

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

**NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DO DOENTE
SUBMETIDO A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA:
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO**

JOÃO MIGUEL ALMEIDA VENTURA DA SILVA

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2011

JOÃO MIGUEL ALMEIDA VENTURA DA SILVA

**NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DO DOENTE
SUBMETIDO A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA:
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Professora Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira
Professora Coordenadora Sem Agregação no Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Gandra.

“para cuidar de alguém, tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento; tenho que saber responder às suas necessidades e quais são os meus poderes e limitações”

Watson (1999:56) citando Mayerhoft

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu reconhecimento e gratidão sinceros a todos os que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a elaboração deste estudo:

- *À Professora Doutora Assunção Nogueira, pelo seu vasto conhecimento, pela sua orientação, disponibilidade e pelas suas palavras de ânimo e incentivo, bem como, pela confiança depositada em mim, para que esta investigação chegasse a “bom porto”. Acima de tudo, soube sempre apoiar-me com palavras e actos oportunos a cada momento.*
- *Ao Doutor Avelino Cabral pela amizade e disponibilidade.*
- *A todos os meus amigos, que, apesar de estar distante, sempre me souberam apoiar e estimular a realização deste trabalho.*
- *A todos os meus colegas de trabalho, especialmente dos Serviços de Ortopedia e da Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença, que sempre se mostraram disponíveis e me encorajaram a seguir em frente, mesmo nos momentos de adversidade.*
- *À direcção do Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, que permitiu a concretização desta investigação.*
- *Aos meus pais e irmã, que foram a pedra basilar da minha profissão e uma fonte de incentivo à realização deste trabalho. Apesar dos muitos momentos de ausência, mostraram sempre uma atitude de espera e compreensão.*
- *A ti, Olga, por muitas palavras que escrevesse, não corresponderia ao amor, à compreensão e à disponibilidade demonstradas, tornando mais fácil a difícil tarefa de chegar ao fim desta etapa da minha vida.*

*A todos o meu sincero **Muito Obrigado!***

RESUMO

A Artroplastia Total da Anca pode apresentar-se como correcção da coxartrose, sendo esta uma consequência das alterações inerentes ao processo de envelhecimento. Esta intervenção constitui-se como o modo de restaurar a autonomia do doente, que se encontra comprometida, reflectindo-se na realização dos autocuidados. Durante o período pós-operatório, o doente carece de informações/ensinos, que visem o restabelecimento das suas capacidades funcionais, pelo que o enfermeiro é o actor principal na identificação, planeamento e execução destas actividades, com vista à promoção dos seus autocuidados, comprometidos pela intervenção cirúrgica.

Com o intuito de conhecer as necessidades de informação do doente, procedemos à elaboração de um estudo de carácter descritivo e exploratório, inserido no paradigma qualitativo. Recorreu-se à entrevista semi-dirigida, aplicada a 10 enfermeiros, de um Hospital da zona norte de Portugal, que cuidavam diariamente destes doentes, nos períodos pós-operatório, imediato e tardio, nos serviços de Ortopedia e Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença.

Constituíram-se categorias e subcategorias, após a análise de conteúdo, para melhor ilustrar os resultados do estudo. Com estes, verificámos uma multiplicidade de factores relacionados com a forma como a informação era fornecida e com as dificuldades inerentes à transmissão da mesma. Os dados apontaram para a importância do profissional de enfermagem informar/ensinar o doente, com vista à promoção da sua autonomia. Devido a algumas condicionantes, a instrução, treino e supervisão de estratégias ficam, por vezes, comprometidas, tendo-se constatado situações em que o processo de transmissão de informação foi quebrado.

Neste trabalho foi evidente o importante papel que o enfermeiro desempenha no período de internamento, ao nível do ensino ao doente, pois este torna-se fundamental no processo de recuperação funcional, bem como, no regresso às suas actividades de vida de forma tranquila.

Palavras-Chave: Necessidades de Informação, Doente, Artroplastia Total da Anca, Pós-Operatório, Autocuidado

ABSTRACT

Total Hip Arthroplasty can also serve to correct coxarthrosis (osteoarthritis of the hip), due to the fact that this condition is a result of the changes inherent to the ageing process. This intervention is a way of restoring the patient's autonomy which has been compromised, and this is clearly reflected in his/her self-care activities. During the post-operative period, the patient lacks the information/knowledge required to help him/her re-establish his/her functional capacities, thus the important role of the nurse in identifying, planning and carrying out these activities, aiming to encourage the patient's self-care which was compromised by the surgery.

In order to find out the patient's needs, we carried out a descriptive, exploratory and qualitative study. Ten nurses from a Hospital in the North of Portugal, who daily took care of these patients in the immediately subsequent and later post-operative period, at the Orthopaedics and post-operative care facilities, were submitted to a semi-structured interview.

Categories and subcategories were created after analyzing the contents, so as to better illustrate the results of the study. These showed a variety of factors related to how the information was given and to the difficulties inherent to its transmission. The results showed the importance of nurse in transmitting the information/knowledge to the patient aiming to encourage him/her to be more autonomous. Due to some conditioning factors, the instruction, training and supervision of strategies are sometimes compromised, and some situations have been observed where the process of transmitting information has been broken.

The important role of the nurse in the hospitalization period, as far as teaching the patient is concerned, was highlighted in this assignment as he plays a vital part in the functional recovery process, and in helping the patient get back to his daily activities in as calmly as possible.

Keywords: Need for information, Patient, Total Hip Arthroplasty, Post-Operative, Self-Care.

ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS CONVENCIONAIS

% - Percentagem

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD – Actividades de Vida Diária

cap. ou caps. – Capítulo(s)

cm – Centímetro

DGS – Direcção-Geral de Saúde

E – Entrevista

et al. – E outros

Ibidem – O(s) mesmo(s) autor(es)

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

ICN – Internacional Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

n – Frequência Relativa

Nº ou nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PTA – Prótese Total da Anca

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

s.d. – Sem data

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCCC – Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença

vol. – Volume

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama síntese das necessidades de informação do doente e do contributo do enfermeiro _____	116
--	-----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Representação gráfica do Índice de Longevidade entre 1991 e 2010. _____	17
Gráfico 2 – Representação gráfica do Índice de Envelhecimento entre 1991 e 2010. ____	18
Gráfico 3 - Caracterização do Género dos Informantes do Estudo. _____	66
Gráfico 4 - Representação gráfica das idades dos informantes do estudo _____	67
Gráfico 5 - Representação gráfica do tempo de serviço em anos dos informantes do estudo _____	67
Gráfico 6 - Representação gráfica do tempo de serviço em anos na área do estudo dos informantes. _____	67

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Alterações Estruturais e Funcionais do Processo de Envelhecimento. _____	20
Quadro 2 - Caracterização das Coxartroses _____	28
Quadro 3 - Conceitos Fundamentais da Teoria de Orem _____	37
Quadro 4 - Síntese das Categorias e Subcategorias _____	68
Quadro 5 - Categoria: Conteúdo da Informação _____	69
Quadro 6 - Categoria: Razões para a informação fornecida _____	82
Quadro 7 – Categoria: Gestão da Informação ao Doente. _____	91
Quadro 8 – Categoria: Dificuldades na Transmissão da Informação. _____	100
Quadro 9 - Categoria: Ocultação da informação _____	108

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	11
PARTE I: O ENVELHECIMENTO, O DOENTE E O AUTOCUIDADO NA ATA: NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E A ENFERMAGEM	15
1. A PESSOA E O ENVELHECIMENTO	16
1.1 Alterações Decorrentes do Envelhecimento	20
2. A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA: UM RECOMEÇAR...	25
2.1 Anatomo-Fisiologia da Anca e a Artrose	25
2.2 Da Coxartrose à Artroplastia Total da Anca	27
2.3 A Cirurgia de Artroplastia Total da Anca: O Processo Cirúrgico	31
3. O ENFERMEIRO COMO ORIENTADOR DA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO DOENTE SUBMETIDO A ATA NO PÓS-OPERATÓRIO	36
3.1 Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem	37
3.2 Necessidades de Informação do Doente	41
3.3 Continuidade de Cuidados: O Desafio na Preparação da Alta do Doente	48
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO	53
1. PROBLEMÁTICA	54
2. METODOLOGIA	57
2.1 Intervenientes do Estudo	60
2.2 Processo de Recolha dos Dados	61
2.3 Processo de Análise dos Dados	62
2.4 Considerações Éticas	65

3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	66
3.1 Caracterização dos Informantes	66
3.2 A Informação ao Doente submetido a ATA: Contributos do Enfermeiro	68
3.2.1 Conteúdo de Informação	68
3.2.2 Razões para a Informação Fornecida	81
3.2.3 Gestão da Informação	91
3.2.4 Dificuldades na Transmissão da Informação	99
3.2.5 Ocultação da Informação	108
4. DISCUSSÃO DOS DADOS	115
4.1 Necessidades de Informação Expressas ao Enfermeiro	116
4.2 Informação Transmitida pelo Enfermeiro	120
NOTAS FINAIS	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
ANEXOS	149

ANEXO I: Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital para a Recolha dos Dados e Resposta Obtida

ANEXO II: Guião de Entrevista

ANEXO III: Entrevista na Íntegra

ANEXO IV: Grelha de Análise das Entrevistas

0. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o envelhecimento demográfico tem-se afigurado como um dos principais factores responsáveis pela alteração da estrutura da população, revelando-se como um fenómeno único na humanidade, tendo marcado o *términus* do século anterior. Actualmente, século XXI, ainda é notório este fenómeno, apesar de sempre terem existido idosos. Azeredo (2011) refere que se produziu um desequilíbrio entre os diferentes grupos etários, aumentando assim a proporção de idosos e grandes idosos, relativamente às idades mais jovens.

Associado a este facto verifica-se um aumento da longevidade, que nem sempre é acompanhada por uma qualidade de vida, independência e funcionalidade aceitáveis. Paúl e Fonseca (2005) aludem que, se por um lado os indivíduos vivem mais tempo, vivem também acompanhados de incapacidades e patologias múltiplas, mesmo antes dos 65 anos, tendendo a agravar-se com o aumento da idade. O mesmo é verificado devido, entre outras, às alterações fisiológicas, psicológicas, sociais, inerentes ao decorrer do processo de envelhecer, arrastando a pessoa para uma situação de vulnerabilidade, face aos vários acontecimentos da vida. Surgem, por isso, as doenças crónicas, relacionadas com este grupo populacional.

A doença crónica assume-se, hoje, como um dos maiores problemas da sociedade, dado que se inter-relaciona directamente com as taxas de morbilidade da população, além de limitar o indivíduo na satisfação das suas necessidades. Potter e Perry (2005) defendem que uma pessoa com doença crónica é similar a uma pessoa com uma incapacidade, já que ambas apresentam limitações (de vários graus) na função, resultando num processo patológico ou uma lesão.

Várias são as doenças crónicas inerentes a este processo, resultado das alterações decorridas, das quais destacamos, pelo interesse que tiveram no nosso estudo, as afecções do sistema músculo-esquelético, concretamente, a patologia degenerativa articular da anca – coxartrose. A este respeito, de acordo com Queiroz (2006), são a primeira causa de doença no Homem, são o primeiro motivo de consulta médica e são a primeira causa de incapacidade para o trabalho.

Com o evoluir da patologia, a autonomia na satisfação das actividades de autocuidado começa a ficar comprometida, devido à dor sentida pela pessoa, à limitação e à incapacidade dos movimentos e à deformação da articulação, impedindo o doente de se movimentar e de sair de casa, tornando-lhe a vida insuportável.

Em nosso entender, e concordando com a Direcção-Geral de Saúde – DGS – (2001), a hipótese de uma intervenção cirúrgica deve ser pensada. Os métodos de substituição de certas articulações por próteses, especialmente da anca, evoluíram muito, pelo que a realização de uma Artroplastia Total da Anca (ATA), cirurgia designada para traduzir a colocação de uma Prótese Total da Anca (PTA), permitirá a execução de movimentos sem dores e o regresso a uma vida sem incapacidade, de forma satisfatória, agradável e autónoma, conseguindo desta forma a concretização das actividades de autocuidado.

No entanto, até atingir o “patamar” de autonomia, o doente passará por um processo de dependência que lhe abrirá caminho à independência. Importa realçar que, após a intervenção cirúrgica, o doente apresentará dúvidas, dificuldades, ou seja, necessidades de informação, que carecem de ser resolvidas, permitindo-lhe executar as actividades de autocuidado comprometidas pela cirurgia, bem como, adaptar-se à sua nova condição de saúde.

Entendemos por isso que o enfermeiro, enquanto profissional, assume o papel de informante, bem como, transmissor de informações, que tenham em vista a satisfação das necessidades do doente e, deste modo, potenciar a autonomia do mesmo. Concordamos com Hesbeen (2001:34), quando afirma que

"Os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos actos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor".

Por conseguinte, a enfermagem, enquanto profissão, revela-se no sentido de atender o doente na satisfação das suas necessidades, promovendo a sua independência e autonomia.

A continuidade de cuidados afigura-se como de extrema importância, levando os profissionais a pensarem acerca da sua prática e a reflectirem sobre o planeamento dos

cuidados a prestar. Os planos de cuidados devem ser individualizados e personalizados ao doente, incidindo nas suas necessidades de informação e na transmissão de estratégias para a sua adaptação, pelo que o doente deverá assumir um papel de destaque e um maior envolvimento no seu processo de cuidados.

Pela nossa experiência, enquanto profissionais, parece-nos que nem sempre as informações transmitidas pelo enfermeiro respondem às dificuldades, dúvidas e necessidades do doente submetido a ATA, durante o período pós-operatório; a falta de tempo para a realização, treino e supervisão de ensinamentos relativos a estratégias que estimulem a autonomia são algumas das razões que pensamos que vão retardar o processo de reabilitação e recuperação funcional do doente.

Com esta certeza, bem como, pelo gosto pessoal em cuidar de doentes do foro ortopédico, aliada à nossa experiência profissional, surgiu este trabalho de investigação, pelo que a nossa ambição foi descobrir as **necessidades de informação do doente submetido a ATA, durante o período pós-operatório, pela voz do enfermeiro**. Esta inquietação serviu de fio condutor para todo o processo de investigação, pois estamos certos de que este conhecimento contribuirá para a:

- Elaboração de planos de ensino estruturados, no âmbito dos autocuidados comprometidos pela ATA, caminhando para a autonomia do doente;
- Resposta às necessidades de informação do doente;
- Diminuição do número de complicações pós-operatórias;
- Promoção do regresso ao domicílio de forma mais eficaz, através de uma continuidade de cuidados;
- Melhoria da actividade profissional do enfermeiro, durante este processo e consequentemente, uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para tal, traçámos como objectivos deste estudo:

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

Para atingirmos estes objectivos, recorreremos a um estudo de cariz qualitativo, descritivo e exploratório, utilizámos a entrevista semi-dirigida, como instrumento de colheita de dados, e a análise de conteúdo para a sua interpretação. Em nosso entender, esta

descoberta permitirá sensibilizar os enfermeiros para as necessidades de informação do doente, promovendo assim o seu processo de reabilitação e restauração de autonomia, fazendo-o parte integrante e chamando-o à responsabilidade para este processo. Pensamos que ao responder às necessidades de informação do doente, se conseguirá produzir ganhos em saúde para o mesmo e indicadores de qualidade para os cuidados de enfermagem. Consequentemente, proporcionar-se-á uma melhor adaptação do doente à sua nova condição de saúde e uma reintegração sadia no seu meio sócio-familiar.

A investigação que realizámos insere-se no âmbito do XVII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, que nos encontramos a frequentar no ICBAS. Com este trabalho pretende-se apresentar o processo e os resultados da investigação, encontrando-se estruturado em contextualização teórica e estudo empírico.

Na primeira parte consta a revisão da literatura que nos parece adequada à problemática em estudo, razão pela qual abordamos as temáticas: a pessoa e o envelhecimento, a artroplastia total da anca: um recomeçar... e o enfermeiro como orientador da promoção da autonomia do doente submetido a ATA no pós-operatório.

A segunda parte integra os procedimentos metodológicos que sustentam o nosso trabalho. Apresentamos uma descrição fundamentada dos diferentes passos do processo. Posteriormente, faremos a apresentação e interpretação dos dados, com base nos discursos dos informantes. Seguir-se-á a discussão dos dados, tentando dar resposta aos objectivos por nós definidos.

Finalmente, terminaremos com as notas finais, onde tecemos algumas considerações, acerca do estudo e faremos sugestões que, em nosso entender, possam responder às necessidades de informação do doente neste período e melhorar a prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados que permitam uma adaptação do indivíduo à sua nova condição.

**PARTE I: O ENVELHECIMENTO, O DOENTE E O AUTOCUIDADO NA ATA:
NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E A ENFERMAGEM**

1. A PESSOA E O ENVELHECIMENTO

Desde a antiguidade que o Homem reflecte e se preocupa com o Envelhecimento. Existem marcas, ao longo do tempo, de crenças obscuras e práticas mágicas em que a busca da juventude era uma aspiração. No entanto, todos os esforços, empenho e dedicação em lutar contra o tempo foram infrutíferos, pelo que o ser humano teve que aceitar e conviver com a realidade inevitável do envelhecer.

A atitude do Homem face a esta problemática é ambígua, isto é, por um lado, poderá acarinhá-la, como sendo exemplo de experiência, um elemento privilegiado e transmissor de saber às gerações vindouras, tal como é evidente nas palavras de Costa (1999:9): *“ser-se velho era ser-se sábio; era ter-se a mais-valia do tempo, que fazia do velho o conselheiro, o amigo... a memória das gerações”*. Por outro, poderá desprezá-la, ficando este à mercê de paradigmas filosóficos, correntes económicas e cenários político-culturais.

Na actualidade, assiste-se a um aumento franco da população idosa, fruto das mudanças e transformações ocorridas ao longo dos tempos, como, por exemplo, o desenvolvimento técnico-científico, que se reflectiu no aumento da esperança média de vida, bem como, a diminuição constante da fecundidade, como referem vários autores (Nazareth, 1994; Wong e Moreira 2000, Kinsella e Velkoff, 2001). Corroborando o anteriormente referido, entendemos que esta transição ocorre de forma diferenciada entre os países desenvolvidos, devido à melhoria da qualidade de vida e à preparação de serviços de saúde; por outro lado, nos países em desenvolvimento, tem sido atribuído fundamentalmente a inovações tecnológicas que têm possibilitado a prevenção e cura de doenças anteriormente fatais.

Na perspectiva de Fernandes (1997:34) assiste-se a:

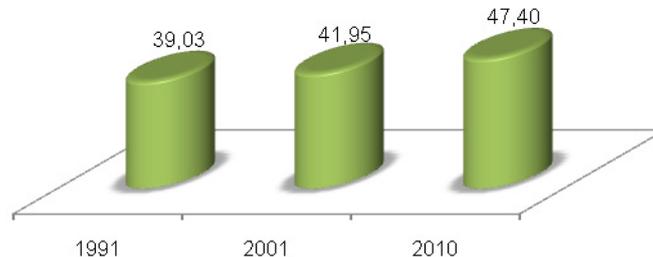
“...uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com alguma certeza, que, no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada. A situação agudiza-se de forma problemática pela intensidade e amplitude que o fenómeno atinge já nos nossos dias”.

Neste contexto, evocando Costa (1999) e Azeredo (2011), o envelhecimento está associado à transição demográfica. Esta, como facto actual, relaciona-se com dois factores: a progressiva diminuição das taxas de natalidade e das taxas de mortalidade (e consequente aumento da esperança de vida).

Entendemos, assim, que a percentagem da população idosa será cada vez maior, ocorrendo por isso um envelhecimento marcado da população. Face a estes acontecimentos, o envelhecimento populacional é entendido por Moreira (s.d.) como o crescimento da população considerada idosa numa dimensão tal que, de forma sustentada, amplia a sua participação relativa no total da população.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística – INE – (2010a), a evolução da população residente em Portugal tem vindo a denotar um continuado envelhecimento demográfico, como resultado das tendências de um aumento da longevidade, expressa num maior índice de longevidade¹, (gráfico 1) e declínio da fecundidade.

Gráfico 1 – Representação gráfica do Índice de Longevidade entre 1991 e 2010



Fonte: Adaptado de INE (2011)

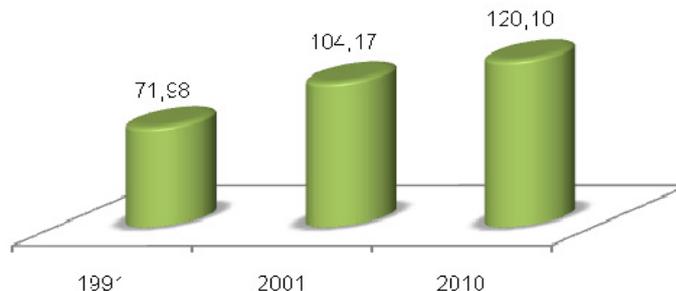
Consideramos, assim, que o envelhecimento demográfico constitui-se como o aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total de habitantes. Esta proporção dependerá logicamente de se considerar como fronteira de terceira idade, os sessenta e cinco anos, tal como é possível ler-se: “*A Organização Mundial de Saúde, numa tentativa*

¹ Índice de Longevidade corresponde à relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 65 ou mais anos). (INE, 2011)

de uniformização de critérios, convencionou que o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 e mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde” (Costa, 1999:50).

De acordo com Silva (2008), estudos realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), relativos ao envelhecimento demográfico, afirmam que entre 1960 e 2001 houve um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um aumento de 140% da população idosa (65 e mais anos), prevendo-se que Portugal perca entre 2000 e 2050, mais de um quarto da sua actual população. Por outro lado, e reforçando este aspecto, de acordo com os dados do INE (2010b), constata-se que existe um franco aumento do valor do índice de envelhecimento² entre os períodos de 1991 a 2010 (gráfico 2).

Gráfico 2 – Representação gráfica do Índice de Envelhecimento entre 1991 e 2010



Fonte: Adaptado de INE (2011)

Tendo em conta toda esta problemática, importa perceber que nenhum ser vivo é eterno e que com o passar do tempo ocorrem mudanças, sendo por isso uma etapa do ciclo vital sem retorno, que atravessa o dia-a-dia da nossa vida. Todos nós, enquanto pessoas, diariamente envelhecemos. O sentimento de que os anos passam e que ficamos mais velhos, as vivências dos nossos entes queridos a envelhecer e o cuidar de pessoas que se encontram em processo de envelhecimento, relembram toda a finitude da vida.

² Índice de Envelhecimento corresponde à relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos). (INE, 2011)

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), o envelhecimento constitui um processo de deteriorização endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo, tratando-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, ganhando especial atenção, porque a vivência da velhice faz-se, em grande parte, pelas condições corporais. Por outro lado, Duarte e Diogo (2000) consideram o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que causam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, proporcionando maior vulnerabilidade e maior incidência de patologias, que acabam por culminar na morte.

Apreende-se então que este fenómeno pode ser considerado, cada vez mais, como um fenómeno multidimensional. Schroots e Birren (1980), citados por Paúl (1997), referem que o envelhecimento se apresenta sob a forma de três componentes: biológica, resultante da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer; social, relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas que a sociedade tem para essa faixa etária; e psicológica, definida pela auto-regulação da pessoa no campo de forças, pelo tomar decisões e opções. Contudo, julgamos desta forma que o envelhecimento, apesar de ser universal e progressivo, é também individual e único, ou seja, todas as pessoas envelhecem, no entanto, nenhuma da mesma forma, tal como é demonstrado por Berger (1995:124) que considera que *“as modalidades de senescência variam imenso de uma para outra população humana, bem como no interior de uma mesma população.”*

Sustentando este contexto, para além dos factores fisiológicos inerentes a todo este processo, como o esbranquiçamento do cabelo, o enrugamento da pele, a diminuição da massa muscular, convergem também para o envelhecimento os factores psicológicos, sociais e culturais, que vão, de uma maneira ou de outra, influenciar o envelhecimento, conforme as oportunidades e os constrangimentos a que os indivíduos estejam sujeitos. Por outro lado, podem acelerar ou retardar o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade avançada.

Em suma, entendemos que envelhecer é algo único, próprio, complexo, dependente de condicionantes biológicas e acontecimentos sociais intrínsecos. A forma como o indivíduo viveu e como se adaptou, ou não, aos vários acontecimentos é determinante, daí que esta é uma fase de crescimento do indivíduo, que exige necessariamente aprendizagens, adaptações, participações e, eventualmente, necessidade de ajuda.

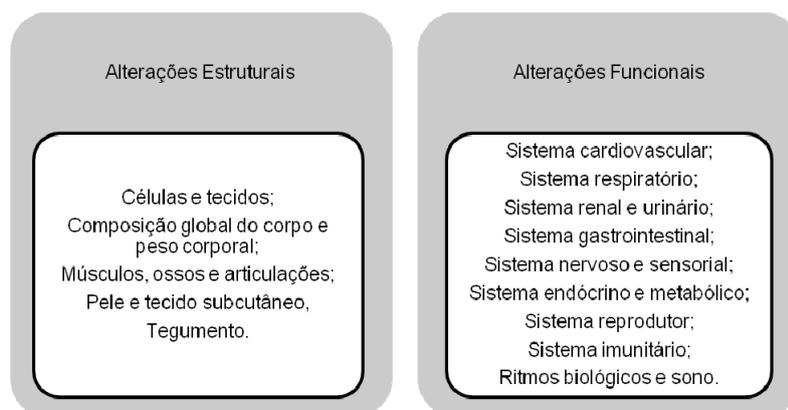
1.1 ALTERAÇÕES DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é hoje em dia uma realidade crescente e complexa. A forma como a sociedade perceciona este fenómeno e a forma como a própria pessoa idosa se auto-percepciona são fundamentais para o sucesso ou insucesso desta etapa de vida. Ao envelhecer, as pessoas confrontam-se com novos desafios e novas exigências.

Enquanto processo, o envelhecimento, segundo Imaginário (2008), tem um início precoce, insidioso, pouco perceptível, instalando-se sem que se dê por isso, até que surjam as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais em todos os principais sistemas do organismo do indivíduo. Surgem então as limitações físicas que se tornam acrescidas pela sociedade – os preconceitos e os estereótipos. O grande desafio é construir permanentemente o próprio caminho e desenvolver atitudes que as levem a superar as suas dificuldades, integrando limites e possibilidades de conquistar mais qualidade de vida (Arruda, 2007).

Consideramos então que o envelhecimento apresenta uma componente fisiológica, da qual resulta um conjunto de modificações nas funções orgânico-mentais, conduzindo a uma diminuição da capacidade de homeostasia. Todas as funções fisiológicas declinam gradativamente, ocorrendo alterações estruturais e funcionais, tal como são evidentes no quadro 1.

Quadro 1 - Alterações Estruturais e Funcionais do Processo de Envelhecimento



Fonte: Adaptado de Berger, L. (1995:127). Aspectos biológicos do envelhecimento

Brunner e Suddarth (1998) evidenciam alterações que se dão ao nível dos principais sistemas e que vão interferir nos processos fisiológicos, em que destacamos o sistema músculo-esquelético e articular. Neste verifica-se uma perda da densidade óssea, força, flexibilidade, estabilidade articular, degeneração das cartilagens articulares, alterações posturais.

Corroborando a ideia de Brunner e Suddarth (1998), Marek (2010), no que concerne ao sistema músculo-esquelético, entendido como um sistema dinâmico que abrange ossos, articulações, músculos e estruturas de suporte, afirma que na maturidade e na velhice, a força e a integridade dos tecidos começam a declinar, à medida que o número de células corporais diminui. Os tecidos conjuntivos perdem alguma da sua elasticidade e resiliência, particularmente a cartilagem das articulações. Os joelhos e as ancas podem estar ligeiramente flectidos, quando a pessoa está de pé ou a andar, devido à dor associada à degenerescência articular.

Por outro lado, Antonelli (2004) citado por Silva (2007) refere que ocorre uma substituição gradual do tecido muscular por tecido adiposo e, por isso, o idoso tem menor quantidade de massa magra. Há ainda decréscimo da água corporal e da massa óssea.

Ainda neste contexto, Eliopoulos (2011) refere que o aumento das articulações, os músculos flácidos e a redução da altura de muitos idosos são consequências e uma variedade de mudanças músculo-esqueléticas que se dão com o passar dos anos. A mesma autora advoga que a deterioração da superfície cartilaginosa das articulações e a formação de pontos e esporões podem limitar a actividade e os movimentos articulares. Por conseguinte, como consequência destas situações, a marcha da pessoa idosa pode tornar-se mais instável, resultado da perda da força muscular e da coordenação.

No entanto, com o aumento da longevidade da população, as afecções do sistema músculo-esquelético têm aumentado e, por vezes, não se tornam alvo de grande atenção, pois são consideradas alterações normais do processo de envelhecimento. Contudo, julgamos que as modificações que ocorrem no indivíduo, para além de alterarem o funcionamento dos processos vitais, induzem a um declínio na capacidade funcional. De acordo com Ramos (2003), a capacidade funcional surge, actualmente, como um novo paradigma de saúde. Cabete (2005) refere que a avaliação do estado funcional das pessoas idosas é importante para podermos compreender a capacidade de autocuidado dos indivíduos, no sentido de manter uma autonomia de vida.

Alves, Leite e Machado (2008) referem que a capacidade funcional se enquadra neste contexto, particularmente o idoso, pois quando se envelhece sem qualquer problema, não se desenvolvem alterações no indivíduo, na família ou na sociedade. O problema inicia-se quando as funções começam a deteriorar-se. Rosa *et al.* (2003) advogam que a manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de o indivíduo se manter na comunidade, desfrutando da sua independência.

Julgamos assim que a capacidade funcional do indivíduo fica comprometida ao surgir as primeiras alterações do envelhecimento, desenvolvendo-se uma condição de incapacidade, que segundo alguns autores citados por Alves, Leite e Machado (2008), está relacionada com vários aspectos da saúde do indivíduo, o que lhe confere um carácter multidimensional. Tendo em conta o apresentado, consideramos que a incapacidade requer informações pormenorizadas sobre os diferentes aspectos de saúde do idoso: físicos, cognitivos e emocionais.

Deste modo, a pessoa idosa assume uma condição de fragilidade, definida por Hazzard *et al.* (1994) como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Por outro lado, Hekman (2006:905) entende-a como *“uma síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência de stressores, que resultam em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos.”* Deste modo, é possível comprovar esta condição do idoso nas palavras de Eliopoulos (2011) que admite que é raro o indivíduo com mais idade, entendendo-se o idoso, que não apresente algum grau de desconforto, incapacidade ou deformação, resultante de distúrbios músculo-esqueléticos.

Na verdade, as doenças músculo-esqueléticas são uma das principais causas de prejuízo funcional do idoso, tal como é evidente nas palavras de Hazzard *et al.* (2004), ao referirem que a idade avançada e certas condições, nomeadamente as doenças osteoarticulares e reumatológicas, criam dependência. Assim, julgamos que os problemas podem surgir como resultado de doença que afecte os nervos, os ossos, os músculos ou as articulações, capaz de provocar um certo grau de incapacidade, sendo específica e com um impacto próprio no indivíduo, família e/ou comunidade.

As doenças músculo-esqueléticas, sendo capazes de desencadear uma certa incapacidade no idoso, prolongando-se para o resto da vida, são consideradas doenças crónicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença crónica tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade/deficiências residuais, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial da pessoa com doença para a reabilitação e pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (OMS, 2005).

Por outro lado, Healy e Monahan (2010) entendem a doença crónica como não sendo, por si só, uma realidade única, mas uma designação genérica que abrange doenças prolongadas, muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade.

Segundo Curb *et al.* (1990), citado por Rendas (2001), as alterações que ocorrem ao nível dos vários sistemas, incluindo o músculo-esquelético, podem ser divididas em quatro grupos: perda total da função; diminuição da função, por perda de unidades anatómicas, sendo as unidades restantes capazes de desempenhar esta mesma função de forma satisfatória; incapacidade de manter a função, mesmo que as unidades anatómicas perdidas sejam em pequeno número; utilização de mecanismos de adaptação diferentes dos habituais.

Deste modo, a pessoa idosa, perante a doença crónica, necessitará de alterar hábitos de vida e, muitas vezes, aderir a tratamentos medicamentosos, além de conviver com a incapacidade, se o controlo da patologia não tiver sucesso, condicionando certas actividades do idoso.

Enquadra-se neste tipo de doenças, a patologia coxo-femural, apesar de poder ser resolvida, através de cirurgia. O número de pessoas portadoras desta doença é cada vez maior, ocorrendo um prejuízo da função articular. Desta forma, o objectivo será o de solucionar o problema, reduzir a dor e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do doente.

Consideramos que, nesta situação, todas as actividades da pessoa idosa ficam comprometidas, concordando com as palavras de Eliopoulos (2011) que considera que quanto mais idade tiver a pessoa, maior a probabilidade de apresentar dificuldades nas actividades de autocuidado e realizar uma vida independente, o que se reflecte numa perda de autonomia, definida pelo Internacional Council of Nurses - ICN - (2005:95) como

o “Direito do Cliente com as características específicas: Autónimo, independente, ter autocontrolo e estar orientado” e, neste contexto, de concretizar todos os autocuidados

Por conseguinte, Healy e Monahan (2010) defendem que a independência e a capacidade para desempenhar os autocuidados são afectadas, conduzindo a pessoa para uma situação de dependência.

Phaneuf (2001:43) entende a dependência como a “incapacidade em que se encontra a pessoa de adoptar comportamentos apropriados ou de realizar ela-própria, sem ajuda, as acções que lhe permitirão, em função do seu estado, atingir um nível aceitável de satisfação das suas necessidades.”. No mesmo contexto, este conceito é definido, pelo ICN (2005:107), como o “estado com as seguintes características específicas: estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio”. Entendemos, deste modo, que a dependência requer uma ajuda imprescindível para a execução de actividades de vida, desde as mais básicas até às mais complexas. Não resulta de uma incapacidade, mas de um somatório de incapacidades aliadas à necessidade. Caldas (2003) defende que a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução se pode modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados.

Por conseguinte, a passagem da dependência para a independência deve ser alvo de grande atenção do profissional de enfermagem. O doente deve ser parte integrante neste percurso, sendo facilitador e companheiro no caminho de dependente a independente.

2. A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA: UM RECOMEÇAR...

Weinstein e Buckwalter (2000) referem que a abordagem cirúrgica, ATA, tem sido uma solução eficaz para a correcção da coxartrose. O doente passará pelo processo cirúrgico, do qual fazem parte três momentos - o pré-operatório, o intra-operatório e o pós-operatório –, cada um com necessidades de cuidados diferentes entre si.

A atenção do enfermeiro centra-se, desde o momento em que o doente é admitido no hospital, portador da patologia articular (coxartrose) até ao momento em que tem alta clínica, exigindo a uma elaboração de um plano de cuidados adequada a cada uma das fases.

2.1 ANATOMO-FISIOLOGIA DA ANCA E A ARTROSE

A articulação da anca é uma articulação localizada entre o ílaco e a extremidade superior do fémur. Segundo Kapandji (1987), é uma articulação proximal do membro inferior, situada na raiz e tem como função orientá-lo em todas as direcções no espaço, razão pela qual possui três eixos e três graus de liberdade: um eixo transversal, situado no plano frontal, em que efectua os movimentos de flexão-extensão; um eixo ântero-posterior, situado no plano sagital, em que concretiza os movimentos de abdução e adução; um eixo vertical, em que realiza os movimentos de rotação externa e rotação interna.

A cabeça do fémur, arredondada e lisa, introduz-se firmemente no acetábulo, salientando-se, a envolver a superfície destes ossos, a cartilagem articular (Macedo e Machado, 1997). Caracterizada como uma enartrose, tal como é referido por Alves (2008), esta articulação possui extrema estabilidade, devido aos potentes ligamentos que unem o fémur ao ílaco, proporcionando-lhe a resistência necessária para suportar o peso do indivíduo, assim como fazer face aos movimentos vigorosos da perna.

Por outro lado, os músculos são também determinantes na manutenção da estabilidade da articulação, sendo esta encerrada numa cápsula fibrosa, no interior da qual existe o líquido sinovial, que actua como lubrificante e nutriente da cartilagem. Numa articulação

normal, os topos dos ossos que a compõem estão cobertos por cartilagem, que permite o deslizamento suave dos ossos e actua como uma almofada que absorve o impacto dos ossos no movimento e, em particular, na carga.

Por conseguinte, e de acordo com Kapandji (1987), a anca é essencialmente responsável pela locomoção do Homem. Entendemos que no desenvolvimento da técnica de marcha, podemos distinguir uma fase em carga, em que anca apoia o peso do corpo e a tensão dos músculos estabilizadores, assegurando um movimento de extensão; e outra em descarga, estando ambas separadas, pela etapa de duplo apoio ou apoio bipodal. Em terreno sinuoso e subida/descida de escadas, as forças que se transmitem à articulação aumentam consideravelmente.

Contudo, as funcionalidades da anca tendem a ficar afectadas à medida que decorre o processo de envelhecimento. De acordo com Sousa (2008), existem cada vez mais indivíduos idosos e, conseqüentemente, cada vez mais doenças próprias desse envelhecimento populacional, de que se destacam as doenças reumáticas (designação genérica que abrange o conjunto das doenças que afectam o aparelho locomotor), mas salientando neste caso, as artroses.

A nosso ver a artrose é uma consequência da senescência e posterior destruição progressiva dos tecidos que compõem a articulação. A este respeito, Mourad (1994) refere que a artrose é uma afecção músculo-esquelética degenerativa, que é caracterizada pelo aparecimento de alterações degenerativas na cartilagem articular das principais articulações que suportam o peso do indivíduo. Serra (2001) refere, que esta situação ao nível da anca, é denominada de coxartrose, sendo uma das causas mais frequentes de incapacidade, o mesmo defendendo Vono (2007) ao referir que esta patologia interfere no modo de viver, devido às mudanças e limitações progressivas que ocorrem nesta fase da vida.

Na verdade, estas patologias são responsáveis por grande sofrimento, incapacidade e consumo de recursos financeiros a nível individual e social, sendo a mais comum a artrose, neste caso da anca. Corroborando o Plano Nacional de Saúde (2004:69): *“as doenças articulares, nomeadamente as artroses (...) pelo aumento da sua prevalência e pelas incapacidades que geram, merecem atenção do sistema de saúde”*.

Neste cenário, encontra-se sempre associada uma componente de dor, que pode originar uma atitude viciosa, um défice muscular e uma alteração do padrão da marcha. Estas perturbações tendem a fixar-se e agravar-se, se a lesão e a sintomatologia persistirem no tempo. Deste modo, julgamos que ainda se encontra enraizada a ideia de que não há cura para uma artrose, nem para o sofrimento que lhe é inerente. No entanto, esta concepção talvez se atribua ao facto de o princípio geral associado ao tratamento da coxartrose se relacionar com a abordagem conservadora. Tal como evidenciam Parente *et al.* (2009), o tratamento das coxartroses é o tratamento conservador enquanto tal for possível. Logo que as limitações sobre a actividade profissional e os autocuidados sejam incapacitantes, tendo em conta a dor e o sofrimento persistente e irredutível, tornando-se intolerável, é proposto o tratamento cirúrgico. A este respeito, Martins e Fernandes (2009) advogam que quando a dor se torna insuportável, não cedendo ao uso de fármacos, associado ao aumento do nível de incapacidade e algumas vezes de dependência, leva ao recurso a uma artroplastia.

Na realidade, torna-se fundamental perceber se a condição de dependência da pessoa pode ser ultrapassada com a realização da intervenção cirúrgica (ATA), devolvendo assim ao doente, através de um processo progressivo e gradual, a autonomia perdida até então e, conseqüentemente, a independência nas suas actividades de vida, com a melhor qualidade possível.

2.2 DA COXARTROSE À ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

A coxartrose afigura-se como uma doença do sistema músculo-esquelético de carácter degenerativo que atinge a articulação coxo-femural. Cunha (2008) refere que a cartilagem da cabeça do fémur, assim como do acetábulo, com os anos, sofrem desgaste e o osso fica exposto e em contacto directo, sem protecção da cartilagem, resultando uma distorção das superfícies articulares. É possível identificar-se situações que concorrem para o desenvolvimento deste tipo de patologia, como o decorrer dos anos, o envelhecimento, o efeito de desgaste causado pelo uso contínuo, o “mau trato”, os traumatismos e a acção dos efeitos do desenrolar de outros tipos de fenómenos sobre os tecidos articulares e suas imediações (Mourad, 1994).

Deste modo, importa referir que existe uma grande prevalência desta patologia no seio da população idosa. Por conseguinte, a idade surge como o factor de risco dominante. Embora esta doença incida particularmente a partir dos 45 anos, com o aumento da

esperança média de vida, motivada pelas condições favoráveis à mesma, a doença apresenta um crescimento exponencial em pessoas com mais de 65 anos de idade ou que possuem algum indício de artrite e, nestes casos, as mulheres surgem como o grupo de maior risco (Bird *et al.*, 2006). O mesmo autor relata, das pessoas afectadas pela doença, os idosos correspondem a 10-20%. Salvaguardamos situações em que pode afectar indivíduos de idade mais jovem, sobretudo quando estão inerentes lesões prévias de origem traumática ou doença.

Parente *et al.* (2009) referem, para além dos factores idade e género, outras situações que incrementam o desenvolvimento da doença degenerativa da anca. Destacam-se, neste âmbito: os factores genéticos; a obesidade, que contribui para a frequência de artroses nas articulações de carga; a actividade e a ocupação, dado que tanto a actividade exagerada como a inactividade podem conduzir à degenerescência articular; o estado nutricional e metabólico, especialmente relacionado com os sistemas metabólico e endócrino; e, finalmente, a osteoporose, que favorece esta patologia e é comum no idoso.

No âmbito da doença articular degenerativa, torna-se possível, dadas as suas especificidades, agrupar alguns tipos de coxartrose, de acordo com os autores Darnault, Nizard e Guillemain (2005), evidentes no quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização das Coxartroses

Tipo de Coxartrose	Características
Coxartrose essencial ou primitiva	De evolução progressiva, habitualmente lenta, localizada nas zonas de maior carga da articulação, de causas desconhecidas, mas com factores favoráveis identificados, como sejam o excesso de peso, trabalhos pesados ou desportos intensos, bem como factores ligados à genética e à hereditariedade.
Coxartrose por displasia congénita, seja por alterações da cavidade cotilóide ou da cabeça do fémur	Apresenta-se em diversos graus e origina deficiente repartição de cargas que leva à destruição dos tecidos sob esforço, com consequente dor e incapacidade funcional da articulação.
Coxartrose por displasia adquirida	Trata-se de distúrbios de crescimento da cabeça femural, em que geralmente a tolerância persiste por longo tempo, mas as alterações estruturais levam inevitavelmente a conflito exagerado nas zonas de maior carga, com consequente maior desgaste, dor e incapacidade funcional grave.

Sousa (2008) aponta que esta é uma situação bastante incapacitante, pois para além da dor e da rigidez da anca, pode associar-se uma posição viciosa e, sobretudo, a limitação dos movimentos da anca. Muitas vezes é acompanhada por deformações do acetábulo e da cabeça do fémur. Por outro lado, a degenerescência articular da anca é uma das causas mais incapacitantes nas populações ocidentais, correspondendo à forma mais comum das doenças musculares esqueléticas (Hérbert *et al.*, 1995).

Crowther (2005) refere que esta situação se instala de forma insidiosa, verificando-se, na opinião de Sousa (2008), com o decorrer da situação, uma sensação de rigidez manifestada nas actividades quotidianas, como por exemplo, a incapacidade de alcançar os pés para atar os sapatos ou simplesmente para cortar as unhas. A sintomatologia tende a agravar-se progressivamente de mês para mês e de ano para ano, até provocar uma incapacidade para as actividades de vida diária. Os movimentos forçados são dolorosos. Observa-se a limitação de todos os movimentos da anca, sendo mais acentuada a limitação na amplitude de movimento na abdução, adução e rotação.

Quando se verifica uma limitação na realização dos autocuidados, acompanhada de dor e uma má qualidade de vida, justifica-se uma abordagem cirúrgica, ou seja, a cirurgia de ATA.

Harkess (2006) refere que a ATA é o procedimento de reconstrução da anca da pessoa adulta mais frequentemente efectuado. Na opinião de Cunha (2008:147), consiste em “*substituir a parte danificada ou artrósica da articulação coxo-femural*”. Entendemos nós que a ATA é um tipo de cirurgia, da qual resulta uma articulação artificial, com vista à reconstrução e restauração máximas da integridade e funcionalidade da articulação, através da implantação de uma prótese.

Historicamente, esta cirurgia tem sido, desde da década de 60, o principal tratamento para a coxartrose. Surgiu direccionada, principalmente, para o idoso, dado que a sua articulação não poderia ser restaurada por outros processos. A durabilidade da substituição total da anca deveria ser entre 10 e 20 anos, até que fosse necessária uma nova revisão. E por esta razão, poucos eram os jovens e pessoas activas a serem operados, isto é, com menos de 65 anos, devido a existir uma maior probabilidade de luxação da prótese da anca e necessidade de uma segunda cirurgia, muito mais complicada e difícil de realizar. Curiosamente, a articulação coxo-femural foi a primeira

articulação a ser substituída com sucesso, continuando a ser o tratamento de eleição na actualidade.

Crowther (2005) acentua que o tratamento da coxartrose, normalmente, é cirúrgico, prendendo-se com o alívio da dor, o contributo para melhorar a capacidade funcional, o aumento da mobilidade das articulações atingidas, a diminuição da probabilidade de atrofia dos músculos relacionados com a referida articulação e o limitar do agravamento das lesões já existentes. O mesmo é evidenciado por Cunha (2008) permitindo também, repor o comprimento do membro restituindo a mobilidade.

Com a colocação da PTA, executa-se a substituição do cólo e da cabeça do fémur por um componente femural, e a substituição do acetábulo por um componente acetabular. A este respeito Parente *et al.* (2009), citando Petidant e Gouilly (1992), apresentam a PTA, como tendo, na sua constituição: um componente femural em metal, composto por uma haste, anatomicamente concebido para ser introduzido no canal medular femural, na sua extremidade superior; uma base que repousa no bordo do colo seleccionado; um colo de comprimento variável de forma a restituir aos músculos nadeagueiros a tensão correcta desejada; e uma peça acetabular com forma de concha em polietileno, fixada na bacia.

Contudo, a cabeça da prótese é menor do que a anatómica, o que origina menor pressão e baixo coeficiente de atrito, causando um menor desgaste e aumentando desta forma a durabilidade da prótese. Neste caso, devido à cabeça da prótese ser menor, a instabilidade é menor.

A contribuir para a estabilidade da prótese, salientam-se dois tipos de próteses totais da anca, ou seja, a prótese cimentada e a prótese não cimentada. A distinção feita entre ambas relaciona-se com a presença ou ausência de cimento. De acordo com Parente *et al.* (2009), a fixação da haste da prótese é realizada, através de um cimento acrílico de fixação rápida ou por ancoragem biológica secundária ao envolvimento das trabéculas ósseas na superfície da haste ou por impactação. Neste contexto, decidir se o implante é uma prótese cimentada ou não cimentada depende de vários factores como o doente, o armazenamento de osso, a idade e a preferência do cirurgião (Marek, 2010).

Em suma, Carvalho e Dias (2001) afirmam que a satisfação do doente a respeito do alívio da dor e da funcionalidade tem sido avaliada em 98% até dois anos após a colocação da PTA, pelo que consideramos que o doente poderá retomar um estilo de vida praticamente

idêntico ao que tinha antes do aparecimento ou agravamento da doença articular degenerativa – coxartrose.

2.3 A CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA: O PROCESSO CIRÚRGICO

Ao longo do processo cirúrgico do doente submetido a ATA, importa realçar o papel do enfermeiro, na restauração da independência do doente. A Enfermagem é considerada a “arte de cuidar”, estando inerente o conceito de “cuidar”. Consequentemente, cuidar é visto como sendo a essência da Enfermagem, logo a base da praxis do enfermeiro, como é afirmado por Watson (1985:7)

“A enfermagem está preocupada em promover a saúde, prevenir a doença, cuidar o doente e restaurar a saúde. A enfermagem tradicional tem integrado o conhecimento biofisiológico, como conhecimento do comportamento humano, para promover o bem-estar e cuidar do doente. No presente (como no passado), a ênfase está na promoção da saúde, mais do que na especialização do tratamento da doença.”

No entanto, importa reflectir acerca do cuidar do doente cirúrgico, em todo o seu processo, desde o período pré-operatório ao período pós-operatório, no sentido de ser possível um maior conhecimento das suas experiências, vivências e receios e que, de alguma forma, possam interferir no seu processo de recuperação, uma vez que cada pessoa é ímpar e irrepetível. Esta ideia foi defendida por Gomes (2009), para quem o enfermeiro deve ter em atenção que a hospitalização, e particularmente a experiência cirúrgica, constituem um desafio ao normal funcionamento do organismo para a pessoa em qualquer momento da sua vida, ou seja, uma interrupção do processo contínuo de saúde.

Entendemos que o enfermeiro, neste âmbito, deve direccionar-se, ao longo dos três períodos operatórios, para a prestação de cuidados de excelência, dado que é através desta premissa que o doente aceita sujeitar-se a este processo. Silva (2002) realça que cuidar de uma pessoa que será submetida a uma intervenção cirúrgica exige, por parte do enfermeiro, um conhecimento de todo o processo cirúrgico, essencialmente do modo como o doente conceptualiza a cirurgia e relembra as experiências anteriores.

Henderson (1994) realça que desde o momento em que o doente é hospitalizado, cada enfermeiro deve questionar-se sobre os seus comportamentos habituais e sobre

evidências que limitam a acção do indivíduo na concretização dos seus autocuidados. Constitui uma prioridade proporcionar um ambiente hospitalar o mais similar possível ao seu domicílio, para facilitar a adaptação a nova condição.

- Período Pré-Operatório

O período pré-operatório, de acordo com Marek e Boehnlein (2010) inicia-se no momento em que o doente e o cirurgião tomam a decisão da intervenção cirúrgica e culmina com o doente na mesa cirúrgica. Contudo, Pitrez e Pioner (1999) consideram este período como o espaço de tempo que antecede o procedimento cirúrgico. Os mesmos autores defendem que o tempo é muito variável e está sujeito a circunstâncias multifactoriais, dependentes não só da patologia como também do estado clínico do doente.

Este mesmo período deveria desenrolar-se antes do internamento do doente, uma vez que irá condicionar as fases que lhe sucedem, contudo, o que constatámos na prática, é que só acontece, no momento em que o doente é internado. Após a decisão de conduta operatória, torna-se importante proceder à avaliação pré-operatória do doente. Esta avaliação servirá para identificar factores que possam contribuir para a morbilidade do doente, durante esses períodos (Towsend *et al.*, 2005).

A colheita de dados no período pré-operatório incide no conhecimento dos antecedentes médicos e cirúrgicos do doente, bem como condições habitacionais e hábitos de vida, tanto a nível ocupacional, como social e familiar, sendo o mesmo apresentado por Marek e Boehnlein (2010), referindo que a avaliação inicial deve ser holística e reflectir as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do doente e de sua família ou pessoas significativas.

É nesta fase que o doente deverá compreender o método cirúrgico, os cuidados inerentes ao período do pós-operatório, bem como, relativamente à sua adaptação à nova fase da vida, especialmente à reeducação funcional que a cirurgia irá desencadear. Parente *et al.* (2009) defendem que os recursos dos doentes e das suas famílias devem começar a ser avaliados neste período, para ser planeada atempadamente a sua alta/transferência. Por outro lado, entendemos que, não havendo este suporte social, será necessária uma interdisciplinaridade entre profissionais.

Cunha (2008), ao referir-se a este período, entende que o ensino e o esclarecimento das etapas a percorrer pelo doente e pela equipa de saúde em estreita colaboração são fundamentais para o tratamento e recuperação total com vista à prevenção de uma luxação: a execução correcta dos autocuidados levantar-se, deitar-se, sentar-se, subir e descer escadas e usar canadianas. A este respeito, Parente *et al.* (2009) entendem que um programa de educação eficaz pré-operatório é uma condição essencial para uma recuperação bem sucedida. Os mesmos autores acrescentam, além das informações anteriores, os posicionamentos no leito, explicando ao doente as posições que pode adoptar e sensibilizá-lo para a frequência na alternância de decúbito; e os exercícios respiratórios, para estimulação da tosse, e isométricos para tonificação muscular. Por outro lado, são também fornecidas informações ao doente, acerca do pós-operatório imediato: presença de catéter vesical, soroterapia, penso operatório e sistema de drenagem com vácuo.

No período pré-operatório imediato, o doente deve ser informado de todos os procedimentos, que estão directa ou indirectamente envolvidos com a cirurgia: execução da tricotomia na região coxo-femural; a preparação intestinal; a administração de medicação pré-operatória, se for o caso; a avaliação dos sinais vitais; realização de pausa alimentar após a 0 horas; execução do autocuidado higiene antes da cirurgia; e a remoção de todos os adornos.

Neste contexto, julgamos que uma boa preparação pré-operatória facilitará todo o processo de recuperação funcional do doente e a reeducação de hábitos que permitam a adaptação à sua nova condição.

- Período Intra-Operatório

Marek e Boehnlein (2010:275) referem que o período intra-operatório “*tem início com a transferência do doente para a mesa da sala de operações e continua até o doente ser admitido na Unidade de Cuidados Pós-Anestesia*”.

No bloco operatório, o enfermeiro circulante deverá certificar-se da identidade do doente e antecedentes do mesmo. Por outro lado, verificar se o consentimento está assinado e se estão reunidos todos os exames complementares de diagnóstico, fazer os registos de todos os procedimentos executados desde a entrada até à saída do doente, tal como é defendido por Marek e Boehnlein (2010:277), “*o enfermeiro circulante também é*

responsável por anotar os cuidados de enfermagem intra-operatórios (...) e comunicar as informações relevantes”.

- Período Pós-Operatório

O período pós-operatório começa com a transferência do doente da sala de operações para a unidade pós-operatória adequada. Os cuidados de enfermagem, neste período, estão focalizados no retorno do doente a um nível funcional óptimo e tão rápido quanto possível (Marek e Boehnlein, 2010).

Nesta etapa entendemos que a promoção do bem-estar e a concretização das actividades de autocuidado, afiguram-se como dos principais objectivos no processo de recuperação do doente, ajudando-o a adaptar-se às suas limitações.

Contudo, torna-se pertinente falar em duas etapas de pós-operatório, o imediato e o tardio, ou seja, relacionadas com o decorrer do tempo, após a ocorrência da intervenção cirúrgica, uma vez que existe uma especificidade de cuidados diferente para cada uma das fases.

O pós-operatório imediato constitui-se como as primeiras horas, após ter tido alta da unidade de cuidados pós-anestésicos, e regressar à unidade de internamento, dado que é o período em que o doente recupera da anestesia e do pós stress. É considerado como um período potencialmente perigoso.

Os cuidados a serem prestados ao doente devem incidir, segundo Filipe, Afonso e Lima (2007), na avaliação do estado geral do doente, avaliação do estado de consciência e registo dos sinais vitais; vigilância de sinais de infecção e de hemorragia; manutenção da funcionalidade dos drenos e registo da drenagem; manutenção do penso limpo e seco; vigilância do estadio neurovascular do membro operado; avaliação da dor e alívio da mesma com correcto posicionamento e medicação analgésica prescrita; despiste de lesão do nervo ciático. Por outro lado, Parente *et al.* (2009) acrescentam o despiste de complicações pós-anestésicas (náuseas, vómitos, retenção urinária); controlo da eliminação vesical; aplicação de crioterapia, pois permite diminuir a dor, reduzir o edema local e a formação de hematomas. Sousa (2008) reforça esta ideia, no que concerne ao posicionamento no leito, que é realizado com os membros inferiores aproximadamente 10 *cm* em abdução com almofada posicionada entre os membros inferiores, que é colocada

já no bloco operatório para evitar adução e rotação interna durante a recuperação anestésica. Neste período, começam-se a realizar exercícios activos de dorsiflexão e flexão plantar do pé, auxiliando o retorno venoso e mantendo a amplitude de movimentos.

O período pós-operatório tardio representa a etapa seguinte, onde é dada continuidade aos cuidados. Existem cuidados, que são de relevar, tal como é evidenciado por Parente *et al.* (2009): a vigilância de sinais de compromisso neurovascular; controlo da eliminação intestinal; remoção dos sistemas de drenagem, cateteres venosos e vesicais, o mais precocemente possível; vigilância da ferida cirúrgica e execução de pensos; remoção dos pontos/agrafos entre 12 a 15 dias; vigilância do aparecimento de complicações. Por outro lado, os mesmos autores insistem que a presença da dor se afigura como um dos problemas do doente, sendo fundamental intervenções a nível farmacológico, físico e psicológico, para o seu alívio.

Sousa (2008) acrescenta outros cuidados a ser tidos em conta, como: não posicionar o doente na cama sobre o lado operado; estimular exercícios de dorsiflexão, activando assim a circulação; reforçar a orientação, quanto ao grau de flexão da anca sob o risco de causar luxação; estimular a movimentação activa no leito e também a inspiração profunda, tosse, expectoração, mobilizando assim as secreções pulmonares; incentivar a ingestão hídrica, de modo a fluidificar as secreções pulmonares, facilitando a expectoração e evitando a acumulação destas; e providenciar junto da nutricionista a dieta adequada, já que a imobilidade no leito diminui o peristaltismo, levando a obstipação.

Por conseguinte, consideramos que esta fase exige do enfermeiro uma actuação directa, isto é, cuidar da integridade cutânea e física, detectar as complicações que possam eventualmente surgir e estimular a sua independência nos autocuidados, tal como é evidenciado por Sousa (2008).

Acreditamos que são os três grandes objectivos da actividade do enfermeiro neste período, exigindo um planeamento adequado, relativamente à transmissão de informação, instrução, treino e supervisão de estratégias para a execução das actividades de autocuidado, com vista à preparação da sua alta e regresso ao domicílio da forma mais eficaz possível, através de uma nova adaptação à sua condição e ao seu meio familiar.

3. O ENFERMEIRO COMO ORIENTADOR DA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO DOENTE SUBMETIDO A ATA NO PÓS-OPERATÓRIO

O profissional de enfermagem, no seu exercício profissional, assume um papel de destaque, contribuindo para promover a autonomia do doente, após a realização da ATA. Neste sentido, salienta-se as normativas evidenciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no que concerne a estratégias que maximizem a recuperação e a readaptação funcional do doente.

“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.” (OE, 2001:14).

Como tal, constata-se que a intervenção do enfermeiro deverá ser norteada para a promoção da autonomia do doente, através da instrução, do treino e da supervisão de estratégias que visem a satisfação das actividades de autocuidado comprometidas, o que vem ao encontro de Martins e Fernandes (2009) referindo-se à acção do enfermeiro, que tem por fim o autocuidado, ou seja, intervenções que auxiliem o doente a atingir o máximo de independência possível. Corroborando Lima (2010), os profissionais de enfermagem devem desenvolver acções que promovam a reabilitação, processos educativos que auxiliem o autocuidado e orientações, fazendo enfoque no direito de acesso a tecnologias, que se tornem necessárias para a promoção das melhores condições de vida.

Dada a temática do nosso estudo, considerámos pertinente abordar a Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem (2001), dado que ilustra a relação das capacidades do indivíduo, a capacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado e a acção do enfermeiro, perante as necessidades de autocuidado do doente.

3.1 TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

A Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem surgiu no final dos anos 50, como o culminar da sua constante preocupação com a melhoria dos cuidados de enfermagem, aliada à sua vasta experiência profissional. A autora teve influência de autores como Peplau, Henderson, Nightingale, Roy, Rogers, entre outros.

A teoria tem como base o conceito de autocuidado, que se define, segundo Taylor, citada por Tomey e Alligood (2004), como o conjunto de acções desenvolvidas pelos indivíduos que visam a manutenção da vida, saúde e bem-estar contínuos e recuperação da doença. Por outro lado, Orem (1980:71) entende este conceito como “*a prática de actividades que o indivíduo inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar*”.

Inserido na sua teoria, Orem (2001) considera a definição de outros conceitos fundamentais como Homem, Saúde, Sociedade e Enfermagem, apresentados no quadro 3.

Quadro 3 - Conceitos Fundamentais da Teoria de Orem

Homem	<ul style="list-style-type: none"> + Possui funções biológicas, simbólicas e sociais; + Tem potencial para aprender, conhecer-se e desenvolver-se o que o torna diferente dos outros seres vivos; + Possui necessidades de Autocuidado Universais.
Sociedade	+ Todos os factores externos que afectam o Autocuidado ou o seu exercício.
Saúde	+ É um estado que muda à medida que evoluem as características humanas e biológicas das pessoas e que afecta a globalidade e a integridade, incluindo os aspectos referidos à pessoa como ser humano que opera conjugando mecanismos psicológicos e estruturais e em relação com outras pessoas.
Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> + Serviço humano, um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças; + Acção voluntária; + Difere de outros serviços pela maneira como focaliza os seres humanos; + Conjunto de actividades que capacitam o indivíduo na realização do autocuidado.

Por conseguinte, as pessoas têm a capacidade de espontaneamente identificar e proporcionar os cuidados necessários para a manutenção da vida e da normalidade funcional, ou seja, os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade para se autocuidar.

Contudo, Rueda (1999) aponta que, quando se verificam limitações, doença, falta de recursos, factores ambientais, a necessidade de autocuidado do indivíduo é superior à sua capacidade de o realizar, são necessárias novas formas de cuidados. Por conseguinte, as pessoas tendem a desenvolver novas capacidades, como a capacidade de aprender, em relação aos cuidados que precisam, e vão adquirindo e incorporando na sua prática as destrezas necessárias para a sua aplicação, destacando-se a este nível o papel do enfermeiro, no sentido de ensinar e treinar as pessoas e capacitá-las no âmbito do autocuidado.

O centro da Teoria de Orem circunscreve-se à ideia de que as pessoas podem beneficiar da Enfermagem por se encontrarem sujeitas a limitações relacionadas ou dependentes da saúde, e que as torna incapazes de satisfazer o autocuidado. Ainda segundo Foster e Janssens (1993), os papéis do enfermeiro e do indivíduo doente definem os comportamentos esperados para cada um. Estes papéis são complementares e ambos trabalham em conjunto para alcançar a meta do autocuidado.

Segundo Pearson (1992), a Teoria Geral de Orem é constituída por outras três teorias, relacionadas entre si: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Dadas as especificidades de cada teoria e a sua relevância para a nossa investigação, passaremos a descrevê-las de forma individualizada.

- Teoria do Autocuidado

Nesta teoria é descrito o conceito básico da Teoria Geral, o conceito de autocuidado.

Segundo Foster e Janssens (1993), a Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a actividade de autocuidado e a exigência terapêutica. O autocuidado é a prática de actividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para manutenção da vida e do bem-estar. A actividade de autocuidado constitui a capacidade de desenvolver o autocuidado. A exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade das acções de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e acções. Orem (1980) entende que o autocuidado é a prática de actividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

A capacidade de autocuidado não é inata, mas adquirida ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo. Esta não se manifesta em crianças (porque ainda não adquiriram), nem em indivíduos dependentes (porque não adquiriram ou perderam essa capacidade). Por conseguinte, os objectivos para a prática das actividades constituem-se como requisitos de autocuidado, que devem ser alcançados, através das acções de autocuidado, realizadas pelo indivíduo. Estas podem dividir-se em três categorias: requisitos de autocuidado universais, requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado por desvio de saúde.

Os requisitos de autocuidado universais encontram-se associados a processos de vida e à manutenção da estrutura e funcionamento humanos, sendo comuns a todos os indivíduos. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento são também universais, mas surgem consoante o estadió de desenvolvimento do indivíduo, o ambiente em que este vive e as mudanças inesperadas que podem ocorrer na sua vida (doença/incapacidade). Por fim, os requisitos de autocuidado por desvio de saúde estão patentes em situação de doença, afigurando-se como carências que surgem, porque a doença ou a incapacidade não permitem a satisfação do autocuidado, o que se torna necessária a intervenção do enfermeiro.

Luce *et al.* (1990) expõem que a Teoria de autocuidado de Orem apresenta como base a crença de que o ser humano tem capacidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, podendo beneficiar dos cuidados da equipa de enfermagem, quando apresentar incapacidade de autocuidado.

- Teoria do Défice de Autocuidado

A Teoria do Défice de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral, uma vez que, determina a necessidade de intervenção de enfermagem. A necessidade desta intervenção surge quando o indivíduo é incapaz ou está limitado na satisfação do autocuidado. O papel do enfermeiro surge quando

“as habilidades para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência conhecida de autocuidado (...) ou habilidades de autocuidado ou de cuidados dependentes excedam ou igualam as exigidas para satisfazer a necessidade actual de autocuidado, embora uma relação futura de deficiência

possa ser prevista devido a diminuições previsíveis de habilidades de cuidado” (Foster e Janssens, 1993:92).

● Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Os Sistemas de Enfermagem surgem como forma de compensar o défice de autocuidado manifestado pelo indivíduo. Entende-se por Sistemas de Enfermagem um conjunto de acções de planeamento e execução, que visam o cuidado ao indivíduo com diferentes graus de dependência e a promoção do seu autocuidado. Orem (2001) descreve três Sistemas de Enfermagem, conforme apresentamos de seguida:

- ⊕ Sistema Totalmente Compensatório: o indivíduo requer que a Enfermagem o substitua em todas as suas actividades. A satisfação das necessidades de autocuidado torna-se da responsabilidade do enfermeiro.
- ⊕ Sistema Parcialmente Compensatório: o indivíduo é capaz de realizar algumas actividades de forma autónoma. A Enfermagem surge para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só.
- ⊕ Sistema de Apoio e Educação: o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite da ajuda da Enfermagem para o apoio, ensino e supervisão da realização das actividades de autocuidado de forma adequada.

Tendo em conta o apresentado, Orem (2001), na sua teoria, identificou cinco intervenções de enfermagem no indivíduo com desvio de saúde:

1. Executar ou agir, substituindo o indivíduo naquilo que ele não é capaz;
2. Orientar e encaminhar;
3. Dar apoio físico e psicológico;
4. Favorecer um ambiente que promova o desenvolvimento do indivíduo;
5. Ensinar.

Enquanto enfermeiros, procurando descrever as práticas profissionais, em determinada área e no nosso caso em concreto, faz sentido analisar o processo de enfermagem, segundo esta teoria. O processo de enfermagem *“é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição de papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado”* (Foster e Janssens, 1993:98).

A finalidade da intervenção do enfermeiro é, então, assegurar o cuidado ao indivíduo e promover o autocuidado naquilo que ele é capaz de realizar por si só, bem como ensinar

formas para a satisfação das exigências de autocuidado. A família deve ser também alvo da intervenção da Enfermagem, de forma a estar preparada para cuidar do indivíduo.

O processo de enfermagem proposto por Orem (1980), de acordo com Foster e Janssens (1993), é constituído por três passos:

1. Diagnóstico e Prescrição: é determinada a necessidade de cuidados de enfermagem. Nesta fase, o enfermeiro recolhe informação acerca de determinadas áreas, segundo as necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e desvio de saúde, bem como o seu inter-relacionamento e conhecimentos, capacidades, motivação e orientação da pessoa.
2. Planeamento dos Sistemas de Enfermagem, programação dos objectivos e execução das acções. Neste âmbito, o enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de suporte/educação. As metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando a pessoa a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidado.
3. Avaliação das acções de enfermagem realizadas e reorganização do plano de cuidados, bem como a actualização do Sistema de Enfermagem adequado às necessidades do indivíduo neste momento.

Neste sentido, importa perceber que é imprescindível identificar as limitações da concretização das actividades de autocuidado, através de uma avaliação a ser realizada pelo profissional de enfermagem, recorrendo assim ao processo de enfermagem. Como tal, deverá ser elaborado um plano individual e o mais global possível, adequado às necessidades do doente e, concretamente, na nossa investigação, às suas necessidades de informação, para que se possam definir intervenções adequadas a cada pessoa e a cada actividade de autocuidado, totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de suporte/educação, obedecendo assim às linhas orientadoras da teoria.

3.2 NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DO DOENTE

A intervenção cirúrgica de ATA conduz o doente a viver uma situação de independência a dependência, ainda que temporária, e que, no final, pretender-se-á retomar a condição de independência. Como tal, inerente a este *continuum*, o doente apresenta um conjunto de

necessidades de informação que devem ser colmatadas pelo profissional de enfermagem, no sentido da concretização dos autocuidados comprometidos pela cirurgia. Este facto é sustentado por Orem (2001), no que concerne ao papel do enfermeiro neste processo, assumindo-se como imprescindível quando o doente necessita de incorporar medidas de autocuidado, recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado cuja realização implica conhecimento e habilidade especializados, adquiridos através do treino e experiência. Por outro lado, é da competência do enfermeiro:

“informar o indivíduo (...) no que respeita aos cuidados de enfermagem; atender com responsabilidade e cuidado a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Código Deontológico dos Enfermeiros, 2009, artigo 84, alíneas a), c) e d)).

Consideramos, então, que os cuidados de enfermagem devem ser individualizados, atendendo às vivências e conhecimentos do doente, com vista à satisfação das suas necessidades, tendo na sua base a informação. Messner (1993) refere que um dos aspectos que os doentes apreciam na prestação de cuidados de enfermagem são as informações e explicações que os enfermeiros lhes vão fornecendo, pois ajudam a adquirir conhecimentos que desconheciam.

Neste sentido, informar afigura-se como uma acção de excelência no exercício profissional do enfermeiro, colmatando lacunas do doente que, de alguma forma, comprometem a execução das actividades de autocuidado. O acto de informar, dada a sua importância, é caracterizado pelo ICN (2005:136) como *“comunicar alguma coisa a alguém.”*. Por conseguinte, a informação, segundo o Dicionário Básico da Língua Portuguesa (2011), é entendida como: *“...conjunto de conhecimentos sobre alguém ou alguma coisa; conhecimentos obtidos por alguém; facto ou acontecimento que é levado ao conhecimento de alguém ou de um público através de palavras, sons ou imagens...”*. Paraphrasing Parente (1998:12), o termo informação, etimologicamente, deriva do latim *informationem* *“que traduz a ideia de dar forma a alguma coisa, apresentar, ensinar ou instruir, o que explica que no discurso quotidiano o seu significado se aproxime de conhecimento”*.

Melo (2005:53) defende que *“o fornecimento da informação constitui uma premissa essencial em contexto de saúde”*, o que vem realçar duas vertentes na transmissão de

informação, ou seja, a vertente do doente e a vertente do profissional de saúde. Por um lado, o doente tem necessidade de obter informações sobre os mais variados aspectos que o intrigam, e por outro, o profissional tem o dever e obrigatoriedade de transmitir dados sobre a sua situação clínica e cuidados de enfermagem. O mesmo enfatiza Dawson (2003:397) ao advogar que “...fornecer informação ao doente confere-lhe a capacidade de fazer escolhas, colocar questões e ajuda a aliviar o stress e a ansiedade que acompanham qualquer internamento hospitalar”.

Entendemos que a informação se apresenta como uma real necessidade dos doentes, tal como é salientado por Martins (2003), uma vez que esta permite a construção de atitudes positivas face à doença, às respostas mais adequadas face à situação, à participação efectiva na tomada de decisão e à perspectiva do futuro. Consequentemente, julgamos que a informação assume um papel central nos programas de educação para a saúde, ou seja, é a matéria-prima na instrução do doente sobre estratégias que facilitem a realização do autocuidado, concretamente, durante o pós-operatório de uma ATA, temática desta investigação.

Consequentemente, concordamos com Graham (2003:290) quando salienta que “*dar informação é um conceito essencial em enfermagem*”. A nosso ver, os enfermeiros encaram a acção de informar como uma parte integrante da sua profissão, dados os períodos prolongados junto do doente, resultando a criação de uma relação de maior confiança com o mesmo. De acordo com Martins (2008), o enfermeiro assume um papel inigualável de proximidade, de confiança e de ajuda, o que lhe vai conferir o privilégio, entre outros, de perceber o momento certo para dar determinada informação, para perceber naquele momento qual a quantidade de informação que o doente é capaz de suportar.

Deste modo, a informação fornecida deve ser objectiva, evitando dúvidas ou mau entendimento do seu conteúdo. Martins (2004) refere que “*ao dar a informação não podemos esquecer que deve ser clara, evitando designações científicas incompreensíveis (...) a forma de a transmitir deve ter em atenção a personalidade do doente, o seu grau de instrução, as suas atitudes e esperanças*”. Por conseguinte, aos profissionais de saúde compete transmitir informações e executar ensinamentos de forma a que o doente entenda. A maneira de manter o doente bem informado é fornecer toda a informação que é possível e dada, de acordo com os seus valores.

Fonseca e Videira (2003) enfatizam que o processo de informar é uma resposta à satisfação das necessidades do Homem, cuja finalidade é estimular cada pessoa a realizar-se. Miller, citado por Parente (1998), refere-se à informação como uma necessidade que o ser humano ostenta quando vivencia uma dificuldade em que tem uma escolha sobre um determinado assunto. Esta necessidade varia de intensidade, de acordo com complexidade da opção/decisão que precisa adoptar.

Importa ressaltar a palavra "*necessidade*". Garcez e Rados (2002) defendem que uma necessidade é um estado no qual se percebe alguma privação, pelo que entendemos que se pode afigurar de forma complexa e indefinida, relacionada com um estado ou um objecto. Em Psicologia, este termo é frequentemente substituído por motivação (Phaneuf, 2001), por ser um sentimento que leva a desejar aquilo que permite satisfazer a necessidade, podendo ter por vezes um carácter penoso (Abrunhosa e Leitão, 1998).

Por outro lado, torna-se oportuno questionar o conceito de necessidade para o profissional de enfermagem. Em nosso entender, a necessidade afirma-se como um conceito subjectivo, variável entre doentes, podendo ser sentida e/ou expressa, e representa um desequilíbrio entre aquilo que o doente precisa e aquilo de que ele dispõe para se satisfazer e conseguir atingir a homeostasia. Esta nossa concepção reforça-se em Phaneuf (2001): a necessidade envolve tudo aquilo de que o indivíduo, são ou doente, carece em determinado momento, expresso por ele (verbalmente ou não), sentido por ele ou percebido por nós, que por uma situação de incapacidade, impotência, por falta de conhecimento ou até por falta de vontade própria, não consegue realizar só e tem necessidade de ajuda, de orientação.

Contudo, associada a esta realidade encontra-se intrinsecamente ligada a satisfação do doente face às suas necessidades, nomeadamente de informação e, como tal, a qualidade dos cuidados, assim como é apresentado por Paúl *et al.* (1999:53): "*a satisfação como o resultado feito em função da realização das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos*".

Deste modo, importa realçar o conteúdo de informação a transmitir, sendo uma nuance, ao nível da investigação em saúde, no sentido de dar a conhecer as estratégias que facilitem a realização dos autocuidados: "*a informação deverá ser entendida como conteúdo*" (Hegelm-Karlsson, 1988 citado por Melo, 2005:54). Neste sentido, o conteúdo de informação a que o indivíduo é exposto em contexto hospitalar pode ser dividida em

diferentes categorias. Na opinião de Hegelm-Karlsson (1988), citado por Ribeiro (1999), podem ser: informação sensorial - aquela que o indivíduo recebe através dos órgãos dos sentidos; informação temporal - aquela a que o indivíduo está sujeito quando os eventos ocorrem e durante o tempo que duram; e informação de procedimento – que se refere às diferentes partes do processo de transmissão.

Neste âmbito, e como já foi referido, o doente é confrontado com uma situação de dependência de terceiros, necessitando que lhe sejam transmitidas informações relativas a estratégias que permitam a satisfação, de forma autónoma, das actividades de autocuidado comprometidas pela intervenção cirúrgica. O enfermeiro assume o papel de transmissor dessa informação, proporcionando os cuidados e estratégias de que o doente necessita para maximizar a sua autonomia. Por outro lado, este plano de ensino deve ser dirigido ao doente e para o doente. Alves (2008), a este respeito, refere que, ao prepararmos o doente para a alta hospitalar, é importante fazermos ensinamentos ao doente, para que as actividades de vida diária possam ser desempenhadas de forma correcta e eficiente. Segundo Parente *et al.* (2009) o programa de reabilitação deverá incidir, entre outros, na prevenção de luxação e no treino das Actividades de Vida Diária (AVD).

Por conseguinte, Carvalho *et al.* (1995) apresentaram as necessidades de ensino mais pertinentes no doente dependente, nos quais se enquadram os doentes submetidos a ATA. Destacam-se, neste domínio, as actividades na cama; as actividades na cadeira; as transferências; a deambulação; a higiene e vestuário; e a sexualidade.

Dada a especificidade de cada necessidade de informação, abordaremos cada uma delas, que no nosso entender são de extrema importância para a recuperação e a restauração da autonomia.

- Actividades na cama

Relativamente a estas actividades, enquadram-se todas as actividades que o indivíduo desenvolve no leito, cuja finalidade será a de dar resposta a algumas actividades de vida. Por conseguinte, referimo-nos aos ensinamentos sobre os posicionamentos; mobilização; execução de exercícios activos – exercícios de reabilitação músculo-esquelética –, que, a nosso ver, melhoram a performance do doente; e a transferência do doente da cama para a cadeira.

- Actividades na cadeira

As actividades na cadeira têm como finalidade a aquisição de um maior padrão de autonomia, de acordo com as potencialidades do doente, permitindo satisfazer as actividades, como por exemplo, os posicionamentos; a auto-mobilização; a transferência da cadeira para a cama.

- Deambulação

A deambulação foi uma das actividades evidenciada por Carvalho (1995), baseando-se em “*mudar-se e mover o corpo de um lugar para o outro*” (ICN, 2001:57). Consiste na actividade de marcha propriamente dita, com o apoio de alguém ou com dispositivos de apoio: o treino de equilíbrio de pé; a marcha com ajuda de dispositivo de apoio (bengala, canadiana ou andarilho).

Acrescentando a este domínio, Parente *et al.* (2009) referem que a reeducação da marcha deve iniciar-se logo após a cirurgia e, como tal, a necessidade de o doente ser informado, acerca deste aspecto.

- Higiene e conforto

São as actividades que permitem manter o asseio do doente, nomeadamente, ao nível da concretização do autocuidado banho e vestuário, sendo este definidos, respectivamente, segundo o ICN (2001:55), como “*enxaguar o próprio corpo, total ou parcialmente, por exemplo, entrando e saindo da banheira, juntando todos os objectos necessários ao banho, obtendo água ou abrindo as torneiras, lavando e secando o corpo*” e “*encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente*”.

Poderá ser pertinente ensinar o doente acerca de ajustes, relativamente às condições e estruturas sanitárias, como, por exemplo, a colocação de tapetes antiderrapantes, barras de apoio laterais, elevador de sanita, entre outros.

- Expressão sexual

Dizem respeito a todas as actividades que visam a expressão da individualidade de qualquer ser humano, bem como, a expressão da sexualidade de forma segura.

Alguns trabalhos, que vão ao encontro ao estudo desenvolvido por Carvalho *et al.* (1995), em que se identificam os autocuidados comprometidos pela ATA, nos quais o doente necessita de ensino, como a transferência da cama para o cadeirão, ou quando estiver de pé, para se sentar, numa cadeira com e sem braços, deambular com apoio de canadianas, subir e descer escadas, entrar e sair do carro e a sexualidade (Alves, 2008; Fonseca, 2008; Lima, 2010).

Por outro lado, consideramos que para além dos autocuidados, existem outros domínios que se constituem como necessidades de informação sentidas pelo doente. Deste modo, o enfermeiro assume o papel de informante, instruindo o doente e ajudando-o a adaptar-se à sua nova condição de saúde, no que concerne a actividades que fazia antes da cirurgia, hábitos de vida, profissão, se ainda trabalhava, a actividade de conduzir, ou seja, a toda a actividade e hábitos de vida da pessoa. Por outro lado, acreditamos também que a procura de informação relativamente às condições do seu domicílio, a presença de barreiras arquitectónicas e a forma de as eliminar, as ajudas técnicas a adquirir para o domicílio, reflectindo assim um sucesso da colocação da PTA: *“relevamos a importância do ensino ao doente como condição necessária para o tratamento de protetização da articulação da anca”* (Parente *et al.*, 2009:162).

Nesta panóplia, importa relevar que os doentes apresentam necessidades de informação, após a ocorrência da intervenção cirúrgica, que se afiguram diferentes entre si, uma vez que se trata de uma pessoa com vivências, contextos e experiências diferentes, inerentes ao seu processo de vida. O enfermeiro deve olhar para a pessoa como um *“ser uno e indivisível”* (OE, 2001:8), pelo que os cuidados de enfermagem devem procurar *“a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida (...) a adaptação funcional a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”* (Ibidem, 2001:9-10).

Embora o doente deva ser o principal alvo de todas as intervenções, importa nomear o papel da família/cuidador informal neste processo, dado que desempenha uma acção imprescindível na recuperação do doente e promoção da sua autonomia. A este respeito,

a família/cuidador informal irá proporcionar uma continuidade dos cuidados iniciados no internamento, pelo que o enfermeiro deverá investir e fomentar a sua participação, reforçando capacidades e, ao mesmo tempo, responsabilizando-o também, pela eficácia deste processo. Conceição e Ramos (2004:57) reforçam este mesmo aspecto: *“Neste contexto, pretende-se que o cliente e seus familiares tenham um papel activo, convergente e em coerência com o processo de cuidados”*.

Em suma, o papel do enfermeiro prende-se com a identificação das necessidades do doente/família, a sua preparação e consciencialização, para que sejam prestados os cuidados inerentes à recuperação com eficácia. Consequentemente, o conteúdo de informação a ser transmitida deverá incidir ao nível dos autocuidados e adaptações do indivíduo, visando a prevenção de luxações da anca. Por outro lado, este processo deverá ser iniciado logo após a admissão do doente, potenciando uma preparação da alta o mais eficaz possível e, deste modo, uma continuidade de cuidados, minimizando a ocorrência de complicações pós-operatórias.

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

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

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

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

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

Jesus, Silva e Andrade (2005) entendem que a eficácia do plano da alta depende do início do planeamento da mesma, tendo como finalidade rentabilizar recursos disponíveis, evitar complicações e aumentar a capacidade para o autocuidado, que, no nosso caso, o doente apresenta comprometida, reflectindo-se em necessidades de informação cuja finalidade será a aquisição de estratégias para as conseguir resolver.

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

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

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

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

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

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

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

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

Mas quais serão essas necessidades?

Que informações são transmitidas pelo enfermeiro?

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

*“Se você der um peixe a um homem, ele terá uma única refeição;
Se você ensiná-lo a pescar, ele se alimentará para o resto da vida”*

Kuan Tzer

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

1. PROBLEMÁTICA

A sociedade actual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, em consequência do aumento dos níveis de esperança média de vida e do declínio da natalidade (INE, 2010a). Os progressos da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, à qual se associa uma maior prevalência de doenças crónicas e dependência nos seus autocuidados (Sequeira, 2007).

Os idosos, regra geral, apresentam perda de autonomia (Pereira *et al.*, 2002), fruto do próprio processo de envelhecimento, uma vez que todas as suas capacidades funcionais se vão deteriorando, conduzindo-os, muitas vezes, a situações de dependência. Esta condição de fragilidade remete-os para internamentos cada vez mais exigentes em cuidados e dependendo da equipa de enfermagem para realizar os seus autocuidados.

Estas alterações, resultantes do próprio envelhecimento integram as afecções do sistema músculo-esquelético, que, colocam o doente em situação de dependência, pois determinadas acções, com vista à satisfação das suas necessidades, ficam comprometidas.

No entanto, esta condição pode ser ultrapassada, através da programação da cirurgia de ATA, como correcção cirúrgica da coxartrose. Nesta situação, o doente e família passarão por um estadio de dependência temporária, que se transformará em independência, pelo que se torna imprescindível a informação fornecida pelo enfermeiro, no sentido da criação e aprendizagem de estratégias que poderão contribuir, para ultrapassar esta situação e permitir a maximização da autonomia deste.

Por conseguinte, doente e família sofrerão alterações nas suas dinâmicas, dada a presença da situação de dependência, ainda que temporária. No sentido de as resolver, é fundamental a instrução, o treino e a supervisão das suas capacidades para satisfação do autocuidado e, conseqüentemente, uma aprendizagem de estratégias que permitam ultrapassar dificuldades provenientes deste acontecimento, sendo fundamental a acção do enfermeiro.

Meleis *et al.* (2000) referem que o papel do enfermeiro terá dois enfoques de actuação. Por um lado, a necessidade de ajudar a pessoa/família a transitar para uma nova condição de saúde, portanto a necessidade de consciencialização deste acontecimento e atribuir-lhe o respectivo significado, gerando uma nova identidade. Por outro lado, será necessário, juntamente com o doente/família, validarem aspectos que visem a autonomia destes, através da adopção de novos comportamentos e atitudes, inerentes a um processo de aprendizagem. O fim último será o de dar resposta adequada aos desafios intrínsecos à situação de dependência, mesmo que temporária.

É neste contexto que se salienta o enfoque da Enfermagem, entendida por Henderson (1964), citada por Tomey e Alligood (2004:114) como

“assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a sua saúde ou para a sua recuperação (...) e que executaria sem auxílio, caso tivesse força, vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível”.

Deste modo, enquanto enfermeiros que cuidamos diariamente de pessoas, é necessário ter presente que o indivíduo e a sua família, perante uma situação de dependência, necessitam de informação, para que o seu processo de aprendizagem de estratégias seja eficaz, e haja o restabelecimento da sua autonomia.

Contudo, o exercício profissional do enfermeiro, durante o período agudo, pela observação empírica, por vezes, não colmata todas as dificuldades do indivíduo, pois são transmitidas informações que não respondem à totalidade das dúvidas e receios do doente.

Por outro lado, a escassez do tempo para a realização dos ensinamentos é notória, acabando muitas vezes o doente por ir para o seu domicílio ou referenciado para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sem os ensinamentos imprescindíveis para o restabelecimento da sua autonomia. Ou então, recebe essa informação e não é treinada, durante o pós-operatório decorrente da fase aguda.

Por conseguinte, o doente irá começar um processo de reabilitação e recuperação das suas capacidades funcionais, ao invés de ser dada uma continuidade de cuidados em

Unidades de Reabilitação ou no seu domicílio, através das Unidades de Cuidados na Comunidade.

O investigador que exerce funções na área de domínio deste estudo é muitas vezes confrontado com doentes que não apresentam as suas dificuldades, os seus receios, tendo então o enfermeiro de o informar, independentemente das suas dúvidas, que, na maioria das vezes, não correspondem às informações que o profissional sente como necessárias naquele contexto.

Pensamos que todo o processo de reabilitação, após a alta do doente do serviço de internamento de ortopedia, deveria constituir-se como uma continuidade dos cuidados já iniciados. Constatámos que o processo de recuperação do doente e treino/capacitação da família/cuidador informal se iniciam nas Unidades de Reabilitação. Deste modo, os profissionais de enfermagem devem estar sensibilizados para a necessidade de informação e de perceber o que foi aprendido pelo doente e família/cuidador informal, pelo que é imprescindível um envolvimento de todos, para além da abertura e da disponibilidade. Por outro lado, tornam-se necessárias intervenções planeadas, intencionais e adequadas a cada situação, bem como perícia por parte dos enfermeiros, no sentido de cativar a família/cuidador informal a envolver-se e ser envolvido na instrução e treino dos cuidados e estratégias que visem uma maior autonomia do doente.

No início deste trajecto de investigação, reflectimos acerca do que se pretendia estudar, com base naquilo que não sabíamos e que constituísse um contributo para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, propusemo-nos aprofundar o conhecimento do fenómeno em estudo, sendo este: **“Necessidades de Informação do Doente submetido a Artroplastia Total da Anca – Contributo do Enfermeiro”**.

2. METODOLOGIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1 INTERVENIENTES DO ESTUDO

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

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

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

Os informantes que constituem a nossa “amostra”, foram obtidos, através dos enfermeiros chefes/responsáveis de cada serviço, uma vez que são elementos que funcionam como referência e conhecem a sua equipa. Deste modo, com as informações fornecidas pelos enfermeiros chefes/responsáveis, tornou-se possível criar critérios de inclusão da “amostra”:

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

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

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

2.2 PROCESSO DE RECOLHA DOS DADOS

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

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

Tendo em conta a problemática a estudar e os objectivos definidos, optámos pela realização da entrevista semi-dirigida, que, para Fortin (2009), o investigador apresenta uma lista de temas a cobrir, formula questões a partir desses temas e apresenta-as ao sujeito segundo uma ordem que lhe convém, tendo em conta o decurso do diálogo. O objectivo é que, no fim da entrevista, todos os temas propostos tenham sido cobertos. Por outro lado, este instrumento de colheita de dados é uma das técnicas mais adequadas à maioria das pesquisas qualitativas, na medida em que permite o aprofundamento do conhecimento e o estabelecimento de uma relação directa com os sujeitos, facilitando a obtenção mais clara do significado que os informantes atribuem aos factos.

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

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

Concebemos como objectivos gerais da entrevista alcançar elementos que:

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

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

Na fase inicial do estudo propusemo-nos à realização de 20 entrevistas, achando que era o número ideal para alcançar a informação pretendida. Contudo, em investigação qualitativa, o investigador, “*procura a repetição e confirmação dos dados previamente colhidos*” (Streubert e Carpenter, 1999:26). Deste modo, parámos na 10^a entrevista, uma vez que os conteúdos das mesmas se tornavam repetitivos, atingindo assim a saturação, entendida por Morse (1994) citado por Streubert e Carpenter (1999:26), como “*a repetição de informação descoberta e confirmação dos dados previamente colhidos*”. Este estadió de saturação permitiu a criação de categorias imprescindíveis ao estudo.

2.3 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Atendendo ao facto de se tratar de um estudo, baseado no paradigma qualitativo, foi notória uma vastidão de dados, tornando-se urgente organizá-los, no sentido de se obterem conclusões. A análise dos dados é entendida por Fortin (1999:364) “*como um*

conjunto de métodos que permitem visualizar, clarificar, descrever e interpretar os dados recolhidos junto dos participantes”.

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

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

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

elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, por conseguinte, um reagrupamento, segundo o género, com os critérios previamente definidos.

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

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

Contudo, com o decorrer da análise, fomos organizando a informação em grupos de informação e categorias. Deparámo-nos com o facto de existirem unidades de registo que, apesar de pertencerem à mesma categoria, devido à interligação que possuíam, permitiam constituir um grupo mais restrito, no seio de cada grupo, dadas as similaridades que apresentavam. Entende-se aqui a criação de categorias e subcategorias. Após este procedimento, com a dúvida de perdermos informação, voltamos novamente à busca de novas unidades de registo não categorizadas, através de novas leituras, com a finalidade de as agrupar. Consequentemente, o nosso objectivo foi assegurar a validade interna da categorização, através da garantia da “exaustividade” das unidades de registo. Por outro lado, no mesmo contexto, o recurso aos informantes, após a análise e tratamento de dados, para confirmarmos a concordância entre as

categorias e as subcategorias, bem como a sua opinião, foi por nós utilizado para validar a categorização dos dados.

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O respeito pela dignidade humana é um aspecto que se debate na actualidade, dada a importância de defender o Homem como pessoa, neste Universo onde a investigação, por vezes, não olha a meios para atingir fins. Em qualquer trabalho de pesquisa torna-se necessário desenvolver uma série de iniciativas, tendo em vista a sua oficialização e o cumprimento de requisitos éticos. Segundo Streubert e Carpenter (2002:37), *“comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos (...) sejam sólidos do ponto de vista ético e moral”*.

O Código Deontológico do Enfermeiro (2009) salienta que o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida. Neste contexto, foram cumpridos os princípios do Código de Belmont: princípio da beneficência, respeito pela dignidade humana e princípio da justiça. Sendo assim, solicitou-se consentimento, através de ofício, apresentado em anexo, à Comissão de Ética e Saúde do Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, tendo sido a resposta favorável e, posteriormente, autorizada a realização do estudo pelo Conselho de Administração do Hospital.

Aquando da colheita de dados, no início de cada entrevista, os nossos objectivos foram explanados de forma transparente, com total disponibilidade para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Por outro lado, para a efectivação da entrevista, realizada através de registo em fita magnética, foi pedida autorização antecipada a todos os participantes para proceder à gravação do seu discurso. Comprometemo-nos, ainda, a destruir qualquer prova que comprometesse ou identificasse o entrevistado. Enquanto investigadores, cumprimos e honramos todos os compromissos por nós assumidos com os participantes deste estudo.

3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

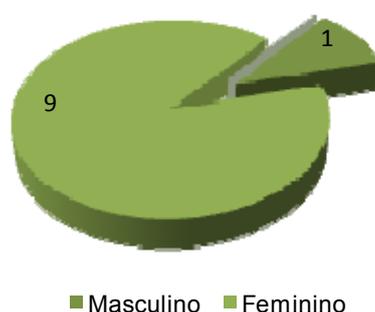
Nesta secção do estudo, será nosso propósito apresentar os dados que foram obtidos, através da análise dos discursos dos informantes do estudo. Foram constituídas categorias e subcategorias, cuja finalidade foi encontrar semelhanças e diferenças, bem como aspectos significativos, relevando assim as necessidades de informação do doente e as informações transmitidas pelo profissional de enfermagem, respondendo deste modo à questão centralizadora do estudo.

Posteriormente, faremos a análise e interpretação dos dados obtidos dos discursos produzidos pelos informantes seleccionados para este relatório.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES

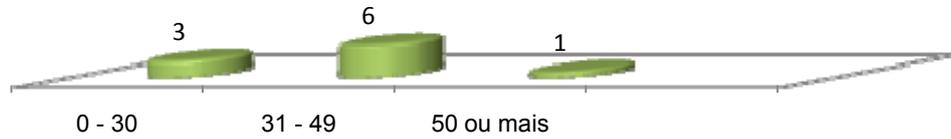
Abordamos, antes de mais, as características dos informantes do estudo (enfermeiros dos serviços de ortopedia e da UCCC), de acordo com: o género, a idade em anos, tempo de serviço em anos e tempo de serviço em anos na área do nosso estudo.

Gráfico 3 - Caracterização do género dos informantes do estudo



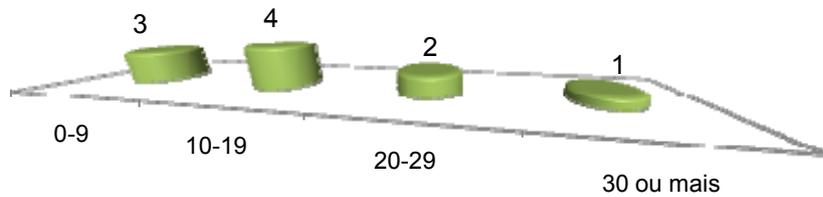
Este estudo, tal como foi referido anteriormente, foi constituído por 10 sujeitos, sendo na sua maioria elementos do género feminino (n=9), existindo apenas um participante do género masculino (n=1), conforme é exposto no gráfico 3.

Gráfico 4 - Representação gráfica das idades dos informantes do estudo



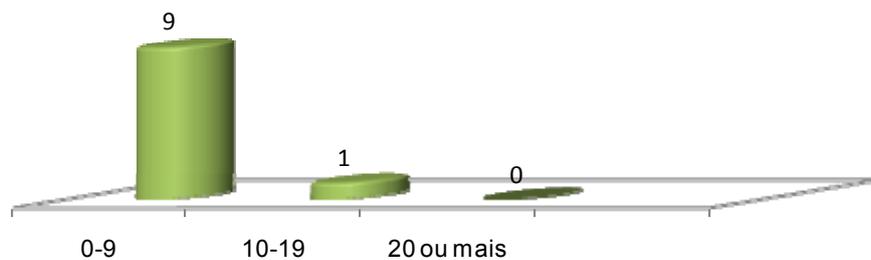
Da apreciação global, constatámos que as idades dos informantes oscilavam entre os 28 e os 53 anos, (gráfico 4) representando uma média de 38 anos e uma mediana de 37,8 anos, sendo o grupo maioritário os que eram formados pelos indivíduos cujas idades estavam compreendidas entre os 31 e os 49 anos (60%).

Gráfico 5 - Representação gráfica do tempo de serviço em anos dos informantes do estudo



No que concerne ao tempo de serviço em anos dos informantes do estudo (gráfico 5), verificou-se que o grupo de enfermeiros que apresentavam 10 a 19 anos de actividade profissional era o que apresentava o maior valor, n=4 (40%), seguido do grupo que detinha 0 a 9 anos de tempo de serviço (n=3; 30%).

Gráfico 6 - Representação gráfica do tempo de serviço em anos na área do estudo dos informantes



Neste domínio, os informantes do estudo, relativamente ao número de anos em que exerciam funções na área do estudo (gráfico 6), comprovou-se que eram os participantes que exerciam funções entre 0 e 9 anos, os que se apresentavam em maior número no estudo (n=9; 90%).

3.2 A INFORMAÇÃO AO DOENTE SUBMETIDO A ATA: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO

A seguir, foram trabalhados os dados das entrevistas executadas, cujo objectivo foi conhecer as necessidades de informação do doente submetido a ATA, na voz do enfermeiro, bem como as informações transmitidas por estes mesmos agentes. Dos discursos proferidos foram identificadas categorias e subcategorias que se apresentam de seguida, esquematicamente, no quadro 4.

Quadro 4 - Síntese das Categorias e Subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Conteúdo de Informação	Actividades de Autocuidado Comprometidas
	Informações Pós-Operatórias
	Recurso a Ajudas Técnicas
Razões para a Informação Fornecida	Continuidade de Cuidados
	Promoção de Autonomia
	Satisfação das Necessidades
Gestão da Informação	Tempo
	Pessoa
	Recursos
Dificuldades na Transmissão da Informação	Pessoa Passiva de Cuidados
	Não Consciencialização Prévia da Dependência
	Condições Inerentes ao Trabalho
Ocultação da Informação	Informação Não Questionada
	Informação Não Transmitida

3.2.1 Conteúdo de Informação

Ao longo do processo pós-operatório de ATA, o doente experienciava o *continuum* de dependência-independência, pelo que o enfermeiro era imprescindível no sentido de

orientar, para que a sua recuperação funcional acontecesse da melhor forma possível. Os ensinamentos realizados ao doente iriam influenciar, de forma efectiva, a evolução positiva do mesmo até ao momento da alta.

Neste sentido, e, de acordo com o discurso dos entrevistados, emergiram três subcategorias, apresentadas no quadro 5, que passaremos a descrever, na opinião destes.

Quadro 5 - Categoria: Conteúdo de Informação

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Actividades de Autocuidado Comprometidas	Autocuidado Higiene	17
	Autocuidado Vestuário	5
	Autocuidado Ir ao Sanitário	8
	Autocuidado Actividade Física	52
Informações Pós-Operatórias	Primeiras Horas Pós-Operatórias	10
	Adaptações na Vida do Indivíduo	45
	Adaptações na Estrutura do Domicílio	12
Recurso a Ajudas Técnicas	Dispositivos de Segurança e Apoio	24
	Dispositivos Auxiliares de Marcha	5
	Acessórios Técnicos	1

3.2.1.1 Actividades de Autocuidado Comprometidas

Neste estudo transpareceu a necessidade de informação ao doente, relativamente a determinadas actividades de autocuidado, que, devido à realização da cirurgia, conduziam o indivíduo a uma dependência temporária. Deste modo, os enfermeiros deram ênfase a quatro actividades de autocuidado, que na sua opinião, os doentes verbalizaram necessitar de informação sendo elas:

- Autocuidado Higiene;
- Autocuidado Vestuário;
- Autocuidado Ir ao Sanitário;
- Autocuidado Actividade Física.

Contudo, a análise de cada uma denotou algumas especificidades que são de todo o interesse, pelo que foram registadas seguidamente.

- Autocuidado Higiene

No *corpus* de análise, verificámos 17 registos em relação a este autocuidado, sendo uma das actividades, na qual o indivíduo necessitava de ajuda/informação do enfermeiro, devido ao processo pós-operatório em que se encontrava. Na opinião de alguns entrevistados, o doente verbalizava a necessidade de ensinamentos para a realização deste autocuidado.

“Está relacionado com os autocuidados (...) nomeadamente, o banho, autocuidado higiene...” (E1)

“Aqui é dada a informação básica ao doente, nomeadamente sobre os autocuidados comprometidos como a higiene...” (E8)

Nesta actividade de autocuidado, o doente referiu, segundo os enfermeiros, dificuldades na forma de como conseguirá autocuidar-se sozinho, bem como cuidar da sua higiene pessoal.

“Verbalizam também dificuldades na forma de satisfação dos autocuidados comprometidos, como é o caso do autocuidado higiene...” (E9)

“...na execução do autocuidado higiene...” (E10)

“...no banho, os cuidados a ter para lavar os membros inferiores, depois é tudo isto aliado aos autocuidados, que é o que nós fazemos aqui.” (E2)

“...durante o banho para limpar e secar os pés...” (E4)

Contudo, foi também de realçar a informação procurada pela família ao profissional de enfermagem, referida por um entrevistado, no âmbito da execução deste autocuidado, cuja finalidade seria a de auxiliar o familiar doente.

“...nos cuidados de higiene de como vão prestar os cuidados, como é que vão auxiliar o familiar...” (E8)

Todos estes factos representaram a necessidade de ensino do enfermeiro ao doente para a realização do autocuidado higiene, no que concerne a estratégias.

- Autocuidado Vestuário

O autocuidado vestuário foi proferido pelos entrevistados como uma das necessidades de informação ao doente, concretamente as actividades de vestir e despir. Por outro lado, foi também referenciada a dificuldade de cumprir autonomamente esta actividade de autocuidado, bem como, a forma de se vestirem/despirem de forma correcta, sem prejuízo algum.

“O vestir e o despir...” (E1)

“Eles verbalizam ter mais dificuldades no desenvolvimento de forma independente dos seus autocuidados, como por exemplo, o vestir e despir...” (E6)

“...como se podem vestir sem se prejudicarem e pronto...” (E9)

- Autocuidado Ir ao Sanitário

A ida ao sanitário durante a fase de recuperação do doente, mais concretamente, nos primeiros dias pós-operatórios foi indicada, de acordo com os enfermeiros entrevistados, como uma dificuldade inicial verbalizada e sentida. Consequentemente, o doente procurou informação no profissional de enfermagem, relativamente à forma como deveria realizar este autocuidado.

“A ida ao sanitário é também uma dificuldade inicial...” (E9)

“A ida à casa de banho também no início é uma dificuldade e como vão fazer...” (E10)

Por conseguinte, alguns entrevistados referiram a importância desta informação ao doente, sendo considerada como de vital relevância, bem como abordaram com este determinados aspectos que deveriam ser tidos em conta.

“No uso do sanitário que é fundamental...” (E5)

“O uso do sanitário é outro aspecto que abordo, a altura da sanita...” (E1)

- Autocuidado Actividade Física

Ao longo do período pós-operatório, no domínio do autocuidado actividade física, foi possível identificar actividades que requeriam ensino ao doente por parte do enfermeiro,

pois encontravam-se comprometidas. Este conteúdo de informação, relativamente aos anteriores adquiriu maior significado por parte dos enfermeiros, na medida em que verificámos 52 registos. Para os informantes deste estudo, o doente sem essas informações do profissional de enfermagem não seria capaz, de forma autónoma, de executar este autocuidado.

Na opinião dos enfermeiros entrevistados, o doente na fase pós-operatória imediata verbalizou, além de outros, os posicionamentos ou a actividade de virar-se no leito como uma dificuldade.

“As dificuldades são diversas, mas as dificuldades maiores que os doentes me vão expressando têm a ver com o posicionar-se no leito...” (E5)

“...no pós-operatório imediato os doentes queixam-se mais acerca dos posicionamentos...” (E8)

“...estão basicamente mais relacionadas com as posições que poderão adoptar na cama” (E1)

Por outro lado, os entrevistados salientaram a necessidade de instruir o doente acerca dos posicionamentos, nomeadamente, quando estão a dormir. A adopção de posicionamentos adequados, face à condição em que o doente se encontrava, foi extremamente importante, sendo, por vezes, necessário fortalecer estes ensinamentos. Contudo, foi de todo indispensável que o doente entendesse, através do ensino solicitado, a necessidade da manutenção dos membros inferiores em abdução.

“...na forma como poderão dormir, nomeadamente, o posicionar-se, o facto de ter que adoptar posicionamentos adequados...” (E9)

“Reforçar também os ensinamentos da forma como o doente se posiciona no leito...” (E3)

“Os posicionamentos com os membros inferiores em abdução é algo que requerem sempre que se fale, por outro lado, que têm que ter muito cuidado e são instruídos nesse sentido...” (E10)

Ainda nesta actividade de autocuidado foram evidenciadas pelos entrevistados, as transferências entre cama e cadeira como uma dificuldade verbalizada pelo doente, mais concretamente a forma correcta de saída e entrada no leito, e que deveria ser uma actividade alvo de ensino logo no início do processo.

“...o facto de ao transferirem-se do leito para a cadeira ou vice-versa...” (E2)

“O transferir-se é muito importante, isso começa logo (...) o transferir-se da cama, como sair pelo lado bom, pelo que foi operado ...” (E1)

Na opinião de alguns enfermeiros, o doente sentia necessidade de informação na forma como se deveria levantar do leito ou do cadeirão, bem como sentar-se numa cadeira com ou sem braços, devido ao desequilíbrio que, por vezes, influenciava esta actividade. No entanto, tornou-se imprescindível o reforço destas informações junto do doente.

“...depois no levantar-se...” (E9)

“São várias, portanto, o que eles referem mais, que têm mais necessidade que nós forcemos os ensinamentos é no levantar, no levantar da cama, no sentar também, no levantar...” (E3)

“...sentar-se numa cadeira com e sem braços, subir e descer escadas...” (E8)

“...o sentar-se, estando tudo relacionado com o equilíbrio...” (E9)

Pela análise elaborada, foi também identificada no discurso dos enfermeiros a necessidade de ensino, com os devidos reforços de informação acerca da técnica de deambulação, sendo uma das preocupações do doente durante o seu processo de reabilitação. Por outro lado, foi notório também que o doente fosse informado sobre a carga que o membro operado poderia fazer na técnica de marcha.

“Aqui a principal dificuldade é que sentimos que nos solicitam informação é a deambulação. Os doentes verbalizam ter dificuldade em andar e é a principal preocupação.” (E2)

“...sinto que é uma necessidade de informação o treino da deambulação...” (E7)

“...outros doentes já podem fazer carga parcial/total e têm muitas dúvidas acerca da deambulação...” (E10)

Inferimos também, pelo discurso de alguns entrevistados, que uma das necessidades de informação, no âmbito do autocuidado actividade física, prendia-se com a técnica de subida e descida de escadas, sendo uma das inquietações do enfermeiro durante o seu planeamento de cuidados.

“...o doente mostra também dificuldades no subir e descer escadas...” (E10)

“...eu tento sempre fazer o treino (...) de subir e descer escadas...” (E5)

Contudo, um dos enfermeiros entrevistados referiu a importância de o doente, ao ser admitido no serviço, já saber de forma autónoma realizar estas actividades de autocuidado.

“O doente que vem para aqui tem que saber sair da cama, saber deitar-se e saber andar...” (E3)

A actividade desportiva foi também alvo de ensino pelo enfermeiro ao doente. Dois enfermeiros entrevistados incluíam nos seus planos de ensino o exercício físico, nomeadamente, quais os desportos que o doente poderia praticar, e que implicações teria a cirurgia no desporto praticado antes do período de internamento deste.

“Relativamente ao desporto, se for uma pessoa mais jovem, aconselho-a à prática de desportos, como o caminhar, e elucido-a de quais não devem ser praticados, como a dança.” (E1)

“...pessoas mais novas que caminhavam bastante e que no pós-operatório já têm que reduzir essas caminhadas, as pessoas mais novas...” (E5)

3.2.1.2 Informações Pós-Operatórias

Após a análise do discurso dos enfermeiros entrevistados foi perceptível que a informação que era facultada ao doente estava relacionada com os cuidados pós-operatórios. Esta informação encontrava-se associada às primeiras horas após a cirurgia, ou seja, à fase imediata dizia respeito às adaptações que o indivíduo teria de fazer na sua vida e no seu domicílio, para que não se desenvolvessem complicações e conseguisse executar todos os autocuidados inerentes à manutenção da sua vida com segurança e qualidade.

Neste sentido, foram identificados pelo discurso dos entrevistados 3 conteúdos de informação pós-operatória a transmitir ao doente:

- Primeiras Horas Pós-Operatórias;
- Adaptações na Vida do Indivíduo;

- Adaptações na Estrutura do Domicílio.

Passaremos a descrevê-los na perspectiva dos entrevistados.

- Primeiras Horas Pós-Operatórias

A informação dada ao doente pelos enfermeiros entrevistados, nas primeiras horas pós-operatórias, encontrava-se relacionada com o tipo de cirurgia que foi efectuada, sendo que um dos entrevistados mostrou grande à-vontade na execução dos ensinamentos, esgotando todo o tipo de informação a fornecer.

“...deve estar relacionada com o tipo de informação inerente à cirurgia que foi mesmo executada.” (E1)

“...tento mostrar um à-vontade, tento explicar o máximo que posso, acerca da cirurgia...” (E6)

A necessidade de explicar ao doente que neste período pós-operatório era importante a manutenção de uma posição em decúbito dorsal, bem como os membros inferiores em abdução foi evidenciado por um enfermeiro, já que os doentes apresentavam esta dificuldade.

“...têm dificuldade em se manter na posição dorsal, isto nas primeiras horas pós-operatórias, manter os membros inferiores em abdução...” (E6)

Contudo, nesta posição que o doente teria de adoptar, alguns entrevistados referiram ensinar o doente a realizar exercícios de reabilitação músculo-esquelética, que visavam favorecer a tonificação muscular e facilitar o processo de reabilitação do doente.

“...depois instruo-o sobre os exercícios de tonificação muscular que irão ajudar depois no levantar...” (E7)

“...tenho ensinado ao doente os exercícios que ele pode fazer para melhorar a sua reabilitação.” (E6)

Por outro lado, é de realçar que um dos entrevistados verbalizou fornecer neste *timing* os cuidados e implicações que a colocação da PTA teria na vida do indivíduo.

“...onde se desse toda a informação ao doente, cuidados e que implicações tem viver com uma prótese...” (E7)

Todas estas informações foram referidas como sendo dadas no período pós-operatório imediato do internamento.

- Adaptações na Vida do Indivíduo

A colocação de PTA e o processo de recuperação funcional implicam no indivíduo a adopção de estratégias e a sua adaptação, com vista a ultrapassar as dificuldades inerentes a estas situações. O indivíduo terá de adaptar os seus hábitos de vida às condições a que está preparado para realizar, pelo que o enfermeiro deverá identificar as limitações e instruir o doente sobre as estratégias para ultrapassar tais limitações.

“Depois mediante as limitações vou-lhe falando da maneira de adquirir estratégias para ultrapassar essas limitações...” (E7)

Os entrevistados, na sua maioria, informavam o doente relativamente a situações consideradas relevantes, como era o caso de não cruzar as pernas; a manutenção dos membros inferiores em abdução, mesmo quando estão em decúbito lateral, com a salvaguarda de que não se devem virar para o lado operado; não se baixar ou rodar a perna internamente; por outro lado, era também ensinado como devia actuar quando algum objecto caísse ao chão. Todos estes procedimentos tinham como objectivo a prevenção de luxações.

“...e outras informações que considero relevantes, como não cruzar as pernas, manter a abdução das pernas, não se baixar sobre a perna...” (E1)

“...manter os membros inferiores em abdução, mesmo quando lateralizados (...) que são os cuidados a ter com a prótese para que não luxe, como não cruzar as pernas, não rodar a perna para dentro, manter os membros em abdução...” (E2)

“...alerto para não se deitar para o lado da prótese...” (E5)

“Reforçamos os cuidados (...) principalmente o facto de deixar cair coisas ao chão, a forma como as poderá apanhar sem fazer movimentos errados ou então pedir ajuda...” (E10)

Um entrevistado englobava no seu plano de ensinamentos a actividade sexualidade, nomeadamente os movimentos que o doente não deveria executar. Por outro lado, foi notório no discurso de outro enfermeiro, que a execução de ensinamentos relativamente à carga do membro operado era tida em conta.

“...a nível da sexualidade tento (...) que não devem fazer carga sobre o membro que foi operado, bem como fazer uma rotação interna ou retroversão do membro...” (E4)

“...se podem ou não fazer carga parcial ou carga total ...” (E9)

Outro assunto alvo de ensino relacionava-se com as tarefas que o indivíduo fazia em casa e a necessidade de o ensinar a adaptar-se à sua nova condição.

“...adaptar às actividades que fazia em casa, o facto de não poder derrear-se e não poder ir para o quintal e que muitos dos nossos idosos gostam...” (E5)

“Outras dificuldades que me vão dizendo têm a ver com as actividades que ele desenvolvia antes, por exemplo, pessoas idosas que gostavam de ir para o quintal, de pegarem na sua sachola, de arrumarem, fazerem as tarefas de casa e depois ficam muito limitadas em termos de mobilidade” (E5)

Por outro lado, foi também descrito pelos entrevistados o ensino feito ao doente relativamente à entrada e saída do carro, especialmente naqueles que ainda eram autónomos nessa actividade. Um enfermeiro referiu também explicar qual o tipo de veículos que poderia utilizar, bem como o tipo de transporte a ser usado quando tivesse alta, já que sentia ser uma dificuldade verbalizada pelos mesmos.

“Também é importante o entrar e o sair do carro...” (E1)

“Tento, em alguns doentes, fazer o ensino de entrar e sair do carro...” (E5)

“... como se deve entrar e sair do carro, principalmente naqueles doentes que eram autónomos e que ainda conduziam, bem como também lhes indico o tipo de veículos que podem e que não podem usar...” (E4)

“... outra das preocupações deles é como poderão ir para casa, e tento-lhes explicar que não têm necessariamente que ir numa ambulância, mas que podem ir num carro normal desde que não vão a conduzir e tenham cuidado para não forçar a prótese e manter a abdução das pernas.” (E4)

Outro dado considerado relevante no discurso de dois entrevistados prendia-se com o ensino realizado pelo profissional de enfermagem, relativamente à administração de injectáveis no membro operado, pois poderá constituir-se um veículo de infecção à prótese.

“...há outros cuidados importantes, como o caso de não fazerem intramusculares no lado operado...” (E9)

“...para o facto que muita gente se esquece e quando o doente vai ao Centro de Saúde fazer um injectável, normalmente as colegas nem reparam se o doente tem ou não uma prótese e administram em qualquer lado, sendo um dos grandes riscos para uma infecção da prótese...” (E5)

A informação dada ao doente é de importância vital no seu processo de recuperação funcional e adaptação à sua vida.

- Adaptações na Estrutura do Domicílio

O domicílio do doente terá que estar adaptado para a sua condição. Contudo, no discurso dos entrevistados notou-se a presença de barreiras arquitectónicas que não permitiam a realização das actividades de autocuidado, sendo uma das dificuldades do doente. Por conseguinte, era necessário ajudar o doente na resolução destes obstáculos (informação solicitada), através da informação fornecida pelo enfermeiro.

“... quem não tem a casa adaptada, nem toda a gente tem possibilidades de alterar a casa toda depois de uma cirurgia (...) isto são adaptações necessárias a realizar em casa.” (E4)

“...solicitam-nos informação sobre como resolver e adaptar as barreiras arquitectónicas (...) estratégias para os ajudar quando forem para casa, principalmente sobre os cuidados que o doente deve ter no domicílio...” (E10)

“Depois há várias dificuldades que muitos dos doentes nos vão abordando e têm a ver com as barreiras arquitectónicas que vão encontrar em casa, desde camas muito baixas, porque nós fazemos os ensinos...” (E5)

Por outro lado, alguns entrevistados evidenciaram algumas alterações a serem efectuadas no domicílio, nomeadamente no sanitário.

“...quando vai à casa de banho refere-nos muitas vezes que vai ter que ter uma casa de banho adaptada...” (E6)

“Explico-lhe a necessidade de adaptar o domicílio, o WC que tenha banheira a necessidade de ter que fazer obras para colocar um poliban...” (E7)

“...e de preferência poliban em vez de banheira...” (E10)

3.2.1.3 Recurso a Ajudas Técnicas

Ao longo do processo pós-operatório, o doente necessitará de ajudas técnicas que contribuirão para a sua recuperação funcional, adaptação às actividades do dia-a-dia e não ocorrência de complicações na situação clínica. Com base no discurso dos entrevistados salientaram-se 3 tipos de ajudas técnicas, que serão alvo de ensino pelos enfermeiros ao longo do internamento, nomeadamente sobre a sua importância e funcionalidade:

- Dispositivos de Segurança e Apoio;
- Dispositivos Auxiliares de Marcha;
- Acessórios Técnicos.

Passaremos a referir cada um deles segundo a opinião dos enfermeiros.

- Dispositivos de Segurança e Apoio

Após a ocorrência da cirurgia, e durante a fase pós-operatória tardia, torna-se necessário que o indivíduo seja informado pelo profissional de enfermagem acerca dos dispositivos de segurança e apoio. Entendem-se estes dispositivos como sendo inibidores da ocorrência de complicações e facilitarem a realização das actividades de autocuidado.

Vários entrevistados referiram a importância de o doente ter presente o triângulo abdutor, que muitas vezes era esquecido. Por outro lado, na sua ausência deveria ter um substituto como uma almofada dura, cuja finalidade era a prevenção de complicações ou elevação dos locais onde o indivíduo se senta. Os enfermeiros salientaram que informavam o doente sobre a finalidade deste dispositivo, pois permitia ao doente a abdução dos membros inferiores.

“...o facto de terem aquela almofada, o triângulo abdutor...” (E10)

“...e muitas vezes esquecem-se do triângulo abdutor, quando tem necessidade de ser mesmo colocado (...) que tem que ter o triângulo abdutor, e que muitas vezes não gostam de ter a almofadinha entre as pernas” (E3)

“...têm que ter uma almofada para altear...” (E9)

“...e depois a importância de terem o triângulo abdutor entre as pernas para não as juntar ou cruzar...” (E9)

Por outro lado, um dos entrevistados referiu informar o doente, no que concerne à presença de um cadeirão alto, devido ao facto do doente não se poder sentar em locais baixos.

“...e vamos estar a dizer que necessitam de usar um cadeirão alto.” (E5)

Na mesma continuidade, ainda nos dispositivos de segurança e apoio, vários enfermeiros evocaram a necessidade de o doente possuir um elevador de sanita, não só no período pós-operatório, mas também no domicílio, sendo instruído nesse sentido. Por vezes, de acordo com os discursos, eram os próprios doentes que alertavam para a falta deste dispositivo.

“...e têm que ter o elevador de sanita não só aqui, mas em casa.” (E10)

“...o que vão ter que comprar em termos de material (...) são informados do alteador de sanita...” (E8)

“É também importante falar do facto de terem um adaptador de sanita (...) em alguns casos até são eles que nos alertam para a falta do alteador ...” (E9)

Alguns entrevistados relataram que o doente era também instruído no sentido de adquirir barras de apoio lateral e um banco, para a realização do autocuidado higiene.

“...as barras de apoio no chuveiro...” (E7)

“...as barras de apoio lateral e pronto...” (E9)

“...um banquinho para tomar banho...” (E7)

- Dispositivos Auxiliares de Marcha

Os dispositivos auxiliares de marcha foram aludidos por alguns entrevistados. Desta tipologia de dispositivos são exemplos o andarilho e as canadianas. De acordo com os

discursos, os enfermeiros informavam o doente sobre a forma de como deveriam utilizá-los. Por outro lado, o doente era instruído relativamente à finalidade destes dispositivos que lhe permitiriam a deambulação, primeiramente com andarilho e, posteriormente, com canadianas.

“...como vão utilizar os auxiliares de marcha, por exemplo, primeiro o andarilho e depois as canadianas...” (E4)

“... (deambulação) com canadianas ou com andarilho...” (E10)

- **Acessórios técnicos**

A presença de acessórios técnicos no processo de recuperação do doente submetido a ATA foi classificado por um entrevistado como fundamental, uma vez que constituíam estratégias adaptativas que permitiam realizar os autocuidados comprometidos. Por outro lado, referiu que elucidava os doentes sobre materiais de apoio que facilitassem a execução desses autocuidados.

“...ensino quais são as estratégias adaptativas como a utilização de calçadeira de cabo longo, os fechos de velcro dos sapatos para facilitar o seu aperto, bem como os produtos de apoio existentes para facilitar a execução desse autocuidado...” (E1)

3.2.2 Razões para a Informação Fornecida

No planeamento dos cuidados a prestar ao doente, o enfermeiro deve integrar o ensino ao doente, sendo uma das suas competências enquanto profissional. No entanto, ao instruir o doente, deve saber quais as razões para a execução desta acção.

No discurso dos participantes do estudo foram evidenciadas 3 subcategorias que correspondem às razões para a informação fornecida ao doente, pelo que serão apresentadas seguidamente no quadro 6.

Quadro 6 - Categoria: Razões para a informação fornecida

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Continuidade de Cuidados	Redes de Cuidados de Saúde e Apoio Social	42
	Apoio dos Profissionais de Saúde e os Meios Complementares de Diagnóstico	9
	Encaminhamento do Doente	1
Promoção de Autonomia	Treino, Supervisão e Reforço de Estratégias	31
	Prevenção de Complicações	5
Satisfação das Necessidades		19

3.2.2.1 Continuidade de Cuidados

Aquando da transmissão da informação ao doente, os entrevistados referiram fazê-lo no sentido de promover uma continuidade de cuidados. Por outro lado, dada a abundância de dados obtidos, foi possível constatar 3 razões para a informação ao doente, com vista à continuidade de cuidados:

- Redes de Cuidados de Saúde e de Apoio Social;
- Apoio dos Profissionais de Saúde e os Meios Complementares de Diagnóstico;
- Encaminhamento do Doente.

Passaremos a abordar cada uma das situações de forma separada.

- Redes de Cuidados de Saúde e de Apoio Social

As redes de cuidados de saúde e de apoio social foram evidenciadas, maioritariamente pelos entrevistados, como sendo uma resposta eficaz e efectiva à continuidade de cuidados e, conseqüentemente, apresentando-se como uma razão essencial na informação ao doente. Entendemos por redes de cuidados de saúde e de apoio social todo o tipo de entidades e/ou instituições que tenham como objectivos a prestação de cuidados e apoio ao doente em situação de dependência e com perda de autonomia (temporária), assegurando assim a continuidade de cuidados e reabilitando-o o mais precocemente possível.

No âmbito das redes de cuidados de saúde, enquadrámos a RNCCI: unidades de cuidados continuados e unidades de cuidados na comunidade, onde, na opinião de alguns informantes, era possível verificar-se como uma mais-valia para o doente, já que se constituía uma boa estratégia de informação e complementava a já transmitida anteriormente, favorecendo o processo de reabilitação da pessoa. Por outro lado, ajudaria a preparar o doente para a alta, dando-lhe apoio mesmo quando estivesse no domicílio.

“Depois deveria haver um encaminhamento, agora com as UCC’s já fazem isso, sendo uma boa estratégia para a informação ao doente...” (E5)

“...aí entram os cuidados continuados como forma de complementaridade da informação, bem como estas unidades servem de estratégia de informação ao doente...” (E8)

“Como forma de colmatar estas dificuldades, há o encaminhamento do doente para os cuidados continuados, unidades de reabilitação ou as equipas de cuidados continuados integrados na comunidade, e assim potenciar a reabilitação do doente.” (E6)

“Os que vão para a Rede se calhar têm a possibilidade de um mês para fazer treino e reforçar os ensinamentos realizados na fase aguda e assimilar outros, treinando-os, e fazer assim a preparação do doente para o regresso a casa (...), no sentido de ser dado apoio no pós-operatório, mesmo quando o doente já estivesse no domicílio.” (E1)

Estas unidades, segundo determinados participantes, afirmavam-se como uma resposta aos défices de disponibilidade de tempo sentida pelos enfermeiros, especialmente na fase aguda, assim como os períodos de internamentos curtos, possibilitando ao doente receber as informações, bem como treinar estratégias para a satisfação das suas necessidades. Era também incluída a família como alvo de treino, uma vez que na fase aguda, nem sempre era possível que tal acontecesse.

“...acho que a Rede de Cuidados Continuados é uma mais-valia para a falta de tempo dos enfermeiros no internamento agudo e ser complementados e treinados os ensinamentos ao doente...” (E7)

“...como complemento disto seria importante, para além dos cinco a sete dias de internamento, terem um mês, no mínimo, para treinarem os ensinamentos pós-operatórios, incluindo os autocuidados (...) Falo nos cuidados continuados que são uma boa aposta para colmatar esta falta de tempo e internamentos tão curtos e assim ser dada a continuidade de cuidados.” (E4)

“As UCCs nomeadamente na comunidade e também as unidades de cuidados de reabilitação dos hospitais são uma boa resposta para a falta de tempo dos enfermeiros da fase aguda e mesmo para a família...” (E5)

Foi também realçado o papel do enfermeiro, como agente de ensino no habitat do doente, nas unidades de cuidados na comunidade, promovendo a prestação de cuidados no seu próprio ambiente e no meio familiar, dando uma continuidade de cuidados.

“Nestas unidades o enfermeiro vai ao contexto, está lá quem vive com o doente e quem irá cuidar dele.” (E5)

“O doente receber cuidados em casa pela Rede Nacional de Cuidados Continuados na Comunidade, colmatando aquilo que não se fez no internamento...” (E8)

Com o objectivo de apreender se o doente se estava a adaptar, e se os ensinamentos foram ao encontro das suas necessidades, foi reconhecido por alguns entrevistados a importância e a necessidade de criação de equipas domiciliárias, constituídas por profissionais que acompanharam o doente no período de recuperação na UCCC e teriam como finalidade a visita ao contexto do doente, facilitando a continuidade de cuidados, embora ainda fosse uma ambição.

“Depois da alta eu acho que eram importantes as visitas domiciliárias integradas na Rede para ir até ao domicílio...” (E9)

“...mas acho que era importante a formação de um grupo de enfermeiros que fossem ao domicílio, integrado na rede, como equipas domiciliárias...” (E10)

“...mas que era necessário que nós (enfermeiros) lá fôssemos ver que cuidados estavam a ter os doentes em casa e se realmente está tudo bem, se mostra dificuldades ou se não mostra, percebes? (...) Pensa-se nisso (numa equipa de cuidados continuados domiciliários) fala-se mesmo, mas ainda está muito longínquo, não sei...” (E3)

“Eu considero que para dar continuidade e perceber se o doente e familiares assimilaram os cuidados seria a realização de visitas domiciliárias que são muito importantes. Primeiro haver uns ensinamentos mais pormenorizados...” (E5)

No que concerne às redes de apoio social foi relatado por dois entrevistados como resposta à continuidade de cuidados, nomeadamente o apoio domiciliário, para auxiliar o doente na execução de actividades de autocuidado (como a higiene), ou Centro de Dia, em casos de indivíduos que eram autónomos e que agora se encontravam dependentes de terceiros e não possuíam ajuda da família.

“...depois o apoio que tem ou não da família que às vezes não tem grande apoio; indivíduos que eram autónomos e viviam sozinhos e que agora vão para casa e ainda não têm autonomia necessária e que vão necessitar de um tipo de apoio domiciliário...” (E2)

“...noutros casos o doente se não tiver cuidador que esteja as 24 horas, pode ir para um Centro de Dia e ser auxiliado ou então pode ter ajuda de uma instituição nomeadamente na higiene...” (E10)

- Apoio dos Profissionais de Saúde e os Meios Complementares de Diagnóstico

O apoio dos profissionais de saúde e os meios complementares de diagnóstico foram identificados, nos discursos dos enfermeiros, como contribuindo para a continuidade de cuidados. No que concerne aos profissionais de saúde, foram incluídos neste indicador, todos os indivíduos com profissões directamente ligadas à área da saúde, com formação adequada e que lidavam com problemas de saúde.

Constatou-se, pela análise do discurso de alguns participantes, que o profissional de enfermagem era um elemento chave para a continuidade de cuidados, através do ensino que realizava ao doente. A informação era fornecida para facilitar a recuperação do doente, pelo que os planos de ensino deviam ser continuados, por toda a equipa de enfermagem, bem como documentada toda essa continuidade.

“A informação deve ser dada para uma continuidade de cuidados e facilitar o processo de reabilitação do doente.” (E2)

“Se o colega da manhã, porque não teve tempo, não o fez deve assinalar nessa check-list, para nossa orientação, e como não fez, o colega da tarde teria

obrigatoriamente que o fazer e dar continuidade, assim como o da noite (...) No dia da alta, o enfermeiro que estivesse com ele teria que ver se realmente todos aqueles ensinamentos foram efectuados (...) e se necessário ficar mais um dia para ser dada uma continuidade...” (E5)

“...por isso é que eu digo que essa check-list era fundamental, para que os nossos cuidados fossem registados, era uma estratégia de ensino ao doente e orientava os enfermeiros de quais os cuidados...” (E5)

Neste sentido, identificou-se também o enfermeiro dos cuidados de saúde primários, como sendo um elemento que contribuía para a continuidade de cuidados, numa perspectiva de articulação entre este tipo de cuidados e os diferenciados, uma vez que lhe era providenciada toda a informação relativa ao processo pelo qual o doente passou, independentemente de ter necessidade de cuidados técnicos.

“...nós, parte de enfermagem, leva uma carta de enfermagem para o Centro de Saúde e este dá alguma resposta, terá que haver qualquer coisa ligada à enfermagem, para que seja dada a resposta directa, por exemplo, um penso... em outros casos, leva a carta de enfermagem também, embora não requeiram cuidados directos, mas contém toda a informação acerca do que se passou aqui, das dificuldades que sentiu e assim...” (E3)

“Para colmatar isto penso que a articulação com o Centro de Saúde é importante, alguém que acompanhe o doente no pós-operatório, acho fundamental.” (E8)

“No momento da alta entregamos uma carta para o Centro de Saúde para informar o que se passou aqui...” (E10)

O apoio do assistente social como potenciador da continuidade de cuidados foi referido por alguns entrevistados. Por outro lado, este processo era já iniciado, concretamente, a partir do momento em que o doente ingressava nas Unidades de Cuidados Continuados, em que este profissional preparava, numa perspectiva continuada de cuidados, a alta do doente.

“...são factores que envolvem outras entidades como a assistente social e a segurança social.” (E2)

“...tratado tudo pela assistente social, e assim é dada a continuidade de cuidados...” (E10)

Por fim, foi visível no discurso de um entrevistado o papel do médico fisiatra, como agente da continuidade de cuidados, dado que efectuava uma avaliação ao doente, recorrendo também a meios complementares de diagnóstico, nomeadamente o raio x, no sentido de averiguar, se os ensinamentos realizados no serviço de ortopedia podiam ser continuados, mais concretamente ao nível da deambulação.

“Considero que há doentes que já trazem alguma informação da parte aguda, que já têm iniciado o treino de marcha com canadianas, só que chegam aqui e têm uma avaliação da fisiatra, faz um Rx e pode continuar ou não o tipo de deambulação que está a executar. E se sim, nós aproveitamos a informação que o doente já tem e verificamos se ele é capaz ou não...” (E3)

- Encaminhamento do Doente

Este facto foi evidenciado por um entrevistado como sendo importante, no sentido de encaminhar o doente com a finalidade de corrigir as dismetrias e ser informado de quais as estratégias de que dispunha para o fazer.

“...para um doente que sai com uma dismetria deve ser também seguido e orientado, no sentido de tentar corrigir essas diferenças, como adopção de uma palmilha no sapato.” (E1)

3.2.2.2 Promoção de Autonomia

A promoção da autonomia do doente é uma das preocupações da maior parte dos enfermeiros entrevistados, sendo por isso uma das razões para o ensino de estratégias e de treino.

Pela análise do discurso dos informantes tornou-se possível identificar 2 situações que contribuíam para a maximização da autonomia do doente:

- Reforço, Treino e Supervisão de Estratégias;
- Prevenção de Complicações.

Tendo sido a promoção da autonomia enquadrada nos motivos que levavam o enfermeiro a informar o doente, descrevemos, na opinião destes, as situações que contribuíam para a autonomia do doente.

- Reforço, Treino e Supervisão de Estratégias

O profissional de enfermagem desenvolvia um plano de ensino personalizado ao doente, visando a consciencialização do mesmo acerca de novas alterações e estratégias a adoptar, permitindo um melhor processo de reabilitação. Contudo, era imprescindível, na opinião dos entrevistados, sempre que possível, o treino e a supervisão de estratégias inerentes às dificuldades e que visassem a promoção da autonomia do doente.

“Nós fazemos os nossos ensinamentos e pronto e têm um mês para aprender e nós vamos vendo se realmente eles ficaram a perceber aquilo que a gente disse e a fazer correcto, não é...” (E3)

“...durante o banho, no autocuidado higiene, ele diz que inicialmente não o consegue fazer sozinho e aproveitamos para o informar que tem que sofrer alterações (...) através dos ensinamentos de exercícios que eles pudessem fazer, bem como consciencializá-los dos cuidados a adoptar no pós-operatório e o processo de reabilitação assim seria mais fácil e o regresso ao dia-a-dia normal.” (E6)

“Tento instruir, treinar nem sempre todos os autocuidados só alguns os que são possíveis cá dentro e supervisiono...” (E5)

“...nós estamos cá para ajudar os doentes a serem o mais autónomos possível e por isso é que lhes damos a informação...” (E10)

Alguns informantes consideraram necessária a promoção das potencialidades do doente durante o processo de recuperação, pelo que afirmaram que não faziam aquilo que o doente podia fazer, já que era uma das formas de assimilarem a informação e maximizarem a sua autonomia. No entanto, em algumas situações, gerava no doente sentimentos de confusão, devido ao facto de na fase aguda não serem treinados e supervisionados neste sentido.

“Tento instruir, assistir e supervisionar o doente, conforme a dependência do doente vai diminuindo, promovendo-lhe sempre a autonomia, nunca faço o que ele pode fazer...” (E7)

“Tentamos pôr os doentes a treinarem, fazendo com que eles façam sempre aquilo que podem, nunca os substituir e assim retêm alguma informação...” (E8)

“Nós aqui promovemos sempre as potencialidades do doente, até porque eles acham estranho durante o banho, na fase inicial, darmos-lhes uma esponja para se autocuidarem sozinhos, porque vinham habituados a que lhe fizessem tudo, e isto já devia começar a ser treinado na fase aguda, porque não estão inválidos das mãos...” (E9)

Por outro lado, a necessidade do reforço dos ensinamentos pelo enfermeiro foi verbalizado por alguns participantes como necessário, bem como o seu incentivo. O profissional de enfermagem devia avaliar se o doente compreendeu os ensinamentos que foram realizados, se executava correctamente as estratégias, com vista à satisfação das suas necessidades, salvaguardando situações em que se recorria ao reforço das informações, estimulando o doente para a maximização da sua autonomia.

“...continuando sempre a reforçar, até eles serem autónomos, o mais autónomos possível, e não precisarem de uma pessoa que lhes vá fazer. Nós, enfermeiros, observamos e avaliamos se eles são capazes ou não de fazer sozinhos e, se assim for, óptimo.” (E3)

“Tentamos tornar a pessoa o mais autónoma possível (...) reforçando sempre estes ensinamentos.” (E4)

“...e, se virmos que ainda apresenta dificuldades, voltamos a reforçar os ensinamentos e assistimos e supervisionamos o doente...” (E3)

“...que em grande parte vão favorecer o levantar e o processo de recuperação do doente, incentivando sempre o doente a realizá-los.” (E1)

● Prevenção de Complicações

Na análise dos discursos, alguns enfermeiros relataram que a prevenção de complicações, com relevância para a prevenção da luxação da prótese, foi uma razão para a informação ao doente, acabando por se interligar com a promoção da autonomia, nomeadamente na execução correcta das actividades de autocuidado.

“A informação que eu costumo facultar aos doentes também está relacionada com a prevenção de luxações e o desgaste das próteses com a não adopção de comportamentos de risco...” (E1)

“...pois pode provocar uma luxação da prótese (os maus posicionamentos).” (E2)
“...parecem coisas básicas mas num pós-operatório de uma PTA são fundamentais e a recuperação depende de uma correcta transferência, de um correcto posicionamento, de um correcto transferir-se para ir ao sanitário e saber usar o sanitário, o deambular correctamente.” (E5)

3.2.2.3 Satisfação das Necessidades

A satisfação das necessidades do doente foi evidenciada por todos os entrevistados ao longo do seu discurso, como uma razão para o ensino ao doente. Consideraram que este, após a alta clínica, possuía um conjunto de informações fornecidas pelo enfermeiro, que lhe permitiam a execução das suas actividades de autocuidado de forma autónoma.

“...eu acho que as informações que dou ao doente vão ao encontro das suas necessidades (...) o doente tem alta e vai com todas as competências para o domicílio em termos de ensinamentos para uma maximização da sua autonomia.” (E3)
“Considero que também a informação que dou vai ao encontro das suas necessidades; acho que ele vai com toda a informação necessária para ser autónomo.” (E9)
“O doente tem alta e vai com conhecimento adquirido para o domicílio que lhe permita satisfazer as suas necessidades...” (E10)

Um dos entrevistados referiu que, mesmo antes de o doente ter alta clínica, já se apresentava independente em determinadas actividades de autocuidado, tendo sido eficaz a informação fornecida. No momento da alta, era praticamente independente em todos os autocuidados.

“Eles para o final do internamento, vão sozinhos à casa de banho e já não tocam à campainha, daí que já se encontrem autónomos e a informação foi eficaz...” (E10)
“Mas eles saem daqui independentes em praticamente todos os autocuidados.” (E10)

3.2.3 Gestão da Informação

Ao longo do período pós-operatório, a necessidade de informação do doente é uma constante, sendo o enfermeiro o responsável por efectivar a sua mediação. Contudo, a forma como a informação é transmitida ao doente é influenciada por alguns factores. Através da análise do discurso dos enfermeiros participantes neste estudo, foram identificadas 3 condicionantes, no âmbito da gestão de informação, representadas no quadro 7.

Quadro 7 – Categoria: Gestão da Informação ao Doente

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Tempo		15
Pessoa	Características do Doente	14
	Ajustamento da informação às necessidades do doente	8
Recursos	Criação de uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem	6
	Existência de um <i>Flyer</i>	16
	Família/Cuidador Informal	32
	Profissional de Enfermagem Especializado em Reabilitação	4

3.2.3.1 Tempo

No período de recuperação, a informação fornecida ao doente dependia do tempo pós-operatório em que se encontrava, ou seja, os ensinamentos ocorriam ao longo do tempo de permanência no internamento, de forma gradual, com o objectivo de este assimilar tudo o que lhe era transmitido e, ao mesmo tempo, consciencializar-se de todo o processo cirúrgico.

Os ensinamentos são feitos de acordo com o tempo pós-operatório em que o doente se encontra...” (E7)

“Nós tentamos dar a informação o mais espaçada possível em termos de dias pós-operatórios, para que ele possa assimilar a informação...” (E8)

“A informação é dada ao longo do internamento. Vai surgindo a informação e esta nunca deve ser dada de uma vez só, uma vez que muitas vezes o doente ainda se está a consciencializar que colocou uma prótese...” (E4)

Por outro lado, alguns informantes reconheceram que adaptavam a informação ao período pós-operatório em que o doente se encontrava. Ao invés, outros que explicaram situações em que alguma informação era transmitida logo no momento de admissão, uma vez que existiam casos de doentes que não sabiam como lidar com a prótese e desconheciam o que lhes iria suceder no pós-cirurgia. A restante informação era fornecida à medida que se criava confiança entre enfermeiro e doente.

“Vamos adequando a informação, hoje vamos fazer o ensino do primeiro levante, amanhã vamos adequar em relação à ida ao sanitário, sempre por etapas...” (E4)

“A informação é dada de forma gradual e quando há mais confiança (...) mas relativamente a outros aspectos tudo é falado. A informação é dada logo que entram no início. Os ensinamentos têm que ser feitos logo à chegada...” (E3)

“...aos outros damos a informação toda em função do tempo de permanência cá no serviço, porque muitos deles não têm o mínimo cuidado do que é ter uma prótese...” (E9)

3.2.3.2 Pessoa

Outro dos factores que foi referido por alguns entrevistados como contribuindo para a gestão da informação foi a própria pessoa. Neste âmbito, identificaram-se 2 situações que concorriam para que a gestão da informação ocorresse, estando relacionadas com:

- Características do Doente;
- Ajustamento da informação às necessidades do doente.

Descrevemos, na opinião dos informantes, cada uma destas situações.

- Características do Doente

As características do doente influenciavam em grande parte a informação a ser transmitida, em termos de gestão. Foram evidenciadas características como a receptividade e a cooperação do doente, influentes na informação transmitida, bem como a sua capacidade de resposta em termos de autonomia.

“...A informação vai sendo debitada (...) conforme as condições e a receptividade do doente...” (E1)

“A informação é dada de acordo com a capacidade que o doente tem de cooperação. Inicialmente, se eles vêm muito dependentes, têm de começar do zero, num sentido muito básico (...); depois vai-se gradualmente aumentando esta informação, à medida que o doente também aumenta a sua autonomia.” (E2)

“...a informação também é dada de acordo com a capacidade do doente e a forma como vão evoluindo e aprendendo e adquirindo a autonomia...” (E7)

Outra das situações relatada por um dos participantes, que se encontrava relacionada com as características do doente, foi a adaptação da informação ao mesmo, ao seu contexto e à sua vida.

“...adaptando claro está a cada doente, permitindo que a informação não fosse dada de uma vez só.” (E5)

“Tento sempre adaptar tudo ao contexto e à pessoa, à vida, ao tipo de profissão, se for uma pessoa reformada, que não faça nenhum desporto, eu normalmente nem falo disso.” (E5)

A capacidade cognitiva foi referida por alguns entrevistados como sendo um elemento que estava inerente às características do doente. Sabe-se que esta, determinante pessoal, não é igual em todos os indivíduos, podendo-se perder faculdades gradualmente com o avançar da idade. Neste sentido, tornou-se necessário gerir a informação a transmitir ao doente, uma vez que se percepcionou que havia indivíduos em que os ensinamentos eram realizados mas não eram aprendidos

“...há situações de doentes que não evoluem porque a capacidade cognitiva deles não o permite... a informação é dada mas o doente não a retém...” (E7)

“Depois também depende das características do doente, porque pode-se dar a informação e ele não aprender por exemplo devido a um défice cognitivo, embora a informação tenha sido dada ele não assimilou...” (E10)

- Ajustamento da informação às necessidades do doente

Alguns enfermeiros referiram a necessidade de ajustar as informações às necessidades do doente, como uma forma de gerir a informação, no âmbito dos ensinamentos efectuados, aquando do surgimento de uma dificuldade no doente.

“...e depois as dúvidas também vão surgindo à medida que os cuidados são prestados e quando precisam de fazer alguma coisa, e que não o consigam fazer de forma autónoma.” (E2)

“...posteriormente vão-se deparando com as dificuldades e tentando adaptar às actividades de vida diária solicitando a informação.” (E10)

“...através do treino cada um apercebe-se das dificuldades e assim ser necessário mais reforços, daí que informo com a ocorrência de uma dificuldade...” (E8)

3.2.3.3 Recursos

A existência de recursos no ensino ao doente foi considerado como fundamental pelos intervenientes do estudo. Os recursos são entendidos como sendo todo o tipo de estratégias utilizadas que visem facilitar o ensino ao doente, no sentido de permitir uma execução de forma o mais autónoma possível de todas as actividades de autocuidado.

Identificaram-se 4 recursos, que serão apresentados a seguir:

- Criação de Consulta Pré-Operatória de Enfermagem;
- Existência de *Flyer*;
- Família/Cuidador Informal;
- Profissional de Enfermagem Especializado em Reabilitação.

Passaremos a descrever individualmente cada recurso, na opinião dos entrevistados:

- Criação de Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

Alguns entrevistados reconheceram que o planeamento e a execução dos ensinamentos deveriam ser feitos antes da intervenção cirúrgica. A abordagem com o doente acerca de dificuldades, receios, complicações e alterações a realizar na sua vida e domicílio

começaria numa consulta pré-operatória de enfermagem, em que deveria ser debatido todo este processo entre profissional de enfermagem e doente.

“...acho que era necessário realizar um trabalho antes de o doente ser operado, que passaria por uma consulta de enfermagem de ortopedia pré-operatória, em que todo o processo seria discutido com o doente e a informação que nós consideraríamos importante seria dada. Penso que seria a melhor altura para o doente começar a reflectir (...) Nessa consulta seria o momento ideal para se debater com o doente e para se irem descobrindo algumas dúvidas...” (E1)

“...haveria de haver uma consulta pré-operatória de enfermagem, no sentido de o alertar destas dificuldades, porque o médico não as explica e as consequências de mau posicionamento no dia-a-dia, são complicadas e pode mesmo levar à luxação...” (E5)

A finalidade deste recurso, na opinião dos entrevistados, seria promover o processo de reabilitação, de forma mais precoce, bem como ajudá-lo a consciencializar-se das implicações inerentes ao processo de ATA.

“...era minorado com a tal consulta pré-operatória. Conseguíamos que o doente tivesse uma reabilitação mais precoce...” (E6)

“...eu acho que deveria ser criada uma consulta pré-operatória (...) porque assim ajudava-os a entender e a compreender que teriam de, depois de ser operados, mudar alguns comportamentos...” (E7)

- Existência de *Flyer*

Outro recurso considerado pelos participantes como mais uma estratégia que facilitasse o ensino de estratégias foi a existência de um *flyer*. Alguns entrevistados reconheceram-no como imprescindível e um complemento à informação fornecida verbalmente. Por outro lado, referiram a necessidade de explicá-lo junto do doente, para além da sua entrega, assim como a necessidade de estar sempre actualizado. Com este tipo de procedimento seria possível o doente ler o *flyer*, reflectir, para mais tarde apresentar dúvidas e assim poder assimilar a informação.

“Tudo isto pode ser complementado através de informação escrita, como é o caso do panfleto que temos no serviço, já é um bom princípio e uma boa estratégia (...)

bem como ser explicado ao doente e não apenas entregar-lho (...) contudo necessitaria de ser actualizado...” (E1)

“Quando damos essa informação, geralmente é de forma verbal, não temos nenhum apoio escrito, faz-nos falta...” (E2)

“...dou sempre o panfleto para ele ler, reflectir e para mais tarde perguntar se tem dificuldades, dúvidas...” (E5)

“Dou a informação também quando lhes forneço o panfleto para que eles possam ler e assimilar e questionar se tiverem dúvidas...” (E7)

Este flyer, de acordo com os informantes, foi utilizado como resposta às dúvidas relativas à execução das actividades de autocuidados comprometidas, contendo todas as estratégias para as resolver. Foi também identificado, no domínio da sexualidade, sendo usado pelos enfermeiros, em doentes mais jovens, para informá-los acerca da sua expressão sexual.

“...o serviço de Ortopedia tem um panfleto que indica todas as orientações a nível de posições sexuais...” (E2)

“...é dado um panfleto com as estratégias para a satisfação dos autocuidados comprometidos pela cirurgia...” (E8)

“...distribuimos um panfleto que indica todas as orientações a nível de posições sexuais, sobretudo para pessoas mais jovens que se mantêm sexualmente activas, não é que os idosos também não o sejam...” (E7)

No entanto, um dos entrevistados considerou que o flyer disponível para os doentes em nada contribuía para a sua autonomia e para a realização das actividades de vida diária, sendo por isso necessário que fosse desenvolvido um recurso deste âmbito, com todo o processo cirúrgico do doente e suas implicações.

“...temos um panfleto que pouco ou nada facilita o dia-a-dia do doente, vai afectá-lo.” (E6)

“...assim como o desenvolvimento de um panfleto em que se explicasse todas as fases por que o doente passa, desde o pré-operatório até ao pós-operatório e todas as instruções que o doente deve adoptar no seu dia-a-dia...” (E6)

- Família/Cuidador Informal

A maioria dos participantes reconheceu a família/cuidador informal como sendo um recurso, no sentido de gerir a informação a ser dada ao doente. Alguns entrevistados consideraram importante a inclusão da família na prestação dos cuidados, nomeadamente no seu treino, uma vez que seria esta entidade que iria continuar a cuidar do doente no domicílio. Neste sentido, a família/cuidador informal, por vezes, apresentava uma atitude de procura de informação, visando saber como cuidar do doente.

“O cuidador informal/família deve ser e é incluído nos cuidados. Aqui a família é mais incluída que na fase aguda, porque temos, ou melhor, é um dos nossos objectivos do serviço, primeiro o treino do cuidador, é uma das filosofias principais do serviço e segundo temos mais disponibilidade.” (E2)

“...e nós tivemos que falar com a família e intervir junto da família, se a doente não consegue fazer então pronto a família tem que intervir e estar 24 horas ou então uma pessoa cuidadora durante 24 horas junto do doente.” (E3)

“A família coloca dúvidas, como é que vão movimentá-los na cama, no caminhar, é lógico que às vezes ficam um bocadinho aquém os ensinamentos à família, incluir a família nos ensinamentos, ou seja, nos cuidados...” (E4)

“Os familiares questionam mais, para saber como há-de ser quando o doente tiver alta (...) tento sempre transpor à realidade do doente, através das informações que colho com o doente e família...” (E7)

Esta entidade foi encarada como um apoio, meio de informação ao doente, alertando-o sobre comportamentos considerados correctos e incorrectos. Foi referido por um dos entrevistados que uma linha orientadora dos cuidados prestados pelos enfermeiros era averiguar quem era o cuidador informal e convocá-lo para a prestação de cuidados, à excepção de situações de recusa. Foi relatado que a família/cuidador informal aprendia com as actividades executadas pelos enfermeiros, ajudando a que no momento da alta, este reunisse todas as condições para cuidar do doente, conforme foi exposto por alguns entrevistados.

“Considero que a família vai ser um meio de informação ao doente, até porque o alertará em casa para determinados cuidados, posturas, ajudará o doente a recuperar...” (E7)

“...a família acaba por ser um meio de informação ao doente e por isso é importante que participe nos cuidados durante o internamento...” (E8)

“...é sempre incluída nos cuidados, a não ser que recusem porque não vão ser os cuidadores. A 1ª coisa que nós enfermeiros fazemos é chamar a família e envolvê-la, saber quem vai cuidar do doente...” (E9)

“Quando é um familiar mais presente aprende um bocadinho com as nossas informações, com a nossa rotina, a ter os cuidados necessários...” (E6)

“Nesta unidade a família é sempre envolvida nos cuidados para ajudar sempre o doente e saber como irá cuidar dele após a alta, a família é sempre preparada e envolvida para ajudar o doente...” (E10)

Contudo, foi relatado, só em algumas situações se verificar a envolvimento da família, muitas vezes, já no momento da alta, nomeadamente em casos de doentes de faixa etária avançada. Nos doentes mais jovens, o papel da família/cuidador informal ficaria mais “na sombra”, dado que era visto como sendo um doente com potencial de recuperação, e as informações seriam dadas pelo doente no domicílio, conduzindo a que a família/cuidador informal não se envolvesse. No entanto, foi reconhecida a importância desta entidade em se incluir nos cuidados.

“...se for uma pessoa de idade avançada a família já nem vem tanto, apesar de numa idade avançada ser o cuidador mas talvez não vem tanto ao hospital, só no momento da alta ou pouco antes.” (E5)

“...tem acontecido termos doentes com idade mais nova, que numa fase inicial também vão precisar do companheiro ou de uma outra pessoa cuidadora, mas que eu não vejo grande envolvimento por parte do cuidador, as informações são dadas depois pelo doente.” (E5)

“Como se trata de uma pessoa consciente, orientada, a família não está se calhar tão preocupada, mas eu acho que se deveria envolver e que nós deveríamos fazer pressão para que eles se envolvessem...” (E5)

- Profissional de Enfermagem Especializado em Reabilitação

Dois enfermeiros consideraram a presença de um profissional de enfermagem especializado como um dos recursos de gestão de informação ao doente. Entendemos por profissional de enfermagem especializado em reabilitação todo o profissional que apresenta formação avançada nesta área.

Reconheceram estes profissionais como uma mais-valia, pois são detentores de conhecimentos específicos na área de reabilitação, podendo assim promover a recuperação funcional do doente e a sua reabilitação o mais precocemente possível.

“...achava benéfico outras estratégias, como por exemplo, a presença obrigatória de um enfermeiro de reabilitação – especialista – no serviço, nós não temos capacidades para fazer determinados ensinamentos porque não somos especialistas, a parte da reabilitação deveria intervir de forma bem positiva, porque assim o processo de recuperação e reabilitação do doente era feito o mais precoce possível...” (E4)

“...podia ser adiada no internamento se houvesse mais investimento no serviço nos enfermeiros de reabilitação.” (E6)

3.2.4 Dificuldades na Transmissão da Informação

O processo de recuperação do doente submetido a ATA vai ser influenciado pelas informações dadas pelo enfermeiro ao longo do tempo de internamento. Estas têm como objectivo tornar o doente o mais autónomo possível, através da instrução, treino e supervisão de estratégias que permitam a execução das actividades de autocuidado comprometidas pela intervenção cirúrgica. No entanto, constatámos que nem sempre era possível o cumprimento de planos de ensino a realizar ao doente, devido a alguns factores que iriam dificultar a transmissão da informação.

De acordo com os relatos dos informantes, foram evidenciados motivos que estavam na origem das dificuldades na transmissão da informação ao doente. Deste modo, emergiram 3 subcategorias e que serão expostas, a seguir (quadro 8), bem como as refutaremos com expressos dos enfermeiros entrevistados.

Quadro 8 – Categoria: Dificuldades na Transmissão da Informação

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Pessoa Passiva de Cuidados	Agente Passivo de Cuidados	14
	Falta de Conhecimento	4
Não Consciencialização Prévia da Dependência		23
Condições Inerentes ao Trabalho do Enfermeiro	Escassez de Tempo	11
	Limitação da Praxis do Enfermeiro	23
	Orgânica do Serviço	6

3.2.4.1 Pessoa Passiva de Cuidados

Através da análise dos dados fornecidos pelos participantes do estudo foi possível identificar-se 2 motivos pelos quais se verificavam dificuldades na transmissão da informação, relacionados com o facto de o doente apresentar uma postura de passividade, face a todo o processo de cuidados cirúrgicos que este vivenciava:

- Agente Passivo de Cuidados;
- Falta de Conhecimento.

Dada a riqueza dos dados vamos abordar de seguida cada um dos motivos identificados no discurso dos enfermeiros.

- Agente passivo de cuidados

Durante o processo de recuperação, os informantes verbalizaram que os doentes não questionavam os enfermeiros acerca dos cuidados que lhes eram prestados. Muito pelo contrário, deixavam, passivamente, que lhes fossem prestados os cuidados sem abordarem o profissional de enfermagem, sobre o que faziam e porque o faziam.

“Pela experiência que eu tenho, são poucos os doentes que nos apresentam questões... mas são muito poucos.” (E1)

“Sinto que os doentes não me questionam muito, por acaso os doentes não questionam muito (...). Contudo, sou pouco questionada sobre aquilo que faço.” (E2)

“Eu sinto que os doentes não questionam, não sou questionada pelos doentes, acho que eles deixam que lhes sejam prestados os cuidados sem questionarem o que está a ser feito...” (E7)

No entanto, as razões que concorriam para este facto não eram conhecidas por alguns enfermeiros. Contudo, alguns arriscaram atribuí-las ao receio, à timidez e à inibição e não a sentimento de medo.

“Sinceramente nem sei o porquê de não ser questionada, talvez um certo receio de fazer questões, por ignorância ou timidez, ou mesmo porque não se lembram (...) Medo também não será, mas também nunca me interroguei do porquê de não ser questionada.” (E2)

“Ficam um pouco inibidos, porque estão perante profissionais de saúde (...) Nós também quando estamos do outro lado, lado do doente, também fazemos o mesmo, até porque também podem não questionar com medo de mostrar ignorância ou obter uma resposta menos boa.” (E6)

Ainda neste contexto, alguns entrevistados referiram existir no início uma ausência de questões, bem como um sentimento de incerteza no doente, esperando que lhe fossem prestados os cuidados sem questionar. Por outro lado, a própria personalidade do doente, foi mencionada por um participante como um obstáculo na transmissão da informação. No entanto, com o passar dos dias as questões iam surgindo, uma vez que aumentava a confiança com o profissional de enfermagem.

“Inicialmente há uma ausência de questões e depois vão surgindo e aumentando, à medida que vão ganhando confiança com o pessoal.” (E2)

“...talvez não questionem porque muitas vezes faz parte da personalidade da pessoa ser retraída...” (E5)

“Mais ou menos, vão questionando, às vezes a pessoa vai confrontando-os com os cuidados a ter a aí é que eles vão tendo dúvidas, mas no fundo estão ali mais à espera de alguma coisa que a gente vai dizendo, é mais assim...” (E4)

- Falta de Conhecimento

Alguns participantes referiram que a falta de conhecimento poderia conduzir o doente a adoptar uma postura passiva, uma vez que muitos deles desconheciam aquilo a que

tinham sido submetidos. Por outro lado, a situação de os doentes não questionarem, na opinião de um entrevistado, relacionava-se com o facto de estarem à espera que surgissem as dificuldades, que muitas vezes só ocorriam no domicílio, já que não tinham a noção daquilo que era inerente a todo o processo cirúrgico.

“Mas nunca me questioneei acerca do motivo por que não me fazem muitas perguntas. Sei lá, é na dúvida, porque se calhar estão à espera do que vai acontecer no dia-a-dia e não surgem as dificuldades no momento.” (E4)

“...acho que pela falta de conhecimento do doente ele não questiona...” (E6)

“Se não formos nós a estarmos lá com o doente, a falarmos, ele muitas vezes não vai dizer que tem dificuldades, vai deparar-se com elas em casa.” (E5)

3.2.4.2 Não Consciencialização Prévia da Dependência

Outra dificuldade, sentida pelos enfermeiros, na transmissão da informação verificou-se pela falta de percepção do doente, face a todas as implicações que a intervenção cirúrgica exigia, nomeadamente a dependência a que iriam estar sujeitos. Alguns enfermeiros referiram o facto de o doente não se ter apercebido da condição de dependente, ou seja, das dificuldades que iria sentir ainda no internamento, bem como, no domicílio, levando-o a seguir determinadas regras para o resto da vida. Um dos entrevistados relatou o facto de os doentes afirmarem que não tinham noção de que o processo cirúrgico iria ser tão tenebroso.

“Não sei se é porque ainda não se aperceberam como estão no Hospital que ainda não se aperceberam das dificuldades que vão sentir posteriormente no domicílio...” (E1)

“Talvez não tenham consciência do seu estado, das limitações, da dependência, do amanhã e do que lhes vai acontecer...” (E4)

“...têm dificuldade em compreender que a cirurgia os vai afectar para o resto da vida, vão ter que seguir determinadas regras...” (E6)

“...porque muitas das vezes dizem que não tinham noção que ia ser assim, que ia ser tão difícil...” (E8)

Nesta linha pensamento, alguns informantes verbalizaram o caso de doentes que não tinham consciência do que era viver com uma prótese e das dificuldades que iriam sentir ao nível do domicílio. Simplesmente, na opinião dos enfermeiros, o doente era informado

que, após a cirurgia, a dor iria desaparecer, ficando com uma condição melhor, relativamente à presente e não se apercebiam das implicações inerentes a todo o processo cirúrgico. No entanto, dois entrevistados referiram que alguns doentes já se iam apercebendo ainda no internamento, mesmo que curto, das dificuldades inerentes à dependência, mas só as identificavam na realidade após a alta.

“Acho que eles ainda não tomaram muita consciência daquilo que os espera e o que é viver com uma prótese, embora fiquem aqui com algumas luzes.” (E2)

“O doente não tem consciência de que vai ter dificuldades e do que o espera após a cirurgia, mas à medida que os dias vão passando, ainda mesmo no internamento vão-se apercebendo e expressando estas dificuldades. “ (E6)

“Muitos deles não têm consciência da condição de doente e do que lhes espera lá fora após a alta e também não o tinham antes de ser operados. Eu acho que começam a ter alguma consciência durante o internamento (...) depois os doentes durante o internamento, apesar de ser curto já se vão apercebendo disso. Creio que quando chegarem a casa vêem as restantes e reais dificuldades ...” (E5)

“...ele acaba só depois da cirurgia por se aperceber que vai ter necessidade de quando veste umas calças ou calça umas meias já não é da mesma forma...” (E6)

Neste sentido, tornou-se fundamental o papel do enfermeiro, no sentido de ajudar o doente a consciencializar-se da condição de dependente, mesmo antes da alta clínica.

3.2.4.3 Condições Inerentes ao Trabalho

Outras das dificuldades relativas à transmissão da informação prende-se com as condições inerentes ao trabalho do enfermeiro. De todas as dificuldades expressas pelos informantes, na transmissão de informação, esta pareceu-nos a que teve maior relevo. Na opinião dos entrevistados foram identificadas 3 situações que concorriam para que a difusão da informação ficasse comprometida:

- Escassez de Tempo;
- Limitação da Praxis do Enfermeiro;
- Orgânica do Serviço.

Dada a riqueza de dados obtida, achámos pertinente a abordagem de cada um dos casos que contribuíam para que a transmissão da informação ficasse, de alguma forma, em risco.

- Escassez de Tempo

Pelo discurso dos informantes foi notório que a disponibilidade de tempo para a prestação de cuidados ao doente era fundamental, nomeadamente, na área da instrução, treino e supervisão de estratégias.

Foi mencionada a escassez de tempo como responsável pela omissão ou fornecimento de pouca informação ao doente, bem como pela limitação de todo o processo de promoção de autonomia da pessoa.

“... mas eu não tenho tempo para fazer aquilo que gostaria de fazer. A falta de tempo para fazer a instrução e o treino, e mesmo a falta de tempo para dar a informação, fazer o ensino e mesmo sem a instrução. Basicamente a minha maior dificuldade é que não tenho tempo (...) e o tempo escasseia para dar resposta a estas necessidades ...” (E1)

“... (omissão de informação) por causa da escassez de tempo...” (E6)

“...e a escassez do tempo também dificulta a informação...” (E8)

Na opinião de alguns entrevistados, não era dado tempo ao doente para este expressar as suas dificuldades, ou seja, mostrar quais as suas necessidades de informação. Por outro lado, a inexistência de tempo, demonstrada pela postura atarefada do profissional, foi referida como uma possibilidade para condicionar a instrução do doente. Deste modo, poderia inibi-lo de recorrer à informação, no sentido de esclarecer as suas dúvidas, embora não acontecesse no local de realização do estudo.

“Não há tempo e se calhar não damos oportunidade àquela comunicação que deveria ser, e não é feita da mesma forma, ou da forma mais correcta, não damos tempo ao doente e não temos tempo de estar com ele, de ele falar e de expressar as suas dificuldades.” (E5)

“...e muitas vezes andam atarefados e não querem mesmo questionar e mostrar algumas dificuldades porque têm medo de obter uma má resposta, o que não acontece aqui no serviço.” (E6)

Contudo, um dos entrevistados reconheceu que se a falta de tempo não fosse uma realidade, talvez o doente pudesse, no momento da alta, levar consigo mais informações.

“Se acho que podiam levar mais informações? Acho que sim, sem dúvida. Por norma, a falta de tempo contribui para isto...” (E8)

A inclusão da família na prestação de cuidados poderia ficar em risco, devido a este mesmo aspecto, uma vez que não permitia a sua envolvência, sendo relatado este facto por um dos entrevistados.

“...da minha parte, eu acho que a inclusão da família podia fazê-lo mais, mas a falta de tempo dificulta toda esta envolvência...” (E8)

- Limitação da Praxis do Enfermeiro

A limitação da praxis do enfermeiro, enquadrada nas condições inerentes ao trabalho, foi o aspecto mais verbalizado pelos informantes, como dificultador do processo de transmissão de informação ao doente.

Inerente a esta situação, o baixo rácio enfermeiro/doente foi indicado, por uma grande parte dos entrevistados, como sendo o obstáculo para que o ensino de estratégias ao doente não acontecesse. Ou seja, o número elevado de doentes atribuído a cada enfermeiro, e conseqüente sobrecarga de trabalho, não permitia disponibilidade para a instrução e supervisão dessas mesmas estratégias a adoptar pela pessoa, bem como a disponibilização de tempo para estas actividades, já que o profissional de enfermagem tinha de gerir prioridades e estava sujeito a rotinas instituídas.

“...o rácio enfermeiro/doente é muito baixo, o que dificulta muitas vezes o tempo para estarmos com calma com o doente, darmos-lhe tempo para aprender, treinar e nós supervisionarmos as actividades que ele faz.” (E4)

“...outras vezes nós enfermeiros com a nossa sobrecarga de trabalho não damos muita oportunidade para isso, vamos fazer o que temos a fazer e acabamos por virar as costas, que é mesmo o termo mais correcto.” (E5)

“...temos muitos doentes para cada enfermeiro, o rácio enfermeiro/doente é baixo o que dificulta. (...) porque no fundo temos que gerir prioridades...” (E8)

Outra situação mencionada prendia-se com o facto de o profissional fornecer a informação, no entanto não ter a certeza se esta tinha sido devidamente assimilada. Por outro lado, foi considerada uma limitação do trabalho do enfermeiro, o facto de o profissional de enfermagem, após a alta do doente, perder o contacto com este e não saber se foram assimiladas as alterações que deveria fazer no domicílio e se este se estava a adaptar bem, assim como, em algumas situações transpor as alterações para a vida profissional.

“...sinto que por vezes dou a informação sem ter a necessidade se foi apreendida e nem chega a ser treinada...” (E1)

“Ao fim de 30 dias, quebramos isso e podemos pensar se está tudo bem, se o doente está bem... ao final das contas perdemos o «rasto» ao doente, porque depois é ou não outra equipa de enfermagem, ou pessoas sem currículo (...) e depois nós não podemos ir lá ver se está tudo bem ou não, se caminha bem...” (E3)

“Depois não conseguimos fazer essa transposição para o ingresso na sua vida profissional.” (E2)

Ainda neste contexto, o período de internamento curto foi verbalizado por alguns participantes como sendo uma dificuldade na transmissão da informação, uma vez que era tudo realizado de forma muito concentrada, sendo muitas vezes difícil instruir e treinar o doente. Para além de tudo, não lhe permitia criar confiança com o profissional de enfermagem, no sentido de esclarecer as suas dúvidas e, ao mesmo tempo, ser-lhe dada a informação.

“...no entanto é tudo feito durante 7 dias que acaba por ser feito tudo de uma forma muito concentrada, levando a que o doente por vezes não assimile...” (E8)

“Mas é assim é muito difícil aqui fazer o treino em seis dias...” (E5)

“O período de internamento é muito curto e isso também não ajuda a que o doente crie confiança para questionar...” (E7)

Por outro lado, a falta de um suporte teórico (tipo *flyer*) a fornecer ao doente foi relatado por dois informantes, como influenciadores do processo de transmissão da informação pelo profissional de enfermagem.

“...e por falta de suporte que possamos fornecer ao doente...” (E6)

“...e também não temos porque a culpa é nossa que o deveríamos fazer, mas por acaso em termos de folhetos informativos não temos nada na Unidade.” (E2)

- **Orgânica do Serviço**

Este aspecto foi referenciado por 6 entrevistados como influenciador no ensino ao doente pelo enfermeiro. O facto de estarem concentradas, num só serviço, quatro especialidades dificultava a instrução do doente, dado que existiam muitos doentes com necessidades de cuidados diferentes e, ao mesmo tempo, muito específicas. Consequentemente, na opinião dos entrevistados, os ensinamentos não necessitavam de ser efectuados no momento, acabavam por ser protelados, no planeamento de cuidados do enfermeiro.

“...muitos doentes, com muitas necessidades, cada um com necessidades específicas...” (E1)

“Por outro lado, a própria orgânica do serviço, uma vez que temos quatro valências dentro de um só serviço e os doentes de medicina requerem mais cuidados específicos e na hora, acabando por os de ortopedia ficarem um pouco de parte, principalmente na parte dos ensinamentos pós-operatórios.” (E4)

“Depois a orgânica do serviço que nos complica as tarefas, o facto de termos quatro valências integradas no mesmo serviço, doentes de diferentes especialidades que requerem cuidados diferentes, havendo doentes, o caso dos da medicina interna, que requerem cuidados mais urgentes e no momento e os ensinamentos por vezes acabam por ficar para 2º plano...” (E8)

Um dos entrevistados referiu que o facto de o mesmo doente não ser sempre atribuído ao mesmo profissional de enfermagem, durante a estada deste, como sendo uma dificuldade no fornecimento da informação pelo enfermeiro, já que não era dada uma continuidade de cuidados.

“Geralmente não estou com o doente os sete dias, é um dos problemas que temos aqui no serviço, o que compromete uma continuidade dos cuidados...” (E6)

3.2.5 Ocultação da Informação

Durante o período pós-operatório, seja imediato, seja tardio, o doente carece de informações que visem a promoção da sua autonomia, nomeadamente, para a realização das actividades de autocuidado comprometidas. Contudo, nem sempre o doente recebe a devida informação, ficando, esta, muitas vezes, na sombra do planeamento de cuidados do profissional de enfermagem. A omissão da informação não só se prende com o enfermeiro, mas também com a procura de informação por parte do doente.

Assim, tendo por base o discurso dos enfermeiros, constituíram-se 2 subcategorias que serão anunciadas, seguidamente no quadro 9, bem como a respectiva explanação na opinião dos informantes.

Quadro 9 - Categoria: Ocultação da informação

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Informação Não Questionada	Função Sexual	16
	Emoções inerentes às Adaptações a realizar na Vida	1
	Dor	1
	Condução de Veículos	1
Informação Não Transmitida	Expressão da Sexualidade	8
	Instrução de Estratégias e Treino de Autocuidado	15
	Actividade de Conduzir	6
	Comprimento dos Membros	1

3.2.5.1 Informação Não Questionada

Pela análise das entrevistas, foi notório evidenciar-se a ocultação de informação, em vários âmbitos. Esta sonegação é devida ao facto de não ser questionada pelo doente, acabando por ser omitida pelo enfermeiro. Assim, pela análise do discurso dos enfermeiros tornou-se possível salientar 4 áreas de informação que não são questionadas pelo doente:

- Função Sexual;
- Emoções inerentes às Adaptações a realizar na Vida;
- Dor;

- Entrada e Saída do Carro.

Seguidamente apresentá-las-emos na opinião dos entrevistados.

- Função Sexual

A função sexual, informação que mais foi mencionada pelos enfermeiros como não questionada pelo doente, foi uma das necessidades que ficava afectada pela realização da ATA. Deste modo, deveria ser uma preocupação, não só, mas também do doente em questionar acerca desta necessidade. No entanto, na opinião de alguns participantes no estudo foi considerada como uma necessidade sentida, mas não expressa, ou seja, um conteúdo de informação não questionado pelo doente, tendo sido o indicador que mais ressaltou no discurso dos enfermeiros.

“Acho que deve ser consensual por todos os enfermeiros, a sexualidade.” (E7)

“O doente, penso eu, que uma das dificuldades que ele sente e não verbaliza é a parte da sexualidade, embora a maioria sejam idosos, mas ainda são casados e têm uma vida sexual activa, mas não questionam (...) mas muito raramente sou questionada sobre isto..” (E6)

“Há questões que não são colocadas, nomeadamente a sexualidade...” (E8)

A razão para esta informação não ser procurada, ou seja, não questionada, na opinião dos entrevistados, prendia-se com a forma como esta necessidade ainda hoje é encarada pela sociedade – um tabu. Por outro lado, um dos entrevistados referiu ainda ser uma temática marginalizada.

“...e eles também não o abordam (sexualidade), ainda é considerado um tabu.” (E2)

“É uma temática um pouco marginalizada tanto pelo doente, porque não questiona, ainda é um tabu na sociedade...” (E7)

- Emoções inerentes às Adaptações a realizar na Vida

Um dos enfermeiros referiu que as alterações emotivas, resultantes do não questionamento, de todo o processo de recuperação do sujeito, acabava por conduzi-lo à não expressão das suas emoções.

“E também outros, normalmente muitas vezes os doentes ficam com alterações emotivas inerentes às dificuldades que vão sentir e às alterações que vão ter que fazer nas suas vidas e por norma não expressam a parte emotiva...” (E8)

- Dor

Também um enfermeiro entrevistado mencionou a experiência da dor, como sendo algo não procurado pelo doente, em termos de informação.

“A dor também é algo que ele não expressa...” (E8)

- Condução de Veículos

As informações inerentes à condução de veículos também não eram questionadas pelo doente, durante o período pós-operatório. No discurso de um dos entrevistados foi possível identificar-se esta situação.

“Os doentes também não verbalizam por exemplo, no caso de conduzirem como é que terá agora que fazer e até mesmo relativamente a actividades que faziam antes...” (E10)

3.2.5.2 Informação Não Transmitida

Se anteriormente falámos da informação que não era procurada pelo doente, neste indicador demos conta que o enfermeiro também não transmitia as informações pertinentes à manutenção do estado de reabilitação do doente. Neste sentido identificámos 4 domínios que, de alguma forma, os doentes não tiveram acesso à informação.

- Expressão da Sexualidade;
- Instrução de Estratégias e Treino de Autocuidados;
- Actividade de Conduzir;
- Comprimento dos Membros.

Passaremos a descrevê-los, na opinião dos entrevistados.

- Expressão da Sexualidade

A expressão da sexualidade foi um domínio de informação verbalizado por alguns informantes como não sendo fornecido ao doente, ou seja, que não era alvo de inclusão no planos de ensino a efectuar pelo enfermeiro.

“...mas com eles nunca se aborda (a sexualidade)...” (E7)

“A nível da sexualidade não entramos muito nesse campo...” (E9)

As razões apresentadas para a expressão da sexualidade não ser incluída no planeamento de cuidados, na opinião dos entrevistados, prendia-se com a invasão da intimidade do doente, bem como o facto de serem doentes já com uma idade avançada, criando alguma relutância e constrangimento, no profissional, em abordar este assunto.

“A sexualidade nunca é abordada, é uma delas (...) e nós também temos uma certa relutância em falar (...) mas com eles nunca se aborda ...” (E2)

“Também a minha parte fica inibida de falar sobre o assunto (...) quem coloca uma PTA já tem uma certa idade e daí a nossa relutância em falar disso.” (E6)

“...mas que tentamos fazer o ensino, em algumas situações não é possível porque também nos inibimos de o fazer já que é algo de intimidade do doente...” (E8)

Contudo, apesar de ser algo inibitório para o enfermeiro, um dos participantes reconheceu a pertinência em abordar esta temática com o doente.

“...mas também a sexualidade não é abordada pelo enfermeiro, porque é algo inibitório para o profissional, mas acho que é pertinente (...) Por norma não falamos sobre o assunto.” (E9)

- Instrução de Estratégias e Treino de Autocuidados

Durante o processo cirúrgico a que o doente iria ser submetido, os enfermeiros revelaram ocorrer situações em que a falta de ensino, e mesmo o seu treino não ocorreram, sendo

este, o domínio de informação não transmitida, o mais notório nos discursos dos informantes. Dois participantes afirmaram que o doente não era informado, nem no período pré-operatório, nem no pós-operatório, acerca das estratégias a adoptar e das limitações que o esperavam.

“mas eu acho que antes de serem operados não lhes é explicado correctamente o que é uma colocação de PTA, quais as limitações e os cuidados que vão ter (...) e que aqui não são abordadas as estratégias necessárias para as resolver...” (E5)

“Eu acho que os doentes não são devidamente informados no pré-operatório do que é ter uma prótese e o que isso implica. Eles acham que vão ter algumas dores e depois vai passar...” (E7)

“...e que aqui raramente ou quase nunca são explicados esses procedimentos (estratégias adaptativas para satisfação das actividades de autocuidado) (...) ...muitas vezes ele não é informado disto.” (E6)

Por outro lado, um dos entrevistados referiu que, por vezes, se verificava uma falha na execução dos planos de ensino ao doente, levando a um aumento do número de re-internamentos por luxação da prótese, uma das complicações pós-operatórias. Referiu ainda que se os ensinamentos fossem realizados, talvez não voltassem a ser internados.

“...e muitas vezes o problema é que o colega que vem a seguir esquece-se de determinados ensinamentos...” (E5)

“...agora também verifico que há muita falha nos ensinamentos, que a informação não é dada e isso verifica-se com os internamentos por luxação da prótese e que talvez se esses ensinamentos fossem feitos, os doentes não voltariam a ser internados...” (E5)

Ainda neste contexto, foram referidas por alguns enfermeiros situações de doentes que receberam a informação e que treinaram, mais concretamente ao nível da deambulação, ficando ocultadas as outras actividades de autocuidado. Por outro lado, alguns informantes referiram o caso de doentes que não receberam qualquer tipo de informação, ao invés de alguns que até já receberam a informação, mas que não tiveram a oportunidade de treinar, sendo, por isso, uma complicação de todo o processo de reabilitação.

“Humm, não, acho que não. Atenção, recebemos doentes de vários sítios, mas acho que não, às vezes vêm mais treinados em termos de deambulação do que

nos autocuidados. Acontece também aquelas situações que recebem alguma informação mas nunca a treinaram, ou então, não receberam nenhum tipo de informação e nem sequer fizeram o primeiro levante.” (E2)

“...só que há doentes que não trazem nenhuma informação, o que nos dificulta o trabalho, porque o processo de reabilitação encontra-se comprometido...” (E3)

“...há situações em que não há informação ou o doente tem a informação mas não a demonstrou, aqui é o começar do processo...” (E10)

No que concerne a alguns autocuidados, dois informantes relataram que muitas vezes era esquecido o treino de subida e descida de escadas, sendo, por isso, uma dificuldade quando o doente tinha alta e chegava ao domicílio. Neste sentido, foi evidenciado o facto de doentes saírem do internamento sem saberem deambular com canadianas, bem como os familiares não receberem esta informação. Por outro lado, foi também verificado no discurso dos enfermeiros o facto de os familiares não serem informados, acerca de determinados autocuidados, concretamente, a higiene e o vestir-se/despir-se.

“...eu acho que é esquecido por muitos enfermeiros e depois o doente chega, por exemplo a casa, e a primeira dificuldade que ele encontra depois de sair da ambulância é que tem que subir imensas escadas para ir para casa.” (E5)

“Os familiares, quando o doente tem alta, vão um bocadinho às escuras, muitas vezes até o doente, que sai daqui sem saber andar de canadianas, o que fará o próprio familiar saber essa informação.” (E6)

“...mas não envolvo (a família) em todos os autocuidados, por exemplo, higiene, vestir-se, que é mais no turno da manhã (...) embora haja outros autocuidados em que não o faço.” (E5)

- Actividade de Conduzir

Ao longo da análise do discurso dos participantes verificou-se que o ensino relativamente à actividade de conduzir era, por vezes, esquecida, não sendo por isso transmitido ao doente. Apesar deste facto, ainda existiam doentes que conduziam antes de serem operados, ficando com dúvidas acerca de que movimentos poderiam executar com segurança. Para além disso, alguns informantes referiram que o doente saia do hospital sem saber entrar e sair do carro, bem como quais os veículos que poderia utilizar, sendo uma das limitações que podia comprometer a sua vida diária.

“...contudo há doentes que ainda conduziam antes de serem operados e que depois sentem dificuldade em conduzir, em saber quais os movimentos que podem e que não podem fazer e também, às vezes, não os conseguimos preparar nesse sentido.” (E2)

“Há ensinamentos que não se fazem e que podem comprometer o dia-a-dia do doente. As informações ficam aquém. O doente sai daqui a não saber entrar e a sair do carro, assim como o tipo de veículos a usar. Isto serão dificuldades que não são expressas pelo doente, mas são sentidas.” (E6)

“...embora haja alguma informação que não seja dada e até esquecida como o entrar e sair do carro...” (E7)

Contudo, um enfermeiro referiu informar o doente neste domínio, mas só se este o questionasse, o que não acontecia na maioria das vezes.

“Depois são dadas informações também acerca da entrada e saída do carro, de quando é que pode andar de automóvel, mas só se o doente questionar e que por norma não é transmitida...” (E8)

- Comprimento dos Membros

Apenas um dos entrevistados referiu este domínio de informação do doente, como sendo esquecido pelos enfermeiros, bem como, não valorizado, ou seja, o doente não era informado acerca da possibilidade das dismetrias dos membros após a ATA.

“Outro aspecto que por vezes não valorizamos relaciona-se com o comprimento dos membros e as dismetrias...” (E1)

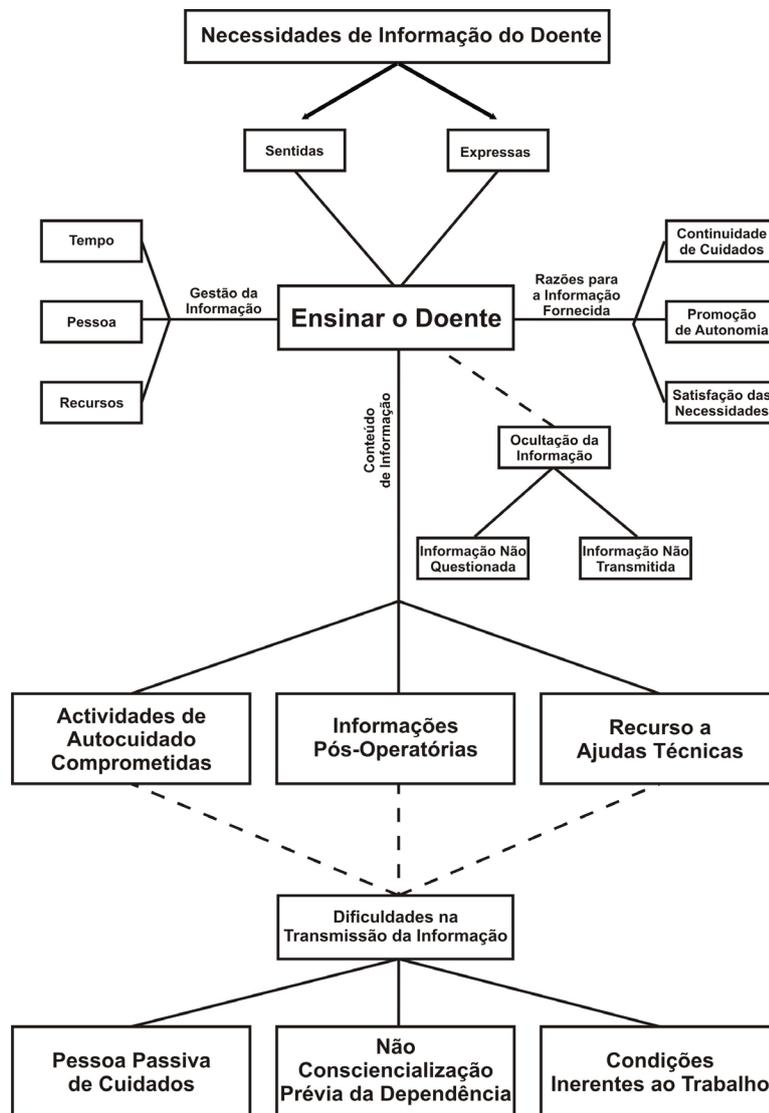
4. DISCUSSÃO DOS DADOS

Na fase anterior, a nossa preocupação foi identificar as necessidades de informação do doente submetido a ATA, no período pós-operatório, na voz do enfermeiro, bem como, descrever a informação transmitida por este profissional, de acordo com a sua vivência, dando resposta aos objectivos definidos inicialmente:

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

Com a figura que se segue, figura 1, pretendemos esquematizar a informação que emergiu dos discursos dos nossos informantes.

Figura 1 - Diagrama síntese das necessidades de informação do doente e do contributo do enfermeiro



De acordo com os dados obtidos, resultado da análise de conteúdo das entrevistas, não é nossa intenção generalizá-los, uma vez que as entrevistas relatavam a experiência da praxis de cada enfermeiro num contexto muito particular.

4.1 NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO EXPRESSAS AO ENFERMEIRO

Durante o processo de recuperação funcional, o doente submetido a ATA, no período pós-operatório, deparava-se com um conjunto de dificuldades que necessitavam da intervenção do enfermeiro, no âmbito do ensino. Foi nosso propósito, através da análise

do discurso dos informantes, identificar as necessidades de informação que o doente carecia, tendo emergido imensas dificuldades inerentes à satisfação das suas actividades. Tudo o que foi obtido surgiu através do discurso proferido pelos enfermeiros, que cuidavam diariamente de doentes submetidos a ATA. Contudo, estas dificuldades expressas pelo doente foram encaradas pelo profissional de enfermagem como necessidades de informação.

Verificámos uma complexidade de necessidades distintas de indivíduo para indivíduo. De acordo com a complexidade das necessidades humanas, a missão do enfermeiro é exigente (Adam, 1994), requerendo que as informações sejam transmitidas de acordo com a individualidade e necessidade do indivíduo.

Pudemos verificar que o doente era admitido no serviço, completamente independente e que, após algum tempo, passava para uma condição de dependência, inerente a todo o processo cirúrgico. Estes dados vão ao encontro das palavras de Leal (2006:31): *“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”*. Por outro lado, constatámos que o doente, no pós-operatório, apresentava dificuldades que eram diferentes, tendo em consideração o período em que se encontrava, imediato ou tardio.

No período pós-operatório imediato as dificuldades que mais constituíam obstáculo para o doente eram as actividades de autocuidado, nomeadamente, a higiene, o vestuário, ir ao sanitário e a actividade física. Nas primeiras horas após a cirurgia, o enfermeiro evidenciou que o doente teria mais dificuldades na mobilização e posicionamento no leito. O saber posicionar-se na cama e as estratégias a adoptar para se sentir confortável, como sendo as dificuldades mais emergentes. Esta evidência também se aplicava às restantes actividades de autocuidado, estando esta ideia espelhada num trabalho desenvolvido por Martins (2005), em que o objectivo dos cuidados não é o fenómeno, mas sim o conhecimento que o doente necessita para gerir a situação.

A mobilização, o andar e o uso do sanitário foram também dificuldades demonstradas pelo doente, numa fase posterior, à medida que o tempo ia evoluindo, sendo possível ir ao encontro dos escritos de Martins e Fernandes (2009:5) que referiram haver *“predominância nos aspectos relacionados com o posicionar, transferir, uso do sanitário e andar”*. Por outro lado, distinguimos que os doentes verbalizaram também a

concretização do autocuidado higiene como uma dificuldade, concordando assim com as palavras de Brito (2000), quando refere que a necessidade de higiene é uma actividade em que os indivíduos referiram dificuldade.

A situação de dependência, inerente à cirurgia, conduzia o doente a ficar dependente de terceiros para a satisfação das suas necessidades, causando-lhe sentimentos de preocupação. É possível comprovar este facto, nas palavras de Lima (2010), quando a autora referiu que a preocupação primordial verbalizada pelos doentes estava na possibilidade de ficarem incapazes de exercer actividades rotineiras e necessárias que, anteriormente à cirurgia, e em condições normais da vida, eram executadas sem a ajuda de terceiros.

Deste modo, pudemos constatar que as informações transmitidas pelo enfermeiro iriam permitir que o doente conseguisse evoluir de forma positiva durante o seu processo de recuperação e afastasse todo o tipo de sentimentos de preocupação e desconhecimento de toda a situação. Consequentemente, os ensinamentos executados nas primeiras horas do pós-operatório eram fundamentais. Apurámos que havia uma procura de informação acerca do tipo de cirurgia e procedimentos executados, bem como do estado funcional em que o doente se encontrava. Por outro lado, o doente verbalizava necessidade de ser ensinado, relativamente à forma como haveria de estar no leito e como manter em abdução os membros inferiores.

“Pronto, a primeira preocupação é logo quantas horas vai ter que estar naquela posição, que vai começar a ter dores, não poder mover-se/mexer-se...” (E4)

Constatámos, ainda, que pelo facto de o doente se encontrar numa posição de imobilidade nestas primeiras horas pós-operatórias, determinava uma procura de informação sobre a forma como poderia mobilizar o membro operado e, desta forma, potenciar o início da reabilitação do mesmo. Contudo, pudemos comprovar que seria um momento propício, uma vez que o próprio doente sentia esta necessidade de informação sobre as implicações que a PTA iria ter na sua vida, ou seja, que alterações teriam que sofrer as suas rotinas.

A intervenção cirúrgica vai reflectir-se na vida do doente, não só nesse momento, mas também numa fase mais avançada e de recuperação. Deste modo, constatámos a necessidade de o doente se adaptar a esta nova etapa e condição de vida, no sentido da plena satisfação das suas necessidades e do cumprimento de todas as actividades,

funções e papéis sociais, não se constituindo uma ameaça à sua realização. Verificou-se este cenário num trabalho desenvolvido por Lima (2010) ao evidenciar que o procedimento cirúrgico interferia com vários aspectos da vida dos indivíduos e representava uma ameaça ao seguimento normal da sua vida, interrompia os seus projectos e sonhos ou, se houver alguma sequela, passaria a depender de outros nos seus cuidados.

Por conseguinte, o doente carecia de informações relativamente a estratégias para a adaptação à sua nova vida. Foi notória uma procura de informação para a resolução das dificuldades que pudessem surgir ao longo do processo de recuperação e, posteriormente, no domicílio. Por outro lado, constatámos o facto de existirem actividades que o doente fazia anteriormente e que agora teria que alterar, pelo que era procurada informação, respeitante a cuidados pós-operatórios, no sentido de satisfazer as suas actividades/necessidades. Realçámos neste âmbito, os cuidados de manutenção de uma PTA, as actividades que o doente realizava em casa, uma vez que a forma como as fazia antes poderia potenciar o desenvolvimento de uma complicação pós-operatória – luxação da prótese. Por outro lado, as actividades de conduzir, a forma de entrar e sair do carro e que tipo de veículos poderia o doente utilizar eram algumas das necessidades de informação apresentadas.

Para uma continuidade das suas actividades de vida, pudemos averiguar que o domicílio do doente também deveria ser alvo de alterações, com o objectivo de este não estar dependente de ninguém. Neste âmbito, pudemos identificar que o doente solicitava informação acerca de estratégias para a resolução das barreiras arquitectónicas que o domicílio apresentava e que o impediam de satisfazer as suas necessidades, tal como é patenteado por Monteiro (2010) que refere que as barreiras arquitectónicas se constituem como factores limitativos da vida da pessoa, nomeadamente na concretização dos autocuidados. Por outro lado, verificámos que era na casa de banho que se observavam mais barreiras arquitectónicas que poderiam ser potenciadoras de complicações pós-operatórias.

Contudo, foi perceptível que as ajudas técnicas eram outro domínio onde se evidenciava procura de informação pelo doente. Neste sentido, constatámos que este buscava informação sobre equipamentos que tinham como objectivo a prevenção de complicações, bem como a facilitação da satisfação das suas necessidades. A este

respeito, Marek (2010) evidenciou que os dispositivos de ajuda e de adaptação podem melhorar a qualidade de vida e permitir a independência do doente nas AVD.

Salientámos o triângulo abductor, cuja finalidade o doente questionava; a presença de um cadeirão alto, como facilitador da não ocorrência de complicações; o elevador de sanita, as barras de apoio lateral e a presença de um banco (no autocuidado higiene), utilizado ao nível da casa de banho, o que vem ao encontro de uma das dificuldades mais verbalizadas pelo doente, sobre a adaptação do domicílio.

Por outro lado, a utilização de auxiliares de marcha como apoio à deambulação foi identificada como uma procura de informação, pelo que a forma como utilizavam estes dispositivos era um conteúdo de informação também instigado pelo doente. A existência de acessórios que facilitassem a execução das actividades do doente era uma necessidade de informação, ou seja, constatámos que a forma como se deveria utilizar estes acessórios era um domínio de procura de informação.

Salientámos que o doente verbalizava necessidades de informação ao longo do seu processo de recuperação, potenciando a acção do enfermeiro em ensiná-lo acerca de estratégias que facilitassem a execução das actividades e, por conseguinte, a prevenção de complicações. Contudo, existiam necessidades que não eram expressas pelo doente, mas identificadas pelo profissional de enfermagem, pelo que a sua acção era a inclusão destas informações no planeamento de cuidados a efectuar ao doente. Neste contexto, Potter e Perry (1999:442) foram de opinião que *“Após a identificação das necessidades específicas dos clientes, o enfermeiro geralmente estabelece as prioridades para ajudá-los a atender a estas necessidades.* Por outro lado, Gomes (2009) citando Irving (1979:71) defende que o *“enfermeiro deve determinar as necessidades do paciente, a sua capacidade de atendê-las por si mesmo, e o que deve ser fornecido como ajuda da sua parte”*.

4.2 INFORMAÇÃO TRANSMITIDA PELO ENFERMEIRO

O processo cirúrgico ao qual o doente era sujeito exigia do enfermeiro uma acção de ensinar, sobre as estratégias que maximizassem a sua autonomia, o que vem ao encontro de Fonseca e Videira (2003:41), que salientam que o processo de informar *“é uma resposta à satisfação das necessidades humanas, com intuito de estimular cada pessoa a realizar-se”*.

Sendo uma das competências da sua actividade profissional, apurámos que o enfermeiro assumia um papel de informante do doente, gerindo a informação a ser transmitida, acerca das actividades de autocuidado comprometidas, informações pós-operatórias que potenciasssem a adaptação do indivíduo à sua nova condição, meio social e domicílio, bem como o recurso a ajudas técnicas que de alguma forma permitissem a satisfação das necessidades e prevenção de complicações.

Neste sentido, esta competência do enfermeiro vem ao encontro de Lavareda e Soveral (2007:10), que afirmaram que o “*direito à informação é, sem dúvida, um direito adquirido de cada e todo o doente, inerente à prestação de cuidados*”. Por outro lado, o Código Deontológico do Enfermeiro (2009), no seu Artigo 84º, contempla o dever de informar o doente sobre os cuidados de enfermagem.

Apurámos que o enfermeiro ensinava o doente ao nível de vários domínios, com a finalidade de um processo de recuperação eficaz, corroborando as ideias de Parente *et al.* (2009), que relevaram a importância do ensino ao doente, como condição necessária para o êxito do tratamento de protetização da articulação da anca.

Constatámos que o profissional de enfermagem instruíu o doente acerca de estratégias que permitissem a realização das actividades de autocuidado comprometidas pela intervenção cirúrgica. Neste contexto, pudemos apurar que o enfermeiro ensinava o doente nos domínios dos autocuidados higiene, vestuário, utilização do sanitário e actividade física, em que se incluíam os posicionamentos, a deambulação, o sentar-se, o treino de subida e descida de escadas, entre outros. O mesmo foi apresentado por Parente *et al.* (2009), ao descreverem que ao doente deve ser proporcionado um ensino, acerca das manobras aquando dos cuidados de higiene e conforto, a forma de se sentar em cadeiras altas e sanitas, a maneira de posicionar-se e mudar correctamente de posição no leito. Por outro lado, Martins e Fernandes (2009) defenderam a informação registada pelos enfermeiros sobre os ensinamentos no(s) auto cuidado(s) a estes doentes, tendo sido considerados os autocuidados higiene, vestuário, uso sanitário, mobilizar-se, andar e transferir-se.

Ainda no conteúdo de informação dos planos de ensino, identificámos que os profissionais de enfermagem instruíam os doentes, no que concerne a informações pós-operatórias. Estas encontravam-se relacionadas com as primeiras horas após a

ocorrência da cirurgia, nomeadamente a realização de exercícios de reabilitação músculo-esquelética, que permitiam o fortalecimento de toda a musculatura, o que vem ao encontro de Marek (2010), que defende que o enfermeiro deve ensinar e encorajar os exercícios activos de flexão plantar e tibiotársica, dos quadricípites e glúteos, para manter o tónus muscular.

Verificámos que eram transmitidas informações relativas à adaptação do indivíduo à sua vida, com realce para as implicações inerentes à colocação da PTA. Do mesmo modo, as informações eram adaptadas ao doente, em função das actividades que anteriormente desenvolviam, corroborando-se o que Martins e Fernandes (2009) mencionaram, acerca deste mesmo assunto, que os enfermeiros deviam reconhecer o cliente de quem cuidavam, como alguém único e ímpar na prestação de cuidados. Neste contexto, apurámos que eram dadas a conhecer ao doente recomendações que não conduzissem a uma situação de luxação, uma das complicações pós-operatórias, nomeadamente ao nível das suas actividades, e que no futuro teriam que ser alvo de alteração para o resto da vida. Parente *et al.* (2009:161) defenderam que,

“O tratamento do doente sujeito a protetização da anca não termina com a implantação cirúrgica da prótese, antes deve continuar, praticamente durante toda a vida da pessoa que deverá ser avaliada sob um ponto de vista holístico, considerando factores como a idade e género, a actividade física que irá desenvolver, a profissão (...) toda a actividade e hábitos de vida da pessoa”.

Por outro lado, identificámos que o domínio da sexualidade, por vezes, era incluído no planeamento de cuidados do enfermeiro, no que concerne ao conteúdo de informação a transmitir ao doente. O conjunto de ensinamentos realizados pelo profissional de enfermagem prendia-se com as posições sexuais que podiam adoptar durante a relação sexual, não prejudicando assim o processo de recuperação e a ocorrência de uma luxação da prótese. Tashiro (2001) centraliza a importância do enfermeiro em informar o doente acerca das questões sexuais para pessoas submetidas a ATA, principalmente para não assumirem posições que forcem a abdução e flexão acentuada dos membros inferiores, podendo provocar uma complicação cirúrgica como a luxação da prótese.

Pudemos averiguar que outro dos conteúdos alvo de ensino ao doente prendia-se com as alterações a realizar no seu domicílio, nomeadamente ao nível da eliminação de barreiras arquitectónicas que dificultavam a execução das suas actividades normais e que poderiam constituir-se como um meio de ocorrência de complicações pós-operatórias.

Neste sentido, a finalidade do ensino seria o regresso às suas actividades da forma mais tranquila possível. Marek (2010) referiu que pode ser necessário fazer alterações temporárias em casa, especialmente se o doente voltar directamente para o domicílio.

Comprovámos que as ajudas técnicas eram um assunto abordado pelo enfermeiro com o doente. Estes dispositivos e acessórios visavam facilitar a execução das actividades de autocuidado, impedir a ocorrência de complicações e potenciar a satisfação das necessidades do doente. Enquadrámos nesta situação, entre outros, o triângulo abdutor e os auxiliares de marcha (canadianas e andarilho), conforme preceitua Marek (2010:1684): “*Os dispositivos de ajuda para as AVD (...) o uso de assento de sanita elevado, o qual previne a flexão extrema da anca; dispositivos que lhe permitam alcançar objectos; e dispositivos que ajudem a atar os sapatos e a calçar meias; estes objectos serão utilizados após a alta*”. Por outro lado, justificando o anteriormente apresentado, Parente *et al.* (2009), no âmbito das ajudas técnicas, referiram que o doente deve ser instruído para usar um auxiliar de marcha adequado à sua situação, podendo ser as canadianas ou o andarilho.

Acreditámos que a informação fornecida ao doente, de acordo com os vários domínios apresentados, visavam restabelecer a sua independência, que se encontrava comprometida, resultado da intervenção cirúrgica. Por outro lado, julgámos que estes conteúdos de informação eram adequados e orientavam o doente, para a maximização da sua autonomia. Concordámos com Santos (2002), quando evidencia que as equipas de saúde deveriam promover acções programadas de ensino (informação, demonstração e treino), informar e orientar o doente.

Neste contexto, os entrevistados apresentaram razões para o fornecimento de informação ao doente, tendo como objectivo a maximização da independência deste, sem prejuízo da sua capacidade funcional e a não ocorrência de complicações. Martins e Fernandes (2009) evidenciaram que é de todo necessário que a intervenção do enfermeiro incida sobre os ensinamentos acerca do(s) auto cuidado(s), entre outros, de forma à obtenção da readaptação funcional. A mesma posição é visível, no âmbito dos objectivos do processo de reabilitação do doente, nas palavras de Parente *et al.* (2009:156), que defendem que a informação a ser dada ao doente visava a “*maximização do estado funcional do doente no que respeita à mobilidade e independência em realização de AVD, com nível de segurança elevado*”. Por outro lado, os mesmos autores defenderam que o enfermeiro deveria planificar os cuidados, direccionando-os para o aumento da

independência do doente. Corroborando este aspecto, Sousa (2008:32) evidenciou que *“o programa de reeducação funcional deverá ter sempre em conta o doente ((...) potencial de reabilitação), a cirurgia efectuada e a estabilidade adquirida”*.

Detectámos assim que a promoção da autonomia do doente era potenciada, através de actividades de reforço, treino e supervisão de estratégias, ao nível dos autocuidados. O profissional de enfermagem era um elemento por excelência que estimulava o desenvolvimento destas mesmas actividades, fazendo perceber o doente que a dependência era uma condição temporária e que se iria esbatendo, com o desenrolar do processo de reabilitação funcional, permitindo o regresso à sua vida quotidiana. Também Lima (2010), quando explanava que a actuação dos enfermeiros era de relevância, uma vez que competia a estes profissionais preparar e treinar os doentes no processo de reabilitação pós-cirúrgica, na procura da autonomia no cuidado. Por outro lado, a mesma autora evidenciou que o grau de dependência podia ser maior e interferir de modo mais intenso na vida, visto que a restauração da capacidade funcional, o estímulo para autonomia e a independência eram fundamentais no processo de reabilitação, no que se refere ao procedimento no pós-operatório, promovendo, assim, o retorno à vida diária, melhores condições de vida e integração social.

Na mesma continuidade e com vista à satisfação das necessidades do doente, pudemos constatar que as informações dadas ao longo do período de internamento eram adequadas ao doente e potenciavam a possibilidade de este ultrapassar os obstáculos e satisfazer as suas necessidades de informação, estimulando-o a um nível de autonomia elevado após a alta. Martins e Fernandes (2009) referiram que os cuidados de enfermagem deveriam adequar-se a cada doente, indo ao encontro das suas necessidades ao longo do internamento, visando sempre a identificação das necessidades em cuidados para depois da alta. Por outro lado, a intervenção do enfermeiro deve ser centrada no doente e nas suas necessidades e não nas necessidades dos profissionais (Santos, 2002).

Verificámos, também, que os enfermeiros informavam os doentes com vista a uma promoção de uma continuidade de cuidados. Ou seja, o doente era ensinado acerca dos vários domínios de autocuidado e estratégias já referenciados, estabelecendo-se assim um plano de ensino que deveria ser o mais precoce possível, atendendo ao momento de alta do doente, evidenciando-se este contexto em Martins e Fernandes (2009:87), acerca

da continuidade de cuidados: *“Para garantir a continuidade de cuidados, deve existir um plano de alta que deve ser instituído o mais precocemente possível”*.

Ao nível da continuidade de cuidados, averiguámos que existiam situações que a permitiam, quando os doentes eram encaminhados/referenciados, nomeadamente para a RNCCI, uma vez que se encontravam em situação de dependência, ainda que temporária. Este procedimento vem ao encontro do enquadramento da RNCCI: *“Constitui objectivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.”* (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, Artigo 4º, p.3858).

Pudemos constatar que a informação transmitida também permitiam ao doente a reconstrução da sua autonomia, através da instrução, treino e supervisão de estratégias que facilitavam a satisfação das suas necessidades, potenciando a continuidade de cuidados, e ao mesmo tempo um regresso mais eficaz ao domicílio, tal como prevê o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, Artigo 5º, referente ao enquadramento legal da RNCCI: *“Os cuidados continuados integrados (...) assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda (...) e compreendem: a reabilitação, a readaptação e a reintegração social”* (p.3858).

Ainda neste domínio, constatámos a importância da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados, numa perspectiva de continuidade de cuidados. Verificámos que esta mesma continuidade era feita através da carta de alta, veículo importante para a transmissão da informação, o que vem ao encontro de González Lopez (1996), que referiu que a carta de alta era um veículo de informação fidedigno e qualificado sobre os problemas e cuidados prestados ao doente durante o internamento, além de servir de informação entre o enfermeiro do internamento e o enfermeiro de família. Luz (2003:36) entendeu que este documento é *“um excelente instrumento de comunicação, pois dá informações importantes ao enfermeiro para que este possa continuar a prestar cuidados de saúde”*. Neste sentido, permitia ao enfermeiro a planificação e a continuidade dos cuidados já iniciados anteriormente. Os ensinamentos que iriam ser realizados/reforçados decorreriam no contexto do doente e seriam realizados por agentes da comunidade, ou seja, equipas de cuidados continuados integrados, pertencentes à RNCCI, o que vai ao encontro do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, Artigo 27º, n.º1, p.3862:

“Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional (...) ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio”.

No mesmo contexto, identificámos as visitas domiciliárias como uma mais-valia para o doente, dado que era possível conhecer o seu contexto e adaptá-lo à sua nova condição de saúde. Por outro lado, a criação de estratégias no habitat natural do doente permitiria maximizar de forma mais exponencial a sua autonomia e a prevenção de possíveis complicações. Esta realidade foi evidenciada por Paskulin *et al.* (2004), quando descreveram a importância da visita domiciliária aos doentes submetidos à ATA, tendo como objectivo conhecer o contexto familiar de cada indivíduo, corrigindo possíveis factores de risco e complicações, traçando assim um plano de cuidados personalizado. Mediante esta estratégia criava-se um vínculo familiar com o doente, interferindo de forma positiva no tratamento, proporcionando uma maior segurança e organização no cuidado domiciliário, bem como o estímulo à autonomia, visando assim a recuperação, da forma mais rápida possível. Por outro lado, a RNCCI privilegiou esta actividade, como sendo um dos seus serviços:

“A equipa de cuidados continuados integrados assegura, designadamente: cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora (...) devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa (...) educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores”. (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, Artigo 28º, p.3862).

Apurámos que o recurso às redes de apoio social, ao apoio domiciliário e aos centros de dia, como sendo uma forma de continuidade de cuidados, uma vez que era possível a prestação ou o auxílio na realização das actividades de autocuidado, quando o indivíduo se encontrava em situação de dependência, permitiria a satisfação das suas necessidades, medidas de conforto e qualidade de vida. Neste âmbito, preceitua, também, o Despacho Conjunto n.º 407/98, em que o serviço de apoio domiciliário consistia na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não podiam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades e/ou as actividades da vida diária; por outro lado, os centros de dia permitiam uma prestação de um conjunto de serviços que contribuía para a

manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar. Por outro lado, a RNCCI também privilegiava esta situação de apoio social em caso de dependência, que está patente no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, Artigo 4º, p.3858: “*A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida*”.

Por outro lado, detectámos que o envolvimento dos vários profissionais de saúde contribuía para a continuidade de cuidados no âmbito da preparação da alta, sendo necessária uma interdisciplinaridade entre os vários profissionais, o que vem ao encontro de Chini e Boemer (2007), que salientaram a necessidade da interdisciplinaridade dos profissionais de saúde, com um olhar multidimensional para os aspectos evidenciados pelo doente, ajudando-o a reorganizar a sua vida, a traçar planos de cuidados personalizados em busca da reabilitação, a fim de que seja possível passar todas as etapas de forma menos sinuosa.

A preparação do regresso do doente ao domicílio, deveria iniciar-se logo no momento de admissão do doente, assim se conseguindo o reforço ou novo ensino de estratégias ao doente. Nogueira (2003:76) referiu que “*o sucesso do plano de alta, independentemente do quadro do utente, vai depender dos profissionais envolvidos e, principalmente, do momento do seu início.*”, o que justifica os dados encontrados. Por outro lado, Jesus, Silva e Andrade (2005) referiram que o planeamento da alta deveria começar no momento da admissão do doente e continuar ao longo de todo o internamento, implicando a colaboração do doente e da equipa multidisciplinar.

Tal como já referimos, uma das competências dos profissionais de enfermagem é o ensino ao doente. Contudo, constatámos que a forma como a informação era transmitida deveria obedecer a um processo de gestão. Neste âmbito, ressaltaram três factores que influenciaram o processo de informação. Um destes mesmos aspectos prendeu-se com o momento do pós-operatório em que se encontrava o doente. Verificámos que a informação era dada de forma gradual e progressiva, cuja finalidade era consciencialização de todo o processo cirúrgico, corroborando o que Parente *et al.* (2009) escreveram acerca do mesmo assunto - todo o programa de reabilitação deve ser sequencial e progressivo.

Ainda em função do tempo, pudemos apurar que a informação também podia ser relembrada/transmitida de uma vez só, logo no momento de admissão, quando o objectivo era a continuidade de cuidados, e assim detectar quais as necessidades de informação do doente, ou eventual necessidade de reforço das mesmas, o que é sustentado por Martins e Fernandes (2009:93): *“Torna-se então pertinente identificar as necessidades dos clientes, e orientar os serviços para a concretização das mesmas”*.

Por outro lado, notou-se que era imprescindível um trabalho de parceria entre profissional de enfermagem e doente, tendo-se verificado a necessidade de uma gestão de informação, pautada pela receptividade e pela procura de informação pelo doente ao longo do tempo. Neste sentido, esbatiam-se todos as falsas necessidades de informação que julgávamos ser as do doente e que, na maioria das vezes, não o eram, concordando assim com Martins e Fernandes (2009:90): *“é pertinente saber exactamente o que necessitam os nossos clientes, porque muitas vezes, nós enfermeiros presumimos saber o que é melhor para eles”*.

No âmbito da gestão da informação ao doente, apurámos que a informação também era transmitida em função da pessoa, nomeadamente relacionada com as características do doente e com o ajustamento às suas necessidades, potenciando assim um retorno à sua vida normal de forma mais tranquila. Assim, identificámos que o plano de cuidados era personalizado ao doente, ou seja, eram privilegiadas as suas características, já que ocorriam situações que, de certa forma, impediam o processo de aprendizagem de estratégias, vindo ao encontro de Parente *et al.* (2009:155), que mencionaram que:

“o programa de reabilitação deveria ser elaborado de forma personalizada a partir dos dados do doente como sejam o seu estado geral e a sua avaliação, a sua história clínica, a intervenção e até mesmo a personalidade no que respeita à capacidade para apreender o programa de ensino e respeitar comportamentos de risco”.

Detectámos, portanto, a necessidade de ajustar a nossa intervenção às características do doente, o que pressupunha um plano de cuidados, em termos de informação a fornecer, constantemente actualizado, com vista à satisfação das carências ou limitações do doente. Sendo esta ideia justificada em Parente *et al.* (2009), quando referiram que o plano de cuidados devia ser continuamente actualizado, de forma a permitir adaptar e orientar os cuidados de acordo com as reais necessidades do doente.

Os recursos disponíveis para o ensino ao doente, no que concerne à gestão da informação, foram identificados ao longo do processo de análise dos dados. Deste modo, constatámos que os recursos se constituíam sob a forma de estratégias que visavam facilitar o ensino ao doente para a satisfação das suas necessidades.

Pudemos identificar a necessidade da criação de uma consulta pré-operatória, cuja finalidade seria o fornecimento de informação acerca de todo o processo cirúrgico e o início da sua consciencialização. Esse seria o momento ideal para a discussão de aspectos relativos à cirurgia e uma oportunidade para o esclarecimento de dúvidas, potenciando assim o início do processo de reabilitação. Potter e Perry (1999) mencionaram que a altura ideal para fornecer informações é antes da admissão do doente no hospital, por exemplo, numa consulta pré-operatória. E após o internamento, deveríamos apenas reforçar as indicações já proporcionadas. Do mesmo modo, segundo Nunes e Leão (2001:134):

“todos os doentes que vão ser submetidos a artroplastia da anca devem receber cuidados de educação pré-operatória, conduta que tem como objectivos: informar o doente sobre a cirurgia e os seus objectivos; alertar o doente sobre os sinais e sintomas de eventuais complicações; mostrar ao utente benefícios da reeducação precoce; promover a preparação funcional dos membros para programa pós-operatório”

Ainda no âmbito dos recursos utilizados para a gestão da informação aos doentes, salientou-se a existência de um *flyer* como estratégia para informar o doente. Serviria, também, de complemento à informação transmitida pelo profissional de enfermagem, tendo como finalidade resultados eficazes no processo de recuperação funcional do doente, indo ao encontro de Cunha (2008), quando explanou que eram necessários e fundamentais para se obterem os melhores resultados finais. Por outro lado, Parente *et al.* (2009) referiram que os folhetos permitiam muitas vezes melhorar os ensinamentos ao doente.

A presença da família ou de um cuidador informal foi constatada como uma estratégia usada na gestão da informação. Esta entidade revelou-se como um recurso, pois assumia o papel de informante do doente e, ao mesmo tempo, assegurava-lhe os cuidados no domicílio, tendo já sido investigado este domínio por Nogueira (2003:47): *“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. A ajuda da*

família ao doente, que necessita de apoio para o seu autocuidado, é, por isso, a base da assistência fora do hospital”.

Por outro lado, verificámos a necessidade de identificar o cuidador do doente no domicílio, pelo que era pertinente o envolvimento dos profissionais no conhecimento da estrutura e dinâmica familiar. Apurámos, ainda que o envolvimento da família no processo de cuidados se tornava uma mais-valia para a recuperação do doente e para o seu regresso ao domicílio da forma mais eficaz possível. Tal como foi exposto por Nogueira (2003) e Parente *et al.* (2009), o envolvimento da família/pessoa significativa no processo cuidativo durante o período de internamento tornou-se fundamental para a continuidade de uma recuperação eficiente após a alta.

Não obstante, se era importante envolver, também era importante desenvolver os cuidados junto dos familiares, permitindo que estes pudessem tomar conhecimento daquilo que iriam executar no domicílio. Esta situação já foi evidenciada por Nogueira (2003) e Cunha (2008), referindo que o facto de ver os enfermeiros a prestar determinado cuidado e participar nesse cuidado, familiariza-o com esse procedimento, facilitando o seu regresso a casa. Por outro lado, julgámos que se tornam menos receosos na prestação dos cuidados ao familiar, observando como é feito, quando o enfermeiro optava por uma postura de envolvimento do cuidador e o fazia participante do cuidar, numa atitude de parceria entre profissional de enfermagem, doente e família. Esta situação foi averiguada por Nogueira (2003) e Petronilho (2007), defendendo que, para o cuidador proporcionar uma continuidade dos cuidados, o enfermeiro não devia apenas circunscrever-se ao fornecimento de informações sobre o diagnóstico do doente, estado do doente, ou a cuidados técnicos a serem prestados. Era pertinente ensinar o que os familiares podiam e deviam fazer, assim como que actividades do quotidiano podiam desempenhar, sem que o doente corresse riscos e eles próprios sofressem sobressaltos.

Pudemos constatar que a presença de um enfermeiro com formação avançada, nomeadamente na área de reabilitação se constituía como uma mais-valia para o processo de recuperação do doente, permitindo estimular a sua reabilitação, o que vem ao encontro de uma das competências do enfermeiro especialista em reabilitação:

“O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da

saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.” (OE, 2010:2)

No entanto, averiguámos que, ao longo do processo de reabilitação do doente, existiam situações que se apresentavam como dificuldades à transmissão da informação. Pudemos constatar o facto de o doente assumir uma postura de passividade face aos cuidados de enfermagem, optando por não questionar quais os cuidados que lhe estavam a ser prestados e as suas finalidades. Esta situação vem ao encontro de Martins (2004:23), quando referiu que a maioria dos doentes opta por *“uma postura passiva, questionando e exigindo pouco, conformando-se”*. Acreditámos que esta mesma situação se relacionava com sentimentos de fragilidade face à condição em que se encontrava. Martins (2003) confirmou esta realidade ao defender que esta postura de passividade se fica a dever, principalmente à enorme vulnerabilidade da pessoa doente, que nestas condições adopta o lema de incomodar o menos possível aqueles de quem precisa e de quem depende durante todo o internamento. Por outro lado, identificámos que a falta de conhecimentos potenciava a passividade do doente, encarando toda a situação como normal e fazendo parte de todo o processo, concordando assim com Martins (2004:23) quando evidenciou que *“a falta de conhecimentos dos doentes, aliada aos efeitos de vulnerabilidade, os leva a aceitar como «normais» e «naturais» algumas situações”*. Consequentemente, estas duas premissas conduzem a que o doente se iniba e não se faça parte integrante na prestação de cuidados, tal como é referido pelo mesmo autor, *“a sua vulnerabilidade e a falta de conhecimento sobre os métodos de tratamento limitam o desejo e capacidade em participar na decisão” (Ibidem, 2004:23)*.

Apurámos que o doente não tinha percepção, face à sua situação de dependência, pela qual iria passar, no que concerne a dificuldades e alterações que teria que realizar na sua vida, inerentes ao processo de recuperação e reintegração social. Por outro lado, constatámos que o facto de as informações serem escassas no período pré-operatório e de as dificuldades serem apreendidas após a cirurgia iria influenciar grandemente a consciencialização do doente acerca de todo o processo, tendo sido sustentado este facto por Parente *et al.* (2009), quando referiram que a fase pré-operatória do programa de reabilitação tem como principais objectivos preparar o doente para a fase seguinte de reeducação no pós-operatório, diminuindo a dificuldade promovida pela dor e pelo desconhecimento.

Ainda no domínio das dificuldades de transmissão da informação, demos conta que as condições inerentes ao trabalho do profissional de enfermagem se constituíam como um obstáculo. A escassez do tempo do enfermeiro para as acções de ensinar, treinar e supervisionar conduziam a um comprometimento da sua realização, levando a que estas ficassem esquecidas ou mesmo ignoradas no cumprimento do plano de cuidados. Por outro lado, constatámos que não era dado tempo ao doente para a expressão das suas dificuldades e consequentes necessidades de informação, realçando-se unicamente os cuidados tecnicistas. Esta situação vem de encontro a Cordeiro (2009), que na investigação que desenvolveu deparou-se com esta mesma situação:

“Referem apenas ter tempo para prestar cuidados imediatos e urgentes aos doentes pelos quais são responsáveis, o que implica ocuparem-se somente de intervenções relacionadas com as necessidades biofísicas (...) não são capazes de satisfazer as necessidades (...) de dar apoio emocional ou de fazer ensino aos clientes que cuidam.” (Cordeiro, 2009:128-129).

A limitação da praxis do enfermeiro apresentou-se como uma dificuldade no processo de transmissão de informação ao doente. O rácio enfermeiro/doente foi apontado como a principal limitação, dado que o número elevado de doentes atribuídos a cada enfermeiro dificultava as acções de ensinar, treinar, supervisionar e certificar-se se a informação foi assimilada. Consequentemente, verificou-se que poderiam ocorrer situações de sobrecarga de trabalho, o que vem ao encontro de Cordeiro (2009), que advogou que os rácios enfermeiro/doente baixos, para além de afectarem negativamente os cuidados prestados aos doentes, também afectam os enfermeiros, que estão em maior risco de exaustão emocional, stresse, insatisfação profissional, baixa auto-estima e *burnout*. No entanto, para além deste facto, pensamos que estas práticas são resultado de um exercício profissional ainda muito baseado em rotinas fixas, em que os planos de cuidados estão estritamente ligados ao cumprimento de horários e de tarefas de componentes técnicas quantificáveis.

Por outro lado, ainda na limitação da actividade profissional do enfermeiro, identificámos a durabilidade do período de internamento, período curto, como uma dificuldade, dado que a informação era transmitida de forma muito concentrada, levando a que o doente, em algumas vezes, não a assimilasse. No sentido de complementar esta informação, constatámos a necessidade da existência de um *flyer* a ser providenciado ao doente, pelo que a sua inexistência incrementava ainda mais a dificuldade de todo o processo de ensino.

A estrutura organizacional do serviço foi apontada como limitadora do processo de informação. Apurámos que o facto de existirem doentes de várias valências profissionais no mesmo serviço dificultava o ensino, treino e supervisão de estratégias.

“...aqui muitas vezes temos, ao mesmo tempo, doentes de quatro especialidades, incluindo medicina, que são doentes que requerem mais cuidados e no momento, e os de ortopedia ficam um bocadinho aquém, porque estes requerem mais instrução, treino e supervisão... a orgânica do serviço complica tudo isto.” (E5)

Apesar dos condicionalismos presentes no processo de transmissão da informação, constatámos que a informação chegava de alguma forma até ao doente. Contudo, pudemos verificar que em outras situações a informação não era transmitida, ocorrendo uma ocultação da mesma. A contribuir para este facto, comprovámos a não procura da informação pelo doente, bem como a omissão da informação pelo enfermeiro. Esta situação corrobora o que Gomes (2009) verificou na sua investigação: “*O Doente Cirúrgico no Pré-Operatório: Da Informação Recebida às Necessidades Expressas*”, ao descobrir que o direito de informação do doente não tem sido respeitado plenamente pelos profissionais de saúde. Neste contexto, apurámos haver uma omissão de determinados domínios de informação, como reflexo de uma falha no planeamento dos ensinamentos a executar ao doente pelo enfermeiro.

Um dos domínios em que ocorria, marcadamente, uma omissão da informação prendia-se com a função sexual e a expressão da sexualidade. Este facto encontrava-se relacionado com uma não procura da informação pelo doente. Julgámos que as razões relacionadas com esta situação dizem respeito à forma como a sociedade encara este assunto, para muitos ainda tabu, acabando por ser desvalorizada pelo doente, direccionando-se para a procura de informações relativas ao cuidado, ficando na sombra a função sexual. No entanto, identificámos que era uma necessidade sentida, mas que não era expressa. Lima (2010) apresentou a mesma situação, na sua investigação, ao perceber que houve dúvidas nas questões sexuais, mas não foi discutido em nenhum momento do internamento, ficando evidente que as equipas de saúde focavam somente as orientações para o cuidado e se preocupavam muito com os aspectos relacionados com o procedimento cirúrgico, embora fosse da competência do enfermeiro acrescentar, no seu plano de cuidados, as orientações relacionadas com as questões sexuais.

Neste contexto, e de acordo com a ideia avançada por Lima (2010), apurámos que os ensinamentos respeitantes à expressão da sexualidade eram também ocultados pelo enfermeiro e não contemplados no planeamento dos cuidados. A invasão da intimidade, a privacidade e a idade avançada dos doentes eram as condicionantes que conduziam à ocultação da informação, no entanto poderiam causar sentimentos de incerteza, como se pode verificar em Araújo *et al.* (2009), que falaram da importância das questões sexuais nos adultos submetidos à cirurgia de ATA, e pode-se perceber que o assunto é pouco discutido pelos enfermeiros com os doentes, o que gerava angústia, dúvida e insegurança. Contudo, constatámos que seria um domínio pertinente de ensino ao doente submetido a ATA.

Os doentes não questionavam os enfermeiros acerca do seu processo de recuperação, nomeadamente acerca das adaptações à sua nova condição, conduzindo-os a determinadas emoções que também não eram expressas, ficando retidas. Inerente também a este facto, constatámos ainda que a dor sentida pelo doente não era expressa, ou seja, não era procurada informação acerca desta mesma experiência. Julgámos que isso se prendia com o facto de acharem que era parte integrante e normal do processo cirúrgico e, por esse motivo, não a verbalizavam.

A condução de veículos e a actividade de conduzir foram dois domínios de informação “esquecidos” por alguns doentes e por alguns enfermeiros. Acreditámos que a não procura de informação pelo doente sobre este assunto se relacionava com a não consciencialização das implicações da colocação da PTA, o que se iria repercutir na falta de ensino desta actividade. Por outro lado, constatámos uma preocupação do profissional de enfermagem com os cuidados técnicos e com alguns ensinamentos de estratégias para a execução das actividades de autocuidado, deixando para segundo plano algumas actividades que o doente realizava antes da cirurgia, como é o caso da actividade de conduzir. Esta ideia vai ao encontro de Gomes (2009:34), quando refere que: *“é dada maior primazia à vertente técnica dos cuidados, com algum prejuízo da componente humana e relacional.”*

Deparamos que os doentes, além do domínio da expressão sexual, também não eram informados acerca de outros aspectos. Dada a importância das intervenções do enfermeiro em instruir, treinar e supervisionar, no processo de reabilitação do doente, constatámos que estas, algumas vezes, ficavam comprometidas, pelo que o doente não era ensinado e a informação não lhe chegava. Consequentemente, julgámos que a

condição de dependência do doente se mantinha e este não era ensinado sobre estratégias a adoptar, no sentido de resolver os obstáculos inerentes às actividades de autocuidado comprometidas pelo processo cirúrgico. Contudo, numa outra perspectiva, verificámos que esta mesma informação não era alvo de treino e supervisão, pelo que o doente a recebia, sem ter oportunidade de aperfeiçoar os ensinamentos, conduzindo-o à assimilação de estratégias para a execução das actividades de forma errónea. Estas situações iriam repercutir-se na recuperação funcional do doente, conduzindo ao aparecimento de complicações pós-operatórias – luxação da prótese – e ao seu reinternamento na instituição de saúde.

Acreditámos que a escassez do tempo e os períodos de internamento curtos nos serviços de ortopedia contribuíssem para estas situações, sendo a continuidade de todo o processo, assegurada pela existência dos cuidados continuados, uma vez que contemplavam, na sua filosofia, a promoção da autonomia, através da instrução, treino e supervisão de estratégias.

NOTAS FINAIS

Após termos percorrido todas as fases anteriores deste trabalho, sentimos necessidade de reflectir acerca de todo o caminho percorrido, chegando à conclusão de que cada uma das fases constituiu um desafio, uma procura incessante para dar resposta aos objectivos por nós delineados. Considerámos que crescemos enquanto profissionais de enfermagem, assim como alunos e, acima de tudo, como pessoas, passando a olhar a investigação como parte integrante e fundamental para uma excelência dos cuidados de enfermagem, no sentido de responder às necessidades do doente, contribuindo para a sua qualidade de vida.

O cuidar da pessoa, após a ocorrência da cirurgia de ATA, nos períodos pós-operatório imediato e tardio, enfatiza um conjunto de necessidades do doente, das quais destacamos as necessidades de informação. Estamos conscientes de que estas necessidades podem assumir duas vertentes: por um lado, o doente sente dificuldades e, como tal, necessidade de ser informado, mas opta por não as verbalizar (sentidas mas não expressas); por outro lado, poderá senti-las e exprimi-las ao profissional de enfermagem (sentidas e expressas).

O enfermeiro assume, então, o papel de orientador e promotor, pois o ensino ministrado ao doente, nesta fase do processo cirúrgico, tem como objectivos promover a continuidade de cuidados que o ajudará, após a alta clínica e no regresso a casa, a tornar-se o mais autónomo possível na concretização das actividades de autocuidado. Realçamos a necessidade de uma resposta de âmbito comunitário, em que se verifique uma articulação coesa entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados; por outro lado, as suas acções visam a promoção da autonomia do doente, assistindo-o, instruindo-o, treinando-o e supervisionando-o nas estratégias que lhe permitam ser independente, ter uma melhor qualidade de vida e, como tal, satisfazer as suas necessidades.

De uma forma geral, podemos afirmar que as necessidades de informação do doente, pela voz do enfermeiro e ao longo do internamento, se prendem com as actividades de autocuidado comprometidas pela intervenção cirúrgica, informações inerentes ao pós-

operatório, tanto imediato como tardio, principalmente estas últimas, fundadas nas adaptações do indivíduo ao seu meio familiar, domiciliar e social. Por outro lado, dado que o doente terá de modificar comportamentos, as ajudas técnicas apresentaram-se como uma procura de informação pelo doente, nomeadamente quais as ajudas técnicas e formas de as utilizar.

No nosso entender, o período de internamento revela-se como o local privilegiado para o início dos ensinamentos ao doente e, posteriormente, ser dada uma continuidade, após a alta do mesmo, no seu próprio contexto, o que facilitará a sua adaptação à nova condição e uma resposta positiva às suas necessidades.

Contudo, o profissional de enfermagem não deve adoptar uma simples postura de informante e/ou transmissor de informação. Considerámos que existem factores que, de forma directa ou indirecta, condicionam a informação ao doente, pelo que devem ser tidos em conta. Antes de tudo, o enfermeiro deve conhecer/identificar os conhecimentos de que o doente é portador, as suas dúvidas, as suas necessidades de informação, o próprio doente, para, posteriormente, desenvolver um planeamento de cuidados individualizado e personalizado, no sentido da informação chegar a “bom porto”. Para tal, achamos que se poderá servir de recursos, que, de uma forma ou de outra, ajudarão o doente na consolidação das estratégias ensinadas, e consultá-lo, após a alta clínica, no seu domicílio, sempre que surjam dúvidas.

Ao chegarmos a esta fase, estamos cientes de que nem sempre o processo de ensino ao doente decorre da melhor forma possível. O surgimento de entraves e obstáculos podem dificultar a transmissão e a aquisição de informação pelo doente.

Constatámos que o doente nem sempre é detentor de conhecimento acerca da cirurgia e das suas implicações e adopta, muitas vezes, uma postura passiva face aos cuidados de enfermagem, encarando tudo como procedimento integrante do processo (porventura associada à escassez de conhecimento), o que vai dificultar a difusão da informação.

Por outro lado, as próprias exigências, particularmente economicistas, nomeadamente o rácio enfermeiro/doente tão prementes na actualidade, vão-se reflectir directamente na prestação dos cuidados. Julgamos que, muitas vezes, o processo de ensino do doente fica comprometido e as informações transmitidas ficam aquém das suas necessidades.

Noutras situações, o desconhecimento das implicações da colocação da PTA, o facto de o doente estar compenetrado ao nível do ensino dos autocuidados e de determinadas temáticas acabam por conduzir à negligência, tanto dos profissionais de enfermagem como do doente, com prejuízo para a informação que deveria chegar ao doente. Podemos, deste modo, afirmar que este não recebe a informação, porque ele não é, muitas vezes, transmitida pelo enfermeiro, nem parece ser preocupação do doente e, como tal, não é procurada.

Julgamos ser importante salientar o papel da família/cuidador informal como imprescindível também no processo de recuperação, dado que o doente é parte integrante desta entidade, e como tal, também co-responsável pelo sucesso da restauração e promoção da autonomia. Concordamos com Nogueira (2003), quando defende que a família ou pessoas significativas devem também ser consideradas alvo dessa prestação por parte de todos os profissionais, no sentido de aprender, ser informados acerca do processo de cuidar, assim como serem apoiados para levar a "bom porto" este processo de recuperação do familiar.

Estamos cientes de que a realização desta investigação nos proporcionou momentos de aquisição de conhecimentos e momentos de confrontação em vários domínios que contribuirão para a melhoria da nossa actuação, enquanto profissionais de enfermagem, bem como para o ensino e a investigação. Acreditamos que os dados obtidos e a sua discussão se irão reflectir nas várias áreas de enfermagem: prática, ensino e investigação.

Neste sentido, deixámos algumas sugestões nos três domínios:

Ao nível da ***prática de enfermagem***, sugerimos que sejam realizadas formações em serviço sobre a temática em estudo, no sentido do planeamento de cuidados de forma uniforme e padronizada, claro está, adaptado depois a cada doente. Por outro lado, a criação e implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória de ortopedia, integrando também uma visita pré-operatória domiciliar, em que seriam abordados todos os aspectos relativos aos três momentos operatórios, consciencializando o doente acerca de todo o processo, dificuldades e adopção de estratégias no internamento e no domicílio, facilitando assim o período pós-operatório e o regresso a casa. Por outro lado, é fundamental envolver ainda mais o doente e a família/cuidador informal, fazendo-os sentir-se co-responsáveis do processo de cuidados, bem como adoptar práticas que visem a preparação da alta do doente o mais precocemente possível, pelo que se torna

urgente sensibilizar os enfermeiros para tal. No sentido de o doente e família/cuidador informal não se sentirem sós no processo de recuperação, principalmente no domicílio, sugerimos que passe a haver uma melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, e não apenas a passagem de informação através da carta de alta.

Ao nível do **ensino de enfermagem**, focalizar os conteúdos programáticos para as necessidades de informação dos doentes submetidos a ATA, bem como para a forma de aquisição de estratégias adequadas que permitam a concretização das actividades de autocuidado envolvidas. Por outro lado, planejar momentos crítico-reflexivos com os estudantes, ao longo dos ensinamentos clínicos desta temática, o que fará com que o estudante perceba que cada doente tem necessidades específicas que devem ser identificadas e objecto de acções, a serem posteriormente planificadas, executadas e avaliadas, no sentido de se saber se foram adequadas, se há necessidade de serem actualizadas e tomadas em conta no planeamento dos cuidados.

Ao nível da **investigação em enfermagem**, entendemos que seria útil a realização de outro estudo, com vista a conhecer as necessidades de informação do doente, na voz deste, bem como perceber se estas necessidades são as mesmas quando o doente ingressa na RNCCI para dar continuidade ao seu processo de reabilitação, ou quando o faz no seu próprio domicílio. Por outro lado, dado já existirem estudos sobre a nossa temática, mas de natureza quantitativa, recomendávamos a elaboração de uma investigação que permitisse a validação de um instrumento para a avaliação e o registo dos ensinamentos realizados ao doente, constando qual o conhecimento adquirido e o não adquirido, com vista a um reforço do ensino ao doente e, conseqüentemente, à promoção da sua autonomia.

Acreditamos que o nosso estudo possa servir de base para futuras investigações que se encontrem relacionadas com esta temática e pensamos ter contribuído para o crescimento desta área da Enfermagem e, deste modo, aumentar o seu corpo de conhecimentos.

*"Por vezes ajudo as pessoas a viver. Por vezes ajudo-as a morrer...
Porém, ajudo-as sempre. Sou Enfermeira."*

Peggy Anderson

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Abrunhosa, M.; Leitão, M. (1998) - *Psicologia 12*. vol.2, Porto: Areal Editores.
- 📖 Adam, E. (1994) - *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- 📖 Albarello, L. *et al.* (1997) - *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- 📖 Alves, A. (2008) - *Contributos para elaboração de um guia de orientação da alta hospitalar dirigido a doentes submetidos a artroplastia total da anca*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde.
- 📖 Alves, L.; Leite, I.; Machado, C. (2008) - “Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão da literatura”. *Ciências da Saúde Colectiva*. vol. 13, nº4, p.1199-1207.
- 📖 Araújo, A. *et al.* (2009) - “Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella”. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*. Rio de Janeiro, vol. 36, nº. 1, Janeiro/Fevereiro, p. 42-48.
- 📖 Arruda, I. (2007) - “Reflexões sobre o idoso e o programa Universidade da Terceira Idade”. *Revista Brasileira Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo, vol. 4, n.º2, Julho/Dezembro, p. 94-113.
- 📖 Azeredo, Z. (2011) - *O Idoso como um todo*. Viseu: Psicosoma, p.15-40.
- 📖 Bardin, L. (2009) - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- 📖 Berger, I. (1995) - “Aspectos biológicos do envelhecimento”. *Pessoas idosas uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- 📖 Bird, H. *et al.* (2006) - *Artrite – Melhore a sua saúde, alivie a dor e viva a vida em pleno*. Porto: Civilização.
- 📖 Brito, D. (2000) - *Ser cuidado na perspectiva do idoso – submetido a artroplastia da anca por coxartrose*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade de Porto, ICBAS.
- 📖 Brunner e Suddarth (1998) - *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 8ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara/Koogan.
- 📖 Cabete, D. (2005) - *Os Idosos, a Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência, p.5-19.
- 📖 Caldas, C. (2003) - “Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 19, nº3.

- 📖 Carvalho, A. *et al.* (1995) - *A influência da informação - ensino á família na aceitação da alta do doente hemiplégico por AVC*. [Tese de Especialização em Enfermagem de Reabilitação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto.
- 📖 Carvalho, R; Dias, R. (2001) - *Cuidados Pós-Operatórios após Artroplastia da Anca*. [Trabalho de Estágio de Aprendizagem do 3º ano do Curso Bietático de Licenciatura em Fisioterapia]. Universidade de Coimbra.
- 📖 Chini, G.; Boemer, M. (2007) - “A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, vol. 15, nº. 2, Março/Abril, p. 330-336.
- 📖 Conceição, M.; Ramos, P. (2004) - “Visita de referência cuidados em parceria”. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra, nº 56, Setembro-Outubro, p. 56-59.
- 📖 Cordeiro, A. (2009) - *Responsabilidade Profissional: Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [Tese de Mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.
- 📖 Costa, M. (1999) - “Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros”. *Manual de sinais vitais*, Coimbra: Formasau.
- 📖 Crowther, C. (2005) - *Cuidados Primários em Ortopedia*. Loures: Lusociência, p.171-204.
- 📖 Cunha, E. *Enfermagem em Ortopedia*. Lisboa, Lidel, 2008, p.147-165.
- 📖 Darnault, A.; Nizard, J.; Guillemain, L. *Reéducation de la Hanche Opérée*. Paris, EMC, 2005, p.1-23.
- 📖 Dawson, S. (2003) - “Princípios da preparação pré-operatória”. in Kim Manley e Loretta Bellman. *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lisboa: Lusociência.
- 📖 Decreto-Lei nº 101/2006. Diário da República de 6 de Junho – I Série, nº 109.
- 📖 Despacho Conjunto nº407/98. Diário da República de 18 de Junho - II Série, nº138.
- 📖 Direcção Geral da Saúde (2001) - *Como viver com reumatismo*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- 📖 Duarte, Y.; Diogo, M. (2000) - *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- 📖 Eliopoulos, C. (2011) - *Enfermagem Gerontológica*. 7ª Edição, São Paulo: Artmed.
- 📖 Fernandes, A. (1997) - *Velhice e sociedade. Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta editora.

- 📖 Filipe, A.; Afonso, C.; Lima, G. (2007) - “O Doente submetido a Artroplastia Total da Anca – Cuidados de Enfermagem”. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra, nº71, Março, p.53-56.
- 📖 Fonseca, S.; Videira, A. (2003) - “Informação em meio hospitalar”. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra, nº46, Janeiro, p.40-44.
- 📖 Fonseca, T. (2008) - *O Enfermeiro e as Necessidades de Saúde do Cuidador do Idoso em Pós-Operatório de Artroplastia Total de Quadril [online]*. [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.
- 📖 Fortin, M. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- 📖 Fortin, M. (2009) - *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- 📖 Foster, P.; Janssens, N. (1993) - in: George, J. *Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 📖 Garcez, E.; Rados, G. (2002) - “Necessidades e expectativas dos usuários na educação a distância: estudo preliminar junto ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina”. *Ciência da Informação*. Brasília, vol. 31, nº 1, Janeiro-Abril, p. 13-26.
- 📖 Gil, A. (1995) - *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª Edição, São Paulo: Atlas.
- 📖 Gomes, N. (2009) - *O Doente Cirúrgico no Período Pré-Operatório: Da Informação Recebida às Necessidades Expressas*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade de Porto, ICBAS.
- 📖 González López, M. (1996) - “Referenciación entre los distintos niveles de enfermaria: caso clínico”. *Revista Enfermagem Ciência*. Nº172/173, p.29-32.
- 📖 Graham, D. (2003) - “O serviço de cirurgia hospitalar, o bloco operatório e a unidade de cuidados pós-operatórios imediatos”. in: Manley, K. *et al.* (2003) - *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lisboa: Lusociência.
- 📖 Harkess, J. (2006) - *Artroplastia do quadril*. in: Canale, S. (2006) – *Cirurgia ortopédica de Campbell*. 10ª Edição, Barueri: Manole, cap.7, p. 315-482.
- 📖 Hazzard, W. *et al.* (1994) - *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 3ª Edição, New York: McGraw Hill.
- 📖 Healy, C.; Monahan, F. (2010) - “Reabilitação e Doença Crónica”. in: Monahan, F. *et al.* (2010) - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. 8ª Edição, Loures: Lusodidacta, vol. I, cap. 7; p.135-157.

- 📖 Hekman, P. (2006) - “O idoso frágil”. in Freitas, E.; Py, L.; Gorzoni, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 926-929.
- 📖 Henderson, V. (1994) - *La naturaleza de la enfermería- reflexiones 25 anos después*. McGraw-Hill: Columbus.
- 📖 Herbert, S. et al. (1995) - *Ortopedia e Traumatologia – Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.507-519.
- 📖 Hesbeen, W. (2000) - *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- 📖 Hesbeen, W. (2001) - *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- 📖 Imaginário, C. (2008) - *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2ª Edição, Coimbra: Formasau.
- 📖 Instituto Nacional de Estatística (2010a) - *Estatísticas Demográficas 2009*. Lisboa: INE.
- 📖 Instituto Nacional de Estatística (2010b) - *Homens e Mulheres em Portugal 2010*. Lisboa: INE.
- 📖 Instituto Nacional de Estatística (2011) – *Base de Dados*. Disponível em <http://www.ine.pt/>. [Acedido em 15 de Junho de 2011].
- 📖 Internacional Council of Nurses (2001) - *Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE/ICNP®)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- 📖 Internacional Council of Nurses (2005) - *CIPE® Versão 1 (Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem)*. Geneva: Switzerland.
- 📖 Irving, S. (1979) - *Enfermagem Psiquiátrica Básica*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Interamericana, p.71.
- 📖 Jesus, C.; Silva, C.; Andrade, F. (2005) - “Alta Clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio”. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra, nº59, Março, p.25-28.
- 📖 Kapandji, I. (1987) - *Fisiologia Articular: Esquemas Comentados de Medicina Humana*. 5ª Edição, vol. 2.
- 📖 Kinsella, K.; Velkoff, V. (2001) - *Aging World: 2001 (Séries P95/01-1)*. Washington: U.S. Census Bureau.
- 📖 Lakatos, E.; Marconi, M. (1992) - *Metodologia Científica*. 2ª Edição, São Paulo: Atlas.
- 📖 Lavareda, L.; Soveral, F. (2007) - “Informação: uma perspectiva de intervenção: estudos em enfermagem”. *Jornal de Enfermagem*. Nº104, Junho, p.10

- 📖 Leal, M. (2006) - *A CIPE e a invisibilidade da enfermagem: mitos e realidades*. Loures: Lusociência.
- 📖 Lessard-Hébert *et al.* (2008) - *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. 3ª Edição, Lisboa: Instituto Piaget, 2008.
- 📖 Lima, A. (2010) - *Condições de Vida de Pacientes com Artroplastia Total Primária do Quadril (ATPQ): Sentimentos e Alterações Vivenciadas [online]*. [Tese de Mestrado], Botucatu: Faculdade de Medicina.
- 📖 Luce, M. *et al.* (1990) - “A preparação para o auto cuidado do doente diabético e família”. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, vol.1, nº1/2/3/4, Dezembro/Janeiro, p.36-49.
- 📖 Luz, E. (2003) - “Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade de cuidados”. *Nursing*. Lisboa, Ano 15, nº 175, p. 34-44.
- 📖 Macedo, M.; Machado, E. (1997) - *Enciclopédia de Medicina*. Lisboa, Mirandela Artes Gráficas SA, p.107; 152; 434; 969-970; 649;650.
- 📖 Marek, J. (2010) - “Avaliação do Sistema Músculo-Esquelético”; “Osteoartrite e Artrite Reumatóide”. in: Monahan, F. *et al.* (2010) - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. 8ªEdição, Loures: Lusodidacta, caps. 51, 54; p.1537-1568, 1667-1703.
- 📖 Marek, J.; Boehnlein, M. (2010) - “Enfermagem no Pré-Operatório”; “Enfermagem no Intra-Operatório”; “Enfermagem no Pós-Operatório”. in: Monahan, F. *et al.* (2010) - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. 8ªEdição, Loures: Lusodidacta, vol. I, caps. 13, 14, 15; p.245-341.
- 📖 Martins, C. (2005) - *Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem - um estudo centrado nos resultados*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade de Porto, ICBAS.
- 📖 Martins, J. (2003) - *Programação da alta do idoso um contributo para a continuidade dos cuidados*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade de Porto, ICBAS.
- 📖 Martins, J. (2004) - “Os Enfermeiros e os Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento: Percepções, Atitudes e Opiniões”. *Revista Referência*. Coimbra, nº12, Novembro, p.15-26.
- 📖 Martins, J. (2008) - *O Direito do Doente à Informação: Contextos, Práticas, Satisfação e Ganhos em Saúde*. [Tese de Doutoramento], Porto: Universidade de Porto, ICBAS.

- 📖 Martins, M.; Fernandes, C. (2009) - “Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca”. *Referência*. Coimbra, II Série, nº 11, Dezembro, p.79-92.
- 📖 Meleis, A. *et al.* (2000) “Experiencing transitions: an emerging-range middle – theory”. *Advances in Nursing Science*. Ambler, nº23, p. 12-28.
- 📖 Melo, M. (2005) - *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lisboa: Lusociência.
- 📖 Messner, R. (1993) - “What Patients Really Want From Their Nurses”. *American Journal of Nursing*. Nº 8, Agosto, p. 38-41.
- 📖 Ministério da Saúde (2004) - *Plano Nacional da Saúde: orientações estratégicas e prioridades para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde. vol. 2.
- 📖 Monteiro, M. (2010) - *Vivências dos cuidados familiares em internamento hospitalar - O início da dependência*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade de Porto, ICBAS.
- 📖 Moreira, M. (s.d.) - *Envelhecimento da população Brasileira: aspectos gerais*. Disponível: <http://www.fundaj.gov.br>. [Acedido em 28 de Maio de 2011].
- 📖 Morse, J. (2007) - *Aspectos Essenciais da Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau, 2007.
- 📖 Mourad, L. (1994) - *Ortopedia*. 1ª Edição, Madrid: Mosby.
- 📖 Nazareth, J. (1994) - “O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa”. *Geriatrics*. vol.7, nº64, p.5-17.
- 📖 Nogueira, M. (2003) - *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade de Porto, ICBAS.
- 📖 Nunes, R.; Leão, M. (2001) - “Reabilitação das Artroplastias da Anca”. *Arquivos de Fisioterapia*. Lisboa, vol. 8, nº32, p.131-138.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2001) - “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos”. *Divulgar*. Lisboa, Dezembro.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2009) - *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, p.2.
- 📖 Orem, D. (1980) - *Nursing: concepts of practice*. 2ª Edição, New York: McGraw Hill.
- 📖 Orem, D. (2001) - *Nursing: Concepts of practice*. 6ª Edição, St Louis: Mosby.

- 📖 Organização Mundial de Saúde (2005) – *Prevenção de Doenças Crónicas: Um Investimento Vital*. Geneva, World Health Organization.
- 📖 Parente, C. et al. (2009) - “Artroplastia da Anca”. *Enfermagem em Ortopneumatologia*. Coimbra: Formasau, p.129-163.
- 📖 Parente, P. (1998) - “Que informação a dar ao doente/família”. *Ética nos cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau, 1998.
- 📖 Paskulin, L. et al. (2004) - “Clientes idosos submetidos à artroplastia total de quadril primária (ATQP): o que pensam a respeito do cuidado recebido no domicílio”. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, vol. 17, nº. 2, Abril/Junho, p. 211-221.
- 📖 Paúl, C. (1997) - *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- 📖 Paúl, C. et al. (1999) - *Comunidade e saúde: satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Edições Afrontamento.
- 📖 Paúl, C.; Fonseca, A. (2005) - *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 2ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- 📖 Pearson, A. (1992) - *Modelos para o exercício de enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing.
- 📖 Pereira, E. et al. (2002) - *Medicina do corpo medicina do espírito: 50 anos de medicina interna*. Lisboa: Gradiva, Sociedade portuguesa de medicina interna.
- 📖 Petronilho, F. (2007) – *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau.
- 📖 Phaneuf, M. (2001) - *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- 📖 Pitrez, F.; Pioner, S. (1999) - *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- 📖 Porto Editora (2011) - *Dicionário Básico da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- 📖 Potter, P.; Perry, A. (1999) - *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. 4ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- 📖 Potter, P.; Perry, A. (2005) - *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.
- 📖 Queiroz, M. (2006) - *Doenças reumáticas: manual de auto-ajuda para adultos*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- 📖 Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2008) - *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

- 📖 Ramos, L. (2003) - “Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo”. *Cadernos Saúde Pública*. vol.19, nº3, p.793-798.
- 📖 Rendas, A. (2001) - “Envelhecimento: ponto de vista imunológico”. in: Pinto, A. (2001) - *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Edições Quarteto.
- 📖 Ribeiro, J. (1999) *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.
- 📖 Rosa, T. *et al.* (2003) - “Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos”. *Revista Saúde Pública*. vol.37, nº1, p.40-48.
- 📖 Rueda, G. (1999) - “Dorothea E. Orem. Aproximación a su teoría”. *Revista ROL de Enfermaria*. Barcelona, vol. 22, nº4, Abril, p.309-311.
- 📖 Santos, J. (2002) - *Parceiros nos cuidados – uma metodologia centrada no doente*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- 📖 Sequeira, C. (2007) - *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Editora Quarteto.
- 📖 Serra, L. (2001) - *Fracturas e Ortopedia*. 2ª Edição, Porto: Lidel
- 📖 Silva, I. (2008) - *(Con)viver com a dor do outro... Vivências dos Familiares de Idosos com Doença Crónica*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade de Porto, ICBAS.
- 📖 Silva, M. (2002) - *Vivências do Doente Cirúrgico no Perioperatório da Cirurgia Programada*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade de Porto, ICBAS.
- 📖 Silva, M. (2007) - *A vivência do envelhecer: sentido e significados para a prática de enfermagem (on-line)*. [Tese de Doutoramento].Ribeirão Preto: Escola Superior de Enfermagem.
- 📖 Sousa, L; Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004) - *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar, 2004.
- 📖 Sousa, M. (2008) - *Reabilitação da Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca: Do Internamento ao Domicílio*. [Trabalho de Especialização em Enfermagem de Reabilitação]. Funchal: Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny.
- 📖 Streubert, H. (2002) - “A produção de investigação qualitativa: elementos comuns essenciais”. in: Streubert, H.; Carpenter, D. (2002) - *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª Edição, Loures: Lusociência, p.17-35.
- 📖 Streubert, H.; Carpenter, D. (1999) - *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.

- 📖 Streubert, H.; Carpenter, D. (2002) *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*, 2ª Edição, Loures: Lusociência.
- 📖 Tashiro, M. (2001) - "Artroplastia total do quadril: processo de cuidar". in: Tashiro, M.; Murayama, S. (2001) - *Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia*. São Paulo: Atheneu, cap. 23, p. 251-269.
- 📖 Tomey, A.; Alligood, M. (2004) – *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência, cap. 13, p.211-235.
- 📖 Townsend, M. et al. (2005) - *Sabiston, tratado de cirurgia: a base biológica da moderna prática cirúrgica*. 17ª Edição, Rio de Janeiro: Elsevier.
- 📖 Vala, J. (1986) - "A análise de conteúdo". in: Silva, A.; Pinto, J. (1986) - *A metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- 📖 Vono, Z. (2007) - *Enfermagem gerontológica: atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Edições Senac.
- 📖 Watson, J. (1985) - *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: Associated University Press.
- 📖 Watson, J. (1999) - *Enfermagem Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- 📖 Weinstein, S.; Buckwalter, J. (2000) - *Ortopedia de Turek – Princípios e sua Aplicação*. 5ª Edição, São Paulo: Editora Manole, cap.15.
- 📖 Wong, L.; Moreira, M. (2000) - "Envelhecimento e desenvolvimento Humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina". (1950-2050)". *VI Reunião Nacional de Investigación Demográfica en México*.

ANEXOS

**ANEXO I: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PARA
RECOLHA DOS DADOS E RESPOSTA OBTIDA**

João Miguel Almeida Ventura da Silva

Rua Professor Manuel Pinheiro Magalhães, nº49

3720 – 599 UI

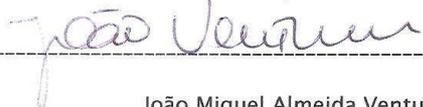
Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo

Eu, João Miguel Almeida Ventura da Silva, Enfermeiro no Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, no serviço de Medicina/Cirurgia/Ortopedia, venho solicitar a V^a Ex.^a a autorização para a aplicação de uma entrevista semi-estruturada (em anexo envio o Guião de Entrevista), aos profissionais de enfermagem dos serviços de Ortopedia e Unidade de Cuidados Continuados de Convalescência, deste Hospital. Esta realiza-se no âmbito do XVII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, cujo tema da minha dissertação final será: **“O Doente submetido a Artroplastia Total da Anca: Necessidades de Informação na Promoção da Autonomia”**. Este trabalho tem como finalidade elaborar um guia de ensino a estes doentes, bem como aos seus familiares.

Tendo em consideração os princípios éticos, comprometo-me a respeitar o direito à autodeterminação dos participantes, ao anonimato e à confidencialidade dos dados colhidos. Os participantes serão devidamente informados sobre a natureza do estudo, assim ser-lhes-á pedido consentimento escrito para participar no estudo. Proponho-me ainda, a fornecer os dados/trabalho de investigação à Instituição, se assim o entenderem.

Grato pela atenção dispensada, aguardo deferimento.

Oliveira de Azeméis, 6 de Outubro de 2010



João Miguel Almeida Ventura da Silva



Comissão de Ética para a Saúde
Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo

*Deliberada em reunião
C.E.S.*

R. J. Santos
Presidente
Ronaldo Garrido Matos

PARECER

A CES deste Hospital deliberou que não há impedimento ético para a realização do estudo – O doente submetido a Artroplastia Total da Anca: Necessidades de Informação na Promoção da Autonomia, desde que devidamente autorizado pelo Conselho de Administração do Hospital.

Valongo, 14 de Outubro de 2010

Alexandra Corte-Real
Alexandra Corte-Real
Presidente da CES

ANEXO II: GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

OBJECTIVOS

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

ENTREVISTADOS

- Enfermeiros dos Serviços de Ortopedia/Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença do Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo

DATA

- Janeiro a Março de 2011

ENTREVISTADOR

- João Miguel Almeida Ventura da Silva

TEMPO APROXIMADO

- 30 Minutos

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS/ÁREAS TEMÁTICAS	OBJECTIVOS	DIRECTIVAS DE QUESTÕES
<p align="center">BLOCO I</p> <p align="center">LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Legitimar a entrevista ● Motivar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> ● Apresentação do entrevistador. ● Informar o entrevistado sobre: <ul style="list-style-type: none"> ● Tema; ● Objectivos do estudo. ● Solicitar a colaboração do entrevistado referindo a importância do seu contributo para a realização do estudo. ● Assegurar a confidencialidade e o anonimato. ● Solicitar autorização para a realização da entrevista. ● Caracterização do entrevistado: <ul style="list-style-type: none"> ● Género ● Idade em anos ● Tempo de serviço em anos; ● Tempo de serviço em anos, na área do estudo.
<p align="center">BLOCO II</p> <p align="center">NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DO DOENTE SUBMETIDO A ATA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar as necessidades de informação expressas ao enfermeiro pelo doente submetido a ATA, durante o período pós-operatório. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Quais as dificuldades expressas pelo doente durante o período pós-operatório?
<p align="center">BLOCO III</p> <p align="center">INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PELO ENFERMEIRO AO DOENTE SUBMETIDO A ATA NO PÓS-OPERATÓRIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Descrever a informação transmitida pelo enfermeiro, durante o período pós-operatório, ao doente submetido a ATA. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Quais os ensinamentos que faz ao doente durante o período pós-operatório? ● Qual a informação que transmite ao doente no pós-operatório? ● Como faz a gestão dessa informação?

ANEXO III: ENTREVISTA NA ÍNTEGRA

- *Quais as dificuldades expressas pelo doente durante o período pós-operatório?*

As dificuldades são diversas, mas as dificuldades maiores que os doentes me vão expressando têm a ver com o posicionar-se no leito, com o levantar-se, com o transferir-se da cadeira para a cama, parecem coisas básicas mas num pós-operatório de uma PTA são fundamentais e a recuperação depende de uma correcta transferência, de um correcto posicionamento, de um correcto transferir-se para ir ao sanitário e saber usar o sanitário, o deambular correctamente.

Depois há várias dificuldades que muitos dos doentes nos vão abordando e têm a ver com as barreiras arquitectónicas que vão encontrar em casa, desde camas muito baixas, porque nós fazemos os ensinamentos e vamos estar a dizer que necessitam de usar um cadeirão alto e que muita gente o que diz e que realmente tem algumas dificuldades, porque em casa não tem condições, não estão em casas minimamente adaptadas para um pós-operatório de uma ATA.

Outras dificuldades que me vão dizendo têm a ver com as actividades que ele desenvolvia antes, por exemplo, pessoas idosas que gostavam de ir para o quintal, de pegarem na sua sacola, de arrumarem, fazerem as tarefas de casa e depois ficam muito limitadas em termos de mobilidade; pessoas mais novas que caminhavam bastante e que no pós-operatório já têm que reduzir essas caminhadas, as pessoas mais novas, a nível da actividade sexual...

- *Os doentes questionam-te acerca da sexualidade?*

Por acaso nunca me questionaram, mas como nós temos no serviço um panfleto em que aborda essa problemática, normalmente dou sempre aos doentes esse folheto com os cuidados e as posições sexuais que podem adoptar, mando-os ler e depois mais tarde passo lá junto dele e abordo-o em relação a dificuldades, complemento informação que vem, mas é assim normalmente as pessoas nunca fazem esse tipo de perguntas.

As dificuldades que eles me expressam estão relacionadas com os autocuidados comprometidos pela cirurgia, o deambular, o transferir-se, muito o treino da

deambulação, eu tento sempre fazer o treino de deambulação e o de subir e descer escadas que muitas vezes é esquecido.

Mas é assim é muito difícil aqui fazer o treino em seis dias, no entanto, independentemente dos dias que o doente estiver internado é importante um correcto ensino e treino de todos autocuidados, o andar, o transferir-se, de tudo...

- *Os doentes questionam-te?*

Alguns sim, outros não... talvez não questionem porque muitas vezes faz parte da personalidade da pessoa ser retraída, outras vezes nós enfermeiros com a nossa sobrecarga de trabalho não damos muita oportunidade para isso, vamos fazer o que temos a fazer e acabamos por virar as costas, que é mesmo o termo mais correcto. Não há tempo e se calhar não damos oportunidade àquela comunicação que deveria ser e não é feita da mesma forma, ou da forma mais correcta, não damos tempo ao doente e não temos tempo de estar com ele, de ele falar e de expressar as suas dificuldades. Se não formos nós a estarmos lá com o doente, a falarmos, ele muitas vezes não vai dizer que tem dificuldades, vai deparar-se com elas em casa. Depois, verifica-se que é passado um dia de o doente ter ido para casa que vai passar pelas dificuldades, não sabe como as resolver e vai ser reinternado com uma luxação da anca.

Muitos deles não têm consciência da condição de doente e do que lhes espera lá fora após a alta e também não o tinham antes de ser operados. Eu acho que começam a ter alguma consciência durante o internamento, e depois os doentes durante o internamento, apesar de ser curto já se vão apercebendo disso. Creio que quando chegarem a casa vêem as restantes e reais dificuldades e que aqui não são abordadas as estratégias necessárias para as resolver, como por exemplo, a limitação da mobilidade que fica reduzida, o facto de alguns viverem sozinhos e, nos primeiros tempos, não puderem derrear-se para apanhar alguma coisa do chão, o facto de não terem casas adaptadas que tem imensas escadas para subir, o morarem num andar sem elevador, camas altíssimas e o descer da cama sozinhos...

Tento, em alguns doentes, fazer o ensino de entrar e sair do carro, principalmente àqueles que anteriormente ainda conduziam, porque acho fundamental. Alguns após a alta saem daqui e vão de carro para casa, muitas vezes têm dúvidas se podem ou não ir

de carro preferindo ir de maca, porque não sabem que podem ir de carro, mas com os devidos cuidados.

Depois relativamente à actividade desportiva, como muitas vezes não temos grande tempo só se o doente questionar é que acabo por falar disso, e sinto isso como uma dificuldade que não é dita pelo doente e que nós ficamos um pouco à parte e nem sempre a identificamos. Tento sempre adaptar tudo ao contexto e à pessoa, à vida, ao tipo de profissão, se for uma pessoa reformada, que não faça nenhum desporto, eu normalmente nem falo disso.

- *E a família expressa algumas dificuldades/dúvidas?*

A família normalmente questiona. Eu acho que questiona mais se o doente for de uma faixa etária muito avançada, porque irá ser outra pessoa que não o próprio, que irá cuidar dele. Vai haver aí um cuidador e aí eu acho que as pessoas tentam-se envolver mais e... mas nem todas as famílias. Mas algumas tentam-se envolver porque vão ter uma pessoa em casa totalmente ou parcialmente dependente e depois não sabem como actuar, mas por exemplo, tem acontecido termos doentes com idade mais nova, que numa fase inicial também vão precisar do companheiro ou de uma outra pessoa cuidadora, mas que eu não vejo grande envolvimento por parte do cuidador, as informações são dadas depois pelo doente. Como se trata de uma pessoa consciente, orientada, a família não está se calhar tão preocupada, mas eu acho que se deveria envolver e que nós deveríamos fazer pressão para que eles se envolvessem...

No entanto, com a sobrecarga que nós temos no serviço, temos muito trabalho, somos muito poucos enfermeiros e é-nos atribuído muitos doentes e tarefas, e é complicado...

Não faço o ideal, faço aquilo que posso, dentro do que é possível, tento envolver a família, mas não envolvo em todos os autocuidados, por exemplo, higiene, vestir-se, que é mais no turno da manhã. Na deambulação, no posicionar-se é fundamental e como fazemos essas actividades durante a tarde, que é o período em que está mais tempo o familiar, eu tento envolver, jamais meto os familiares fora da enfermaria para prestar cuidados. Eu tento sempre envolvê-lo, embora haja outros autocuidados em que não o faço.

Eu considero que para dar continuidade e perceber se o doente e familiares assimilaram os cuidados seria a realização de visitas domiciliárias que são muito importantes. Primeiro haver uns ensinamentos mais pormenorizados, que eu acho que de forma geral não há no serviço, mas que deveria ser, por exemplo, uma criação de uma check-list com os cuidados essenciais a serem efectuados ao doente e família por todos os enfermeiros e que houvesse uma continuidade. Se o colega da manhã, porque não teve tempo, não o fez deve assinalar nessa check-list, para nossa orientação, e como não fez, o colega da tarde teria obrigatoriamente que o fazer e dar continuidade, assim como o da noite. No dia da alta, o enfermeiro que estivesse com ele teria que ver se realmente todos aqueles ensinamentos foram efectuados, se tinham adquirido o conhecimento e se não, teria que reforçar e se necessário ficar mais um dia para ser dada uma continuidade, instruindo-o e treinando-o, para que o doente saísse com conhecimento. Depois deveria haver um encaminhamento, agora com as UCC's já fazem isso, sendo uma boa estratégia para a informação ao doente, nós é que não temos muita articulação, porque há hospitais que ligam de imediato à UCC do doente na comunidade a dar conhecimento da situação e logo que o doente vai para casa, a equipa da UCC vai a casa ver as necessidades, quais as barreiras que o doente tem, neste caso, se o doente não leva conhecimento adquirido acerca de determinado autocuidado, cuidados, estratégias, o enfermeiro acaba por dar a continuidade e faz os ensinamentos no contexto do doente. É diferente nós falarmos daquilo que precisa, do que tem que fazer no Hospital onde tem tudo ao seu dispor. Depois no contexto dele é muito diferente. Vamos exigir que ele se deite assim e nós aqui regulamos a cama ao nível que queremos, em casa temos uma cama baixíssima, como é que ele vai fazer para contornar a situação...

As UCCs nomeadamente na comunidade e também as unidades de cuidados de reabilitação dos hospitais são uma boa resposta para a falta de tempo dos enfermeiros da fase aguda e mesmo para a família, aí é mais fácil, porque aqui se for uma pessoa de idade avançada a família já nem vem tanto, apesar de numa idade avançada ser o cuidador mas talvez não vem tanto ao hospital, só no momento da alta ou pouco antes. Nestas unidades o enfermeiro vai ao contexto, está lá quem vive com o doente e quem irá cuidar dele. Estou a falar também de equipas formadas pelo hospital, mas que vão dar apoio ao domicílio, nesse sentido, e não ir só para tratar feridas, mas fazer, limar arestas daquilo que o doente não levou aqui do hospital.

- *Quais as informações que dá ao doente?*

Tento fazer os ensinamentos de todos os autocuidados comprometidos pela cirurgia, ensinando estratégias para os resolver. Aproveito o turno da manhã para fazer ensinamentos no autocuidado higiene, vestir-se e despir-se; depois das 48 horas, ensino como é que este deve fazer as transferências, dou sempre o panfleto para ele ler, reflectir e para mais tarde perguntar se tem dificuldades, dúvidas, digo inclusive para mostrar à família também e informo-a de ter dado o folheto ao doente e peço-lhes para também o lerem.

No uso do sanitário que é fundamental, depois no subir e descer escadas eu acho que é esquecido por muitos enfermeiros e depois o doente chega, por exemplo a casa, e a primeira dificuldade que ele encontra depois de sair da ambulância é que tem que subir imensas escadas para ir para casa.

No treino de marcha, tento também fazer os ensinamentos relativos ao entrar e sair do carro, adaptar às actividades que fazia em casa, o facto de não poder derrear-se e não poder ir para o quintal e que muitos dos nossos idosos gostam...

Tento instruir, treinar nem sempre todos os autocuidados só alguns os que são possíveis cá dentro e supervisiono...

- *E que outro tipo de informação forneces ao doente?*

Depois, aí vou um bocadinho por aquilo que o doente sente necessidade, pergunto se há alguma dificuldade que ele tenha e depois mediante isso vou adaptando, se realmente diz que em casa: "Olhe Sr.^a Enf.^a eu em casa tenho um cadeirão muito baixo, como é que resolvo a situação?". Depois tento arranjar as melhores estratégias para que o doente consiga solucionar o problema, por exemplo, o não cruzar as pernas, não se sentar em cadeiras muito baixas, alerta para não se deitar para o lado da prótese, para o facto que muita gente se esquece e quando o doente vai ao Centro de Saúde fazer um injectável, normalmente as colegas nem reparam se o doente tem ou não uma prótese e administram em qualquer lado, sendo um dos grandes riscos para uma infecção da prótese...

- *Como fazes a gestão da informação a dar ao doente?*

Eu tento dar sempre a informação básica pelo menos até à alta e muitas vezes o problema é que o colega que vem a seguir esquece-se de determinados ensinamentos, por isso é que eu digo essa check-list era fundamental, para que os nossos cuidados fossem registados, era uma estratégia de ensino ao doente e orientava os enfermeiros de quais os cuidados, adaptando claro está a cada doente, permitindo que a informação não fosse dada de uma vez só. Sabíamos que o colega a seguir, só ia falar de determinados pontos, porque os outros já tinham sido abordados. Assim havia tempo para abordar calmamente esses assuntos e a seguir ser dada continuidade, completado aquilo que não foi ensinado e reforçar aquilo que era necessário.

Tento fazer todos os ensinamentos básicos necessários para que quando chegue a uma Unidade de Convalescência o doente já tenha os pilares básicos para ser dada a continuidade de cuidados, contrariamente a outros colegas... o doente deve começar logo a tentar a sua recuperação no pós-operatório imediato, tornando-o o mais independente possível, deve ser a nossa prioridade e a filosofia dos cuidados continuados é que o doente seja o mais autónomo possível. Mas eu acho que na fase aguda também o deve ser. Às vezes ouvem-se comentários de que vai ter 30 dias na convalescência para recuperar, mas isto está completamente errado. O doente está referenciado para uma unidade com internamento de 30 dias, mas não tem que lá ficar os 30 dias. Se o doente começar o ensino na fase aguda e for um bom ensino, vai acabar por ir solidificar os conhecimentos e se o fizer em 15 dias ou 1 semana pode vir embora...

Agora para concluir, eu enquanto enfermeira acho que dou toda a informação que o doente precisa, penso que esta informação vai de encontro às suas necessidades... agora também verifico que há muita falha nos ensinamentos, que a informação não é dada e isso verifica-se com o internamento por luxação da prótese e que talvez se esses ensinamentos fossem feitos, os doentes não voltariam a ser internados, no entanto, fica-se sempre sem saber de quem será a culpa...

ANEXO IV: GRELHA DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

CATEGORIA: CONTEÚDO DE INFORMAÇÃO

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COMPROMETIDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>AUTOCUIDADO HIGIENE</u> <p>Está relacionado com os autocuidados (...) nomeadamente, o banho, autocuidado higiene...” (E1)</p> <p>“... (a informação dada) especialmente aos autocuidados comprometidos, como por exemplo, o banho...” (E1)</p> <p>“...no banho, os cuidados a ter para lavar os membros inferiores, depois é tudo isto aliado aos autocuidados, que é o que nós fazemos aqui.” (E2)</p> <p>“...a nível de autocuidados (...) durante o banho para limpar e secar os pés...” (E4)</p> <p>“...nos cuidados de higiene (...) como é que vai fazer a entrada para a banheira, quem não tem poliban...” (E4)</p> <p>“...“vai desde os cuidados de higiene...” (E4)</p> <p>“...durante os cuidados de higiene...” (E7)</p> <p>“...cuidados de higiene...” (E8)</p> <p>“...alguns auto-cuidados, por exemplo, a higiene...” (E8)</p> <p>“...nos cuidados de higiene de como vão prestar os cuidados, como é que vão auxiliar o familiar...” (E8)</p> <p>“Aqui é dada a informação básica ao doente, nomeadamente sobre os autocuidados comprometidos como a higiene...” (E8)</p> <p>“Mas as informações básicas para um doente submetido a colocação de PTA são dadas e prendem-se com os autocuidados comprometidos como a higiene...” (E8)</p> <p>“Verbalizam também dificuldades na forma de satisfação dos autocuidados comprometidos, como é o caso do autocuidado higiene...” (E9)</p> <p>“A nível de todos os autocuidados, desde os cuidados de higiene...” (E9)</p> <p>“...na execução do autocuidado higiene...” (E10)</p> <p>“...falam do banho...” (E10)</p> <p>“...os autocuidados higiene...” (E10)</p>

<p>ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COMPROMETIDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <p>■ <u>AUTOCUIDADO VESTUÁRIO</u></p> <p>“O vestir e o despir...” (E1)</p> <p>“Eles verbalizam ter mais dificuldades no desenvolvimento de forma independente dos seus autocuidados, como por exemplo, o vestir e despir...” (E6)</p> <p>“...o vestuário...” (E9)</p> <p>“...o despir a roupa...” (E9)</p> <p>“...como se podem vestir sem se prejudicarem e pronto...” (E9)</p> <p>■ <u>AUTOCUIDADO IR AO SANITÁRIO</u></p> <p>O uso do sanitário é outro aspecto que abordo, a altura da sanita...” (E1)</p> <p>“...bem como, o uso do sanitário...” (E1)</p> <p>“E também no uso do sanitário...” (E3)</p> <p>“No uso do sanitário que é fundamental...” (E5)</p> <p>“A ida ao sanitário é também uma dificuldade inicial...” (E9)</p> <p>“A ida à casa de banho também no início é uma dificuldade e como vão fazer...” (E10)</p> <p>“...ir à casa de banho...” (E10)</p> <p>“...ir ao sanitário...” (E10)</p> <p>■ <u>AUTOCUIDADO ACTIVIDADE FÍSICA</u></p> <p>“...estão basicamente mais relacionadas com as posições que poderão adoptar na cama” (E1)</p> <p>“Relativamente ao dormir também chamo à atenção para as posições que podem adoptar com segurança.” (E1)</p> <p>“O transferir-se é muito importante, isso começa logo (...) o transferir-se da cama, como sair pelo lado bom, pelo que foi operado ...” (E1)</p> <p>“O deambular com auxiliar de marcha...” (E1)</p> <p>“...o deambular, o posicionar-se, o levantar-se...” (E1)</p> <p>“Relativamente ao desporto, se for uma pessoa mais jovem, aconselho-a à prática de desportos, como o caminhar, e elucido-a de quais não devem ser praticados, como a dança.” (E1)</p> <p>“Aqui a principal dificuldade e que sentimos que nos solicitam informação é a deambulação. Os doentes verbalizam ter</p>
---	---

<p>ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COMPROMETIDAS</p>	<p>dificuldade em andar e é a principal preocupação.” (E2)</p> <p>“Por outro lado, as transferências da cama para o cadeirão ou vice-versa, no erguer-se, no deitar e basicamente são as principais.” (E2)</p> <p>“A técnica de deambulação quando começam a andar (...) os posicionamentos no leito...” (E2)</p> <p>“...o facto de ao transferirem-se do leito para a cadeira ou vice-versa...” (E2)</p> <p>“... ou seja, ajudar a levantar-se e a transferir-se do leito e cadeira, seguidamente, a forma como vai conseguir dar uns passinhos para ir até ao sanitário...” (E2)</p> <p>“São várias, portanto, o que eles referem mais, que têm mais necessidade que nós forcemos os ensinamentos é no levantar, no levantar da cama, no sentar também, no levantar...” (E3)</p> <p>“...deitar e o início da deambulação, como é que ele deve primeiro colocar a perna...” (E3)</p> <p>“Reforçar também os ensinamentos da forma como o doente se posiciona no leito...” (E3)</p> <p>“O doente que vem para aqui tem que saber sair da cama, saber deitar-se e saber andar...” (E3)</p> <p>“...no pós-operatório tardio quantas vezes poderá levantar-se, quando é que já pode pôr o pé no chão, quando pode sentar-se na sanita...” (E4)</p> <p>“Por outro lado, a nível da deambulação (...) a perna operada e depois a perna não operada e sempre assim. Também a parte do levantar da cama, que membro é que vai fazer mais força, o que vai apoiar primeiro...” (E4)</p> <p>“...no deambular (...) o descer e o subir escadas; o sair da cama; o levantar e o sentar...” (E4)</p> <p>“As dificuldades são diversas, mas as dificuldades maiores que os doentes me vão expressando têm a ver com o posicionar-se no leito...” (E5)</p> <p>“...com o levantar-se, com o transferir-se da cadeira para a cama...” (E5)</p> <p>“As dificuldades que eles me expressam estão relacionadas com os autocuidados comprometidos pela cirurgia, o deambular, o</p>
---	---

<p>ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COMPROMETIDAS</p>	<p>transferir-se, muito o treino da deambulação...” (E5)</p> <p>“...eu tento sempre fazer o treino (...) de subir e descer escadas...” (E5)</p> <p>“...no subir e descer escadas (...) No treino de marcha...” (E5)</p> <p>“...pessoas mais novas que caminhavam bastante e que no pós-operatório já têm que reduzir essas caminhadas, as pessoas mais novas...” (E5)</p> <p>“Depois relativamente à actividade desportiva...” (E5)</p> <p>“No nosso serviço tenho deparado que as dificuldades que os doentes têm são a nível de posicionamentos (...) como manter posicionamentos adequados...” (E6)</p> <p>(E6)</p> <p>“...ensino o doente a posicionar-se, a deambular se tiver a deambulação prescrita (...) tenho o cuidado de explicar os posicionamentos que o doente deve adoptar...” (E6)</p> <p>“Se o doente se encontra no leito tento ensinar (...) os posicionamentos no leito...” (E6)</p> <p>“...se o doente já deambula, reforço os ensinamentos da deambulação – técnica de marcha -, subida e descida de escadas...” (E6)</p> <p>“Na minha opinião e pela experiência que eu tenho, o doente verbaliza, nos primeiros dias, dificuldade na forma de como se há-de posicionar no leito, como levantar-se, transferir-se da cadeira para a cama e depois mais tarde como deambular...” (E7)</p> <p>“...sinto que é uma necessidade de informação o treino da deambulação...” (E7)</p> <p>“Eles sentem dificuldade também no sair da cama, no sentar-se...” (E7)</p> <p>“...na deambulação (...) a forma como poderá posicionar-se...” (E7)</p> <p>“A técnica de deambulação quando começam a andar (...) o facto de ao transferirem-se do leito para a cadeira ou vice-versa...” (E7)</p> <p>“É assim, o doente expressa muitas dificuldades, nomeadamente, entrar e sair cama, posicionamentos, cuidados com os posicionamentos e deambulação...” (E8)</p>
---	--

<p>ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO COMPROMETIDAS</p>	<p>“...no pós-operatório imediato os doentes queixam-se mais acerca dos posicionamentos...” (E8)</p> <p>“...mas mediante aquilo que posso explico-lhes os posicionamentos...” (E8)</p> <p>“...o posicionar-se, o transferir-se...”</p> <p>“...sentar-se numa cadeira com e sem braços, subir e descer escadas...” (E8)</p> <p>“...as transferências, subir e descer escadas, a deambulação, sentar na cama/cadeirão.” (E8)</p> <p>“...na forma como poderão dormir, nomeadamente, o posicionar-se, o facto de ter que adoptar posicionamentos adequados...” (E9)</p> <p>“...o sentar-se, estando tudo relacionado com o equilíbrio...” (E9)</p> <p>“...depois no levantar-se...”</p> <p>“...nas transferências.” (E9)</p> <p>“...o virar-se na cama...” (E9)</p> <p>“...eles sentem necessidade de serem informados quando começam a deambular no início (...) especialmente na forma de como se vão equilibrar porque alguns não podem fazer carga total...” (E9)</p> <p>“...outros doentes já podem fazer carga parcial/total e têm muitas dúvidas acerca da deambulação...” (E10)</p> <p>“...aí temos que começar e fazer os ensinamentos da deambulação...” (E10)</p> <p>“...o doente mostra também dificuldades no subir e descer escadas...” (E10)</p> <p>“Os posicionamentos com os membros inferiores em abdução é algo que requerem sempre que se fale, por outro lado, que têm que ter muito cuidado e são instruídos nesse sentido...” (E10)</p> <p>“...do descer e subir escadas que sentiram dificuldade.” (E10)</p> <p>“...o importante durante os 30 dias e aquilo que pedem informação é sobre a deambulação...” (E10)</p>
---	--

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>INFORMAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <p>● <u>PRIMEIRAS HORAS PÓS-OPERATÓRIAS</u></p> <p>“...deve estar relacionada com o tipo de informação inerente à cirurgia que foi mesmo executada.” (E1)</p> <p>“Pronto, a primeira preocupação é logo quantas horas vai ter que estar naquela posição, que vai começar a ter dores, não poder mover-se/mexer-se...” (E4)</p> <p>“...têm dificuldade em se manter na posição dorsal, isto nas primeiras horas pós-operatórias, manter os membros inferiores em abdução...” (E6)</p> <p>“...tento mostrar um à-vontade, tento explicar o máximo que posso, acerca da cirurgia...” (E6)</p> <p>“...tenho ensinado ao doente os exercícios que ele pode fazer para melhorar a sua reabilitação.” (E6)</p> <p>“ensino exercícios que favoreçam a tonificação muscular...” (E6)</p> <p>“...onde se desse toda a informação ao doente, cuidados e que implicações tem viver com uma prótese...” (E7)</p> <p>“...sempre que me é possível tento explicar-lhe os cuidados que deverá ter, não se sentar em sítios baixos...” (E7)</p> <p>“...exercícios que podem fazer para tonificar os músculos, os movimentos que pode fazer...” (E7)</p> <p>“...depois instruo-o sobre os exercícios de tonificação muscular que irão ajudar depois no levante...” (E7)</p> <p>● <u>ADAPTAÇÕES NA VIDA DO INDIVÍDUO</u></p> <p>“...e outras informações que considero relevantes, como não cruzar as pernas, manter a abdução das pernas, não se baixar sobre a perna...” (E1)</p> <p>“Também é importante o entrar e o sair do carro...” (E1)</p> <p>“Outra das dúvidas está relacionada com o tempo que vão andar com as canadianas, os movimentos que podem e não podem fazer, o facto de não se puderem sentar em sítios baixos...” (E2)</p> <p>“Os familiares questionam mais, no sentido de quando o doente for para casa... os doentes e a família sentem as dificuldades no internamento mesmo antes de irem para casa, porque aqui é um</p>

<p>INFORMAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS</p>	<p>período muito longo...” (E2)</p> <p>“...o facto de não poderem fazer carga nos primeiros três meses, quando é uma prótese não cimentada...” (E2)</p> <p>“...manter os membros inferiores em abdução mesmo quando lateralizados...(...) “...que são os cuidados a ter com a prótese para que não laxe, como não cruzar as pernas, não rodar a perna para dentro, manter os membros em abdução...” (E2)</p> <p>“...ter cuidado para não fazer a adução dos membros...” (E2)</p> <p>“...o facto de não se poderem sentar em sítios muito baixos...” (E2)</p> <p>“...não realizar a retroversão do membro, portanto não se podem ajoelhar...” (E2)</p> <p>“Também temos que ver o domicílio que têm e a família, se têm ou não têm que arranjar e, aliás o doente quando sai daqui tem que ter apoio ou da família...” (E3)</p> <p>“...não podem cruzar as pernas, que não podem virar para o lado operado...” (E4)</p> <p>“... o facto de baixar-se não podendo dobrar-se, como é que pode calçar o sapato, as meias...” (E4)</p> <p>“... é uma parte importante quando não podem fazer carga no membro (...) cuidado para fazer sempre a extensão da perna...” (E4)</p> <p>“... não podem cruzar as pernas (...)o calçar a meia, o baixar-se que não pode e como se sentar.” (E4)</p> <p>“... como se deve entrar e sair do carro, principalmente naqueles doentes que eram autónomos e que ainda conduziam, bem como também lhes indico o tipo de veículos que podem e que não podem usar...” (E4)</p> <p>“... outra das preocupações deles é como poderão ir para casa, e tento-lhes explicar que não têm necessariamente que ir numa ambulância, mas que podem ir num carro normal desde que não vão a conduzir e tenham cuidado para não forçar a prótese e manter a abdução das pernas.” (E4)</p> <p>“Outras informações que falo estão relacionadas com indivíduos que até gostavam de andar no campo...” (E4)</p> <p>“...a nível da sexualidade tento (...) que não devem fazer carga</p>
--	---

<p style="text-align: center;">INFORMAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS</p>	<p>sobre o membro que foi operado, bem como fazer uma rotação interna ou retroversão do membro...” (E4)</p> <p>“... e que agora terão que modificar a sua vida e que talvez não deverão voltar a essa actividade, o que pressupõe uma mudança de hábitos.” (E4)</p> <p>“...adaptar às actividades que fazia em casa, o facto de não poder derrear-se e não poder ir para o quintal e que muitos dos nossos idosos gostam...” (E5)</p> <p>“...o não cruzar as pernas, não se sentar em cadeiras muito baixas” (E5)</p> <p>“...alerto para não se deitar para o lado da prótese...” (E5)</p> <p>“...para o facto que muita gente se esquece e quando o doente vai ao Centro de Saúde fazer um injectável, normalmente as colegas nem reparam se o doente tem ou não uma prótese e administram em qualquer lado, sendo um dos grandes riscos para uma infecção da prótese...” (E5)</p> <p>“Tento, em alguns doentes, fazer o ensino de entrar e sair do carro...” (E5)</p> <p>“Outras dificuldades que me vão dizendo têm a ver com as actividades que ele desenvolvia antes, por exemplo, pessoas idosas que gostavam de ir para o quintal, de pegarem na sua sachola, de arrumarem, fazerem as tarefas de casa e depois ficam muito limitadas em termos de mobilidade...” (E5)</p> <p>“...ele verbaliza que já não se pode posicionar da mesma forma...” (E6)</p> <p>“Começo por lhe explicar que deverá manter a abdução das pernas...” (E7)</p> <p>“...o facto de não se puderem sentar em sítios muito baixos (...) não se podem ajoelhar...” (E7)</p> <p>“Depois mediante as limitações vou-lhe falando da maneira de adquirir estratégias para ultrapassar essas limitações...” (E7)</p> <p>“No pós-operatório tardio, o doente já se levantou, já fez transferências, as dificuldades são relativamente a esses aspectos, se podem conduzir, continuar a exercer as actividades que faziam no domicílio e basicamente é isso...” (E8)</p> <p>“...cuidados gerais, como o não cruzar pernas, não fazer</p>
--	--

<p>INFORMAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS</p>	<p>retroversão do membro operado...” (E8)</p> <p>“Informamos sobre os cuidados básicos, como manter os membros em abdução, não se sentarem em sítios baixos (...) e eles depois vão ter que adaptar...” (E8)</p> <p>“Essencialmente relaciona-se com o não cruzar as pernas, o baixar-se, sentar-se em cadeiras baixas ou cadeirões...” (E9)</p> <p>“...por causa de não se sentarem em sítios baixos...” (E9)</p> <p>“...há outros cuidados importantes, como o caso de não fazerem intramusculares no lado operado...” (E9)</p> <p>“A família vai questionando sobre os cuidados a ter...” (E9)</p> <p>“...quando chegam aqui explicamos-lhe que têm que estar sentados em cadeiras mais elevadas (...) os cuidados a ter com a perna operada...” (E9)</p> <p>“...se podem ou não fazer carga parcial ou carga total...” (E9)</p> <p>“...o nível do leito se está adequado ao doente...” (E9)</p> <p>“Quando o doente se deita a forma de entrar na cama (...) como podem curvar-se, chegar aos sítios sem fazerem movimentos errados...” (E9)</p> <p>“Depois no momento da alta as barreiras arquitectónicas que têm em casa, o facto de terem escadas, normalmente só se lembrar aí...” (E10)</p> <p>“...o não cruzar pernas...” (E10)</p> <p>“...as estratégias a utilizar e os cuidados que deverá ter...” (E10)</p> <p>“Reforçamos os cuidados (...) principalmente o facto de deixar cair coisas ao chão, a forma como as poderá apanhar sem fazer movimentos errados ou então pedir ajuda...” (E10)</p> <p>“...o não cruzar as pernas e todos os cuidados inerentes à prevenção de luxações...” (E10)</p> <p style="text-align: center;">  <u>ADAPTAÇÕES NA ESTRUTURA DO DOMICÍLIO</u> </p> <p>“...ensino-o a usar esses dois tipos de mobiliário, que existem na sua casa.” (E1)</p> <p>“...outra das preocupações está relacionada com o facto de como vai ser em casa, como devem fazer com as cadeiras, com a casa de banho...” (E2)</p> <p>“...porque muitas das vezes os domicílios apresentam muitas</p>
--	---

<p>INFORMAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS</p>	<p>barreiras arquitectónicas que necessitam de ser ultrapassadas e como tal, é necessário adaptar o domicílio ao doente através de equipamentos.” (E2)</p> <p>“... quem não tem a casa adaptada, nem toda a gente tem possibilidades de alterar a casa toda depois de uma cirurgia (...) isto são adaptações necessárias a realizar em casa.” (E4)</p> <p>“Depois há várias dificuldades que muitos dos doentes nos vão abordando e têm a ver com as barreiras arquitectónicas que vão encontrar em casa, desde camas muito baixas, porque nós fazemos os ensinamentos...” (E5)</p> <p>“...quando vai à casa de banho refere-nos muitas vezes que vai ter que ter uma casa de banho adaptada...” (E6)</p> <p>“...cuidados com a habitação...” (E6)</p> <p>“Explico-lhe a necessidade de adaptar o domicílio, o WC que tenha banheira a necessidade de ter que fazer obras para colocar um poliban...” (E7)</p> <p>“...acerca das mudanças que vão ter que fazer no domicílio (...) de fazer adaptações no domicílio... (...) nos sofás baixos a importância de ter uma almofada para altear...” (E8)</p> <p>“...que também o têm que ter em casa (adaptador de sanita)...” (E9)</p> <p>“...solicitam-nos informação sobre como resolver e adaptar as barreiras arquitectónicas (...) estratégias para os ajudar quando forem para casa, principalmente sobre os cuidados que o doente deve ter no domicílio...” (E10)</p> <p>“...e de preferência poliban em vez de banheira...” (E10)</p>
--	--

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>RECURSO A AJUDAS TÉCNICAS</p>	<p>■ <u>DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA E APOIO</u></p> <p>“...chamo à atenção para a necessidade do uso de materiais de apoio, nomeadamente, o elevador/alteador de sanita.” (E1)</p> <p>“...nas sanitas tem que ter um elevador de sanita...” (E2)</p> <p>“...e muitas vezes esquecem-se do triângulo abdutor, quando tem necessidade de ser mesmo colocado (...) que tem que ter o</p>

<p>RECURSO A AJUDAS TÉCNICAS</p>	<p>triângulo abdutor, e que muitas vezes não gostam de ter a almofadinha entre as pernas” (E3)</p> <p>“...«eu tenho que fazer assim... eu tenho que ter um alteador para a sanita».” (E3)</p> <p>“...à parte de utilizar o alteador de sanita, adaptação lá está a tal alteração...” (E4)</p> <p>“...e vamos estar a dizer que necessitam de usar um cadeirão alto.” (E5)</p> <p>“...as barras de apoio no chuveiro...” (E7)</p> <p>“...um banquinho para tomar banho...” (E7)</p> <p>“...que é importante ter o triângulo abdutor...” (E7)</p> <p>“Depois também lhes falo de que vão precisar de equipamentos como o alteador de sanita para ter na casa de banho...” (E7)</p> <p>“o recurso a ajudas técnicas, o alteador de sanita (...) na sanita colocar um alteador... “ (E7)</p> <p>“...nas sanitas tem que ter um elevador de sanita...” (E7)</p> <p>“Num pós-operatório de PTA com almofadas duras...” (E8)</p> <p>“...a sanita com elevador de sanita...” (E8)</p> <p>“...o que vão ter que comprar em termos de material (...) são informados do alteador de sanita...” (E8)</p> <p>“...a utilização de alteador de sanita...” (E8)</p> <p>“...as barras de apoio lateral e pronto...” (E9)</p> <p>“...e depois a importância de terem o triângulo abdutor entre as pernas para não as juntar ou cruzar...” (E9)</p> <p>“...têm que ter uma almofada para altear...” (E9)</p> <p>“É também importante falar do facto de terem um adaptador de sanita (...) em alguns casos até são eles que nos alertam para a falta do alteador ...” (E9)</p> <p>“...o adaptador de sanita...” (E9)</p> <p>“...ter um banquinho para se sentarem...” (E10)</p> <p>“...o facto de terem aquela almofada, o triângulo abdutor...” (E10)</p> <p>“...e têm que ter o elevador de sanita não só aqui, mas em casa.” (E10)</p> <p>● <u>DISPOSITIVOS AUXILIARES DE MARCHA</u></p>
--------------------------------------	---

<p>RECURSO A AJUDAS TÉCNICAS</p>	<p>“...como vão utilizar os auxiliares de marcha, por exemplo, primeiro o andarilho e depois as canadianas...” (E4)</p> <p>“...seja com andarilho, seja com canadianas...” (E7)</p> <p>“...ou com canadianas ou com andarilho...” (E9)</p> <p>“...se já vieram com canadianas...” (E9)</p> <p>“... (deambulação) com canadianas ou com andarilho...” (E10)</p> <p>■ <u>ACESSÓRIOS TÉCNICOS</u></p> <p>“...ensino quais são as estratégias adaptativas como a utilização de calçadeira de cabo longo, os fechos de velcro dos sapatos para facilitar o seu aperto, bem como os produtos de apoio existentes para facilitar a execução desse autocuidado...” (E1)</p>
--------------------------------------	---

CATEGORIA: RAZÕES PARA A INFORMAÇÃO FORNECIDA

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>CONTINUIDADE DE CUIDADOS</p>	<p>■ <u>REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE E APOIO SOCIAL</u></p> <p>“Gostaria de acrescentar que esta informação que vou dando ao longo do internamento, mesmo que pouca vai ser útil, mas que poderá ser utilizada, para uma continuidade de cuidados.” (E1)</p> <p>“Os que vão para a Rede se calhar têm a possibilidade de um mês para fazer treino e reforçar os ensinamentos realizados na fase aguda e assimilar outros, treinando-os, e fazer assim a preparação do doente para o regresso a casa (...), no sentido de ser dado apoio no pós-operatório, mesmo quando o doente já estivesse no domicílio.” (E1)</p> <p>“...aqueles que ingressam a Rede Nacional de Cuidados Continuados, que é uma boa resposta para colmatar esta dificuldade em termos de tempo e a informação acaba por ser escassa no momento agudo do internamento...” (E1)</p> <p>“...embora aconteçam situações que já não é bem assim, porque envolvem já outras coisas, outros problemas que já não dependem de nós, por exemplo, o poder económico do doente para poder comprar ou não determinados acessórios que podem</p>

<p>CONTINUIDADE DE CUIDADOS</p>	<p>ser precisos...” (E2)</p> <p>“...depois o apoio que tem ou não da família que às vezes não tem grande apoio; indivíduos que eram autónomos e viviam sozinhos e que agora vão para casa e ainda não têm autonomia necessária e que vão necessitar de um tipo de apoio domiciliário...” (E2)</p> <p>“...e nós reforçamos e dizemos e se eles têm dúvidas (...) e depois questionam-nos se realmente é assim ou não.” (E3)</p> <p>“O que nos interessa mais é que o doente saiba aquilo que deve fazer e depois ele próprio alerta a família...” (E3)</p> <p>“Em termos de apoio no domicílio sem ser de enfermagem é a Assistente Social que se encarrega disso, aliás quando o doente dá entrada na Unidade vem a Assistente Social vê, avalia...” (E3)</p> <p>Nós aproveitamos a informação que o doente já tem e verificamos se ele é capaz ou não...” (E3)</p> <p>“...mas que era necessário que nós (enfermeiros) lá fôssemos ver que cuidados estavam a ter os doentes em casa e se realmente está tudo bem, se mostra dificuldades ou se não mostra, percebes? (...) Pensa-se nisso (numa equipa de cuidados continuados domiciliários) fala-se mesmo, mas ainda está muito longínquo, não sei...” (E3)</p> <p>“...quando dou a informação (...) vão expressando essas dúvidas e as questões...” (E4)</p> <p>“...como complemento disto seria importante, para além dos cinco a sete dias de internamento, terem um mês, no mínimo, para treinarem os ensinamentos pós-operatórios, incluindo os autocuidados (...) Falo nos cuidados continuados que são uma boa aposta para colmatar esta falta de tempo e internamentos tão curtos e assim ser dada a continuidade de cuidados.” (E4)</p> <p>“...e depois mais tarde passo lá junto dele e abordo-o em relação a dificuldades, complemento informação que vem...” (E5)</p> <p>“...principalmente àqueles que anteriormente ainda conduziam, porque acho fundamental. Alguns após a alta saem daqui e vão de carro para casa, muitas vezes têm dúvidas se podem ou não</p>
---------------------------------	--

CONTINUIDADE DE CUIDADOS	<p>ir de carro preferindo ir de maca, porque não sabem que podem ir de carro, mas com os devidos cuidados.” (E5)</p> <p>“Tento sempre adaptar tudo ao contexto e à pessoa, à vida, ao tipo de profissão, se for uma pessoa reformada, que não faça nenhum desporto, eu normalmente nem falo disso.” (E5)</p> <p>“Eu considero que para dar continuidade e perceber se o doente e familiares assimilaram os cuidados seria a realização de visitas domiciliárias que são muito importantes. Primeiro haver uns ensinamentos mais pormenorizados...” (E5)</p> <p>“...uma criação de uma check-list com os cuidados essenciais a serem efectuados ao doente e família por todos os enfermeiros e que houvesse uma continuidade.” (E5)</p> <p>“...e logo que o doente vai para casa, a equipa da UCC vai a casa ver as necessidades, quais as barreiras que o doente tem, neste caso, se o doente não leva conhecimento adquirido acerca de determinado autocuidado, cuidados, estratégias, o enfermeiro acaba por dar a continuidade e faz os ensinamentos no contexto do doente.” (E5)</p> <p>“Estou a falar também de equipas formadas pelo hospital, mas que vão dar apoio ao domicílio, nesse sentido, e não ir só para tratar feridas, mas fazer, limar arestas daquilo que o doente não levou aqui do hospital.” (E5)</p> <p>“Sabíamos que o colega a seguir, só ia falar de determinados pontos, porque os outros já tinham sido abordados. Assim havia tempo para abordar calmamente esses assuntos e a seguir ser dada continuidade, completado aquilo que não foi ensinado e reforçar aquilo que era necessário.” (E5)</p> <p>“Tento fazer todos os ensinamentos básicos necessários para que quando chegue a uma Unidade de Convalescência o doente já tenha os pilares básicos para ser dada a continuidade de cuidados...” (E5)</p> <p>“Depois deveria haver um encaminhamento, agora com as UCC's já fazem isso, sendo uma boa estratégia para a informação ao doente...” (E5)</p> <p>“...nós é que não temos muita articulação, porque há hospitais que ligam de imediato à UCC do doente na comunidade a dar</p>
--------------------------	---

<p>CONTINUIDADE DE CUIDADOS</p>	<p>conhecimento da situação...” (E5)</p> <p>“As UCCs nomeadamente na comunidade e também as unidades de cuidados de reabilitação dos hospitais são uma boa resposta para a falta de tempo dos enfermeiros da fase aguda e mesmo para a família...” (E5)</p> <p>“Nestas unidades o enfermeiro vai ao contexto, está lá quem vive com o doente e quem irá cuidar dele.” (E5)</p> <p>“Às vezes ouvem-se comentários de que vai ter 30 dias na convalescença para recuperar, mas isto está completamente errado. O doente está referenciado para uma unidade com internamento de 30 dias, mas não tem que lá ficar os 30 dias.” (E5)</p> <p>““Os ensinamentos que eu faço ajudam a dar continuidade a uma reabilitação do doente...” (E6)</p> <p>“Como forma de colmatar estas dificuldades, há o encaminhamento do doente para os cuidados continuados, unidades de reabilitação ou as equipas de cuidados continuados integrados na comunidade, e assim potenciar a reabilitação do doente.” (E6)</p> <p>“Acho importante que a informação seja dada para que o processo de reabilitação do doente seja mais rápido e se for referenciado consiga ser continuados os cuidados...” (E7)</p> <p>“...acho que a Rede de Cuidados Continuados é uma mais-valia para a falta de tempo dos enfermeiros no internamento agudo e ser complementados e treinados os ensinamentos ao doente...” (E7)</p> <p>“...para além de que vão enfermeiros a casa ver as condições e são feitos os ensinamentos de acordo com o doente e as suas condições...” (E8)</p> <p>“É dada a continuidade de cuidados, o doente faz reabilitação sendo uma grande ajuda para a recuperação da capacidade funcional do doente...” (E8)</p> <p>“Daí a importância dos cuidados continuados na comunidade porque vão ensinar no contexto do doente e complementar a informação já dada...” (E8)</p> <p>“O doente receber cuidados em casa pela Rede Nacional de Cuidados Continuados na Comunidade, colmatando aquilo que</p>
---------------------------------	--

<p>CONTINUIDADE DE CUIDADOS</p>	<p>não se fez no internamento...” (E8)</p> <p>“Outra das possibilidades são as Unidades de Cuidados de Reabilitação como forma de informação ao doente.” (E8)</p> <p>“...aí entram os cuidados continuados como forma de complementaridade da informação, bem como estas unidades servem de estratégia de informação ao doente...” (E8)</p> <p>“ver como está o doente, quais as dificuldades e que estratégias adoptar e depois isso reporta para nós, para mudarmos a estratégia dos nossos ensin...” (E9)</p> <p>“Depois da alta eu acho que eram importantes as visitas domiciliárias integradas na Rede para ir até ao domicílio...” (E9)</p> <p>“A partir do momento que o doente entra na unidade temos várias questões que nos vão colocando. Alguns doentes já trazem conhecimento de deambulação que foi ensinado no serviço onde foi operado...” (E10)</p> <p>“...noutros casos o doente se não tiver cuidador que esteja as 24 horas, pode ir para um Centro de Dia e ser auxiliado ou então pode ter ajuda de uma instituição nomeadamente na higiene...” (E10)</p> <p>“...mas acho que era importante a formação de um grupo de enfermeiros que fossem ao domicílio, integrado na rede, como equipas domiciliárias...” (E10)</p> <p>“...e ao fazerem a visita domiciliária observavam as condições do doente, as limitações, criavam estratégias de acordo com o doente e faziam ou reforçavam ensin no contexto do doente e assim era possível uma melhor continuidade de cuidados...” (E10)</p> <p style="text-align: center;">  <u>APOIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO</u> </p> <p>“...são factores que envolvem outras entidades como a assistente social e a segurança social.” (E2)</p> <p>“A informação deve ser dada para uma continuidade de cuidados e facilitar o processo de reabilitação do doente.” (E2)</p> <p>“...nós, parte de enfermagem, leva uma carta de enfermagem para o Centro de Saúde e este dá alguma resposta, terá que</p>
---------------------------------	--

<p>CONTINUIDADE DE CUIDADOS</p>	<p>haver qualquer coisa ligada à enfermagem, para que seja dada a resposta directa, por exemplo, um penso... em outros casos, leva a carta de enfermagem também, embora não requeiram cuidados directos, mas contém toda a informação acerca do que se passou aqui, das dificuldades que sentiu e assim...” (E3)</p> <p>“Considero que há doentes que já trazem alguma informação da parte aguda, que já têm iniciado o treino de marcha com canadianas, só que chegam aqui e têm uma avaliação da fisiatra, faz um Rx e pode continuar ou não o tipo de deambulação que está a executar. Nós aproveitamos a informação que o doente já tem e verificamos se ele é capaz ou não...” (E3)</p> <p>“...por isso é que eu digo que essa check-list era fundamental, para que os nossos cuidados fossem registados, era uma estratégia de ensino ao doente e orientava os enfermeiros de quais os cuidados...” (E5)</p> <p>“Se o colega da manhã, porque não teve tempo, não o fez deve assinalar nessa check-list, para nossa orientação, e como não fez, o colega da tarde teria obrigatoriamente que o fazer e dar continuidade, assim como o da noite (...) No dia da alta, o enfermeiro que estivesse com ele teria que ver se realmente todos aqueles ensinamentos foram efectuados (...) e se necessário ficar mais um dia para ser dada uma continuidade...” (E5)</p> <p>“Para colmatar isto penso que a articulação com o Centro de Saúde é importante, alguém que acompanhe o doente no pós-operatório, acho fundamental.” (E8)</p> <p>“...tratado tudo pela assistente social, e assim é dada a continuidade de cuidados...” (E10)</p> <p>“No momento da alta entregamos uma carta para o Centro de Saúde para informar o que se passou aqui...” (E10)</p> <p style="text-align: center;"> ■ <u>ENCAMINHAMENTO DO DOENTE</u> </p> <p>“...para um doente que sai com uma dismetria deve ser também seguido e orientado, no sentido de tentar corrigir essas diferenças, como adopção de uma palmilha no sapato.” (E1)</p>
---------------------------------	--

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>PROMOÇÃO DA AUTONOMIA</p>	<p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>TREINO, SUPERVISÃO E REFORÇO DE ESTRATÉGIAS</u> </p> <p>“...que em grande parte vão favorecer o levante e o processo de recuperação do doente, incentivando sempre o doente a realizá-los.” (E1)</p> <p>“...o treino do autocuidado, portanto as limitações que eles vão ter e a maneira de adquirir estratégias para ultrapassar essas limitações, como por exemplo, se for uma pessoa que tenha agilidade dobrar o suficiente para chegar aos pés para os lavar e secar.” (E2)</p> <p>“...nós é que depois vamos alertando e a eles vão-lhe surgindo as dúvidas e, posteriormente, lá vão questionando, acerca de uma outra coisa...” (E2)</p> <p>“Acabam por perguntar quando abordamos questões relativas aos cuidados em si e lá vão questionando, mas muito na base do como vai ser quando for para casa.” (E2)</p> <p>“Nós fazemos os nossos ensinamentos e pronto e têm um mês para aprender e nós vamos vendo se realmente eles ficaram a perceber aquilo que a gente disse e a fazer correcto, não é...” (E3)</p> <p>“...continuando sempre a reforçar, até eles serem autónomos, o mais autónomos possível, e não precisarem de uma pessoa que lhes vá fazer. Nós, enfermeiros, observamos e avaliamos se eles são capazes ou não de fazer sozinhos e, se assim for, óptimo.” (E3)</p> <p>“...e, se virmos que ainda apresenta dificuldades, voltamos a reforçar os ensinamentos e assistimos e supervisionamos o doente...” (E3)</p> <p>“Tentamos tornar a pessoa o mais autónoma possível (...) reforçando sempre estes ensinamentos.” (E4)</p> <p>“...quando me é possível tento instruir, treinar e avaliar se os ensinamentos são eficazes, ou se é necessário reforçar algum deles...” (E4)</p> <p>“...reforçando sempre esses ensinamentos, porque não os assimilam e também vão esquecendo-os.” (E4)</p>

<p>PROMOÇÃO DA AUTONOMIA</p>	<p>“... e eles lêem e depois eu questiono-os, aos mais novos, se há dúvidas acerca deste assunto...” (E4)</p> <p>“...no entanto, independentemente dos dias que o doente estiver internado é importante um correcto ensino e treino de todos autocuidados, o andar, o transferir-se, de tudo...” (E5)</p> <p>“...se tinham adquirido o conhecimento e se não, teria que reforçar (...) instruindo-o e treinando-o, para que o doente saísse com conhecimento.” (E5)</p> <p>“...ensinando estratégias para os resolver.” (E5)</p> <p>“Tento instruir, treinar nem sempre todos os autocuidados só alguns os que são possíveis cá dentro e supervisiono...” (E5)</p> <p>“Se o doente começar o ensino na fase aguda e for um bom ensino, vai acabar por ir solidificar os conhecimentos...” (E5)</p> <p>“...o doente deve começar logo a tentar a sua recuperação no pós-operatório imediato, tornando-o o mais independente possível, deve ser a nossa prioridade e a filosofia dos cuidados continuados é que o doente seja o mais autónomo possível. Mas eu acho que na fase aguda também o deve ser.” (E5)</p> <p>“Depois tento arranjar as melhores estratégias para que o doente consiga solucionar o problema...” (E5)</p> <p>“...durante o banho, no autocuidado higiene, ele diz que inicialmente não o consegue fazer sozinho e aproveitamos para o informar que tem que sofrer alterações (...) através dos ensinamentos de exercícios que eles pudessem fazer, bem como consciencializá-los dos cuidados a adoptar no pós-operatório e o processo de reabilitação assim seria mais fácil e o regresso ao dia-a-dia normal.” (E6)</p> <p>“Eu faço-lhes estes ensinamentos (...) tentando-os tornar o mais autónomos possível.” (E7)</p> <p>“Tento instruir, assistir e supervisionar o doente, conforme a dependência do doente vai diminuindo, promovendo-lhe sempre a autonomia, nunca faço o que ele pode fazer...” (E7)</p> <p>“...tento treinar o autocuidado...” (E7)</p> <p>“Tentamos pôr os doentes a treinarem, fazendo com que eles façam sempre aquilo que podem, nunca os substituir e assim retêm alguma informação...” (E8)</p>
----------------------------------	--

<p>PROMOÇÃO DA AUTONOMIA</p>	<p>“...tentamos que com os ensinamentos o doente fica o mais independente possível na realização das actividades diárias...” (E9)</p> <p>“Nós aqui promovemos sempre as potencialidades do doente, até porque eles acham estranho durante o banho, na fase inicial, darmos-lhes uma esponja para se autocuidarem sozinhos, porque vinham habituados a que lhes fizessem tudo, e isto já devia começar a ser treinado na fase aguda, porque não estão inválidos das mãos...” (E9)</p> <p>“...e essas idas permitem ao doente reconhecer dificuldades e necessidades de informação, porque eles chegam cá e verbalizam as dificuldades e a necessidade de treinarem mais, as alterações que necessitam de fazer em casa.” (E9)</p> <p>“Vamos instruindo, treinando e supervisionando...” (E9)</p> <p>“...que posteriormente desaparece, especialmente relacionada com o adaptar-se por causa da dor, mas de resto...” (E9)</p> <p>“Em relação aos doentes que já iniciaram deambulação no serviço onde foram operados, normalmente reforçamos os ensinamentos e supervisionamos...” (E10)</p> <p>“...e com supervisão a partir da 3ª semana que cá estão; estes doentes recuperam bem...” (E10)</p> <p>“...nós estamos cá para ajudar os doentes a serem o mais autónomos possível e por isso é que lhes damos a informação...” (E10)</p> <p>● <u>PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES</u></p> <p>“A informação que eu costumo facultar aos doentes também está relacionada com a prevenção de luxações e o desgaste das próteses com a não adopção de comportamentos de risco...” (E1)</p> <p>“...pois pode provocar uma luxação da prótese (os maus posicionamentos).” (E2)</p> <p>“...portanto ele é que tem que ter mesmo o ensino e saber perfeitamente aquilo que fazer e aquilo que não deve fazer.” (E3)</p>
------------------------------	--

<p>PROMOÇÃO DA AUTONOMIA</p>	<p>“...porque aí (posicionamentos errados) pode ocorrer uma luxação da prótese.” (E4)</p> <p>“...parecem coisas básicas mas num pós-operatório de uma PTA são fundamentais e a recuperação depende de uma correcta transferência, de um correcto posicionamento, de um correcto transferir-se para ir ao sanitário e saber usar o sanitário, o deambular correctamente.” (E5)</p>
------------------------------	---

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES</p>	<p>“Eu como enfermeira acho que aquela informação é importante, para o doente, com base nas necessidades que acho que ele tem...” (E1)</p> <p>“A informação que eu lhes dou vão de encontro às necessidades e dúvidas que eu detecto ou ouço do doente ...” (E1)</p> <p>“No caso de não conseguir fazer isso é necessário um cuidador informal para tratar esses acabamentos...” (E2)</p> <p>“...o facto de o domicílio não estar adaptado e ter que adequar as coisas em casa, o WC que tenha banheira a necessidade de ter que fazer obras para colocar um poliban, na sanita colocar um alteador, isto nas primeiras fases ou então arranjar outro tipo de solução, não é... depende também muito o poder económico de cada um.” (E2)</p> <p>“...ao dar a informação ao doente acho que vai de encontro às suas necessidades...” (E2)</p> <p>“...acho que a maior parte dos doentes, mas não todos como já disse, que saem com toda a informação necessária e aprendida para serem o mais autónomos possíveis nas suas actividade de vida...” (E2)</p> <p>“...e depois depreendemos que quando vão para o domicílio eles conseguem fazer direitinho.” (E3)</p> <p>“...eu acho que as informações que dou ao doente vão ao encontro das suas necessidades (...) o doente tem alta e vai com todas as competências para o domicílio em termos de ensinios para uma maximização da sua autonomia.” (E3)</p>

<p>SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES</p>	<p>“...acho que a informação que dou ao doente vai de encontro às suas necessidades, acho que sim.” (E4)</p> <p>“...eu enquanto enfermeira acho que dou toda a informação que o doente precisa, penso que esta informação vai de encontro às suas necessidades...” (E5)</p> <p>“...acho que a informação que dou ajuda o doente para o processo o desenvolvimento das suas actividades de vida no dia-a-dia e conseqüentemente, o processo de reabilitação...” (E6)</p> <p>“...a informação que eu dou ao doente acho que vai satisfazer as suas necessidades...” (E7)</p> <p>“Considero que o doente sai daqui com todas as informações básicas para a satisfação das suas necessidades, para ser autónomo no domicílio.” (E8)</p> <p>“Considero que também a informação que dou vai ao encontro das suas necessidades; acho que ele vai com toda a informação necessária para ser autónomo.” (E9)</p> <p>“...eles saem daqui a tomar banho sozinhos...” (E10)</p> <p>“Eles saem daqui com todos os conhecimentos que lhes permitam fazer as suas actividades.” (E10)</p> <p>“Eles para o final do internamento, vão sozinhos à casa de banho e já não tocam à campainha, daí que já se encontrem autónomos e a informação foi eficaz...” (E10)</p> <p>“Mas eles saem daqui independentes em praticamente todos os autocuidados.” (E10)</p> <p>“O doente tem alta e vai com conhecimento adquirido para o domicílio que lhe permita satisfazer as suas necessidades...” (E10)</p>
--	--

CATEGORIA: GESTÃO DA INFORMAÇÃO

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
TEMPO	<p>“...A informação vai sendo debitada conforme as possibilidades (...) conforme os dias vão passando...” (E1)</p> <p>“A informação é dada de forma gradual e quando há mais confiança (...) mas relativamente a outros aspectos tudo é falado. A informação é dada logo que entram no início. Os ensinamentos têm que ser feitos logo à chegada...” (E3)</p> <p>“A informação é dada ao longo do internamento. Vai surgindo a informação e esta nunca deve ser dada de uma vez só, uma vez que muitas vezes o doente ainda se está a consciencializar que colocou uma prótese...” (E4)</p> <p>“Vamos adequando a informação, hoje vamos fazer o ensino do primeiro levante, amanhã vamos adequar em relação à ida ao sanitário, sempre por etapas...” (E4)</p> <p>“Eu tento dar sempre a informação básica pelo menos até à alta...” (E5)</p> <p>“Tento ensinar quando estou com o doente, de acordo com a fase em que se encontra.” (E6)</p> <p>“Dou a informação em função do tempo (...) Do tempo pós-operatório normalmente é o que se faz mais...” (E6)</p> <p>“Quando tenho um doente desta tipologia informo-o desde das primeiras horas pós-operatórias, desde o momento de repouso no leito até ao momento da alta, conforme o timing pós-operatório.” (E7)</p> <p>“Os ensinamentos são feitos de acordo com o tempo pós-operatório em que o doente se encontra...” (E7)</p> <p>“...isto se encontra no pós-operatório imediato a forma de se posicionar e se já encontra no pós-operatório tardio por exemplo reforçar o ensino de deambulação.” (E7)</p> <p>“Nós tentamos dar a informação o mais espaçada possível em termos de dias pós-operatórios, para que ele possa assimilar a informação...” (E8)</p> <p>“Informo o doente em função do tempo pós-operatório e o mais espaçado possível para que possa assimilar...” (E8)</p>

TEMPO	<p>“...no 1º dia o posicionar-se e os exercícios para tonificação muscular, no 2º dia o transferir-se e assim sucessivamente.” (E8)</p> <p>“...aos outros damos a informação toda em função do tempo de permanência cá no serviço, porque muitos deles não têm o mínimo cuidado do que é ter uma prótese...” (E9)</p> <p>“A informação é dada de acordo com o timing e de forma gradual e progressivamente...” (E10)</p>
-------	--

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
PESSOA	<p style="text-align: center;">● <u>CARACTERÍSTICAS DO DOENTE</u></p> <p>“...A informação vai sendo debitada (...) conforme as condições e a receptividade do doente...” (E1)</p> <p>“A informação é dada de acordo com a capacidade que o doente tem de cooperação. Inicialmente se eles vêm muito dependentes, têm de começar do zero, num sentido muito básico (...); depois vai-se gradualmente aumentando esta informação, à medida que o doente também aumenta a sua autonomia.” (E2)</p> <p>“...embora eles já trazem alguma informação, mas vai-se dando informação à medida que o doente vai ficando mais capaz de a receber, no fundo é isso...” (E2)</p> <p>“A parte cognitiva do doente que tanto dificulta, porque temos muitos velhinhos de 90 anos e que têm mais dificuldade, nós agora há pouco tempo tivemos uma senhora, de quase 90 anos e que a parte cognitiva não estava a funcionar...” (E3)</p> <p>“...salvaguardando as situações de alterações cognitivas...” (E3)</p> <p>“...adaptando claro está a cada doente, permitindo que a informação não fosse dada de uma vez só.” (E5)</p> <p>“...principalmente àqueles que anteriormente ainda conduziam, porque acho fundamental. Alguns após a alta saem daqui e vão de carro para casa, muitas vezes têm dúvidas se podem ou não ir de carro preferindo ir de maca, porque não sabem que podem ir de carro, mas com os devidos cuidados.” (E5)</p>

<p>PESSOA</p>	<p>“Tento sempre adaptar tudo ao contexto e à pessoa, à vida, ao tipo de profissão, se for uma pessoa reformada, que não faça nenhum desporto, em normalmente nem falo disso.” (E5)</p> <p>“...a informação também é dada de acordo com a capacidade do doente e a forma como vão evoluindo e aprendendo e adquirindo a autonomia...” (E7)</p> <p>“...há situações de doentes que não evoluem porque a capacidade cognitiva deles não o permite... a informação é dada mas o doente não a retém...” (E7)</p> <p>“Depois gradualmente as outras informações de acordo também com o doente...” (E8)</p> <p>“A informação dou-a dependendo dos utentes, aqueles que já têm informação e que só precisam de ser esclarecidos determinados aspectos...” (E9)</p> <p>“Agora se assimilaram ou não já vai depender do doente, da sua capacidade cognitiva...” (E9)</p> <p>“Depois também depende das características do doente, porque pode-se dar a informação e ele não aprender por exemplo devido a um défice cognitivo, embora a informação tenha sido dada ele não assimilou...” (E10)</p> <p style="text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>AJUSTAR AS INFORMAÇÕES ÀS NECESSIDADES DO DOENTE</u> </p> <p>“...e depois as dúvidas também vão surgindo à medida que os cuidados são prestados e quando precisam de fazer alguma coisa, e que não o consigam fazer de forma autónoma.” (E2)</p> <p>“...por outro lado, surge uma dificuldade e nós reforçamos os ensinamentos ou ensinamos no caso de ainda não ter sido dada essa informação.” (E2)</p> <p>“...depois surge uma dificuldade e é feito o ensino...” (E3)</p> <p>“Depois, aí vou um bocadinho por aquilo que o doente sente necessidade, pergunto se há alguma dificuldade que ele tenha e depois mediante isso vou adaptando, se realmente diz que em casa: «Olhe Sr.^a Enf.^a eu em casa tenho um cadeirão muito baixo, como é que resolvo a situação?»” (E5)</p> <p>“Dou a informação em função (...) da necessidade (...) na necessidade só se ela ocorrer e aí sim, é quando conseguimos.”</p>
---------------	--

PESSOA	<p>(E6)</p> <p>“...através do treino cada um apercebe-se das dificuldades e assim ser necessário mais reforços, daí que informo com a ocorrência de uma dificuldade...” (E8)</p> <p>“...posteriormente vão-se deparando com as dificuldades e tentando adaptar às actividades de vida diária solicitando a informação.” (E10)</p> <p>“...vou avaliar os conhecimentos do doente, ele mostra ensino adquirido mas não demonstrado eu acabo por ensinar porque é uma dificuldade que o doente está a ter e por isso dou a informação...” (E10)</p>
--------	--

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>criação de uma consulta pré-operatória de enfermagem</u> <p>“...acho que era necessário realizar um trabalho antes de o doente ser operado, que passaria por uma consulta de enfermagem de ortopedia pré-operatória, em que todo o processo seria discutido com o doente e a informação que nós consideraríamos importante seria dada. Penso que seria a melhor altura para o doente começar a reflectir (...) Nessa consulta seria o momento ideal para se debater com o doente e para se irem descobrindo algumas dúvidas...” (E1)</p> <p>“...haveria de haver uma consulta pré-operatória de enfermagem, no sentido de o alertar destas dificuldades, porque o médico não as explica e as consequências de mau posicionamento no dia-a-dia, são complicadas e pode mesmo levar à luxação...” (E5)</p> <p>“Esta consulta seria muito importante, até como uma estratégia para informar o doente...” (E6)</p> <p>“...era minorado com a tal consulta pré-operatória. Conseguíamos que o doente tivesse uma reabilitação mais precoce...” (E6)</p> <p>“...eu acho que deveria ser criada uma consulta pré-operatória (...) porque assim ajudava-os a entender e a compreender que</p>

<p>RECURSOS</p>	<p>teriam de, depois de ser operados, mudar alguns comportamentos...” (E7)</p> <p>“...acho que, por exemplo, a criação de uma consulta pré-operatória de enfermagem era importante, até porque os ensinamentos são complicados de fazer, o caso da deambulação, quando nunca andaram de canadianas e agora terão que andar e com a agravante da diminuição da mobilidade...” (E8)</p> <p>● <u>EXISTÊNCIA DE UM FLYER</u></p> <p>“Tudo isto pode ser complementado através de informação escrita, como é o caso do panfleto que temos no serviço, já é um bom princípio e uma boa estratégia (...) bem como ser explicado ao doente e não apenas entregar-lho (...) contudo necessitaria de ser actualizado...” (E1)</p> <p>“...o serviço de Ortopedia tem um panfleto que indica todas as orientações a nível de posições sexuais...” (E2)</p> <p>“Quando damos essa informação, geralmente é de forma verbal, não temos nenhum apoio escrito, faz-nos falta...” (E2)</p> <p>“...com o uso do folheto, explicar-lhes as posições que podem adoptar...” (E4)</p> <p>“...utilizo o panfleto que temos no serviço...” (E4)</p> <p>“...mas como nós temos no serviço um panfleto em que aborda essa problemática, normalmente dou sempre aos doentes esse folheto com os cuidados e as posições sexuais que podem adoptar, mando-os ler...” (E5)</p> <p>“...dou sempre o panfleto para ele ler, reflectir e para mais tarde perguntar se tem dificuldades, dúvidas...” (E5)</p> <p>“...temos um panfleto que pouco ou nada facilita o dia-a-dia do doente, vai afectá-lo.” (E6)</p> <p>“...assim como o desenvolvimento de um panfleto em que se explicasse todas as fases por que o doente passa, desde o pré-operatório até ao pós-operatório e todas as instruções que o doente deve adoptar no seu dia-a-dia...” (E6)</p> <p>“Tento com o panfleto, esse sim, está ótimo o que temos cá no serviço, tem as posições sexuais que podem ser efectuadas e</p>
-----------------	--

<p>RECURSOS</p>	<p>não podem ser efectuadas, tento esclarecer o doente, fornecendo-o e abrindo-lhe o leque para que ele se consiga pronunciar mais acerca do assunto...” (E6)</p> <p>“...distribuámos um panfleto que indica todas as orientações a nível de posições sexuais, sobretudo para pessoas mais jovens que se mantêm sexualmente activas, não é que os idosos também não o sejam...” (E7)</p> <p>“Dou a informação também quando lhes forneço o panfleto para que eles possam ler e assimilar e questionar se tiverem dúvidas...” (E7)</p> <p>“...é dado um panfleto com as estratégias para a satisfação dos autocuidados comprometidos pela cirurgia...” (E8)</p> <p>“Faço o ensino ao doente, através de alguns panfletos que damos aos utentes e alguns pósteres que temos afixados pelo serviço e vão lendo...” (E9)</p> <p>“Nós devíamos ter algo como um panfleto que ajudasse nesse sentido.” (E10)</p> <p>“Para dar a informação utilizo os panfletos ou pósteres que os doentes vão lendo e que são importantes.” (E10)</p> <p>● <u>FAMÍLIA/CUIDADOR INFORMAL</u></p> <p>“O cuidador informal/família deve ser e é incluído nos cuidados. Aqui a família é mais incluída que na fase aguda, porque temos, ou melhor, é um dos nossos objectivos do serviço, primeiro o treino do cuidador, é uma das filosofias principais do serviço e segundo temos mais disponibilidade.” (E2)</p> <p>“A família, algumas aquelas que estão mais interessados, expressam e nós também fazemos os ensinamentos, quando não são assim interessadas e quando chega a alta nós pronto dizemos: «atenção que não pode fazer isto (ensinamentos pós-operatório de uma PTA)»” (E3)</p> <p>“Nós também o dizemos à família, por isso logo que o doente compreenda e ele o faça, a família é só um apoio...” (E3)</p> <p>“...e nós tivemos que falar com a família e intervir junto da família, se a doente não consegue fazer então pronto a família</p>
-----------------	--

RECURSOS	<p>tem que intervir e estar 24 horas ou então uma pessoa cuidadora durante 24 horas junto do doente.” (E3)</p> <p>“...os cuidadores informais – que vão estar lá (...) haverá essas pessoas que cuidam...” (E3)</p> <p>“A família coloca dúvidas, como é que vão movimentá-los na cama, no caminhar, é lógico que às vezes ficam um bocadinho aquém os ensinamentos à família, incluir a família nos ensinamentos, ou seja, nos cuidados...” (E4)</p> <p>“...e também incluo a família nesta etapa, fazer os ensinamentos ao doente e família, no sentido de perceber dificuldades e dúvidas.” (E4)</p> <p>“...bem como também o cuidador para que depois fosse mais fácil o regresso a casa.” (E4)</p> <p>“Outro aspecto prende-se com a alta do doente e a presença da família. Quando a família está presente eu tento sempre envolvê-la e perceber quem vai dar continuidade em casa, quem vai apoiar o doente e vai estar diariamente com ele, tentando assim fazer os ensinamentos, mas nem sempre é possível, por impossibilidade de ambas as partes.” (E4)</p> <p>“A família normalmente questiona. Eu acho que questiona mais se o doente for de uma faixa etária muito avançada, porque irá ser outra pessoa que não o próprio, que irá cuidar dele.” (E5)</p> <p>“Vai haver aí um cuidador e aí eu acho que as pessoas tentam-se envolver mais e... mas nem todas as famílias.” (E5)</p> <p>“Mas algumas tentam-se envolver porque vão ter uma pessoa em casa totalmente ou parcialmente dependente e depois não sabem como actuar” (E5)</p> <p>“...tem acontecido termos doentes com idade mais nova, que numa fase inicial também vão precisar do companheiro ou de uma outra pessoa cuidadora, mas que eu não vejo grande envolvimento por parte do cuidador, as informações são dadas depois pelo doente.” (E5)</p> <p>“Como se trata de uma pessoa consciente, orientada, a família não está se calhar tão preocupada, mas eu acho que se deveria envolver e que nós deveríamos fazer pressão para que eles se envolvessem...” (E5)</p>
----------	---

RECURSOS	<p>“Não faço o ideal, faço aquilo que posso, dentro do que é possível, tento envolver a família...” (E5)</p> <p>“Na deambulação, no posicionar-se é fundamental e como fazemos essas actividades durante a tarde, que é o período em que está mais tempo o familiar, eu tento envolver, jamais meto os familiares fora da enfermaria para prestar cuidados. Eu tento sempre envolvê-los...” (E5)</p> <p>“...se for uma pessoa de idade avançada a família já nem vem tanto, apesar de numa idade avançada ser o cuidador mas talvez não vem tanto ao hospital, só no momento da alta ou pouco antes.” (E5)</p> <p>“...digo inclusive para mostrar à família também e informo-a de ter dado o folheto ao doente e peço-lhes para também o lerem.” (E5)</p> <p>“A família não questiona, muitas das vezes limita-se a, somos abordados com questões acerca da cirurgia, principalmente quando um idoso possa ficar acamado, só neste caso é que somos abordados...” (E6)</p> <p>“Quando é um familiar mais presente aprende um bocadinho com as nossas informações, com a nossa rotina, a ter os cuidados necessários...” (E6)</p> <p>“Os familiares questionam mais, para saber como há-de ser quando o doente tiver alta (...) tento sempre transpor à realidade do doente, através das informações que colho com o doente e família...” (E7)</p> <p>“Considero que a família vai ser um meio de informação ao doente, até porque o alertará em casa para determinados cuidados, posturas, ajudará o doente a recuperar...” (E7)</p> <p>“A família normalmente questiona, principalmente os familiares que vão ser os cuidadores...” (E8)</p> <p>“...a família acaba por ser um meio de informação ao doente e por isso é importante que participe nos cuidados durante o internamento...” (E8)</p> <p>“...acho que deveria ser dada a possibilidade da família estar presente nos cuidados de higiene...” (E8)</p> <p>“...é sempre incluída nos cuidados, a não ser que recusem</p>
----------	--

<p>RECURSOS</p>	<p>porque não vão ser os cuidadores. A 1ª coisa que nós enfermeiros fazemos é chamar a família e envolvê-la, saber quem vai cuidar do doente...” (E9)</p> <p>“...até porque a família vai ser uma ajuda para o doente, vai muitas vezes alertando-o acerca do que pode e não pode fazer.” (E9)</p> <p>“...há utentes que podem ir passar o fim-de-semana a casa, quando têm famílias que os acompanhem...” (E9)</p> <p>“...ou os familiares é que procuram a informação para ajudar ao doente...” (E10)</p> <p>“...os familiares vêm e dizem que têm que fazer obras, para adaptar ao doente...” (E10)</p> <p>“A família vai questionando para ajudar o doente...” (E10)</p> <p>“Nesta unidade a família é sempre envolvida nos cuidados para ajudar sempre o doente e saber como irá cuidar dele após a alta, a família é sempre preparada e envolvida para ajudar o doente...” (E10)</p> <p style="text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO</u> </p> <p>“...achava benéfico outras estratégias, como por exemplo, a presença obrigatória de um enfermeiro de reabilitação – especialista – no serviço, nós não temos capacidades para fazer determinados ensinamentos porque não somos especialistas, a parte da reabilitação deveria intervir de forma bem positiva, porque assim o processo de recuperação e reabilitação do doente era feito o mais precoce possível...” (E4)</p> <p>“...porque nem todos os enfermeiros que temos no serviço têm conhecimentos específicos, têm conhecimentos gerais de enfermeiros generalistas e não de especialistas que são essenciais ao doente.” (E6)</p> <p>“...podia ser adiantada no internamento se houvesse mais investimento no serviço nos enfermeiros de reabilitação.” (E6)</p> <p>“A falta de um enfermeiro de reabilitação (...) não lhes é dado tempo para expressar e ensinar ao doente os cuidados que deve ter em casa, no seu dia-a-dia...” (E6)</p>
-----------------	---

CATEGORIA: DIFICULDADES NA TRANSMISSÃO DA INFORMAÇÃO

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>PESSOA PASSIVA DE CUIDADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>AGENTE PASSIVO DE CUIDADOS</u> <p>“Pela experiência que eu tenho, são poucos os doentes que nos apresentam questões... mas são muito poucos.” (E1)</p> <p>“Muitos deles são submetidos a uma colocação de uma prótese sem saber o que lhes foi feito...” (E1)</p> <p>“...os outros não sei porque é que não questionam, mas o que a experiência me mostrou e mostra é que realmente eles não fazem muitas perguntas e não verbalizam muitas coisas.” (E1)</p> <p>“Eu não sou muito questionada sobre aquilo que faço (...) mas são muito poucos (os que questionam)” (E1)</p> <p>“Sinto que os doentes não me questionam muito, por acaso os doentes não questionam muito (...). Contudo, sou pouco questionada sobre aquilo que faço.” (E2)</p> <p>“Sinceramente nem sei o porquê de não ser questionada, talvez um certo receio de fazer questões, por ignorância ou timidez, ou mesmo porque não se lembram (...) Medo também não será, mas também nunca me interroguei do porquê de não ser questionada.” (E2)</p> <p>“Inicialmente há uma ausência de questões e depois vão surgindo e aumentando, à medida que vão ganhando confiança com o pessoal.” (E2)</p> <p>“Mais ou menos, vão questionando, às vezes a pessoa vai confrontando-os com os cuidados a ter a aí é que eles vão tendo dúvidas, mas no fundo estão ali mais à espera de alguma coisa que a gente vai dizendo, é mais assim...” (E4)</p> <p>“...talvez não questionem porque muitas vezes faz parte da personalidade da pessoa ser retraída...” (E5)</p> <p>“Ficam um pouco inibidos porque estão perante profissionais de saúde (...) Nós também quando estamos do outro lado, lado do doente, também fazemos o mesmo, até porque também podem não questionar com medo de mostrar ignorância ou obter uma resposta menos boa.” (E6)</p>

<p>PESSOA PASSIVA DE CUIDADOS</p>	<p>“Eu sinto que os doentes não questionam, não sou questionada pelos doentes, acho que eles deixam que lhes sejam prestados os cuidados sem questionarem o que está a ser feito...” (E7)</p> <p>“...são ensinamentos que fazemos, mas este tipo de questões não são colocadas...” (E8)</p> <p>“Os doentes vão questionando, mas muito pouco.” (E9)</p> <p>“Eu sinto que os doentes vão questionando, mas deixam que lhes sejam prestados os cuidados sem questionarem muito o que está a ser feito...” (E10)</p> <p style="text-align: center;">● <u>FALTA DE CONHECIMENTO</u></p> <p>“Mas nunca me questionei acerca do motivo por que não me fazem muitas perguntas. Sei lá, é na dúvida, porque se calhar estão à espera do que vai acontecer no dia-a-dia e não surgem as dificuldades no momento.” (E4)</p> <p>“Se não formos nós a estarmos lá com o doente, a falarmos, ele muitas vezes não vai dizer que tem dificuldades, vai deparar-se com elas em casa.” (E5)</p> <p>“...acho que pela falta de conhecimento do doente ele não questiona...” (E6)</p> <p>“...talvez por receio, por não dominarem e não quererem mostrar ignorância...” (E7)</p>
-----------------------------------	--

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>NÃO CONSCIENCIALIZAÇÃO PRÉVIA DA DEPENDÊNCIA</p>	<p>“Não sei se é porque ainda não se aperceberam como estão no Hospital que ainda não se aperceberam das dificuldades que vão sentir posteriormente no domicílio...” (E1)</p> <p>“...eu, sinceramente, não sei se pensam a fundo sobre aquilo a que vão ser sujeitos, sabem que vão ser operados e muito pouco mais.” (E1)</p> <p>“Acho que eles ainda não tomaram muita consciência daquilo que os espera e o que é viver com uma prótese, embora fiquem aqui com algumas luzes.” (E2)</p>

<p style="text-align: center;">NÃO CONSCIENCIALIZAÇÃO PRÉVIA DA DEPENDÊNCIA</p>	<p>“...é assim nos primeiros dias de pós-operatório, acredito que eles pensem que aquilo vai melhorar, que não há-de ser nada, mas depois quando chegam aqui, ao final de 15 dias, já vêm que as coisas já não estão a correr tão bem como esperavam...” (E2)</p> <p>“...enquanto que num período agudo, que são em média sete dias, para fazer tudo de uma vez só e, às vezes, o doente nem sequer está capaz, os familiares ainda estão a adaptar-se à situação de ver o familiar naquele estado...” (E2)</p> <p>“...porque muitas vezes dizem uma coisa e eles pensam que é outra...” (E3)</p> <p>“Talvez não tenham consciência do seu estado, das limitações, da dependência, do amanhã e do que lhes vai acontecer...” (E4)</p> <p>“...e ainda não se apercebeu o que é viver com a prótese, porque acho que eles não têm noção que terão implicações para toda a vida, já que lhes é dito que a dor vai desaparecer e que ficam melhores em relação ao que estavam.” (E4)</p> <p>“Muitos deles não têm consciência da condição de doente e do que lhes espera lá fora após a alta e também não o tinham antes de ser operados. Eu acho que começam a ter alguma consciência durante o internamento (...) depois os doentes durante o internamento, apesar de ser curto já se vão apercebendo disso. Creio que quando chegarem a casa vêm as restantes e reais dificuldades ...” (E5)</p> <p>“...têm dificuldade em compreender que a cirurgia os vai afectar para o resto da vida, vão ter que seguir determinadas regras...” (E6)</p> <p>“...ele acaba só depois da cirurgia por se aperceber que vai ter necessidade de quando veste umas calças ou calça umas meias já não é da mesma forma...” (E6)</p> <p>“O doente não tem consciência de que vai ter dificuldades e do que o espera após a cirurgia, mas à medida que os dias vão passando, ainda mesmo no internamento vão-se apercebendo e expressando estas dificuldades. “ (E6)</p> <p>“Eu acho que os doentes não têm consciência do que o</p>
---	---

<p style="text-align: center;">NÃO CONSCIENCIALIZAÇÃO PRÉVIA DA DEPENDÊNCIA</p>	<p>espera e acho que não mostram todas as dificuldades.” (E6)</p> <p>“...têm algumas dificuldades em falar disso, porque não sabem o que vem para o futuro. Tudo é uma incerteza para o doente...” (E6)</p> <p>“Como as coisas acontecem agora fica tudo condicionado, porque o doente não está capacitado, nem sequer informado do que pode advir...” (E6)</p> <p>“Há muitas questões que não fazem, porque normalmente, quando regressam a casa e se deparam com as barreiras que vão ter no domicílio, barreiras físicas (o mobiliário), as camas, os sofás que normalmente são baixas e têm que ser adaptadas...” (E8)</p> <p>“Acho que ninguém tem consciência do que é que vai ser o pós colocação de uma PTA...” (E8)</p> <p>“...porque muitas das vezes dizem que não tinham noção que ia ser assim, que ia ser tão difícil...” (E8)</p> <p>“...e também porque as dificuldades que vão sentir é quando regressarem a casa.” (E8)</p> <p>“Alguns doentes ainda têm a ideia de que têm que estar deitados com as pernas afastadas e não se podem virar...” (E9)</p> <p>“Eu acho que os doentes às vezes não têm consciência do que precisam de saber, acho que lhes dizemos as coisas e eles levam como um ensinamento, mas que eles não se consciencializaram sobre o assunto.” (E9)</p> <p>“Eles não estão conscientes do que é ter uma prótese. Quando vão ser operados não têm noção do que é viver com uma prótese, são operados porque tem que ser e depois ficam sem dores e pronto voltavam a ficar como eram antes sem qualquer limitação/dificuldade.” (E9)</p> <p>“...que ainda não se aperceberam de que não as poderão fazer ou então alterar formas de o fazer, acho que não se consciencializaram de toda a situação (...) O doente não está consciencializado do que vai ser lá fora...” (E10)</p>
---	---

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>CONDIÇÕES INERENTES AO TRABALHO</p>	<p>● <u>ESCASSEZ DE TEMPO</u></p> <p>“... mas eu não tenho tempo para fazer aquilo que gostaria de fazer. A falta de tempo para fazer a instrução e o treino, e mesmo a falta de tempo para dar a informação, fazer o ensino e mesmo sem a instrução. Basicamente a minha maior dificuldade é que não tenho tempo (...) e o tempo escasseia para dar resposta a estas necessidades ...” (E1)</p> <p>“Não há tempo e se calhar não damos oportunidade àquela comunicação que deveria ser e não é feita da mesma forma, ou da forma mais correcta, não damos tempo ao doente e não temos tempo de estar com ele, de ele falar e de expressar as suas dificuldades.” (E5)</p> <p>“...como muitas vezes não temos grande tempo só se o doente questionar é que acabo por falar disso...” (E5)</p> <p>“...e que aqui é dada pouca informação ao doente, por falta de tempo...” (E6)</p> <p>“...e muitas vezes andam atarefados e não querem mesmo questionar e mostrar algumas dificuldades porque têm medo de obter uma má resposta, o que não acontece aqui no serviço.” (E6)</p> <p>“... (omissão de informação) por causa da escassez de tempo...” (E6)</p> <p>“...a falta de tempo (...) também contribuiu para a não informação dos doentes.” (E6)</p> <p>“...mas às vezes, a falta de tempo também não permite muito...” (E7)</p> <p>“...da minha parte, eu acho que a inclusão da família podia fazê-lo mais, mas a falta de tempo dificulta toda esta envolvimento...” (E8)</p> <p>“...e a escassez do tempo também dificulta a informação...” (E8)</p> <p>“Se acho que podiam levar mais informações? Acho que sim, sem dúvida. Por norma, a falta de tempo contribui para isto...” (E8)</p>

<p>CONDIÇÕES INERENTES AO TRABALHO</p>	<p>● <u>LIMITAÇÃO DA PRAXIS DO ENFERMEIRO</u></p> <p>“Muitas vezes fica muito aquém da informação que eu gostaria de dar...” (E1)</p> <p>“...sinto que por vezes dou a informação sem ter a necessidade se foi apreendida e nem chega a ser treinada...” (E1)</p> <p>“...o que por vezes poderá dificultar o regresso a casa do doente (falta de informação ou a informação diminuída)... eu tenho noção que as dificuldades sentidas no domicílio vão ser mais e muitas (...) e concerteza vai ter mais dúvidas...” (E1)</p> <p>“...e também não temos porque a culpa é nossa que o deveríamos fazer, mas por acaso em termos de folhetos informativos não temos nada na Unidade.” (E2)</p> <p>“Depois não conseguimos fazer essa transposição para o ingresso na sua vida profissional.” (E2)</p> <p>“Nós aqui fazemos o nosso melhor, penso que sim, só que uma pessoa fica assim um bocado é quando o doente tem alta e será que vai ter os mesmos cuidados que tem aqui? Porque o internamento, o período de 30 dias, quando tiver alta será que a pessoa que vai estar com ele, ou mesmo o próprio utente será que vai ter tudo...” (E3)</p> <p>“Ao fim de 30 dias, quebramos isso e podemos pensar se está tudo bem, se o doente está bem... ao final das contas perdemos o «rasto» ao doente, porque depois é ou não outra equipa de enfermagem, ou pessoas sem currículo (...) e depois nós não podemos ir lá ver se está tudo bem ou não, se caminha bem...” (E3)</p> <p>“...o rácio enfermeiro/doente é muito baixo, o que dificulta muitas vezes o tempo para estarmos com calma com o doente, darmos-lhe tempo para aprender, treinar e nós supervisionarmos as actividades que ele faz.” (E4)</p> <p>“Mas é assim é muito difícil aqui fazer o treino em seis dias...” (E5)</p> <p>“...outras vezes nós enfermeiros com a nossa sobrecarga de</p>
--	---

<p>CONDIÇÕES INERENTES AO TRABALHO</p>	<p>trabalho não damos muita oportunidade para isso, vamos fazer o que temos a fazer e acabamos por virar as costas, que é mesmo o termo mais correcto.” (E5)</p> <p>“...e sinto isso como uma dificuldade que não é dita pelo doente e que nós ficamos um pouco à parte e nem sempre a identificamos.” (E5)</p> <p>“...com a sobrecarga que nós temos no serviço, temos muito trabalho, somos muito poucos enfermeiros e é-nos atribuído muitos doentes e tarefas, e é complicado...” (E5)</p> <p>“...e por falta de suporte que possamos fornecer ao doente...” (E6)</p> <p>“...(a omissão da informação) do rácio enfermeiro/doente, são muitos doentes para cada enfermeiro, e também porque não temos meios...” (E6)</p> <p>“...agora tenho consciência que com os outros colegas generalistas, por falta de conhecimento específico, o doente não tem bases para ser dada a continuidade do processo de reabilitação, o que vai comprometer a sua recuperação...” (E6)</p> <p>“...o rácio enfermeiro/doente (...) também contribuiu para a não informação dos doentes. São muitos doentes para poucos enfermeiros...” (E6)</p> <p>“...são muitos doentes para poucos enfermeiros, o rácio enfermeiro/doente dificulta um pouco a instrução e supervisão do doente...” (E7)</p> <p>“O período de internamento é muito curto e isso também não ajuda a que o doente crie confiança para questionar...” (E7)</p> <p>“...o facto dos enfermeiros andarem a maior parte das vezes atarefados com as rotinas também os inibe de questionar...” (E7)</p> <p>“...normalmente isso não acontece devido às rotinas dos enfermeiros...” (E8)</p> <p>“...no entanto é tudo feito durante 7 dias que acaba por ser feito tudo de uma forma muito concentrada, levando a que o doente por vezes não assimile...” (E8)</p> <p>“...há muitos doentes para poucos enfermeiros...” (E8)</p>
--	--

<p>CONDIÇÕES INERENTES AO TRABALHO</p>	<p>“...temos muitos doentes para cada enfermeiro, o rácio enfermeiro/doente é elevado o que dificulta. (...) porque no fundo temos que gerir prioridades...” (E8)</p> <p>● <u>ORGÂNICA DO SERVIÇO</u></p> <p>“...muitos doentes, com muitas necessidades, cada um com necessidades específicas ...” (E1)</p> <p>“Por outro lado, a própria orgânica do serviço, uma vez que temos quatro valências dentro de um só serviço e os doentes de medicina requerem mais cuidados específicos e na hora, acabando por os de ortopedia ficarem um pouco de parte, principalmente na parte dos ensinos pós-operatórios.” (E4)</p> <p>“...aqui muitas vezes temos, ao mesmo tempo, doentes de quatro especialidades, incluindo medicina, que são doentes que requerem mais cuidados e no momento, e os de ortopedia ficam um bocadinho aquém, porque estes requerem mais instrução, treino e supervisão... a orgânica do serviço complica tudo isto.” (E5)</p> <p>“Geralmente não estou com o doente os sete dias, é um dos problemas que temos aqui no serviço, o que compromete uma continuidade dos cuidados...” (E6)</p> <p>“A orgânica do nosso serviço também não permite muito, porque como temos várias valências, uma das quais a medicina que requer mais cuidados ao doente, por vezes, deixa um pouco na sombra os doentes de ortopedia e o ensino fica um pouco aquém do esperado...” (E7)</p> <p>“Depois a orgânica do serviço que nos complica as tarefas, o facto de termos quatro valências integradas no mesmo serviço, doentes de diferentes especialidades que requerem cuidados diferentes, havendo doentes, o caso dos da medicina interna, que requerem cuidados mais urgentes e no momento e os ensinos por vezes acabam por ficar para 2º plano...” (E8)</p>
--	---

CATEGORIA: OCULTAÇÃO DA INFORMAÇÃO

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
INFORMAÇÃO NÃO QUESTIONADA	<ul style="list-style-type: none">● <u>FUNÇÃO SEXUAL</u> <p>“...nem eles nos perguntam (acerca da sexualidade)...” (E2)</p> <p>“...e eles também não o abordam (sexualidade), ainda é considerado um tabu.” (E2)</p> <p>“A sexualidade quando são mais jovens, mas eles não expressam (...) é uma necessidade sentida mas não expressa, e aí é que surgem as dúvidas.” (E4)</p> <p>“...a nível da actividade sexual (...) Por acaso nunca me questionaram (...) mas é assim normalmente as pessoas nunca fazem esse tipo de perguntas.” (E5)</p> <p>“O doente, penso eu, que uma das dificuldades que ele sente e não verbaliza é a parte da sexualidade, embora a maioria sejam idosos, mas ainda são casados e têm uma vida sexual activa, mas não questionam (...) mas muito raramente sou questionada sobre isto..” (E6)</p> <p>“Não o fazemos porque ele não verbaliza...” (E6)</p> <p>“Acho que deve ser consensual por todos os enfermeiros, a sexualidade.” (E7)</p> <p>“É uma temática um pouco marginalizada tanto pelo doente, porque não questiona, ainda é um tabu na sociedade...” (E7)</p> <p>“...e eles também não o abordam, ainda é considerado um tabu.” (E7)</p> <p>“Há questões que não são colocadas, nomeadamente a sexualidade...” (E8)</p> <p>“Sinceramente, a maior parte são viúvos e mais mulheres do que homens, mas realmente nunca fui abordada nesse sentido...” (E10)</p> <p>“...há situações que se o doente não questionar não lhe são dadas todas as informações...” (E8)</p> <p>“A sexualidade é um aspecto que não é verbalizado pelo doente...” (E9)</p>

<p>INFORMAÇÃO NÃO QUESTIONADA</p>	<p>“...a maior parte dos nossos utentes são de uma faixa etária muito alta, não é que não tenham sexualidade, mas a verdade é que não verbalizam porque não devem ter interesse...” (E9)</p> <p>“A sexualidade não é expressa (...) doente não questiona” (E10)</p> <p>“Até quando eles vão a casa e depois voltam de fim-de-semana nunca verbalizaram a sexualidade...” (E10)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>EMOÇÕES INERENTES ÀS ADAPTAÇÕES A REALIZAR NA VIDA</u> <p>“E também outros, normalmente muitas vezes os doentes ficam com alterações emotivas inerentes às dificuldades que vão sentir e às alterações que vão ter que fazer nas suas vidas e por norma não expressam a parte emotiva...” (E8)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>DOR</u> <p>“A dor também é algo que ele não expressa...” (E8)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>CONDUÇÃO DE VEÍCULOS</u> <p>“Os doentes também não verbalizam por exemplo, no caso de conduzirem como é que terá agora que fazer e até mesmo relativamente a actividades que faziam antes...” (E10)</p>
-----------------------------------	--

SUBCATEGORIA	INDICADORES/UNIDADES DE REGISTO
<p>INFORMAÇÃO NÃO TRANSMITIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE</u> <p>“A sexualidade nunca é abordada, é uma delas (...) e nós também temos uma certa relutância em falar (...) mas com eles nunca se aborda ...” (E2)</p> <p>“Também a minha parte fica inibida de falar sobre o assunto (...) quem coloca uma PTA já tem uma certa idade e daí a nossa relutância em falar disso.” (E6)</p>

<p>INFORMAÇÃO NÃO TRANSMITIDA</p>	<p>“...por inibição da nossa parte, se calhar temos receio da reacção doente.” (E6)</p> <p>“...e pelo enfermeiro que fica inibido de falar, porque pode invadir o íntimo do doente...” (E7)</p> <p>“...mas com eles nunca se aborda (a sexualidade)...” (E7)</p> <p>“...mas que tentamos fazer o ensino, em algumas situações não é possível porque também nos inibimos de o fazer já que é algo de intimidade do doente...” (E8)</p> <p>A nível da sexualidade não entramos muito nesse campo...” (E9)</p> <p>“...mas também a sexualidade não é abordada pelo enfermeiro, porque é algo inibitório para o profissional, mas acho que é pertinente (...) Por norma não falamos sobre o assunto.” (E9)</p> <p style="text-align: center;">● <u>INSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS E TREINO DE AUTOCUIDADO</u></p> <p>“Humm, não, acho que não. Atenção, recebemos doentes de vários sítios, mas acho que não, às vezes vêm mais treinados em termos de deambulação do que nos autocuidados. Acontece também aquelas situações que recebem alguma informação mas nunca a treinaram, ou então, não receberam nenhum tipo de informação e nem sequer fizeram o primeiro levante.” (E2)</p> <p>“...só que há doentes que não trazem nenhuma informação, o que nos dificulta o trabalho, porque o processo de reabilitação encontra-se comprometido...” (E3)</p> <p>“...que muitas vezes é esquecido. (subida e descida de escadas)” (E5)</p> <p>“...mas eu acho que antes de serem operados não lhes é explicado correctamente o que é uma colocação de PTA, quais as limitações e os cuidados que vão ter (...) e que aqui não são abordadas as estratégias necessárias para as resolver...” (E5)</p> <p>“...mas não envolvo (a família) em todos os autocuidados,</p>
-----------------------------------	---

INFORMAÇÃO NÃO
TRANSMITIDA

por exemplo, higiene, vestir-se, que é mais no turno da manhã (...) embora haja outros autocuidados em que não o faço.” (E5)

“...eu acho que é esquecido por muitos enfermeiros e depois o doente chega, por exemplo a casa, e a primeira dificuldade que ele encontra depois de sair da ambulância é que tem que subir imensas escadas para ir para casa.” (E5)

“...e muitas vezes o problema é que o colega que vem a seguir esquece-se de determinados ensinios...” (E5)

“...agora também verifico que há muita falha nos ensinios, que a informação não é dada e isso verifica-se com o internamentos por luxação da prótese e que talvez se esses ensinios fossem feitos, os doentes não voltariam a ser internados...” (E5)

“...e que aqui raramente ou quase nunca são explicados esses procedimentos (estratégias adaptativas para satisfação das actividades de autocuidado) (...) ...muitas vezes ele não é informado disto.” (E6)

“O doente não é informado, muitas das vezes, no pré-operatório das consequências que vai ter...” (E6)

“...tenho consciência que não dou toda a informação que o doente necessita para o seu dia-a-dia...” (E6)

“Os familiares, quando o doente tem alta, vão um bocadinho às escuras, muitas vezes até o doente, que sai daqui sem saber andar de canadianas, o que fará o próprio familiar saber essa informação.” (E6)

“Eu acho que os doentes não são devidamente informados no pré-operatório do que é ter uma prótese e o que isso implica. Eles acham que vão ter algumas dores e depois vai passar...” (E7)

“...há situações em que não há informação ou o doente tem a informação mas não a demonstrou, aqui é o começar do processo...” (E10)

INFORMAÇÃO NÃO
TRANSMITIDA

“...estas informações (ensino de entrada e saída do carro) que não são facultadas, mas eu acho que é de todo importante.” (E1)

“...contudo há doentes que ainda conduziam antes de serem operados e que depois sentem dificuldade em conduzir, em saber quais os movimentos que podem e que não podem fazer e também, às vezes, não os conseguimos preparar nesse sentido.” (E2)

“...e acabamos por esquecer aqueles que ainda conduziam e que são mais jovens e que mantinham uma vida activa em termos até profissionais, como já nos tem acontecido.” (E2)

“Há ensinamentos que não se fazem e que podem comprometer o dia-a-dia do doente. As informações ficam aquém. O doente sai daqui a não saber entrar e a sair do carro, assim como o tipo de veículos a usar. Isto serão dificuldades que não são expressas pelo doente, mas são sentidas.” (E6)

“...embora haja alguma informação que não seja dada e até esquecida como o entrar e sair do carro...” (E7)

“Depois são dadas informações também acerca da entrada e saída do carro, de quando é que pode andar de automóvel, mas só se o doente questionar e que por norma não é transmitida...” (E8)

● COMPRIMENTO DOS MEMBROS

“Outro aspecto que por vezes não valorizamos relaciona-se com o comprimento dos membros e as dismetrias...” (E1)