

## ▪ **Família/Cuidador Informal**

A maioria dos participantes reconheceu a família/cuidador informal como sendo um recurso, no sentido de gerir a informação a ser dada ao doente. Alguns entrevistados consideraram importante a inclusão da família na prestação dos cuidados, nomeadamente no seu treino, uma vez que seria esta entidade que iria continuar a cuidar do doente no domicílio. Neste sentido, a família/cuidador informal, por vezes, apresentava uma atitude de procura de informação, visando saber como cuidar do doente.

*“O cuidador informal/família deve ser e é incluído nos cuidados. Aqui a família é mais incluída que na fase aguda, porque temos, ou melhor, é um dos nossos objectivos do serviço, primeiro o treino do cuidador, é uma das filosofias principais do serviço e segundo temos mais disponibilidade.” (E2)*

*“...e nós tivemos que falar com a família e intervir junto da família, se a doente não consegue fazer então pronto a família tem que intervir e estar 24 horas ou então uma pessoa cuidadora durante 24 horas junto do doente.” (E3)*

*“A família coloca dúvidas, como é que vão movimentá-los na cama, no caminhar, é lógico que às vezes ficam um bocadinho aquém os ensinamentos à família, incluir a família nos ensinamentos, ou seja, nos cuidados...” (E4)*

*“Os familiares questionam mais, para saber como há-de ser quando o doente tiver alta (...) tento sempre transpor à realidade do doente, através das informações que colho com o doente e família...” (E7)*

Esta entidade foi encarada como um apoio, meio de informação ao doente, alertando-o sobre comportamentos considerados correctos e

incorrectos. Foi referido por um dos entrevistados que uma linha orientadora dos cuidados prestados pelos enfermeiros era averiguar quem era o cuidador informal e convocá-lo para a prestação de cuidados, à excepção de situações de recusa. Foi relatado que a família/cuidador informal aprendia com as actividades executadas pelos enfermeiros, ajudando a que no momento da alta, este reunisse todas as condições para cuidar do doente, conforme foi exposto por alguns entrevistados.

*“Considero que a família vai ser um meio de informação ao doente, até porque o alertará em casa para determinados cuidados, posturas, ajudará o doente a recuperar...” (E7)*

*“...a família acaba por ser um meio de informação ao doente e por isso é importante que participe nos cuidados durante o internamento...” (E8)*

*“...é sempre incluída nos cuidados, a não ser que recusem porque não vão ser os cuidadores. A 1ª coisa que nós enfermeiros fazemos é chamar a família e envolvê-la, saber quem vai cuidar do doente...” (E9)*

*“Quando é um familiar mais presente aprende um bocadinho com as nossas informações, com a nossa rotina, a ter os cuidados necessários...” (E6)*

*“Nesta unidade a família é sempre envolvida nos cuidados para ajudar sempre o doente e saber como irá cuidar dele após a alta, a família é sempre preparada e envolvida para ajudar o doente...” (E10)*

Contudo, foi relatado, só em algumas situações se verificar a envolvência da família, muitas vezes, já no momento da alta, nomeadamente em casos de doentes de faixa etária avançada. Nos doentes mais jovens, o papel da família/cuidador informal ficaria mais “na sombra”, dado que era visto como sendo um doente com potencial de recuperação, e as informações seriam dadas pelo doente no domicílio, conduzindo a que a família/cuidador informal não se envolvesse. No entanto, foi reconhecida a importância desta entidade em se incluir nos cuidados.

*“...se for uma pessoa de idade avançada a família já nem vem tanto, apesar de numa idade avançada ser o cuidador mas talvez não vem tanto ao hospital, só no momento da alta ou pouco antes.” (E5)*

*“...tem acontecido termos doentes com idade mais nova, que*

*numa fase inicial também vão precisar do companheiro ou de uma outra pessoa cuidadora, mas que eu não vejo grande envolvimento por parte do cuidador, as informações são dadas depois pelo doente.” (E5)*

*“Como se trata de uma pessoa consciente, orientada, a família não está se calhar tão preocupada, mas eu acho que se deveria envolver e que nós deveríamos fazer pressão para que eles se envolvessem...” (E5)*

### ■ **Profissional de Enfermagem Especializado em Reabilitação**

Dois enfermeiros consideraram a presença de um profissional de enfermagem especializado como um dos recursos de gestão de informação ao doente. Entendemos por profissional de enfermagem especializado em reabilitação todo o profissional que apresenta formação avançada nesta área

Reconheceram estes profissionais como uma mais-valia, pois são detentores de conhecimentos específicos na área de reabilitação, podendo assim promover a recuperação funcional do doente e a sua reabilitação o mais precocemente possível.

*“...achava benéfico outras estratégias, como por exemplo, a presença obrigatória de um enfermeiro de reabilitação – especialista – no serviço, nós não temos capacidades para fazer determinados ensinios porque não somos especialistas, a parte da reabilitação deveria intervir de forma bem positiva, porque assim o processo de recuperação e reabilitação do doente era feito o mais precoce possível...” (E4)*

*“...podia ser adiantada no internamento se houvesse mais investimento no serviço nos enfermeiros de reabilitação.” (E6)*

### **Dificuldades na Transmissão da Informação**

O processo de recuperação do doente submetido a ATA vai ser influenciado pelas informações dadas pelo enfermeiro ao longo do tempo de internamento. Estas têm como objectivo tornar o doente o mais autónomo possível, através da instrução, treino e supervisão de estratégias que permitam a execução das actividades de autocuidado comprometidas pela intervenção cirúrgica. No entanto, constatámos que nem sempre era possível o cumprimento de planos de ensino a realizar ao doente, devido a alguns factores que iriam dificultar a transmissão da informação.

De acordo com os relatos dos informantes, foram evidenciados motivos que estavam na origem das dificuldades na transmissão da informação ao doente. Deste modo, emergiram 3 subcategorias e que serão expostas, a seguir (quadro 8), bem como as refutaremos com expressos dos enfermeiros entrevistados.

## Pessoa Passiva de Cuidados

Através da análise dos dados fornecidos pelos participantes do estudo foi possível identificar-se 2 motivos pelos quais se verificavam dificuldades na transmissão da informação, relacionados com o facto de o doente apresentar uma postura de passividade, face a todo o processo de cuidados cirúrgicos que este vivenciava:

- Agente Passivo de
- Cuidados; Falta de Conhecimento.

Dada a riqueza dos dados vamos abordar de seguida cada um dos motivos identificados no discurso dos enfermeiros.

- Agente passivo de cuidados

Durante o processo de recuperação, os informantes verbalizaram que os doentes não questionavam os enfermeiros acerca dos cuidados que lhes eram prestados. Muito pelo contrário, deixavam, passivamente, que lhes fossem prestados os cuidados sem abordarem o profissional de enfermagem, sobre o que faziam e porque o faziam.

*“Pela experiência que eu tenho, são poucos os doentes que nos apresentam questões... mas são muito poucos.” (E1)*

*“Sinto que os doentes não me questionam muito, por acaso os doentes não questionam muito (...). Contudo, sou pouco questionada sobre aquilo que faço.” (E2)*

*“Eu sinto que os doentes não questionam, não sou questionada pelos doentes, acho que eles deixam que lhes sejam prestados os cuidados sem questionarem o que está a ser feito...” (E7)*

No entanto, as razões que concorriam para este facto não eram conhecidas por alguns enfermeiros. Contudo, alguns arriscaram atribuí-las ao receio, à timidez e à inibição e não a sentimento de medo.

*“Sinceramente nem sei o porquê de não ser questionada, talvez um certo receio de fazer questões, por ignorância ou timidez, ou mesmo porque não se lembram (...) Medo também não será, mas também nunca me interroguei do porquê de não ser questionada.” (E2)*

*“Ficam um pouco inibidos, porque estão perante profissionais de saúde (...) Nós também quando estamos do outro lado, lado do doente, também fazemos o mesmo, até porque também podem não questionar com medo de mostrar ignorância ou obter uma resposta menos boa.” (E6)*

Ainda neste contexto, alguns entrevistados referiram existir no início uma ausência de questões, bem como um sentimento de incerteza no doente, esperando que lhe fossem prestados os cuidados sem questionar. Por outro lado, a própria personalidade do doente, foi mencionada por um participante como um obstáculo na transmissão da informação. No entanto, com o passar dos dias as questões iam surgindo, uma vez que aumentava a confiança com o profissional de enfermagem.

*“Inicialmente há uma ausência de questões e depois vão surgindo e aumentando, à medida que vão ganhando confiança*

*com o pessoal.” (E2)*

*“...talvez não questionem porque muitas vezes faz parte da personalidade da pessoa ser retraída...” (E5)*

*“Mais ou menos, vão questionando, às vezes a pessoa vai confrontando-os com os cuidados a ter a aí é que eles vão tendo dúvidas, mas no fundo estão ali mais à espera de alguma coisa que a gente vai dizendo, é mais assim...” (E4)*

#### ■ **Falta de Conhecimento**

Alguns participantes referiram que a falta de conhecimento poderia conduzir o doente a adoptar uma postura passiva, uma vez que muitos deles desconheciam aquilo a que

tinham sido submetidos. Por outro lado, a situação de os doentes não questionarem, na opinião de um entrevistado, relacionava-se com o facto de estarem à espera que surgissem as dificuldades, que muitas vezes só ocorriam no domicílio, já que não tinham a noção daquilo que era inerente a todo o processo cirúrgico.

*“Mas nunca me questioneei acerca do motivo por que não me fazem muitas perguntas. Sei lá, é na dúvida, porque se calhar estão à espera do que vai acontecer no dia-a-dia e não surgem as dificuldades no momento.” (E4)*

*“...acho que pela falta de conhecimento do doente ele não questiona...” (E6)*

*“Se não formos nós a estarmos lá com o doente, a falarmos, ele muitas vezes não vai dizer que tem dificuldades, vai deparar-se com elas em casa.” (E5)*



*“Mas nunca me questioneei acerca do motivo por que não me fazem muitas perguntas. Sei lá, é na dúvida, porque se calhar estão à espera do que vai acontecer no dia-a-dia e não surgem as dificuldades no momento.” (E4)*

*“...acho que pela falta de conhecimento do doente ele não questiona...” (E6)*

*“Se não formos nós a estarmos lá com o doente, a falarmos, ele muitas vezes não vai dizer que tem dificuldades, vai deparar-se com elas em casa.” (E5)*

### **Não Consciencialização Prévia da Dependência**

Outra dificuldade, sentida pelos enfermeiros, na transmissão da informação verificou-se pela falta de percepção do doente, face a todas as implicações que a intervenção cirúrgica exigia, nomeadamente a dependência a que iriam estar sujeitos. Alguns enfermeiros referiram o facto de o doente não se ter apercebido da condição de dependente, ou seja, das dificuldades que iria sentir ainda no internamento, bem como, no domicílio, levando-o a seguir determinadas regras para o resto da vida. Um dos entrevistados relatou o facto de os doentes afirmarem que não tinham noção de que o processo cirúrgico iria ser tão tenebroso.

*“Não sei se é porque ainda não se aperceberam como estão no Hospital que ainda não se aperceberam das dificuldades que vão sentir posteriormente no domicílio...” (E1)*

*“Talvez não tenham consciência do seu estado, das limitações, da dependência, do amanhã e do que lhes vai acontecer...” (E4)*

*“...têm dificuldade em compreender que a cirurgia os vai afectar para o resto da vida, vão ter que seguir determinadas regras...” (E6)*

*“...porque muitas das vezes dizem que não tinham noção que ia ser assim, que ia ser tão difícil...” (E8)*

Nesta linha pensamento, alguns informantes verbalizaram o caso de doentes que não tinham consciência do que era viver com uma prótese e das dificuldades que iriam sentir ao nível do domicílio. Simplesmente, na opinião dos enfermeiros, o doente era informado que, após a cirurgia, a dor iria desaparecer, ficando com uma condição melhor, relativamente à presente e não se apercebiam das implicações inerentes a todo o processo cirúrgico.

No entanto, dois entrevistados referiram que alguns doentes já se iam apercebendo ainda no internamento, mesmo que curto, das dificuldades inerentes à dependência, mas só as identificavam na realidade após a alta.

*“Acho que eles ainda não tomaram muita consciência daquilo que os espera e o que é viver com uma prótese, embora fiquem aqui com algumas luzes.” (E2)*

*“O doente não tem consciência de que vai ter dificuldades e do que o espera após a cirurgia, mas à medida que os dias vão passando, ainda mesmo no internamento vão-se apercebendo e expressando estas dificuldades. “ (E6) “Muitos deles não têm consciência da condição de doente e do que lhes espera lá fora após a alta e também não o tinham antes de ser operados. Eu acho que começam a ter alguma consciência durante o internamento (...) depois os doentes durante o internamento, apesar de ser curto já se vão apercebendo disso. Creio que quando chegarem a casa vêem as restantes e reais dificuldades ...” (E5) “...ele acaba só depois da cirurgia por se aperceber que vai ter necessidade de quando veste umas calças ou calça umas meias já não é da mesma forma...” (E6)*

Neste sentido, tornou-se fundamental o papel do enfermeiro, no sentido de ajudar o doente a consciencializar-se da condição de dependente, mesmo antes da alta clínica.

### **Condições Inerentes ao Trabalho**

Outras das dificuldades relativas à transmissão da informação prende-se com as condições inerentes ao trabalho do enfermeiro. De todas as dificuldades expressas pelos informantes, na transmissão de informação, esta pareceu-nos a que teve maior relevo. Na opinião dos

entrevistados foram identificadas 3 situações que concorriam para que a difusão da informação ficasse comprometida:

- Escassez de Tempo;
- Limitação da Praxis do Enfermeiro; Orgânica do Serviço.



Dada a riqueza de dados obtida, achámos pertinente a abordagem de cada um dos casos que contribuíam para que a transmissão da informação ficasse, de alguma forma, em risco.

#### ■ Escassez de Tempo

Pelo discurso dos informantes foi notório que a disponibilidade de tempo para a prestação de cuidados ao doente era fundamental, nomeadamente, na área da instrução, treino e supervisão de estratégias.

Foi mencionada a escassez de tempo como responsável pela omissão ou fornecimento de pouca informação ao doente, bem como pela limitação de todo o processo de promoção de autonomia da pessoa.

*“... mas eu não tenho tempo para fazer aquilo que gostaria de fazer. A falta de tempo para fazer a instrução e o treino, e mesmo a falta de tempo para dar a informação, fazer o ensino e mesmo sem a instrução. Basicamente a minha maior dificuldade é que não tenho tempo (...) e o tempo escasseia para dar resposta a estas necessidades ...” (E1)*

*“... (omissão de informação) por causa da escassez de tempo...” (E6) “...e a escassez do tempo também dificulta a informação...” (E8)*

Na opinião de alguns entrevistados, não era dado tempo ao doente para este expressar as suas dificuldades, ou seja, mostrar quais as suas necessidades de informação. Por outro lado, a inexistência de tempo, demonstrada pela postura atarefada do profissional, foi referida como uma possibilidade para condicionar a instrução do

doente. Deste modo, poderia inibi-lo de recorrer à informação, no sentido de esclarecer as suas dúvidas, embora não acontecesse no local de realização do estudo.

*“Não há tempo e se calhar não damos oportunidade àquela comunicação que deveria ser, e não é feita da mesma forma, ou da forma mais correcta, não damos tempo ao doente e não temos tempo de estar com ele, de ele falar e de expressar as suas dificuldades.” (E5)*

*“...e muitas vezes andam atarefados e não querem mesmo questionar e mostrar algumas dificuldades porque têm medo de obter uma má resposta, o que não acontece aqui no serviço.” (E6)*

Contudo, um dos entrevistados reconheceu que se a falta de tempo não fosse uma realidade, talvez o doente pudesse, no momento da alta, levar consigo mais informações.

*“Se acho que podiam levar mais informações? Acho que sim, sem dúvida. Por norma, a falta de tempo contribui para isto...”*  
(E8)

A inclusão da família na prestação de cuidados poderia ficar em risco, devido a este mesmo aspecto, uma vez que não permitia a sua envolvimento, sendo relatado este facto por um dos entrevistados.

*“...da minha parte, eu acho que a inclusão da família podia fazê-lo mais, mas a falta de tempo dificulta toda esta envolvimento...”* (E8)

#### ■ Limitação da Praxis do Enfermeiro

A limitação da praxis do enfermeiro, enquadrada nas condições inerentes ao trabalho, foi o aspecto mais verbalizado pelos informantes, como dificultador do processo de transmissão de informação ao doente.

Inerente a esta situação, o baixo rácio enfermeiro/doente foi indicado, por uma grande parte dos entrevistados, como sendo o obstáculo para que o ensino de estratégias ao doente não acontecesse. Ou seja, o número elevado de doentes atribuído a cada enfermeiro, e consequente sobrecarga de trabalho, não permitia disponibilidade para a instrução e supervisão dessas mesmas estratégias a adoptar

pela pessoa, bem como a disponibilização de tempo para estas actividades, já que o profissional de enfermagem tinha de gerir prioridades e estava sujeito a rotinas instituídas.

*“...o rácio enfermeiro/doente é muito baixo, o que dificulta muitas vezes o tempo para estarmos com calma com o doente, darmos-lhe tempo para aprender, treinar e nós supervisionarmos as actividades que ele faz.” (E4)*

*“...outras vezes nós enfermeiros com a nossa sobrecarga de trabalho não damos muita oportunidade para isso, vamos fazer o que temos a fazer e acabamos por virar as costas, que é mesmo o termo mais correcto.” (E5)*

*“...temos muitos doentes para cada enfermeiro, o rácio enfermeiro/doente é baixo o que dificulta. (...) porque no fundo temos que gerir prioridades...” (E8)*



Outra situação mencionada prendia-se com o facto de o profissional fornecer a informação, no entanto não ter a certeza se esta tinha sido devidamente assimilada. Por outro lado, foi considerada uma limitação do trabalho do enfermeiro, o facto de o profissional de enfermagem, após a alta do doente, perder o contacto com este e não saber se foram assimiladas as alterações que deveria fazer no domicílio e se este se estava a adaptar bem, assim como, em algumas situações transpor as alterações para a vida profissional.

*“...sinto que por vezes dou a informação sem ter a necessidade se foi apreendida e nem chega a ser treinada...” (E1)*

*“Ao fim de 30 dias, quebramos isso e podemos pensar se está tudo bem, se o doente está bem... ao final das contas perdemos o «rasto» ao doente, porque depois é ou não outra equipa de enfermagem, ou pessoas sem currículo (...) e depois nós não podemos ir lá ver se está tudo bem ou não, se caminha bem...” (E3)*

*“Depois não conseguimos fazer essa transposição para o ingresso na sua vida profissional.” (E2)*

Ainda neste contexto, o período de internamento curto foi verbalizado por alguns participantes como sendo uma dificuldade na transmissão da informação, uma vez que era tudo realizado de forma muito concentrada, sendo muitas vezes difícil instruir e treinar o doente. Para além de tudo, não lhe permitia criar confiança com o profissional de enfermagem, no sentido de esclarecer as suas dúvidas e, ao mesmo tempo, ser-lhe dada a informação.

*“...no entanto é tudo feito durante 7 dias que acaba por ser feito*

*tudo de uma forma muito concentrada, levando a que o doente por vezes não assimile...” (E8) “Mas é assim é muito difícil aqui fazer o treino em seis dias...” (E5)*

*“O período de internamento é muito curto e isso também não ajuda a que o doente crie confiança para questionar...” (E7)*

Por outro lado, a falta de um suporte teórico (tipo *flyer*) a fornecer ao doente foi relatado por dois informantes, como influenciadores do processo de transmissão da informação pelo profissional de enfermagem.

*“...e por falta de suporte que possamos fornecer ao doente...”  
(E6)*

*“...e também não temos porque a culpa é nossa que o  
deveríamos fazer, mas por acaso em termos de folhetos  
informativos não temos nada na Unidade.” (E2)*

- **Orgânica do Serviço**

Este aspecto foi referenciado por 6 entrevistados como influenciador no ensino ao doente pelo enfermeiro. O facto de estarem concentradas, num só serviço, quatro especialidades dificultava a instrução do doente, dado que existiam muitos doentes com necessidades de cuidados diferentes e, ao mesmo tempo, muito específicas. Consequentemente, na opinião dos entrevistados, os ensinamentos não necessitavam de ser efectuados no momento, acabavam por ser protelados, no planeamento de cuidados do enfermeiro.

*“...muitos doentes, com muitas necessidades, cada um com  
necessidades específicas ...” (E1)*

*“Por outro lado, a própria orgânica do serviço, uma vez que  
temos quatro valências dentro de um só serviço e os doentes de  
medicina requerem mais cuidados específicos e na hora,  
acabando por os de ortopedia ficarem um pouco de parte,  
principalmente na parte dos ensinamentos pós-operatórios.” (E4)*

*“Depois a orgânica do serviço que nos complica as tarefas, o  
facto de termos quatro valências integradas no mesmo serviço,  
doentes de diferentes especialidades que requerem cuidados  
diferentes, havendo doentes, o caso dos da medicina interna,  
que requerem cuidados mais urgentes e no momento e os*

*ensinos por vezes acabam por ficar para 2º plano...” (E8)*

Um dos entrevistados referiu que o facto de o mesmo doente não ser sempre atribuído ao mesmo profissional de enfermagem, durante a estada deste, como sendo uma dificuldade no fornecimento da informação pelo enfermeiro, já que não era dada uma continuidade de cuidados.

*“Geralmente não estou com o doente os sete dias, é um dos problemas que temos aqui no serviço, o que compromete uma continuidade dos cuidados...” (E6)*

# **Seja um Profissional de Enfermagem Especializado em Reabilitação**

