



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

O Envelhecimento e o Acolhimento Humano num Hospital Público
Estudo de Caso no Serviço Neurologia do Centro Hospitalar de São João-
Porto

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Maria Celeste Gonçalves Bastos

Orientadora:
Professora Doutora Cristina Palmeirão

Co-orientadora:
Professora Doutora Emese Epanyik

Braga 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

O Envelhecimento e o Acolhimento Humano num Hospital Público
Estudo de Caso no Serviço Neurologia do Centro Hospitalar de São João-
Porto

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Maria Celeste Gonçalves Bastos

Orientadora:
Professora Doutora Cristina Palmeirão

Co-orientadora:
Professora Doutora Emese Epanyik

Braga 2014

ÍNDICE

Dedicatória-----	5
Agradecimentos-----	6
Siglas e abreviaturas-----	8
Índice de quadros-----	9
Índice de gráficos-----	11
Resumo-----	13
Abstract-----	14
Introdução-----	15
Parte I - A escolha do objeto e seu enquadramento teórico-----	18
1. A Fundamentação -----	18
2. A Problemática-----	19
2.1 A Hipótese de trabalho-----	19
3. Enquadramento teórico: Envelhecimento(s) -----	20
3.1 Do Envelhecimento populacional-----	20
3.2 À abordagem multidisciplinar do Envelhecimento -----	23
3.3 Para um Envelhecimento bem-sucedido-----	24
4. A Esclerose Múltipla-----	26
5. O Acolhimento Humano -----	28

Parte II - O estudo de caso e seu contexto-----	36
1. Contexto(s) -----	36
1.1 O Hospital de São João (HSJ) e o Serviço de Neurologia-----	36
2. Metodologia-----	37
2.1 Metodologia utilizada e técnicas de pesquisa-----	38
2.2 População-alvo e práticas de delimitação da amostra-----	42
2.3 Construção das variáveis de estudo-----	43
2.4 Tratamento da informação-----	43
3. Análise quantitativa-----	45
3.1 Caracterização da amostra-----	45
3.2 Correlação entre variáveis-----	70
Conclusões-----	79
Bibliografia Geral-----	90
Anexos-----	
Anexo I- Estrutura do Inquérito-----	
Anexo II - Informação ao Participante-----	
Anexo III -Declaração de Consentimento-----	
Anexo IV - Autorização do Projeto de Investigação-----	

Às pessoas capazes de amar, sonhar e concretizar ao longo da vida. A todas aquelas que me acolheram de forma incondicional no seu coração. À pessoa responsável pelo sorriso dos meus olhos.

O autor, 2014

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho foi imprescindível a colaboração de muitos profissionais do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), destacando-se a equipa do Serviço de Neurologia, Consulta de Doenças Desmielizantes. Daí que, agradeço: à Dra. Ana Monteiro, médica do Serviço Neurologia; ao Sr. Pedro Brito, da Comissão de Ética para a Saúde; ao Professor Doutor David Costa, Assistente Social da Consulta Doenças Desmielizantes, por ser o Elo de ligação com CHSJ, pelo empenho, dedicação e paciência; à Professora Doutora Carolina Garrett, Diretora do Serviço de Neurologia, por nos acolher; à Professora Doutora Maria José Sá, Coordenadora da Consulta de Doenças Desmielizantes, por ter acreditado em mim e ter criado as condições para o exercício deste trabalho de investigação.

Agradeço ainda, ao Presidente do Conselho de Administração do CHSJ, pela oportunidade e motivação manifestada aquando da apresentação do projeto de estudo.

Um obrigado a todas as pessoas idosas portadoras de Esclerose Múltipla (EM), que connosco aceitaram participar neste trabalho e sem as quais este estudo não seria autêntico.

À Professora Doutora Emese Panyik, da Universidade Católica Portuguesa, *Campus* de Braga, o meu agradecimento pelo entusiasmo e disponibilidade com que aceitou a co-orientação deste estudo.

À Professora Doutora Cristina Palmeirão, da Universidade Católica Portuguesa, *Campus* da Foz/Porto, o meu agradecimento pela amabilidade, dedicação e disponibilidade com que aceitou orientar-nos neste trabalho.

E por se tratar de um momento tão significativo para a minha vida pessoal, profissional e acadêmica, e por terem acreditado em mim, e por terem feito esta caminhada comigo, agradeço a todos os que estiveram direta e indiretamente ligados a este trabalho de Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CHSJ - Centro Hospitalar de São João

CSH- Ciências Sociais e Humanas

EPE - Entidade Pública Empresarial

EM - Esclerose Múltipla

FMUP- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

HSJ- Hospital de São João

INE - Instituto Nacional de Estatística

MIPAA -*Madrid Internacional Plan of Action on Ageing*

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNC - Sistema Nervoso Central

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences.*

UAG - Unidade Autónoma de Gestão

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Os tipos de Envelhecimento segundo Schroots e Birren

Quadro nº 2 - Distribuição da amostra por classe de idades

Quadro nº 3 - Repartição da amostra por género

Quadro nº 4 - Situação conjugal

Quadro nº 5 - Escolaridade

Quadro nº 6 - Satisfação/Acolhimento do Serviço de Neurologia

Quadro nº 7 - Receção/Equipa do Hospital de São João

Quadro nº 8 - Eficiência do Serviço de Informações

Quadro nº 9 - Regras do Serviço

Quadro nº 10 - Número de anos com Esclerose Múltipla

Quadro nº 11 - Dúvidas

Quadro nº 12 - Acolhimento/Espaço de espera

Quadro nº 13 - Dificuldade/Acesso físico ao Hospital

Quadro nº 14 - Avaliação/Acesso físico ao Hospital

Quadro nº 15 - Dificuldade/Orientação no Hospital

Quadro nº 16 - Avaliação/Orientação no Hospital

Quadro nº 17 - Dificuldade/Informação recebida

Quadro nº 18 - Avaliação/Acesso à informação

Quadro nº 19 - Faltas/Espaço de acolhimento

Quadro nº 20 - Mobilidade/Necessidades

Quadro nº 21- Nível de bem-estar

Quadro nº 22 - Contribuição do acolhimento hospitalar

Quadro nº 23 - Correlação entre as variáveis bem-estar e acolhimento (*Spearman's rho*)

Quadro nº 24 - Correlação entre as variáveis bem-estar e acolhimento (*Pearson*)

Quadro nº 25 - Correlação entre as variáveis bem-estar e acesso físico (*Spearman's rho*)

Quadro nº 26 - Correlação entre as variáveis bem-estar e dificuldade no acesso físico
(*Spearman's rho*)

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - Projeções da população residente -Portugal no ano 2060

Gráfico nº 2 - Distribuição da amostra por classe de idades

Gráfico nº 3 -Repartição da amostra por género

Gráfico nº 4 - Situação conjugal

Gráfico nº 5 - Escolaridade

Gráfico nº 6 -Situação de reforma

Gráfico nº 7 - Satisfação/Acolhimento do Serviço de Neurologia

Gráfico nº 8 - Receção/Equipa do Hospital de São João

Gráfico nº 9 - Eficiência do Serviço de Informações

Gráfico nº 10 - Regras do Serviço

Gráfico nº 11 - Dúvidas

Gráfico nº 12 - Acolhimento/Espaço de espera

Gráfico nº 13 - Dificuldade/Acesso físico ao Hospital

Quadro nº 14 - Avaliação/Acesso físico ao Hospital

Gráfico nº 15 - Dificuldade/Orientação no Hospital

Gráfico nº 16 - Avaliação/Orientação no Hospital

Gráfico nº 17 - Dificuldade/Informação recebida

Gráfico nº 18 - Avaliação/Acesso à informação

Gráfico nº 19 - Faltas/Espaço de acolhimento

Gráfico nº 20 - Mobilidade/Necessidades

Gráfico nº 21 - Nível de bem-estar

Gráfico nº 22 - Contribuição do acolhimento hospitalar

RESUMO

O Envelhecimento e o Acolhimento Humano num Hospital Público: Estudo de Caso no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), Porto, nasce da necessidade de melhor entender o paradigma de acolhimento humano num hospital público, nomeadamente na Consulta de Doenças Desmielizantes, para pessoas com sessenta ou mais anos de idade, portadoras de Esclerose Múltipla (EM).

A partir do objeto de estudo, procuramos identificar programas e modos de acolhimento humano e, conjuntamente, aferir de que modo, estas dinâmicas relacionais contribuem para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa que frequenta esta unidade hospitalar.

Com esse propósito, analisamos as principais causas do fenómeno do envelhecimento da população, a polissemia e dialética do envelhecimento primário e do envelhecimento bem-sucedido e, ainda, as transformações do modelo epidemiológico, com preponderância nas doenças crónicas e degenerativas. No caso, a EM, enquanto patologia e doença crónica.

Neste sentir chegamos ao coração do objeto de estudo eleito - o acolhimento humano - em contexto hospitalar, no Serviço de Neurologia, Consulta de Doenças Desmielizantes, em particular no acolhimento a pessoas idosas com EM.

Palavras-chave: envelhecimento, acolhimento humano, hospital Público, qualidade de vida e bem-estar.

ABSTRACT

The Aging and Human Reception at a Public Hospital: Case study in the neurology service of the hospital of São João (CHSJ), Porto, born from the need of better understanding the paradigm of human reception in a public hospital, particularly the department for demyelinating diseases, for people with sixty or more years old, who suffer from Multiple Sclerosis (MS).

Starting from the object of study, we sought to identify programs and ways of human reception and, ointly, asses show these relational dynamics contribute to improve the quality of life and well-being of the elder who attends this hospital unit.

With this purpose, we analyze the main causes of the phenomenon of aging population, polysemy and dialectic of primary aging and successful aging, and also the changes in the epidemiological model, with preponderance in chronic and degenerative diseases. In this case, the MS, while chronic illness and pathology.

In this sense we come to the heart of the object of study chosen-the human reception - in hospital context, in the Neurology Service, department of demyelinating diseases, particularly in the reception of elders suffering from MS.

Key words: aging, human reception, public hospital, quality of life and well-being.

Introdução

O envelhecimento e o acolhimento humano num hospital público são a base da nossa tese de dissertação do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada. A opção por estes temas é de natureza pessoal e têm a ver com o facto de em 2001 nos ter sido diagnosticada EM. Desde então utilizamos ciclicamente o Serviço de Neurologia do CHSJ, no Porto.

A nossa própria história de vida e o contato frequente com pessoas que, tal como nós, são portadoras da doença, fez-nos perceber o quão importante é o modo como somos recebidas, orientadas e encaminhadas para o espaço da consulta de ambulatório. Um portador de EM (com) vive com constrangimentos de natureza diversa. Umas de natureza psicológica e, portanto, de teor mais emocional, outras mais materiais, da ordem das acessibilidades físicas e, outras de carácter relacional e comunicacional. Circunstância que tende a agravar com a entrada na idade sénior, ou seja, quando a pessoa tem idade igual ou superior a sessenta anos. E de acordo com as orientações apontadas na reunião realizada em Madrid, MIPAA¹ (2002), com vista à delineação de um programa (transversal à população mundial), com mote no envelhecimento ativo da população. Regras, estas, estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão das nações unidas (ONU) para países em desenvolvimento. De referir que todo este estudo foi desenvolvido tendo por base esta regra (pessoa idosa com sessenta anos ou mais). Contudo a legislação portuguesa prevê que seja considerada pessoa idosa, toda aquela que tem sessenta e cinco ou mais anos.

¹ Madrid International Plan of Action on Ageing

Concretamente, desejamos identificar, caraterizar e perceber a natureza das respostas existentes, em contexto hospitalar, no Serviço de Neurologia, em particular no acolhimento a pessoas idosas com EM.

O envelhecimento mundial é uma realidade crescente! E se em 2009 a população mundial com 60 ou mais anos era de 700 milhões, em 2050 será na ordem dos 2000 milhões (ONU, 2009). Um fenómeno a que Portugal também não escapa! De facto, a população portuguesa tem vindo a envelhecer nos últimos cinco anos de forma constante e contínua (INE, 2011)². Nesse horizonte, o envelhecimento da população portuguesa é transversal ao envelhecimento da população mundial e permite-nos perceber o quão pertinente e urgente é desenvolver políticas de apoio a esta população, designadamente, às pessoas idosas portadoras de EM, com sessenta anos ou mais.

Em termos metodológicos, a recolha de dados resulta da combinação dos modelos de investigação quantitativa e qualitativa e, portanto, assumem um quadro de teor “miscigenado” (Creswell, 2010). Nessa perspetiva, combinamos a metodologia de estudo de caso com a investigação quantitativa por via da aplicação de um questionário, depois analisado com recurso a um *software* estatístico, no caso o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Importa dizer que a aplicação dos questionários decorreu na Consulta de Doenças Desmielizantes, entre Fevereiro e Maio de 2014, no Serviço de Neurologia do CHSJ.

Na primeira parte, procedemos à descrição da escolha do objeto de estudo, e provimos ao enquadramento teórico dos envelhecimentos(s), desde o envelhecimento populacional, passando pela abordagem multidisciplinar do envelhecimento, até ao

²[Em linha]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?Xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3. Dados do Instituto Nacional de Estatística – INE/Censos 2011 [Consultado em 28/01/2014].

envelhecimento bem-sucedido. Depois, dissertamos sobre a EM e o acolhimento humano.

Na segunda parte, debruçamo-nos sobre o estudo de caso e seus contextos. Desde o espaço físico onde foi realizado o estudo às suas particularidades. Trespessando pela metodologia e técnicas de pesquisa utilizadas, à população-alvo e práticas de delimitação da amostra. Adicionando a construção das variáveis de estudo e o respetivo tratamento da informação. Chegados a esta fase proviemos à análise quantitativa, onde fizemos a caracterização da amostra para melhor podermos compreender a população em estudo. Bem como procedemos à correlação das variáveis por nós edificadas, para desta forma fundar um paralelismo entre as mesmas (variáveis). Nesta abordagem foi utilizado o programa da IBM, *SPSS Statistics Data Editor*, versão 20 – 32 bit, para o tratamento estatístico da base de dados.

Entretanto procedemos à análise qualitativa da informação recolhida aquando da realização dos inquéritos, cruzando de certa forma a caracterização social da pessoa idosa com EM e a caracterização social da pessoa significativa (acompanhante/cuidador) para este.

Transportando-nos, depois, para uma análise de conteúdo, ponto central deste estudo, para corroborar ou impugnar as hipóteses que estiveram na base deste trabalho de investigação.

Em forma de epílogo, apresentamos alguns elucidários relativamente à escolha metodológica, dado qualquer estratégia não estar isenta de limitações. Bem como expomos comentários acerca dos resultados que a análise nos foi possibilitando, juntando propostas de forma a contribuir para futuras investigações.

Parte I

A escolha do objeto e o seu enquadramento teórico

1. A Fundamentação

Esta pesquisa teve como motivação o facto de sermos portadora de uma doença crónica designada EM e por essa circunstância convivermos de perto com a problemática de outras pessoas que, como nós, necessita maiores cuidados de acolhimento.

Enquanto voluntária numa unidade hospitalar, tivemos oportunidade de realizar, entre Julho de 2011 e Junho 2013, algumas entrevistas de natureza informal e, perceber da necessidade de ambientes hospitalares mais acolhedores e mais estruturados, em especial para pessoas de idades iguais ou superiores a sessenta anos com EM que, ciclicamente, se deslocam à unidade de Neurologia.

Identificada a problemática de estudo, definimos como tema de enquadramento teórico, o envelhecimento individual e o acolhimento humano em contexto hospitalar. Assim, o nosso objeto de estudo, em termos de campo de estudo, é o Serviço de Neurologia, Consulta de Doenças Desmielizantes, do CHSJ, EPE, mais especificamente, o programa de acolhimento/atendimento, que precede a entrada e/ou a saída da consulta clínica.

Em termos concretos os objetivos delineados para o presente estudo são os de (1) identificar os constrangimentos experienciados, em termos de acessibilidade física e/ou orientação para o Serviço de Neurologia, Consulta de Doenças Desmielizantes, pelas pessoas com EM e idade igual ou superior a 60 anos; (2) Caracterizar os modos de acolhimento e de acessibilidade física; e (3) Caracterizar de que forma os serviços de

acolhimento e de orientação se constituem como um programa de acolhimento, e desta forma percebermos como contribuem para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa com EM no ambiente hospitalar.

Neste contexto parece-nos ser evidente que no presente e no futuro precisamos de edificar estruturas flexíveis de acolhimento. Mais ainda, quando o que estamos a analisar não são só as acessibilidades de natureza física, mas também as de natureza humana. Os objetivos de uma sociedade para todas as idades deverão passar por as pessoas viverem mais anos, com dignidade e qualidade de vida.

2. A Problemática

2.1 As hipóteses de trabalho

Formulados os objetivos, colocamos como hipóteses as seguintes situações:

1. Hipótese A - O serviço de acolhimento do CHSJ contribui para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa com EM no ambiente hospitalar.
2. Hipótese B - Quanto melhor o acesso físico ao hospital pela pessoa idosa com EM, maior vai ser o seu nível de bem-estar no ambiente hospitalar.
3. Hipótese C - Quanto maior a dificuldade no acesso físico da pessoa idosa com EM ao hospital, menor o seu bem-estar no ambiente hospitalar.

3. Enquadramento teórico: Envelhecimento(s)

3.1. Do envelhecimento populacional

O envelhecimento das populações é um fenómeno crescente nas novas civilizações e resulta das grandes conquistas dos tempos modernos. Viver mais tempo é, cada vez mais, uma realidade que coloca na ordem do dia das principais agendas nacionais e internacionais a questão da renovação geracional e da necessidade (crescente) de um maior (e melhor) diálogo intergeracional.

A ciência demográfica explica que o envelhecimento coletivo envolve o envelhecimento da população e o envelhecimento da sociedade (Rosa, 2012). É facto, a pirâmide demográfica transforma-se, velozmente, num retângulo que abala de forma indelével o equilíbrio geracional, acentuando o fenómeno do idadismo e a fragilidade das relações entre gerações (Palmeirão, 2007). Para este aumento do envelhecimento demográfico tem contribuído o recuo acentuado da natalidade ao longo das últimas décadas. Ana Fernandes (2014:13), citada por António Fonseca (2014) constatou que “em 2012, Portugal apresenta a propensão a procriar mais baixa da EU-28”.

De referir que as projeções demográficas para o ano 2060 não são animadoras (INE, 2011)³. Se não se inverterem as tendências populacionais, a população em geral e a portuguesa em particular vai continuar a envelhecer (Gráfico1).

³ [Em linha]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?Xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3. Dados do Instituto Nacional de Estatística – INE/Censos 2011 [Consultado em 28/01/2014].

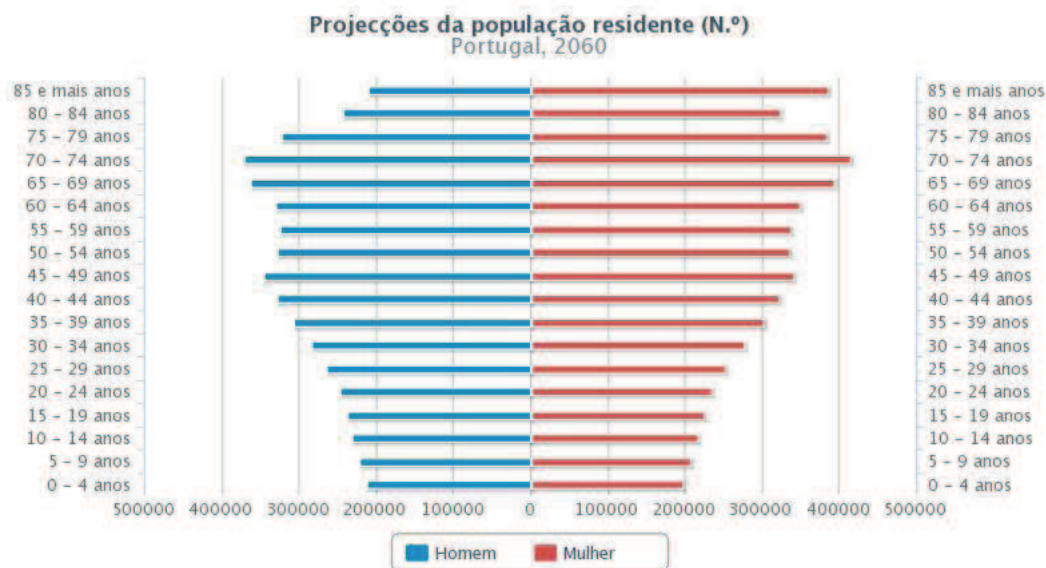


Gráfico 1. Projeções da população residente - Portugal em 2060 (INE, 2011)

Envelhecer não é um fenómeno negativo. Pelo contrário! Envelhecer é um privilégio que só alguns conseguem viver. Pese embora ser um processo universal, trata-se de um processo individual e gradual que assume diferentes estádios de desenvolvimento (Rosa, 2012).

Nesse horizonte, Maximilienne Levet (1995), recorrendo aos dados da OMS, estratifica a velhice em quatro períodos, identificando assim uma cronologia para a velhice - (1) média - dos 45 aos 59 anos; (2) madura - dos 60 aos 79 anos; (3) avançada - dos 70 aos 89 anos; e (4) grande idade - a partir dos 89 anos (p.27). Estádios a que correspondem especificidades e características *sui generis* que têm a ver com a personalidade, personalidade e estilos de vida de cada pessoa. Seja como for, o envelhecimento é uma fase do ciclo de vida humana que, como qualquer outro, tem ganhos e perdas. Nesse pressuposto, importa, tal como nos diz António Fonseca (2006), olhar as perdas do/no envelhecimento individual de modo atento e de forma preventiva. O sentido é aprender a controlar as perdas e, assim, aprender a viver melhor. A pessoa que envelhece é uma “pessoa em desenvolvimento” (Fonseca, 2006:186). Significa isto que para além da evolução biológica e psicológica, o processo de envelhecimento

resulta da forma como se olha o mundo e o modo como vivemos as situações que (nos) vão surgindo na e com a vida.

Para Lima e Viegas (1988), citados por Constança Paúl (1997), a velhice incluiu uma “conjunturalidade histórica” (1997:18) que a diferencia do envelhecimento biológico e a conceptualiza numa “construção social” (idem). Neste quadro, o envelhecimento cronológico respeita (de forma exclusiva) à idade, faz parte do nosso dia-a-dia da condição de ser-se humano. Pois, tal como defende Valente Rosa, “envelhecemos desde que somos concebidos” (2012:19). Assim sendo, o envelhecimento biopsicológico embora acompanhe o envelhecimento cronológico é distinto, cada indivíduo vive e sente o processo de envelhecimento de forma diferente, indivíduos com a mesma idade podem ter evoluções díspares e, portanto, sinais de envelhecimento desiguais.

Nos anos noventa, mais precisamente em 1995, Ladislav Robert, qualifica o envelhecimento com base na incapacidade crescente de o nosso organismo se adaptar às alterações do meio ambiente. E, neste sentido, as doenças que acompanham o envelhecimento humano têm em comum o facto de aumentarem em gravidade e frequência, sobretudo ao nível do envelhecimento intelectual. Assim, a doença de Alzheimer passeia-se na cabeça de muitos de nós, dado o número de neurónios que perdemos à medida que envelhecemos (Idem). Todavia, Maximilienne Levet (1995) vem sossegar-nos, ao escrever que o nosso cérebro “dá-nos a posse, não só de um instrumento maravilhoso, mas também de um instrumento muito mais resistente ao envelhecimento do que nos acostumámos a considerar” (p.29). A autora reitera que o exercício mental funciona como um elemento determinante para a existência de uma vida mental saudável e de qualidade (idem). Com efeito, escreve Constança Paúl (1997), o envelhecimento é “um processo básico, um fenómeno biológico inevitável e

relativamente imutável” (p. 20) cujo avanço é, no dizer da mesma autora, a contrapartida do nosso próprio desenvolvimento (idem). Isto é, o “envelhecimento normal” encaixado pelo modelo médico, o qual abarca um aspeto individualista que se alicerça na relação médico-doente, olvidando-se dos fatores sociais e ambientais mais vastos e tendo como propósito a resolução da dificuldade daquele indivíduo, naquele momento e apenas.

3.2. À abordagem multidisciplinar do Envelhecimento

Schroots e Birren (1980), citados por Constança Paúl (1997) expõem-nos uma abordagem mais eclética e multidisciplinar do fenómeno e uma tipologia que associa o processo de envelhecimento a um ciclo de três estádios: primário, secundário e terciário(Quadro 1).

Envelhecimento (Tipo)	Envelhecimento (Natureza)
Primário	Natural em que se assiste à passagem dos anos.
Secundário	Onde podemos encontrar a doença e o envelhecimento lado a lado.
Terciário	Onde estamos perante uma fase de decadência, em muitos casos poderemos designar de terminal.

Quadro 1. Os tipos de Envelhecimento segundo Schroots e Birren

Efetivamente, um processo complexo, onde o envelhecimento e o crescimento surgem “da consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade única, o meio físico e social no qual estas predisposições genéticas se exprimem e, no caso do homem, ainda o efeito do pensamento e escolha” (Birren e Cunningham, 1985, citados por Paúl, 1997:11). No presente, compreender o processo do envelhecimento individual

é, nas palavras de Cavanaugh (1997), referido por António Fonseca (2005), um esforço que (re)une forças substanciais para a sua fundamentação. São elas:

1. *Forças biológicas*, as quais respeitam aos fatores genéticos e relacionados com a saúde.
2. *Forças psicológicas*, as quais incluem os fatores cognitivos, os fatores da percepção, os fatores emocionais e os fatores relativos à personalidade.
3. *Forças socioculturais*, as quais são compostas pelos fatores sociais, culturais e éticos.
4. *Forças inerentes ao ciclo de vida*, as quais correspondem ao impacto que em determinado momento os acontecimentos próprios de uma vivência originam no desenvolvimento do ser humano.

Após uma eficaz descrição, contextualização, e assimilação destas forças e suas dimensões, poderemos e em harmonia com António Fonseca, melhor compreender o “desenvolvimento, envelhecimento e adaptação” (2005:117) dos indivíduos, permitindo-nos desta forma, fazer uma melhor leitura destas energias.

3.3. Para um envelhecimento bem-sucedido

A complexidade que envolve as sociedades multigeracionais é crescente. O envelhecimento da sociedade traz desafios novos a cada um de nós, mais ainda quando ao envelhecimento se juntam outras situações de vida, como é o caso das pessoas com EM. Cristina Palmeirão (2007) lembra-nos da necessidade de equacionar modos de viver mais ativos e comprometidos com as novas gerações. Alterar o curso das trajetórias demográficas é importante, mas é igualmente, importante aprender a conviver juntos. Numa sociedade para todas as idades é obrigatório quebrar as situações de

“isolamento, solidão, doença, pobreza e mesmo exclusão social” (Fernandes, 2008:72) a que estão sujeitas muitas pessoas de maior idade. Ora é neste contexto e com o objetivo de contrariar esta tendência que a OMS, já em 1986, regista a necessidade de promover a

Saúde enquanto processo constituído que afirma às populações os meios necessários para assegurar um maior controlo sobre a sua própria saúde, representando um processo global, que não só compreende as ações que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas.

Paulatinamente, a OMS (2002), introduz o conceito de envelhecimento ativo enquanto princípio essencial ao envelhecimento bem-sucedido. A ideia é avançar com um movimento que estimule a população para o envelhecimento ativo, sendo necessário esclarecer a mesma, acerca do que é o "envelhecimento ativo"⁴(2002:55). Ou seja, a OMS ao promover a divulgação deste conceito através do diálogo e da discussão pública, envolvendo toda a sociedade, visa melhorar e otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aperfeiçoar a qualidade de vida das pessoas durante o processo de envelhecimento. E, assim, motivar para a autonomia, para a independência, para a segurança e para a qualidade de vida.

A intenção primeira é a de enfatizar a necessidade de cada pessoa viver o melhor possível e a par de um envelhecimento ativo se edificar uma sociedade para todas as idades. “O processo de envelhecimento é muito diferenciado de pessoa para pessoa,

⁴ “to advance the movement for active ageing, all stake holders will need to clarify and popularize the term ”active ageing” though dialogue, discussion and debate in political arena”

sendo marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam e por diferentes trajetórias de adaptação às consequências do avanço da idade” (Fonseca, 2014:153). Paúl e Ribeiro (2011) advogam que o envelhecimento “bem-sucedido” depende “de cada um de nós, das suas [nossas] ações e responsabilidades individuais (p. 1).

4. A Esclerose Múltipla

A Esclerose Múltipla segundo Joana Guimarães e Maria José Sá (2014:302) “é uma doença inflamatória crónica e desmielizante primária do sistema nervoso central (SNC)”. Que não tem cura e, como tal, acompanhará o doente portador ao longo de toda a sua vida. É, ainda, uma doença de causa desconhecida que afeta mais as mulheres que os homens (Quevauvilliers e Perlemuter, 2001) e pode aparecer entre os 20 e os 40 anos (Guimarães e Sá, 2014). A origem da EM é multifatorial, abrangendo por isso aspetos de natureza genética e ambientais. Joana Guimarães e Maria José Sá, (2014) a este propósito, referem que a hereditariedade pode ter influência, “existindo risco de cerca de 5% da ocorrência da doença em descendentes diretos de indivíduos com EM” (p.303). Seja como for, os sintomas são vários (e.g. perda de coordenação, fraqueza muscular, paralisias, tremor intencional, fala arrastada, vertigens) e manifestam-se de forma lenta (Costa, 2012). Frequentemente, as pessoas portadoras de EM podem apresentar oscilações emocionais, designadamente, o choro, o riso, passando por momentos de apatia. Neste cenário, Quevauvilliers e Perlemuter (2001) distinguem duas fases na evolução da EM, a *remitente*, caracterizada por surtos sucessivos (parciais ou reversíveis) e a *progressiva* que se materializa no agravamento lento dos sintomas. Já Joana Guimarães e Maria José Sá (2014:309) e para melhor se perceber a evolução

desta patologia (EM), descrevem a mesma através de cinco subtipos, sendo eles (1) **Síndrome clínico isolado**: forma monossintomático, que se manifesta através de um surto isolado, com corroboração da doença através de exames complementares de diagnóstico; (2) **Forma de surto-remissão**: caracterizada por surtos bem definidos, com restabelecimento total ou com défices residuais; no período entre surtos ausência de progressão da doença; (3) **Forma secundária progressiva**: curso inicial na forma surto-remissão, depois com desenvolvimento da doença sem surtos ou com surtos eventuais; (4) **Forma primária progressiva**: doença de evolução progressiva logo na fase inicial, com estádios de estabilização ou de melhoria temporária; (5) **Forma progressiva com surtos**: doença evolutiva desde o início, seguida de surtos visíveis, com ou sem recuperação total; os períodos entre surtos são caracterizados por avanço contínuo.

O tratamento é feito essencialmente à base de corticóides em perfusão, por um período de 3 a 5 dias, melhorando a evolução imediata do surto, não existindo, contudo, a evidência de que influenciam o prognóstico da evolução da doença a longo prazo.

Dadas as características, trata-se de uma doença progressivamente invalidante⁵ e o seu desenvolvimento tem múltiplas facetas, apresentando-se com estranhas involuções e agravamentos repetidos. Kurt Pollak (1984) confirma que a evolução da doença é indeterminável, já que existem doentes que se mantêm em bom estado de saúde durante um longo período de tempo e outros que ficam rapidamente inválidos. Também Quevauvilliers e Perlemuter (2001) constataam que as repercussões da doença ao longo dos anos são variáveis, umas vezes discretas, outras vezes dramáticas. Circunstância que entronca no nosso objeto de estudo. Ou seja, o facto de existirem momentos do dia em

⁵Quevauvilliers e Perlemuter (2001) chamam à atenção para o facto de o diagnóstico da EM nunca ser considerado urgente. Este diagnóstico é baseado em evidências clínicas ou em exames auxiliares de diferentes pontos do SNC. Trata-se de um diagnóstico de eliminação, sendo úteis a realização de exames complementares, designadamente a punção lombar, o exame oftalmológico, e mais recentemente a ressonância magnética cerebral ou medular e os potenciais evocados.

que determinada função se modifica⁶ (e.g. marcha, visão), faz-nos perceber o quão importante pode ser (é certamente!) um serviço de acolhimento especializado para estas pessoas que “acumulam” os estádios de velhice e os estádios de EM.

Apesar disso, a EM é hoje uma doença tratável, sendo que os doentes “podem e devem enfrentar o dia-a-dia com otimismo e manter tanto quanto possível a sua vida pessoal e profissional” (Guimarães e Sá, 2009:321). A boa relação médico-doente, a educação dos familiares e do doente acerca da doença constituem aspetos determinantes na/para melhorar a motivação e aumentar a auto-estima e bem-estar. E, conseqüentemente para melhorar a qualidade de vida do doente e dos seus familiares.

5. O Acolhimento Humano

Partindo dos princípios e dos valores que norteiam a Declaração Universal dos Direitos Humanos e na assunção do respeito pelo próximo e pela vida humana, acreditamos que o ritual primeiro é o de acolhimento, mais ainda se o que está em causa é o do acolhimento hospitalar⁷. Acolher é uma atitude que deve criar situações de bem-estar (cf. Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Vol. I, s/d:284; Grande Dicionário de Língua Portuguesa, Vol. I, 1945:275).

E Carmine Sante (2001:8)⁸ lembra-nos que a hospitalidade recetiva é uma hospitalidade efetuada na terra, na nossa casa, hospitalidade de nós para com o outro, para com o nosso hóspede, a forma (atitude) como recebemos quem chega até junto de

⁶ Kurt Pollak (1984) constatou que à medida que esta patologia progride os doentes experimentam uma aproximação aos interesses espirituais, acompanhado de uma perda de memória, de uma perda do sentido crítico e por fim de uma grande alegria. Sendo que quanto pior o estado de saúde do doente, maior o seu estado de euforia.

⁷ Ver regulamento interno no site do CHSJ, Artigo nº 4, ponto 1, valores, alínea b, Humanismo.

⁸ “Ospitalità recettiva, nel senso che si é «ospitalità sulla terra» ospitati da Dio che è l’Ospitante; e ospitalità attiva, nel senso che l’ospitato è chiamiato a farsi ospitante a sua volta.”

nós; sendo que a hospitalidade ativa leva a que nós e o nosso hóspede possamos interagir com os que nos rodeiam. Isto conduz-nos ao prazer de bem acolher para bem ser acolhido.

Isabel Baptista e Joaquim Azevedo e a propósito da apresentação do livro “Laços sociais: por uma epistemologia da hospitalidade”, com coordenação de Santos e Baptista (2014) registam que “a noção de hospitalidade refere-se a um modo fundamental de ser-se pessoa, *sendo com e para o outro* em comunidades de solidariedade e justiça”, e indo de encontro à “matriz teórica levinasiana e derridaniana”. Na realidade, a dinâmica antropológica direcionada para o entendimento do ser humano e afirmando que a “educação é hospitalidade” (p.143). Neste sentir Joaquim Azevedo (2011) afirma que se abrigam “seres humanos únicos que devem merecer o maior acolhimento e a melhor hospitalidade, no respeito pela sua singularidade” (p.125). Daí que Isabel Baptista (2009:20) nos lembre que o “desafio que se coloca a toda a educação é, justamente, o da promoção de laços sociais consistentes e significativos fora do universo restrito do «entre nós»”.

Acolher significa, portanto, estarmos perante um momento determinante para o encontro e para a relação com o outro (Lévinas, 2008:296). Segundo este autor, é entre a alteridade e a identidade que mora a hospitalidade. E isso é, abrir-nos ao outro e de forma irrestrita e sem pejos. Na realidade, diz-nos Lévinas (2008:297), “a relação com o outro realiza-se como serviço e como hospitalidade”.

A propósito, João Duque (2014) escreve que a ligação entre “mesmidade e alteridade encontra-se no cerne da questão da identidade”. Sendo que, o que define a “identidade de algo é aquilo que o determina como algo em si mesmo”. Isto é, é na réplica ao outro, que o mesmo ganha identidade, permitindo a sua definição (p.150).

Por outro lado, o Manual de Boas Práticas, da responsabilidade do Instituto da Segurança Social (2005), um referencial no que à forma de acolhimento respeita, especialmente em contexto hospitalar. Mencionando o quão importante pode ser o impacto emocional (positivo ou negativo) nas nossas vidas. Daí a exigência de uma ética do cuidado assente em referenciais de natureza humanista. Efetivamente, a ética do cuidado pressupõe uma boa receção, a qual deve ser realizada com ternura nas ligações que se estabelecem entre e com as pessoas. Nesse encadeamento, faz sentido aprimorar o acolhimento hospitalar, quando o que está em causa é o acolhimento do outro ser humano. E, nesse propósito há que sustentar a competência ética e, assim, realçar a “cidadania multicultural, inclusiva e solidária” (Carvalho, 2006).

Mais, escreve ainda João Duque o acolhimento é “uma atitude ética primordial, uma ação imediata e incondicional”, mesmo antes do entendimento que analisa (observa e olha), para avaliar e posteriormente concluir. Antecedendo o estudo das circunstâncias de uma identidade e antecipando ainda mais a “intencionalidade subjetiva ou contextual (político-cultural) ” (2014:154). O mesmo autor acrescenta que a ética da hospitalidade aparece como uma dimensão para além do político, pois esta antecede-lhe (idem). Sendo que a “pessoa, enquanto tal e apenas pelo facto de ser pessoa humana, na sua unicidade irrecondutível a qualquer redução generalizante ou determinante, é anterior à polis; cada ser humano, na sua particularidade, é anterior e mais fundamental do que o cidadão” (p.155). Ou seja, o ser humano nasce e depois cresce (evoluindo), tornando-se pessoa muito antes de qualquer construção social que possamos fazer.

Rocchetta (2001), falando acerca dos “outros”, da forma de trato, e tendo em conta o cuidado com que devem ser acolhidos, afirma que não podem representar algo genérico, serem tratados de forma abstrata ou serem apenas “almas para salvar”. Assim, acrescenta a autora falamos de pessoas de carne e osso, com um rosto, um nome, uma

história de vida, com sonhos e expectativas (Rocchetta, 2001:40)⁹. Pessoas que esperam um olhar, um sorriso, uma palavra, um aperto de mão ... A ternura é historicamente direcionada aos outros, mais concretamente à totalidade do ser de cada um e de forma personalizada. Não devendo ser um encontro superficial, anónimo e efetuado de forma massificada. Mas sim especial, e direcionado a cada um. “Todos diferentes, mas todos iguais” diz-nos Isabel Varanda (2004). Sendo que isto, nos explica o porque de falarmos em “dignidade humana e não de dignidade de alguns humanos” (p. 88).

Isabel Baptista (2009) alerta que “todos somos «sujeitos de ajuda», todos precisamos de «ser salvos» e é na relação solidária que encontramos o sentido e a força para o fazer” (p.29). Nesse sentido (sentir!), o protocolo de hospitalidade precisa estruturar-se em ordem a princípios que garantam não apenas o cuidado técnico mas sim o cuidado ético e desse modo, um cuidado cuidado (Carvalho e Palmeirão, 2012). Por outro lado, Carmine Sante (2001) diz-nos que a arte de acolher pressupõe disponibilidade e uma cadência de andamentos ímpares, em que cada um dos cinco passos cede lugar ao seguinte. Ter a porta da sua própria casa aberta¹⁰ (p. 84) é o primeiro e tem a ver com o facto de estarmos sempre preparados para receber o outro. O segundo é para dar as boas vindas a quem chega (p.85). E, nessa sequencialidade ímpar de cuidado, quem acolhe esquece-se de si e foca-se no outro, no seu sofrimento, nas suas alegrias, no seu (dele) ser. No quarto momento necessitamos de dar espaço ao outro, de o deixar existir como pessoa e ser humano que é. Finalmente, no quinto momento, importa dar sem esperar nada em troca. Ou seja, tirar da própria boca e oferecer a quem chega¹¹ (p.90).

⁹“Sino personas de cane y hueso, com un nombre y un rostro, com una historia, com suas esperanzas y sus sueños; son personas que esperan una mirada, una sonrisa, que necesitan una pretónde manos, un contacto solidário, de amistad y de cariño”.

¹⁰ “Tenere la porta dell apropiata casa aperta”

¹¹ “togliendosi il pane dalla própria bocca e condividendolo”

A mensagem é uma. “Acolher cada ser na sua particularidade e na sua singularidade” (Varanda, 2004:96). De resto, uma máxima que anima as ideias de uma verdadeira sociedade inclusiva e, assim, “não é uma sociedade dual, de incluídores e incluídos, mas uma sociedade convivial, em que uns e outros se acolhem, não de cima para baixo, nem de baixo para cima, mas de olhos nos olhos” (Varanda, 2004:97).

Neste entrecho, Manicardi (2011:112) alerta para a necessidade de enraizar uma cultura de hospitalidade. Daniélou (1951:340), citado por Manicardi (2011), atesta que “a civilização deu um passo decisivo, talvez o [único] passo decisivo, no dia em que o estrangeiro, de inimigo (hostis) se transformou em hóspede (hospes)”. Daí que ele (Manicardi, 2011:114) defina hospitalidade como o “ato com que o homem responde à sua vocação humana e realiza a sua humanidade acolhendo a humanidade do outro.”

Neste horizonte, hospitalidade significa, antes de mais o ato de receber um estranho na sua própria casa (Frutaz, 1952:418)¹². Todavia, acolher o outro é e continuará a ser um grande desafio. A este propósito, D. José Cordeiro nas XXVI Jornadas Teológicas (2014), em Braga, renova a ideia de que só quem se sente amado e ama é que pode acolher o outro. E isso tem a ver com o modo como “tratamos o outro”, reiteram Frei Fernando Ventura e Joaquim Franco (Idem). “O encontro com o outro ser humano passa necessariamente pelo olhar” regista por sua vez Lila Fonseca (2012:52). Ainda assim, Isabel Baptista (2009:19) chama a atenção para o facto de existirem “olhares que acarinham mas também outros que ofendem” (p.19). E, nesse desafio, o que caracteriza as pessoas (verdadeiramente!) “é o modo como respondemos à interpelação vinda desses olhares.”

¹²“èl’atto di accogliere un forastiero nella própria casa”

Também Derrida (1997:71), fala de quão importante é a dimensão de incondicionalidade na hospitalidade, a qual deve servir de mote para fazer sobressair e ultrapassar as práticas de acolhimento. E se “acolher é receber em sua casa” afirma Hesbeen (2000) então, ser acolhido passará por ser aguardado e ser tratado com dignidade. Daí a importância de estarmos preparados para o que vier, enfrentando-o e no ato, e neste sentido o acolhimento é constantemente sentido (Honoré, 2004).

E, é neste desígnio, acreditamos nós, que nasce o catálogo “Hospitalidade”¹³, enquanto instrumento que corporiza a filosofia de ação que subjaz à matriz dos serviços de acolhimento do CHSJ. “A heroicidade define-se, aqui, não tanto nos salvamentos espetaculares, mas sim nos pequenos gestos de solidariedade que ultrapassam o expetável, na disponibilidade para o outro independentemente da sua condição clínica e, evidentemente, social” (Pérez, 2009:5).

Honoré (2004:215) relembra-nos que,

O outro é muitas vezes recebido com as normas de quem o acolhe, que o absorve com as suas palavras, os seus gestos, as suas atitudes, as suas representações, as suas conceções, esquecendo que ele próprio é acolhido. O acolhido assume a formalidade conveniente à norma, prevista por quem acolhe, para aquilo que há a fazer.

Ora, quando alguém chega ao hospital, e a partir do momento que chega, é considerado “doente ou como paciente”. Onde «cuidar-se» significa na maior parte dos casos «ocupar-se de doenças» e isto transporta-nos para um acolhimento reduzido ao

¹³ Catálogo elaborado aquando da comemoração do cinquentenário do Hospital de S. João. Pérez (2009).

“enclausuramento e preparação do outro nos moldes necessários à ação hospitalar medicalizada” (p.215).

José Bermejo (2008:27) chama a nossa atenção, e diz-nos a “saúde imperfeita é e sempre foi a saúde perfeita”. Sendo a conceção de saúde muito diferente de indivíduo para indivíduo.

Daí, o ato do cuidar profissional e a receção dos doentes, serem simultaneamente o acolhimento da doença, que os aborda e que eles trazem consigo, afirma Honoré (2004:219). Admitidos como pessoas que são e a quem surgiu um acontecimento, no sentido que serão recebidos em conformidade com a sua atitude perante o que lhes ocorreu. E, se não for efetuada a distinção entre doente e doença aquando da receção dos mesmos, estaremos a favorecer o reconhecimento da pessoa com a própria doença. O sentido desta diferença, e aquando do acolhimento da pessoa e da doença, auxiliará a quem chega, se identificar como pessoa que é, e ajudando a que melhor se envolva num processo cuidador. Pois desta forma poderíamos e de acordo com Honoré (2004:220) ver no “Hospital, um lugar de acolhimento das pessoas e da sua doença, para as acompanhar, com todos os meios de que dispomos, na sua confrontação com essa doença e na avaliação das suas consequências sobre a sua vida”.

Por sua vez, Isabel Baptista (2009:21) conduz-nos à definição de liberdade, a qual nos permite ativar a capacidade “para «ser fora do comum», para marcar a exterioridade com a força proveniente de um domínio interior”, pois quando confrontados com as reais dificuldades (nomeadamente a doença ou outras!), estarão reunidas as forças (positivas) para as ultrapassar. Ou seja, muitas vezes somos chamados a opinar e a decidir, por nós e/ou pelos outros, e daí a necessidade de estarmos preparados e de bem connosco e com os outros.

Nesta sequência, Honoré (2004) acrescenta que o Hospital deveria funcionar como um espaço de questionamento e aconselhamento, acerca de possíveis transformações nas rotinas e nos estilos de vida da pessoa, para que esta aumente o seu nível de bem-estar, contribuindo desta forma para melhorar a sua (dela) qualidade de vida e de forma mais satisfatória.

Por sua vez e imbuída deste sentir, Graça Carapinheiro (2005:283), alerta-nos chamando a nossa atenção também, para a existência de “uma categoria especial de doentes”, a qual detém conhecimentos que, em “relação aos saberes centrais dos médicos e aos saberes periféricos dos enfermeiros”, se transformam em poder nas ligações sociais que são desenvolvidas nos (e dentro) dos hospitais. Isto surge muitas vezes como uma estratégia por parte dos doentes (e seus familiares), para atingir os seus objetivos, com o interesse de serenar a sua (deles e dos que os rodeiam) ansiedade, dos seus medos e inseguranças.

Parte II

O estudo de caso e seu contexto

1. Contexto(s)

1.1 O Hospital de São João (HSJ) e o Serviço de Neurologia

O Hospital de São João, hoje CHSJ¹⁴, foi inaugurado em 1959¹⁵, está organizado por “níveis intermédios de gestão¹⁶” e, ainda, por “unidades funcionais”, da qual destacamos o Serviço de Neurologia, Consulta Doenças Desmielizantes.

O serviço de Neurologia do CHSJ está integrado na UAG de Medicina. Um serviço exigente, com consultas diversas e onde são tratadas várias doenças (e.g. consulta de Neurologia Demências; consulta de Neurologia Epilepsia; consulta de Neurologia Movimento; consulta de Neurologia Cefaleias; consulta de Neurologia Geral; consulta de Neurologia Neuromusculares; consulta de NeuroRadiologia, consulta Dietética – consulta Neurocirurgia; consulta Dietética – consulta Neurologia; consulta Psicologia Neurologia; consulta Psiquiatria – Neuropsiquiatria; consulta de Neurologia Cirúrgica Funcional Doenças Movimento; consulta de Neurologia Doenças Desmielizantes; consulta de Neurologia Doenças Desmielizantes Inflamatórias Metabólicas; consulta de Neurologia Distonias).

Durante o ano de 2013, o total de consultas realizadas neste serviço foram 19.022 (dezanove mil e vinte e duas). Contudo, o foco da nossa atenção recaiu sobre as Consultas de Neurologia, especificamente Doenças Desmielizantes, também designadas por Consultas de EM. Nesta especialidade, e durante o ano de 2013, foram atendidos

¹⁴Foi através do Decreto-lei nº 30/2011, de 2 de Março, capítulo 1, artigo nº 1, ponto 1, alínea a, que foi criado o CHSJ, E.P.E, por “fusão do Hospital de São João, E.P.E, e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo”.

¹⁵ Pelo então chefe de Estado, Almirante Américo Tomas.

¹⁶ [Em linha]. Disponível em: <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/24> [Consultado em 29/06/2014].

628 (seiscentos e vinte e oito) doentes. Os quais geraram ao longo do ano 1611 (mil seiscentas e onze) consultas.

2. Metodologia

O gosto por investigar é uma realidade que acompanha a evolução das sociedades. Investigar é uma atividade que pressupõe uma intencionalidade e, obviamente, o recurso a metodologias, métodos e técnicas (Coutinho, 2011:5). Assim, o objetivo de uma qualquer investigação é o de conduzirmos com sucesso uma averiguação, a qual se inicia com um quesito e que terá o seu desfecho numa exibição pública dos resultados. Para investigar é preciso cumprir dois preceitos, um primeiro que impõe que a mesma seja científica, ou seja, “pautada pela sistematização e pelo rigor” e um segundo, que “seja adequada ao objeto de estudo” (Coutinho, 2011:7). Nesse pressuposto, a ciência atual é uma ciência “centrada” e, como tal, escreve António Nóvoa (1991: 35), citado por Coutinho (2011:7) “está intimamente relacionada com os universos sociais em que é produzida”.

Ora, partindo destas evidências e sabendo que a realidade muda, a trajetória metodológica que elegemos está guiada e condicionada pela experiência de vida e formação da própria investigadora. Em particular pelo facto de a investigadora ser, cumulativamente investigadora e “utente”, há cerca de treze anos, da Consulta de Neurologia Doenças Desmielizantes do CHSJ. Circunstância que originou grande familiarização com o contexto e com as pessoas (alvo da nossa investigação), permitindo uma maior facilidade e proximidade ao contexto e aos “dados” mas, também, um maior desafio em termos de “distanciamento” do trabalho de investigação.

Seja como for, Bogdan e Biklen (1994) chamam à atenção para a necessidade de os investigadores terem perceção dos “fundamentos teóricos”, fazendo uso dos mesmos para a recolha e análise dos dados. A teoria ajuda à coerência dos dados, permitindo ”ao investigador ir para além de um amontoado pouco sistemático e arbitrário de acontecimentos (p.52) ”.

2.1 Metodologia utilizada e Técnicas de pesquisa

A nossa escolha recai sobre o método estudo de caso, pois este método de investigação social permite efetuar uma análise intensiva de um ou mais casos. Segundo Merriam (1988), citado por Bogdan e Biklen (1994:89), o estudo de caso estrutura-se na “observação detalhada de um contexto, ou individuo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico”. Privilegiamos, de facto, o contexto e o individuo, e tal como refere Maia *et al* (2002:146), “os objetivos fundamentais dos estudos de caso ultrapassam o mero estudo dos factos, para procurar apreender os significados e símbolos utilizados pelos atores sociais no decurso dos seus processos de interação”.

A metodologia de pesquisa utilizada e em face da realidade a estudar compreendeu vários momentos. O primeiro tem a ver com o lugar e com as pessoas a implicar na pesquisa e assim decidir onde, como, porquê e de que forma concretizaríamos a recolha dos dados. Indo assim ao encontro dos escritos de Bell (2004:38) que alertam para a necessidade de se decidir rigorosamente aquilo que se “pretende descobrir e porquê”. Uma decisão que recaiu sobre o CHSJ, EPE, Porto, Serviço de Neurologia, Doenças Desmielizantes, por questões de ordem pessoal e de melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de EM que necessitam recorrer a este serviço. Pesou ainda na nossa decisão o facto de termos aval positivo por parte da

Professora Doutora Maria José Sá, Coordenadora da Consulta de Doenças Desmielizantes, no CHSJ. A licença do projeto¹⁷ de investigação resulta da aprovação do CHSJ, pela Professora Doutora Carolina Garrett (Serviço de Neurologia), pela Comissão de Ética para a Saúde¹⁸ (CES) do CHSJ e da FMUP e pelo Presidente do Conselho de Administração do CHSJ – EPE e fica sujeita a acompanhamento pelo Professor Doutor David Costa e com apoio da Dra. Ana Monteiro.

O projeto “ Envelhecimento e Acolhimento Humano num Hospital Público ”foi realizado na Consulta de Doenças Desmielizantes, da UAG de Medicina, do CHSJ, EPE e aplicado a pessoas portadoras de EM, com 60 anos ou mais, entre Fevereiro e Maio de 2014.

O estudo teve como principais objetivos:

1. Identificar as dificuldades que a pessoa idosa com EM sente na acessibilidade física e na orientação dentro do CHSJ;
2. Identificar como se verifica a acessibilidade física, numa lógica de acolhimento hospitalar e consequente orientação dentro do CHSJ;
3. Perceber de que forma os Serviços de Acolhimento e/ou orientação contribuem para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa com EM no ambiente hospitalar.

Em termos metodológicos, importa dizer que o primeiro desenho implicava a realização de entrevistas semiestruturadas aos participantes do/no estudo, posteriormente preterida a favor da aplicação de um questionário. Uma decisão que

¹⁷ Pedido de autorização a 2 de Setembro de 2013

¹⁸Em 5 de Dezembro de 2013 foi aprovado pelo CES e autorizado pelo Conselho de Administração do CHSJ (Anexo IV).

emerge do/no contato com o contexto e com as pessoas da equipa que acompanharam no CHSJ a recolha da informação.

Em termos formais o questionário é composto por duas partes: a primeira tem a ver com as questões de ordem sociodemográficas (idade, género, situação conjugal, escolaridade, profissão, situação profissional, situação familiar) e, a segunda, por um grupo de vinte perguntas (dezoito questões fechadas e duas abertas). As questões colocadas versavam temas de acolhimento, hospitalidade, saúde, acessibilidade, bem-estar e qualidade de vida (Anexo I).

A aplicação do inquérito foi precedida por um registo informativo (Anexo II), onde se explicitam os objetivos e a confidencialidade das respostas e, caso aceitassem participar, por uma Declaração de Consentimento (Anexo III). Os participantes foram ainda informados que poderiam abandonar o estudo no momento em que o desejassem, com autonomia, liberdade e sem qualquer prejuízo. No final, a investigadora assinou um termo de responsabilidade, declarando que, durante todo o estudo, seriam respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia¹⁹, da OMS, no que respeita à experimentação que envolve seres humanos e da CES, no que concerne ao recrutamento para este estudo, no sentido de este ser feito junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso da mesma consulta.

Neste sentido direcionamos a nossa investigação para a utilização de uma metodologia mista, isto é, “um modelo ponte” Shulman (1989), citado por Coutinho (2011:27) que se vai tornando singularmente relevante à medida que “integra o quantitativo e o qualitativo” (Coutinho, 2011:27).

¹⁹Com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000.

Da aplicação do inquérito, resulta a constituição de uma base de dados informática, que tratados e processados no programa IBM SPSS *Statistics* Data Editor, versão 20 – 32 bit, permite a análise quantitativa e a identificação das características e particularidades da população em estudo - pessoas portadoras de EM, com 60 anos ou mais e que fazem parte da Consulta das Doenças Desmielizantes, no Serviço de Neurologia do CHSJ.E, também, uma leitura “flutuante” de problemas que afetam a qualidade do acesso e dos serviços de acolhimento no domínio em análise. Situação que nos motiva e encaminha para a análise qualitativa dos dados recolhidos através das questões abertas, da observação presencial e conversas informais realizadas aquando da aplicação dos inquéritos.

Para além das variáveis sócio-demográficas, concebemos outras variáveis, as quais nasceram da análise, observação e constatação, fruto da experiência pessoal da investigadora principal no CHSJ, enquanto utente do mesmo serviço.

De referir que as variáveis foram:

Satisfação, receção, eficiência, regras, dúvidas, nível de acolhimento, nível de dificuldades, nível do acesso físico, nível de orientação, nível de perceção, nível de acesso, nível das condições de mobilidade, nível de bem-estar, nível do acolhimento humano e sugestões.

Para a análise quantitativa da amostra tivemos como suporte a base de dados da população que se desloca anualmente à consulta (de rotina) de Neurologia do CHSJ, sendo portadora de EM e com 60 anos ou mais.

A amostra foi recolhida de forma aleatória, durante o período de Fevereiro a Maio de 2014, sendo este o principal critério de elegibilidade dos inquiridos.

Com este tipo de plano correlacional ou inquérito, pretendeu-se demonstrar que neste programa e tratando-se de uma opinião partilhada por Byman and Cramer (1993:6) o “investigador não manipula qualquer variável e todos os dados relacionados com todas as variáveis são recolhidos simultaneamente”.

Acrescentam ainda, que a palavra correlação igualmente serve para nos referirmos a uma prática para investigar a relação entre variáveis, a que chamamos de plano de investigação.

2.2 População-alvo e práticas de delimitação da amostra

A população-alvo respeita ao grupo de pessoas idosas, da Consulta de Doenças Desmielizantes / EM, com consultas marcadas entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2014, num total de 59 pessoas (15 homens e 44 mulheres), com uma média de idades na ordem dos 65anos.

Importa referir que os fatores de delimitação da amostra seguiram o método de amostragem casual (Hill e Hill, 2009), especificamente a da amostragem aleatória simples. Neste caso, os requisitos foram: (1) idade igual ou superior a sessenta anos; (2) pessoas idosas portadoras da doença EM e (3) acompanhados na Consulta de Doenças Desmielizantes, no CHSJ.

A seleção da amostra foi reunida no período de 26 de Fevereiro a 29 de Maio de 2014, num total de 35 utentes - 9 homens e 26 mulheres, cuja média de idade é de 68 anos. Dado o universo (n=59), trata-se de uma amostra significativa, porquanto inquirimos 59% do total da população-alvo.

2.3 Construção das variáveis de estudo

As variáveis eleitas têm por alicerce, os objetivos do estudo e as hipóteses que desenvolvemos tendo em conta os propósitos da investigação.

Neste contexto, estabelecemos como variáveis dependentes e tendo em conta que representam a estrutura central do estudo, as subseqüentes:

- Nível de bem-estar no ambiente hospitalar;
- Nível de contribuição do acolhimento hospitalar para a melhoria da qualidade de vida.

Na mesma seqüência, designamos como variáveis independentes, as seguintes:

- Sociodemográficas: idade, género, situação conjugal, escolaridade, família;
- Médicas: Esclerose Múltipla;
- Ligação do cuidador com o utente: cuidador formal, cuidador informal.

2.4 Tratamento da informação

Para o tratamento da informação empregamos dois métodos diferentes. E em consonância com o que anteriormente referimos, para o tratamento da base de dados, fruto dos inquéritos recolhidos, utilizamos o programa da IBM, SPSS *Statistics Data Editor*, versão 20 – 32 bit.

Um instrumento (e estratégia) que nos permite fazer a análise quantitativa dos dados proceder à caracterização da amostra, bem como a corroboração ou impugnação das hipóteses que estiveram na base deste trabalho de investigação. A relembrar:

1. Hipótese A - O serviço de acolhimento do CHSJ contribui para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa com EM no ambiente hospitalar.
2. Hipótese B - Quanto melhor o acesso físico ao hospital pela pessoa idosa com EM, maior vai ser o seu nível de bem-estar no ambiente hospitalar.
3. Hipótese C – Quanto maior a dificuldade no acesso físico da pessoa idosa com EM ao hospital, menor o seu bem-estar, no ambiente hospitalar.

E o método qualitativo, por via da análise de conteúdo das questões abertas, do “diário de campo” da investigadora, pela observação e diálogo com os participantes diretos, o que muito ajudou a desvelar e a melhor entender as preocupações e necessidades desta população.

3. Análise Quantitativa

3.1 Caracterização da amostra

De acordo com as orientações que estabelecemos, a nossa amostra é formada por 35 pessoas idosas com EM. Amostra que retrata 59% do nosso universo. De referir que esta (amostra) patenteia e de forma representativa, uma percentagem, do número de pessoas idosas com EM que frequentam a Consulta de Doenças Desmielizantes/EM, no CHSJ, ao longo do ano de 2014.

Idade

	Frequência	%
60 - 65 Anos	26	74,29
66 - 71 Anos	4	11,43
72 - 77 Anos	4	11,43
78 - 83 Anos	1	2,88
Total	35	100

Quadro nº 2 - Distribuição da amostra por classe de idades

A idade destas pessoas idosas com EM foca-se essencialmente entre os 60 e os 65 anos (representando 74% da amostra) e de acordo com o Quadro nº 2 como podemos constatar. Sendo a nossa amostra (maioritariamente) e segundo Maximilienne Levet (1995), formada por um grupo de pessoas idosas portadoras de EM pertencente à classe da velhice madura. Tornando-se menos expressiva e de forma desgarrada entre os 66 e os 83 anos e ao analisarmos o Gráfico nº 2 assim o podemos confirmar também.

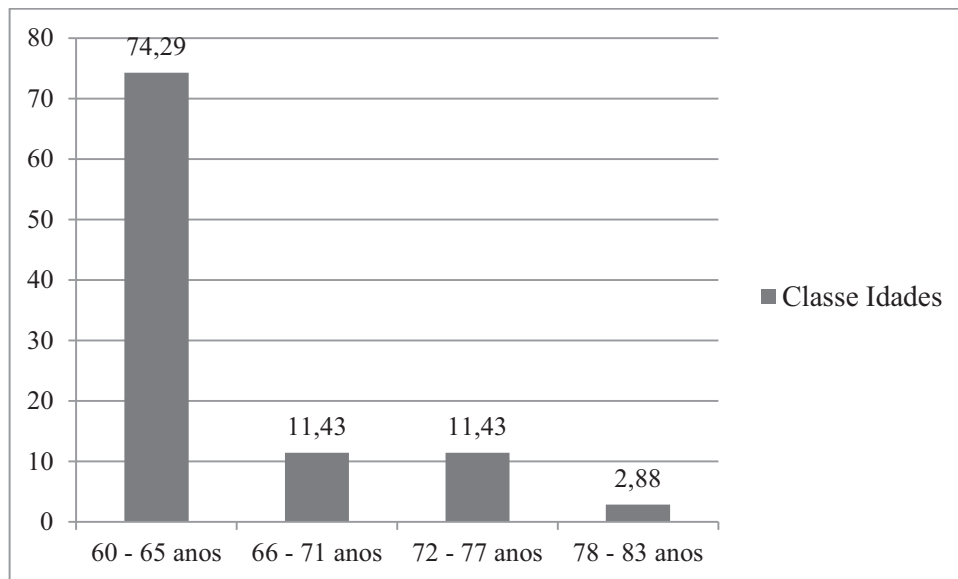


Gráfico n° 2 - Distribuição da amostra por classe de idades

Acresce que estes valores e indo de encontro ao que Joana Guimarães e Maria José Sá (2014) nos transmite, ou seja, a EM surge e na maior parte dos casos é diagnosticada enquanto doença crónica, entre os 20 e os 40 anos, tal como confirmaram as pessoas idosas por nós inquiridas e portadoras de EM, nas conversas informais aquando da realização dos inquéritos. De referir que adotamos como fatores de inclusão, a idade (pessoas idosas, com 60 anos ou mais), o facto de se tratar de pessoas idosas com patologia EM e a condição de se aplicar e de forma personalizada (a essas pessoas idosas) o inquérito aquando da sua vinda ao CHSJ por motivo da consulta de rotina durante o ano de 2014.

Estes fatores de inclusão conduziram a que se obtivesse uma micro população (e apesar de estatisticamente ser muito pequena quando comparada com populações estatísticas muito grandes) expressiva. O que se explica pelo facto de estarmos a tratar de pessoas com características específicas, o que por outro lado acabou por operar como um fator limitativo.

A repartição da amostra por género e de acordo com o Quadro nº 3 está repartida por 26% do sexo masculino e 74% do sexo feminino. Dados que corroboram com o que Quevauvilliers e Perlemuter (2001) nos dizem. Pois estes resultados confirmam que a EM afeta mais as mulheres que os homens e de forma muito expressiva.

Género

	Frequência	%
Masculino	9	25,7
Feminino	26	74,3
Total	35	100

Quadro nº 3 - Repartição da amostra por género

Ao observarmos o Gráfico nº 3 compreende-se a desproporcionalidade desta distribuição de género. Realidade que Joana Guimarães e Maria José Sá (2014) também reforçam e confirmam.

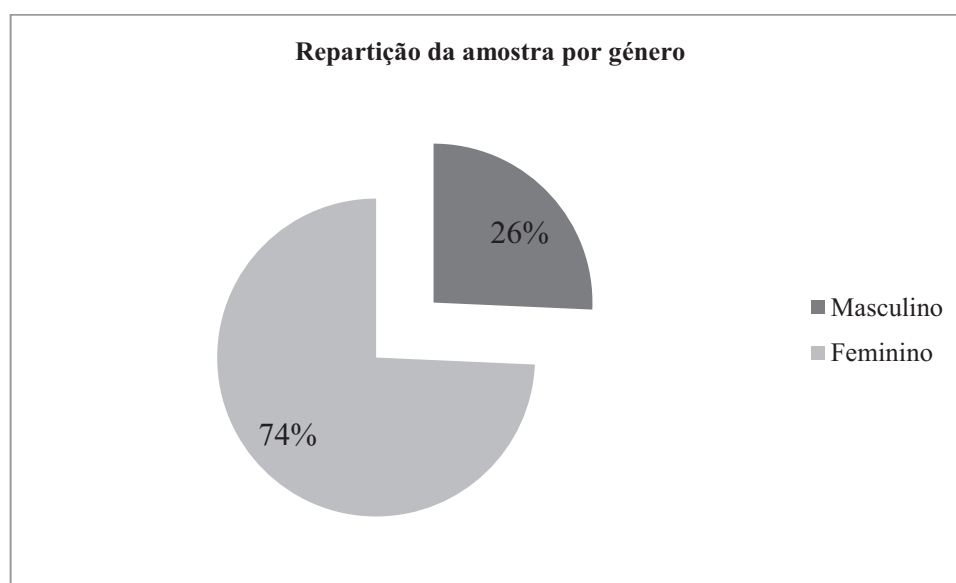


Gráfico nº 3 - Repartição da amostra por género

Relativamente à situação conjugal destas pessoas idosas com EM e dissecando o Quadro nº 4, a maior parte delas (66%) encontram-se casada, contudo 34% habita sem conjugue.

Situação conjugal

	Frequência	%
Casado	23	65,7
Solteiro	2	5,7
Divorciado	6	17,1
Viúvo	4	11,4
Total	35	100

Quadro nº 4 – Situação Conjugal

Estes últimos valores (6%+17%+11%=34%) quando somados, e ao observarmos o Gráfico nº4, apresentam-se bastante significativos e esclarecedores, pelos comprometimentos que em situações de surtos agressivos, podem vir a exibir.

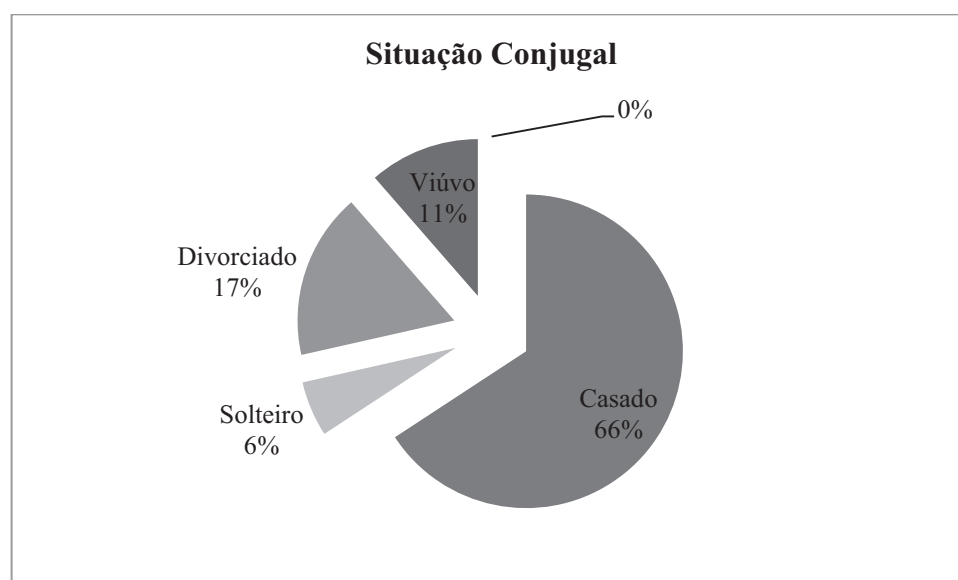


Gráfico nº 4 – Situação Conjugal

Erguendo desta forma um alerta para o levantamento e conceção de ajudas que se mostrem necessárias e oportunas a este tipo de população ou populações com características similares.

No que refere à escolaridade e ao observarmos o Quadro nº 5 podemos aferir que 49% das pessoas idosas com EM são portadores do ensino básico, 17% apresenta como habilitações literárias o secundário e 34%, o ensino superior.

Escolaridade

	Frequência	%
Básico	17	48,6
Secundário	6	17,1
Ensino Superior	12	34,3
Total	35	100

Quadro nº 5 – Escolaridade

Ao observarmos o Gráfico nº 5, e somando os valores ($49\%+17\%=66\%$) somos levados a concluir pelo baixo nível de escolaridade da nossa amostra.

A qual pode ter consequências na qualidade de vida e no bem-estar neste tipo de população (pessoas idosas portadores de doenças crónicas). Pois uma baixa escolaridade em muitos casos implica baixos rendimentos e consequentemente dificuldades no acesso à informação e aos tratamentos.

Neste contexto e ao examinarmos os dados sobre as profissões da nossa amostra, deparamo-nos com uma imensidão de atividades profissionais, mas com uma focagem nas atividades ligadas à função pública e às profissões ligadas às empresas fabris.

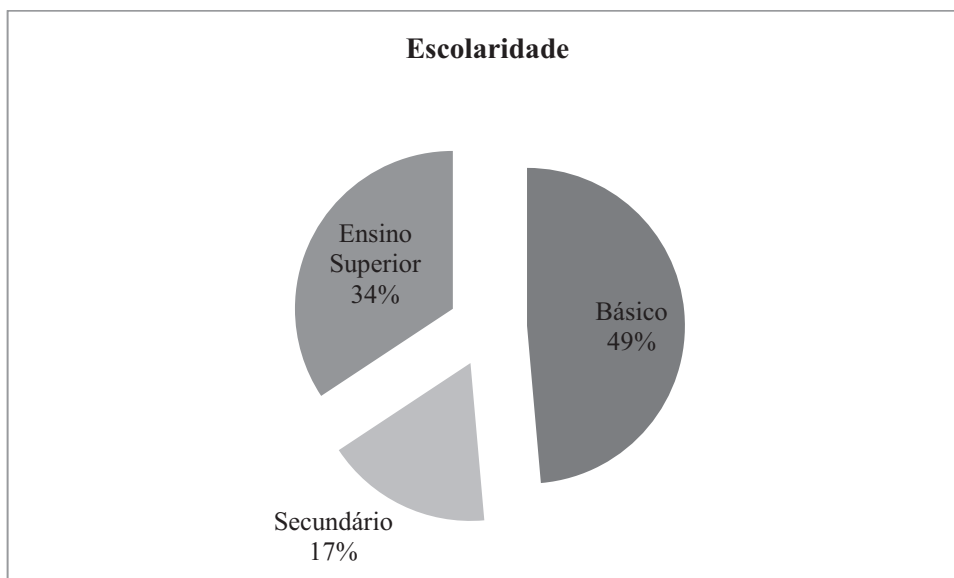


Gráfico n.º 5 - Escolaridade

Dados que quando analisados representam cerca de metade da nossa amostra (49%).

A grande diversidade de profissões da amostra, acompanha de certa forma a baixa escolaridade da mesma, podendo acompanhar com baixos rendimentos. Situação que pode originar efeitos negativos na evolução da própria doença ao longo dos anos.

Sendo que podemos constatar esta situação através da análise do Gráfico n.º 6, em que 91% da amostra já se encontra reformada. E apenas 9% se encontra a desenvolver uma atividade profissional e no ativo, tal como recomendam Joana Guimarães e Maria José Sá (2014). Pois desta forma aumentam a sua auto-estima, contribuem para uma melhor qualidade de vida, bem como fomentam o incremento dos seus rendimentos financeiros, podendo estes serem consideravelmente melhores.

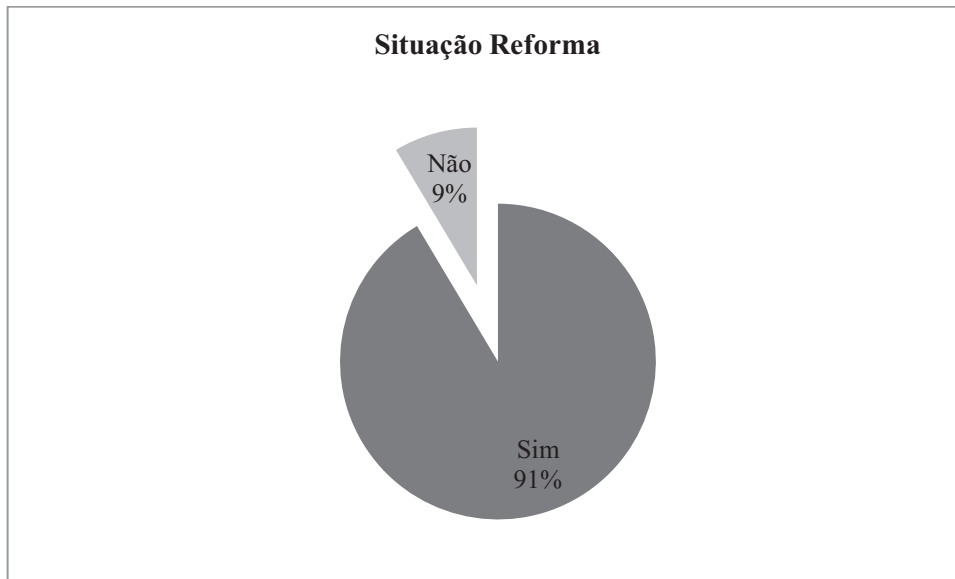


Gráfico nº 6 – Situação de Reforma

Uma das questões sociodemográficas que convergiu para a verificação da existência de cuidadores formais e/ou informais foi saber se existia uma boa retaguarda familiar e se sim, de que tipo.

De referir que 100% da nossa amostra se deslocou ao CHSJ por motivo de consulta de rotina, e que parte dela compareceu no CHSJ acompanhado por familiares diretos ou por pessoas muito próximas. Ao analisarmos a informação recolhida verificamos que parte da amostra já não tem marido ou esposa por motivos de viuvez, de divórcio, ou naturalmente porque são solteiros. De referir que os utentes idosos da nossa amostra têm filhos, e estes filhos já contribuíram para aumentar a taxa de natalidade, dando netos aos seus pais e conseqüentemente avós. Acrescendo outros familiares como irmãos, primos, entre outros.

De lembrar que estas constatações poderão servir de mote para um novo projeto de investigação.

Depois de termos feito uma apreciação às variáveis sociodemográficas da amostra, encetamos uma análise às variáveis do estudo. Esta pesquisa foi aberta tendo por base, um conjunto de questões.

Começamos por aferir qual o nível de acolhimento do serviço. Nesta pergunta procuramos saber se as pessoas idosas com EM se encontravam satisfeitas com a forma como eram acolhidas no Serviço de Neurologia do CHSJ, na Consulta de Doenças Desmielizantes.

Como avalia a sua satisfação relativamente ao acolhimento neste serviço?

	Frequência	%
Muito satisfeito(a)	9	25,7
Satisfeito(a)	22	62,9
Nem satisfeito(a)/nem insatisfeito(a)	3	8,6
Insatisfeito(a)	1	2,9
Total	35	100

Quadro nº 6 - Satisfação/Acolhimento do Serviço de Neurologia

De relatar e olhando para o Quadro nº 6, que 63% afirmou sentir-se satisfeito e 26% declarou estar muito satisfeito. Se somarmos os valores anteriores, temos 89% das pessoas idosas com EM que frequentam a Consulta de Neurologia Doenças Desmielizantes satisfeitas com o acolhimento, daí que e olhando para o Gráfico nº 7, podemos afirmar que este valor indicia que a nossa Hipótese A poderá vir a ser validada. E de acordo com Carmine Sante (2001), poderemos estar perante o cumprimento do protocolo de Hospitalidade, no CHSJ. Ou seja, a equipa do CHSJ, pratica um acolhimento com atitude, criando situações de bem-estar à pessoa idosa. Por outro lado, esta satisfação sentida pela pessoa idosa com EM vem sustentar a

competência ética, realçada por Carvalho (2006), acerca de uma “cidadania multicultural, inclusiva e solidária”.

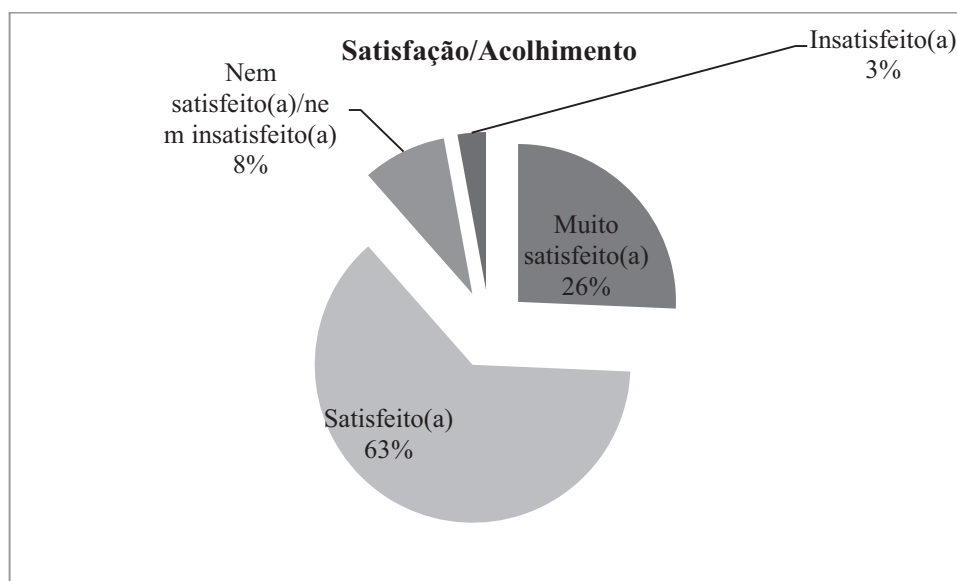


Gráfico nº 7 -Satisfação/Acolhimento do Serviço de Neurologia

Depois pedimos às pessoas idosas com EM que procedessem à avaliação da forma como eram recebidos pela equipa do hospital de São João.

Como avalia a receção efetuada pela equipa do Hospital de São João?

	Frequência	%
Má	1	2,9
Razoável	3	8,6
Boa	27	77,1
Muito boa	4	11,4
Total	35	100

Quadro nº 7 – Receção/Equipa do Hospital de São João

De expor e tendo por base o Quadro nº 7, que 77% disse que esta era boa, 11% afirmou ser muito boa a receção efetuada pela equipa do Hospital de São João.

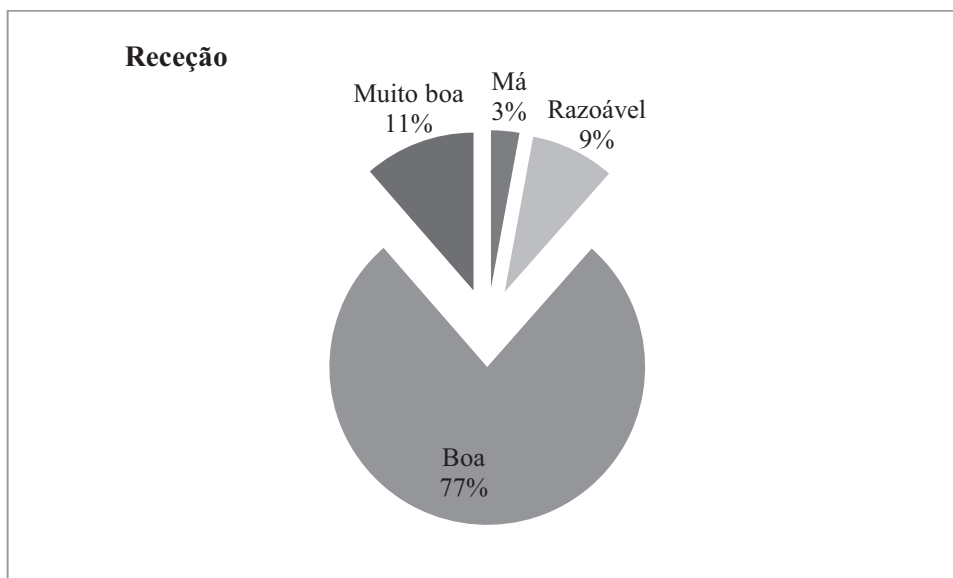


Gráfico n°8 – Receção/Equipa do Hospital de São João

Mais uma vez e observando o Gráfico n° 8, ao somarmos estes dois valores temos 88% da amostra a afiançar uma avaliação positiva e favorável à aprovação da nossa hipótese de partida, a Hipótese A.

Também aqui e indo de encontro com o pensamento de Roccheta (2001:40), a equipa do CHSJ demonstra tratar cada pessoa idosa com EM, de forma personalizada e tendo em conta o ser de cada um.

A seguir pedimos às pessoas idosas com EM que procedessem à avaliação da eficiência do serviço de informações.

Como avalia a eficiência do serviço de informações?

	Frequência	%
Mau	2	5,7
Razoável	6	17,1
Bom	25	71,4
Muito bom	2	5,7
Total	35	100

Quadro nº 8 – Eficiência do Serviço de Informações

A esta pergunta e como podemos constatar no Quadro nº 8, 71% das pessoas idosas com EM consideram o serviço de informações bom e 17% afirmam que se trata de um serviço razoável.

Ao observarmos o Gráfico nº 9, verificamos que 6% das pessoas idosas com EM acham o serviço de informações da Consulta de Neurologia Doenças Desmielizantes muito bom. Por outro lado 6% das pessoas também julgam o serviço muito mau.

Porém se somarmos as pessoas idosas com EM que consideram o serviço razoável e as pessoas que o consideram bom, temos 88% da nossa amostra satisfeita com o serviço de informações do Hospital de São João. O qual contribui para a satisfação da pessoa idosa com EM e de forma significativa, como podemos verificar no Gráfico nº 9.

E consequentemente contribui para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa com EM e o seu bem-estar, reduzindo os níveis de ansiedade e de *stress*.

Esta questão torna-se muito marcante, dada a nossa amostra ser constituída maioritariamente por pessoas idosas com EM, que se encontram e segundo Schoots e Birren (1980), no estágio secundário do envelhecimento, ou seja, sendo portadores de EM, ao mesmo tempo estão a envelhecer com alguma normalidade.

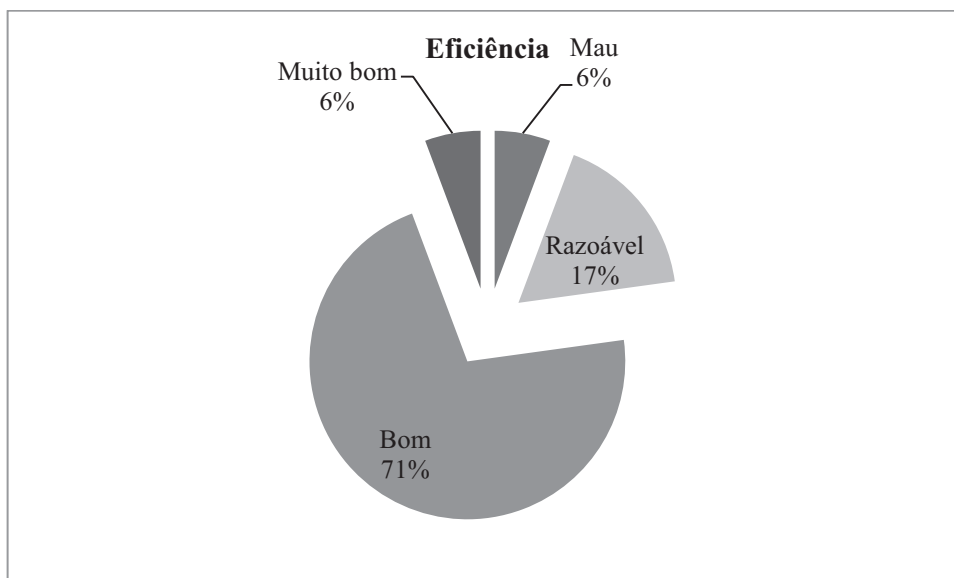


Gráfico n° 9 – Eficiência do Serviço de Informações

Daí a importância dada ao serviço de informações do CHSJ.

À questão conhece as regras e de acordo com o Quadro n° 9, 97% das pessoas responderam que sim e apenas 3% é que replicaram que não.

Conhece as regras deste serviço?

	Frequência	%
Não	1	2,9
Sim	34	97,1
Total	35	100

Quadro n° 9 – Regras do Serviço

Este valor assertório (Quadro n° 9) explica-se pelo facto de muitas destas pessoas idosas com EM frequentarem a Consulta de Neurologia Doenças Desmielizantes há mais de 10 anos (Quadro n° 10). Daí estarem familiarizados com as regras do serviço do HSJ (hoje CHSJ).

Número de anos com Esclerose Múltipla

	Frequência	%
0 - 10 Anos	12	34,29
11 -20 Anos	13	37,14
21 - 30 Anos	8	22,86
31 - 40 Anos	2	5,71
Total	35	100

Quadro nº 10 – Número de anos com Esclerose Múltipla

De referir que estas pessoas idosas com EM afirmaram sentir-se devidamente enquadradas no CHSJ.

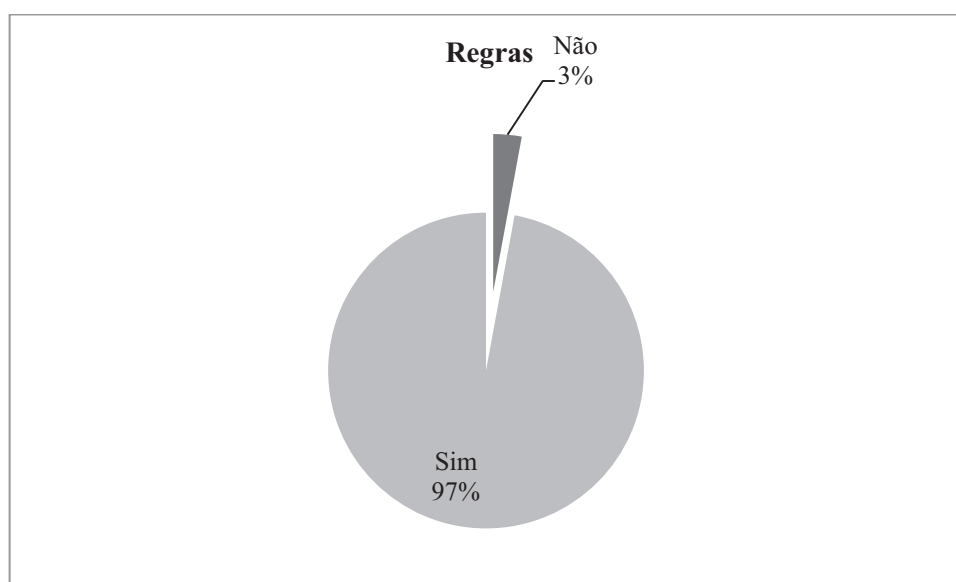


Gráfico nº 10 – Regras do Serviço

Neste entrecho quando questionamos as pessoas idosas com EM sobre se sentiam dúvidas (Quadro nº 11), aquando da necessidade de se dirigirem a algum lado, 94% declararam que não e 6% afirmaram que sim. Sucedendo que este resultado vem corroborar os anteriores.

Em caso de dúvida sabe onde dirigir-se?

	Frequência	%
Não	2	5,7
Sim	33	94,3
Total	35	100

Quadro nº 11 – Dúvidas

Podemos ainda constatar que ao analisarmos o Gráfico nº 11 capacitámo-nos da importância de um bom serviço de acolhimento, o qual deve permitir o esclarecimento de todas as dúvidas e contribuir para o bem-estar e consequentemente aumentar a qualidade de vida da pessoa humana.

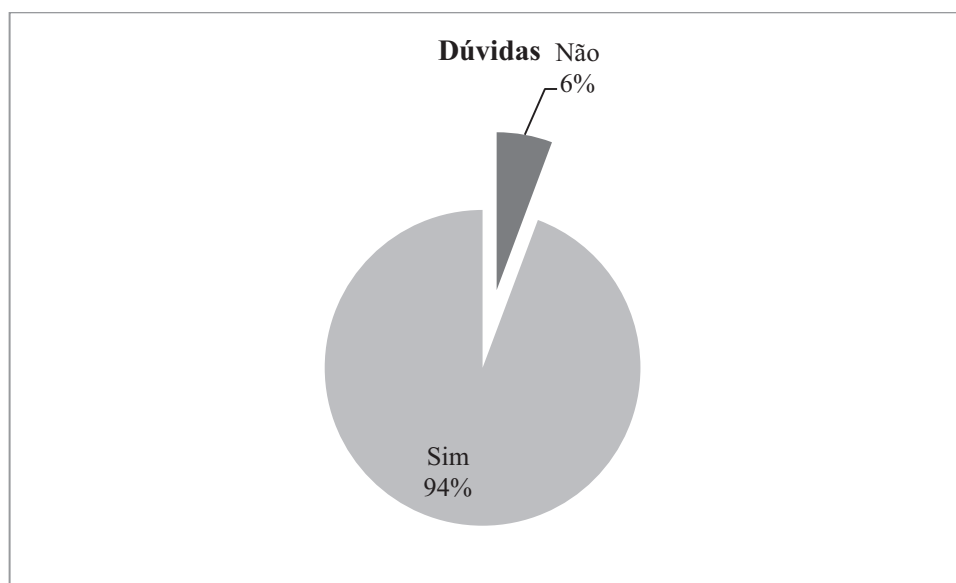


Gráfico nº 11 – Dúvidas

Conquanto, se pede para a pessoa idosa com EM avaliar o nível de acolhimento do espaço de espera, e de acordo com o Quadro nº 12, 17% consideram-no mau, 51% acham-no razoável.

Como avalia o nível acolhimento do espaço de espera?

	Frequência	%
Muito mau	1	2,9
Mau	6	17,1
Razoável	18	51,4
Bom	10	28,6
Total	35	100

Quadro nº 12 – Acolhimento/Espaço de espera

De referir que este local é normalmente onde a pessoa idosa com EM aguarda para ser atendido para a consulta, para diagnósticos, para tratamentos e outras situações. Ao estudarmos o Gráfico nº 12 percebemos que existem pessoas idosas com EM pouco satisfeitos, ainda que manifestem este sentimento de forma pouco clara.

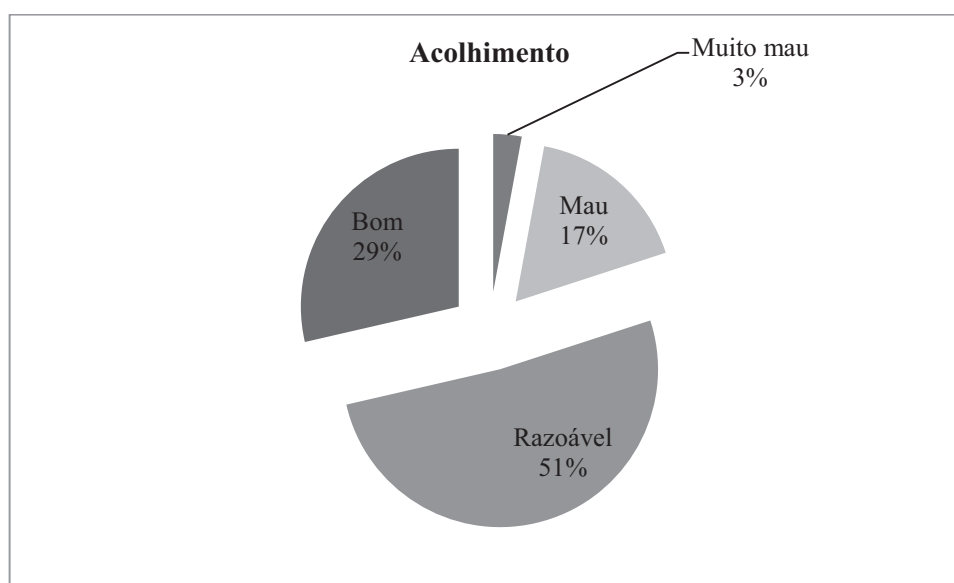


Gráfico nº 12 – Acolhimento/Espaço de espera

Entrando nas questões relacionadas com as dificuldades físicas sentidas pelas pessoas idosas com EM (Quadro nº 13), 23% afirmam que sentem muita dificuldade no acesso ao hospital, dado existirem algumas barreiras arquitetónicas, que originam dificuldades à movimentação com cadeiras de rodas, muletas e outros artefactos, 9%

afiançam sentir bastante dificuldade e 23% sentem uma dificuldade média. No total destas três classes, temos mais de metade (54%) da nossa amostra com algum tipo de dificuldade no acesso físico ao hospital, o que nos impõe uma reflexão acerca deste assunto, no sentido de serem criadas condições para melhorar a condição de vida destas pessoas e de uma forma transversal para todos.

Por outro lado, denota que estamos perante pessoas idosas portadoras de uma patologia (EM), com características invalidantes, a qual poderá vir a ser para muitas destas pessoas idosas uma realidade bastante eloquente num futuro próximo.

Qual o nível de dificuldade que sente no acesso físico ao Hospital?

	Frequência	%
Muito pouco	9	25,7
Pouco	7	20
Médio	8	22,9
Bastante	3	8,6
Muito	8	22,9
Total	35	100

Quadro nº 13 – Dificuldade/Acesso físico ao Hospital

Ao observarmos o Gráfico nº 13 verificamos o quanto repartida está a nossa amostra e ao mesmo tempo podendo refletir o estágio de vida em que se encontra.

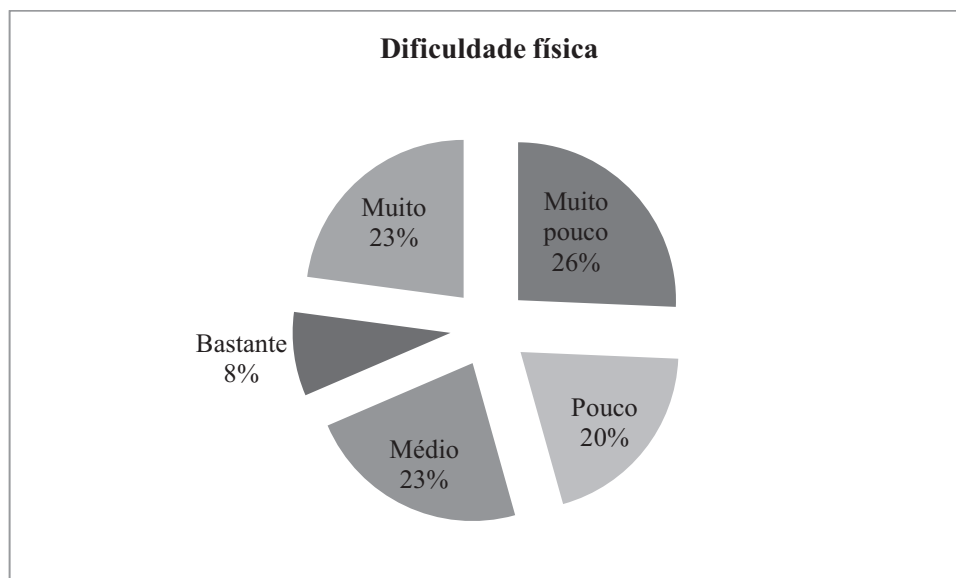


Gráfico n° 13 – Dificuldade/Acesso físico ao Hospital

Revelando desta forma as diferentes fases das circunstâncias de vida de cada pessoa idosa com EM. Apenas 26% sente pouca dificuldade, o que quer dizer que 75% da nossa amostra sente algum tipo de dificuldade física no acesso ao hospital, podendo esta ser mais penosa ou menos. De referir que se trata de um valor elevado pois estamos a falar de 2/3 da amostra.

Como avalia o seu acesso físico ao Hospital?

	Frequência	%
Muito mau	5	14,3
Mau	8	22,9
Razoável	11	31,4
Bom	7	20
Muito bom	4	11,4
Total	35	100

Quadro n° 14 – Avaliação/Acesso físico ao Hospital

Por outro lado quando interrogamos as pessoas idosas com EM acerca do seu próprio acesso físico ao hospital, apenas 11% consideram ter um acesso muito bom,

20% afirmam que o seu acesso físico é bom e 31% consideram que é razoável. Ao somarmos estas três categorias e observarmos o Gráfico nº 14, temos 63% da nossa amostra a afirmar que o seu acesso físico é no mínimo razoável, valor que vem negar o anterior, em que 54% sente algum tipo de dificuldade no acesso ao hospital. O que quer dizer que podemos sentir dificuldades no acesso ao hospital de uma forma generalizada, mas não as sentirem da mesma forma a nível pessoal.

Constatação, esta que nos encaminha para num outro estudo tentar perceber o que realmente condiciona o acesso físico das pessoas (idosas) portadoras de uma patologia como a EM (ou outra), a uma unidade hospitalar.

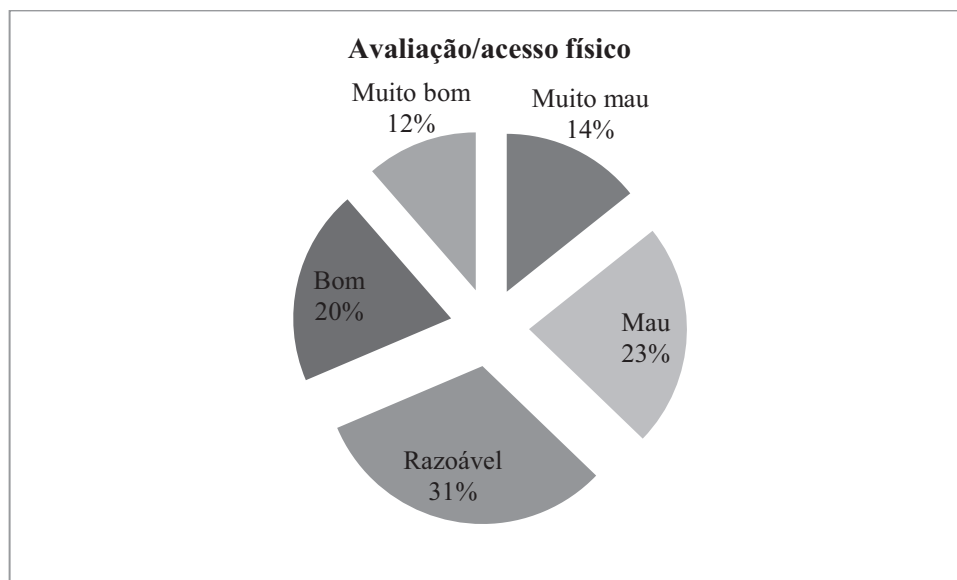


Gráfico nº 14 – Avaliação/Acesso físico ao Hospital

Relativamente à questão sobre as dificuldades de orientação que as pessoas idosas com EM sentem dentro do hospital, 40% da amostra afirma ter muito pouca dificuldade.

Qual o nível de dificuldade que sente na orientação dentro do Hospital?

	Frequência	%
Muito pouco	14	40
Pouco	7	20
Médio	11	31,4
Bastante	2	5,7
Muito	1	2,9
Total	35	100

Quadro nº 15 – Dificuldade/Orientação no Hospital

Por outro lado e ao observarmos o Quadronº15, 35% afirmam sentir uma dificuldade média na orientação.

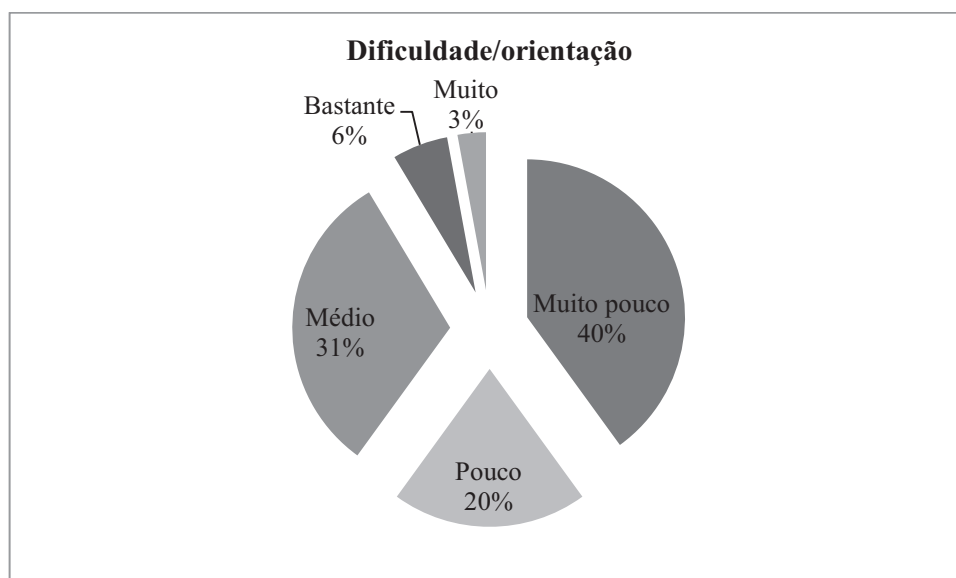


Gráfico nº 15 – Dificuldade/Orientação no Hospital

Transpondo a nossa análise para o Gráfico nº15 podemos dizer que 60% das pessoas idosas com EM inquiridas da nossa amostra sentem pouca dificuldade de orientação dentro do hospital. Mas os restantes 40% da amostra já sentem algum tipo de dificuldade. Por outro lado ao questionarmos as pessoas idosas com EM acerca da sua dificuldade de orientação, 26% afirmam ter uma má orientação dentro do hospital. Os

restantes e são cerca de 75% da amostra já afirmaram que a sua orientação dentro do hospital é pelo menos razoável.

Mais uma vez podemos constatar que a opinião das pessoas idosas com EM e neste caso vem comprovar que as pessoas ao sentirem pouca dificuldade de orientação dentro do hospital também a transportam para a sua realidade mais pessoal, não sentido dificuldade de orientação dentro do hospital. Valores que podemos analisar no Quadro nº 16, e observar o significado expressivo através do Gráfico nº 16.

Como avalia a sua orientação dentro do Hospital?

	Frequência	%
Muito mau	7	20
Mau	2	5,7
Razoável	13	37,1
Bom	10	28,6
Muito bom	3	8,6
Total	35	100

Quadro nº 16 – Avaliação/Orientação no Hospital

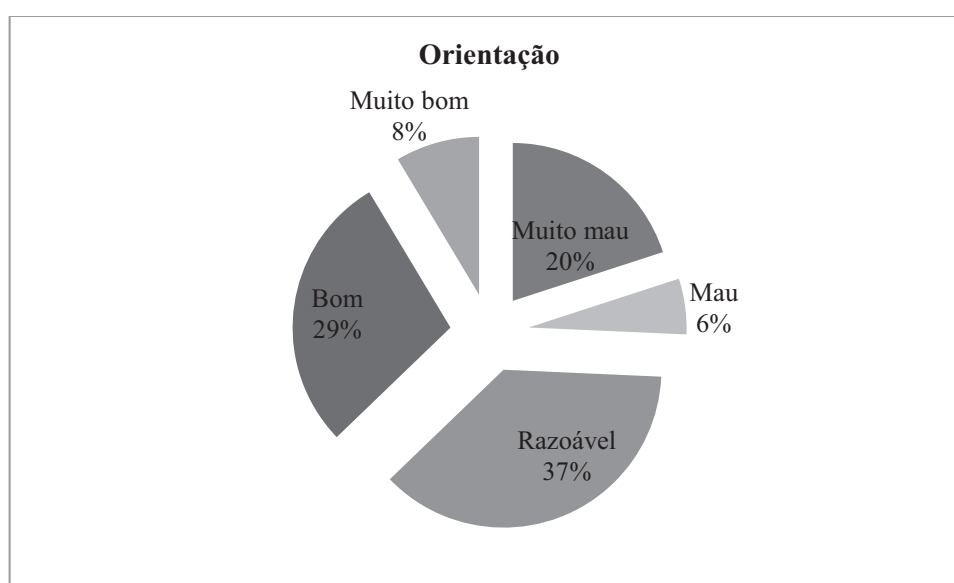


Gráfico nº 16 – Avaliação/Orientação no Hospital

As pessoas idosas com EM quando questionadas se sentiam dificuldades aquando das informações recebidas e ao observarmos o Quadro nº 17 e o Gráfico nº 17, podemos confirmar que 60% responderam que sentiam muito pouca dificuldade, 29% afirmaram ter alguma e 11% bastante. Esta dificuldade (cerca de 40% da amostra) pode explicar-se em parte pela baixa escolaridade da nossa amostra.

Qual o nível de dificuldade que sente aquando da informação recebida?

	Frequência	%
Muito pouco	21	60
Médio	10	28,6
Bastante	4	11,4
Total	35	100

Quadro nº 17 – Dificuldade/Informação recebida

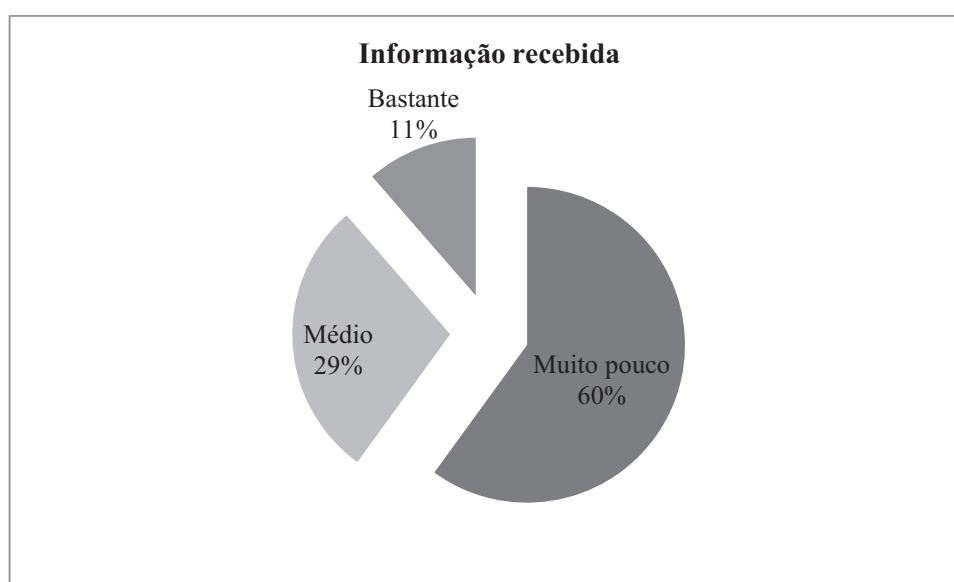


Gráfico nº 17 – Dificuldade/Informação recebida

Depois de questionarmos as pessoas idosas com EM acerca da compreensão aquando da informação recebida. Perguntamos como avaliavam o seu acesso à

informação (Quadro nº 17), sendo que 51% declararam que este era bom e 17% consideram-no muito bom.

Como avalia o seu acesso à informação?

	Frequência	%
Mau	3	8,6
Razoável	8	22,9
Bom	18	51,4
Muito bom	6	17,1
Total	35	100

Quadro nº 18 – Avaliação/Acesso à informação

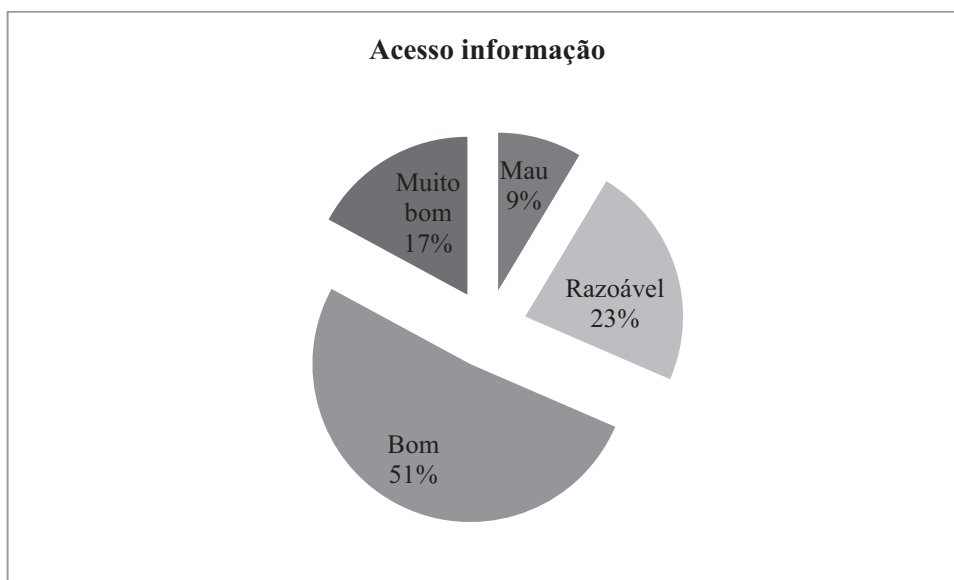


Gráfico nº 18 – Avaliação/Acesso à informação

Ao observarmos o Gráfico nº 18, constatamos que 68% da amostra considera ter um bom acesso à informação sempre que necessita. Acrescendo que 23% acha que o seu acesso à informação é razoável. E apenas 9% da amostra considera ter um mau acesso à informação.

Por outro lado, as pessoas idosas com EM inquiridas apontam algumas faltas no espaço de acolhimento (Quadro nº 19), ou seja, no local onde aguardam para serem atendidos na consulta de rotina (normalmente esta tem uma periodicidade semestral).

O que considera em falta neste espaço de acolhimento?

	Frequência	%
Melhor organização do espaço para facilitar a circulação das pessoas com mobilidade reduzida.	9	25,7
Porta de entrada do serviço mais larga para facilitar a entrada das pessoas com mobilidade reduzida.	1	2,9
Máquina de dispensação de produtos de higiene íntima, ex. fraldas.	2	5,7
Melhorar a manutenção dos espaços comuns, com o intuito de evitar a degradação dos mesmos.	2	5,7
Cadeiras mais robustas e confortáveis.	6	17,1
Silêncio.	3	8,6
Funcionários para fazer o acolhimento aos doentes que chegam ao CHSJ.	1	2,9
Humanização por parte dos técnicos de saúde.	1	2,9
Implementação de um sistema de chamada diferente, ex. senhas.	1	2,9
Climatização.	4	11,4
Mais limpeza e arrumação dos espaços comuns.	1	2,9
Atendimento à hora marcada da consulta, para desta forma libertar espaço na sala de espera.	1	2,9
Sem opinião	3	8,6
Total	35	100

Quadro nº 19 – Faltas/Espaço de acolhimento

Destacam-se nesta análise três pontos, como podemos atestar ao observar o Quadro nº 19.

26% Das pessoas idosas com EM lembram da necessidade de uma melhor organização do espaço, para facilitar a circulação das pessoas com mobilidade reduzida.

17% Sugerem a colocação de cadeiras mais robustas e confortáveis, bem como 11% recordam a necessidade da colocação de climatização no espaço.

As pessoas idosas com EM quando questionadas em relação às condições de mobilidade que o hospital lhes oferece, e em face das suas necessidades e ao analisarmos o Quadro nº 20, verificamos que 54% consideram-nas razoáveis, 20% afirmam que são boas e 11% muito boas. Porém 9% acham-nas más e 6% muito más. Logo 14% interpela-nos acerca de as condições de mobilidade poderem sofrer alterações, serem melhoradas, nomeadamente para as pessoas com mobilidade reduzida e dessa forma aumentar a sua qualidade de vida.

Como avalia as condições de mobilidade existentes em relação às suas necessidades?

	Frequência	%
Muito más	2	5,7
Más	3	8,6
Razoáveis	19	54,3
Boas	7	20
Muito boas	4	11,4
Total	35	100

Quadro nº 20 – Mobilidade/Necessidades

No Gráfico nº 20 visualizamos e de forma inequívoca que as pessoas idosas com EM não sentem grandes dificuldades na sua mobilidade física dentro do hospital. Mas também significa por outro lado que existem pontos a melhorar, pois temos pessoas idosas insatisfeitas.

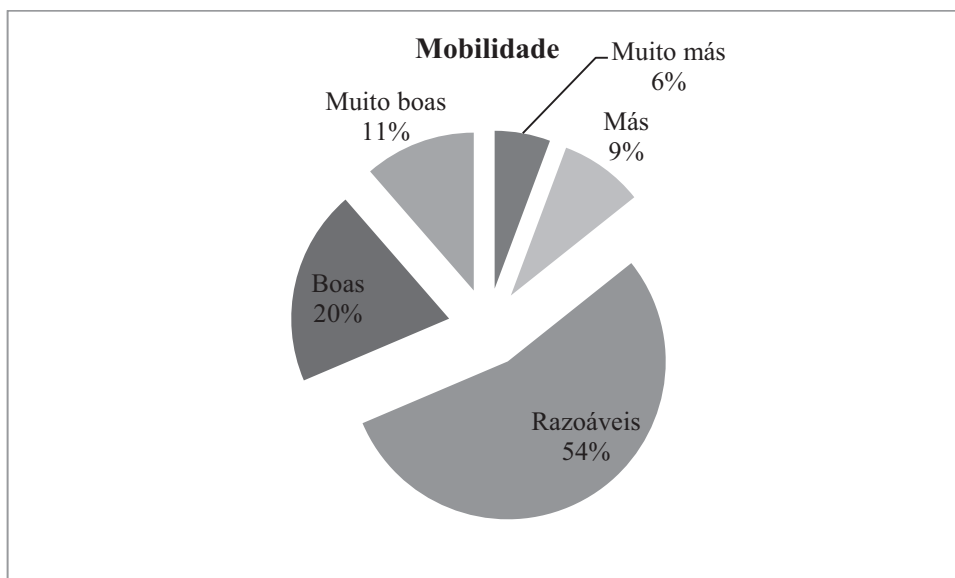


Gráfico n° 20 – Mobilidade/Necessidades

E em jeitos de términos pediu-se-lhes algumas proposições de melhoria. Destacando-se nestas sugestões, o manter o nível de qualidade que o HSJ/CHSJ já atingiu, investir e prosseguir na formação dos técnicos de saúde na área da Humanização e aumentar a fiscalização e a limpeza nas partes comuns do hospital.

3.2 Correlação entre variáveis

Ao analisarmos o Quadro nº 21 e somando 43% e 11%, temos 54% da nossa amostra que avalia o seu nível de bem-estar como bom e muito bom.

Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?

	Frequência	%
Mau	1	2,9
Razoável	15	42,9
Bom	15	42,9
Muito bom	4	11,4
Total	35	100

Quadro nº 21 – Nível de Bem-Estar

E analisando o Gráfico nº 21 percebemos que o mesmo número de pessoas idosas com EM fez uma avaliação de razoável (43%) e uma avaliação de bom (43%).

De referir, que apenas 3% da nossa amostra afirmou que o seu nível de bem-estar era muito mau no ambiente hospitalar em que estava inserido, diga-se no CHSJ.

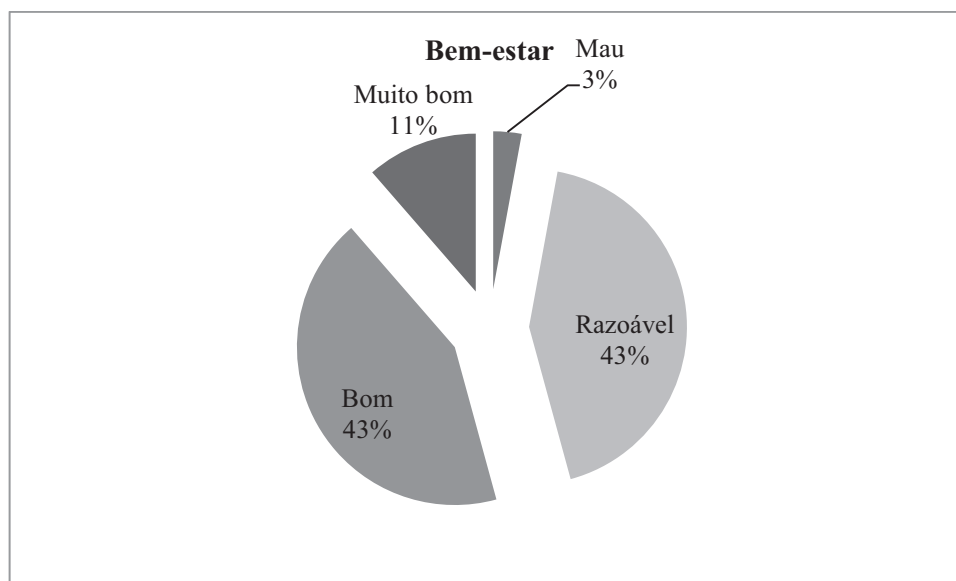


Gráfico nº 21 – Nível de Bem-Estar

Quando questionamos as pessoas idosas com EM acerca da contribuição do acolhimento hospitalar realizado pela equipa do CHSJ e de que forma este contribuí-a para melhorar a sua qualidade de vida (Quadro nº 22), 43% afirmou que contribuí-a muito.

Como avalia a contribuição do Acolhimento Hospitalar para a melhoria da sua qualidade de vida?

	Frequência	%
Muito pouco	1	2,9
Médio	7	20
Bastante	12	34,3
Muito	15	42,9
Total	35	100

Quadro nº 22 - Contribuição do Acolhimento Hospitalar

34% Assegurou que contribui-a bastante e 20% disse que contribui-a de forma média. Apenas 3% atestou que contribui-a muito pouco.

Ao analisarmos o Gráfico nº 22 e o Quadro nº 22, podemos verificar que a nossa amostra enaltece muito o contributo que o acolhimento hospitalar lhe traz à sua vivência do dia-a-dia. Melhorando a sua qualidade de vida e o seu bem-estar e de forma determinante.

O que denota que as pessoas idosas com EM da nossa amostra, têm sido recebidas no CHSJ como Honoré (2004:220) nos aconselha, quando nos explica que o Hospital é “ um lugar de acolhimento das pessoas e da sua doença, para as acompanhar, com todos os meios de que dispomos, na sua confrontação com essa doença e na avaliação das suas consequências sobre a sua vida”.

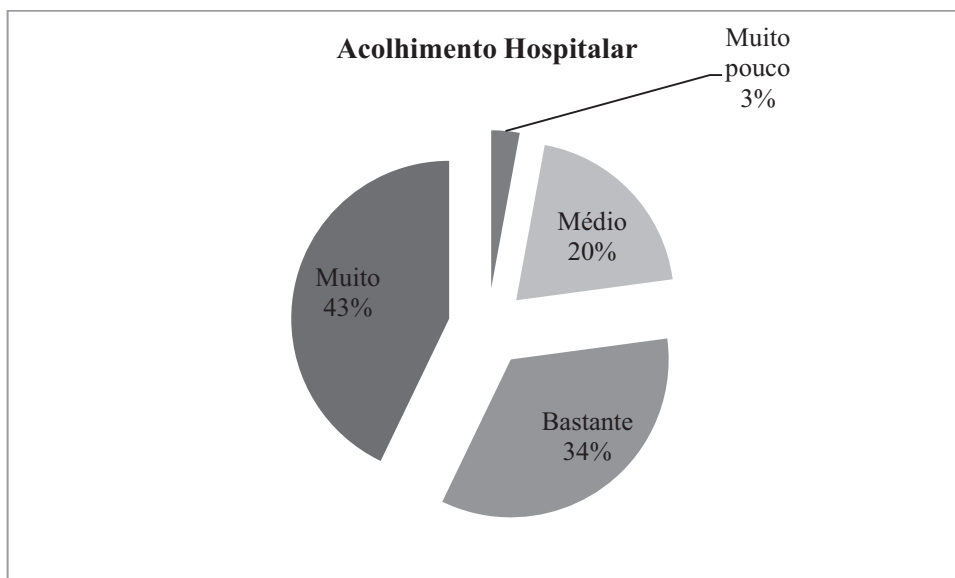


Gráfico n° 22 - Contribuição do Acolhimento Hospitalar

Por outro lado também significa que estas pessoas idosas com EM têm sido recebidas e tratadas no CHSJ, com ternura, tal como Rochetta (2001:40) aconselha, pois as pessoas idosas não devem representar algo genérico, tão pouco serem tratados de forma abstrata, muito menos serem apenas “almas para salvar”. Por outro lado, Isabel Baptista (2009:29) diz-nos que “todos somos «sujeitos de ajuda», todos precisamos de «ser salvos» e é na relação solidária que encontramos o sentido e a força para o fazer”.

1. Correlação entre as variáveis bem-estar e contribuição do Acolhimento Hospitalar

Correlação Spearman'srho

			Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Como avalia a contribuição do Acolhimento Hospitalar para a melhoria da sua qualidade de vida?
<i>Spearman'srho</i>	Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Correlação Coeficiente	1	,452**
		<i>Sig. (2-tailed)</i>	.	0,006
	Como avalia a contribuição do Acolhimento Hospitalar para a melhoria da sua qualidade de vida?	N	35	35
		Correlação Coeficiente	,452**	1

** Correlação é significativa até 0.01 do valor (2-tailed).

Estatísticas:

		Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Como avalia a contribuição do Acolhimento Hospitalar para a melhoria da sua qualidade de vida?
N	Validade	35	35
	<i>Missing</i>	0	0
<i>Skewness</i>		0,243	-1,19
<i>Std. Error of Skewness</i>		0,398	0,398

Quadro nº 23 – Correlação entre as variáveis bem-estar e acolhimento (*Spearman'srho*)

Com base nas perguntas desta investigação, especialmente sobre o acolhimento, surgiu a Hipótese A, que o nível de bem-estar no ambiente hospitalar tem uma associação com a contribuição do acolhimento para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas com EM. Em particular, quanto maior for o nível de bem-estar, maior é a contribuição do acolhimento para a melhoria da qualidade de vida.

Para verificar a existência dessa associação, uma correlação tipo *Spearman'srho*, não paramétrica, foi feita. O tipo de correlação *Spearman'srho* foi escolhido porque temos uma amostra muito pequena, sendo que a contribuição desta mostrou uma assimetria fora dos níveis do limite indicado por Cohen (1998)²⁰. O valor da assimetria da variável contribuição foi -1,190 (como pode ser verificado no Quadro N° 24), enquanto a variável bem-estar tem um valor de assimetria dentro dos limites 0,243.

2. Correlação entre as variáveis bem-estar e contribuição do Acolhimento Hospitalar

Correlação *Pearson*

		Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Como avalia a contribuição do Acolhimento Hospitalar para a melhoria da sua qualidade de vida?
Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	<i>Pearson</i> Correlação	1	,463**
	<i>Sig.</i> (2-tailed)		0,005
	N	35	35
Como avalia a contribuição do Acolhimento Hospitalar para a melhoria da sua qualidade de vida?	<i>Pearson</i> Correlação	,463**	1
	<i>Sig.</i> (2-tailed)	0,005	
	N	35	35

** Correlação é significativa até 0.01 do valor (2-tailed).

Quadro n° 24 – Correlação entre as variáveis bem-estar e acolhimento (*Pearson*)

Mas porque o valor da contribuição fica perto do limite fizemos também uma correlação tipo *Pearson*, para verificar se os dois tipos de correlação permanecem semelhantes ou não. De facto ambos indicaram o mesmo resultado como foi esperado. Nomeadamente uma correlação quase chegando ao nível alto (*Spearman'srho* =0,45). Com uma significância 0,005 no nível 0,01.

²⁰Cohen (1998). Limite indicado entre -1 e 1.

Isto veio indicar que com base, nesta base de dados de 35 pessoas idosas com EM, a Hipótese A (inicial) foi validada. Ou seja, os serviços de acolhimento do CHSJ contribuem para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa com EM no ambiente hospitalar.

3. Correlação entre as variáveis bem-estar e o (seu) acesso físico ao Hospital

Correlação Spearman'srho

		Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Como avalia o seu acesso físico ao Hospital?	
Spearman'srho	Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Correlação Coeficiente	1	
		<i>Sig. (2-tailed)</i>	.0017	
		N	35	
	Como avalia o seu acesso físico ao Hospital?	Correlação Coeficiente	.402**	1
		<i>Sig. (2-tailed)</i>	.0017	.
		N	35	35

** Correlação é significativa até 0.01 do valor (2-tailed).

Estatística:		Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Como avalia o seu acesso físico ao Hospital?
N	Validade	35	35
	<i>Missing</i>	0	0
<i>Skewness</i>		0,243	0,07
<i>Std. Error of Skewness</i>		0,398	0,398

Quadro nº 25 – Correlação entre as variáveis bem-estar e acesso físico (*Spearman'srho*)

Quando questionamos a pessoa idosa com EM acerca do seu acesso físico ao hospital, surgiu a Hipótese B, ou seja, quanto melhor o acesso físico ao hospital pela pessoa idosa com EM, maior vai ser o seu nível de bem-estar no ambiente hospitalar.

Para averiguar a presença desta co-associada, uma correlação tipo *Spearman's rho*, não paramétrica, foi realizada. De referir que o tipo de correlação escolhida deve-se ao facto de termos uma amostra pequena (35 pessoas idosas), consequência de termos também uma população pequena (59 pessoas idosas). Sendo que a contribuição desta amostra mostrou uma assimetria dentro dos níveis do limite indicado por Cohen (1998). A variável bem-estar apresenta o valor de assimetria 0,243, por sua vez a assimetria da variável acesso físico tem um valor de 0,70. A correlação apresenta um valor de nível médio²¹ (*Spearman's rho*=0,402). Com uma significância 0,017 no nível 0,05. Isto permitiu-nos concluir por uma relação positiva entre a variável bem-estar e a variável acesso físico. Significando que quanto maior o acesso físico (e melhor) ao hospital pela pessoa idosa com EM, maior foi a sua avaliação (pessoal) relativamente ao seu nível de bem-estar.

Esta constatação permitiu-nos concluir, que quanto maior (melhor) o acesso físico ao hospital pelas pessoas idosas com EM (e de forma transversal a todos) maior vai ser o seu nível de bem-estar num ambiente hospitalar.

Logo existe uma correlação positiva entre o acesso físico ao hospital e o nível de bem-estar num ambiente hospitalar.

²¹Cohen (1998). Valor de correlação: 0,0-0,3 Correlação pequena; 0,3-0,5 Correlação média; 0,5 Correlação alta.

4. Correlação entre as variáveis bem-estar e dificuldade no acesso físico

Correlação Spearman'srho

		Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Qual o nível de dificuldade que sente no acesso físico ao Hospital?	
<i>Spearman'srho</i>	Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Correlação Coeficiente	1	-0,165
		<i>Sig. (2-tailed)</i>	.	0,344
		N	35	35
	Qual o nível de dificuldade que sente no acesso físico ao Hospital?	Correlação Coeficiente	-0,165	1
		<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,344	.
		N	35	35
Estatística:				
		Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?	Qual o nível de dificuldade que sente no acesso físico ao Hospital?	
N	Validade	35	35	
	<i>Missing</i>	0	0	
<i>Skewness</i>		0,243	0,254	
<i>Std. Error of Skewness</i>		0,398	0,398	

Quadro nº 26 – Correlação entre as variáveis bem-estar e dificuldade no acesso físico (*Spearman'srho*)

A Hipótese B encaminhou-nos para a Hipótese C, ou seja, conjecturamos que quanto maior a dificuldade no acesso físico da pessoa idosa com EM ao hospital, menor seria o seu bem-estar no ambiente hospitalar. Para aferir desta desconfiança realizamos

uma correlação tipo *Spearman's rho*, não paramétrica. As variáveis apresentam valores de assimetria (0,243 e 0,254) dentro dos limites de Cohen (1998). O valor da significância é acima de 0,05 (=0,344), por isso a hipótese não foi confirmada, embora o valor da correlação entre as variáveis (= -0,165) é negativo, o que indica que a correlação seria negativa. Tal como foi presumido.

Conclusões

Chegados aqui, não vamos falar de conclusões, mas sim, da chegada ao término do estudo a que nos propusemos, pois este encontrava-se desde o início restrito num espaço e num tempo.

Todavia este final é também ponto de partida para novas problemáticas germinando para um novo percurso teórico e empírico. Ou seja, para novos caminhos, novos desafios. Daí não se tratar de um trabalho acabado. Nomeadamente num futuro próximo, partindo de uma amostra maior (100 ou mais observações), efetuando uma comparação entre hospitais (por ex. público e privado) e explorando a combinação de diferentes variáveis (ex. idade, mobilidade, orientação), as quais poderão ou não, vir a demonstrar que também contribuem para melhorar o bem-estar dos utentes idosos ou não idosos, para uma melhor e maior qualidade de vida, enquanto portadores de uma doença crónica e quando chegados a uma unidade hospitalar.

A Gerontologia sendo uma ciência que estuda o envelhecimento humano, poderá vir no futuro a ser muito produtiva, com estudos direccionados para utentes (não considerados idosos – idade inferior a 60 anos), portadores de doenças crónicas ou outras patologias, mas os quais apresentam características, formas de estar e estilos de vida muito similares às dos utentes, hoje considerados idosos, embora com estádios de idade, de vida e de desenvolvimento bastante desiguais.

Porém e no pressuposto do presente estudo, a análise quantitativa versou sobre a amostra recolhida aquando da realização dos 35 inquéritos efetuados às pessoas portadoras de EM, com 60 e mais anos, recolhidos aquando da vinda à Consulta de Doenças Desmielisantes, no CHSJ, e de forma aleatória simples, durante o período de Fevereiro a Maio de 2014. De mencionar que a população em causa refere-se ao período

de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2014, perfazendo um total de 59 pessoas. Utilizamos o programa IBM SPSS Statistics Data Editor, versão 20 – 32 bit, o qual nos permitiu realizar uma análise quantitativa e a identificação das características e particularidades da população em estudo.

De citar e de acordo com o que Bogdan e Biklen (1994:151) nos diz, acerca do registo pessoal, o qual auxilia o investigador a melhor “acompanhar o desenvolvimento do projeto, a visualizar como é que o plano de investigação foi afetado pelos dados recolhidos, e a tornar-se consciente de como ele e ela foram influenciados pelos dados”. Opinião partilhada por Coutinho (2011:299) ao dizer-nos que “o diário de bordo representa, não só, uma fonte importante de dados, mas também pode apoiar o investigador no desenvolvimento do estudo”.

Este estudo foi iniciado a partir de uma dúvida nossa, dado sermos utente do Serviço de Neurologia do CHSJ, Consulta de Doenças Desmielisantes há cerca de treze anos, com patologia EM. Sendo que a nossa Hipótese A, o “Serviço de acolhimento do CHSJ contribui para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do utente idoso com EM no ambiente hospitalar”. Hipótese, esta que nos transportou para o tema desta Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, com o título “o Envelhecimento e o Acolhimento Humano num Hospital Público”.

Partimos de um enquadramento teórico, em particular, do envelhecimento populacional, onde Rosa (2012) nos ajuda a reconhecer que a ciência demográfica aclara o envelhecimento coletivo, em que este envolve o envelhecimento da população e o envelhecimento da sociedade. Tornando-se real que a pirâmide demográfica se transforma velozmente num retângulo que estremece o equilíbrio geracional. E consequentemente sublinhando o fenómeno do idadismo e das fragilidades nas relações

entregerações. Tratando-se de um processo individual e gradual, conquanto é um processo universal, que toca a todos. Rosa (2012) acrescenta que o envelhecimento se desenrola assumindo diferentes estádios.

De referir e de acordo com dados da OMS, aos quais Maximilienne Levet (1995) recorreu, a nossa amostra (de 35 utentes idosos) encontra-se no período de uma velhice madura (dos 60 aos 79 anos). Do tipo secundário, e de acordo com a tipologia de Schroots e Birren (1980), sendo que estes utentes idosos são portadores de uma doença crónica (a EM), os quais estão envelhecendo com alguma normalidade. Porém todo o processo de envelhecimento acarreta perdas e ganhos, tal como nos diz António Fonseca (2006), daí a necessidade de estarmos atentos e desenvolvermos estilos de vida saudáveis.

De acordo com Rosa (2012) o envelhecimento biopsicológico, embora acompanhe o envelhecimento cronológico, é desigual de indivíduo para indivíduo. Podendo inclusive terem a mesma idade, mas encontrarem-se em processos de envelhecimento diferentes.

Para Constança Paúl (1997) a longevidade humana, vem premiar o nosso próprio desenvolvimento. Tratando-se de um “envelhecimento normal” e imbuído pelo modelo-médico, o qual se consolida na relação médico-doente, porém esquecendo-se dos fatores sociais e ambientais, pois o único objetivo passa por tratar a contrariedade daquele indivíduo, naquele momento e apenas (idem).

Neste entrecho Cristina Palmeirão (2007) chama-nos à atenção para a ampliação de formas de estar e de viver mais ativas, as quais devem incluir as gerações vindouras. Daí que em 2002, a OMS tenha introduzido um novo conceito, o “envelhecimento

ativo”. Para desta forma motivar os nossos idosos para uma autonomia, com independência, segurança e conseqüentemente uma melhor e maior qualidade de vida.

Por seu lado, Paúl e Ribeiro (2011) defendem que um envelhecimento “bem-sucedido” pertence a “cada um de nós, das suas [nossas] ações e responsabilidades individuais” (p.1).

Neste contexto foi realizado um estudo de caso no CHSJ, UAG de Medicina, Serviço de Neurologia, Consulta de Doenças Desmielizantes, direcionado aos utentes idosos (com 60 e mais anos) portadores de EM.

Sendo que 74% desta amostra é do sexo feminino e 26% é do sexo masculino (ver Gráfico nº 3, p. 47). Dados que confirmam o que Joana Guimarães e Maria José Sá (2014) nos dizem a propósito da patologia EM afetar mais as mulheres que os homens.

Relativamente à situação conjugal (ver Gráfico nº 4, p. 48), 66% da amostra encontra-se casada, porém os restantes 34% residem (eventualmente) sozinhos, pois estão divorciados, viúvos ou solteiros. Situação que antevê possíveis dificuldades merecendo reflexão e atenção, dados os compromissos que possíveis surtos (nomeadamente agressivos) podem originar. Dando lugar a um levantamento e conseqüente elaboração de um plano de ajudas a este tipo de população (e similares). Funcionando como um alerta para a conceção de futuros apoios a este tipo de população ou populações com características similares.

Esta amostra apresenta uma baixa escolaridade (ver Gráfico nº 5, p. 50), com conseqüências diretas no dia-a-dia da mesma, diferentes profissões e conseqüentemente com rendimentos muito distintos. Sendo que 34% tem como habilitações o ensino superior, 49% o ensino básico e 17% o secundário.

91% da amostra (ver Gráfico nº 6, p. 51) já se encontra reformada e 9% encontra-se no ativo. Estas constatações podem significar baixos rendimentos e previsivelmente obstáculos no acesso à informação e aos tratamentos. De mencionar que os 9% da amostra que se encontram a trabalhar vão de encontro ao que Joana Guimarães e Maria José Sá (2014) aconselham. Pois uma vida profissional ativa contribui para uma melhor qualidade de vida, podendo aumentar a auto-estima, o bem-estar e um maior encaixe financeiro (entre outros). 100% da nossa amostra deslocou-se ao CHSJ para a Consulta de rotina, de Doenças Desmielizantes e na maioria acompanhada por familiares diretos. Sendo que 74% da amostra (ver Gráfico nº 2, p. 46) deste estudo tem entre 60 e os 65anos, os quais confirmaram serem portadores de EM há mais de 10 anos (ver Quadro nº 10, p. 57).

De expor que 89% desta amostra (ver Gráfico nº 7, p. 53) sente-se satisfeita com o acolhimento efetuado pela equipa do CHSJ, em particular do Serviço de Neurologia. Indo de encontro com o objetivo do próprio regulamento do CHSJ (art.º 4, 1, b). E da própria definição de Acolher, dado esta dever ser uma atitude que origine situações de bem-estar e satisfação, fomentando a qualidade de vida dos utentes, neste caso utentes idosos. E relembrando o que nos diz Lévinas (2008), que a “relação com o outro realiza-se como serviço e como hospitalidade”.

De mencionar que 77% da nossa amostra (ver Gráfico nº 8, p. 54) considerou que a receção efetuada pela equipa do HSJ é boa e 11% muito boa. Esta satisfação (88%) vem evidenciar que a equipa do HSJ cumpre com o Protocolo de Hospitalidade, o qual e segundo Sante (2001) deve passar por cinco momentos, desde o receber, dando as boas vindas a quem chega, focando-nos no outro sem nada pedir em troca. Não descurando e segundo Derrida (1997) a dimensão de incondicionalidade da Hospitalidade, a qual vem dar visibilidade às praticas de acolhimento. Por outro lado,

Pérez (2009) acrescenta, que “a hospitalidade, enquanto acolhimento do outro, daquilo que seja eventualmente distante e estranho, remete para uma tensão construtiva reiteradamente negligenciada, mas inevitável em tempos de colapso eminente das ideologias”.

Já quando questionada a nossa amostra (ver Gráfico nº 9, p. 56) acerca da eficiência do serviço de informações, 71% afirma ser bom, por outro lado 17% consideram-no razoável. Contribuindo desta forma para que a pessoa idosa com EM se sinta satisfeita com os serviços do CHSJ.

Quando questionados se conheciam as regras do serviço, 97% afirmaram conhecer e 3% disseram que não. Explicando-se pelo facto de 60% destas pessoas idosas com EM frequentarem a Consulta de Neurologia Doenças Desmielizantes há cerca de 10 anos (Quadro nº 10, p. 57). Daí estarem acostumados com as regras do serviço do HSJ (hoje CHSJ).

O mesmo acontecendo relativamente à questão, em caso de dúvidas (ver Gráfico nº 11, p. 58), se sabiam onde se dirigirem. 94% afirmaram que sim, sabiam e os restantes 6% da amostra disseram não saber. Daí a utilidade de um serviço de acolhimento competente e, portanto, capaz de permitir o esclarecimento de todas as dúvidas e contribuir para o bem-estar e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida da pessoa.

Quando se pediu à pessoa idosa portadora de EM para avaliar o nível de acolhimento do espaço de espera para a Consulta Doenças Desmielizantes, 51% consideraram-no razoável, 29% bom, 17% mau e 3% muito mau. Local, este, onde as pessoas esperam para ser chamadas para a consulta, diagnósticos, tratamentos e outras situações. De referir que 20% das pessoas inquiridas encontram-se insatisfeitas relativamente às condições existentes neste espaço de espera.

Já quando interrogadas acerca das dificuldades sentidas no acesso físico ao hospital (ver Gráfico nº 13, p. 61), 26% da nossa amostra sente muito pouco, 20% pouco, 23% médio, 9% bastante e 23% muito. Ao somarmos estes três últimos itens, temos 54% da nossa amostra com algum tipo de dificuldade no acesso físico ao hospital. Este valor pela sua grandeza e importância confere uma reflexão mais atenta, pois trata-se de um valor bastante expressivo e determinante para este tipo de população (pessoa idosa com 60 ou mais anos, portadora de uma doença crónica, EM).

Por outro lado, quando interpelamos a nossa amostra acerca do seu próprio acesso físico (ver Gráfico nº 14, p. 62) ao hospital, 11% afirmam ter um acesso muito bom, 20% dizem que o seu acesso físico é bom e 31% encaram-no como razoável. Ao somarmos estas três categorias, temos 63% da nossa amostra a declarar que o seu acesso físico é (no mínimo) razoável, valor que vem negar o anterior, em que 54% sente algum tipo de dificuldade no acesso ao hospital. O que quer dizer que podemos sentir dificuldades no acesso ao hospital de uma forma generalizada, mas não as sentimos da mesma forma a nível pessoal. Circunstância que nos encaminha para um outro estudo, ou seja, tentar perceber o que realmente condiciona o acesso físico das pessoas portadoras de uma patologia a uma unidade hospitalar.

Já quando questionamos a nossa amostra (ver Gráfico nº 15, p. 63) acerca da temática orientação, 60% das pessoas idosas com EM afirmam sentir poucos embaraços na orientação dentro do hospital. Mas os restantes 40% da amostra já sentem algum tipo de obstáculo. Por outro lado ao sondarmos as pessoas idosas com EM acerca da sua dificuldade de orientação, 26% afirmam ter uma má orientação dentro do hospital. Os restantes e são cerca de 75% da amostra a afirmar que a sua orientação dentro do hospital é pelo menos razoável (ver Gráfico nº 16, p. 64).

Mais uma vez podemos verificar que a opinião das pessoas idosas com EM (e este caso vem comprovar) ao sentirem pouca dificuldade de orientação dentro do hospital também a transporta para a sua realidade mais pessoal, não sentido dificuldade de orientação dentro do hospital.

As pessoas idosas com EM quando interrogadas se sentiam dificuldades aquando das informações recebidas e ao observarmos o Gráfico nº 17 (p. 65), podemos confirmar que 60% responderam que sentiam muito pouca dificuldade, 29% afirmaram ter alguma e 11% bastante. Esta dificuldade (cerca de 40% da amostra) pode explicar-se em parte pela baixa escolaridade da nossa amostra.

Perguntamos às pessoas da nossa amostra como avaliavam o seu acesso à informação, sendo que 51% declararam que este era bom e 17% consideram-no muito bom. Ao observarmos o Gráfico nº 18 (p. 6), constatamos que 68% da amostra considera ter um bom acesso à informação sempre que necessita. Acrescendo que 23% acha que o seu acesso à informação é razoável. E apenas 9% da amostra considera ter um mau acesso à informação.

Por outro lado, as pessoas idosas com EM (inquiridas) apontam algumas falhas no espaço de acolhimento (Quadro nº 19, p. 67), ou seja, no local onde esperam para serem atendidas na consulta de rotina (com periodicidade semestral). Destacando-se, 26% das pessoas idosas com EM, que lembram da necessidade de uma melhor organização do espaço, para facilitar a circulação das pessoas com mobilidade reduzida; 17% Sugerem a colocação de cadeiras mais robustas e confortáveis, bem como 11% recordam a necessidade da colocação de climatização neste espaço.

As pessoas idosas com EM quando interrogadas sobre as condições de mobilidade que o hospital lhes oferece, e em face das suas necessidades (ver Quadro nº 20, p. 68), verificamos que 54% consideram-nas razoáveis, 20% afirmam que são boas e

11% muito boas. Porém 9% acham-nas más e 6% muito más. Daí que estes (15%) interpelem-nos acerca de as condições de mobilidade poderem sofrer alterações, serem aperfeiçoadas, nomeadamente para as pessoas com mobilidade reduzida e dessa forma ampliar a sua qualidade de vida.

No Gráfico nº 20 (p. 69) podemos verificar que as pessoas idosas com EM não sentem grandes contrariedades na sua mobilidade física dentro do hospital. Mas também significa por outro lado que existem pontos a melhorar, pois temos pessoas idosas descontentes (15%).

Quando pedimos algumas sugestões de melhoria. Destacaram-se três. 1. Manter o nível de qualidade que o HSJ/CHSJ já atingido; 2. Investir e prosseguir na formação dos técnicos de saúde na área da Humanização; 3. Aumentar a fiscalização e a limpeza nas partes comuns do hospital.

Ao analisarmos o Gráfico nº 21 (p. 70) apreendemos que 11% da nossa amostra afirma que o seu nível de bem-estar no CHSJ é muito bom. Que o mesmo número de pessoas idosas com EM fez uma avaliação de razoável (43%) e uma avaliação de bom (43%).

De referir, que apenas 3% da nossa amostra afirmou que o seu nível de bem-estar era muito mau no ambiente hospitalar em que se encontra inserido, diga-se no CHSJ.

Quando questionamos as pessoas idosas com EM acerca da contribuição do acolhimento hospitalar realizado pela equipa do CHSJ e de que forma esta contribui para melhorar a sua qualidade de vida (ver Gráfico nº 22, p. 72), 43% afirmou que contribui-a muito. 34% Assegurou que contribui-a bastante e 20% disse que contribui-a de forma média. Apenas 3% atestou que contribui-a muito pouco. Daí podermos verificar que a nossa amostra engrandece muito o contributo que o acolhimento

hospitalar lhe traz à sua vivência do dia-a-dia. Melhorando a sua qualidade de vida e o seu bem-estar e de forma útil e marcante.

O que prenuncia que as pessoas idosas com EM da nossa amostra têm sido recebidas no CHSJ como Honoré (2004:220) nos aconselha, quando nos explica que o Hospital é “um lugar de acolhimento das pessoas e da sua doença, para as acompanhar, com todos os meios de que dispomos, na sua confrontação com essa doença e na avaliação das suas consequências sobre a sua vida”.

Por outro lado também significa que estas pessoas idosas com EM têm sido recebidas e tratadas no CHSJ, com ternura, tal como Rochetta (2001:40) aconselha, pois as pessoas idosas não devem representar algo genérico, tão pouco serem tratados de forma abstrata, muito menos serem apenas “almas para salvar”. Já, Isabel Baptista (2009:29) diz-nos que “todos somos «sujeitos de ajuda», todos precisamos de «ser salvos» e é na relação solidária que encontramos o sentido e a força para o fazer”.

Neste encadeamento e como forma de validar a Hipótese A, que esteve na origem deste estudo, efetuamos uma correlação entre as variáveis bem-estar e a contribuição do acolhimento (ver Quadro nº 23, p. 73). Para isso realizamos um tipo de correlação *Spearman's rho*, dado estarmos perante uma pequena amostra. Correlação, esta que validou a nossa Hipótese A. Isto é, os serviços de acolhimento do CHSJ, contribuem para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do utente idoso no ambiente hospitalar. Daí que estes resultados vivificaram os fundamentos teóricos por nós aqui descritos, validando o nosso estudo. E ao mesmo tempo vêm questionar os profissionais de saúde, no seu dia-a-dia acerca de valores que estão instituídos nos regulamentos das unidades hospitalares e que nem sempre são cumpridos.

Em síntese, estamos perante resultados de um estudo de caso que comprova a importância do acolhimento numa unidade hospitalar, neste caso no CHSJ. Pois o nível de bem-estar no ambiente hospitalar tem uma associação com a contribuição do acolhimento para a melhoria da qualidade de vida dos utentes.

E lembrando Isabel Baptista e Joaquim Azevedo (2014) “a noção de hospitalidade refere-se a um modo fundamental de ser-se pessoa, *sendo com e para o outro* em comunidades de solidariedade”. Mas, e também Joaquim Azevedo (2011) nos transmite que “educação é Hospitalidade” simplesmente.

BIBLIOGRAFIA GERAL

- Azevedo, J. (2011). *Liberdade e política pública de educação, Ensaio sobre um novo compromisso social pela educação*. Vila Nova de Gaia: fundação Manuel Leão.
- Baptista, I. (2009). *Educabilidade e Laço Social, ética e política de alteridade*. Revista de Investigação Educacional, Especial: 15-31. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projeto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bermejo, J. (2008). *Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores*. Brasil: Editora vozes.
- Bíblia Sagrada: tradução dos textos originais (2009). *74ª Edição da Bíblia Ave-maria*. Cucujães: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editor.
- Breton, P. (2006). *Elogio da palavra*. São Paulo: edições Loyola.
- Bryman, A. e Duncan, C. (2008). *Social research methods. 3rd. ed*. Oxford: Oxford UniversityPress.
- Carapinheiro, G. (2002). *O método de pesquisa de terreno. A aproximação ao campo e aos informantes*. In *Investigación cualitativa en salud en Ibero-América. Métodos, análisis y ética*, ed. Francisco Mercado J.; Denise Gastaldo; Carlos Calderón. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.
- Carapinheiro, G. (2005). *Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4ª Edição - Porto: Afrontamento.

- Cardoso, A. e Pinto, P. (2002). *Acolhimento do doente no hospital: um cuidado de enfermagem*. Nursing170. (11-14).
- Carvalho, A. (2006). *Dicionário de Filosofia da Educação*. (p.92-95). Porto: Porto Editora.
- Carvalho J. (2002). *Metodologia do trabalho científico*. Lisboa: Escolar Editora.
- Carvalho, J. (2011). *Nós entre nós*. Dissertação de mestrado. Porto: UCP.
- Carvalho, J. e Palmeirão, C. (2012). *Nós entre nós*. Cadernos de Pedagogia Social (nº4). Porto: Universidade Católica.
- Costa, M. F. (2012). *Dicionário de Temas Médicos*. Porto: Porto Editora.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Couto, A. (2009). *Uma palavra é melhor que um presente*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2^o Ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, ISBN 0-8058-0283-5, retrieved 10 July 2010.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*. 4^a Edição. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Creswell, John W. (2010). *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre, R. S: Artmed.
- Derrida, J. ed. Calmann-Lévy (1997). *De L'hospitalité*. Paris: Edições Calmann-Lévy.
- Duque, J.(2014). Fragmentos para uma Filosofia da Hospitalidade. In Santos, M. e Baptista, I. (Org.). (2014). *Laços Sociais: por uma epistemologia da hospitalidade*. (pp.149-160). RS: Educ. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul.

- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A. (2008). *Questões demográficas. Demografia e Sociologia da população*. Edições Colibri/Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Ferreira, P. e Santana P. (2003). *Normas para a Perceção da Qualidade de Vida da População Ativa Portuguesa*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, ENSP, Universidade Nova de Lisboa, vol.21, nº 2, Julho/Dezembro (p. 15-29).
- Fonseca, A. (2014). *Envelhecimento Saúde e Doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. 1º Edição. - Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. 2º Edição. - Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. 1º Edição. - Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, L. (2012). *A hospitalidade em Irmã Maria Clara do Menino Jesus: um outro modo de dizer Deus, hoje*. Dissertação Final de Mestrado Integrado em Teologia (1º grau canónico) não publicada, Faculdade de Teologia da Universidade Católica Portuguesa.
- Fundação ScheringLusitana (2001). *O que toda a gente deve saber sobre A Esclerose Múltipla*. Lisboa: Fundação Schering Lusitana.
- Frutaz, A. (1952). *Ospitalità*. In Enciclopedia Cattolica, IX, Edição Ente per l'EnciclopediaCattolica e per il Livro Cattolico, Città del Vaticano. (p. 418-420).
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. (s/d.) *Volume I e XIII*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, limitada.

- Guedes, P. (2008). *Acolhimento do Utente Idoso em Internamento de Ortopedia*.
Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde não publicada,
Universidade Aberta.
- Guimarães, J. e Sá, M. J. (2014). *Neurologia clínica: compreender as doenças neurológicas*. 2ª Edição. - Porto: Edições Fernando Pessoa.
- Hair J., Tatham R., Anderson R. and Black W. (1998). *Multivariate data analysis*. (Fifth Ed.) Prentice-Hall: London.
- Hernabdez, J. (2012). *Nuevos caminos que expressam la belleza*. Sal Terrae 1164. (117-130).
- Hernández, M. (2012). *Subir al monte de la beleza: El necessário esfuerzo educativo*. Sal Terrae 100. (145-157).
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem Numa perspetiva de cuidar*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hill, M. e Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar – Persistir em conjunto na existência*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Interconexões (2013). *Revista das ciências sociais, Vol. 1, nº 1*. Braga: Universidade Católica de Braga.
- Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011.
<http://www.ine.pt>
- Koninck, T. (2003). *A Nova Ignorância e o problema da cultura*. Lisboa: edições 70, Lda.
- Levet, M. (1995). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Levinas, E. (2008). *Totalidade e Infinito. Ensaio sobre a Exterioridade*. 3ª Edição.

Lisboa: edições 70, Lda.

Maia, R., et al, (2002). *Dicionário de Sociologia*. Porto: Porto Editora.

Manicardi, L. (2011). *A Caridade dá que fazer: Redescobrimo a atualidade das «Obras de misericórdia»*. Águeda: Paulinas.

Marujo, J. (1995). Atendimento/Acolhimento; Problemática geral da comunicação; Tipos de comunicação; Níveis de comunicação; Relação técnico de saúde/doente e família; Relação com os membros de equipa de saúde; Relação com as equipas de outros serviços. *5º Curso de Formação para Auxiliares de Ação Médica*. Centro de Formação, do Hospital de Pulido Valente, realizado de 02 de Novembro a 31 de Março de 1995.

Marujo, H; Neto, L; Perloiro, M. (2004). *Educar para o Otimismo*. 12ª Ed. Lisboa: Presença.

<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/esclerose-multipla>

Montapert, A. (1973). *A suprema filosofia do homem*. Brasília Editora.

Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Editora Almedina.

Paúl, C. e Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. 1º ed. - Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. e Ribeiro, O. (2011). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

Palmeirão, C. (2007). *A interação geracional como estratégia educativa: um contributo para o desenvolvimento de atitudes, saberes e competências entre gerações*. Porto: FPCEUP (Dissertação de Doutoramento).

Palmeirão, C. e Cruz, A. (2012). *Envelhessomos*. Porto: Universidade Católica.

Pérez, M. (2009). *Hospitalidade – Exposição e Catálogo*. Norprint.

Pollak, K. (1984). *Dicionário da Saúde: um guia da medicina moderna*. Trad. Joaquim Farinha dos Santos Tavares, Maria Clarisse Quintana Rolão Tavares. Lisboa: Presença.

Porto Editora (Org.). (2012). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora, Lda.

<http://portal-chsj.min-saude.pt>

Quevauvilliers, J. e Perlemuter, L. (2001). *Dicionário de medicina para enfermagem, Enciclopédia prática*. Lisboa: Climepsi Editores.

Regulamento Interno do Centro Hospitalar São João.

Rocchetta, C. (2001). *Teología de La Ternura. Un «evangelio» por descubrir*. Salamanca: Edições Secretariado Trinitario.

Ronchi, E. (2009). *As casas de Maria: Polifonia da existência e dos afetos*. Águeda: Paulinas.

Ronchi, E. (2012). *Os beijos não dados: Tu és beleza*. Prior Velho: Paulinas.

Robert, L. (1995). *O envelhecimento: factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.

Rodrigues, L. (2011). *Cuidar-se para cuidar*. Braga: Casa de Saúde do Bom Jesus.

Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santana, P., Nogueira, H. e Santos, R. (2006). O Papel do Ambiente Físico e Social na Construção de Comunidades Saudáveis. Ensaio Metodológico Aplicado à Amadora. *Revista Engenharia Civil/Civil Engineering*, nº 27. (p.17-28). Universidade do Minho, Portugal.

Sante, C. (2001). *L'ioospitale*. Roma – Fossano: Editora Lavoro – Esperienza.

- Santos, M. e Baptista, I. (Org.). (2014). *Laços Sociais: por uma epistemologia da hospitalidade*. RS: Educs. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul.
- Serrão, D.e Nunes, R. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora.
- Selman, M.(1997). *Ospitalitá*,in A. M. Piazzoni-P. Occhipinti. Grande Enciclopédia Illustrada della Biblia, II. Casale Monferrato: Edições Piemme.
- Silva, A. (1945). *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*.10ª Edição. Volume Ie V, Editorial Confluência.
- Silva, M. (2012). *A crise, a família e a crise da família*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- <http://sigarra.up.pt/fmup/pt>
- Sousa, L. Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice*. 2ª Edição. Porto: Ambar.
- Teixeira, A. (1999). *O estrangeiro, um sinal dos tempos. Perspetivas sobre a realidade europeia*. In *Communio*, XVI, Fasc. 4.(p.293-307). Revista Internacional Católica.
- Varanda, I. (2004). *A inclusão do diferente. Na esteira do Ano Europeu da pessoa com deficiência*. In *Theologica*, II Série, XXXIX, Fasc. 1.(p.85-97). Braga: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Teologia.
- http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

ANEXOS

Anexo I - Estrutura do Inquérito

Inquérito n.º _____

Idade _____ anos Género: Fem. Masc.
Situação conjugal: Casado Solteiro Divorciado Viúvo União de facto Outra
Escolaridade: Básico Secundário Ensino Superior Profissão _____
Família: Marido: Sim Não Esposa: Sim Não Filhos: Sim Não Outra

1. Que motivo o/a trouxe a este serviço/hospital? Consulta

Outro _____

2. Chegou sozinho(a)? 1. Sim 0. Não

3. Se não. Com quem veio? 1. Marido ou esposa

2. Filho(a)

3. Neto(a)

4. Vizinho(a)

5. Amigo(a)

6. Outro _____

4. Como avalia a sua satisfação relativamente ao acolhimento neste serviço?

1. Muito satisfeito(a)

2. Satisfeito(a)

3. Nem satisfeito (a)/nem insatisfeito(a)

4. Insatisfeito(a)

5. Muito insatisfeito(a)

6. Outro _____

5. Como avalia a receção efetuada pela equipa do Hospital de São João?

1. Muito má

2. Má

3. Razoável

4. Boa

5. Muito Boa

6. Como avalia a eficiência do serviço de informações?

1. Muito mau

2. Mau

3. Razoável

4. Bom

5. Muito bom

7. Conhece as regras deste serviço? 1. Sim 0. Não

8. Em caso de dúvida sabe onde dirigir-se? 1. Sim 0. Não

9. Como avalia o nível de acolhimento do espaço de espera?

1. Muito mau

2. Mau

3. Razoável

4. Bom

5. Muito bom

10. Qual o nível de dificuldade que sente no acesso físico ao hospital?

1. Muito pouco

2. Pouco

3. Médio

4. Bastante

5. Muito

11. Como avalia o seu acesso físico ao Hospital?

1. Muito mau

2. Mau

3. Razoável

4. Bom

5. Muito bom

12. Qual o nível de dificuldade que sente na orientação dentro do hospital?

1. Muito pouco

- 2. Pouco
- 3. Médio
- 4. Bastante
- 5. Muito

13. Como é que avalia a sua orientação dentro do Hospital?

- 1. Muito mau
- 2. Mau
- 3. Razoável
- 4. Bom
- 5. Muito bom

14. Qual o nível de dificuldade que sente aquando da informação recebida?

- 1. Muito pouco
- 2. Pouco
- 3. Médio
- 4. Bastante
- 5. Muito

15. Como é que avalia o seu acesso à informação?

- 1. Muito mau
- 2. Mau
- 3. Razoável
- 4. Bom
- 5. Muito bom

16. O que considera em falta neste espaço de acolhimento?

17. Como avalia as condições de mobilidade existentes em relação às suas necessidades?

- 1. Muito más
- 2. Más

3. Razoáveis

4. Boas

5. Muito boas

18. Como avalia o seu nível de bem-estar neste ambiente Hospitalar?

1. Muito mau

2. Mau

3. Razoável

4. Bom

5. Muito bom

19. Como avalia a contribuição do Acolhimento Hospitalar para a melhoria da sua qualidade de vida?

1. Muito pouco

2. Pouco

3. Médio

4. Bastante

5. Muito

20. Três sugestões de melhoria

ANEXO II - Informação ao participante

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE SOBRE O ESTUDO “ENVELHECIMENTO E ACOLHIMENTO HUMANO NUM HOSPITAL PÚBLICO”

Este documento informativo destina-se ao esclarecimento do estudo que lhe vai ser proposto realizar, contendo informações sobre as características, o objetivo do estudo e uma declaração de consentimento que deverá assinar caso decida participar. A este tipo de documento dá-se o nome de consentimento informado.

Objetivo do Estudo

Este estudo pretende identificar as dificuldades que a pessoa sente na acessibilidade física e na orientação dentro do Hospital de S. João (Porto). A ideia chave é identificar a natureza do/no processo de acolhimento hospitalar. Perceber de que forma os serviços de acolhimento e/ou orientação contribuem para o bem-estar da pessoa e a melhoria da qualidade de vida da pessoa no ambiente hospitalar.

Características do Estudo

O estudo em causa visa a recolha de informação através da realização de uma entrevista semiestruturada ou de um inquérito.

A participação do doente neste estudo é voluntária, pode decidir abandonar o estudo a qualquer momento, sem explicar o motivo. Os investigadores e os doentes que aceitem participar não receberão qualquer compensação financeira e não terão nenhum gasto adicional decorrente da sua participação no estudo.

Os dados pessoais e de saúde permanecerão confidenciais – o seu nome não será incluído em formulários, relatórios ou em publicações. O presente estudo foi aprovado pela comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João.

Antes de assinar este consentimento, deve colocar as questões ou dúvidas que pretender. A equipa do estudo está apta a responder a questões antes, durante e após o estudo.

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigadora principal: Maria Celeste Gonçalves Bastos – 919 000 227

Anexo III - Declaração de Consentimento

Considerando a “Declaração de Helsínquia¹” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

“ENVELHECIMENTO E ACOLHIMENTO HUMANO NUM HOSPITAL PÚBLICO”

Eu, abaixo-assinado, _____

(nome completo do doente) declaro ter compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o inquérito ou entrevista proposta pela investigadora.

A assinatura do doente:

Porto, ___ de _____, 2014

¹“**Declaração de Helsínquia** é um conjunto de princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos, e foi redigida pela Associação Médica Mundial em 1964. Posteriormente foi revisada 6 vezes, sendo sua última revisão em Outubro de 2008, e teve dois esclarecimentos. A Declaração é um importante documento na história da ética em pesquisa, e surge como o primeiro esforço significativo da comunidade médica para regulamentar a investigação em si. É considerada como sendo o 1º padrão internacional de pesquisa biomédica e constitui a base da maioria dos documentos”. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o_de_Helsinque [consultado em 30/8/2013]

Anexo IV - Autorização do Projeto de Investigação





CES 271-13

do CACI
M. Inês DE

3.12.2011

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João - EPE

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO - EPE		
Resolução nº 05/2013 de 05 DEZ 2013		
		
		
<small>Presidente do Conselho</small>	<small>Presidente do Conselho</small>	<small>Presidente do Conselho</small>

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Maria Celeste Gonçalves Bastos

Título do projecto de investigação: Envelhecimento e Acolhimento Humano num Hospital Público

Pretendendo realizar no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de S. João - EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigadora/Promotora, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 2 /Setembro / 2013

INVESTIGADORA/PROMOTORA

