

Opinião de Doentes e Enfermeiros acerca das Visitas aos Doentes Hospitalizados

Ermelinda Homem de Sousa e Salema de Andrade *



Este estudo pretende conhecer e comparar as opiniões de doentes e enfermeiros acerca da importância para o bem estar dos doentes das visitas aos doentes internados.

Por intermédio da aplicação de um questionário a 104 doentes e 104 enfermeiros de seis serviços de hospitais centrais, obtivemos resultados que indicam haver concordância nas opiniões dos doentes e dos enfermeiros quanto ao valor das visitas para os doentes internados, embora difiram em relação ao modo como estas se processam (horário, número de visitantes, visita de crianças). O instrumento de colheita de dados surgiu da análise de vários factores combinados: testemunhos de pessoas com vivência hospitalar, trabalhos científicos realizados sobre o tema, pressupostos teóricos de autores, levantamento de regimes de visitas em vigor em alguns hospitais do país e observações pessoais da vida no hospital.

Introdução

A hora de visitas no hospital tem sido ao longo dos tempos ansiosamente esperada por todos aqueles que se encontram internados num hospital. São momentos mágicos em que a vida se modifica: o doente passa a ser o principal protagonista e os visitantes interessam-se pela sua saúde e bem estar, pelos seus sentimentos e desejos. A pessoa doente durante a visita reencontra-se consigo própria e com o bocado de si que pertence aos outros, sentido-se de novo parte integrante de uma família e de uma sociedade.

Está hoje largamente demonstrado que a hospitalização, sendo um corte involuntário com o meio habitual pode causar problemas de foro psíquico que interferem negativamente no processo de melhoria de saúde. Uma das maneiras de

minorar as consequências desses problemas é oferecer condições para a utilização das redes sociais de apoio, sendo uma das suas principais vias a visita aos doentes.

As conversas que se ouvem e que se têm acerca da doença e da hospitalização deixam-nos muitas vezes perplexos e pensativos, pois são raras as palavras amáveis sobre uma instituição onde quase todos passamos e onde tantos de nós dão o melhor de si. A razão da escolha deste tema deve-se ao desejo em ver implantado no nosso país o modelo de assistência participada: colaboração entre hospital e sociedade nos cuidados de saúde aos doentes internados, como já se vem fazendo em muitos hospitais de outros países.

O direito à protecção da saúde está consagrado na constituição da república portuguesa e assenta num conjunto de valores fundamentais como sejam: a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. Somos pois obrigados como

* Enfermeira, Mestre em Ciências de Enfermagem, Assistente do 2º triénio da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

cidadãos e como profissionais de saúde a oferecer as melhores condições para a prática desses valores, às pessoas doentes hospitalizadas.

Seguindo o caminho habitual da maioria destes estudos, fomos à procura de teses e conceitos que fundamentassem a nossa pesquisa. Analisámos modelos e teorias de enfermagem para identificar filosofias da prestação de cuidados.

Foi feito um levantamento dos regulamentos em vigor nos hospitais centrais e distritais do nosso país.

Analisámos relatos de pessoas que vivenciavam ou tinham vivenciado recentemente um internamento hospitalar, assim como os discursos de profissionais de saúde que, conhecendo o tema do nosso estudo, manifestaram espontaneamente a sua opinião sobre o assunto. Encontrámos referências principalmente a sentimentos e emoções experimentados durante a presença de visitas, após a sua saída e quando não tinham visitas, assim como as “razões” para o facto de não ter visitas. Estudámos também os resultados de outros trabalhos de investigação sobre este tema.

Elaborámos o instrumento de colheita de dados com base nos elementos precedentes encontrados na análise dos testemunhos de pessoas internadas ou com alta recente, na bibliografia consultada, nos regulamentos de visitas em vigor em alguns hospitais e em apontamentos de conferências.

Para o tratamento dos dados recolhidos através de resposta anónima ao questionário foi utilizado o programa informático SPSS 6.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Fundamentação teórica

Após revisão da literatura sobre o tema, abordaremos uma perspectiva dos autores de modelos e teorias científicas de enfermagem (GEORGE, 1993), sobretudo nos aspectos conceituais do homem, da saúde e da enfermagem. Procuraremos conhecer os recursos legais existentes na nossa sociedade de resposta a este problema assim como alguns trabalhos de investigação já publicados sobre o assunto.

Os princípios e valores encontrados na origem da prática de cuidados de saúde levou-nos a considerar vários conceitos como fundamentais no nosso trabalho, nomeadamente:

Pessoa – Ser bio-psico-social em relação constante com o ambiente, evoluindo ao longo da vida à procura de uma certa qualidade de vida conciliando estas três vertentes, construindo uma certa maneira de ser e estar, lutando pela sua sobrevivência e bem estar, pela preservação da espécie, pela imortalidade e capaz de sentimentos altruístas e solidários na partilha da vida. A parte biológica traduz o bem estar e permite objectivar sensações e realizar sonhos. A parte psicológica dirige atitudes e define personalidades. A parte psicossocial procura contacto e interacção. Em suma, como diz S. Tomás de Aquino, sujeito vocacionado para se realizar e ser feliz.

Ambiente – Tudo o que rodeia a pessoa, incluindo a sociedade e a cultura, estando as pessoas em constante inter-relação com o ambiente.

Bem estar/ qualidade de vida – Juízo subjectivo da pessoa acerca do grau em que estão satisfeitos os seus desejos e as suas necessidades nos vários domínios da vida (Churcham, 1992, citado por BERNARDO, 1992). Uma das variáveis mais influentes na componente subjectiva do bem estar é a afectividade (RODRIGUES, 1989). Grande dimensão da vida psíquica que permite à pessoa aperceber-se da tonalidade agradável ou desagradável dos fenómenos psíquicos e que se manifesta por modificações na intensidade dos comportamentos afectivos. A teoria do apego de BOWLBY (1989) considera a propensão para estabelecer laços emocionais especiais com determinadas pessoas, como fazendo parte da natureza humana e afirma que a comunicação mediada pela emoção persiste como traço principal de relações íntimas e tem papel primordial na sobrevivência. Os autores consultados sobre períodos de desenvolvimento da pessoa (PIAGET, 1972; LEVINSON, 1986 e GOULD, 1989) dão a perspectiva de mudança contínua ao longo da vida, considerando como um dos principais factores o tempo que vai passando. GOULD (1994), no entanto, afirma que toda a situação em que o amor

é retirado “acorda” a cólera tanto na criança como no adulto. Seja qual for a teoria considerada a idade cronológica parece influenciar o modo como as pessoas vivem os acontecimentos da sua vida.

Saúde – Foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (1948) como um direito fundamental da pessoa e definida como um “bem estar físico mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade”. No nosso estudo valorizámos também a definição proposta por CORDEIRO (1987), na qual a saúde implica a satisfação dos vários factores bio-psico-sociais através da interacção social. KÉRUAC (1994) diz que a saúde é tanto um valor como uma experiência vivida na perspectiva de cada pessoa.

Doença – Tudo o que perturba a pessoa no exercício normal da sua vida. Além das suas manifestações, há um “sentido” para a doença, isto é: cada um sente a seu modo a sua doença, podendo variar em cada momento. O mecanismo de controle individual às circunstâncias adversas depende pois, do apoio social / institucional e das capacidades individuais.

Enfermagem – Na sua génese estão os movimentos de solidariedade e ajuda a outra pessoa, quando esta se revela incapaz de tratar de si própria. A enfermagem parece ter sido a forma mais antiga de solidariedade. Tem como objecto a pessoa em todas as suas vertentes e como objectivo ajudar as pessoas a encontrar o máximo de bem estar, dando especial atenção aos aspectos de saúde. Segundo COLLIÈRE (1990), enfermagem é prestar cuidados que promovam a vida, o que alarga o conceito e expande a actividade. O profissional de enfermagem deve conhecer aquilo de que as pessoas necessitam e intervir de modo a satisfazê-las, seguindo os códigos de conduta sociais e profissionais existentes em determinada cultura e em determinado momento.

Solidariedade – Sistema de atitudes e de comportamentos que garante, apesar dos antagonismos internos, a coesão de um grupo face a uma identidade estranha e/ou adversa. Considerámos a solidariedade implícita na resposta social à hospitalização.

Suporte social – A dinâmica afectiva das pessoas comporta factores de regulação afectiva e emocional que têm a ver com a estrutura emocional da pessoa e com o suporte social de que dispõe. Segundo COBB (1976), este pode ser entendido de três maneiras: *rede* (integração social da pessoa num grupo e as suas interligações); *suporte percebido* (o que pensa poder receber em caso de necessidade); *suporte recebido* (o que recebe na realidade). Quando uma pessoa é hospitalizada uma das formas de expressão das redes sociais de apoio é a visita. As visitas ajudam a suportar a hospitalização em todos os seus aspectos, incluindo o sofrimento causado pela doença ou pelos seus tratamentos. Todas as redes sociais de apoio têm por base os laços adquiridos através da comunicação entre as pessoas (PAÚL, 1997). Segundo esta autora, os parentes são importantes pelo valor dos laços de sangue que se manifestam, quer por demonstrações de amor e interesse, quer por comportamentos de protecção, aliança e defesa. Os amigos são a grande fonte de auto estima e realização pessoal. As visitas são pois um dos recursos mais importantes para responder ao aumento das necessidades de trocas afectivas sentidas pelas pessoas doentes hospitalizadas.

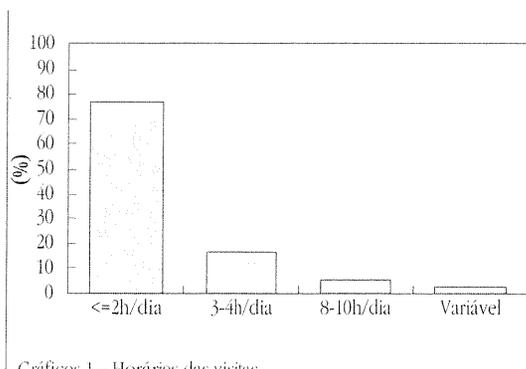
Estratégias Metodológicas

Estudos preliminares

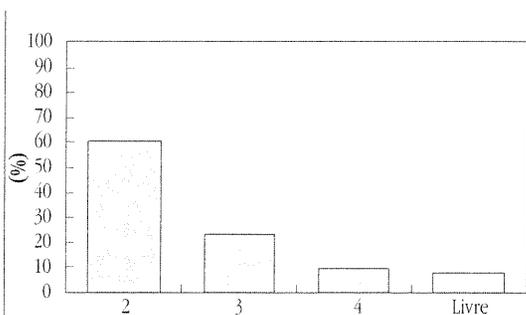
Uma das questões que se nos colocou foi: “de que modo os nossos hospitais estão a considerar a importância das visitas e quais as disposições aplicadas para promover e estimular o contacto dos doentes com as suas visitas?”

Antes de partirmos para os inquéritos aos doente e aos enfermeiros, quisemos saber quais eram realmente os regulamentos de visitas em vigor nos hospitais centrais e distritais portugueses em 1997. Para os conhecer foram enviadas pelo correio cartas a todos os hospitais centrais e distritais do nosso país, tendo recebido 43 respostas. É em relação a essa percentagem de respostas (67%) que iremos apresentar os dados obtidos e que se referem ao ano de 1997.

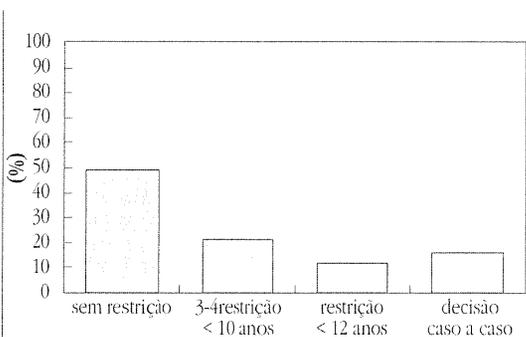
No que diz respeito ao número de horas por dia, ao número de pessoas por doente e às visitas de crianças está explícito nos gráficos que se seguem. Além disso, 8 dos 43 hospitais tem regulamentos diferentes para quartos particulares e apenas em 12 hospitais são permitidas visitas às crianças durante as 24 horas previstas pela lei. (Gráficos 1, 2 e 3).



Gráficos 1 – Horários das visitas.



Gráficos 2 – Número de visitas por doente.



Gráficos 3 – Visitas de Crianças.

Depois de termos estes dados, fomos questionar as opiniões das pessoas em relação a este assunto. Sabemos que o internamento hospitalar implica um conjunto de adaptações físicas, psíquicas e sociais

que interferem com o desenvolvimento do processo saúde/doença e que há factores, quer dependentes de características individuais quer da disponibilidade das redes sociais de apoio, que influenciam a competência individual para lidar com a situação. O desejo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem obriga-nos a ter em conta esses factores, evidenciando e estimulando a sua plena expressão.

Planeámos e executámos um programa de observação, registo e análise de relatos de experiências de hospitalização. Considerámos como indicadores do valor atribuído às visitas os sentimentos e emoções provocados pela presença ou ausência de visitas e as condicionantes aceites para a sua não ocorrência.

Foram analisados os testemunhos de 34 pessoas doentes, das quais 21 estavam acamadas, quando questionadas acerca da presença diária de um acompanhante activo (acompanhamento individual com participação nos cuidados de higiene, conforto e alimentação). Este acompanhante foi o mesmo durante um mês, oito horas por dia. Foram referenciados principalmente sentimentos de tranquilidade e segurança, períodos de solidão menos longos e menos penosos, horas de alimentação mais agradáveis e melhoria de bem estar. Dos testemunhos das pessoas com alta recente os sentimentos mais vezes referidos na ausência das visitas foram: solidão tristeza, revolta, apatia e abandono. As visitas ajudaram a suportar a hospitalização em todos os seus aspectos incluindo o sofrimento causado pela doença.

Estudo final

Foi elaborado um instrumento de colheita de dados com base nos resultados das pesquisas precedentes, nas conclusões das nossas observações e na revisão bibliográfica. O questionário foi proposto a 104 doentes internados e 104 enfermeiros dos serviços de internamento onde se encontravam os doentes que participavam no estudo. Tentámos assim aproximar as condições circunstanciais (regula-

mento institucional das visitas, regras internas de condicionantes às visitas, tipos de patologia, etc.). Foram seleccionados seis serviços de um hospital central, cujas médias de tempo de internamento eram superiores ou iguais a seis dias (segundo casuística do ano anterior), após consentimento informado dos enfermeiros supervisores, dos enfermeiros chefes e dos directores clínicos dos respectivos serviços.

O preenchimento do questionário pelos enfermeiros era pessoal e anónimo, enquanto que os doentes eram entrevistados pelo investigador, embora sob compromisso de confidencialidade.

Depois de seleccionados os serviços, para o grupo de enfermeiros não havia critérios de exclusão. Os critérios de inclusão eram: fazer parte da equipe de enfermagem do serviço e ter desejo de colaborar neste estudo. Relativamente ao grupo de doentes foram critérios de exclusão: situações de pós operatório recente (primeiras vinte e quatro horas); estar em enfermarias de recobro, reanimação e cuidados intensivos; doentes com alterações do estado de consciência, do foro neurológico ou sensoriais; manifestações de desgosto ou desacordo quanto à participação neste estudo. Como critérios de inclusão: estar hospitalizado pelo menos há seis dias no serviço. Entrevistámos todos os doentes, independentemente da idade, sexo, proveniência ou motivo de internamento.

O questionário, para além de dados pessoais (idade, sexo, estado civil, estado parental, profissão e experiência anterior de hospitalização), continha perguntas fechadas que ofereciam a possibilidade de respostas alternativas quer dicotómicas quer de escolha múltipla e alguns enunciados em que se deveria indicar o grau de acordo ou desacordo. Excluindo as variáveis socio-demográficas, as perguntas referiam-se sempre a uma opinião (valor atribuído às visitas, condicionantes, regime, horário, número de visitantes e visita de crianças). Como pensamos que as opiniões dependem muito do contexto, da interacção social do momento e do estado global da pessoa, variando ao longo do tempo e do espaço, as respostas obtidas foram apenas tratadas através das frequências quer absolutas quer percentuais.

Resultados

Após caracterização geral da amostra dos dois grupos (doentes e enfermeiros), reflectimos e analisámos a distribuição das respostas e procedemos ao cruzamento de algumas variáveis.

As opiniões dos dois grupos revelaram-se concordantes em relação aos itens do valor atribuído às visitas quanto a considerá-las: indispensáveis ao bem estar dos doentes, um apoio afectivo importante, uma ligação necessária com o mundo exterior e um modo de diminuir a ocorrência de desequilíbrios emocionais.

Houve desacordo de opiniões entre os dois grupos principalmente quanto aos itens: sentimentos após saída das visitas (os enfermeiros foram de opinião que os doentes ficam mais cansados após a saída das visitas, ao contrário dos doentes que afirmaram não se sentirem mais cansados mas sim consolados e pensativos); condicionantes à visita de crianças (os doentes foram de opinião que a idade da criança ou a gravidade da doença não era motivo para impedir a visita, enquanto que os enfermeiros deste estudo são de opinião contrária, na sua maioria). Os outros resultados são equivalentes nos dois grupos e sem variação consoante o sexo, o estado parental, a idade ou experiência anterior de hospitalização. Salientamos, no entanto, a influência da profissão: todos os professores (12,5% dos inquiridos no grupo dos doentes) consideraram a visita de crianças muito importante, independentemente do parentesco, da idade da criança e da gravidade da doença.

As opiniões expressas em relação ao regulamento desejável de visitas surpreendem um pouco. Ouvimos muitas vezes os doentes queixarem-se amargamente do pouco tempo dedicado às visitas, dos horários pouco convenientes, da solidão que sentiam nos longos períodos nocturnos. Por outro lado, os enfermeiros constatavam a desordem e a falta de ambiente de trabalho durante as horas de visita, assim como do cansaço e exaltação da maioria dos doentes após a sua saída. A hora de visita, para alguns, era a "hora da feira", sobretudo aos domingos. Supúnhamos pois uma maior

diversidade nas opiniões dos grupos, o que não foi encontrado nesta amostra de inquiridos. No nosso estudo, praticamente ninguém emitiu o desejo de um horário livre para as visitas. A grande maioria acha que o regime deve ser flexível (gráfico 4), mas enquanto os enfermeiros defendem que três horas por dia seriam suficientes, os doentes são de opinião que devem ser de seis (gráfico 5).

Quanto ao número de pessoas autorizado junto do doente, ninguém admitiu a hipótese de “as que quiserem”, o que deve fazer reflectir na conveniência de voluntários a visitar doentes que não os conhecem, e que provavelmente não desejam conhecer (gráfico 6).

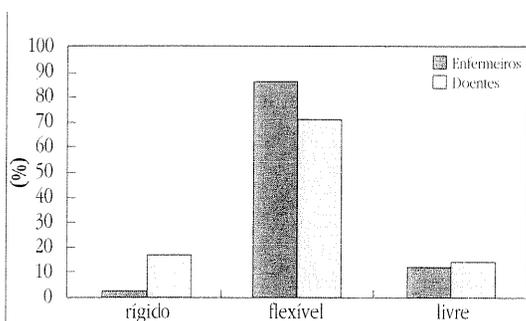


Gráfico 4 - Opinião dos inquiridos sobre o regime de visitas.

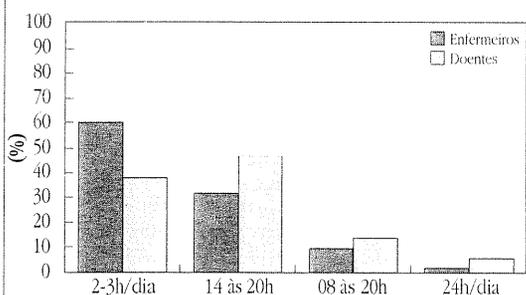


Gráfico 5 - Opinião dos inquiridos sobre o horário das visitas.

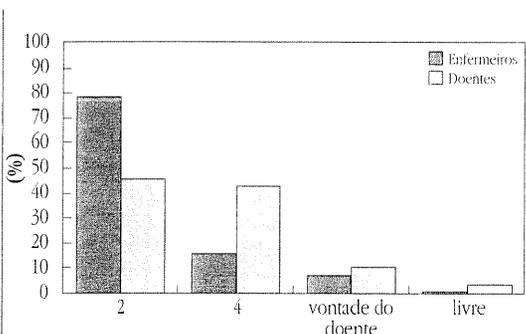


Gráfico 6 - Opinião dos inquiridos sobre o número de visitas por doente.

O facto de ter havido uma experiência anterior de hospitalização não influenciou o modo de sentir acerca das visitas aos doentes.

Em síntese:

No nosso estudo, as opiniões manifestadas são semelhantes: as visitas são realmente consideradas importantes, mas num horário determinado e deixando espaço para as intervenções médicas e de enfermagem fora da presença de outras pessoas na enfermaria. Pensamos que ainda temos um caminho a percorrer na aceitação e estimulação da colaboração da comunidade nos hospitais para adultos, como aliás se vem fazendo há vários anos nos hospitais pediátricos.

O desenvolvimento da personalidade ao longo da idade cronológica, segundo os vários autores citados fazia prever opiniões diferentes consoante a idade o que não se verificou nesta amostra populacional (PIAGET, 1972; LEVINSON, 1986; GOULD, 1989).

Analisando as respostas obtidas nos dois grupos, constata-se que tanto os doentes como os enfermeiros acreditam nos benefícios de várias ordens das visitas aos doentes e as suas opiniões expressam concordância na maioria das questões formuladas. Contudo, os enfermeiros acham que as visitas prolongadas são causa de perturbação nas enfermarias e que a maioria dos doentes “pioram” após a sua saída. Os doentes embora também referissem algum cansaço acham-no preferível à ausência de visitas e não estão de acordo com a ideia de estas serem motivo de perturbação para os serviços. Quanto à visita de crianças aos doentes, verifica-se que os hospitais seguem normas internas por vezes aberrantes e incompreensíveis mas tanto os doentes como os enfermeiros estão de acordo com algumas delas. Em relação à visita às crianças internadas, embora haja no nosso país legislação para o efeito, esta ainda não é seguida em todos os hospitais que recebem crianças.

Conclusão

Durante o tempo de vivência do quotidiano hospitalar fomos analisando testemunhos e

observações que nos “obrigaram” a uma reflexão diária e sistemática. Encontrámos o mundo do hospital riquíssimo em emoções e sentimentos fortes, campo por excelência de aprendizagem do modo de gerir os recursos psicológicos de defesa pessoal. Aprendemos que os conflitos interiores provocados por estas emoções sujeitam as pessoas a sentimentos desesperados de solidão e angústia que as tornam dependentes das trocas afectivas proporcionadas pelas redes sociais de apoio. Reconhecemos que estas aumentam as capacidades de adaptação em situação de crise e são importantes para o bem estar dos doentes hospitalizados.

Começámos por não perceber, ou sequer admitir, que houvesse razões para o facto de na maioria dos hospitais de adultos não ser permitido a presença permanente de alguém junto do doente, principalmente nos serviços de urgência onde a aflicção dos familiares e do doente é por vezes superior à doença. A certeza do bem fundado da nossa indignação foi por vezes abalada quando assistíamos à “invasão” do hospital por multidões que a horas certas enchiam os corredores e enfermarias correndo ansiosamente até chegarem junto dos “seus” doentes.

No entanto, consideramos que é dever das instituições e dos profissionais de saúde aceitar o desafio da colaboração com a comunidade na assistência às pessoas doentes. Verificámos todavia que a maioria dos hospitais contactados não parecem estar preparados para oferecer respostas adequadas às necessidades de interacção afectiva dos seus doentes, embora estes e os enfermeiros assim o desejassem.

Reconhecemos que faltou saber a opinião de outras categorias de pessoas em contacto com o hospital nomeadamente visitantes, assistentes sociais, médicos e administradores. Consideramos pois, estes resultados condicionados, quer devido ao número e qualidade de inquiridos quer pela tendência actual do desenvolvimento social. Gostaríamos que o nosso estudo servisse de algum modo para diminuir o sofrimento e a solidão das pessoas doentes hospitalizadas.

Num mundo onde a Declaração Universal dos Direitos do Homem foi proclamada e ratificada por quase todos os países, não se concebe a assistência de saúde sem o apoio afectivo e efectivo das pessoas significativas. O sonho de um hospital sem muros é suficientemente forte e atraente para que a sua realização deva ser um facto do nosso futuro próximo.

Bibliografia

- BOWLBY, John – *Uma base segura*. Artes médicas: Porto Alegre, 1989.
- BERNARDO, Fr. – Qualidade de vida humana a promover. *Dirigir*, nº 26, Lisboa, 1992
- COBB, S. – Social Support as a Moderator of a Live Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 1976.
- COLLIÈRE, Marie Françoise – *Promover a vida*. Damaia: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1990.
- CORDEIRO, J. Dias – *A Saúde Mental e a Vida*. Edições Salamandra, Lisboa, 1987.
- GEORGE, Júlia – *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GOULD, Roger – *Les Temps de la Vie*. Canadá: Gaitan Morin ed., 1989.
- KÉRUAC, Suzanne *et al.* – *La Pensée Infirmière*. Canadá: Éditions Études Vivantes, 1994.
- LEVISON, D. – Conception of Adult Development. *American Psychologist*, 41 (1), 1986, pp. 3-13
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Proclamação da Assembleia Geral de 10 de Dezembro, 1948.
- PAÚL, Maria Constança – *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.
- PIAGET, Jean – Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1972, pp. 1-12.
- RODRIGUES, Custódio – *Afectividade*. Porto: Contraponto Edições, 1989.