

## **CONTINUIDADE DE CUIDADOS: O DESAFIO NA PREPARAÇÃO DA ALTA DO DOENTE**

Enquanto enfermeiros consideramos de vital importância realçar a continuidade de cuidados, como sendo um desafio ao profissional de enfermagem, durante a permanência do doente no internamento. A nosso ver, concretamente na cirurgia de ATA, torna-se emergente a preparação da alta do doente o mais precocemente possível, para que a sua adaptação à nova condição e meio social aconteça de forma mais tranquila. Este planeamento da alta deverá ocorrer ao longo do período de internamento, com o ensino, o treino e a supervisão de estratégias que permitam concretizar as actividades de autocuidado.

Entendemos que o momento da alta, deverá ocorrer quando o doente reúne todas as condições e competências para conseguir satisfazer as suas necessidades e executar as actividades de autocuidado, de forma autónoma, ou com recurso a equipamentos ou assistência da família/cuidador informal, nas actividades que não consiga realizar sozinho. Nogueira (2003), a este respeito, defende que o doente, ao receber alta, devem ser proporcionadas orientações para a continuidade do seu tratamento. Quanto mais precoce for a alta, mais bem elaborada deve ser a orientação.

O planeamento da alta tem sido usado, no sentido de descrever o processo que auxilia o doente nas suas necessidades de cuidados de saúde, sendo por isso, a sua finalidade a promoção da continuidade de cuidados. Com este planeamento, não se pretende um ensino rigoroso e rigidamente planeado, porque ainda não se verifica uma consciencialização do doente, acerca de todo o processo cirúrgico a que foi sujeito. No entanto, envolve um conjunto de profissionais que, de forma metódica, e logo após a admissão do doente, ainda na fase pré-operatória, o preparam e reúnem todas as condições para que a continuidade de cuidados seja proporcionada. Deste modo, e concordando com Jesus, Silva e Andrade (2005:25) “*o planeamento da alta é um processo centralizado, coordenado e multidisciplinar, que assegura ao utente um plano de continuidade de assistência depois de abandonar o hospital*”.

Healy e Monahan (2010) referem que o planeamento da alta inclui actividades como a identificação das necessidades do utente, aquando da alta, e a coordenação dos profissionais envolvidos na continuidade de cuidados. Contudo, a nosso ver, o plano da alta surge como uma resposta a esta situação, pretendendo-se que a alta do doente não seja uma surpresa, mas uma envolvência de todos os intervenientes neste processo, de forma activa. Desta forma, é pertinente que, com o plano de alta, o enfermeiro avalie aspectos como a capacidade do doente para lidar com a sua nova condição de saúde, a necessidade do envolvimento de sistemas comunitários que permitam que seja assegurada a continuidade de cuidados no domicílio, bem como a necessidade de possíveis alterações na vida do indivíduo.

Jesus, Silva e Andrade (2005) entendem que a eficácia do plano da

alta depende do início do planeamento da mesma, tendo como finalidade rentabilizar recursos disponíveis, evitar complicações e aumentar a capacidade para o autocuidado, que, no nosso caso, o doente apresenta comprometida, reflectindo-se em necessidades de informação cuja finalidade será a aquisição de estratégias para as conseguir resolver.

Por conseguinte, Hesbeen (2000) aponta que o enfermeiro deve fazer um levantamento de todas as necessidades reais e potenciais, bem como a recolha de informação sobre recursos da pessoa, de forma a poder planificar intervenções susceptíveis de a ajudar. Nesta continuidade, de acordo com Phaneuf (2001), após a recolha de informação passa- se à sua análise e interpretação dos dados, de modo a poder planejar-se com eficácia os cuidados a prestar com o intuito de satisfazer as necessidades do doente.

Por conseguinte, o doente não demonstrar conhecimentos sobre a forma como realizar determinada actividade, quais as estratégias que poderá usar para facilitar esta situação e que formas existem para a prevenção de complicações, são alguns dos focos de atenção do enfermeiro, aquando da admissão do doente no serviço.

Deste modo, as necessidades educativas afiguram-se como uma constante, na prática diária do enfermeiro. A equipa de enfermagem deverá ter como finalidade acções de ensino ao doente, no sentido de adquirir estratégias e conhecimentos para executar as tarefas que possam ser úteis, especialmente no que se relaciona com o autocuidado. Ou seja, segundo Nogueira (2003), os pequenos pormenores, as actividades precisas, como assistir nos cuidados de higiene, nos posicionamentos, nas transferências, bem como nos cuidados a adoptar no domicílio devem ser ensinados. Por outro lado, acções de ensino, acerca de estratégias que permitam a adaptação da estrutura física do domicílio, em relação à condição do doente, permitem a independência no autocuidado e, como tal, apresentam-se como um aspecto relativo à preparação da alta, favorecendo a continuidade de cuidados.

Salienta-se também, neste domínio, e corroborando Martins e Fernandes (2009), a intervenção de enfermagem deve fundar-se numa parceria de todos os elementos envolvidos nos cuidados, desde o doente às instituições de saúde, assumindo assim um papel predominantemente activo. Consequentemente, e a nosso ver, é fundamental a articulação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, de modo a obter maior informação e cooperação, sendo evidente uma continuidade de cuidados.

A avaliação precoce e completa do doente permite ao enfermeiro e à equipa de assistência domiciliar compreender melhor as suas necessidades e, em função delas, estabelecer prioridades de actuação, desde a primeira visita domiciliária, contexto presente em larga escala nos cuidados da comunidade, mobilizando recursos disponíveis para a continuidade de cuidados. Por outro lado, consideramos que a equipa que acompanhar o doente no seu habitat deve receber a informação completa acerca das suas necessidades, nomeadamente de informação.

Com vista à continuidade de cuidados, é imprescindível que o profissional de enfermagem identifique, precocemente, as necessidades de informação do doente, sendo necessário desenvolver-se uma parceria entre doente e enfermeiro, com vista a um planeamento de alta eficaz. Santos (2002) defende que a continuidade de cuidados

deve ser o resultado final desejável de todo o processo da alta, que habilitará o doente a maximizar o seu potencial de autonomia.

Contudo, enquanto enfermeiros que cuidamos diariamente de doentes, consideramos ser nossa preocupação e ser fundamental conhecer as suas necessidades de informação, neste período.

### ***Mas quais serão essas necessidades?***

### ***Que informações são transmitidas pelo enfermeiro?***

São duas questões para as quais arduamente procuramos respostas. É nossa filosofia procurar, para depois planear e ensinar o doente a ser independente na execução das suas actividades.

## **METODOLOGIA**

A contextualização da metodologia da investigação é fundamental para que o processo seja conduzido com total rigor científico, permitindo assegurar a qualidade e a fiabilidade dos dados. Fortin (2009:211) refere: “*a fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e das actividades próprias para responder às questões de investigação (...) formuladas no decorrer da fase conceptual*”.

A metodologia, de acordo com o Dicionário Básico da Língua Portuguesa (2011), consiste num conjunto de regras ou processos usados numa ciência, arte ou disciplina. Por outro lado, para Fortin (2009:19), “...pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação.”. É por nós entendida como indispensável em qualquer

estudo, uma vez que é através desta que se estuda, descreve e explica os métodos a utilizar.

As razões que motivaram a realização deste estudo prenderam-se com a convicção de que:

- O processo de recuperação funcional do doente vai ser influenciado por inúmeros factores, nos quais se enquadra a informação fornecida pelo enfermeiro ao doente submetido a ATA, durante o período pós-operatório, numa perspectiva de promoção de autonomia para a realização dos autocuidados. Contudo, esta informação por vezes não irá ao encontro das necessidades do doente, ou de alguma forma, não é assimilada.
- O número de re-internamentos por complicações da ATA, nomeadamente a luxação da prótese, é de alguma forma considerável, podendo resultar da informação não compreendida pelo doente, ou não fornecida pelo profissional de enfermagem.

Deste modo e de acordo com a experiência profissional apresentada, foi nosso propósito direcionar a investigação para as necessidades de informação do doente submetido a ATA, no período pós-operatório, pela voz do enfermeiro.

Baseados na pesquisa de literatura e no desenvolvimento de conceitos teóricos, foi-nos possível a delimitação de situações, compreender mais profundamente o problema, bem

como a consciencialização da realidade, no pós-operatório, do doente submetido a ATA. Assim tornou-se evidente a necessidade de informação destes doentes, para a execução dos autocuidados comprometidos pela intervenção cirúrgica, e a resposta dada pelos enfermeiros como solução desta situação.

Neste sentido, a questão de partida que despoletou este estudo e que serviu de fio condutor, em que o investigador tenta demonstrar aquilo que realmente quer estudar, saber e clarificar foi: **quais as necessidades de informação do doente submetido a ATA no período pós-operatório?**, sendo que este tipo de questão, segundo Quivy e Campenhoudt (2008:44), “(...) *consiste em esforçar-se por enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida*”.

Inicialmente uma questão levantava o problema a estudar como base de um projecto, associado à vontade incessante em querer alcançar respostas, com interesse para a prestação de cuidados. Elaborou-se depois um plano de investigação que propunha um conjunto de objectivos a cumprir. Fortin (2009) entende que os objectivos devem indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue, para além de, utilizar um verbo de acção, este informa imediatamente o nível de investigação ou de conhecimento. Aliado a este contexto, traçámos como objectivos da nossa investigação:

- Identificar as necessidades de informação expressas ao enfermeiro pelo doente submetido a Artroplastia Total da Anca, durante o período pós-operatório.
- Descrever a informação transmitida pelo enfermeiro ao doente submetido a Artroplastia Total da Anca, durante o período pós-operatório.

Nas últimas décadas, a Enfermagem, enquanto profissão e disciplina,

tem evoluído no sentido de criar/aumentar o seu corpo de conhecimentos. Para esta realidade, em muito tem contribuído a investigação científica, que permite “(...) *descrever, explicar, predizer e verificar factos, acontecimentos ou fenómenos*” (Fortin, 2009:4).

Desta forma, com a elaboração deste trabalho de investigação, pretendemos, ao conhecer as reais necessidades de informação do doente, conseguir dar resposta às suas dificuldades sentidas e expressas, durante o período pós-operatório, seja imediato ou tardio, bem como capacitá-lo, através da instrução, treino e supervisão de estratégias que visem a realização das actividades de autocuidado e, consequentemente, uma maximização da sua autonomia. O fim último será a melhoria da qualidade dos cuidados

de enfermagem, a garantia de uma melhor continuidade de cuidados, para além da satisfação das necessidades do doente.

Perspectivando alcançar respostas às inquietações que fundamentaram este estudo, considerámos importante, para além do campo onde decorreu o trabalho, seleccionar um método de investigação capaz de obter resultados o mais rigorosos possível, tal como é referenciado por Fortin (2009:26), “*um método de investigação comporta dois elementos: o paradigma do investigador e a estratégia utilizada para atingir o objectivo fixado*”. Por outro lado, assim como é defendido por Fortin (2009), o investigador deve atender à influência do paradigma de investigação e à questão inicialmente formulada.

De acordo com a pergunta que iniciou toda esta investigação, **quais as necessidades de informação do doente submetido a ATA no período pós-operatório?**, considerámos apropriada a metodologia qualitativa, dado que é nosso objectivo conhecer as “necessidades de informação” no período pós-operatório, numa perspectiva de maximização da autonomia, tal como o doente as apresenta ao enfermeiro. A opção pela metodologia qualitativa relaciona-se com a natureza das questões de investigação e com os objectivos da mesma por nós elaborados, o que vai ao encontro do referido por Morse (2007:13) de que “*o trabalho qualitativo é portanto essencial para o desenvolvimento das disciplinas de cuidados de saúde*”. Lessard-Hébert *et al.* (2008:32) consideram a metodologia qualitativa como “essencialmente *interpretativa*”, pois procura o “*significado conferido pelos actores às acções nas quais se empenharam. Este significado é o produto de um processo de interpretação que desempenha um papel chave na vida social.*” (*Ibidem*, 2008:32).

Trata-se pois de um estudo de carácter descritivo e exploratório, tendo como finalidades: a elaboração de planos de ensino estruturados, no âmbito dos autocuidados comprometidos pela ATA, caminhando para a autonomia do doente; responder às necessidades de informação do doente, no sentido da diminuição do número de complicações pós-operatórias; a promoção do regresso ao domicílio de forma mais eficaz, através de uma continuidade de cuidados; e, finalmente, a melhoria da actividade profissional do enfermeiro, durante este processo e, consequentemente, uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

## **INTERVENIENTES DO ESTUDO**

A população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. O que se visa obter é que todos os elementos apresentem as mesmas características. (Fortin, 2009).

De acordo com Morse (1991), citado por Streubert e Carpenter (2002), os investigadores qualitativos designam os intervenientes na pesquisa de participantes ou informantes, ilustrando, desta forma, a posição que estes subscrevem. Neste sentido, não se age sobre as pessoas que tomam parte no estudo, pelo contrário, elas têm um papel activo no mesmo, o qual contribui para uma melhor compreensão das suas vidas e interacções sociais. Por conseguinte, a selecção dos indivíduos para participar na investigação qualitativa é feita, em primeira-mão, de acordo com a sua experiência no assunto em estudo (Streubert, 2002).

Os informantes estratégicos deste estudo foram seleccionados de forma não probabilística ou intencional. É constituída pelos enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Ortopedia e Unidades de Cuidados Continuados de Convalescença de uma unidade Hospitalar de um Hospital Central da Zona do Norte de Portugal. Caracterizamo-los como informantes estratégicos, já que se ambicionou localizar indivíduos que possuíssem informações pertinentes, relativamente às necessidades de informação do doente submetido a ATA, durante o período pós-operatório.

Os informantes que constituem a nossa “amostra”, foram obtidos, através dos enfermeiros chefes/responsáveis de cada serviço, uma

vez que são elementos que funcionam como referência e conhecem a sua equipa. Deste modo, com as informações fornecidas pelos enfermeiros chefes/responsáveis, tornou-se possível criar critérios de inclusão da “amostra”:

- Ser enfermeiro e apresentar experiência profissional na área superior ou igual a 3 anos, pois julgamos que este tempo é o necessário para adquirir experiência/conhecimento sobre o que pretendíamos estudar.

O recurso aos enfermeiros dos serviços de ortopedia e da Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença (UCCC) como informantes estratégicos prendeu-se com o facto, julgamos, de ser este o grupo que detém conhecimento acerca das necessidades de informação do doente submetido a ATA no período pós-operatório, ou seja, do que se

pretende estudar. Quivy e Campenhoudt (2008) consideram que na escolha destes sujeitos se deve atender a que sejam pessoas que pela sua posição, pela sua acção ou pelas suas responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema.

## **PROCESSO DE RECOLHA DOS DADOS**

Todo o processo que envolve a colheita dos dados a analisar constitui um dos procedimentos mais importantes no decorrer de uma investigação. Segundo Fortin (2009:368), “*o investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para recolher a informação junto dos participantes é o mais conveniente para responder às questões de investigação*”.

Para Sellitz, citado por Gil (1995:90), os instrumentos de colheita de dados: “*...mostram- se bastante úteis para a obtenção de informações acerca do que a pessoa sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou fez, bem como o respeito de explicações ou razões para quaisquer das coisas precedentes que o investigador pretende comprovar*”. Contudo, Lakatos e Marconi (1992:75) consideram que: “*não basta conceber um bom instrumento, é preciso ainda pô-lo em prática de forma a obter uma proporção de respostas suficientes para que a análise seja válida*”.

Tendo em conta a problemática a estudar e os objectivos definidos, optámos pela realização da entrevista semi-dirigida, que, para Fortin (2009), o investigador apresenta uma lista de temas a cobrir, formula questões a partir desses temas e apresenta-as ao sujeito segundo uma ordem que lhe convém, tendo em conta o decurso do diálogo. O

objectivo é que, no fim da entrevista, todos os temas propostos tenham sido cobertos. Por outro lado, este instrumento de colheita de dados é uma das técnicas mais adequadas à maioria das pesquisas qualitativas, na medida em que permite o aprofundamento do conhecimento e o estabelecimento de uma relação directa com os sujeitos, facilitando a obtenção mais clara do significado que os informantes atribuem aos factos.

O local da realização das entrevistas foi combinado previamente com os enfermeiros, permitindo-lhes que estivessem mais à vontade, sem condicionalismos, para facilitar o discurso dos entrevistados, obtendo entrevistas mais ricas. Estas ocorreram entre Janeiro e Março de 2011.



Para que fosse concretizada a entrevista, foi elaborado um guião, conforme é apresentado em anexo, e, para Albarello *et al.* (1997:110), “*enuncia os temas a abordar com o objectivo de intervir de maneira pertinente para levar o entrevistado, a aprofundar o seu pensamento ou a explorar uma questão nova de que não fala espontaneamente...*”. Apesar de este (o guião de entrevista) apresentar uma ordem, não houve preocupação em segui-la, como já referimos, porque o objectivo era o de obter o máximo de informação possível, relativamente às necessidades de informação do doente. Contudo, elaborámos objectivos, com a finalidade de a entrevista ser conduzida da melhor forma possível.

Concebemos como objectivos gerais da entrevista alcançar elementos que:

- Permitissem identificar as necessidades de informação expressas ao enfermeiro pelo doente submetido a Artroplastia Total da Anca, durante o período pós- operatório.
- Contribuissem para descrever a informação transmitida pelo enfermeiro ao doente submetido a Artroplastia Total da Anca, durante o período pós-operatório.

As questões foram apresentadas aos entrevistados, havendo liberdade para se expressarem e darem resposta àquilo que achassem mais pertinente. Cada entrevista teve, em média, a duração de 30 minutos.

Na fase inicial do estudo propusemo-nos à realização de 20 entrevistas, achando que era o número ideal para alcançar a informação pretendida. Contudo, em investigação qualitativa, o investigador, “*procura a repetição e confirmação dos dados previamente colhidos*” (Streubert e Carpenter, 1999:26). Deste modo,

parámos na 10<sup>a</sup> entrevista, uma vez que os conteúdos das mesmas se tornavam repetitivos, atingindo assim a saturação, entendida por Morse (1994) citado por Streubert e Carpenter (1999:26), como “*a repetição de informação descoberta e confirmação dos dados previamente colhidos*”. Este estadio de saturação permitiu a criação de categorias imprescindíveis ao estudo.

## PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Atendendo ao facto de se tratar de um estudo, baseado no paradigma qualitativo, foi notória uma vastidão de dados, tornando-se urgente organizá-los, no sentido de se obterem conclusões. A análise dos dados é entendida por Fortin (1999:364) “*como um conjunto de métodos que permitem visualizar, clarificar, descrever e interpretar os dados recolhidos junto dos participantes*”.



A informação obtida nos discursos dos enfermeiros foi apreciada com recurso à análise de conteúdo, dada a matéria em estudo. Esta abordagem é encarada por Vala (1986:104) como “*uma técnica de tratamento de informação...*”. Citando Bardin (2009:45) “...*a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por detrás das palavras sobre as quais se debruça...*”. A mesma autora entende esta técnica como um processo de análise de comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos, a descrição do conteúdo das mensagens e de indicadores que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2009). Por conseguinte, o conteúdo das entrevistas constituiu o corpo de análise, sobre o qual incidiu o nosso estudo.

A análise dos dados iniciou-se logo após a colheita de dados, em que transcrevemos, na íntegra e de forma rigorosa, as entrevistas executadas aos informantes, tendo sido necessária a audição das mesmas até à sua compreensão. Inicialmente, foi feita uma leitura flutuante, tendo como objectivo “*estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações*” (Bardin, 2009:122), para se seguir uma abordagem mais pormenorizada. Estas leituras exaustivas visaram a inventariação dos temas, para, à *posteriori*, serem codificados os dados, processo no qual estes foram trabalhados e agrupados em unidades de registo. Para a codificação de cada resultado da entrevista recorreu-se à letra E, começando no número 1 e culminando em 10, facilitando a contextualização e enquadramento dos dados fornecidos pelas entrevistas realizadas aos enfermeiros, no que concerne às necessidades de informação do doente e à informação transmitida pelo enfermeiro. Por outro lado, procedeu-se à

omissão de todas as informações, que de alguma forma identificassem os participantes no estudo.

O que inicialmente era uma imensidão de dados aparentemente sem qualquer sentido começou a clarificar-se, à medida que havia mais envolvimento da nossa parte. A partir daí foi possível a organização da informação em função de áreas temáticas, pelo que se definiram categorias com o objectivo de se tornarem mais simples os dados, permitindo uma melhor apreensão e explicação dos mesmos. Sendo este processo designado por categorização, é encarado por Bardin (2009) como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, por conseguinte, um reagrupamento, segundo o género, com os critérios previamente definidos.

Para Vala, uma categoria é geralmente constituída por “*um termo chave, que indica a significação central do conceito que se pretende apreender, e de indicadores, que descrevem o campo semântico do conceito*” (1986:111). Dada a sua importância nesta fase do estudo, a escolha dessas categorias é talvez o momento mais delicado, do ponto de vista do trabalho do investigador, a escolha das unidades de análise e a sua identificação é, sem qualquer dúvida, a tarefa que mais dificuldades operacionais suscita (Vala, 1986).

No nosso estudo, a codificação baseou-se na determinação de unidades de registo, com características comuns e de natureza semântica idêntica, ou seja, dados que se fundam no mesmo sentido e não na mesma forma. A unidade de registo, segundo Bardin (2009:130), “*É a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base... pode ser de natureza e dimensões muito variáveis*”. Estas foram organizadas por temáticas e, numa fase posterior, recorreu-se à sua categorização. Este processo de categorização pode ser feito *à priori*, *à posteriori* ou com a combinação dos dois processos (Vala, 1986). Considerando a nossa experiência profissional e o quadro de referência teórico, existiam categorias já bem definidas. Por outro lado, tal como é referido pelo anterior autor, a maior parte das categorias emergiram posteriormente, dado o carácter subjectivo da temática, bem como, a pouca exploração desta e toda a subjectividade dos intervenientes do estudo.

Contudo, com o decorrer da análise, fomos organizando a informação em grupos de informação e categorias. Deparámo-nos com o facto de existirem unidades de registo que, apesar de pertencerem à mesma categoria, devido à interligação que possuíam, permitiam constituir um grupo mais restrito, no seio de cada grupo, dadas as similaridades que

apresentavam. Entende-se aqui a criação de categorias e subcategorias. Após este procedimento, com a dúvida de pertermos informação, voltamos novamente à busca de novas unidades de registo não categorizadas, através de novas leituras, com a finalidade de as agrupar. Consequentemente, o nosso objectivo foi assegurar a validade interna da categorização, através da garantia da "exaustividade" das unidades de registo. Por outro lado, no mesmo contexto, o recurso aos informantes, após a análise e tratamento de dados, para confirmarmos a concordância entre as categorias e as subcategorias, bem como a sua opinião, foi por nós utilizado para validar a categorização dos dados.

