



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AS CAUSAS DE
REINTERNAMENTO: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS
DE PERIOPERATÓRIO**

Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado

Coimbra, maio de 2023



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AS CAUSAS DE REINTERNAMENTO: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE PERIOPERATÓRIO

Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado

Orientador: Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves, Professor Adjunto,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, maio de 2023

À Carlota e à Julieta,

Ao Joel,

À minha mãe e ao meu pai,

*A esta minha equipa maravilhosa
que me dá todo o apoio incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é o término de um caminho atribulado e com inúmeros imprevistos positivos e negativos. Relembro o pior de todos, que afetou todo o mundo e nos fez reencontrar como pessoas e reorganizar toda a nossa vida, pensar e redefinir todos os nossos objetivos, a pandemia COVID 19.

Qualquer palavra de agradecimento será pouca para a enorme ajuda e auxílio que me foi prestada nesta caminhada, que felizmente nunca foi feita sozinha. Estive sempre acompanhada dos meus e dos que, de alguma forma foram “meus” neste projeto. Assim:

- Ao Professor Doutor Rui Gonçalves, orientador deste estudo, o meu mais verdadeiro agradecimento, por estar sempre presente e disponível para as minhas dúvidas mais existenciais e para os meus problemas mais científicos. Pela excelente orientação e método de organização que, sem dúvida, foram essenciais para levar este trabalho a bom porto;

- A todos os colegas que aceitaram participar neste estudo e que através do seu contributo enriqueceram este trabalho e o tornaram mais rico;

- Ao meu pai e principalmente à minha mãe, que sempre acreditaram em mim e que sabiam que eu ia ser capaz de ir até ao fim. Por todo o suporte, apoio, amor e encorajamento este é o agradecimento especial;

- Ao Joel, pelo apoio, paciência e ajuda mais especializada muito obrigada;

- Às minhas filhas Carlota e Julieta aqui ficam as minhas desculpas se algum dia retirei do vosso ou nosso tempo para este projeto, era uma regra fundamental não o fazer. Às duas dedico todo o meu trabalho e esforço e agradeço toda a energia positiva.

A todos o meu MUITO OBRIGADA!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

BO – BO

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

HT – Hipertensão

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

NREM – Nursing Role Effectiveness Model

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPQCE – Programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

UCCI – Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

Os reinternamentos hospitalares são, em regra, efeitos indesejados para as pessoas, para as famílias, para as instituições e para toda a comunidade. São sinónimo de acréscimo de custos/gastos para as instituições hospitalares e de eventuais problemas no processo de cuidados. Por cada doente readmitido, há uma oportunidade perdida de tratar outra pessoa. Nesta investigação pretendemos encontrar uma ligação entre a efetividade dos cuidados prestados no perioperatório e os reinternamentos hospitalares em pessoas submetidas a cirurgia eletiva, através da perceção dos enfermeiros. Trata-se de um estudo descritivo de natureza interpretativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas a 14 enfermeiros de perioperatório, numa amostra não probabilística em bola de neve e para o qual foi obtido o parecer favorável de uma Comissão de Ética. Foi elaborado um guião de entrevista e testado para validação por peritos na área. A metodologia utilizada no estudo foi no sentido de responder às questões de investigação: “Qual a perceção de enfermeiros de perioperatório sobre as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”; “Quais os cuidados de enfermagem que, na perceção de enfermeiros de perioperatório, podem influenciar as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”. Realizados os contactos com os potenciais participantes, foi feita a recolha de dados e posteriormente tratados e analisados com recurso ao software NVivo. Os resultados das entrevistas foram apresentados com base em dois macro critérios: Causas de reinternamento após cirurgia eletiva e Cuidados de enfermagem no perioperatório, no sentido de dar resposta às duas questões de investigação do estudo. Como principais conclusões do estudo podemos destacar que, da perceção e da experiência dos participantes, que se destacam como causas de reinternamento: infeção ou choque séptico, dor e dificuldade em cumprir o regime terapêutico, problemas respiratórios, complicações da ferida operatória e hemorragia. Podemos salientar que as estratégias através dos cuidados de enfermagem perioperatórios para diminuir os reinternamentos após a cirurgia eletiva identificados pelos enfermeiros foram: mais recursos humanos; mais formação da equipa; realização da consulta pré e pós-operatória; melhoria dos ensinamentos à pessoa; sistema informático único para registo de informação e transmissão dos cuidados; utilização das novas tecnologias no acompanhamento da pessoa submetida a cirurgia; introdução do papel do enfermeiro de referência; técnicas no controlo da dor.

Palavras-chave: causas de reinternamento, perioperatório, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Hospital readmissions are, as a rule, undesirable effects for people, families, institutions and the entire community. They are synonymous with increased costs/expenses for hospital institutions and possible problems in the care process. For every patient readmitted, there is a missed opportunity to treat someone else. In this investigation, we intend to find a link between the effectiveness of perioperative care and hospital readmissions in people undergoing elective surgery, through the perception of nurses. This is a descriptive study of an interpretative nature, using semi-structured interviews with 14 perioperative nurses, in a non-probabilistic snowball sample and for which the favorable opinion of an Ethics Committee was obtained. An interview guide was prepared and tested for validation by experts in the field. The methodology used in the study was to answer the research questions: "What is the perception of perioperative nurses about the causes of readmission after elective surgery?"; "What nursing care, in the perception of perioperative nurses, can influence the causes of readmission after elective surgery?". Once contacts were made with potential participants, data was collected and subsequently processed and analyzed using the NVivo software. The results of the interviews were presented based on two macro criteria: Causes of readmission after elective surgery and Nursing care in the perioperative period, in order to answer the two research questions of the study. As the main conclusions of the study, we can highlight that, from the perception and experience of the participants, which stand out as causes of readmission: infection or septic shock, pain and difficulty in complying with the therapeutic regimen, respiratory problems, complications of the surgical wound and hemorrhage. We can point out that the strategies through perioperative nursing care to reduce readmissions after elective surgery identified by nurses were: more human resources; more team training; performance of the pre- and postoperative consultation; improvement of teachings to the person; single computer system for recording information and transmission of care; use of new technologies in the follow-up of the person undergoing surgery; introduction of the role of the reference nurse; pain control techniques.

Keywords: causes of readmission, perioperative, nursing care

LISTA DE IMAGEM

Imagem 1 – Macro Critérios

Imagem 2 – Macro Critério A

Imagem 3 – Macro Critério B

Imagem 4 – Macro Critérios e questões de investigação

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1. MODELO CONCEPTUAL	15
1.1. QUALIDADE DOS CUIDADOS	19
1.2. EFETIVIDADE DOS CUIDADOS	18
2. OBJETO DE ESTUDO	21
2.1. CAUSAS DE REINTERNAMENTO.....	21
2.2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	23
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
1. METODOLOGIA DO ESTUDO	33
1.1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	34
1.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	35
1.3. TIPO DE ESTUDO.....	35
1.4. PARTICIPANTES NO ESTUDO	36
1.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	38
1.6. PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	41
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	45
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Guião da Entrevista	
APÊNDICE II – Declaração de consentimento informado	

INTRODUÇÃO

O reinternamento hospitalar é uma questão complexa que pode ser influenciada por vários fatores, como as patologias associadas, o acesso aos cuidados de saúde adequados após a alta, o nível de apoio social disponível para a pessoa submetida a cirurgia e família, entre outros.

Tanto na vida profissional como na vida académica surge a necessidade de se explorarem assuntos relacionados com a prática diária dos cuidados de enfermagem. Como enfermeira especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica a investigadora tem o dever de possuir conhecimentos aprofundados, espírito crítico e criativo, capaz de dar resposta durante o processo de cuidados, nas tomadas de decisão e resolução de problemas face à pessoa em situação crítica, promovendo o crescimento da profissão através do avanço na investigação, tal como define a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) no Regulamento n.º 429/2018, de 16 julho de 2018.

A qualidade dos cuidados de enfermagem pode desempenhar um papel crucial na prevenção do reinternamento hospitalar. Os enfermeiros têm um papel importante na educação da pessoa submetida a cirurgia sobre a importância de seguir um plano de cuidados após a alta, na identificação precoce de sinais de complicações e na comunicação com outros membros da equipa de saúde para coordenar o cuidado à pessoa, encaminhando para diferentes áreas.

O tema da presente investigação surgiu, não só da necessidade profissional, mas também como um desafio lançado pela direção de enfermagem da instituição onde trabalha a investigadora, com o objetivo de melhorar a qualidade e a efetividade dos cuidados de enfermagem no perioperatório. Como profissional e investigadora há uma obrigação implícita na aproximação teórico-prática e a necessidade de acrescentar conhecimento e valor profissional através da evidência científica.

Como enfermeira do Bloco Operatório (BO) torna-se prioritário conhecer e intervir no percurso da pessoa no que diz respeito ao perioperatório, analisar o processo e os resultados dos cuidados de enfermagem, bem como analisar a efetividade dos cuidados e de que forma se pode melhorar ou mesmo modificar os processos e procedimentos, cuidados ou intervenções de forma a uma melhoria significativa dos cuidados de enfermagem, criando assim um impacto e uma mudança positiva nos resultados, na instituição, no serviço, na pessoa submetida a cirurgia e própria na família.

Sabemos que a problemática, resulta da prática diária da prestação de cuidados. Pollit et al. (2004), referem que "(...) a experiência diária da enfermeira proporciona um rico suprimento de problemas para a investigação. Os problemas que necessitam de solução

imediate têm alto potencial de serem clinicamente significativos” (p.106). Assim acreditamos que com esta investigação iremos fomentar a reflexão e o debate, incrementando uma melhoria nos procedimentos e nos cuidados prestados à pessoa submetida a cirurgia eletiva.

O problema de investigação é uma condição enigmática, perturbadora ou incómoda para o investigador, na área da temática selecionada, cujo propósito da pesquisa é contribuir para a solução do problema, ou contribuir para ela através da recolha de informação relevante (Pollit & Beck, 2013)

Na procura constante de aperfeiçoamento e realização pessoal e profissional, parece ser o tempo certo para podermos contribuir para a melhoria e efetividade dos cuidados, otimizando ao máximo os recursos disponíveis e contribuir para uma diminuição de número de reinternamentos hospitalares da pessoa submetidas a cirurgia eletiva, dando continuidade aos cuidados de enfermagem de qualidade no perioperatório.

Todos os anos os hospitais realizam um processo de contratualização em que são definidos os objetivos a cumprir entre o hospital e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Nesse contrato programa são definidos e previsto um conjunto de indicadores nacionais e institucionais relativos ao desempenho assistencial e económico-financeiro. Um destes indicadores em questão prende-se com a taxa de reinternamentos em 30 dias, da pessoa submetida a cirurgia.

Os reinternamentos hospitalares são, em regra, efeitos indesejados para as pessoas, para as famílias (Fry, Pine, Locke, & Pine, 2015), para as instituições (Lucas, Ejaz, Bischof, Schneider, & Pawlik, 2014) e para a comunidade em geral. São sinónimo de acréscimo de custos/gastos para as instituições hospitalares e de eventuais problemas no processo de cuidados. Acresce que, por cada doente readmitido, há uma oportunidade perdida de tratar outra pessoa (Kassin et al., 2012).

Para a ACSS (2020), no ano de 2019 a percentagem de reinternamentos, em pessoas submetidas a cirurgia, em 30 dias foi de 7,4% e a percentagem de reinternamentos em 31-180 dias foi de 9,5% de um total de 78.7746 altas efetuadas.

Segundo o mesmo autor esta percentagem de pessoas reinternadas em 30 dias tem algumas variações ao longo dos anos, mas tem sempre valores consideráveis e que influenciam tanto a economia da saúde como a possibilidade de tratamento de novas pessoas. Isto é, para além de todas as implicações pessoais, sociais, familiares e laborais que um reinternamento hospitalar tem para cada pessoa e para a própria e família, há um duplo consumo de recursos humanos e materiais para todo o Sistema Nacional de Saúde.

Benbassat e Taragin (2000) referem que a redução das taxas de reinternamentos hospitalares permite reduzir os custos hospitalares e melhorar a qualidade dos tratamentos.

Com esta investigação pretendemos encontrar uma ligação entre a efetividade dos cuidados prestados no perioperatório e os reinternamentos hospitalares em pessoas submetidas a cirurgia eletiva, através da perceção de enfermeiros a trabalhar no perioperatório. Conseguindo desta forma analisar, atuar e melhorar os cuidados de enfermagem e, idealmente, contribuir para uma redução das taxas de reinternamento hospitalar, através do contributo dos profissionais da área e da sua experiência profissional.

É crucial reconhecer a importância dos cuidados de enfermagem na prevenção do reinternamento hospitalar e trabalhar para garantir que as pessoas recebam cuidados de enfermagem de qualidade e baseados na melhor evidência científica, durante todo o perioperatório.

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo de natureza interpretativa com recurso a entrevistas semiestruturadas a enfermeiros de perioperatório. Considerada uma amostra não probabilística em rede de enfermeiros a trabalhar em contextos de perioperatório.

A metodologia utilizada no estudo vai no sentido de responder às questões de investigação:

“Qual a perceção de enfermeiros de perioperatório sobre as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”;

“Quais os cuidados de enfermagem que, na perceção de enfermeiros perioperatório, podem influenciar as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”

Pretende-se com a elaboração do estudo concretizar aos seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção de enfermeiros sobre as causas/fatores que influenciam o reinternamento em pessoas submetidas a cirurgia eletiva;
- Identificar quais os cuidados de enfermagem que, na perceção de enfermeiros, podem influenciar positivamente nas causas de reinternamento após cirurgia eletiva;
- Identificar quais os cuidados de enfermagem que, na perceção de enfermeiros podem influenciar negativamente nas causas de reinternamento após cirurgia eletiva;

- Identificar, à luz da bibliografia existente e da recolha de dados, quais os cuidados de enfermagem que podem diminuir as taxas de reinternamento em pessoas submetidas a cirurgia eletiva.

De forma sintética, este relatório, inclui uma primeira parte que diz respeito ao enquadramento dos modelos conceptuais de qualidade e efetividade dos cuidados de enfermagem, bem como com a definição de conceitos centrais para o estudo no âmbito dos reinternamentos das pessoas submetidas a cirurgia eletiva tendo sido realizada uma averiguação do estado da arte atual através de uma revisão da literatura sobre as causas de reinternamento e os cuidados de enfermagem. Na segunda parte apresentamos o enquadramento metodológico no qual são definidas as questões de investigação, o tipo de estudo, objetivos, fontes de informação, instrumento de recolha de dados, procedimento de tratamento e análise dos dados. Descrevemos também os procedimentos formais e éticos necessários à realização do estudo. Segue-se a apresentação dos resultados e por último, uma nota final, onde faremos um balanço do trabalho realizado em forma de conclusão bem como potencialidades de utilidade do estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é uma parte importante da pesquisa, que ajuda a definir e delimitar o estudo. Fornece um quadro de referência para a pesquisa e ajuda a explicar as relações entre os conceitos envolvidos no estudo.

Este capítulo encontra-se dividido em duas partes: o modelo conceptual e a objeto de estudo.

Apresentamos dois modelos conceptuais que alicerçam o estudo, que serão o suporte de toda a investigação baseando-nos nos pressupostos de cada um.

A definição do objeto de estudo, sendo parte importante do processo de pesquisa, envolve a análise e síntese de informações relevantes sobre o tópico de investigação e focaremos conceitos e pontos chaves para o enquadramento do estudo.

1. MODELO CONCEPTUAL

Esta investigação tem por base de suporte dois modelos conceptuais orientadores. Sendo eles o modelo conceptual da qualidade dos cuidados, baseado em padrões de qualidade definidos pela OE; e o modelo conceptual da efetividade dos cuidados de enfermagem, conhecido por *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM), modelo este suportado em resultados.

Estando a qualidade dos cuidados e a efetividade dos cuidados interligadas entre si, podendo mesmo afirmar-se que são conceitos dependentes pois, sem um não existe o outro, encontrando aqui um modelo sustentável para o desenvolvimento do nosso trabalho, uma vez que a efetividade dos cuidados de enfermagem prestados baseia-se na qualidade para uma melhoria contínua. Se o que é alcançado em termos de resultados nos doentes é designado por efetividade, a qualidade dos cuidados torna-se proporcional à sua efetividade (Donabedian, 2002, 2005).

A OE (2012) lançou um Programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE) e teve como objetivo promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à comunidade e assume que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que “tem um contexto de aplicação local”. Deduzindo o papel importante da definição, pelos enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal, de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

1.1. QUALIDADE DOS CUIDADOS

Definir qualidade dos cuidados de saúde torna-se ainda um desafio. Existem várias definições vigentes e aplicadas à prática, como a de Donabedian (2002) que define a qualidade como o resultado da interação de dois fatores relacionados com o desempenho dos prestadores: um técnico e outro interpessoal, sendo o desempenho técnico dependente do conhecimento, dos juízos utilizados para alcançar as estratégias de cuidados apropriadas e da perícia na implementação.

O mesmo autor acrescenta que a qualidade dos cuidados de enfermagem é um conceito importante na prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. A qualidade dos cuidados de enfermagem pode ser avaliada em termos de estrutura, processo e resultado dos cuidados.

Por sua vez, a OE (2012), refere que compete às instituições de saúde adaptar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Assim sendo, as instituições de saúde devem reunir esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorável ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

A OE (2012) expõe ainda que o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: a) as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes), por exemplo, prescrições médicas; b) e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção, bem como a sua avaliação.

O mesmo autor determina também que, o modelo de padrões de qualidade implica uma avaliação contínua das intervenções, dos resultados e da satisfação dos participantes. Os enfermeiros baseiam as suas intervenções e ações, em guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

A OE (2012) refere que os enunciados descritivos dos PPQCE dividem-se em seis grupos:

1. A satisfação da pessoa:

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação das pessoas a quem presta cuidados.

2. A promoção da saúde:

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda as pessoas a alcançarem o máximo potencial de saúde.

3. A prevenção de complicações:

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde das pessoas.

4. O bem-estar e o autocuidado:

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar das pessoas e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente.

5. A readaptação funcional:

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro em conjunto com a pessoa desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.

6. A organização dos cuidados de enfermagem:

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

No estudo que aqui relatamos, a aplicação deste modelo teórico e dos padrões de qualidade são fundamentais, uma vez que os cuidados de enfermagem prestados no perioperatório, as decisões e a implementação de ações estão espelhadas nos enunciados descritivos, nomeadamente na prevenção de complicações, satisfação da pessoa e na readaptação funcional que podem influenciar as taxas de reinternamento.

Todos os cuidados de enfermagem no perioperatório têm o fio condutor baseado na qualidade dos cuidados e nos seis tópicos acima descritos e tal como abaixo se explana.

No que refere à satisfação da pessoa submetida a cirurgia, todos os cuidados do perioperatório estão centrados para o objetivo final pelo qual a pessoa procura os cuidados de saúde: a resolução do seu problema e a recuperação saudável, rápida e eficaz.

Em todo o seu percurso está sempre presente a promoção da saúde, quer no que respeita a hábitos de vida anteriores, como nos adquiridos para a nova condição, promovendo sempre em paralelo com o bem-estar e autocuidado e a readaptação funcional, como é exemplo na consulta de enfermagem do pré e pós-operatório e em todo o processo de ensinos à pessoa submetida a cirurgia. A prevenção de complicações no perioperatório tem como objetivo máximo a recuperação da pessoa e a evicção de reinternamentos hospitalares indesejados,

Para tudo isto é obrigatória a organização dos cuidados de enfermagem e a gestão eficaz dos mesmos, no que se refere tanto a rácios como a dotações seguras para a prestação de cuidados no perioperatório, indicações estas já referenciadas pela OE.

1.2. EFETIVIDADE DOS CUIDADOS

O modelo de efetividade de cuidados, conhecido por *Nursing Role Effectiveness Model* trata-se de uma teoria metodológica, que tem como foco específico os resultados dos cuidados de enfermagem.

O *Nursing Role Effectiveness Model* foi desenvolvido por Doran e McGillis (1998). Doran (2010) descreve este modelo, tendo por base o modelo de avaliação da qualidade, estrutura, processo e resultados, proposto por Donabedian (2005), ao disponibilizar um guia de análise e explicitação das ligações entre os processos de cuidados de enfermagem e os resultados na pessoa.

O *Nursing Role Effectiveness Model* apresenta uma natureza multidimensional de uma situação de cuidados, podendo, tal como referem Doran et al. (2002), orientar a investigação sobre os mecanismos que estão implícitos na forma como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos nas pessoas; o sucesso ou insucesso dos cuidados na produção de um determinado resultado; e as condições que influenciam os efeitos dos cuidados.

Assume-se que as características das pessoas influenciam o processo de intervenção dos enfermeiros o que proporcionará mudanças nos resultados que se podem obter. Essas características podem influenciar diretamente a obtenção de resultados uma vez que influenciam o potencial de cada pessoa para a recuperação das doenças (Amaral, 2010).

Assim, baseado no autor anterior, estamos perante uma metodologia que permite dar visibilidade ao contributo dos enfermeiros nos resultados obtidos, valorizando as funções independentes, dependentes e interdependentes realizadas no contexto da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa.

Assume-se que as características das pessoas influenciam o processo de intervenção dos enfermeiros o que leva a mudanças nos resultados obtidos. Essas características podem influenciar diretamente os resultados uma vez que influenciam o potencial de cada pessoa para a recuperação das doenças (Diane Irvine Doran et al., 2001). Ainda segundo os autores a prestação de cuidados de saúde envolve um sistema que, mexe com um conjunto de prestadores que interagem entre si e prestam os cuidados, com vista a resultados pretendidos. A aplicação desse modelo pode ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, identificando as áreas críticas em que os enfermeiros precisam melhorar e fornecendo uma estrutura para o desenvolvimento

profissional contínuo. Também pode ajudar a identificar lacunas na prática clínica, fornecendo uma base para o desenvolvimento de intervenções educacionais e políticas que visem uma melhoria na efetividade dos cuidados de enfermagem.

Tal como referido anteriormente, o modelo permite avaliar o contributo dos Enfermeiros nos cuidados de saúde, apresentando um conjunto de relações entre os domínios da estrutura, do processo e dos resultados. Uma vez que os cuidados de enfermagem prestados no perioperatório, as intervenções autónomas e interdependentes existentes em todo o seu percurso, a forma como são prestados os cuidados, a sua qualidade e melhoria contínua, influenciam os resultados obtidos, podem refletir os seus resultados nas taxas de reinternamento hospitalar.

2. OBJETO DE ESTUDO

Neste quadro teórico iremos abordar alguns aspetos que consideramos como marcos essenciais das causas de reinternamento em pessoas submetidas a cirurgia eletiva, à luz da bibliografia disponível, bem como o suporte teórico relativo a alguns cuidados de enfermagem no percurso perioperatório, e que, dentro deste contexto de investigação nos fazem sentido explorar mais pormenorizadamente.

2.1 CAUSAS DE REINTERNAMENTO

Antes de mais é necessário definir e objetivar os conceitos a estudar. Assim, é necessário refletir acerca do conceito de reinternamento hospitalar.

A definição do conceito não é unânime entre os autores, uma vez que lhe estão associadas uma série de características, fatores e intervenientes na ação.

A 3M tm Health Information Systems (2008) define um reinternamento potencialmente evitável, como o acontecimento que está diretamente relacionado com o internamento anterior. Também Goldfield et al. (2008) concluem, nos seus estudos, que muitos dos reinternamentos que poderiam ser evitados e têm efetivamente uma relação com o internamento inicial ocorrendo perto da data em que tem alta médica, sendo que este intervalo poderá variar dependendo do primeiro internamento, salientando que 30 dias após a admissão inicial é o período mais frequentemente para a definição dos reinternamentos hospitalares. Também Hannan et al. (2003) e Jenks et al. (2009) consideram reinternamentos como o número de pessoas que receberam alta e regressaram ao hospital no período de 30 dias.

Os reinternamentos hospitalares são indesejados para as pessoas, para a própria família (Fry et al., 2015), para as instituições e para toda a comunidade (Lucas et al., 2014). São sinónimo de acréscimo de custos/gastos para as instituições hospitalares e de eventuais problemas no processo de cuidados. Acresce que, por cada pessoa readmitida, há uma oportunidade perdida de tratar outra pessoa (Kassin et al., 2012).

A taxa de reinternamento hospitalar é frequentemente utilizada como um dos indicadores a ter em conta na avaliação do desempenho de uma entidade prestadora de cuidados de saúde hospitalares (Costa & Lopes, 2005).

Para ACSS (2020), no ano de 2019 a percentagem de reinternamentos, de pessoas submetidas a cirurgia, em 30 dias foi de 7,4% e a percentagem de reinternamentos em 31-180 dias foi de 9,5% de um total de 78.7746 pessoas com alta hospitalar.

Segundo a mesma fonte, no ano de 2020, identificamos que um hospital da região centro apresentou uma taxa de reinternamento hospitalar até aos 30 dias de 6,12%, sendo que 3,78% corresponde à taxa de reinternamento até aos 30 dias, após cirurgia.

Esta percentagem de pessoas reinternadas em 30 dias tem algumas variações ao longo dos anos, mas tem sempre valores consideráveis e que influenciam tanto a economia da saúde, como a possibilidade de tratamento de novas pessoas. Isto é, para além de todas as implicações pessoais, sociais, familiares e laborais que um reinternamento hospitalar tem para cada pessoa e família, há um duplo consumo de recursos humanos e materiais para todo o Sistema Nacional de Saúde.

Goldfield et al. (2008), sobre a análise dos reinternamentos hospitalares, referem que não é simples, pois nem todos os reinternamentos hospitalares são possíveis de prever, mesmo quando relacionados com cuidados de saúde de elevada qualidade.

No entanto, segundo Rich et al. (1995) e Jack et al. (2009) existem evidências que intervenções/ações iniciadas antes e/ou num período imediato à alta do utente podem diminuir a taxa de reinternamento.

Por isso, Hasan (2010) identificou as pessoas com elevado risco de reinternamento, como um fator importante para o planeamento e utilização de recursos, para além de permitir uma análise comparativa entre a qualidade dos serviços prestados entre os vários hospitais.

Para além disso, Araújo e Pontes (2002) definem a falta de investimento na preparação da alta hospitalar e a falta de acompanhamento adequado da pessoa no domicílio como fatores a considerar e que contribuem para as elevadas taxas de reinternamento.

Outros autores, como Benbassat e Taragin (2000) apontam o avanço da idade como sendo um fator que está frequentemente associado o incumprimento do regime de terapêutica ou a cuidados de saúde inadequados no domicílio.

Benbassat e Taragin (2000) referem que a redução das taxas de reinternamentos hospitalares permite reduzir os custos hospitalares e melhorar a qualidade dos tratamentos.

De acordo com Adogwa et al. (2017), num estudo retrospectivo, concluíram que a infeção e a dor refratária foram as razões primárias mais comuns para a readmissão de pessoas

submetidas a cirurgia. Acrescentam ainda que os esforços para reduzir a readmissão precoce não planeada devem ser focados em cuidados pós-alta mais eficazes.

Minhas et al. (2017) concluíram que o motivo mais comum de reinternamentos hospitalares depois de cirurgia eletiva está relacionado com complicações no local cirúrgico, seguida de tromboembolismo venoso e da hemorragia. Apenas 3,2% de todos as pessoas que tiveram reinternamento hospitalar após cirurgia foram doentes que tiveram complicações antes da alta. Os fatores independentes foram: tabagismo atual, qualquer complicação da pessoa internado e alta hospitalar.

Há ainda estudos, como identifica Hasan (2001), que se centram na monitorização do impacto que as mudanças nos sistemas de saúde podem ter nos reinternamentos, principalmente no sistema de financiamento, outros estudam a relação entre a qualidade dos cuidados de saúde e o reinternamento. O mesmo autor defende ainda a possibilidade de que, com melhores cuidados durante e após o internamento é possível diminuir os reinternamentos e conseqüentemente reduzir os custos associados aos mesmos.

As taxas de reinternamento são indicadores importantes nas avaliações tanto dos hospitais, como da qualidade e da efetividade dos cuidados prestados. São avaliadas mensalmente e comparadas com anos anteriores e são ainda analisados gastos, custos e benefícios, equidade e acessibilidade de cuidados e respostas efetivas.

Conhecendo as causas e fatores associados ao reinternamento de pessoas submetidas a cirurgia eletiva, pretendemos encontrar uma ligação com os cuidados de enfermagem no perioperatório, conseguindo desta forma analisar, atuar e melhorar os cuidados prestados e, idealmente, contribuir para uma redução das taxas de reinternamento hospitalar em pessoas submetidas a cirurgia eletiva.

2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Conforme o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), a OE (2017) define que os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem o estado de saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. O mesmo REPE caracteriza as intervenções de Enfermagem como autónomas e interdependentes, definindo como autónomas “ações realizadas pelos Enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas

qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.

É através dos cuidados de enfermagem, que os enfermeiros aplicam os seus conhecimentos, colocam em prática a vasta evidência científica e baseiam a sua prática em ciência.

Os cuidados de enfermagem perioperatórios são os cuidados que são prestados à pessoa durante todo o processo de cirurgia, incluindo a fase pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória, sendo este um percurso, desde o momento da admissão da pessoa no hospital, até que tem alta depois da realização de uma cirurgia eletiva. Esses cuidados são essenciais para garantir a segurança da pessoa, minimizar o risco de complicações e promover uma recuperação mais rápida e eficaz (AESOP, 2006).

Nunes (2007) define o período pré-operatório desde o momento em que a pessoa é informado da necessidade do procedimento cirúrgico. As ações de enfermagem neste período visam objetivar as condições físicas e psicológicas mais adequadas – a figura paradigmática deste período é a consulta de enfermagem pré-operatória tendo, entre outros objetivos, a finalidade de esclarecer dúvidas, com vista a evitar enganos ou atrasos e a reduzir a ansiedade das pessoas.

Os cuidados de enfermagem perioperatórios são essenciais para garantir a segurança e o bem-estar da pessoa submetida a cirurgia e são inúmeros os cuidados de enfermagem que podem influenciar os reinternamentos hospitalares em pessoas, ou que são facilitadores da recuperação da pessoa submetida a cirurgia eletiva.

Durante todo este processo a pessoa contacta com diversos profissionais de saúde, diversos serviços e diversos enfermeiros. Todos estes profissionais são responsáveis pela pessoa que será submetida a cirurgia, dado que todos prestam cuidados distintos e próprios de cada fase no percurso perioperatório.

Os cuidados de enfermagem na fase perioperatório são inúmeros, e todos eles garantem um percurso sistematizado, lógico e fluido nas intervenções realizadas. No entanto, neste capítulo iremos descrever algumas das intervenções de enfermagem que podem ser relevantes para este estudo, bem como pontos chave para analisar os resultados da investigação.

Consulta de enfermagem pré-operatória:

A consulta de enfermagem pré-operatória é uma importante intervenção de enfermagem que ocorre antes da cirurgia eletiva. É um momento crucial para avaliar a condição da pessoa, identificar potenciais riscos e fornecer informação e orientação à pessoa e família. É uma intervenção que pode ajudar a melhorar a segurança e o bem-estar durante todo o processo cirúrgico.

Esta consulta, é em norma, realizada pelo enfermeiro do BO, podendo e devendo sempre ser articulada com o enfermeiro do internamento para validação de informação e do conhecimento.

Oliveira et al. (2012) definem a consulta de enfermagem como sendo uma “estratégia eficaz para detetar precocemente desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar dos doentes. Viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento aa pessoa, facilitando a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas”.

Cabrita (2017) define esta consulta como uma oportunidade importante para estabelecer uma conexão empática com a pessoa e sua família. Durante esta consulta, o enfermeiro pode avaliar as percepções e expectativas da pessoa e sua família em relação à intervenção cirúrgica, fornecer informações relevantes e ensinar sobre o procedimento. O mesmo autor refere ainda que o contacto prévio com o enfermeiro permite que a pessoa o reconheça e o considere como referência no ambiente cirúrgico, que muitas vezes pode ser desconhecido e intimidante. Essa interação inicial é fundamental para a construção de uma relação de confiança e segurança entre o pessoa e a equipa de enfermagem, o que pode contribuir positivamente para a experiência da pessoa durante todo o processo cirúrgico.

A consulta de enfermagem pré-operatória consiste na primeira etapa da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, com o objetivo primordial de planear as suas atividades no intraoperatório através do conhecimento da pessoa. Os enfermeiros do intraoperatório baseiam-se e suportam as suas intervenções com as informações que recolhem da consulta de enfermagem pré-operatória.

A AESOP (2006) define esta consulta de enfermagem pré-operatória como uma peça fundamental no planeamento, na individualização dos cuidados, identificando-se assim as necessidades específicas da pessoa e as características do próprio que são

suscetíveis de interferir na cirurgia, como por exemplo as patologias associadas, peso, altura, idade, entre outras.

Segundo a mesma Associação, o enfermeiro de perioperatório, tem como funções principais:

- Informar a pessoa de quem o vai receber no BO, no dia da cirurgia;
- Ceder um manual de acolhimento, e preferencialmente, realizar uma visita ao BO, principalmente se se tratar de uma criança;
- Interpretar o comportamento da pessoa, avaliando o nível de ansiedade e esclarecer as dúvidas, mostrando disponibilidade para responder a questões;
- Informar claramente e adaptar o vocabulário ao nível e desenvolvimentos sociocultural e diferenciado da pessoa;
- Encaminhar para o médico cirurgião e anestesiológico todas as questões referentes ao diagnóstico médico e prognóstico cirúrgico;
- Explicar o percurso da pessoa, incluindo a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e o seu objetivo. Reforçar a ideia das dores no pós-operatório e da possibilidade de ser necessário colocar drenos ou outros dispositivos que provocam desconforto aa pessoa.

Machado et al. (2005) consideram ser um processo de interação entre o enfermeiro e a pessoa, na procura da promoção da saúde, da prevenção da doença e na limitação de complicações. Esta interação acontece pelo desenvolvimento das capacidades de comunicação, num exercício de escuta e estabelecimento de diálogo. Os mesmos autores referem que a consulta de enfermagem é uma atividade independente, efetuada pelo enfermeiro, em que o objetivo é a melhoria das condições da qualidade de vida através de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o enfermeiro deve mostrar interesse pelo indivíduo e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva das relações com doente, família e comunidade.

Consulta de enfermagem pós-operatória

A consulta de enfermagem pós-operatória, segundo Oliveira et al. (2012) é uma atividade autónoma que permite um aumento na qualidade assistencial prestada aa pessoa/família, favorecendo a promoção da saúde, o diagnóstico e tratamento precoces

e a prevenção de situações evitáveis, considerada como uma estratégia eficiente para a deteção precoce de problemas de saúde e acompanhamento das medidas instituídas, para o bem-estar dos doentes.

Para a AESOP (2006) esta consulta é uma atividade realizada por enfermeiros para avaliar a condição de saúde da pessoa após uma cirurgia. Durante a consulta, o enfermeiro realiza uma avaliação completa, que inclui, entre outras atividades, a verificação dos sinais vitais, a avaliação da dor, a observação do local da incisão e a identificação de possíveis complicações, como infeções ou hemorragias.

Além disso, durante a consulta de enfermagem pós-operatória, o enfermeiro pode fornecer informações e orientações importantes para a pessoa e sua família sobre os cuidados e medidas preventivas necessárias durante o período de recuperação.

Machado e Zagonel (2003) consideram a consulta de enfermagem uma estratégia eficaz na perceção de desvios de saúde, tornando um acompanhamento adequado de medidas instituídas e dirigidas ao bem-estar e recuperação da pessoa, pois permite a aproximação pessoa a pessoa, possibilitando a relação de ajuda entre as partes tendo em consideração as variáveis culturais da pessoa.

A SPA (2018) refere ainda que os enfermeiros que realizam a consulta de enfermagem pós-operatória a doentes com dor aguda pós-operatória desempenham um papel importante na coordenação, monitorização e avaliação dos cuidados prestados e atuam como elo de ligação entre os vários membros da equipa da Unidade de Dor Aguda do pós-operatório.

A consulta de enfermagem pós-operatória é uma parte essencial dos cuidados de enfermagem perioperatórios, permitindo avaliar e monitorizar a saúde da pessoa após a cirurgia, fornecer informações e orientações para uma recuperação segura e eficaz, e oferecer suporte durante o processo de recuperação.

Este é também o momento importante para realizar os ensinamentos à pessoa e família para a recuperação após cirurgia, os cuidados a ter e as indicações face à cirurgia, bem como a readaptação ao momento pós-operatório.

Comunicação em enfermagem

No perioperatório a pessoa contacta com vários profissionais, vários serviços e vários enfermeiros. Mesmo dentro da enfermagem de perioperatório há a ligação entre vários

enfermeiros e a necessidade de transição de informação importante e imprescindível, da pessoa, para um procedimento seguro e correto.

Uma relação de comunicação eficaz entre os enfermeiros do intraoperatório da equipa multidisciplinar contribui para melhores relações profissionais e melhores cuidados de enfermagem prestados à pessoa, que segundo Backes et al. (2006), para que o processo de humanização seja efetivo e se realize, é importante estreitar os laços de comunicação, melhorando assim a compreensão contínua da realidade da pessoa e do profissional de saúde.

Para além da comunicação entre profissionais, existe, igualmente ou ainda mais importante, a comunicação com a pessoa ao longo de todo o processo. Broca e Ferreira (2012), destacam a importância do diálogo como forma de melhorar ou realizar cuidados de enfermagem, uma vez que através dele se consegue criar uma ligação entre as pessoas, iniciar-se um contato mais próximo, uma relação de integração de culturas, uma troca de experiências e vivências, importantes para o processo.

Dotações seguras

Relativamente às dotações de enfermeiros por serviço temos bem claro o documento emitido pela OE (2019) no Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro em Diário da República onde estão bem definidas as fórmulas e as necessidades de enfermeiros por serviço.

A mesma fonte refere que o cálculo das necessidades de dotação de enfermeiros não se pode limitar ao número de horas de cuidados por doente e por dia, ou mesmo tempos médios utilizados em procedimentos específicos. Assim a definição de rácio apropriado deve considerar, aspetos tais como competências profissionais, a organização da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação.

No BO existem, por sala de operações, três enfermeiros com conhecimentos e qualificações para exercerem as seguintes funções: Enfermeiro de Anestesia; Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista, tal como defende a AESOP e a OE.

A OE (2014) emitiu um documento oficial, publicado em Diário da República, Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, relativo às dotações de enfermeiros referindo que:

“Nas salas de operações de cirurgia programada ou urgente, considera-se a existência dos seguintes postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia.

Considera-se adequado que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho sejam enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.” (p. 142).

A mesma fonte refere que, até à existência de enfermeiros suficientes nesta área, os BOs têm nos seus recursos humanos enfermeiros e enfermeiros especialistas das diferentes áreas de especialidade, dando preferência a enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Nas unidades de recobro ou unidades de cuidados pós-anestésicas o mesmo regulamento refere que:

“devem existir, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros, preferencialmente especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, devendo o rácio ser de 1 (um) enfermeiro por cada 2 (dois) clientes em cirurgia convencional (...) podendo o mesmo ser ajustado em função da complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas dos clientes.” (p.142).

Cirurgia Segura

Quando falamos em reinternamento hospitalares em doentes submetidas a cirurgia eletiva, não podemos deixar de refletir acerca da segurança da pessoa e dos procedimentos seguros a ter em conta. Assim, no planeamento cirúrgico deverá ser incluída a informação necessária aos preparativos cirúrgicos, para que tudo corra dentro do que se espera, sem complicações inerentes à cirurgia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um desafio para implementar nos serviços cirúrgicos a nível Mundial, denominado como “Aliança Mundial para a Segurança da pessoa”. Em 2009 foi implementado o Manual de Implementação da lista de verificação de cirurgia segura em Portugal e foi assinalado pela Direção-Geral da Saúde o dia 15 de dezembro de 2009 como o dia oficial de início de implementação da lista de verificação de cirurgia segura nos Hospitais portugueses.

A lista de verificação de cirurgia segura não é mais do que um instrumento de registo de verificação de todos os passos fundamentais dentro de uma sala de operações, seguindo o percurso da pessoa, envolvendo toda a equipa multidisciplinar. Este instrumento ajuda a recordar a memória de atos rotineiros que facilmente são ignorados em doentes com condições graves. Esta lista está implementada em todos os BOs e é de registo obrigatório.

A DGS (2009) refere que a segurança da pessoa é um elemento nuclear da Aliança Mundial e contém um conjunto vasto de conhecimentos de especialistas para melhorar a segurança dos cuidados. Assim, com o fim primeiro de minimizar riscos desnecessários, ou outras complicações decorrentes de um procedimento cirúrgico não seguro, as equipas, com a utilização desta lista de verificação de cirurgia segura proposta pela DGS, devem ter em conta dez objetivos básicos e essenciais traduzidos como orientações de segurança cirúrgica:

1. A equipa irá operar a pessoa certo no local certo;
2. A equipa utilizará métodos já conhecidos evitando assim danos decorrentes da administração de anestésicos para proteger a pessoa da dor;
3. A equipa identificará os sinais/sintomas e está preparada para atuar numa situação de risco de vida ou falência respiratória;
4. A equipa irá identificar os sinais/sintomas e está preparada para atuar numa situação de perda elevada de sangue;
5. A equipa evitará a indução de uma reação alérgica ou adversa a medicamentos;
6. A equipa utilizará sistematicamente métodos cirúrgicos conhecidos para minimizar o risco de infeção cirúrgica;
7. A equipa irá impedir a retenção inadvertidamente de material em feridas cirúrgicas;
8. A equipa irá acondicionar e identificar convenientemente todas as amostras cirúrgicas retiradas;
9. A equipa comunicará eficazmente a informação crítica que possa contribuir para o aumento da segurança dos procedimentos cirúrgicos;

10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública irão estabelecer a vigilância epidemiológica de rotina que permite a monitorização da capacidade cirúrgica, volume e resultados.

Outro dado importante no planeamento cirúrgico é, sem dúvida, a indicação dos recursos humanos e materiais específicos, no sentido de proceder às burocracias institucionais para a requisição dos mesmos, para que a sua falta não seja motivo de cancelamento cirúrgico.

Infeção do local Cirúrgico (ILC)

Existem normas de segurança e de assepsia que têm obrigatoriamente de ser cumpridas elaboradas e publicadas pelo Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) de cada Hospital. Este grupo de trabalho, referido pela DGS (2017) tem por objetivo geral a diminuição da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a redução da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Em todo o perioperatório, existem regras, procedimentos e ações definidas no sentido das boas práticas, através de procedimentos regularizados e descritos pela comissão de infeção de cada hospital, que se baseia em normas nacionais e internacionais através da evidência científica.

Relativamente ao BO, o intraoperatório, segundo Fuller (2000), existe um protocolo para os circuitos e movimentação das equipas dentro do BO:

1. As pessoas que entram no BO não devem entrar nas áreas restritas, a menos que utilizem vestuário e calçado específico;
2. A equipa cirúrgica que sai do BO deve utilizar roupa apropriada quando entra e quando sai do BO;
3. As portas entre áreas limpas e sujas devem estar fechadas;
4. Para o transporte de material destinado ao BO deve-se utilizar um elevador único para o material limpo e outro para o material sujo, com circuitos diferentes e que não se cruzem;

5. O material limpo e esterilizado recebido no BO deve ser embalado com uma cobertura extra;

6. Normalmente, as pessoas submetidas a cirurgia são transportados para o BO numa maca ou na cama da enfermaria.

Para que haja um controlo minucioso de entrada e saída de pessoal, assim como de um BO asséptico e seguro, há que cumprir estas regras mínimas e básicas.

Para além das regras de circuitos e de circulação, há procedimentos vários, bem definidos e estudados, no que concerne à prevenção de infeção e à assepsia. Regularmente são emanadas diretrizes e indicações através dos departamentos do GCL-PPCIR e implementados pelos seus elementos de ligação aos serviços.

A Norma n.º 024/2013 de 23 de dezembro de 2013 emitida pela DGS (2013), define intervenções que permitem diminuir a frequência de ILC, estando estas descritas para o período perioperatório e a articulação de várias medidas básicas manifesta o sucesso da prevenção da ILC.

A mesma fonte define que ILC está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (ferida cirúrgica ou órgão/espaco), nos primeiros 30 dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese. A duração da intervenção cirúrgica e todos os procedimentos relacionados com a assepsia, são dois fatores que aumentam o risco de infeção, mas existem alguns fatores que dizem respeito ao cliente como a idade avançada, diabetes, obesidade, infeção instalada antes do procedimento, entre outros.

A DGS (2015) através da Norma n.º 020/2015, atualizada a 17/11/2022, foram definidos feixes de intervenção, que são um conjunto de intervenções que agrupadas e implementadas de forma integrada nos cuidados, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição de cada uma das intervenções individualmente. Estes feixes têm o objetivo de assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consciente e que previsivelmente leve à redução de incidência da ILC.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia de estudo refere-se aos procedimentos e técnicas utilizados para conduzir uma pesquisa ou investigação científica. Caracteriza o percurso da investigação e consegue delinear o caminho a percorrer em vista dos resultados, levando a uma conclusão final do trabalho.

A investigação científica é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo empírico (o que nós conhecemos através dos nossos sentidos, do quotidiano), com vista a descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos, Seaman citado por Fortin et al. (2009).

A utilização da investigação científica nas diferentes disciplinas surge, tal como refere Fortin (2009) como um modo de adquirir conhecimentos, pela obtenção de respostas a questões determinadas por meio da observação de determinados factos que ressaltam do seu domínio, como objetivo a sua compreensão.

A metodologia de estudo é fundamental para garantir a validade e confiabilidade dos resultados obtidos e para contribuir para o avanço do conhecimento científico em enfermagem, fomentando o conhecimento baseado na evidência científica.

Neste capítulo irão ser apresentados os principais referenciais que serviram de suporte ao estudo e conseqüentemente as opções metodológicas adotadas para a sua concretização.

O primeiro ponto destina-se a descrever a motivação para a problemática em estudo e a apresentar as razões da sua pertinência. Seguidamente, serão descritas as questões de investigação e os objetivos definidos, bem como o tipo de estudo, os participantes no estudo e o contexto em que a colheita de dados ocorreu, assim como os instrumentos utilizados na colheita, o processo desenvolvido para a análise dos dados e, ainda, algumas considerações relativas aos procedimentos formais e éticos.

1.1 PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

O tema da presente investigação surgiu, não só da necessidade profissional, mas também como um desafio por parte da direção de enfermagem da instituição onde a investigadora trabalha, com o objetivo de melhorar a qualidade e a efetividade dos cuidados de enfermagem no perioperatório. Como profissional e estudante existe a obrigação implícita na aproximação teórico-prática e a necessidade de acrescentar conhecimento e valor profissional através da evidência científica.

Como enfermeira de BO torna-se prioritário conhecer e intervir no percurso das pessoas submetidas a cirurgia eletiva no que diz respeito ao perioperatório, analisar o processo e os resultados dos cuidados de enfermagem, neste caso específico, bem como analisar a efetividade dos cuidados e de que forma se podem completar, ou mesmo modificar, os processos e procedimentos, cuidados ou as intervenções, de forma a uma melhora significativa dos cuidados de enfermagem, criando assim um impacto e uma mudança positiva nos resultados, na instituição, no serviço, na pessoa e na família.

Sabemos que a problemática, resulta da prática diária da prestação de cuidados. Pollit et al. (2004), referem que "(...) a experiência diária da enfermeira proporciona um rico suprimento de problemas para a investigação. Os problemas que necessitam de solução imediata têm alto potencial de serem clinicamente significativos" (p.106).

Com esta investigação incentivámos a reflexão e o debate, incrementando uma melhoria nos procedimentos e nos cuidados prestados aa pessoa submetida a cirurgia eletiva, durante o seu percurso no perioperatório e nos diferentes serviços intervenientes.

Os reinternamentos hospitalares tornam-se efeitos indesejados para os doentes, para as famílias (Fry et al., 2015), para as instituições (Lucas et al., 2014) e para a comunidade em geral. Estes são um problema para a pessoa e para a sua família, são sinónimo de aumento de despesa para as instituições hospitalares e de eventuais problemas no processo de cuidados. Por cada doente readmitido, há uma oportunidade perdida de tratar outra pessoa (Kassin et al., 2012).

Para Benbassat e Taragin (2000) a redução das taxas de reinternamentos hospitalares permite reduzir os custos hospitalares e melhorar a qualidade dos tratamentos.

Com esta investigação analisaremos a perspetiva dos enfermeiros do perioperatório relativamente às causas de reinternamento hospitalar após cirurgia eletiva e qual a influencia que os cuidados de enfermagem prestados têm nas causas de reinternamento, conseguindo encontrar pontos de melhoria, segundo a perceção dos mesmos.

1.2 QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

De acordo com a problemática definida para o estudo, enunciam-se como questões de investigação:

“Qual a percepção de enfermeiros de perioperatório sobre as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”;

“Quais os cuidados de enfermagem que, na percepção de enfermeiros perioperatório, podem influenciar as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”

Na investigação, a definição de objetivos reporta-se ao modo como se pretende dar resposta ao problema e, devem constituir-se como um enunciado e indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador que acaçar (Fortin et al., 2009).

Assim, o objetivo geral deste estudo consiste em conhecer a percepção de enfermeiros a exercer funções no perioperatório sobre as causas dos reinternamentos em doentes submetidas a cirurgia eletiva e quais os cuidados de enfermagem que podem influenciar nessas causas.

Pretende-se com a elaboração do estudo concretizar aos seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a percepção de enfermeiros sobre as causas/fatores do reinternamento em pessoas submetidas a cirurgia eletiva;
- Identificar quais os cuidados de enfermagem que, na percepção de enfermeiros, podem influenciar positivamente nas causas de reinternamento após cirurgia eletiva;
- Identificar quais os cuidados de enfermagem que, na percepção de enfermeiros podem influenciar negativamente nas causas de reinternamento após cirurgia eletiva;
- Identificar, à luz da bibliografia existente e da recolha de dados, quais os cuidados de enfermagem que podem diminuir as taxas de reinternamento em pessoas submetidas a cirurgia eletiva.

1.3 TIPO DE ESTUDO

A escolha do método de investigação depende diretamente da questão formulada pelo investigador (Streubert, Carpenter, & Santos, 2002). Neste caso, uma vez que estamos perante um estudo que consiste em conhecer um evento ou uma situação através de dados narrados pelos participantes envolvidos no processo, estamos perante uma abordagem qualitativa.

Para Ribeiro (2007) a investigação qualitativa estuda as pessoas nos seus contextos naturais, estabelecendo-se uma forte ligação dos dados da investigação com as circunstâncias da sua produção, onde o grande objetivo é “compreender o significado do fenómeno em estudo, tomando a perspectiva única dos indivíduos estudados, e no contexto onde ocorrem os fenómenos, permitindo considerar a complexidade dos fenómenos em estudo” (p. 66).

Pollit et al. (2004), nos estudos qualitativos, salientam os aspetos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, de forma a apreender estes aspetos na sua totalidade e no contexto que estão a vivenciar.

De igual forma, Streubert et al. (2002) referem que numa realidade como a da enfermagem, é importante que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas.

Este trabalho trata de uma investigação de abordagem qualitativa, um estudo descritivo de natureza interpretativa com recurso a entrevistas semiestruturadas a enfermeiros das diferentes áreas do perioperatório. Para recolher a amostra foi utilizado um método de amostragem em bola de neve.

1.4 PARTICIPANTES NO ESTUDO

Num estudo de abordagem qualitativa, Streubert et al. (2002) referem que os participantes são indivíduos que transmitem informação a quem recolhe os dados. Sendo estes que conferem riqueza na informação através dos seus relatos individuais, vivências, experiências e sentimentos, ilustrando a posição assumida pelo investigador, possibilitando que as pessoas sejam ativas no próprio estudo.

Poupart et al. (2008) referem que o processo de amostragem na investigação qualitativa é mais frequentemente de tipo não probabilístico. Consiste numa amostra que não se constitui ao acaso, mas sim em função de características que o investigador pretende analisar no estudo.

Na abordagem qualitativa é essencial definir quem são os participantes do estudo, estes são selecionados para participarem na investigação qualitativa de conforme a sua experiência em primeira-mão com a cultura, processo social ou fenómeno de interesse (Streubert & Carpenter, 2011).

Nesta investigação o método de amostragem escolhido foi o intencional pois permite selecionar participantes com base no conhecimento específico de um determinado

fenómeno (Streubert & Carpenter, 2011), neste caso as causas de reinternamento e potenciais fatores que as influenciam.

A seleção dos participantes nas entrevistas foi realizada através de uma seleção em bola de neve, uma amostra não probabilística, utilizando os contactos fornecidos pelos pares sobre os enfermeiros com experiência na área da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Considerámos enfermeiros que exercem funções no internamento cirúrgico, no BO e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), em Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios (UCCI), independentemente do hospital ou instituição onde trabalhavam.

Segundo Appolinário (2012), a técnica de “bola-de-neve” é uma forma de amostragem não probabilística utilizada em pesquisas sociais, onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que, por sua vez, indicam outros participantes e, assim, sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto, ou seja, o ponto de saturação. Este ponto considera-se atingido quando os novos participantes passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações que sejam relevantes para a pesquisa em questão.

Com este tipo de amostragem em bola de neve, o objetivo é “observar e entrevistar pessoas que tenham experimentado ou fazem parte da cultura ou do fenómeno de interesse (...) desenvolver uma descrição rica e densa da cultura ou do fenómeno (...)” (Streubert & Carpenter, 2011) (p. 30).

A amostra foi considerada como adequada quando foi atingida a saturação dos dados, conforme preconiza Streubert e Carpenter (2011): “(...) A natureza repetitiva dos dados é o ponto no qual o investigador determina que a saturação foi alcançada” (p.31).

Assim, para construir uma amostra baseada neste tipo de seleção em bola de neve identificamos um primeiro participante-chave baseado na experiência profissional da investigadora. Este participante contactou outros potenciais participantes que pudessem estar interessados em participar ou que referenciassem possíveis candidatos à participação do presente estudo, tendo como objetivo final encontrar um grupo de participantes com experiência dentro do tema em questão, que contribuíram para a investigação.

Para cada área do perioperatório (Internamento, BO, UCCI e UCPA) foram participantes entre 3 a 7 enfermeiros de cada contexto (tendo em consideração a saturação dos dados recolhidos).

Foram definidos como critérios de seleção dos participantes para formar a amostra, ser enfermeiro num dos contextos de perioperatório: internamento cirúrgico, BO, UCPA ou

UCCI. Ressalvando neste caso que muitos dos enfermeiros que exercem funções no BO, prestam também cuidados nas UCPA, conforme a dinâmica da organização de saúde (que para o caso não será relevante).

A amostra foi então constituída pelos enfermeiros que aceitaram voluntariamente participar no presente estudo após a leitura e assinatura do consentimento livre e informado (Apêndice II), que foi enviado para o email de cada participante.

Depois de enviado o consentimento livre e informado, foi realizado um primeiro contacto telefónico com todos os enfermeiros que aceitaram participar na investigação, tendo em consideração os critérios de seleção (N=14) para agendamento da entrevista e esclarecimento de alguma dúvida pontual. Neste contacto foi solicitada a participação a cada um destes enfermeiros, explicada a investigação, os seus objetivos, a pertinência da inclusão como participante. Na segunda fase, que ocorreu por videochamada, foi novamente explicada a investigação e a pertinência da sua participação, bem como realizada a entrevista em si.

De referir ainda que dos 14 enfermeiros que participaram no estudo, 8 eram enfermeiros especialistas e 6 enfermeiros de cuidados gerais.

Os enfermeiros participantes pertenciam a serviços distintos: 4 enfermeiros trabalhavam em serviços de internamento cirúrgico, 7 enfermeiros trabalhavam em BO e/ou UCPA e 3 enfermeiros em UCCI.

Todos os enfermeiros participantes tinham mais de 5 anos de experiência em cuidados de enfermagem no perioperatório.

1.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

O instrumento de colheita de dados a utilizar nesta fase do estudo foi a entrevista semiestruturada áudio-gravada. Refere Polit & Beck (2020) tratar-se de um método usado quando o investigador detém tópicos ou questões amplas que precisam ser cobertos durante a entrevista, assim, o investigador usa um guia de tópicos para garantir que todas as áreas da questão sejam abordadas. A sua função é motivar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos pretendidos.

Tendo em conta as características do estudo, tivemos em conta todos os pressupostos éticos necessários em todas as etapas, desde o pedido de parecer à Comissão de Ética (parecer n.º P845_02_2022, de 20 de abril de 2022), passando pelo consentimento livre de cada participante, anonimato e respeito pela proteção dos dados, bem como a

veracidade na transcrição das entrevistas, com todo o rigor que uma investigação requer.

Foi escolhida a entrevista como técnica de recolha de dados, pelo seu carácter flexível e pela possibilidade dos participantes expressarem livremente a sua experiência. Entendemos que a entrevista seria uma mais-valia para recolher a informação dos enfermeiros participantes no estudo que, pela sua experiência profissional em perioperatório, dariam um contributo importante para esta temática, de uma forma aberta, livre e esclarecedora, podendo assim contribuir positivamente para a investigação em causa.

Numa primeira fase foi elaborado um guião de entrevista, baseado nos objetivos da investigação e na revisão da literatura. Esse guião foi submetida a validação por 6 peritos na área da temática em questão. Nesse grupo de peritos constavam:

- 1 Enfermeiro Gestor em funções de Direção;
- 1 Enfermeiro Gestor;
- 1 Enfermeiro especialista na área de médico-cirúrgica;
- 2 docentes peritos em investigação qualitativa;
- 1 docente perito em gestão da saúde.

Alexandre e Coluci (2011) referem que a validação de conteúdo é essencial no desenvolvimento de uma entrevista, pois esta permite verificar o quanto os itens incluídos no instrumento correspondem à teoria que fundamenta a construção do mesmo. Ou seja, permite verificar se os itens incluídos no instrumento são representativos e relevantes para o objetivo do estudo, considerando as questões e os objetivos do estudo,

De referir também que sobre a validação de conteúdo por peritos, Moreira et al. (2014) referem que se procura o aperfeiçoamento do conteúdo do instrumento, tornando-o mais confiável, preciso, válido e decisivo no que se propõe medir. Guillemin et al. (1993) defendem que esta validação por peritos é o julgamento por um grupo de peritos experientes na área temática do instrumento, aos quais cabe analisar a correção, coerência e adequação do conteúdo.

Depois da avaliação pelos peritos, o guião de entrevista sofreu algumas alterações de acordo com as recomendações efetuadas, melhorando assim os seus itens, para que fossem adequados ao objetivo do estudo, sugestões estas referidas pelos peritos e aceites pela investigadora, tendo resultado no guião de entrevista utilizado com todos os participantes (Apêndice I).

Depois dos generosos contributos dos peritos na elaboração do guião da entrevista foi realizada uma entrevista piloto com um Enfermeiro, não pertencente à amostra, com características similares aos dos potenciais participantes, para consolidar a mesma, ajustar a ordem das questões e definição do tempo necessário para cada momento de encontro.

Após a criação do guião de entrevista, foi solicitada a uma revisão ética independente, formulando um pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), acompanhado do projeto de investigação, do instrumento de colheita de dados e do formulário de consentimento, tendo sido considerado e obtendo assim o parecer favorável para a realização da investigação (Parecer n.º P845_02_2022 de 20 de abril de 2022).

As entrevistas foram realizadas num momento combinado previamente entre os participantes e a investigadora, assegurando assim a privacidade e individualidade do momento da partilha. Para a captação pormenorizada, recorreu-se à gravação, utilizando um dispositivo apropriado, mediante consentimento do participante. Com esta gravação apenas garantimos que a informação não se perdeu e que conseguimos transcrever o máximo de informação para análise. Para isso foi realizado um pedido de autorização aos participantes para que a sessão fosse gravada, garantindo assim o seu anonimato e também a possibilidade de desistência a qualquer momento da investigação (Apêndice II).

Antes da realização das questões foi reservado um momento de apresentação da investigadora, da investigação, com a definição dos objetivos e questões de investigação, bem como foi feita uma breve contextualização da problemática em causa, de forma a enquadrar a temática e iniciar a reflexão.

A entrevista seguiu as questões orientadoras para a obtenção de dados relevantes para satisfazer os objetivos do estudo. Deste modo, sugeriu-se a estrutura da entrevista em dois momentos:

1. Identificação dos dados sociodemográficos: idade, género, categoria profissional, local de trabalho, anos de exercício da profissão, anos de exercício no perioperatório e habilitações académicas.
2. Questões direcionadas para a temática, onde se pretende saber a perceção de enfermeiros do perioperatório quanto às causas de reinternamento em doentes submetidas a cirurgia eletiva e os cuidados de enfermagem que podem influenciar esses fatores.

As perguntas que constam do guião da entrevista foram abordadas com todos os participantes, no entanto cada entrevista foi evoluindo de forma diferente, permitindo a descrição das suas experiências, vivências pessoais, opiniões e percepções, surgindo até exemplos concretos relativos à prática profissional de cada um, possibilitando, assim, uma exploração do tema mais abrangente e completa. Ao terminar cada entrevista foi acordado com os participantes a possibilidade de análise e validação da sua transcrição, aspeto que todos consentiram, bem como a possibilidade de retirarem o seu consentimento para permanecerem no estudo ou acrescentarem mais alguma informação que entendessem relevante para o estudo.

As entrevistas foram realizadas entre 26 de abril e 06 de junho de 2022, consoante a disponibilidade dos participantes e da investigadora.

Seguidamente, as entrevistas foram transcritas integralmente e, pontualmente sentiu-se a necessidade de validar individualmente uma ou outra informação, de forma a garantir a fiabilidade da informação e detetar possíveis erros de transcrição. De forma a salvaguardar o anonimato de cada participante, no processo de análise e discussão, foi utilizado um código alfa numérico para cada entrevista (E1, E2, E3, ...).

1.6 PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS

Na percepção de Streubert e Carpenter (2011), a análise de dados na investigação qualitativa inicia-se quando a colheita de dados começa. Os mesmos autores referem que durante a análise de dados ocorre uma aglomeração de ideias, mencionadas com temas que auxiliam o investigador e possibilitam agrupar a informação e a descobrir o seu significado. Tendo em conta as questões de partida do estudo e as questões do guião da entrevista, para organização dos dados recorreu-se à metodologia da análise de conteúdo, extraíndo rigorosamente os termos e as frases que compõem as entrevistas realizadas aos participantes sobre a sua experiência.

O objeto da análise de conteúdo é depreender a respeito das mensagens, que obedeceram a um processo de sistematização. De acordo com Bardin (2011), “a divisão das componentes das mensagens analisadas em rubricas ou categorias não é uma etapa obrigatória de toda e qualquer análise de conteúdo. A maioria dos procedimentos de análise organiza-se, no entanto, em redor de um processo de categorização” (p. 111).

De acordo com a mesma autora, a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por “reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades

de registo, no caso da análise de conteúdo), sob um título genérico, agrupamento feito em razão dos caracteres comuns destes elementos” (p. 112).

Pretendeu-se identificar unidades de conteúdo que estivessem relacionadas com os objetivos da pesquisa e agrupá-las em categorias (macro critérios) que correspondessem, igualmente, aos objetivos do estudo.

Todas as entrevistas foram transcritas para um documento do Word 2019 (Microsoft Corporation, Redmond, WA) e codificadas usando uma abordagem dedutiva-indutiva. As transcrições foram lidas repetidamente para promover a familiarização dos dados e imersão no conteúdo subjacente (Creswell, 2007).

Assim, depois de transcritas as entrevistas, validada a informação, para a análise dos dados recorreremos a software específico de forma a realizar uma análise específica dos dados por categorias selecionadas. A escolha recaiu sobre o *software QSR NVivo 12* para codificar as transcrições das entrevistas.

A informação obtida nas entrevistas foi analisada e agrupada consoante os macro critérios identificados à luz dos objetivos da investigação, tal como podemos observar na imagem 1. Cada macro critério está diretamente relacionado com as questões de investigação e com os objetivos definidos:

- **“Qual a perceção de enfermeiros de perioperatório sobre as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”**: Macro critério A: Causas de reinternamento após cirurgia eletiva (constituído por 5 questões)
- **“Quais os cuidados de enfermagem que, na perceção de enfermeiros perioperatório, podem influenciar as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”**: Macro critério B: Cuidados de enfermagem no perioperatório (constituído por 4 questões)



Imagem 1 – Macro Critérios

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A apresentação e análise de dados são etapas cruciais em qualquer pesquisa científica, incluindo estudos de enfermagem. Essas etapas envolvem a organização e interpretação dos dados colhidos, permitindo a identificação de padrões e informações relevantes para o fenómeno estudado.

Esta fase torna-se essencial para a compreensão dos resultados obtidos à luz das questões de investigação. Além disso, a análise cuidadosa dos dados pode fornecer informações valiosas para a prática dos cuidados com vista a uma melhoria continua dos cuidados de enfermagem.

Reportando à problemática definida para o estudo, e relembrando as questões de investigação, a análise dos dados será baseada nestas questões principais:

- **“Qual a percepção de enfermeiros de perioperatório sobre as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”**;
- **“Quais os cuidados de enfermagem que, na percepção de enfermeiros perioperatório, podem influenciar as causas do reinternamento após cirurgia eletiva?”**

Foi dentro destas duas questões pilares para a investigação, que recolhemos os dados das entrevistas e nas quais se suportou o guião de entrevista para recolha de informação aos participantes.

Relembramos assim os dois macro critérios das entrevistas e as respetivas questões, para que de seguida partirmos para uma análise qualitativa e aglomerar as respostas selecionadas por tópico estudado:

Macro critério A: Causas de reinternamento após cirurgia eletiva (constituído por 5 questões)

Macro critério B: Cuidados de enfermagem no perioperatório (constituído por 4 questões)

(A) Causas de reinternamento após cirurgia eletiva

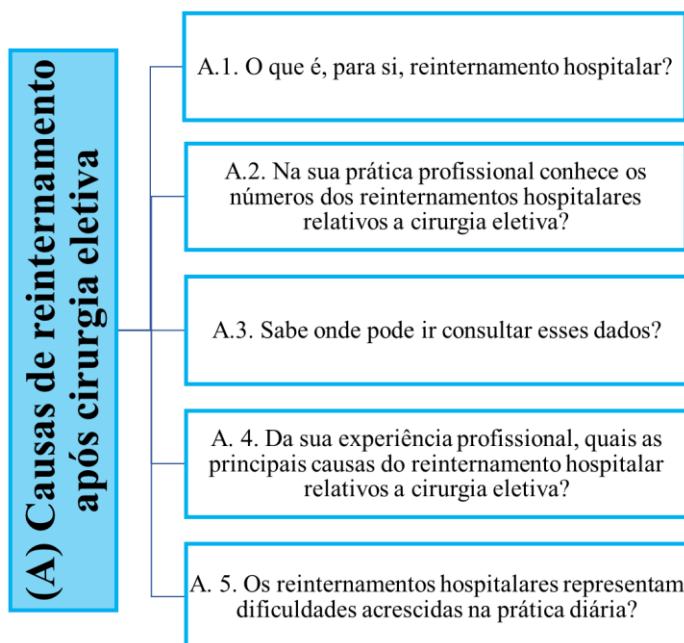


Imagem 2 – Macro critério A

A.1. O que é, para si, reinternamento hospitalar?

De uma forma geral todos os participantes tinham bem presente a definição de reinternamento hospitalar após cirurgia eletiva. No entanto, nenhum deles referiu um intervalo ou limite de tempo:

“Reinternamento é uma readmissão do doente num hospital/unidade hospitalar em situações em que o doente teve uma recaída, há complicações, há necessidade de alguma abordagem ou de algum problema de saúde que possa ter desenvolvido no internamento anterior ou algum problema crónico que esteja a ser acompanhados mas que necessite de uma nova abordagem, de um novo internamento.” (E2)

“(…) após a alta do utente surge alguma complicação que implica novo internamento.” (E10)

“A pessoa tendo tido alta para domicílio volta por complicações decorrentes da cirurgia.” (E13)

A.2. Na sua prática profissional conhece as taxas de reinternamentos hospitalares relativos a cirurgia eletiva?

No que concerne á informação relativamente às taxas de reinternamento, nenhum dos 14 participantes tinha a informação necessária.

“Não, mas sei que andariam por volta dos 10,20% (...)” (E1)

“ (...) a minha experiência em readmissões no bloco operatória, posso manifestar-me e acontece, normalmente por agravamento da situação clínica. E nesse sentido há readmissões sim no BO.” (E5)

“Não, penso que não temos nada de estudo da UCCI. Mas da enfermaria para a UCCI não é muito alta (...)” (E14)

A.3. Sabe onde pode consultar esses dados?

Dos 14 participantes, 4 enfermeiros sabiam onde consultar os dados a nível nacional, referindo a fonte principal de informação a ACSS. No entanto todos tinham dúvidas, ou não sabiam onde consultar esses dados na sua instituição.

“Eu sei que o ministério da saúde tem um portal ou uma página dedicado a esse tipo de informação.” (E1)

“A nível nacional sei que posso consultar na ACSS. A nível institucional não.” (E4)

“A nível nacional na ACSS.” (E5)

Outros ainda referem informação sem certezas, ou baseado na sua opinião.

“No nosso hospital talvez no gabinete de gestão de altas.” (E5)

“Não deve ser muito difícil, deve haver algum sítio para pesquisar aqui no hospital.” (E12)

A.4. Da sua experiência profissional, quais as principais causas do reinternamento hospitalar relativos a cirurgia eletiva?

Da experiência dos participantes as causas de reinternamento centram-se nestes principais aspetos:

- Infeção ou choque séptico,
- dor,
- descompensação de medicação ou dificuldade em cumprir o regime terapêutico,

- problemas respiratórios,
- complicações da ferida operatória e
- hemorragia.

“(...) cicatrização não está em condições ou há uma deiscência de sutura ou há uma falência do material implantado.” (E1)

“Infeção, choque séptico, deiscências das anastomoses, Re-operações cirúrgicas, tecidos friáveis (...)” (E10)

“Parte respiratória, nas limitações de mobilidade, pneumonia, insuficiências respiratórias.” (E10)

“Controlo da dor, muitos doentes vêm para controlo da dor.” (E2)

“(...) alguma instabilidade da pessoa, por exemplo por sangramento ou uma instabilidade hemodinâmica por causa de hemorragia.” (E5)

“Adesão ao regime terapêutica, dificuldade em cumprir o regime terapêutica, podem não cumprir, por não entenderem, por dificuldades económicas (...) a não toma do antibiótico pode conduzir ao reinternamento por infeção” (E5)

Existem referências dos participantes a complicações associadas a patologia de base da pessoa, descompensação ou mesmo falência do material de implante. Referem também que os reinternamentos estão associados a comorbilidades das pessoas submetidas a cirurgia eletiva e aos seus antecedentes e patologias.

“(...) antecedentes pessoais, DM, HT, Hipo coagulados (...)” (E11)

Apenas dois participantes referem que os reinternamentos estão associados a erros médicos, de enfermagem e má execução da técnica cirúrgica.

“Tem a ver com erros médios e de enfermagem.” (E12)

A.5. Os reinternamentos hospitalares representam dificuldades acrescidas na prática diária?

De todos os participantes apenas 3 não consideram os reinternamentos como uma dificuldade acrescida na sua prática diária, no entanto os restantes encaram os reinternamentos como cuidados mais especializados, doentes mais complexos e uma duplicação de gasto em recursos humanos, materiais e de instalações.

“Sim, se esse reinternamento implicar uma nova cirurgia. São sempre casos muito mais complexos, com doentes mais instáveis, com riscos de problemas maiores.” (E1)

“(...) contando com os recursos, é mais uma sala com menos um tempo cirúrgico, são recursos humanos e materiais em duplicado, ou triplicado... que deveriam ser evitados (...)” (E1)

“Representam sim, até pela carga horária, pela especificidade desses doentes.” (E2)

“(...) normalmente vêm com mais complicações, o que a nível de recursos humanos acarretam maior número de horas de trabalho de enfermagem e normalmente vêm instáveis com necessidade de reoperação, muitos deles com caso de infeção e o reinternamento é mais longo com necessidade de antibioterapia.” (E4)

“Sim, sem dúvida, quando os doentes regressam são situações que nos dão uma carga de trabalho maior, até a situação estar completamente resolvida.” (E5)

“Quando há associado ao internamento, uma reoperação, será sempre mais complexa que uma intervenção primária.” (E9)

“Influencia na gestão de vagas e de programas operatórios.” (E10)

“Sim, são pessoas que quando ao regressarem voltam sempre mais instáveis e com complicações. Passam a ser internamentos que se prolonguem e com cuidados muito específicos” (E14)

(B) Cuidados de Enfermagem no Perioperatório

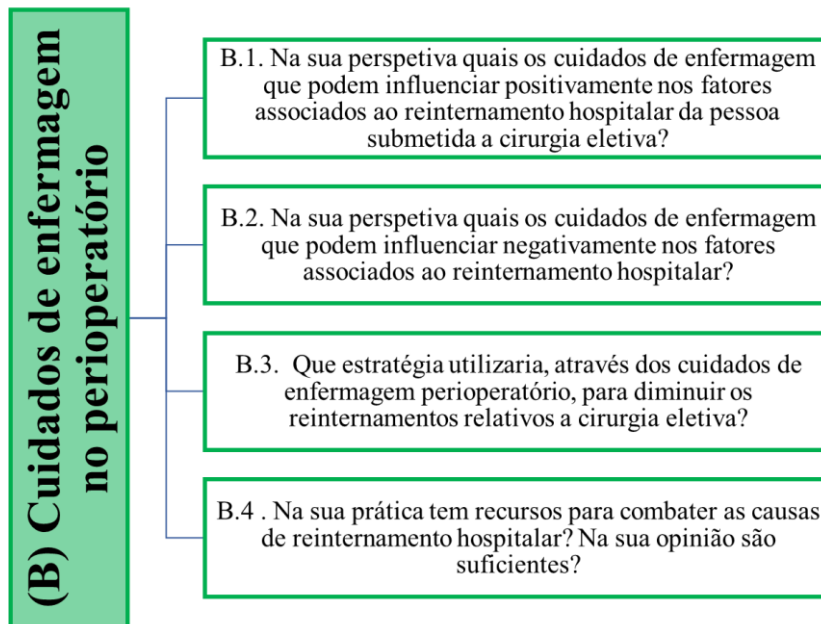


Figura 3 – Macro critério B

B.1. Na sua perspetiva quais os cuidados de enfermagem que podem influenciar positivamente nas causas do reinternamento hospitalar da pessoa submetida a cirurgia eletiva?

Vários foram os cuidados de enfermagem identificados pelos participantes que podem influenciar positivamente os cuidados de enfermagem. Dentro deles podemos identificar especificamente e agrupar por:

- Ensino aos doentes e família/cuidador: preparação para a alta:

“Muitas vezes passa pela educação dos doentes, transmitir cuidados, transmitir informação acerca da alimentação, do exercício, depois da alta, cuidados com a ferida cirúrgica, sinais e sintomas de alerta para vigiar que muitas vezes transmitimos por alto (...) a informação é a ferramenta mais poderosa que temos. A informação para a alta e que passa muito pela informação e que começa no primeiro dia de internamento.” (E2)

“(...) preparar o doente para a alta, realizar ensinamentos nomeadamente de cuidados á ferida cirúrgica, encaminhar bem, ter uma boa carta de alta para encaminhar para o centro de saúde para dar algum suporte.” (E4)

“Ensino que fazemos aos doentes do programa ERAS, aí fazemos alguns ensinamentos e temos um protocolo a seguir e existem passos, levante, dieta, isso é tudo para contribuir para o sucesso da cirurgia. Capacitação dos

cuidadores e preparação para a alta. Referenciar para os cuidados na comunidade.” (E14)

“(...) os ensinamentos para a prevenção de complicações, avaliação do conhecimento e validação da aquisição do conhecimento, podendo impedindo uma alta precoce.” (E7)

- Cuidados de enfermagem precoces, no que se refere à mobilização, levante e remoção de dispositivos médicos que podem levar a uma infecção:

“(...) levante precoce, reabilitação precoce, fisioterapia respiratória, retirar o mais rapidamente possível os dispositivos médicos, principalmente os que podem causar infecção.” (E8)

“Promover a autonomia do utente o mais precoce possível, para diminuir o tempo de imobilidade no leito.” (E10)

- Visita de enfermagem pré-operatória:

“(...) ninguém melhor que o enfermeiro do intraoperatório para fazer a preparação dos cuidados que vão ser prestados no intraoperatório. Certamente a pessoa ficaria mais elucidado, mais tranquilo mais bem preparado do ponto de vista emocional e da colaboração nos posicionamentos. Toda essa preparação que é esperada e da colaboração e esclarecer as potenciais dúvidas e que propicia uma recuperação mais célere e também no que diz respeito ao ensino por causa da ferida operatória (...)” (E5)

“A preparação pré-operatória, nomeadamente a gestão das expectativas do utente, para otimizar o pós-operatório nomeadamente no controlo da dor.” (E9)

- Cuidados com assepsia e cumprimento de *Guidelines*, protocolos e recomendações:

*“Cumprimento das *guidelines* e do estabelecido pela PPCIRA.” (E3)*

“Prevenção da infecção cirúrgica, no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório nomeadamente no pós-operatório imediato e também a técnica cirúrgica, e todos os profissionais de saúde envolvidos.” (E9)

“(...) sempre presente a técnica asséptica na realização dos pensos, a higienização das superfícies e das mãos principalmente. Advertir as equipas médicas na assepsia.” (E10)

“A tricotomia mais junto à hora da cirurgia.” (E11)

“O rigor da hora de administração do antibiótico pre cirúrgico. O reforço do antibiótico.” (E11)

“Contagem adequada dos materiais cirúrgicos.” (E1)

- Técnica cirúrgica: Procedimentos de enfermagem

“O instrumentista tem uma responsabilidade acrescida na técnica, por exemplo na preparação dos materiais e das próteses, por exemplo o cimento.” (E11)

- Medicação pós-operatória e controlo da dor:

“Informação relativamente ao regime medicamentoso, engloba tudo na informação. Gestão e adesão do regime medicamentoso da pessoa.” (E2)

“(…)o controlo da analgesia também propicia uma recuperação mais célere e pode ter menos eventos adversos no pós-operatório e efetivamente haver uma recuperação com menos taxas de incidentes críticos.” (E5)

- Condições de segurança:

“(…) ambiente cirúrgico tem de estar e garantir as condições de segurança, saber se as nossas barras laterais estão operacionais e se há para todas as macas, se há proteções em quantidade suficiente para o posicionamento x, y, z, se o aquecimento esta em condições para prevenir os incidentes relacionados com a hipotermia. (...) Fazer a cirurgia segura, e não avançar enquanto não se supera algo que não esta resolvido.” (E5)

Outros assuntos relacionados com os cuidados de enfermagem identificados, estão relacionados com a interligação entre os serviços do perioperatório e a transmissão de informação:

“Associado ao planeamento cirúrgico, tem de haver a discussão com a enfermaria, a preparação para a alta, fazer a ligação com o colega da enfermaria para a preparação para a alta.” (E1)

B.2. Na sua perspetiva quais os cuidados de enfermagem que podem influenciar negativamente nas causas do reinternamento hospitalar?

Nas respostas a esta questão os participantes referiram, na generalidade, que não cumprindo o identificado na questão anterior estariam a influenciar negativamente nas causas de reinternamento hospitalar.

“É o contrário. Falta de cuidados de enfermagem de qualidade.” (E12)

Foram ainda identificados outros pontos chaves, nomeadamente:

- Rácios e equipas de enfermagem (recursos humanos)

“Rácio dos enfermeiros, estamos ao limite (...) a rotatividade das equipas sem experiência, vai determinar a qualidade de cuidados que a equipa vai prestar.”
(E1)

- Assepsia

“Maus circuitos de doentes, limpos e sujos e esterilizados. Estrutura física. Portas abertas, fluxos de ar mal elaborados que levam a infeção do ambiente.” (E1)

“(...) muitas vezes associadas à ferida cirúrgica e aí estão as precauções básicas, esta é a principal e que é descorada.” (E2)

“Limpeza de uma sala operatória entre doentes, não cumprimento do tempo”
(E6)

“A não execução dos cuidados à ferida operatória atempadamente, a não avaliação dos sinais clínicos e não alertar a equipa médica quando vemos esses sinais clínicos.” (E7)

- Informação fornecida à pessoa: preparação para a alta

“Falta de informação, informar pouco o doente, não ter cuidado com as precauções básicas do controlo da infeção, fazer um mau preparação para a alta.” (E4)

“(...) haver uma barreira na comunicação, e não haver condições de segurança para o acolhimento da pessoa.” (E5)

- Altas precoces

“As altas precoces, que estão em voga. Pois não existe muito tempo para os ensinamentos, os ensinamentos são progressivos durante o internamento.” (E13)

“(...) número de vagas reduzido implica a não possibilidade de internar mais doentes (...) admite-se a vaga precoce, de doentes que acabam por voltar. Gera uma pressão em nós, o que nos compromete nas nossas tarefas.” (E14)

B.3. Que estratégia utilizaria, através dos cuidados de enfermagem perioperatória, para diminuir os reinternamentos relativos a cirurgia eletiva?

- Recursos Humanos

“(...) num mundo ideal não haver limitação de contratações e de entradas no BO.” (E1)

- Formação

“Fazer uma formação integrada dentro do hospital onde não tenhamos de ser nós a trabalhar e a tirar os nossos cursos.” (E1)

“(...) sistema de role play, treinamos em equipa o que fazemos. Vamos tentar fazer as simulações (...) seria importante fazer filmagens em cirurgias para aprender com correção, não apontar o dedo, mas corrigir.” (E1)

“Deveríamos fazer sessões em enfermagem e refletir sobre os números e o que poderíamos melhorar.” (E8)

“Conhecendo as causas, atuar nas causas.” (E11)

- Consulta de enfermagem pré-operatória

“Visita pré-operatória ser mandatário. Porque é que a pessoa não pode entrar no bloco sem consulta pré-anestésica e pode entrar sem consulta pré-operatória de enfermagem?” (E1)

“(...) programa de cirurgia (...) em que se faz o acompanhamento do doente no pré-operatório, todo o percurso e mesmo o que vai acontecer também na alta as pessoas estando mais preparadas e sabendo os cuidados que tem de ter (...) O ideal seria o envolvimento da equipa multidisciplinar.” (E4)

“(...) consulta pré-operatória (e há de certeza) pelo enfermeiro do internamento no sentido da preparação do doente, que já faz a preparação para a alta.” (E5)

“(...) visita pré-operatória de enfermagem, nomeadamente na articulação com o serviço de internamento, para que as informações não sejam diferentes nem contraditórias.” (E9)

- Ensinos realizados à pessoa

“(...) fazer correto ensino com preparação para a alta já no pré-operatório, fazendo ensinos ao doente sempre sistematizar os ensinos para quando ele for para casa ter o mínimo de dúvidas e não fazer tantas asneiras.” (E4)

“Registo mais correto dos ensinos que fazemos, mas mesmo no pós-operatório imediato.” (E7)

“Transmitir a informação verbal e escrita ao doente. Melhorar os registos de enfermagem, on-line, mas colocar as coisas nos sítios certos e não replicar. Escrever o que é relevante.” (E11)

“Panfletos para os doentes continuarem com os devidos cuidados em casa.” (E13)

- Sistemas de informação e registos informatizados

“Acho que podíamos ir mais além, um sistema único informático, onde envolvesse tudo, com os ensinos na consulta, desde que a pessoa é aceite na consulta.” (E11)

“criar mecanismos para que viesse a haver, agora com as novas tecnologias por telefone ou internet, mas pelo menos o controlo que o enfermeiro pode fazer (como na cirurgia ambulatório) poderia haver na cirurgia eletiva, porque não?” (E5)

“Apoio telefónico só para os doentes.” (E13)

- Consulta de enfermagem pós-operatória:

“Implementação da visita pós-operatória, o telefonema no pós-operatório. O acompanhamento tem de ser um todo. As plataformas de informação devem ser únicas para que a informação seja a mesma”. (E11)

- Enfermeiro de referência

“A responsabilidade seria do enfermeiro de referência, a responsabilidade seria atribuída e focalizada no enfermeiro.” (E2)

“Juntamente com a equipa tentaria efetuar uma estratégia, um programa, desde o momento de entrada da pessoa à saída para prevenir as readmissões, dos

quais se abordaria (...) programa de acompanhamento da pessoa desde entrada à saída.” (E2)

- Infraestruturas melhoradas

“Quartos individuais nas enfermarias.” (E2)

- Controlo da dor

“E o controlo da dor é importantíssimo para que a pessoa tenha uma boa experiência no pós-operatório imediato e também a gestão das expectativas otimizadas.” (E9)

B.4. Na sua prática tem recursos para combater as causas de reinternamento hospitalar? Na sua opinião são suficientes?

Esta questão não foi unanime, tendo havido resposta dispares. Obtivemos respostas positivas, em que os enfermeiros consideram ter recursos para combater as causas de reinternamento:

“Sim, em regra temos, se são bem aplicadas ou não é outra história. Temos os recursos necessários para evitar os reinternamentos.” (E3)

“Sim. Temos material. Pessoal treinado, os rácios na unidade estão mal mas não estão assim tão mal. Conseguimos fazer vigilância apertada a todos os doentes.” (E10)

Outro considera que não têm condições para combater as causas de reinternamento:

“Não, de longe, nem 1%. Tenta-se fazer o melhor com o que se tem...” (E1)

Dos recursos insuficientes apontam principalmente, os recursos humanos disponíveis e tempo para estarem dedicados aos doentes:

“Neste momento não (...) o que faltam são os recursos humanos, (...) São muitas equipas e os recursos humanos não são suficientes para fazer um acompanhamento correto aos doentes e agora têm acontecido mais reinternamentos dos que estávamos habituados.” (E4)

“(...) a equipa nunca esta completa, há coisas que não se conseguem fazer a todos os doentes.” (E8)

Há ainda participantes que, refletindo e comparando com outros serviços, consideram que estão melhor que outros, mas que poderiam sempre melhorar:

“(...) Confesso que haverá serviços piores.” (E2)

“Podemos sempre melhorar. (...). A nível de recursos ainda temos muito para caminhar.” (E13)

“Ha uma disparidade enorme entre serviços, e a pesar disso temos muitos recursos, tanto profissionais como materiais, mas sabemos que na enfermaria não era bem assim (...) Isto para dizer que talvez quanto mais diferenciado se é, mais possibilidade há de recursos.” (E14)

De uma forma geral todos os participantes do estudo estavam conscientes do impacto dos reinternamentos hospitalares em pessoas submetidas a cirurgia eletiva e as suas consequências para o próprio, para a família, para instituição e para a enfermagem.

Todos os participantes reconheceram haver melhorias a efetuar nos cuidados de enfermagem prestados com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e diminuir os reinternamentos hospitalares.

Foi unânime que os cuidados de enfermagem podem influenciar positivamente os reinternamentos hospitalares, sendo que ainda há um caminho a percorrer na melhoria e na qualidade, tanto a nível de cuidados de enfermagem como a nível de gestão, principalmente a nível de recurso humanos e materiais.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão de resultados é um dos capítulos mais importantes de um estudo de investigação, pois é aqui que os resultados obtidos são interpretados e contextualizados à luz da literatura existente.

Neste, serão apresentados os principais resultados obtidos na pesquisa, relacionando-os aos objetivos específicos do estudo. Serão discutidas as implicações clínicas e as possíveis limitações do estudo, bem como as suas contribuições para a prática da enfermagem. Serão também comparados os resultados obtidos com os achados da literatura existente e com o modelo conceptual, a fim de estabelecer novas conexões na melhoria dos cuidados e na qualidade dos cuidados prestados. Por fim, serão sugeridas possíveis direções para pesquisas futuras e para a prática da enfermagem.

O objetivo geral deste estudo consistiu em conhecer a percepção de enfermeiros a exercer funções no perioperatório sobre as causas dos reinternamentos em doentes submetidas a cirurgia eletiva e quais os cuidados de enfermagem que podem influenciar essas causas.

Com a sua elaboração pretendeu-se concretizar aos seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a percepção de enfermeiros sobre as causas do reinternamento em doentes submetidas a cirurgia eletiva;
- Identificar quais os cuidados de enfermagem que, na percepção de enfermeiros, podem influenciar positivamente nas causas de reinternamento apos cirurgia eletiva;
- Identificar quais os cuidados de enfermagem que, na percepção de enfermeiros podem influenciar negativamente nas causas de reinternamento apos cirurgia eletiva;
- Identificar, à luz da bibliografia existente e da recolha de dados, quais os cuidados de enfermagem que podem diminuir as taxas de reinternamento em doentes submetidas a cirurgia eletiva.

Perante os dados recolhidos e a bibliografia encontrada podemos assim realizar uma discussão tendo por base dois macrocritérios, tal como definido na imagem 4:

(A) Causas de reinternamento após cirurgia eletiva	(B) Cuidados de enfermagem no perioperatório
<ul style="list-style-type: none"> • A.1. O que é, para si, reinternamento hospitalar? • A.2. Na sua prática profissional conhece os números dos reinternamentos hospitalares relativos a cirurgia eletiva? • A.3. Sabe onde pode ir consultar esses dados? • A. 4. Da sua experiência profissional, quais as principais causas do reinternamento hospitalar relativos a cirurgia eletiva? • A. 5. Os reinternamentos hospitalares representam dificuldades acrescidas na prática diária? 	<ul style="list-style-type: none"> • B.1. Na sua perspetiva quais os cuidados de enfermagem que podem influenciar positivamente nos fatores associados ao reinternamento hospitalar da pessoa submetida a cirurgia eletiva? • B.2. Na sua perspetiva quais os cuidados de enfermagem que podem influenciar negativamente nos fatores associados ao reinternamento hospitalar? • B.3. Que estratégia utilizaria, através dos cuidados de enfermagem perioperatório, para diminuir os reinternamentos relativos a cirurgia eletiva? • B.4 . Na sua prática tem recursos para combater as causas de reinternamento hospitalar? Na sua opinião são suficientes?

Imagem 4 – Macro critérios e questões da entrevista

A discussão dos resultados foi feita com base nos dois macro critérios apresentados para a análise dos objectivos do estudo.

(A) Causas de reinternamento após cirurgia eletiva

Após a análise dos dados, concluímos que todos os participantes reconhecem a definição de reinternamento hospitalar, no entanto não identificaram um limite de tempo como os autores definem na revisão bibliográfica.

Podemos assim enumerar alguns autores como referência para a definição de reinternamento hospitalar, no que define a questão temporal:

Hannan et al. (2003), Jencks et al. (2009) e Goldefield et al. (2008) concluem nos seus estudos que 30 dias após a admissão inicial é o período mais frequentemente para a definição dos reinternamentos hospitalares, que também consideram reinternamentos como o número de doentes que receberam alta e regressaram ao hospital no período de 30 dias.

Relativamente às taxas de reinternamento hospitalar, na percepção dos participantes do estudo, nenhum indicou a taxa de reinternamento hospitalar relativamente aos doentes submetidas a cirurgia eletiva. Apenas um referiu um valor, sem certeza, de “10,20%”.

O valor referido pelo participante, poderia ser um valor do serviço onde o mesmo trabalhava, dados que, por motivos éticos e não se enquadrando nos objetivos do estudo, foi uma dimensão não explorada.

Um ponto a identificar para intervenção futura na prática de enfermagem seria a formação em serviço, de forma a sensibilizar os profissionais relativamente às taxas de reinternamento e suas causas específicas de cada serviço.

Conhecendo as causas e fatores associados ao reinternamento de pessoas submetidas a cirurgia eletiva, poderá encontrar-se uma ligação com os cuidados de enfermagem no perioperatório, conseguindo desta forma analisar, atuar e melhorar os cuidados prestados e idealmente contribuir para uma redução das taxas de reinternamento hospitalar em doentes submetidas a cirurgia eletiva.

No que se refere às causas de reinternamento relativas à cirurgia eletiva foi rica a informação recolhida da perceção e da experiência dos participantes, centrando-se em: Infeção ou choque séptico, dor, descompensação de medicação ou dificuldade em cumprir o regime terapêutico, problemas respiratórios, complicações da ferida operatória e hemorragia.

Esta informação recolhida está de acordo com a revisão bibliográfica, dado que, de acordo com Adogwa et al. (2017) num estudo retrospectivo concluíram que a infeção e a dor refratária foram as razões primárias mais comuns para a readmissão de doentes submetidas a cirurgia. Adicionalmente, Minhas et al. (2017) concluíram que o motivo mais comum de reinternamentos hospitalares depois de cirurgia eletiva teve a ver com complicações no local cirúrgico seguido de tromboembolismo venoso e hemorragia.

De todos os participantes apenas três não consideram os reinternamentos como uma dificuldade acrescida na sua prática diária, no entanto os restantes encaram os reinternamento como cuidados mais especializados, doentes mais complexos e uma duplicação de investimento em recursos humanos, materiais e de instalações, que tal como referem Kassim et al. (2012), os reinternamentos hospitalares são um problema para a pessoa e para a sua família, são ainda sinónimo de acréscimo de custos/gastos para as instituições hospitalares e de eventuais problemas no processo de cuidados, acrescentando que, por cada doente readmitido, há uma oportunidade perdida de tratar outra pessoa, e directamente neste ponto os participantes no estudo referem a questão das vagas e da alteração dos planos operatórios.

(B) Cuidados de enfermagem no perioperatório

Tendo em conta a perceção dos enfermeiros que participarem, os cuidados de enfermagem que podem influenciar positivamente nas causas do reinternamento hospitalar da pessoa submetida a cirurgia eletiva foram vários e podemos agrupá-los em:

- Ensino aos doentes e família/cuidador: preparação para a alta;
- Cuidados de enfermagem precoces, no que se refere a mobilização, levantar e remoção;
- Visita de enfermagem pré-operatória;
- Cuidados com assepsia e cumprimento de Guidelines, protocolos e recomendações;
- Cumprimentos de protocolos e guidelines;
- Técnica cirúrgica: Procedimentos de enfermagem;
- Medicação pós-operatória e controlo da dor; e
- Condições de segurança.

Outros assuntos relacionados com os cuidados de enfermagem identificados, estão relacionados com a interligação entre os serviços do perioperatório e a transmissão de informação na continuidade dos cuidados de enfermagem.

Tal como sabemos, a comunicação em enfermagem e a transmissão de informação relativamente à pessoa é um dos pontos essenciais para a continuidade da prestação de cuidados. Backes et al. (2006), defendem que para que o processo de humanização seja efetivo e se realize, é importante estreitar os laços de comunicação, melhorando assim a compreensão contínua da realidade da pessoa e do profissional de saúde.

Sabemos que a comunicação é sempre um ponto a melhorar, tanto a comunicação entre pares como a comunicação com a pessoa e a família.

Por outro lado, e na perspetiva dos participantes os cuidados de enfermagem que podem influenciar negativamente nas causas do reinternamento hospitalar têm a ver com:

- Rácios, dotações e equipas de enfermagem (recursos humanos);
- Assepsia;
- Informação à pessoa: preparação para a alta; e
- Altas precoces.

Relativamente às dotações de enfermeiros por serviço temos bem claro o documento emitido pela OE (2019), através da publicação em Diário da República do Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, estão bem definidas as fórmulas e as necessidades de enfermeiros por serviço.

A mesma fonte refere que em unidades de recobro ou unidades de cuidados pós-anestésicas é recomendado a existencia de pelo menos, 2 (dois) enfermeiros, de preferencia especialistas em Enfermagem Médico-Cirurgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, devendo o rácio ser de 1 (um) enfermeiro por cada 2 (dois) doentes em cirurgia convencional, podendo sempre ser ajustado com base na complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas dos doentes.

Seria assim importante, dentro dos próprios serviços, analisar se os racios estvam ou não a ser cumpridos conforme as indicações imanasdas pela OE, relativamente a este assunto.

As estratégia através dos cuidados de enfermagem perioperatorios para diminuir os reinternamentos relativos a cirurgia eletiva identificados pelos enfermeiros relacionam-se com:

- Recursos humanos;
- Formação da equipa;
- Consulta de enfermagem pré e pós-operatória
- Ensinos à pessoa submetida a cirurgia
- Sistema informático único para registo de informação
- Utilização das novas tecnologias no acompanhamento e seguimento da pessoa
- Enfermeiro de referência
- Controlo da dor.

Quando falamos em visita pré e pós-operatória, ensinos à pessoa e enfermeiros de referência falamos também na comunicação em enfermagem. Broca e Ferreira (2012), destacam a importância do diálogo como forma de melhorar ou realizar um cuidado de enfermagem, uma vez que através dele se consegue cria uma ligação entre as pessoas, inicia-se um contato mais próximo, uma relação de integração de culturas, uma troca de experiências e vivências, que se revelam importantes para o processo.

Não foi unanime entre os participantes, que na sua prática diária, os enfermeiros apresentassem recursos para combater as causas de reinternamento hospitalar, tendo-se constatado a existência de resposta dispares.

Tanto obtivemos respostas positivas em que os enfermeiros consideram ter recursos para combater as causas de reinternamento como obtivemos respostas negativas que consideram não ter condições para combater as causas de reinternamento.

Dos recursos insuficientes apontam principalmente recursos humanos (rácios) disponíveis e tempo para se dedicarem aos doentes.

Há ainda participantes que, refletindo e comparando a sua realidade com outros serviços, consideram que os seus serviços estão melhor que outros, mas que poderiam sempre melhorar.

No entanto, é importante reflectir sobre as práticas diárias e especialmente no que diz respeito à comunicação com os doentes e entre os pares. Foi claro que a intervenção dos enfermeiros nos ensinos para a alta ou na preparação pré e pós-operatória é determinante para uma boa recuperação da cirurgia electiva.

A transmissão de informação na continuidade dos cuidados é outro ponto chave para a análise das práticas, uma vez que com a informação obtida dos pares conseguimos manter um fio condutor nos cuidados a efetuar na pessoa submetida a cirurgia eletiva, obtendo com isso resultados positivos tanto para a pessoa como para a família.

Tendo como referência os modelos conceptuais que serviram de base ao nosso trabalho de investigação é importante referir que, relativamente à qualidade dos cuidados e os enunciados descritivos emanados pela OE (2012), através dos Padroes de qualidade dos cuidados de enfermagem, todos eles estão presentes nos cuidados perioperatórios em diferentes fases do processo e diferentes intervenções de enfermagem:

1. A satisfação da pessoa: em todo o processo do perioperatório;
2. A promoção da saúde: maioritariamente nos ensinos e na comunicação com a pessoa e família, na consulta de enfermagem pré e pós-operatória;
3. A prevenção de complicações: na prevenção da ILC, no cumprimento das normas de assepsia e dos circuitos
4. O bem-estar e o autocuidado: em todo o internamento, reforçado na consulta de enfermagem pré e pós-operatória;
5. A readaptação funcional: tanto no início do levante precoce como em todos os ensinos efectuados à pessoa e à família
6. A organização dos cuidados de enfermagem: principalmente no que se refere à gestão de recursos, priorização, rácios e dotações seguras. Na procura permanente da

excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

No estudo que aqui relatamos, a aplicação deste modelo teórico e dos padrões de qualidade são fundamentais, uma vez que os cuidados de enfermagem prestados no perioperatório, as decisões e a implementação de ações de enfermagem estão espelhadas nos enunciados descritivos, nomeadamente, tal como já referido, na prevenção de complicações, satisfação da pessoa e na readaptação funcional que podem influenciar as taxas de reinternamento da pessoa submetida a cirurgia eletiva.

No que respeita à efetividade dos cuidados de enfermagem e ao NREM podemos considerar a sua aplicabilidade a diversos cenários de cuidados de enfermagem, incluindo nos cuidados perioperatórios. Nesse contexto, os enfermeiros desempenham um papel importante na preparação, monitorização e recuperação da pessoa durante todo o período perioperatório, tal como referem Doran et al. (2002), orientar a investigação sobre os mecanismos que estão implícitos na forma como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos nas pessoas; o sucesso ou insucesso dos cuidados na produção de um determinado resultado; e as condições que influenciam os efeitos dos cuidados.

Através deste estudo conseguimos identificar alguma lacunas na prática clínica, contando com o contributo dos participantes, que segundo Doran et al. (2001) este modelo pretende também identificar as lacunas na prática clínica, fornecendo uma base para o desenvolvimento de intervenções educacionais e políticas que visam uma melhoria na efetividade dos cuidados de enfermagem.

Tal como referido anteriormente, o modelo permite avaliar o contributo dos Enfermeiros nos cuidados de saúde, apresentando um conjunto de relações entre os domínios da estrutura, do processo e dos resultados.

CONCLUSÃO

A investigação em enfermagem é uma ferramenta essencial para o crescimento da profissão e dos profissionais. Streubert e Carpenter (2011) referem que grande parte da evolução na investigação em enfermagem ao longo da última década incide na prática baseada na evidência.

Uma das responsabilidades do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é ser um elemento com conhecimentos aprofundados, espírito crítico e criativo, capaz de dar resposta no decorrer do processo de cuidados, nas tomadas de decisão e resolução de problemas face à pessoa em situação crítica, promovendo o crescimento da profissão através do avanço na investigação (OE, 2018) (Regulamento n.º 429/2018, de 16 julho).

Assim sendo, esta investigação tornou-se um desafio para clarificar um problema da prática recorrendo à evidência científica produzida por um estudo primário, aplicando os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos.

Podemos destacar como principais conclusões do estudo, para a aplicação na prática, que as estratégias através dos cuidados perioperatórios de enfermagem para diminuir os reinternamentos relativos a cirurgia eletiva identificados pelos enfermeiros assentam fundamentalmente em:

- mais recursos humanos
- mais formação da equipa
- realização da consulta pré e pós-operatória
- melhoria nos ensinamentos à pessoa
- sistema informático único para registo de informação e transmissão das informações acerca dos cuidados
- utilização das novas tecnologias no acompanhamento e seguimento da pessoa
- a introdução do papel do enfermeiro de referência
- técnicas no controlo da dor.

Os reinternamentos hospitalares, as suas causas, os seus efeitos, bem como a efetividade e qualidade de cuidados de enfermagem no perioperatório são uma

realidade do dia-a-dia da investigadora, espelhando-se assim a necessidade de estudar, analisar e intervir no problema em questão, numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e de incrementar, na prática diária, novos desafios, com base na perceção e experiência dos seus pares.

Com a esperança de que os resultados desta investigação produzam frutos na prática e na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, sugerimos a utilização das sugestões referidas pelos participantes neste estudo, abrangendo as possibilidades de cada serviço.

Utilizando a evidência científica no contexto da prática estamos a contribuir para um futuro da enfermagem cada vez mais promissor, ambicioso e melhorado. Sustentamos assim a nossa prática dos cuidados em estudos e investigações numa linha científica que se cruza cada vez mais com o contexto da vida real dos enfermeiros.

Nesta linha de pensamento gostaríamos de salientar que seria uma mais valia para os serviços e para a prática de enfermagem, com vista à redução dos reinternamentos hospitalares e a uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, que se tivesse em conta:

- a formação em serviço, com indicação de causas de reinternamento e taxas do referido serviço, podendo fazer assim uma análise reflexiva dos cuidados de enfermagem e das causas de reinternamento;
- a realização da consulta pré-operatória conjunta, com o enfermeiro do internamento cirúrgico e do BO;
- a implementação (caso ainda não exista) da visita pós-operatória e do acompanhamento após alta através de telefonema ou vídeo-consulta.

Como linha de investigação futura seria um tema interessante e até aplicável a várias áreas de enfermagem, a implementação da modalidade de enfermeiro de referência em todo o percurso perioperatório, no acompanhamento da família e da pessoa submetida a cirurgia, com a responsabilidade da informação e da gestão do processo. Este tema já se destaca na investigação, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, com a existência da figura do enfermeiro de família.

Face à escassa investigação acerca da relação entre os cuidados de enfermagem no perioperatório e os reinternamentos hospitalares seria interessante e uma mais valia para a evidencia científica, a investigação nesta área, aplicada à pratica.

Com a certeza que o caminho se faz caminhando e que nada é linear numa investigação, estamos convictos de que este estudo poderá acrescentar valor e conhecimento à prática de enfermagem e contribuirá para uma melhoria nas práticas e uma maior efetividade e qualidade nos cuidados prestados no perioperatório a pessoa submetida a cirurgia eletiva.

Os cuidados de enfermagem de qualidade devem ser baseados em práticas baseadas em evidências, respeitar as preferências e necessidades da pessoa bem como promover a segurança da pessoa. Isso inclui garantir que os cuidados de enfermagem devam ser realizados de acordo com padrões profissionais, protocolos e diretrizes, e que a comunicação entre a equipa de enfermagem e a pessoa seja eficaz e transparente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2020). Especificação de Indicadores HH e CSP APR31/ ICD-10-CM/PCS Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde (DPS). Junho 2020. Retrieved from https://benchmarking-acss.min-saude.pt/DownloadableContent/2020.06.23_Especificaca%c3%a7%c3%a3oIndicadores_ICD-10-CMPCS_HH_CSP.pdf
- Adogwa, O., Elsamadicy, A. A., Han, J. L., Karikari, I. O., Cheng, J., & Bagley, C. A. (2017). 30-day readmission after spine surgery: an analysis of 1400 consecutive spine surgery patients. *Spine*, 42(7), 520-524.
- AESOP. (2006). Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados. *Lisboa: Lusodidacta*.
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciencia & saude coletiva*, 16, 3061-3068.
- Amaral, A. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em enfermagem*, 21, 96-105.
- Appolinário, F. (2012). Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa. . São Paulo. *Cengage Learning*, 2ª ed.
- Araújo, D., & Pontes, M. (2002). Comissões de Ética: das bases teóricas à atividade quotidiana. *Em Doenças Crônicas*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Backes, D. S., Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (2006). A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 132-135.
- Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. Edições 70. *Lisboa. Portugal*.
- Benbassat, J., & Taragin, M. (2000). Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Archives of internal medicine*, 160(8), 1074-1081.
- Broca, P. V., & Ferreira, M. d. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 97-103.
- Cabrita, M. (2017). Funções do enfermeiro perioperatório: Apontamentos. *Setúbal: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal*.
- Costa, C., & Lopes, S. (2005). Avaliacao do desempenho dos Hospitais SA. *Escola Nacional de Saúde Pública*.
- Creswell, J. (2007). *Qualitativ Inquiry & Research design: Chosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- DGS. (2009). Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009. *Lisboa: DGS*.

- DGS. (2013). Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma n.º 24/2013. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de23122013-pdf.aspx>
- DGS. (2015). Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- DGS. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017.
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*: Oxford University Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691.
- Doran, D. I. (2010). *Nursing outcomes*: Jones & Bartlett Learning.
- Doran, D. I., & McGillis, H. L. (1998). Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics*, 16(3), 110-118.
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of advanced nursing*, 38(1), 29-39.
- Doran, D. I., Sidani, S., McGillis-Hall, L., Watt Watson, J., Mallette, C., Laschinger, H., & White, P. (2001). The state of science: A methodological review of the literature on nursing-sensitive outcomes. *Unpublished report, University of Toronto*.
- Doran, D. I., Sidani, S., McGillis, H. L., Watt Watson, J., Mallette, C., Laschinger, H., & White, P. (2001). The state of science: A methodological review of the literature on nursing-sensitive outcomes. *Unpublished report, University of Toronto*.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. In: Loures: Iusodidacta.
- Fry, D. E., Pine, M., Locke, D., & Pine, G. (2015). Prediction models of Medicare 90-day postdischarge deaths, readmissions, and costs in bowel operations. *The American Journal of Surgery*, 209(3), 509-514.
- Fuller, J. R. (2000). *Tecnologia cirúrgica: princípios e prática*: Guanabara Koogan.
- Goldfield, N. I., McCullough, E. C., Hughes, J. S., Tang, A. M., Eastman, B., Rawlins, L. K., & Averill, R. F. (2008). Identifying potentially preventable readmissions. *Health care financing review*, 30(1), 75.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Hannan, E. L., Racz, M. J., Walford, G., Ryan, T. J., Isom, O. W., Bennett, E., & Jones, R. H. (2003). Predictors of readmission for complications of coronary artery bypass graft surgery. *Jama*, 290(6), 773-780.
- Hasan, M. (2001). Readmission of patients to hospital: still ill defined and poorly understood. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(3), 177-179.

- Hasan, O., Meltzer, D. O., Shaykevich, S. A., Bell, C. M., Kaboli, P. J., Auerbach, A. D., . . . Schnipper, J. L. (2010). Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model. *Journal of General Internal Medicine*, 25(3), 211-219.
- Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., . . . Manasseh, C. (2009). A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Annals of internal medicine*, 150(3), 178-187.
- Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England journal of medicine*, 360(14), 1418-1428.
- Kassin, M. T., Owen, R. M., Perez, S. D., Leeds, I., Cox, J. C., Schnier, K., . . . Sweeney, J. F. (2012). Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 215(3), 322-330.
- Lucas, D. J., Ejaz, A., Bischof, D. A., Schneider, E. B., & Pawlik, T. M. (2014). Variation in readmission by hospital after colorectal cancer surgery. *JAMA surgery*, 149(12), 1272-1277.
- Machado, M. M. T., Leitão, G. d. C. M., & Holanda, F. U. X. d. (2005). O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 723-728.
- Machado, M. V. P., & Zagonel, I. P. S. (2003). O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 8(2).
- Minhas, S. V., Kester, B. S., Lovecchio, F. C., & Bosco, J. A. (2017). Nationwide 30-day readmissions after elective orthopedic surgery: reasons and implications. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 39(1), 34-42.
- Moreira, R. P., Guedes, N. G., Lopes, M. V. d. O., Cavalcante, T. F., & Araújo, T. L. d. (2014). Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23, 547-554.
- Nunes, L. (2007). Responsabilidade Profissional: cinco estrelas e bandeira azul. *Dos conceitos a um relanceio ao contexto de enfermagem perioperatória*.
- OE. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Ordem dos Enfermeiros*.
- OE. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Lisboa: Ordem dos enfermeiros*.
- OE. (2017). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: Ordem dos Enfermeiros*.
- OE. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica [Internet]. Diário da República, 2ª série, nº135 de 16 de julho de 2018 [cited 2018 Nov 24]. In.

- OE. (2019). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, n.º 184. In.
- Oliveira, S. K. P. d., Queiroz, A. P. O., Matos, D. P. d. M., Moura, A. F. d., & Lima, F. E. T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 155-161.
- Polit, D., & Beck, C. (2020). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. China: Lippincott Williams and Wilkins.
- Pollit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. *Porto Alegre: Artmed*.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (2008). A pesquisa qualitativa. *Enfoques epistemológicos e metodológicos*, 2.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*: Livpsic-Psicologia.
- Rich, M. W., Beckham, V., Wittenberg, C., Leven, C. L., Freedland, K. E., & Carney, R. M. (1995). A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New England journal of medicine*, 333(18), 1190-1195.
- SPA. (2018). *Recomendações portuguesas para as unidades de dor aguda*. Lisboa: SPA.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação qualitativa em Enfermagem-Avançando o Imperativo Humanista (APS Santos Trad.)(5ª Edição)*. Loures: Lusodidacta.(Trabalho original publicado em 2011).
- Streubert, H., Carpenter, D., & Santos, A. P. S. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de entrevista

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AS CAUSAS DE
REINTERNAMENTO: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE
PERIOPERATÓRIO**

GUIÃO - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado

Enfermeira no BO de Ginecologia do CHUC • Enfermeira com o título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica • Aluna do XI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Professor Doutor Rui Gonçalves

Orientador científico • Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Objetivo geral da investigação

Conhecer a perceção de enfermeiros de perioperatório sobre os fatores associados ao reinternamento hospitalar de doentes submetidas a cirurgia eletiva, bem como os cuidados de enfermagem que podem influenciar nesses fatores, visando constituir um importante contributo para a efetividade e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, submetida a cirurgia. Que a divulgação dos seus resultados seja mais uma peça fundamental na construção do conhecimento da disciplina a partir da evidência científica obtida na prática e experiência profissional dos nossos pares.

Objetivo da entrevista semiestruturada

Discutir, refletir, trocar experiências, apresentar e confrontar perspetivas, sensibilidades e perceções particulares de cada enfermeiro sobre o que pode influir os fatores associados ao reinternamento hospitalar de doentes submetidas a cirurgia eletiva, tendo por base a sua experiência profissional

Neste momento de entrevista, serão colocadas algumas questões de modo a contemplarem respostas que se direcionem ao objetivo da investigação. Numa primeira fase, será realizada uma contextualização abrangente da temática; seguidamente serão questionados os dados sociodemográficos do participante, sem que a sua identidade seja revelada, mas para caracterizar o grupo entrevistado e, conseqüentemente, conseguir estabelecer relações pertinentes para a investigação; por último, proceder-

se-á à realização das questões de entrevista direcionada para a perceção do enfermeiro através da sua experiência profissional, acerca do tema em questão.

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista nº

Data

Hora

Legitimação da entrevista

Antes de começar a responder às questões, gostaria de agradecer pessoalmente o facto de ter aceite colaborar neste estudo. Os objetivos do mesmo estão supra identificados. Os dados recolhidos serão alvo de uma análise de conteúdos com fins meramente académicos, garantindo-se a confidencialidade dos mesmos. Agradeço respostas coerentes e que manifestem as convicções do entrevistado.

Contextualização abrangente da temática

Os reinternamentos hospitalares são, em regra, efeitos indesejados para as pessoas, para as famílias (Fry, Pine, Locke, & Pine, 2015), para as instituições (Lucas, Ejaz, Bischof, Schneider, & Pawlik, 2014) e para a comunidade em geral. Estes são um problema para a pessoa e para a sua família, são sinónimo de acréscimo de custos/gastos para as instituições hospitalares e de eventuais problemas no processo de cuidados. Acresce que, por cada doente readmitido, há uma oportunidade perdida de tratar outra pessoa (Kassin, Owen, Perez, Leeds, Cox, Schnier, et al 2012).

A Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS (2020) no ano de 2019 refere que a percentagem de reinternamentos, em doentes submetidas a cirurgia, em 30 Dias foi de 7,4% e a percentagem de reinternamentos em 31-180 Dias foi de 9,5% de um total de 787746 doentes com alta.

Esta percentagem de doentes reinternados em 30 dias tem algumas variações ao longo dos anos, mas tem sempre valores consideráveis e que influenciam tanto a economia da saúde como a possibilidade de tratamento de novos doentes. Isto é, para além de todas as implicações pessoais, sociais, familiares e laborais que um reinternamento hospitalar tem para cada doente e família, há um duplo consumo de recursos humanos e materiais para todo o Sistema Nacional de Saúde.

Bendassat e Taragin (2000) referem que a redução das taxas de reinternamentos hospitalares permite reduzir os custos hospitalares e melhorar a qualidade dos tratamentos.

Conhecendo as causas de reinternamento de doentes submetidas a cirurgia eletiva, pretendemos encontrar uma ligação com a efetividade dos cuidados prestados no peri operatório, conseguindo desta forma analisar, atuar e melhorar os cuidados de enfermagem e, idealmente, contribuir para uma redução das taxas de reinternamento hospitalar em doentes submetidas a cirurgia eletiva.

Identificação dos dados sociodemográficos

Nesta entrevista são pedidas algumas informações específicas acerca de si próprio, tem como único objetivo poder alcançar uma caracterização sociodemográfica e profissional de todos os enfermeiros participantes deste grupo, essencial para a posterior análise dos dados.

As informações conseguidas são confidenciais e só a investigadora terá acesso às mesmas.

Desde já se agradece a disponibilização desta informação.

Assinale com uma cruz a quadrícula correspondente à sua situação.

1. Idade: (anos)

2. Género:

Masculino

Feminino

3. Categoria profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro graduado

Enfermeiro especialista

(área de especialização)

4. Habilitações literárias:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutorado

Outra (especificar):

5. Cidade onde trabalha:

6. Serviço onde trabalha:

Internamento

BO

UCPA/Recobro

UCCI

7. Tempo de exercício profissional:

 (anos)

8. Tempo de exercício no perioperatório:

 (anos)

Questões direcionadas para a temática

1. O que é, para si, reinternamento hospitalar?
2. Na sua prática profissional conhece os números dos reinternamentos hospitalares relativos a cirurgia eletiva?
3. Sabe onde pode ir consultar esses dados?
4. Da sua experiência profissional, quais os fatores associados/causas do reinternamento hospitalar relativos a cirurgia eletiva?
5. Na sua perspectiva quais os cuidados de enfermagem que podem influenciar positivamente nos fatores associados ao reinternamento hospitalar da pessoa submetida a cirurgia eletiva?
6. Na sua perspectiva quais os cuidados de enfermagem que podem influenciar negativamente nos fatores associados ao reinternamento hospitalar?

Agradecimentos

Enquanto investigadora da temática central da presente tese de mestrado, agradeço a colaboração na investigação, sem a qual a mesma ficaria mais pobre, uma vez que o

seu contributo permitirá estabelecer comparações e acrescentar concepções para o estabelecimento de conclusões importantes neste estudo e, sobretudo, para a temática em geral.

APÊNDICE II – Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Caro(a) colega,

A investigação para a qual se solicita a sua colaboração “CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AS CAUSAS DE REINTERNAMENTO: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE PERIOPERATÓRIO”, realizada por Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado, está integrada no XI Curso de Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves.

Neste percurso, em que se pretende conhecer a perceção de enfermeiros dos serviços de perioperatório acerca dos fatores que influenciam os reinternamentos hospitalares em pessoas submetidas a cirurgia eletiva e como podem os cuidados de enfermagem influir nesses fatores.

Com vista a concretização dos objetivos propostos, para este estudo optou-se pela realização de uma entrevista individual semiestruturada enquanto estratégia de recolha de informação, para o qual se solicita a sua participação e autorização para o seu registo em áudio, de modo a que possam ser transcritos para papel e depois analisados pela investigadora através do programa próprio. No decorrer do processo será contactado pela investigadora para que analise a transcrição e valide o seu conteúdo.

A informação recolhida será confidencial e não será colocada à disposição de terceiros. A gravação será cuidadosamente guardada e no final da investigação será eliminada. Nenhuma informação que o identifique será incluída na parte escrita da entrevista semiestruturada (o seu nome será substituído por um código). Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através da consulta do relatório de Dissertação de Mestrado ou do contato direto com a investigadora.

A sua participação é inteiramente voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido, podendo para isso colocar questões. É salvaguardado o seu direito de não participar no estudo, desistir a qualquer momento ou recusar responder a alguma questão, sem que daí advenha quaisquer consequências.

Caso concorde em participar, solicita-se que assine o consentimento.

Muito obrigada pela colaboração e disponibilidade.

Ao dispor para qualquer esclarecimento,

Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado

(Telemóvel: 919172791 • E-mail: anamariapedado@gmail.com)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Declaro ter compreendido a informação que me foi disponibilizada acerca da “CUIDADOS DE ENFERMAGEM E AS CAUSAS DE REINTERNAMENTO: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE PERIOPERATÓRIO”, desenvolvida por Ana Maria Mesquita de Oliveira Pegado no âmbito do XI Curso de Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves.

Concordo que a minha participação na entrevista semiestruturada seja registada sob a forma de gravação, e que será destruída no final da investigação.

Fui informado(a) acerca da garantia do anonimato e confidencialidade de todos os dados.

Assim, de forma livre e esclarecida, declaro que aceito participar no estudo de forma voluntária, fornecendo dados que apenas serão utilizados para o estudo.

_____ (local), _____ (data),

(Assinatura do participante)

