ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca

Nursing care needs of clients having hip arthroplasty

Maria Manuela Martins*
Carla Sílvia Fernandes**

Resumo

Na procura da qualidade dos cuidados, a intervenção do enfermeiro deve ser centrada no cliente e nas suas necessidades. Ao explanar o processo de cuidados do cliente submetido a artroplastia da anca, questionámos se as necessidades identificadas pelos clientes serão as mesmas que foram identificadas pelos enfermeiros que lhes prestaram cuidados e partimos para um estudo de caso do tipo descritivo, relacional de medidas repetidas. A amostra foi constituída por 30 clientes, questionados em três fases distintas (pré-internamento, 3ºdia de pós-operatório e na alta). Os resultados revelaram existir discrepâncias entre as necessidades dos clientes e os cuidados prestados. A discrepância obtida é mais acentuada ao 3º dia de pós-operatório do que no momento da alta. Sobre a continuidade de cuidados observam-se intervenções pontuais e não uniformizadas.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, continuidade de cuidados, necessidades básicas, artroplastia de quadril.

Abstract

In order to guarantee the quality care, nursing interventions must be centred on clients and their needs. As we looked into the care process of assistance of clients having hip replacement, we questioned whether the needs identified by clients were the same as those identified by the nurses who had taken care of them and carried out a descriptive study using repeated measures. The sample was constituted by 30 clients, questioned in three distinct phases (day before admission, third postoperative day and day of discharge). The results showed discrepancies between clients' needs and the care given. The discrepancy was greatest on the 3rd postoperative day. With regard to continuity of care, we found that the care was punctual but not standardized.

Keywords: nursing care, continuity of care, basic needs, hip replacement arthroplasty.

* Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Professora do Departamento de Saúde da Pessoa Adulta e Idosa e Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto do Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Doutora em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto. Portugal. mmartins@esenf.pt
** Enfermeira Graduada do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde - Serviço de Ortopedia Mestre em Ciências de Enfermagem. Portugal. carlasilva@iol.pt

Recebido para publicação em: 08.08.08
Aceite para publicação em: 14.12.09

Introdução:

A artroplastia da anca é uma intervenção cirúrgica, na qual o cliente precisará de 4 a 6 meses para se reabilitar e voltar à sua vida. Contudo, o internamento poderá decorrer de 8 a 10 dias, o que implica que no momento da alta o cliente ainda apresente um grande nível de dependência. Para garantir a continuidade de cuidados e o bem-estar do cliente, o enfermeiro deve identificar, o mais cedo possível, as necessidades em cuidados e desenvolver com a participação do cliente/ família e de todos os profissionais de saúde envolvidos um planeamento da alta eficaz. A continuidade de cuidados deve ser o produto final desejável de todo o processo da alta, que habilitará os clientes a maximizar o seu potencial de bem-estar (Santos, 2002). Para tal, o enfermeiro deve ir ao encontro das necessidades do cliente, família e/ou prestador de cuidados. Porém as necessidades identificadas pelos profissionais de saúde podem não ser as mesmas que os clientes sentem.

Ao analisar esta problemática questionamo-nos se a prática de enfermagem estaria a responder eficazmente às necessidades do cliente. Este estudo teve em vista contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente submetido a artroplastia da anca. Reconhecendo a importância da continuidade dos cuidados e os benefícios que daí resultam para estes clientes, foram definidos os seguintes objectivos:

- Analisar a congruência dos cuidados de enfermagem e as necessidades expressas pelos clientes;
- Descrever as características do contexto do ensino praticado pelos enfermeiros;
- Conhecer o grau de satisfação dos clientes submetidos a artroplastia da anca, perante os cuidados de enfermagem, prestados ao longo do internamento;
- Identificar os elos de ligação entre os enfermeiros, clientes e acompanhantes numa perspectiva de parceria.

Reflectir sobre as práticas de enfermagem ao cliente submetido a artroplastia da anca; nomeadamente no âmbito da continuidade de cuidados.

Artroplastia da Anca Qualidade na assistência de enfermagem, em meio hospitalar:

O percurso sobre as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem em meio hospitalar encaminha-nos para a análise de alguns conceitos, que progressivamente foram construindo o enquadramento teórico deste estudo. O nosso tema enquadrou-se no âmbito da enfermagem, hospital, qualidade, enfermagem e artroplastia da anca que abordaremos de modo sucinto.

Os hospitais têm sofrido grandes evoluções ao longo dos tempos. Devido à grande complexidade desta organização, aos elevados custos inerentes ao seu funcionamento e aos riscos da hospitalização prolongada, surge uma nova forma de gestão hospitalar, procurando devolver rapidamente o cliente ao seu meio. A tendência é para a deshospitalização da saúde. (Grande, 1996), contudo os hospitais continuam a ser um lugar privilegiado na assistência em Portugal. O Hospital representa uma organização bastante complexa, cuja principal função consiste em dar resposta às necessidades em cuidados diferenciados da população. A Hospitalização constitui na maior parte das vezes uma situação de crise para o cliente, sendo descrito como despersonalizado ou impessoal. São no entanto visíveis mudanças a este nível revelando uma preocupação crescente com a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos à população.

A Qualidade em saúde é hoje uma responsabilidade crescente. O Ministério da Saúde salienta que a qualidade em saúde apresenta, no entanto, algumas características, que a diferem da qualidade noutras áreas que consiste em *" (…) satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo sempre mais, (…) tendo uma atitude proactiva, para prevenir e dar resposta às necessidades e não para procurar novas oportunidades de mercado (….)."* (Ministério da Saúde, 1998). Ainda no âmbito da qualidade: o índice de satisfação do cliente é um importante indicador da qualidade dos cuidados permitindo avaliar os resultados dos cuidados. Paúl *et al.*, descrevem *"(…) a satisfação como o resultado feito em função da realização das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos(…)"* (Paúl *et al.*, 1999:p.53)

No caso concreto dos clientes submetidos a artroplastia da anca, procura-se que o cliente regresse o mais rapidamente ao domicílio. O Plano Nacional de Saúde salienta a pertinência da preocupação com estes clientes ao referir que: *"As doenças articulares, nomeadamente as artroses e a osteoporose pelo aumento da sua prevalência e pelas incapacidades que geram merecem atenção do sistema de saúde."*

(Plano Nacional de Saúde, 2004:p.69). Na presença de doença articular, quando a dor se torna insuportável, não cedendo ao uso de fármacos, associado ao aumento do nível de incapacidade, leva ao recurso a uma artroplastia, o processo de dependência surge inicialmente devido à doença crónica e posteriormente devido à intervenção cirúrgica.

Os enfermeiros dispõem de meios valiosos para intervir junto dos clientes submetidos a uma artroplastia da anca e sua família. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem citam estratégias importantes entre outras para fazer face à readaptação funcional, do cliente:

"A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde de acordo com as necessidades dos clientes os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regímen terapêutico prescrito e o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional." (Ordem dos enfermeiros, 2001,p.14)

A intervenção de enfermagem tem por fim o auto cuidado, ou seja intervenções que auxiliem o cliente a atingir o máximo de independência possível. Esta concepção encontra-se presente na teoria do défice de auto cuidado desenvolvido por Dorothea Orem (1980), intitulada assim, porque é explicativa da relação entre as capacidades dos indivíduos e as suas necessidades de auto cuidado.

Estes aspectos revestem-se de particular interesse neste estudo, porque nos clientes submetidos a artroplastia da anca, a readaptação funcional constitui o ponto de relevo da actuação de enfermagem. A intervenção de enfermagem deve também visar a continuidade dos mesmos através da parceria de todos os elementos envolvidos nos cuidados, apresentando todos eles, equipa multidisciplinar, cliente, família e outras instituições de saúde, um papel predominantemente activo. O cliente deve ser o alvo principal de todas as intervenções. Para tal torna-se necessário um planeamento da alta eficaz, identificando as necessidades em cuidados dos clientes. No entanto isto coloca-nos perante uma questão, que necessidades serão essas? Serão as mesmas necessidades identificadas pelos enfermeiros que lhes prestam cuidados, no caso concreto dos clientes submetidos a artroplastia da anca? Neste sentido questionámo-nos:

"Qual a discrepância entre os cuidados de enfermagem prestados e as necessidades do cliente submetido a artroplastia da anca, na continuidade de cuidados a estes clientes?"

Métodos:

Tendo em conta os objectivos e características da investigação enveredámos por um estudo de caso do tipo descritivo, relacional de medidas repetidas. A amostra foi constituída aleatoriamente por 30 clientes submetidos a artroplastia total da anca pela primeira vez, por cirurgia programada no serviço em estudo. A técnica de amostragem foi por conveniência, "*selecção das pessoas (…) mais prontamente disponíveis, como sujeitos de um estudo, também conhecida como amostragem acidental."* (Polit e Hungler, 1995,p.358). Após as primeiras reflexões e estudos consultados, partimos de um conjunto de questões que nos orientaram na consecução deste estudo:

1. Será que os enfermeiros registam os ensinos dos autos cuidados aos clientes submetidos a atroplastia da anca?
2. Os cuidados de enfermagem estarão a corresponder às necessidades sentidas pelo cliente submetido a artroplastia da anca?
3. Será que as intervenções dos enfermeiros contribuem para a satisfação do cliente?
4. Que práticas específicas desenvolvem os enfermeiros na programação da alta do cliente submetido a artroplastia da anca, em parceria com ele e/ou com a família?
5. Será que o cliente submetido a artroplastia da anca, sente ao longo do internamento necessidade de ser acompanhado por um familiar, face à continuidade de cuidados? Que actividades deseja o cliente que se atribuam ao seu familiar?

A análise e reflexão sobre as práticas dos cuidados de enfermagem e as necessidades dos clientes são condição necessária para a implementação de uma nova dinâmica de organização dos serviços. Tendo em conta os objectivos deste estudo, bem como o campo em que ele iria se desenvolver e os actores que nele iríamos implicar, procurámos escolher

para a sua consecução, os instrumentos de recolha de dados, mais adequados. O tipo de instrumentos eleitos foi: o inquérito, escalas de medida (Índice de Barthel e escala de Satisfação) e observação do registo dos cuidados documentados. Ao longo do percurso realizado junto dos clientes que integraram o estudo (n=30), nas diferentes fases (anterior ao internamento, 3º dia de Pós-op e alta), foram sendo comparadas as necessidades destes mesmos clientes, com a informação documentada pelos enfermeiros.

O inquérito por questionário consiste, segundo Quivy e Campenhoudt (1995:p.188), "*(…) em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, as suas opiniões, a sua atitude em relação a opções ou questões humanas e sociais, as suas expectativas, o seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores."* O inquérito foi aplicado na consulta de enfermagem anterior ao internamento, durante o internamento (3º dia de pós-operatório) e no momento da alta.

O Índice Modificado de Barthel (Shah *et al.*, 1989) é um dos instrumentos mais amplamente utilizados para a independência funcional, é uma medida genérica que valoriza o nível de independência do cliente em relação a determinadas actividades básicas de vida. Este índice permite uma graduação entre a máxima dependência (0 pontos) e máxima independência (100 pontos). Os clientes com pontuação abaixo de 70 necessitam de supervisão ou assistência para a maioria das actividades.

Incontestável parece-nos a ideia de que a satisfação é um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados. (Pisco, 2001; Cardoso, 2002; Ribeiro 2003) O cliente só ficará satisfeito se os serviços forem de acordo com as suas necessidades e expectativas. Daí, a pertinência da utilização de uma escala de satisfação. Elegemos como instrumento o SUCCEH21 elaborado por Ribeiro (2003). Este é um instrumento capaz de sistematizar e avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em qualquer contexto de cuidados ou área geográfica de Portugal. (Ribeiro, 2005) "*O formulário SUCCEH21, avalia as seguintes dimensões: Eficácia na comunicação, utilidade da informação, qualidade no atendimento, a prontidão na assistência, a manutenção do ambiente terapêutico e a promoção da continuidade dos cuidados."* (Ibidem, 2005,p.178)

Recorreu-se ainda, à consulta da informação documentada pelos enfermeiros relativos a estes clientes, no SAPE® (Suporte de Apoio á Pratica de Enfermagem), com base na linguagem CIPE®. Polit e Hungler (1995,p.189) refere que *"(…) os pesquisadores em enfermagem são particularmente felizes na quantidade e qualidade dos dados, existentes e disponíveis a eles para investigação. (…) O uso de Informação a partir de registos traz vantagens ao pesquisador, porque eles constituem uma fonte económica de informação (…). Além disso o pesquisador não precisa preocupar-se em obter a colaboração dos participantes."* A consulta da informação documentada pelos enfermeiros, tal como a aplicação do inquérito, foi realizada nas três fases. (na consulta de enfermagem anterior ao internamento, durante o internamento 3º dia de pós-operatório e no momento da alta).

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados, junto dos sujeitos deste estudo, assim como, a consulta do processo de enfermagem destes clientes, foi submetida a autorização da comissão de ética do hospital onde se realizou este estudo, tendo obtido parecer positivo.

Resultados:

Reservamos para esta fase a discussão dos resultados obtidos, confrontando-os entre si e com o quadro teórico, tendo por base as questões de investigação. O Estudo foi realizado com clientes submetidos a artroplastia da anca por cirurgia programada num total de 30, de Março a Dezembro de 2007, num hospital do norte do país. Observou-se uma predominância do sexo masculino, com a seguinte distribuição: 17 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. Os clientes pertencentes à nossa amostra foram maioritariamente idosos, 20 dos mesmos têm idades superiores a 65 anos, a média de idades foi de 67,2 anos. O papel de prestador de cuidados foi na maior parte das vezes, assumido pelo cônjuge ou filho/a, existem no entanto, três inquiridos que referiram não ter ninguém. O tempo de internamento variou de 5 a 27 dias, sendo a média de 11,2 dias.

De modo a obtermos uma ideia global do valor da dependência destes indivíduos, ao longo das três

fases, procedemos à análise dos resultados totais da do índice modificado de Barthel. Os valores da escala variam de 0 a 100, a interpretação sugerida por Shah *et al.* (1989) sobre o Índice de Barthel consiste:

0-20: Dependência Muito Elevado ou total
21-60: Dependência Elevado
61-90: Dependência Moderada
91-99: Dependência Reduzida
100: Dependência Independente

Abordámos os valores da dependência destes indivíduos, com base nos resultados globais da escala adaptada de Barthel, ao longo das três fases. Na fase 1, a média foi de 93,97; na segunda fase, existiu uma descida dos valores com uma média de 29,9 e no momento da alta os valores subiram, no entanto, sem corresponder ainda aos valores à entrada, a média foi de 61,03. Estes resultados vão ao encontro do que nos refere Leal (2006), sobre os pacientes cirúrgicos. "*Na prática, estes indivíduos passam de auto-suficientes, no pré-operatório, para completamente dependentes no intra-operatório e posteriormente, voltam a recuperar gradualmente a autonomia, à medida que progride no pós-operatório.*" (Leal, 2006,p.31) Este aspecto permite-nos verificar que os clientes no momento da alta ainda se encontram dependentes para alguns aspectos funcionais.

Os registos dos ensinos sobre o auto cuidado

Os registos constituem uma valiosa e permanente fonte de informação que assegura diversas finalidades: assegurar a continuidade de cuidados, monitorização e auditoria, validade legal, ensino e aprendizagem, investigação e desenvolvimento, reembolso, avaliação do desempenho profissional e desenvolvimento de uma linguagem própria. (Leal, 2006). Ao longo deste item é abordado a informação documentada pelos enfermeiros sobre os ensinos no auto cuidado (s) a estes clientes, tendo sido considerados os auto cuidados higiene, vestuário, alimentar-se, beber, uso sanitário, mobilizar-se, andar e transferir-se.

Como podemos observar nos dados referentes à independência funcional os clientes em estudo apresentavam algum grau de dependência nas três fases, em relação ao auto cuidado (s). Segundo Martins (2005), é provável que o objectivo dos cuidados não diga respeito ao fenómeno, mas sim ao conhecimento que o cliente necessita para gerir a situação. Logo será de todo necessário que a intervenção de enfermagem incida sobre os ensinos sobre o auto cuidado (s) entre outros, de forma à obtenção de readaptação funcional, e por conseguinte, o respectivo registo desta intervenção.

Da consulta pré-operatória anterior ao internamento não resultou qualquer registo, não tendo sido possível validar os resultados. No entanto é visível depois de questionado o cliente, existirem ensinos realizados neste âmbito. No Gráfico 1 é visível uma predominância nos aspectos relacionados com o posicionar, transferir, uso sanitário e andar.

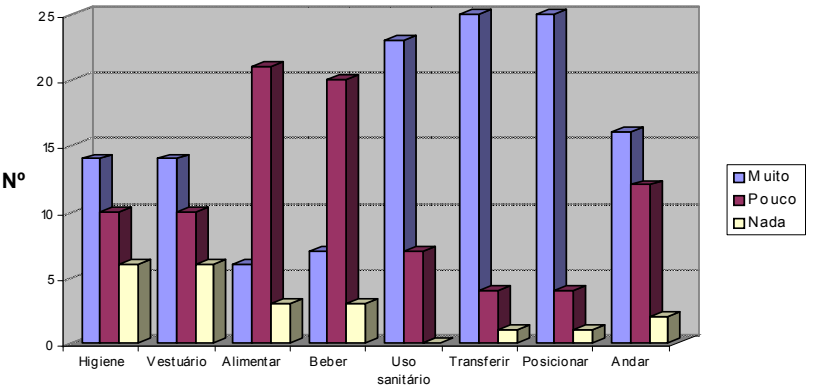

GRÁFICO 1 – Distribuição do ensino proporcionado pelo enfermeiro na consulta de enfermagem

No Gráfico 2 observam-se os ensinos documentados pelos enfermeiros ao longo do internamento, no âmbito do auto cuidado (s). Destaca-se a baixa frequência de diagnósticos no âmbito do conhecimento/ aprendizagem, que apesar de aumentar quando se reporta às intervenções, o que mais predomina é a

ausência de registo. È de todo provável existir alguma continuidade nos cuidados se o objectivo dos cuidados não disser respeito ao conhecimento que o cliente necessita para fazer face à situação (Martins, 2005).

Ao longo da análise realizada no internamento, constatou-se não existir por parte dos enfermeiros distinção na documentação entre os focos de atenção: conhecimento e aprendizagem.

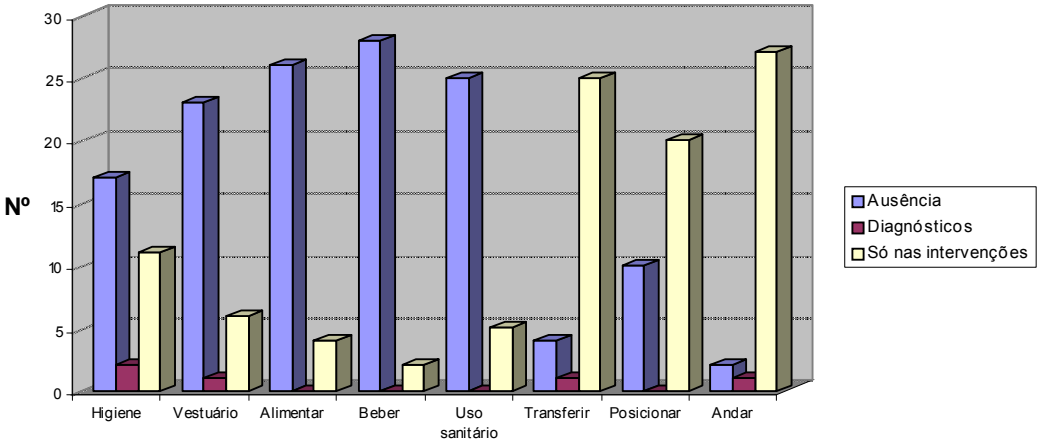

GRÁFICO 2 – Distribuição do ensino registado pelo enfermeiro no internamento

Embora estes sejam os resultados da informação documentada pelos enfermeiros, quando se observaram os ensinos referidos pelo cliente no âmbito do auto cuidado (s), ao 3º dia de pós-operatório e alta, os resultados foram discordantes (Gráfico 3 e 4).

Nos Gráficos 3 e 4, referentes aos ensinos, ao 3ºdia de pós-operatório e no momento da alta, de acordo com o cliente, os mesmos revelaram uma maior frequência da prática educativa dos enfermeiros, principalmente no âmbito do transferir, posicionar e andar. Ou seja, alguns ensinos são realizados mas não documentados, embora essa realidade se encontre mais presente no momento da alta. Num estudo realizado por Martins (2005:p.132), no mesmo local deste estudo, sobre o foco conhecimento, a autora afirma que a *"(…) frequência de documentação encontrada ainda não é condizente com a prática no serviço, o que foi validado pelos enfermeiros."* Leal salienta que é dada pouca relevância à prática educativa na intervenção de enfermagem peri-operatória (2006). Por isso, é premente registar, é necessário documentar todo o tipo de cuidados prestados, garantir a continuidade dos cuidados, assim como permitir avaliação da qualidade dos mesmos.

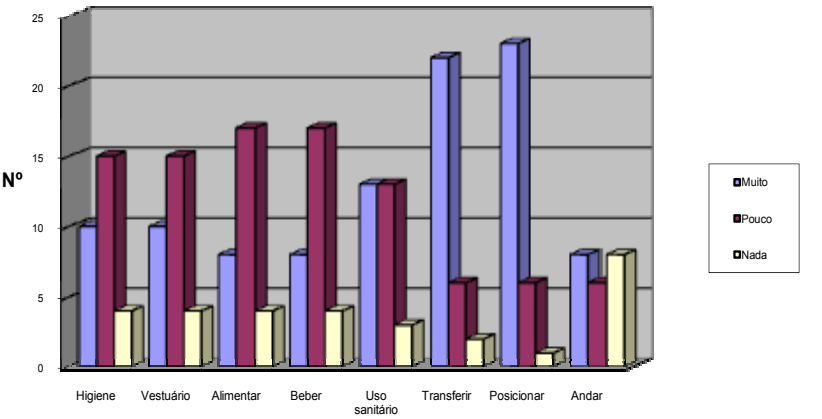

GRÁFICO 3 – Distribuição do ensino proporcionado pelo enfermeiro, segundo o cliente, ao 3ºdia

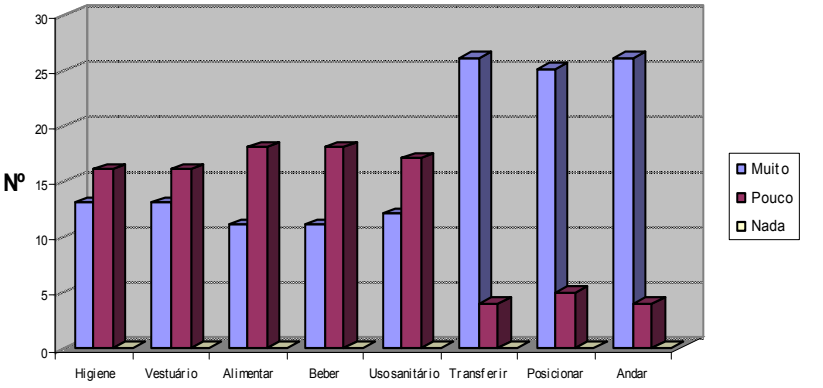

GRÁFICO 4 – Distribuição do ensino proporcionado pelo enfermeiro segundo o cliente, na alta

Das necessidades aos cuidados documentados

As necessidades são complexas e distintas de indivíduo para indivíduo. Perante a complexidade das necessidades humanas a missão da enfermeira é exigente (Adam, 1994). Os cuidados de enfermagem devem-se adequar a cada cliente, indo ao encontro das suas necessidades, ao longo do internamento, tendo sempre presente a identificação das necessidades em cuidados para depois da alta.

Ao 3º dia de pós-operatório a dependência foi elevada em maior parte dos itens, os que obtiveram menor dependência foram o auto cuidado alimentar e o Auto Cuidado: Beber (Gráfico 5). No entanto, no momento da alta o cliente, apresenta um grau de dependência elevado para diversas actividades, nomeadamente no auto cuidado higiene e vestuário. Brito (2000,p.197) num estudo realizado com clientes submetidos a artroplastia total da anca refere que *"A necessidade de higiene e calçar, é uma actividade em que os inquiridos referiram dificuldades."*

Analisando a informação documentada pelos enfermeiros ao 3º dia de pós-operatório e no momento da alta, relativamente aos autos cuidados, observa-se do Gráfico 5 que existiram auto cuidados que não se diferenciaram muito no grau de dependência ao longo das duas fases. (Higiene, vestuário, transferir). Martins (2005, p.97) justifica referindo: *" A sistemática da documentação é uma outra dimensão do problema. Verificou-se que os diagnósticos, sobretudo as alterações na sua condição, e consequentemente, as intervenções de enfermagem para lhes dar resposta, não eram sistematicamente registados. Isto verificou-se durante o internamento e no momento da alta clínica do doente."*

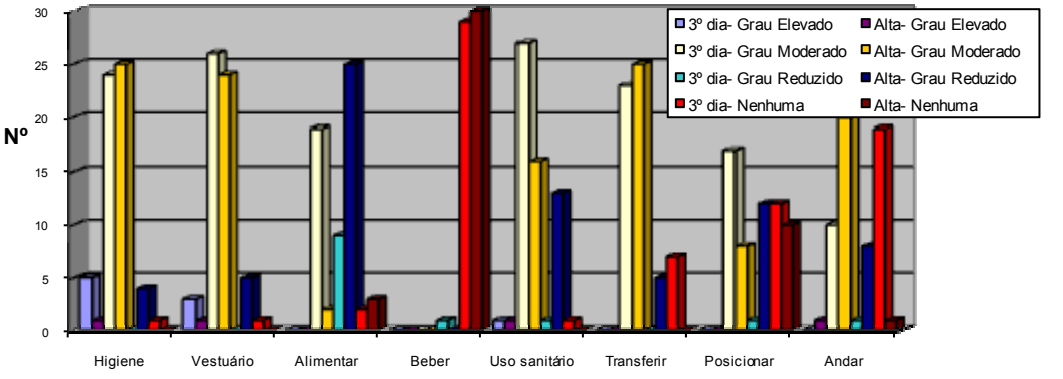

GRÁFICO 5 – Comparação do grau e tipo de necessidade de auto cuidado documentado pelos enfermeiros ao 3º dia de pós-operatório e alta

Na prática, estes clientes passam de independentes, para completamente dependentes e depois voltam a recuperar gradualmente a independência, se tivermos em conta que tudo isto pode ocorrer em menos de 5 dias, fácil será compreender que é complicado produzir registos completos e que demonstrem com exactidão todos os dados relevantes. (Leal, 2006)

Ao longo deste item são comparados os cuidados de enfermagem prestados, tendo por base a informação documentada pelos enfermeiros, e as necessidades identificadas pelo cliente no 3º dia de pós-operatório e na alta, no âmbito do auto cuidado (s) e alguns focos de atenção no domínio da função. O Quadro 1 ilustra-nos com clareza a discrepância entre as mesmas. Salientando-se os seguintes aspectos:

As diferenças foram mais acentuadas ao 3º dia de pós-operatório do que na alta;

As necessidades que obtiveram maior discrepância no 3º dia de pós-operatório foram: beber, posicionar, sono, dor, vestuário, eliminação, higiene, uso sanitário;

As necessidades que obtiveram maior discrepância na alta foram: eliminação, beber, sono, dor e posicionar;

O grau de dependência atribuído na informação documentada pelos enfermeiros, é em média inferior às necessidades identificadas pelos clientes, à excepção da eliminação no 3º dia de pós-operatório, e na alta, do uso sanitário, transferir e andar.

QUADRO 1 – Discrepância entre as necessidades de cuidados dos clientes e os registos dos enfermeiros.

Necessidades	Diferenças na distribuição das duas medidas		Média das diferenças entre os valores	
	3º dia de Pos-op.	Alta	3º dia de Pos-op.	Alta
Higiene	Sim**	Não*	-0,33	-0,10
Vestuário	Sim**	Não*	-0,37	-0,2
Alimentar	Não*	Não*	-0,1	-0,27
Beber	Sim**	Sim**	-1,63	-1,2
Uso sanitário	Sim**	Não*	-0,33	0
Transferir	Não*	Não*	-0,18	+0,1
Posicionar	Sim**	Sim**	-0,93	-0,63
Andar	Não*	Não*	-0.03	+0,03
Eliminação	Sim**	Sim**	+0,37	-1,33
Dor	Sim**	Sim**	-0,70	-0,63
Sono	Sim**	Sim**	-0,8	-0,8
Conforto	Não*	Não*	-0,03	-0,03

Podemos depreender da observação do quadro 1, que o que reconhecemos para o outro, ou seja para o cliente, pode não ser aquilo de que ele realmente necessita. Os enfermeiros devem estar conscientes destas divergências, reconhecendo o cliente de quem cuidam, como alguém único e ímpar no processo de cuidados.

A Satisfação como medida da qualidade dos Cuidados de enfermagem

A avaliação feita pelos clientes permite aos profissionais de saúde, identificar áreas que necessitam de aperfeiçoamento indo ao encontro das necessidades dos clientes, no sentido da melhoria dos cuidados.

Dada a estreita relação entre a satisfação perante os cuidados e em que medida estes foram ao encontro das necessidades do cliente, foi utilizada a escala de satisfação para os cuidados de enfermagem a nível hospitalar (SUCEH21®) de Ribeiro (2005).

Da aplicação da escala aos clientes em estudo, observaram-se valores de satisfação acima dos 50% nas dimensões em análise, com excepção da dimensão continuidade de cuidados (Gráfico 6). Os valores oscilaram entre 89,26% e 46,67%, a satisfação global foi de 77;83%. As dimensões dos cuidados de enfermagem em que os clientes referiram estar menos satisfeitos foram a "*Promoção da continuidade dos cuidados*" (46,67%).

Cabral *et al.* (2002) salienta que observam-se avaliações positivas constantes, mesmo em sistemas de saúde tão

divergentes. Morrison (2001:p.117) justifica referindo que*"os doentes estão dependentes de outros, para tanta coisa, que queixar-se de qualquer aspecto dos cuidados, é correr o risco de afastar aqueles cuja tarefa é tratar deles num determinado contexto hospitalar." Cabral et al.* (2002) reforça ainda que este desvio de positividade está ligado àquilo a que certos autores dão o nome de "*Gratitude bias*". No entanto, na actualidade parece impensável que os profissionais de saúde funcionem apenas voltados para si, abstraindo-se do que os utilizadores pensam e o impacto dos cuidados. (Ribeiro, 2005)

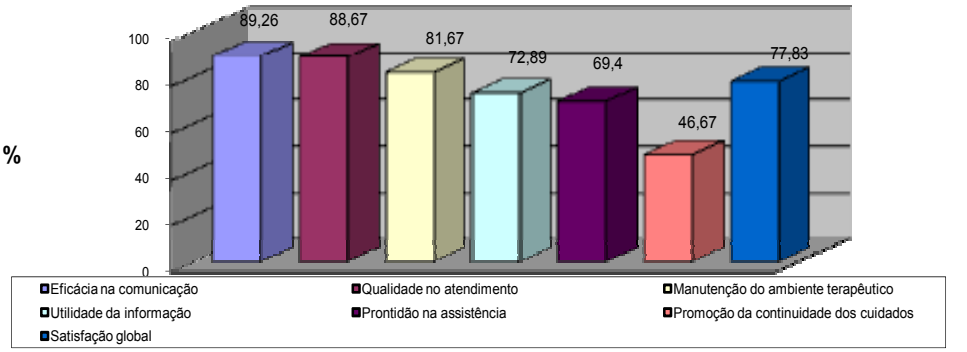

GRÁFICO 6 – Descrição das médias das dimensões da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem

Práticas específicas na preparação da alta

Para garantir a continuidade de cuidados, deve existir um plano de alta que deve ser instituído o mais precocemente possível. *"O sucesso do plano de alta, independentemente do quadro do utente, vai depender dos profissionais envolvidos e principalmente do momento do seu início."* (Nogueira, 2003,p.76).

A preparação da alta deve ser um processo contínuo que deve ser iniciado logo na admissão, ou anteriormente se possível. No entanto no Gráfico 7 observam-se, que este planeamento se realiza numa fase tardia do internamento e que existem discrepâncias entre as datas documentadas pelos enfermeiros, e as identificadas pelo cliente. Na informação documentada pelos enfermeiros, a data que obteve maior frequência foi o "*Dia anterior*" (Nº=11), enquanto, que por parte dos clientes foi *"Dois dias antes*" (Nº=23). Estes resultados demonstram aguardar-se por uma decisão exterior para que sejam dados como «curados». As equipas de saúde, devem promover acções programadas de ensino quer ao doente quer aos familiares (informação, demonstração e treino), e informar e orientar o doente e os familiares sobre os recursos disponíveis na comunidade (Santos, 2002).

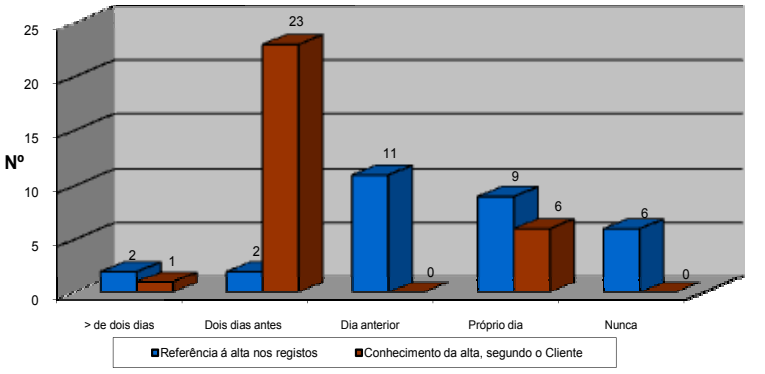

GRÁFICO 7 – Relação entre a referência ao registo da alta, por parte dos enfermeiros e conhecimento da data da alta pelo cliente.

No Gráfico 8, verifica-se uma baixa incidência de ensinos referentes a orientações para a alta. Observa-se que realizada uma pequena abordagem ao assunto, na altura da consulta, e só na altura da alta esta orientação obtém uma frequência mais elevada. Martins (2003:p.190) lembra, *"Que cada profissional presta cuidados indiferenciados não havendo na sua maioria intenção explícita de programação da alta, nem de continuidade de cuidados."*.

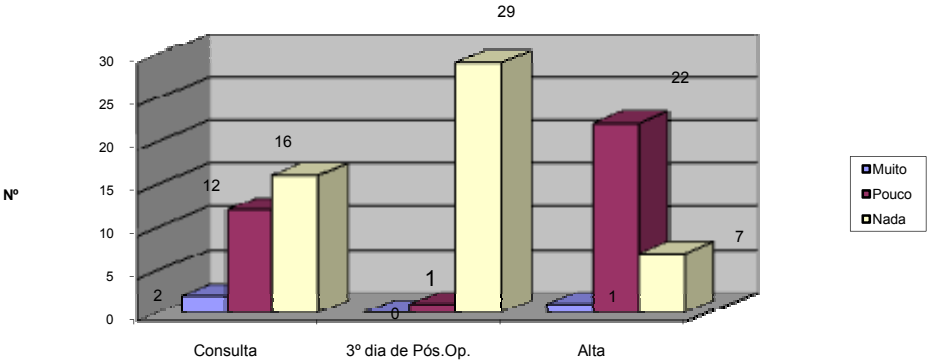

GRÁFICO 8 – Relação do ensino realizado pelo enfermeiro sobre a alta ao longo das três fases, segundo o cliente.

Perante a observação da informação documentada pelos enfermeiros no Gráfico 9 observam-se os diagnósticos sobre o conhecimento/aprendizagem documentados pelos enfermeiros, o conhecimento sobre pré e o pós-operatório (Nº=27) obtêm uma frequência elevada, no entanto realça-se, pela negativa, a baixa ocorrência destes diagnósticos. Sobre este tema, Martins (2005) salienta que o objectivo dos cuidados diz respeito ao conhecimento para gerir a situação. Este pode estar associado a todos os focos de atenção desde que o cliente esteja consciente. Logo, a frequência dos mesmos deveria ser mais elevada.

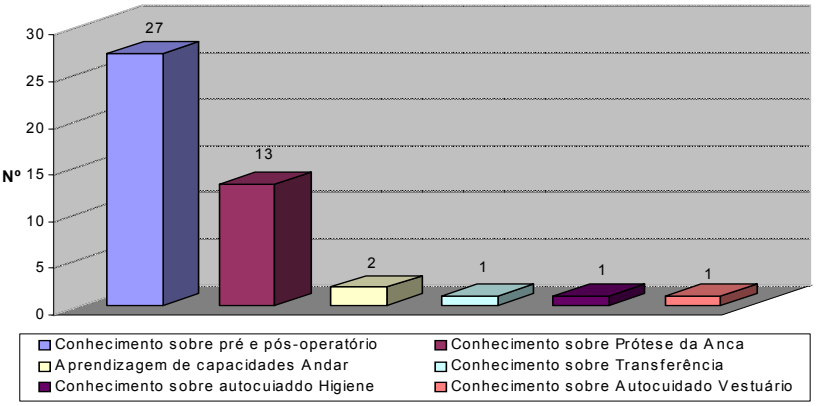

GRÁFICO 9 – Descrição dos diagnósticos sobre o conhecimento/aprendizagem documentados pelos enfermeiros

O esforço de reabilitar um deficiente circunscreve-se á sua reintegração familiar devendo esta significar não apenas a reinclusão e permanência do cliente em casa, mas antes a sua reintrodução no sistema familiar, com todos os ajustes que se afigurem necessários ao cumprimento das suas tarefas e á retoma das suas funções (Martins, 2002). Conscientes desta realidade e verificando-se neste estudo ocorrer dependências em alguns auto cuidados, fomos apurar como era o cuidador ou os cuidadores envolvidos neste processo. *"A família é o recurso mais acessível à prestação de cuidados tendo de facto, em muitas circunstâncias, de os prestar devido à escassez de serviços organizados."* (Nogueira, 2003,p.47).

Na amostra em estudo, o papel de prestador de cuidados foi vulgarmente assumido pela família. Os enfermeiros necessitam de ter presente a importância do envolvimento da família no processo de cuidados. Destaca-se que dos 30 clientes inquiridos, 20 referiram que nunca foi esclarecido o seu prestador de cuidados sobre as suas necessidades para depois da alta, 9 referiram às vezes e apenas um referiu sempre. Cabral *et al.* (2002,p.232) considerou existir *"(…)um nítido défice de informação aos familiares dos pacientes internados nos hospitais públicos."*

Os diagnósticos referentes ao prestador de cuidados apresentam-se pouco documentados, sendo referido em 8 dos processos analisados (Gráfico 10), o diagnóstico que obteve maior frequência, foi o Conhecimento sobre equipamento adaptativo andar. Segundo Martins (2003,p.191) *"Existe já alguma preocupação por parte dos enfermeiros em incluir a família nos cuidados (…), seja de uma forma activa ou passiva, como forma do os preparar"* No entanto a documentação ainda não traduz regularmente essa preocupação. Sobre este tema Carapinheiro refere (1993,p.214) que *"(…) a família não é integrada no processo de internamento como protagonista válido de negociação com o hospital."*

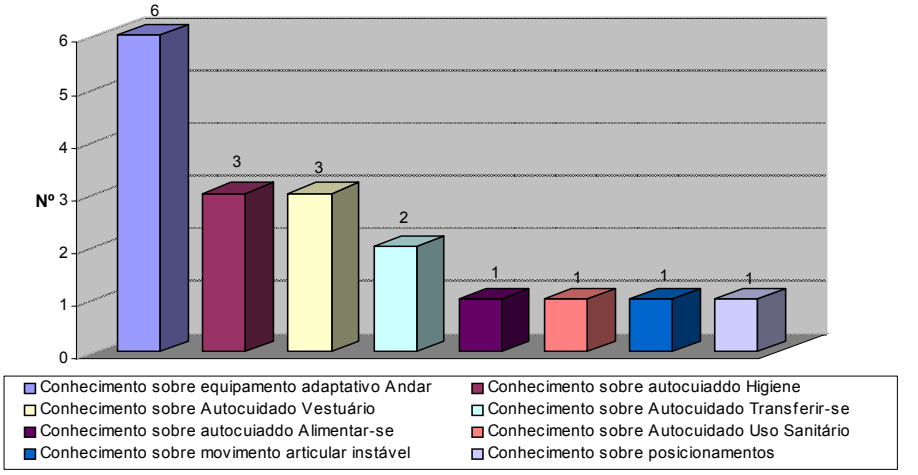

GRÁFICO 10 – Descrição dos diagnósticos sobre o papel de prestador de cuidados documentados pelos enfermeiros

Na procura da continuidade de cuidados, as equipas de saúde devem *"(…) desenvolver com a participação do doente e dos familiares planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações."* (Santos, 2002:p.73) Os enfermeiros necessitam de ter presente a utilidade da família no processo de cuidados. Contudo esta realidade ainda enfrenta grandes obstáculos por parte de alguns profissionais *"(…) que acreditam que a presença dos familiares junto do doente significa que o trabalho está a ser observado e avaliado, sentindo-se por isso ameaçados (…)"* (Cunha, 2003,p.62)

Quando questionado o cliente sobre o desejo de participação do acompanhante nos cuidados, dos 29 que responderam a esta questão, 17 referiram "Às vezes", 1 referiu "*Sempre*", no entanto 11 referiram que "*Não*". Num estudo realizado por Cunha (2003,p.139) sobre o tema, a autora refere que *"A participação do acompanhante nos cuidados não é consensual entre os doentes, pois para uns seria positivo e para outros não*." Os aspectos identificados como positivos foram o maior à-vontade, uma ajuda sempre disponível para não ter que incomodar os profissionais; quanto aos aspectos negativos foram a falta de preparação do acompanhante, e o hospital possuir quem seja pago para o efeito. (Ibidem, 2003)

As dimensões em que o cliente desejava ter obtido participação por parte do acompanhante, dos 18 inquiridos que responderam à questão, 16 responderam o aprender a transferir, 7 o aprender a posicionar e 4 a higiene e alimentação. Estes aspectos denotam necessidades no âmbito do conhecimento e aprendizagem de capacidades associadas à própria cirurgia, artroplastia da anca.

Na opinião dos clientes *"(…) o facto de ver os enfermeiros a prestar determinado cuidado e*

participar nesse cuidado, familiariza com esse procedimento facilitando o seu regresso a casa(…)"(Cunha, 2003,p.140). Estes resultados revelam o receio inerente ao regime terapêutico associado à cirurgia, de modo a evitar complicações, e ainda a falta de preparação do prestador de cuidados para a continuidade dos mesmos. "*Para o cuidador poder dar continuidade aos cuidados, o enfermeiro não deve apenas limitar-se a fornecer informações sobre o diagnóstico ou estado do doente, é necessário ensinar o que os familiares podem e devem fazer (….), sem que o doente corra riscos e eles próprios sofram sobressaltos.*" (Nogueira, 2003,p.176).

O sucesso do plano de alta reside em considerar os familiares e cliente, como aliados no processo de recuperação do cliente, investindo na participação dos mesmos reforçando as suas capacidades e auto-estima, e por último responsabilizando-os pelo sucesso da recuperação. "*Neste contexto, pretende-se que o cliente e seus familiares tenham um papel activo, convergente e em coerência com o processo de cuidados." (*Conceição *et al.*, 2004,p.57).

A participação do cliente/família é importante mas não podemos esquecer a importância da parceria de outras instituições envolvidas. Na carreira de enfermagem é referido entre outros a necessidade do enfermeiro em "*participar nas acções que visem a articulação entre os cuidados primários e diferenciados.*" Muitas vezes esta articulação só é obtida através da carta de alta, que constitui *"um excelente instrumento de comunicação, pois dá informações importantes ao enfermeiro para que este possa continuar a prestar cuidados de saúde." (Luz*, 2003,p.36). No entanto esta pode nunca ter sido realizada, ou mesmo nunca ter sido entregue. Neste estudo verificou-se que apenas 7 dos inquiridos levavam carta de enfermagem, à data da alta, não podendo garantir que esta tenha chegado ao enfermeiro de cuidados de saúde primários. Pois tal como refere Martins (2003,p.192). "*A articulação entre ambas as instituições, vista sob o ponto de vista dos enfermeiros do centro de saúde, fixa-se na carta de alta de enfermagem oriunda do hospital, que nem sempre chega a «ponto seguro»".* È necessário intervir quanto à articulação entre o centro de saúde e hospital, de modo a obter maior informação e cooperação.

De algo estamos convictos a continuidade de cuidados só será uma realidade, quando os profissionais de saúde, cliente e família trabalharem em parceria, planeando a alta, participando nos cuidados, indo ao encontro das suas necessidades. Mas para tal é pertinente saber exactamente o que necessitam os nossos clientes, porque muitas vezes, nós enfermeiros presumimos saber o que é melhor para eles.

Considerações finais:

A intervenção do enfermeiro deve ser centrada no cliente e nas suas necessidades e não nas necessidades/desejos/interesses dos profissionais. (Santos, 2002) Torna-se então pertinente identificar as necessidades dos clientes, e orientar os serviços para a concretização das mesmas. Precisamos de prestar mais atenção ao cliente, para ter a certeza que as preocupações deste fazem parte integrante dos cuidados que recebem (Morrisson, 2001) Estes aspectos reflectem a centralidade da nossa investigação.

Dos achados do estudo, destaca-se o facto de não existir uma atitude implícita de programação da alta, existindo intervenções pontuais e não uniformizadas. Tanto os clientes como os enfermeiros são conhecedores da alta, na maioria das vezes, um a dois dias antes da mesma, o que explicará que algumas das intervenções no âmbito da preparação para a alta nomeadamente o recurso ao prestador de cuidados se realize na fase final do internamento. Existindo uma articulação deficitária com os cuidados de saúde primários, sendo a carta de alta realizada apenas em situações pontuais. E, *"A carta de alta surge como a única forma de articulação entre o hospital e os centros de saúde."(Martins a, 2003,p.191).* No âmbito dos ensinos, os aspectos mais focados pelos enfermeiros são o transferir, posicionar e andar. Quanto ao registo dos ensinos para além de não existir registo da consulta pré-operatória, destaca-se a baixa frequência de diagnósticos no âmbito do conhecimento/aprendizagem, que apesar de aumentar quando se reporta às intervenções, o que mais predomina é a ausência dos mesmos. A informação documentada pelos enfermeiros, como é o caso dos ensinos sobre os auto cuidados, revelam existir diferenças entre aquilo que foi feito e o que foi registado. È necessário atribuir a devida importância aos registos, pois tal como refere Buresh e Gordon (2003) *"È necessário dizer ao Mundo o que Fazemos!"* Existe discrepância entre as necessidades em cuidados de enfermagem segundo o cliente, e os cuidados documentados pelo

enfermeiro, que se revelam mais acentuadas ao 3º dia de pós-operatório do que na alta, e em geral, o grau de dependência atribuído na informação documentada pelos enfermeiros é em média inferior às necessidades identificadas pelos clientes. No entanto, os clientes na generalidade encontram-se satisfeitos, porém essa satisfação não é extensiva à dimensão continuidade de cuidados.

Em suma, podemos afirmar que existem discrepâncias entre o que o cliente necessita e o que lhe é prestado, para colmatar esta realidade os enfermeiros necessitam de compreender e percepcionar as necessidades dos clientes. Não resta outro caminho, há intervenção de enfermagem, que não seja o de *"Caminhar com o outro"* (Hesbeen, 2001), neste percurso realizado em comum.

Bibliografia:

ADAM, E. (1994) – **Ser enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget.

BRITO, Dalila (2000) – **Ser cuidado na perspectiva do idoso – submetido a artroplastia da anca por coxartrose**. Porto: ICBAS. Tese de mestrado.

BURESH, Bernice ; GORDON, Suzanne (2003) – Digam ao mudo o que é que fazem. **Servir**. Vol. 51, nº 5, p. 237-243.

CABRAL, Manuel (2002) – **Saúde e doença em Portugal**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

CARDOSO, Fernando (2002) – **Avaliação da qualidade dos Serviços de Urgência: satisfação dos utentes**. Porto: ICBAS. Tese de mestrado.

CONCEIÇÂO, Maria de Fátima ; RAMOS, Paula Cristina (2004) – Visita de referência cuidados em parceria. **Revista Sinais Vitais**. Nº 56, p. 56-59.

CUNHA, M. J. (2003) – **O papel do acompanhante do adulto internado**. Porto: ICBAS. Tese de mestrado.

GRANDE, Nuno (1996) – Acerca da saúde, entrevista ao Professor Doutor Nuno Grande. **Revista Sinais Vitais**. Nº 7, p. 8-12.

HESBEEN, W. (2001) - **Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2000) - **Classificação Internacional para a prática de enfermagem: versão Beta 2**. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

LEAL, M. T. (2006) - **A CIPE e a invisibilidade da enfermagem: mitos e realidades**. Loures: Lusociência.

LUZ, Elisabete (2003) – Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade de cuidados. **Nursing**. Ano 15, nº 175, p. 34-44.

MARTINS, Clarisse (2005) – **Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem - um estudo centrado nos resultados**. Porto: ICBAS. Tese de mestrado.

MARTINS, Jacinta Pires (2003) –**Programação da alta do idoso um contributo para a continuidade dos cuidados**. Porto: ICBAS. Tese de mestrado.

MARTINS, Manuela (2002) – **Uma crise acidental na família**. Coimbra: Formasau.

MORRISSON, Paul (2001) – **Para compreender os doentes**. Lisboa: Climepsi.

NOGUEIRA, Maria Assunção (2003) – **Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro**. Porto: ICBAS. Tese de mestrado.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Divulgar.

OREM, Dorothea (1980) – **Nursing: concepts of practice**. 2ª ed. New York: McGraw Hill.

PAÚL Constança ; MARTIN, Ignácio ; ROSEIRA, Luís (1999) – **Comunidade e saúde: satisfação dos utentes e voluntariado**. Porto: Edições Afrontamento.

PISCO, Luís (2001) – Qualidade na prestação de cuidados de saúde. **Ordem dos Enfermeiros**. Nº 3, p. 35-38.

POLIT, Denise ; HUNGLER, Bernadette (1995) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (1998) - **O hospital Português**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004) - **Plano Nacional da Saúde: orientações estratégicas e prioridades para 2004-2010**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2 vol.

QUIVY, Raymond ; CAMPENHOUDT, Luc van (1992) – **Manual de investigação em ciências sociais**. Paris: Gradiva.

RIBEIRO, Ana Leonor Alves (2003) – **Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida**. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor-coordenador na área Científica de Enfermagem.

RIBEIRO, Ana Leonor Alves (2005) – **O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Nº 16, p. 53-60.

SANTOS, José Manuel (2002) – **Parceiros nos cuidados – uma metodologia centrada no doente**. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

SHAH, S. ; VANCLAY, F. ; COOPER, B. (1989) – Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. **Journal of Clinical Epidemiology**. Vol. 42, nº 8, p. 703-709.