentar maior valorização do ambiente social que os enfermeiros, o mesmo não se verifica no serviço de Cirurgia I. Aqui, em algumas das sub-escalas, são os enfermeiros a descrever, de uma forma mais positiva, o ambiente social do serviço. Na unidade de internamento da Cirurgia I – Homens, isso ocorre ao nível das sub-escalas fúria e agressão, em que são os enfermeiros a considerar haver uma maior tendência dos doentes a discutirem uns com os outros e com o staff, ou ficarem claramente zangados e exprimirem a sua fúria. O mesmo se verifica para a sub-escala clareza do programa, em que os enfermeiros entendem que os doentes sabem o que

esperar da rotina diária do serviço e que as regras e procedimentos do serviço são explícitas. Esta situação poderá indicar um problema ou os doentes entendem que aquilo que lhes é dito não é suficientemente claro, expresso na discussão com o staff, embora os enfermeiros considerem precisamente o contrário. Não nos devemos esquecer que um dos princípios defendidos pelo Plano Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde (1992) é o direito que o doente tem em relação à informação do seu estado de saúde, bem como dos tratamentos que lhe são ministrados.

Para a unidade de internamento Cirurgia I–Mulheres, embora quase não se verificassem diferenças estatísticas nas sub-escalas de ambiente social descritas pelos doentes e pelos enfermeiros, surge uma exceção, ao nível da sub-escala orientação prática, em que são os enfermeiros a considerar existir um bom ambiente que orienta os pacientes no sentido de se prepararem para a saída do hospital e para o futuro. Uma visão contrária, porém, descrevem os doentes, pelo que, será de rever e repensar a forma com se organiza a preparação para a alta dos doentes internados neste serviço.

Em seguida, irei desenvolver a discussão da segunda hipótese referente à relação entre a idade dos doentes e a valorização que fazem do ambiente social do serviço onde se encontram internados. Verifico que, na maioria das sub-escalas, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas. Assim, também a hipótese 2 não se confirma. Contudo, existem algumas exceções, ao nível das sub-escalas orientação para problemas pessoais e ordem e organização. Em relação à primeira sub-escala, em três das quatro unidades de internamento (excepto a unidade de internamento Cirurgia-II-Mulheres), foi encontrada relação entre a idade e esta sub-escala orientação para problemas pessoais, sendo que os indivíduos que pertencem a classes etárias mais altas (46-55 anos e 56 ou mais anos), valorizam mais a orientação para problemas pessoais do que os enfermeiros, entendendo os doentes que são encorajados a preocupar-se com os seus sentimentos e problemas e a procurar compreendê-los, falando abertamente deles próprios e do seu passado com os outros e com os enfermeiros. Penso, assim, e pela minha experiência pessoal e profissional, que indivíduos de uma faixa etária mais elevada têm uma maior necessidade de dialogarem, de modo a reduzirem a solidão e a compensar o facto de não terem outra forma de ocupar o tempo, em contraste com pessoas mais jovens que recorrerem a revistas, jornais, e meios audiovisuais. Note-se, na verdade, que os indivíduos que pertencem a classes etárias mais elevadas, na sua maioria, não sabem ler e escrever.

A segunda exceção ocorre na sub-escala ordem e organização, embora tenha lugar apenas ao nível da unidade de internamento Cirurgia I-Mulheres, verificando-se relação entre a idade e esta sub-escala, sendo que indivíduos de classes etárias mais elevadas (56 ou mais anos) consideram existir uma maior ordem e organização no serviço onde se encontram internados do que os enfermeiros. Esta situação justifica-se, uma vez que, na altura da realização do estudo, esta unidade encontrava-se em risco de ficar sem enfermeiro-chefe, situação que transmite aos enfermeiros deste serviço alguma instabilidade e sentimento de desorganização. No entanto, parece positivo salientar que os doentes, porém, não percebem esta instabilidade sentida pelos profissionais que diariamente lhe prestam cuidados.

Desta forma, em suma, não se confirma relação entre a idade dos doentes e a valorização que estes fazem do ambiente social do serviço onde se encontram interna-

dos. Mesmos com as duas excepções que surgiram, a hipótese 2 continuaria inconfirmada, uma vez que são os mais idosos e não os mais jovens que apresentam maior valorização do ambiente social do internamento.

A análise, de seguida, irá incluir em simultâneo as hipóteses 3 e 6. Optei por fazer a análise em conjunto, porque ambas as hipóteses se referem à relação entre o número de internamentos anteriores apresentados pelos doentes (hipótese 3), o número de internamentos apresentados pelos enfermeiros (hipótese 6) e o nível de valorização do ambiente social do serviço. Em ambas as hipóteses, não aparecem diferenças estatísticas significativas em nenhuma das sub-escalas de ambiente social, o que leva a rejeitar as hipóteses 3 e 6 ou não existe relação entre o número de internamentos anteriores e a valorização feita do ambiente social no internamento actual.

Na elaboração das hipóteses 3 e 6, considerei, preliminarmente, que vivências e experiências de internamentos anteriores conduziram a uma imagem pré-concebida do internamento, condicionando a forma de vivenciar um novo internamento. Todavia, a ideia não foi confirmada pelo estudo, uma vez que os internamentos anteriores podem não ter sido no mesmo serviço, nem na mesma instituição hospitalar ou a mesma equipe de profissionais. Logo, cada internamento é uma experiência única e singular, podendo estar também influenciada pelo estado de espírito do doente e pela gravidade da situação que conduziu ao internamento. Neste sentido, estou de acordo com a opinião de Leininger (1988), Watson (1988) e Parse (1987) que a saúde integra-se na vida do indivíduo, da família e grupos sociais e que mudam conforme cada ambiente particular, ou, dito por outras palavras, a saúde é um valor e uma experiência pessoal e única.

Na hipótese 4, afirmei que enfermeiros do sexo feminino valorizariam mais o ambiente social do serviço do que enfermeiros do sexo masculino, caso se encontrassem internados como pacientes nesse serviço. No entanto, não se verificaram diferenças estatísticas significativas para a maioria das sub-escala de ambiente social, nas quatro unidades de internamento. As excepções, na não confirmação da hipótese 4, surgem nas seguintes sub-escalas. A sub-escala espontaneidade, na unidade de internamento Cirurgia I-Homens, confirmou existir relação entre o sexo dos profissionais e esta sub-escala. Assim, os indivíduos do sexo feminino apresentam maior valorização da espontaneidade, ou seja, encorajam mais os doentes a agir abertamente e exprimir livremente os seus sentimentos aos outros doentes e ao staff, do que enfermeiros do sexo masculino. Este resultado está mais claramente em sintonia com o argumento da hipótese 4, segundo o qual as enfermeiras tendem a ser mais sensíveis, comunicativas e organizados na prestação dos cuidados do que os enfermeiros do sexo masculino. Por outro lado, na unidade de internamento Cirurgia II-Homens, a excepção surge na sub-escala clareza do programa, em que são os enfermeiros do sexo masculino a considerar que os doentes sabem o que esperar na rotina diária do serviço e em que medida as regras e procedimentos do serviço são explícitas. Esta situação pode-se dever, porém, ao facto de que a equipa de enfermagem deste serviço apresenta uma maior percentagem de enfermeiros do sexo masculino do que as outras três unidades de internamento estudadas. Por último, nos dados referentes à Cirurgia II-Mulheres, encontram-se duas excepções. Na sub-escala fúria e agressão, são os enfermeiros do sexo masculino que consideraram existir um maior encorajamento dos doentes a discutirem uns com os

outros e com o staff, rejeitando a hipótese 4. A outra excepção refere-se à sub-escala ordem e organização, sendo desta vez, os enfermeiros do sexo feminino a apresentar uma maior valorização desta sub-escala, aceitando, para esta sub-escala, a hipótese 4. A questão aqui pode ser que, eventualmente, neste serviço, enfermeiros do sexo feminino sejam indivíduos sensíveis e apaziguadores e preocupados em manter a organização do serviço, ao passo que os enfermeiros do sexo masculino tendem a promover o confronto e a discussão entre doentes e o staff.

A análise da hipótese 5, que relacionava o tempo de serviço do enfermeiro e a valorização que este faz do seu próprio serviço caso nele estivesse internado. A hipótese aqui considera que indivíduos com maior tempo de serviço tenderiam a apresentar uma maior valorização do ambiente social. Esta previsão, porém, não foi confirmada pela investigação, uma vez que não se verificaram diferenças estatísticas significativas, nas 10 sub-escalas de ambiente social, quando relacionadas com o tempo de serviço dos enfermeiros. A explicação para este resultado poderá ser o facto de estarmos perante 4 equipas de profissionais, heterogéneas, em termos de tempo de exercício profissional.

CONCLUSÃO

‘As atitudes são estáveis e instáveis, e têm algo subjectivo e objectivo, tendo origem interna e externa’ (Gomes 1993; itálico acrescentado). Esta afirmação foi largamente confirmada pela pesquisa que realizei. No entanto, penso que, parcialmente, ultrapassei a dificuldade inerente em identificar e medir atitudes subjectivas e as conclusões deste estudo poderão contribuir para melhor compreender a forma como o doente cirúrgico vive o internamento e as diferenças entre as vivências descritas pelos doentes e aquelas que descritas pelos enfermeiros se tivessem que entrar nesse mesmo serviço na condição de pacientes.

Tivemos algumas dificuldades acrescidas, que, seguramente, influenciaram o estudo, resultando do facto de o doente em situação de internamento, e principalmente internamento por causa cirúrgica, encontrar-se psicologicamente afectado e a vivência que descreve, naquele momento, poderá não ser a mesma que comunicaria, se fosse abordado depois do internamento, com menos factores stressantes. Penso que poderia constituir outro estudo interessante acompanhar os doentes no pós-alta e verificar que vivências guardam e se continuam a descrevê-las da mesma forma que descreveram quando internados.

No entanto, acredito que a validade deste estudo se encontra no quadro das seguintes conclusões.

- De um modo geral, para quase todas as sub-variáveis da escala de ambiente social em que se encontraram diferenças estatísticas significativas entre a opinião dos doentes e dos enfermeiros, são os doentes que apresentam uma maior valorização do ambiente social do serviço e não os enfermeiros que aí exercem.
- As diferenças entre o serviço de Cirurgia-I e o serviço de Cirurgia-II são pouco significativas, com excepção de algumas sub-escalas.
- Na questão da relação entre a idade dos doentes e a valorização que fazem do ambiente social do serviço, não foram encontradas, na maioria das sub-escalas,

diferenças estatísticas significativas, não existindo, designadamente, relação entre a idade dos doentes e a valorização que estes fazem do ambiente social do serviço onde se encontram internados.

- Não se confirmou a perspectiva, segundo a qual, vivências e experiências de internamentos anteriores influenciam uma imagem pré-concebida do internamento e condicionariam a forma de vivenciar um novo internamento.
- Não se confirmou a relação entre o sexo do enfermeiro e a valorização que este atribuía ao ambiente social do seu serviço, caso nele se encontrasse internado, na condição de paciente.
- Não se confirmou a afirmação de que indivíduos com maior tempo de serviço tenderiam a apresentar uma maior valorização do ambiente social.
- Os doentes que se encontram internados, nestas quatro unidades de internamento, têm uma visão positiva do ambiente social do serviço e mesmo mais positiva que a dos próprios enfermeiros que aí exercem.

Na verdade, a atenção inicial pelo doente, pode representar o ponto de partida para um bom relacionamento entre o staff e o doente, na medida em que os enfermeiros irão ajudar a desenvolver o sentido de sociabilidade dos doentes e a melhor forma de iniciar a sua orientação no novo ambiente. Desta forma, aqueles doentes que, durante o internamento, apresentam espírito de equipa, se encorajam e ajudam mutuamente e, por outro lado, a equipa entende as suas necessidades, sendo capaz de os ajudar a vivenciar o seu internamento de forma menos penosa. Por outro lado, também os doentes que se sentem encorajados a agirem abertamente e a expressar os seus sentimentos, assim como aqueles que são auto-suficientes, independentes, nos seus assuntos pessoais e nas relações com a equipa, e encorajados a sê-lo, apresentarão atitudes mais positiva. Outros aspectos importantes, ou condicionantes, da vivência do internamento é, sem duvida, a ordem e organização, a clareza das rotinas diárias, as regras e o rigor e a forma como são percebidos pelos doentes.

A questão que pode servir para actualizar as conclusões deste trabalho, em novas pesquisas sobre esta área ou alargadas a outras áreas hospitalares, é o problema dos factores que poderão estar por detrás do facto de os enfermeiros não valorizarem o ambiente social do seu serviço. Se a principal causa for a desmotivação actual, devido, em particular, ao desenvolvimento de instituições sociedade anónima, há que repensar formas de promover a auto-estima profissional dos enfermeiros. É fundamentalmente importante não esquecer que, como afirma Rosas (1990), o enfermeiro, como técnico de saúde, vocacionado para a prestação de cuidados, tanto a nível técnico, como de relações humanas, esteja consciente da sua atitude perante o outro, como profissional e como pedagogo atento, interessado e compreensivo.

REFERÊNCIAS

- Castro, P.
1995 'Contributo para uma Comparação Crítica de Três Tradições em Psicologia Social: Atitudes, Representações sociais e Cognição Social'. In *Psicologia: Psicologia, Contextos e Educação*. Volume X (3). Lisboa: Edições Cosmo e Associação Portuguesa de Psicologia.
- Diochon, D.
1989 *L'Accueil du Malade á l'Hopital*. Madrid, 16.
- Elharth, D. et al.
1983 *Princípios Científicos de Enfermagem*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda..
- Gomes, A. M.
1993 'As Atitudes dos Enfermeiros Perante a Doença Grave'. *Nursing*. Lisboa: Ferreira e Bento.
- Leininger, M.
1988 *Caring: An Essential Human Need*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leitão, J.
1992 'Contributo da Relação Enfermeiro/Utente no Comportamento do Doente Cirúrgico'. *Nursing* 58. pp.6-12.
- Long, B. C.; Woods, N. F.
1990 *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Vol. I. Lisboa: Lusodidacta.
- López, M., La Cruz, M. J.
1998 *Hospitalização: Guias Práticos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Mcgraw Hill.
- Parse, R.
1987 *Nursing Science: Major Paradigms, Theories, and Critiques*. Filadélfia: W. B. Saunders Company.
- Raposo, A.; Higinio, I.
1994 'Stress'. *Enfermagem em Foco* 16. pp.29-33.
- Rodrigues, A. S.
1996 'Cuidar no Bloco Operatório'. *Enfermagem em Foco* 24. pp.36-8.
- Rodrigues, V. M.
1999 *A Complexidade dos Problemas Humanos no Hospital: Vivências e Reflexões*. Vila Real: Edições Sodivir – Edições do Norte.
- Rosas, M..
1990 'A Comunicação em Enfermagem: Atitudes e Competências'. *Nursing*.
- Watson, J.
1988 *Nursing: Human Science and Human Care. A theory of nursing*. Nova Iorque: National League for Nursing.