



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sophie Magalhães Dias

As práticas educativas dos enfermeiros na preparação do
regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção
cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Aurora Pereira (Orientador)

Professora Mestre e Especialista em Enfermagem Mara Rocha (Coorientador)

Junho de 2014

RESUMO

A pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório, com a admissão e alta no mesmo dia, requer uma assistência rigorosa e diferenciada. Assim as práticas educativas dos enfermeiros a uma pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório no seu regresso a casa são fundamentais, a enfermagem ocupa, um lugar crucial neste contexto.

Pretendemos com este estudo conhecer as práticas educativas dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, tornando visível a intervenção do enfermeiro como um forte elemento para o sucesso na recuperação da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório.

Neste sentido, optámos por um estudo de natureza qualitativa, com uma abordagem de cariz exploratório-descritivo e a estratégia de recolha de dados incidiu na entrevista semi-estruturada, dirigida à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório e aos enfermeiros de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Os dados foram analisados com o recurso à análise de conteúdo.

Os resultados obtidos evidenciaram os contributos e deste modo a importância das práticas educativas neste contexto.

Permitiram-nos, ainda identificar o tipo de informação e as estratégias mobilizadas pelo enfermeiro bem como as dificuldades sentidas neste processo. Ficaram ainda visíveis as dificuldades sentidas pela pessoa intervencionada a uma cirurgia no regresso a casa principalmente ao nível da atividades de vida diárias, bem como as estratégias mobilizadas para as ultrapassar.

Estes resultados sugerem que é importante refletir sobre a intervenção do enfermeiro no sentido da melhoria contínua das práticas realizadas e adequando procedimentos não só a nível das dinâmicas da equipa mas também da organização.

Palavras-chave: Cirurgia de Ambulatório; Pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA; Práticas educativas; Enfermeiro.

Junho 2014

ABSTRACT

An individual that is submitted to a surgical intervention in an Ambulatory Surgery department, with admission and discharged on the same day, requires rigorous and differentiated assistance. In this regards, the educational practise conducted by nurses upon discharge of these patients are fundamental, and nursing exerts a critical place in this setting.

With this study we aim to recognize of different educational practices in nursing when preparing a patient submitted to a surgical intervention for discharge, making it evident the importance of the intervention of the nurse as a strong element in the success in patient recovery.

To achieve these goals, this study was conducted using a qualitative approach, in an explorative-descriptive manner. Collection of data was mainly archived through a semi-structured interview conducted at both the patient submitted to a surgical intervention in Ambulatory Surgery, as well as nurses of the Ambulatory Surgery Department. Data was analysed based on content analyses.

The results demonstrate the contributions and highlighted the importance of the educational practices of nursing in these circumstances.

Furthermore, the results allowed us to identify different types of information and strategies used by the nurse, as well as recognize some difficulties encountered in this process. Also evident, were the difficulties felt by the patient upon arrival at home in completing day-to-day tasks, likewise some strategies were identified to overcome these difficulties.

These results suggest the importance of reflecting on nursing interventions aiming towards an on-going of good practices and procedures not only in one-on-one nursing, but also as part of team and organizational dynamics.

Palavras-chave: Ambulatory Surgery; Individual summitted to a surgical intervention in AS; Educational practices; Nurse.

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos os enfermeiros das unidades de Cirurgia de Ambulatório, que trabalham arduamente para proporcionar à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, cuidados de enfermagem de excelência.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Aurora Pereira e à Professora Mestre e Especialista em Enfermagem Mara Rocha, pela partilha de saberes, pela disponibilidade e serenidade que permitiram manter o equilíbrio tão desejado.

Ao Conselho de Administração do Hospital Santa Maria Maior, EPE, à enfermeira Eugénia Pereira, responsável da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, bem como a todos os profissionais que exercem funções na Unidade, Enfermeira Sameiro Abreu, Cristina Jardim e Marta Ribeiro, Olívia Magalhães, Teresa Arantes e o Dr. Alberto Magalhães pela possibilidade de realização do mesmo e pela motivação transmitida.

Às pessoas intervencionadas a uma cirurgia em CA e aos respetivos membros da família prestadores de cuidados, que permitiram que este estudo fosse possível.

À minha família, pela paciência, pelo apoio incondicional e constante nesta fase da minha vida e por compreenderem a minha pouca disponibilidade.

Ao Fábio, pela força, motivação, incentivo e paciência em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis.

À minha amiga Conceição Maciel pela sua presença, pelas palavras amigas, pela transmissão de tranquilidade em todos os momentos, ajudando-me a acreditar que era capaz.

Ao meu amigo André Alves, que me ajudou a ultrapassar a barreira da formatação deste trabalho de investigação.

Aos amigos de sempre, que sabem quem são! Muito obrigada pela vossa força!

A estes e a todos os que se cruzaram comigo neste percurso e que colaboraram e impulsionaram este trabalho, ajudando-me a vingar. O meu **Muito obrigada!**

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – Conceções e práticas	18
1.1 Educação para a Saúde: Conceito e evolução	19
1.2 – Intervenção do Enfermeiro na EpS	24
2- A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.....	30
2.1 Cuidar da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório.....	35
CAPITULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	44
1 - DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO	46
2 - TIPO DE ESTUDO.....	48
3 - CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
3.1 - O Contexto	49
3.2 - Os Participantes.....	52
4 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	54
5 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	56
6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	58
CAPITULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	59
1 - PERSPETIVA DA PESSOA SUBMETIDA A UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS	61
2 - PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	78
CAPITULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	94
CAPITULO V - CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS.....	105

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
APÊNDICES	116
APÊNDICE A	117
Autorização do Conselho de Administração do HSSM, EPE	117
APÊNDICE B.....	119
Consentimento Informado	119
APÊNDICE C.....	121
Guião orientador da entrevista à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, sujeito ao pré-teste	121
APÊNDICE D	123
Guião orientador da entrevista à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA	123
APÊNDICE E.....	125
Guião orientador das entrevistas aos enfermeiros da UCA.....	125
APÊNDICE F	127
Codificação das entrevistas à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA (Temáticas, Categorias, e Subcategorias).....	127
APÊNDICE G	145
Codificação das entrevistas aos enfermeiros da UCA (Temáticas, Categorias, e Subcategorias).....	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. - Circuito da pessoa no dia da cirurgia.....	34
Figura 2. - Circuito da pessoa intervencionada a uma cirurgia na UCA do HSMM, EPE	51
Figura 3. – Tipo de informação: categorias e subcategorias	63
Figura 4. – Aspetos valorizados: categorias e subcategorias	68
Figura 5. – Contributos das práticas Educativas: Categorias	73
Figura 6. – Dificuldades Sentidas no regresso a casa: categorias e subcategorias.....	74
Figura 7. – Recursos mobilizados: categorias	76
Figura 8. – Tipo de informação proporcionada: Categorias e subcategorias	80
Figura 9. – Estratégias Mobilizadas: Categorias e subcategorias.....	84
Figura 10. – Atitudes comunicacionais: Categorias	89
Figura 11. – Contributos das práticas educativas: Categorias.....	90
Figura 12. – Fatores dificultadores: Categorias.....	92
Figura 13. – As práticas educativas na preparação do regresso a casa em Cirurgia de Ambulatório- síntese das perspetivas dos dois grupos de participantes.....	104

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. - Critérios de seleção de pessoas em cirurgia de ambulatório.....	34
Quadro 2. - Critérios PADSS	40
Quadro 3. - Caraterização do grupo de pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA.....	53
Quadro 4. - Caraterização do grupo dos enfermeiros que exercem funções na UCA...	53
Quadro 5. - Perspetiva da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA sobre as práticas educativas: temáticas, categorias e sub-categorias	62
Quadro 6. - Perspetiva dos enfermeiros sobre as práticas educativas em cirurgia de ambulatório: temáticas, categorias e subcategorias	79

SIGLAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

APCA - Internacional Association for Ambulatory Surgery

ASA - American Society of Anesthesiologist

CA - Cirurgia de Ambulatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

CNDCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

HSMM – Hospital Santa Maria Maior

IAAS - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial Saúde

P.A.D.S.S. - Modified Postanaesthesia Discharge Scoring System

UCA – Unidade Cirurgia de Ambulatório

ABREVIATURAS

E – Enfermeiro

EpS - Educação para a Saúde

P – Pessoa

p. – página

PS - Promoção de saúde

INTRODUÇÃO

A Cirurgia de Ambulatório (CA) consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, sob anestesia geral, loco-regional ou local, tradicionalmente efetuada em regime de internamento cuja admissão e alta ocorre até 24h após a cirurgia (Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2008).

A cirurgia surge na vida do Homem como um facto adverso e, mesmo que esta corra de forma programada, pode provocar desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e mesmo sociofamiliares (Leitão, 1992).

Historicamente, os enfermeiros têm assumido a responsabilidade de proporcionar um ambiente seguro, eficiente e favorável à prestação de cuidados de uma pessoa submetida a uma cirurgia, no qual, toda a equipa atue de forma eficiente no sentido de obter resultados positivos (Rothrock e Meeker, 2008). A pessoa que vivencia uma cirurgia é confrontada com a necessidade de aprender a gerir um conjunto de situações novas. Pender citado por Silva (2007a) refere que as pessoas que experimentam uma situação aguda de doença poderão ter um elevado grau de prontidão para aprender, traduzindo o papel do enfermeiro pioneiro na capacitação da pessoa no sentido de executar todas as atividades essenciais para viver, sobreviver, com o objetivo de manter a saúde e o bem-estar (Orem, 1993).

A profissão de Enfermagem, confrontada com uma rápida mudança, ao longo dos anos, tem vindo a reconhecer a influência e os benefícios que uma prática de investigação contínua exerce na prática (Morrison, 2001).

A investigação proporciona uma melhor compreensão da realidade, para aumentar o conhecimento sobre determinados fenómenos (Ramalho, 2006) ou seja, é um forte contributo para a melhoria dos cuidados em enfermagem. A Ordem dos enfermeiros (2006) acrescenta que o conhecimento adquirido através da investigação em Enfermagem desenvolve uma prática baseada na evidência, melhora a qualidade dos cuidados e otimiza os resultados em saúde. Neste sentido

a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva (Ordem dos enfermeiros 2006, p.1).

Assim a enfermagem, como qualquer outra profissão, necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos. Pelo que é este o caminho a seguir para a produção contínua de uma prática de cuidados baseados na evidência científica.

Na atualidade, os internamentos hospitalares têm vindo a tornar-se cada vez mais curtos, encontrando-se a Cirurgia de Ambulatório (CA) em franco desenvolvimento não só em Portugal como em outros países. Efetivamente, a sua prática é possível em virtude dos avanços da Ciência no domínio da anestesiologia, nas técnicas e materiais utilizados na Cirurgia, bem como pelo apoio e reconhecimento político e maior aceitação deste regime pela sociedade (Natário [et al], 2000). Neste sentido a CA surge em Portugal pela necessidade de diminuir os tempos de internamento, as listas de espera com consequentes benefícios sociofamiliares, económicos e psicológicos, para além de reduzir os custos hospitalares.

A redução do tempo de internamento hospitalar, requer um atendimento rigoroso e diferenciado. Esta nova realidade gera mudanças inevitáveis no domínio da enfermagem, na medida em que são os enfermeiros que, de entre os profissionais de saúde, estão mais bem posicionados, para educar com vista ao autocuidado. Costa e Condença (2005, p.40) afirmam que:

é função do enfermeiro identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as suas ações, baseado no conhecimento das ciências Humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, isto é, o seu autocuidado.

Há assim uma necessidade crescente de prestar cuidados de enfermagem diferenciados, individualizados, competentes e tranquilizadores à pessoa no seu percurso cirúrgico, visando a segurança, a satisfação e a qualidade dos cuidados, no sentido do bem-estar.

Em CA, sendo uma área em franca evolução, com inúmeras vantagens aos vários níveis, torna-se importante perceber a função dos enfermeiros, quais os seus contributos nos cuidados a proporcionar à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica neste contexto.

Assim, como ponto de partida para este estudo, surge a questão de investigação: **Quais as práticas educativas dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA?**

Considera-se que esta é uma temática que, pela sua pertinência e atualidade, constituirá um desafio de índole profissional e pessoal. Surge pela necessidade do enfermeiro avaliar resultados da sua prestação e perceber a contribuição do planeamento de cuidados de enfermagem à pessoa intervencionada a uma cirurgia em CA. São as necessidades destas que determinam a extensão da função dos enfermeiros, pois é ao analisar as necessidades das pessoas em matéria de cuidados que se deve definir o sentido do desenvolvimento da profissão (Pereira, 2009).

Para Ferreira [et al.] (2011), os principais manuais de enfermagem reforçam a necessidade de educar para a saúde, verificando-se que têm dado mais ênfase ao processo da alta do que aos seus resultados, de modo que, sem essa avaliação não há possibilidade de aperfeiçoar a nossa intervenção. Para Silva, citado por Pereira (2009), a preparação do regresso a casa é importante e torna-se tema de investigação, uma vez que a intervenção do enfermeiro não termina à porta do hospital no momento da alta.

Leal (2006) refere ser importante que a enfermagem portuguesa evolua rapidamente para a valorização efectiva dos cuidados ambulatoriais, isto é, cuidados episódicos e de curta duração, nos quais deve existir uma partilha de responsabilidades na relação estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e família, visando a educação, a advocacia, a continuidade e a excelência dos cuidados. Neste sentido, a EpS tem vindo a tornar-se cada vez mais importante, sempre com o objetivo de ajudar a pessoa a alcançar o máximo potencial de saúde.

O planeamento do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA bem sucedido, irá contribuir para o bem-estar da pessoa, para a recuperação da sua saúde e para a redução de reinternamentos hospitalares. É assim importante conhecer as práticas educativas dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório a partir da perspetiva de quem cuida - os enfermeiros - e de quem é cuidado.

Com este propósito pretendemos investigar os contributos das práticas educativas da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, a partir do que a pessoa sabe e sentiu no seu regresso a casa e também na perspetiva do enfermeiro. É através da análise da interação entre profissionais de cuidados e a pessoa que se evidencia a essência da prática de enfermagem (Hesbeen, 2000). Através do resultado deste contato direto com a realidade, poderá refletir-se sobre o planeamento de estratégias utilizadas no sentido de contribuir para uma vivência informada, gratificante, autónoma e

responsável da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, acreditando assim ser possível melhorar e evoluir para a excelência do cuidar em CA.

Perante esta realidade, apresentamos os objetivos deste estudo:

Geral

- Conhecer as práticas educativas dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório;

Específicos

- Identificar o tipo de informação proporcionada pelo enfermeiro na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA;
- Identificar as estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA;
- Perceber as dificuldades sentidas pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA após o seu regresso a casa.
- Identificar as estratégias mobilizadas pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA após o seu regresso a casa para ultrapassar as dificuldades sentidas;
- Identificar os contributos das práticas educativas em CA.

O presente relatório está dividido em cinco capítulos: no primeiro, situamos a problemática explorando teoricamente aspetos relacionados com a educação para a saúde, a Cirurgia de Ambulatório e o cuidar da pessoa submetida a uma cirurgia nesta área. No segundo capítulo, expomos o percurso metodológico, onde serão apresentados a problemática e objetivos deste estudo, o tipo de estudo, o contexto e os participantes do estudo, bem como os procedimentos de recolha de dados, análise e tratamento dos dados e as considerações éticas. A apresentação e análise dos dados integram o terceiro capítulo. O quarto capítulo destina-se à discussão e por fim, o último capítulo com as conclusões.

CAPITULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico assume a função de apoio e determina a lógica subjacente ao problema de investigação. Para Fortin (2009), representa as bases teóricas ou conceptuais da investigação, que vão permitir alinhar os conceitos entre si, de maneira a descrever, explicar ou predizer relações entre eles. Assim neste capítulo vamos apresentar o referencial teórico que sustenta este estudo e que se encontra organizado em torno dos seus eixos principais, a Educação para a saúde, a Cirurgia de Ambulatório e o cuidar da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica neste contexto.

1 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – Conceções e práticas

A educação para a saúde (EpS), em cuidados de enfermagem assenta numa finalidade bem clara, que é de ajudar as pessoas a adquirir as ferramentas que lhes permitam assumir a responsabilidade do seu próprio bem-estar (Phaneuf, 2005).

Segundo Phaneuf (2001), desde o início do século que os enfermeiros, no desempenho da sua função profissional, ensinam a pessoa e família. A EpS constitui-se como um elemento essencial nos cuidados de enfermagem, direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e adaptação aos problemas de saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2013), num dos objetivos definidos para o Sistema de Saúde – «Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida» – refere-se à importância de fomentar ambientes saudáveis ao longo do ciclo de vida, o que implica “a promoção, proteção e manutenção da saúde; a prevenção, tratamento e reabilitação da doença, permitindo uma visão integrada das necessidades e oportunidades de intervenção de modo contínuo (WHO, 2002), específico de cada contexto (p. 27/114)”, e permite sobrepor visões de articulação e de integração de esforços entre os vários contextos. Para que tal aconteça, exige-se um empenho constante de todos os intervenientes aos diferentes níveis. Para Precioso [et al.], (1999) estes esforços passam por envolver a organização, os profissionais e a população em geral, com responsabilização e participação efetivas em tudo o que pode influenciar o bem-estar. No contexto hospitalar, dentro da equipa multiprofissional, os enfermeiros têm um papel ativo, partilhando decisões e desenvolvendo uma inter-relação horizontal e aberta, através da cooperação, ajuda e orientação da pessoa, partindo da prática das vivências de cada um e de todos (Precioso [et al.], 1999). O hospital torna-se assim um local de aprendizagem mútua. Com base nestes conhecimentos e experiências é que, em conjunto com a pessoa, se aprende e enriquece, desenvolvendo em simultâneo capacidades e competências de aprendizagem.

Phaneuf (2001) enfatiza ainda que a diminuição do tempo de hospitalização e o regresso cada vez mais precoce ao domicílio levam a que a educação para a saúde seja considerada um fator fundamental para a saúde das populações.

Para perceber a relação estreita entre a enfermagem e a educação para a saúde importa perceber o conceito de educação para a saúde, a sua evolução e a intervenção do enfermeiro nesta área.

1.1 Educação para a Saúde: Conceito e evolução

Abordar a temática ‘Educação para a Saúde’ pressupõe abordar o conceito de saúde. Definir saúde e encontrar consenso entre os vários autores que a definem está longe de ser tarefa fácil. Para Loureiro e Miranda (2010, p. 13) “ a saúde é uma condição para o desenvolvimento pessoal e um investimento no futuro. É a base da produtividade no trabalho, da capacidade de aprender na escola e do bem-estar intelectual, físico e emocional”.

O conceito de saúde tem sido valorizado ao longo da história da humanidade. Muitos procuram defini-la, descrevê-la e medi-la com precisão, embrenhando-se numa tarefa de difícil realização (Branco, 1995). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 propôs o conceito da saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença. Este conceito constitui-se o ponto de partida para definir saúde, embora tenha sido contestado, uma vez que atingir um completo bem-estar físico não parece ser possível; a constatação dos factos mostra-nos que a noção de saúde varia de pessoa para pessoa (Pestana, 1996). Porém outros significados surgem conforme os autores que a têm definido. Déjourns (1993), citado por Carvalho e Carvalho (2006, p. 9) define saúde como “a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projeto de vida pessoal e original, em direção ao bem-estar”. Por seu lado, Poletti, citado por Pestana (1996, p. 187) afirma que

O ser Humano é um todo dinâmico e complexo com aspetos biológicos e psicológicos, psicossociológicos e espirituais. Ele está inserido num meio sobre o qual, simultaneamente, age e sofre a influência desta ação. Ele procura um estado de equilíbrio dinâmico entre o seu corpo e o seu espírito, entre os diferentes estados da sua personalidade e entre si mesmo e o seu meio.

A saúde passou assim por várias tentativas de se adequar à realidade e, numa época mais recente, passa a ser considerada como o equilíbrio e a harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana, ao nível biológico, psicológico e social, conferindo-lhe um potencial de vida (Branco, 1995).

A Ordem dos enfermeiros (2001, p. 6), define saúde como sendo

um estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença.

Acrescenta ainda que a representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o seu equilíbrio em cada momento, consoante os desafios que encontra. Neste contexto, “a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.6). Assim, o conceito de saúde, desenvolvido ao longo do tempo, primeiro com uma larga abrangência e, posteriormente, mais restrito a uma visão biomédica, desperta novamente para um entendimento da pessoa na sua totalidade, no seu ambiente físico, psíquico e social (Loureiro e Miranda, 2010).

A história da educação para a saúde foi também marcada por uma luta constante para o romper definitivo do modelo biomédico, que teve forte influência na prática dos cuidados (Andrade e Pereira, 2010). A pessoa era encarada de modo reducionista. Era induzida a adotar estilos de vida com o objetivo de reduzir o risco de contrair doença e/ou facilitar a sua recuperação e era tipicamente acompanhada pela exortação à utilização correta dos serviços de saúde (Sanmarti, citado por Andrade e Pereira, 2010). No entanto a perspetiva da Organização Mundial de Saúde, face à função da EpS em geral e, particularmente, numa abordagem preventiva individualizada, mudou de forma significativa, encaminhando-a para a necessidade de uma abordagem mais globalizante e holística, como a adoção de estilos de vida saudáveis e desvalorizando a simples adesão ao aconselhamento clínico e persuasão dos utentes para as teorias médicas da doença, fomentando a negociação e colaboração com a equipa de saúde de modo a que os indivíduos possam ser informados e ajudados a tomar decisões (Andrade e Pereira, 2010).

Ao conceito de EpS sobrepõe-se o conceito de Promoção da Saúde (PS), como um processo mais amplo que abrange a participação de toda a população no contexto da vida diária e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer.

É importante entender a diferença destes conceitos e onde se enquadram pois, por vezes, são confundidos pelos próprios profissionais de saúde, trazendo repercussões não só na comunidade como em toda a definição de estratégias, desenvolvimento e avaliação das intervenções (Pestana, 1996). Sendo “a EpS uma arte integrante dos cuidados de saúde, a sua principal atenção assenta na promoção da saúde das populações, proporcionando informação e conhecimentos para que os indivíduos possam adquirir o mais elevado grau de saúde e bem-estar” (Amorim, 1999, p. 18). A Organização Mundial de Saúde definiu na Carta de Ottawa, 1986, que a Promoção da Saúde é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Nesta perspetiva, a PS visa, assim, alterar estilos de vida prejudiciais à saúde, visa ainda modificar o meio envolvente de modo a tornar possíveis as mudanças de tais hábitos. A EpS é uma das estratégias da promoção de saúde. Em 1991, Green e Kreuter reforçam que a EpS visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e não coletivas. A PS tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, que permitem que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade realcem a saúde (Citado por Laverack, 2008). Assim, para Loureiro e Miranda (2010) a PS pode ser considerada como um processo de conscientização das pessoas para os seus direitos e deveres, para a capacidade de descobrir e criar os seus próprios recursos e possibilidades para conduzirem a sua vida de forma ativa, produtiva e satisfatória.

A educação para a saúde foi em tempos denominada por saúde sanitária, pois, segundo Larea e Plana (1993), esta teve origem na higiene pública, cujo objetivo era prevenir e eliminar patologias agudas infeto-contagiosas. A definição inicial que surge é de Wood (1926, citado por Carvalho e Carvalho, 2006) como sendo a soma das experiências e impressões que influenciam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos, relacionados com a saúde da pessoa e da comunidade. Esta definição, apesar de focar já a dimensão dos conhecimentos (cognitiva), das atitudes e dos comportamentos, esquece a influência das crenças e valores da pessoa e do ambiente em que esta vive para a adoção de atitudes e comportamentos relacionados com a sua saúde.

Nos anos 80, surge uma outra perspetiva de EpS, apresentada por Green, kreuter, Deeds e Patridge, numa tentativa de completar as existentes: “a educação para a saúde é toda aquela combinação de experiências de aprendizagem planificada, destinada a facilitar as

mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis” (Citado por Rochon, 1992, p. 6) Esta definição refere-se à necessidade de utilizar diferentes métodos educativos para atingir os objetivos determinados, estando aqui presente a eficácia da complementaridade.

Para Gaspar (2013, p. 13), uma conceptualização de Educação para a Saúde mais atual e aceite é a proposta em 2001 por Tones e Tilford, que define EpS como sendo

toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença, produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Para assumir um papel ativo no seu processo de saúde, na adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, torna-se necessário que a pessoa, através de um melhor conhecimento de si própria, dos seus valores, dos seus comportamentos, das suas relações com o outro, dos fatores que influenciam a saúde, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde. A educação para a saúde possibilita que as pessoas tomem consciência do seu potencial para a manutenção da saúde. Para Green, citado por Rodrigues (2005, p. 50^a), “ a EpS é toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificadas, destinadas a facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis”.

A EpS pressupõe, assim, a utilização de estratégias de intervenção adaptadas a cada comunidade que satisfaçam as reais necessidades e aspirações, de forma a serem capazes de se relacionar com o contexto sociocultural e, que consigam, por sua vez, promover a participação ativa dos indivíduos ao longo do processo de cuidados de saúde. Rodrigues (2005^a) afirma ser imprescindível que a EpS se alicerce na aquisição de novos comportamentos, a nível individual e social, reduzindo os fatores políticos, económicos e ambientais que possam ter um efeito neutralizante e negativo sobre o comportamento. Na atualidade, a EpS não é sinónimo apenas de modificações nos hábitos e comportamentos geradores de doença, mas procura sobretudo a envolvimento dos indivíduos numa maior responsabilização pelas opções que se referem à saúde e ao bem-estar, quer em termos individuais quer coletivos.

A EpS não se baseia apenas na metodologia informativa para mudança de comportamentos, visa proporcionar estratégias, que se traduzem na mudança de estilos

de vida, na capacitação, sentido de envolvimento, participação e cooperação, levando assim a transformações de contexto e de dimensão comunitária (Rodrigues, [et al], 2005^b). Vários autores descrevem diferentes teorias e modelos de EpS, que procuram explicar os processos de organização, planeamento, execução e avaliação das ações sistemáticas de aconselhamento, promoção e educação para a saúde.

As teorias ajudam os educadores a compreender como as pessoas aprendem, como projetar e implementar a EpS na pessoa, família e comunidade. Rodrigues [et al] (2005^b), descreve como as teorias intervêm na alteração de comportamentos, quer na comunidade quer na educação individual e familiar:

- **Teoria do processamento da informação do consumidor (PIC):** a informação é imprescindível para a tomada de decisão racional e influência decisiva no comportamento humano. Contudo, só a transmissão de informação não é suficiente para explicar a totalidade dos comportamentos que têm a ver com estilos de vida.
- **Teoria dos estádios de mudança:** Prochaska e DiClemente (1982) referem diferentes estádios de mudança: *pré-contemplação*, a pessoa, família e comunidade não apresentam qualquer intenção de mudar, pelo que carecem ser motivados para a consciência do problema; no estágio da *contemplação* a pessoa, família e comunidade reconhecem o problema e desejam mudar; na *ação*, são fornecidos os reforços e apoios necessários; na *manutenção*, a pessoa, família e comunidade deve manter o novo comportamento (Citado por Rodrigues [et al], 2005^b).

Existem igualmente vários modelos com aplicação em EpS. Porém, segundo Rodrigues [et al] (2005^b), não existe um modelo ideal, os conceitos gerais devem ser analisados de acordo com cada realidade, uma vez que a EpS não é uma transmissão de informação. Moreira (2001) refere haver três movimentos teóricos diferentes que foram fundamentando os esforços preventivos, como sendo:

- ❖ **O Modelo Informativo** dá importância aos fatores cognitivos na mudança de atitudes, e valoriza a transmissão de informação.
- ❖ **O Modelo Humanista** para além da informação, este modelo valoriza as crenças e os valores que se revelam determinantes na avaliação de situação em qualquer contexto. Devem trabalhar-se as variáveis de tomada de decisão, o papel ativo dos sujeitos e a clarificação dos valores.

- ❖ **No Modelo Neo-Behaviorista** o foco principal é a aprendizagem, que está na base dos comportamentos. Devem instruir-se os indivíduos sobre as estratégias de resistência á pressão dos pares e competências sociais. (Citado por Rodrigues, [et al], 2005^b)

Rodrigues [et al] (2005^b) apresenta ainda a comparação entre diferentes modelos realizada por Turabian e Franco (2001) são eles: o *modelo informativo* onde o objetivo é a transmissão de informação de conhecimentos, no entanto estes autores referem como sendo um modelo indiferenciado e não cumpre os princípios éticos e democráticos da equidade, uma vez que nem todas as pessoas interpretam de igual forma ou valorizam a mesma mensagem. O *modelo persuasivo* valoriza o conhecimento mas também as crenças, valores e atitude e as determinantes motivacionais intrínsecas e extrínsecas. A metodologia na qual incide é, na persuasão comportamental, controlando os processos de aprendizagem. No entanto não respeita o meio ecológico e cultural das pessoas. Por último, este autor apresenta ainda o *modelo politico-económico-ecológico* focalizado na participação, intercambio e aprendizagem contextual da pessoa. A pessoa é a protagonista e o profissional é o mediador da aprendizagem.

As práticas educativas são realizadas pelos enfermeiros, de modo formal e informal, durante o seu desempenho profissional. Os enfermeiros promovem a aprendizagem sobre a forma de aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde (OE, 2012). Carvalho e Carvalho (2006, p. 52) afirmam que “o objetivo final da EpS será de facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis”, contudo, apontam que a mudança de comportamentos não é de todo fácil. Nesta perspetiva, há que avaliar as necessidades de mudança da pessoa, tendo sempre presente o esforço que esta mudança pode implicar nessa pessoa.

Através da EpS, os profissionais devem proporcionar às comunidades o conhecimento que lhes permita evidenciar as necessidades reais. É necessário que desenvolvam a capacidade para aproximar saberes, recursos e objetivos (Loureiro e Miranda, 2010).

1.2 – Intervenção do Enfermeiro na EpS

A educação para a saúde é inerente ao processo de cuidar e, nesse sentido o enfermeiro deve ser educador para a saúde. A anterior carreira de enfermagem determinava no conteúdo funcional das categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro

especialista¹, no artigo 7º, que competia ao enfermeiro “executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado”. Por seu lado, a nova carreira de enfermagem, no conteúdo funcional da categoria de enfermeiro², no artigo 9º, (alínea b) prevê a realização de “intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção de doença do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional

A educação para a saúde, para Aliti [et al.], (2007), passa por ser um processo que melhora o conhecimento e as habilidades que influenciam as atitudes requeridas da pessoa para que ela tenha um comportamento adequado de forma a manter a saúde. O mesmo autor refere, ainda, que o enfermeiro, no âmbito da EpS da pessoa, segue duas orientações: uma de ação instrumental, que influencia a atitude e o comportamento da pessoa; outra, de proteção, que tem o sentido de minimizar a apreensão relativamente ao tratamento da mesma. Nesse processo, a transmissão de informação/orientação é a essência, mas não será o suficiente para garantir uma mudança de comportamento, como vimos no capítulo anterior. A EpS deve ser focalizada nas necessidades da pessoa e não apenas no que ela deve saber.

O Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros³ (REPE) refere-se à enfermagem como sendo uma profissão que

na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001, p. 12), acrescenta que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”, nomeadamente através da identificação, rápida dos

¹ DECRETO LEI N° 437/9. **DR I Série A.** 257 (1991/11/8) 5724.

² DECRETO LEI N° 247/2009. **DR I Série.** 184 (2009/9/22) 6759.

³ DECRETO LEI n° 161/96. **DR I Série.** 205 (1996/9/4) 2959-2962.

problemas potenciais do utente, a prescrição das intervenções de enfermagem face a esses problemas identificados, o rigor técnico/científico na implementação das mesmas e a referenciação das situações problemáticas identificadas.

A educação para a saúde tornou-se tão importante para a pessoa e família que é abordada em vários documentos que compõem o enquadramento legal e referencial da profissão de enfermagem. Se consultarmos o documento da OE atrás referido, verificamos que este aclara a natureza do mandato social da profissão de enfermagem relativamente à missão educativa dos enfermeiros, quer na dimensão da promoção da saúde, quer na dimensão da readaptação funcional. No REPE também se definem como objetivos fundamentais do exercício da atividade profissional dos enfermeiros “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”. O enfermeiro, como educador para a saúde, visa capacitar a pessoa para o autocuidado e auto-responsabilização, respeitando os seus direitos à vida e à qualidade de vida, conforme as competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012). Acresce salientar que tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (OE, 2001, p. 8). Neste contexto, ao longo do ciclo vital procura-se,

prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

A atuação do enfermeiro, nesta área, não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica assente na cultura das pessoas, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1990), para que se consiga educar para a saúde de forma a que a pessoa adquira os conhecimentos que pretendemos transmitir, é necessário estabelecer uma relação de empatia e efetividade, comunicar de forma clara e concisa, promover a participação e envolvimento da pessoa nos cuidados, evitar o preconceito e exercer a imparcialidade. Nesta perspetiva, o objetivo da EpS, passa por encorajar as pessoas a adquirirem confiança e comportamentos adequados, de forma a estarem motivadas e integradas no processo de aprendizagem (OMS, 1990).

Carvalho e Carvalho (2006) afirmam que o enfermeiro possui um lugar privilegiado na área da EpS, devido às diversas oportunidades de contato com a pessoa e família ao longo do processo de cuidados. Assim, no contexto da equipa multiprofissional o enfermeiro deve assumir o papel de pivot e constituir-se como agente facilitador da mudança, da prevenção de comportamentos de risco e da promoção de estilos de vida saudáveis, para atingir o máximo bem-estar.

A EpS pode e deve ser realizada em qualquer contexto de cuidados, nomeadamente, no contexto hospitalar. Para Precioso [et al.], (1999, p. 102), “o hospital é um local de aprendizagem, porque as pessoas aprendem a interpretar a realidade das situações envolventes e a desenvolver a capacidade de se relacionarem com os diferentes fatores que podem interferir com a sua saúde e o bem-estar geral”, aprendendo assim a potenciar fatores de defesa, pela autoconfiança e responsabilidade e a adquirir informação que, na sua perspetiva, constituem fatores de crescimento e de satisfação pessoal e profissional. Para que este processo educacional resulte, os mesmos autores referem ser crucial que haja por parte dos profissionais de saúde um trabalho em equipa, cabendo a estes procurar determinadas capacidades em si mesmo, como sejam a partilha, a cooperação e o sentimento de pertença, levando ao envolvimento participativo e harmonioso, promovendo o autocuidado.

Lash (1990) apresenta um conjunto de estratégias e posturas a adotar pelo enfermeiro no âmbito das práticas educativas:

- Ouvir a pessoa e descobrir quais as suas convicções acerca da saúde;
- Criar uma relação de ajuda;
- Criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar da pessoa;
- Participar com os mesmos na aprendizagem de como tomar decisões;
- Ajudar a tornar claras as escolhas à disposição da pessoa;
- Desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;
- Conferir autoridade quer a si próprios quer à pessoa;
- Desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;
- Conferir autoridade quer a si próprios quer à pessoa;
- Conseguir que os educandos respondam e se adaptem de modo apropriado aos desafios e obstáculos que encontrem.

A aquisição e elaboração de um reportório de estratégias e princípios teóricos básicos ajudam o enfermeiro a colocar a pessoa no seu centro de cuidados, melhorando o ensino à mesma. Hansen e Fisher (1999) apresentam também cinco diretrizes úteis para a prática educativa do enfermeiro à pessoa, que podem ser organizadas em cinco categorias:

- ✓ Pôr-se no lugar da pessoa – “Escutar antes de atuar (...) fazer perguntas abertas (...) deixar que a necessidade da pessoa oriente o conteúdo”(p.264). Ou seja iniciar o ensino procurando conhecer as necessidades e pensamentos da pessoa.
- ✓ Avaliar a informação da pessoa – O enfermeiro tem de gerir da melhor forma os seus ensinamentos e a informação a ser dada à pessoa e família, isto é, pode não ter tempo para mais do que o essencial, e a pessoa pode não ser capaz de absorver muito mais. Quanto mais sucinto e direto for o enfermeiro e quanto mais à frente se colocar a informação vital, mais a pessoa irá reter e lembrar a informação e orientações dadas.
- ✓ Ensinar em todos os momentos possíveis – Ensinar em todas as oportunidades. Quando a pessoa se encontra num ótimo nível de aprendizagem, o enfermeiro poderá educar aquela pessoa, pois ela encontra-se à vontade a aprender. A escolha da melhor altura é tudo; deve assim aproveitar cada momento possível para estabelecer estes contactos educativos, não apenas como parte dos cuidados de rotina, mas também como parte do processo educacional. O ensino deverá realizar-se em ambiente que promova a confiança, o respeito, e o apoio.
- ✓ Clarificar frequentemente – Refere-se à verificação dos pressupostos, perceber se ao longo do processo educacional a pessoa está a entender o que lhe é ensinado. É importante nesta fase perceber a melhor forma de aprendizagem daquela pessoa, a demonstração, a informação escrita e oral. Procurar repetidamente um feedback por parte do educando, pelo que uma avaliação informal concomitante será uma forma de determinar se a pessoa está a receber a mensagem do enfermeiro.
- ✓ Respeitar a pessoa como parceira do processo de ensino – Isto é, respeitar e aumentar a experiência da pessoa. À medida que o enfermeiro estabelece contacto com a pessoa, tenta averiguar quais as experiências passadas que teve com o sistema de saúde. Esta recolha de informação possibilita criar oportunidades e uma base para uma ação positiva e corrigir conceitos errados. É

importante, ainda, para facilitar o processo educacional, ter em conta as experiências de vida da pessoa, os seus interesses, a sua atividade profissional. Partilhar a responsabilidade: a pessoa tem a decisão final, o enfermeiro apenas orienta, motiva a pessoa a definir as suas dúvidas ou medos pois na realidade a pessoa participa na responsabilidade dos resultados.

Quando o tempo é limitado e rodeado de muitas responsabilidades, é fácil o enfermeiro desfocalizar-se das necessidades da pessoa no âmbito da EpS. Loureiro e Miranda (2010) referem que, a maior parte das vezes, não se reconhece o tempo utilizado para instruir as pessoas, para capacitar a pessoa a autocuidar-se, uma vez que as orientações emanadas pelos responsáveis das organizações de saúde se traduzem por planos de cuidados e de pagamentos focalizados na produção, o que constitui um constrangimento. No entanto, Hansen e Fisher (1999) referem que, se as estratégias forem bem planeadas e devidamente adequadas, é possível combater o tempo limitado.

Torna-se pois indispensável aos enfermeiros refletir sobre a sua prática, perceber de que forma estarão a dar resposta a esta missão, que ferramentas mobilizam no sentido de contribuírem para que a pessoa seja capaz de assumir a responsabilidade pela promoção da saúde e adoção de estilos de vida saudáveis e de participar ativamente nas decisões referentes à saúde individual, da família e comunidade. A formação, nesta área, tem uma significativa influência no desempenho profissional e institucional. Se o que se pretende é melhorar competências dos enfermeiros para intervir na resolução de problemas concretos à pessoa, na prestação de cuidados, é forçoso que, nesta área, os enfermeiros tenham momentos formais e informais de formação, assumindo um lugar de destaque nas práticas profissionais (Nunes, 2000).

2- A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A Cirurgia de Ambulatório (CA), enquanto desafio recente, é sobretudo um conceito do passado que se está a tornar uma exigência futura. Os principais objetivos da Cirurgia de Ambulatório visam o aumento da comodidade da pessoa, o envolvimento da pessoa e da família/pessoa significativa nos cuidados, a promoção de uma recuperação pós-operatória e, conseqüentemente, uma reabilitação socioprofissional mais rápidas, a redução do tempo de permanência hospitalar e do tempo de espera cirúrgico e a prestação de cuidados individualizados e humanizados (Lima, 2006).

Antes de analisar o desenvolvimento da CA em Portugal, as suas influências e os seus contributos, importa perceber o seu conceito.

A Internacional Association for Ambulatory Surgery (IAAS) e a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) propõem a seguinte definição (Lemos, 2002, p. 70):

Intervenção cirúrgica/procedimentos, cuja admissão e alta para casa ou para uma unidade não abrangida pelos serviços de Saúde, ocorre no mesmo dia, até às 20h (sem necessidade de pernoita hospitalar e com tempo máximo de hospitalização de 12 horas).

Em algumas Unidades de Cirurgia de Ambulatório podem estar inseridas o regime de pernoita, sendo que com vista a definição anterior, a alta ocorre no dia seguinte após pernoita hospitalar (tempo máximo de hospitalização de 23 horas).

A Direção Geral de Saúde, em 2001, publicou um documento intitulado “Cirurgia de Ambulatório. Recomendações para o seu desenvolvimento”, onde define o conceito de CA (Natário [et al.], 2000):

“é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, embora realizada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis* em regime de admissão e alta no mesmo dia.”

Este conceito não é substancialmente diferente da definição proposta pela IAAS e APCA, na qual fica claro que Cirurgia de Ambulatório se destina essencialmente à cirurgia major e que não é, ao contrário do que muitos pensam, um regime cirúrgico em que se praticam atos de pequena cirurgia.

A CA, desenvolvida no início da década de 70 na América do Norte, tem hoje um enorme impacto nos diferentes sistemas nacionais de saúde e nas sociedades dos países que a adotaram, resultando em serviços de cuidados anestésico-cirúrgicos de elevada segurança, qualidade, eficiência e racionalidade económica. Em Portugal, o desenvolvimento da CA foi um processo lento, resultante do ceticismo com que é vista por alguns membros da equipa de saúde, confundindo-se, algumas vezes, com pequena cirurgia e, por isso, demeritória e, também, do facto de as pessoas ainda não terem interiorizado o conceito de parceria nos seus próprios cuidados (Lima, 2006). A CA percorreu assim, um longo trajeto para atingir um favorável desenvolvimento a nível nacional (Araújo, 2010). Em 2004, Portugal fazia parte de um grupo de países europeus que apresentava a taxa mais baixa de cirurgia em CA, sendo que, apenas uma em cada cinco pessoas era operada de forma programada neste âmbito. Assistiu-se a uma evolução positiva, mas lenta, tendo a taxa de intervenções cirúrgicas aumentado de 27%, em 2004, para 30%, em 2006 (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, 2008). Em 2009, “o país atingiu a meta dos 50%, ou seja, um em cada dois doentes estava a ser operado em ambulatório, atingindo assim os níveis europeus” (Araújo, 2010, p. 7). Magalhães (2014), presidente da Associação Portuguesa da Cirurgia de Ambulatório, refere que, nestes últimos anos, testemunhamos um percentual nacional de 55% em relação à cirurgia programada realizada em internamento, que é já uma expressão considerável. Este aumento a nível nacional percorreu um longo caminho político e social. Para o seu desenvolvimento, não basta a boa vontade dos profissionais de saúde, sendo fundamental que o poder político sinta, de forma clara e inequívoca, a necessidade e o interesse da CA, defina políticas promotoras do seu desenvolvimento, trace estratégias e estabeleça prioridades para o seu correto planeamento. Em 1998 foi criada a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório, 1999), “surgiu pela necessidade de criação de uma estrutura que desenvolvesse e divulgasse o conceito de Ambulatório no nosso País” (Magalhães, 2000) e tem sido fundamental no desenvolvimento da CA em Portugal. Tem desenvolvido inúmeras iniciativas de forma a encorajar a expansão de programas de elevada qualidade no âmbito da cirurgia em CA, nos hospitais públicos e privados nacionais, tendo obtido o reconhecimento de estrutura com Estatuto de Interesse Público.

Em 2007, é visível o interesse por parte do Ministério da Saúde, com a publicação do Despacho n.º 25832/2007, que cria a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA), com a finalidade de estudar e propor uma estratégia e as correspondentes medidas, de forma a promover o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde. O relatório final "Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente", (CNADCA, 2008) elaborado por esta comissão, apresentou um resumo do levantamento de prioridades e as medidas a implementar com prazos e responsabilidades definidas. Ficou, assim, revelado o empenhamento do Ministério da Saúde na implementação de propostas tão importantes, como a redução das taxas moderadoras e mais tarde a supressão das mesmas, o fornecimento de medicamentos à população, o pacote financeiro para melhorar infra-estruturas e a alteração do modelo de financiamento para as cirurgias realizadas em CA, entre outras (Couto, 2008).

A reforçar este desenvolvimento e reconhecimento, de forma a avaliar o desempenho de várias instituições, a Entidade Reguladora da Saúde (2008) elaborou um inquérito sobre a qualidade da CA a nível nacional, com a colaboração de personalidades pioneiras no âmbito da cirurgia de ambulatório, com largos anos de experiência e atividade nesta área. Das conclusões em termos gerais, ressalta que a evolução da CA em Portugal é muito positiva e já são várias as instituições que a praticam. No entanto, esta Comissão constatou, com preocupação, a existência de alguns aspetos negativos em algumas instituições: não apresentam consentimento escrito da pessoa; não têm carro de emergência; não é disponibilizada informação à pessoa acerca do local onde se deve dirigir no caso de complicações; não há confirmação do diagnóstico pelo cirurgião, a pernoita em que não há médico em permanência ou à chamada. Porém, o relatório deixa bem claro que, apesar destes entraves, o esforço das Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA), principalmente as mais antigas, traduz-se na introdução gradual de critérios de qualidade nas suas instalações e prática clínica.

Recentemente, Magalhães (2014), no VIII Congresso Nacional de Cirurgia de Ambulatório, referiu que o principal fator de sucesso e de desenvolvimento da CA, tem sido a sua característica multiprofissional, envolvendo diferentes grupos profissionais, assim como a garantia de segurança e de elevados índices de qualidade no tratamento da pessoa que é intervencionada, sendo considerada como uma área prioritária e um pilar de sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde.

As instituições que integram uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), bem como o sistema de saúde, reconhecem benefícios, assumindo que esta contribui para uma melhor gestão dos tempos operatórios, uma vez que possibilita o aumento da atividade cirúrgica e, conseqüentemente, contribui para a diminuição de listas de espera, incentiva a criação de novas técnicas, melhora as relações entre profissionais, suprime para os enfermeiros, o serviço de noite e a permanência durante o fim-de-semana, e contribui ainda para a racionalização da despesa em saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2008). De forma sintética, apresentamos as vantagens descritas e reconhecidas para a CA (Lemos, 2002), e que o próprio Secretário de Estado da Saúde, no seu discurso da Cerimónia de Abertura do III Congresso Nacional de CA em 2004, fez questão de salientar:

- Sanitárias - a nível clínico, pela menor incidência de infeções adquiridas em meio hospitalar e menor incidência de complicações pós-operatórias (respiratórias, tromboembólicas, gastrointestinais) e a nível organizacional, resultante de uma maior eficiência na resolução dos programas cirúrgicos, que poderá possibilitar a redução das extensas listas de espera;
- Económicas – em termos diretos, através da redução dos custos hospitalares, e indiretamente, resultante da menor morbilidade ou da reintegração socioprofissional mais rápida;
- Sociais - pela menor rutura do normal ambiente sociofamiliar dos doentes, mais rápida integração socioprofissional da população adulta ativa e maior humanização, pela criação de unidades específicas e funcionais para a realização de Cirurgia de Ambulatório onde o objetivo principal é a pessoa.

Na Resolução do Conselho de Ministros (nº 159-A/2008), está bem explícito que:

“o correto planeamento do desenho da unidade e da gestão de recursos humanos, centrada na pessoa, permite aumentar muito a eficiência hospitalar relativamente à cirurgia de internamento, recebendo a pessoa melhores cuidados de acordo com as suas necessidades e podendo regressar a casa no próprio dia da intervenção, de forma a recuperar da sua operação num ambiente familiar”.

E para que seja possível um correto planeamento centrado na pessoa é fundamental uma cuidadosa seleção das pessoas e procedimentos, que se devem sustentar em critérios clínicos e sociais, conforme o quadro 1.

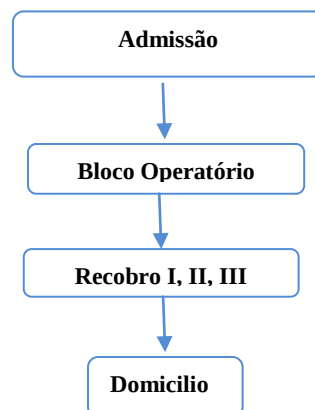
Quadro 1. - Critérios de seleção de pessoas em cirurgia de ambulatório

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
CRITÉRIOS SOCIAIS	CRITÉRIOS CLÍNICOS
• Aceitação de ser operado nas condições oferecidas; • Transporte assegurado em veículo automóvel; • Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital. • Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita; • Acesso a comunicações (Telefone); • Assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas.	• Idealmente ASA I ou ASA II • Estabilidade Clínica e Psíquica; • Intervenção que se prevê de curta duração (60 minutos); • Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral.

(Ministério da Saúde, 2001)

O percurso da pessoa que vai ser intervencionada na UCA inicia com a consulta de especialidade cirúrgica; posteriormente, faz a consulta de anestesia onde são assegurados critérios clínicos de inclusão em UCA. Depois da consulta de anestesia, a pessoa segue para a consulta de enfermagem onde são assegurados os critérios sociais de inclusão e é efetuado o ensino pré-operatório. Assegurados todos os critérios de inclusão, é programada a cirurgia, passando posteriormente por um circuito que se pode observar no esquema simplificado do percurso:

Figura 1. - Circuito da pessoa no dia da cirurgia



(Fonte: Adaptado Marcos, 2011, p.9)

2.1 Cuidar da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório

“Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, p. 37). O mesmo autor acrescenta que o cuidar é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda a uma pessoa. Outra definição deste conceito é apresentada por Collière (1999), considerando o cuidar como um ato individual que se presta a si próprio quando se tem autonomia e um ato de reciprocidade que se presta à pessoa que temporária ou definitivamente necessita de ajuda. São diversas as conceptualizações do cuidar, mas entende-se que é um conceito central na enfermagem, sendo esta uma profissão que tem seu fundamento na relação com o outro. (Pires e Goes, 2008). Kéroac [et al.], 2010, de uma forma muito diretiva, afirmam que o cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações que permitem ao enfermeiro facilitar ou sustentar a saúde, respeitando os valores e as crenças, o modo de vida e a cultura das pessoas.

O Cuidar é uma atitude profissional que determina a contribuição da enfermagem para a sociedade, resultando no compromisso e na motivação que o enfermeiro tem para cuidar da pessoa. É uma competência que se pode desenvolver ao longo da vida e que emerge da preocupação e respeito pela pessoa (Pires e Goes, 2008).

O conceito de cuidar pode ter dois sentidos (Pereira, 2006): o sentido genérico e o profissional. Cuidar, no sentido genérico, tem por base atos individuais, que cada um presta a si mesmo, quando se tem autonomia. Está diretamente ligado a cada um de nós, enquanto gestores de autocuidado. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras (2005), o autocuidado é definido como uma atividade realizada pela pessoa com o objetivo de tratar do que é necessário para se manter operacional, lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias.

Mas quando o cuidar, no sentido genérico, se torna insuficiente, surge o cuidar profissional, ou seja, o cuidar em enfermagem. O enfermeiro vai ajudar e capacitar a pessoa, família ou comunidade a recuperar autonomia, visando o autocuidado, de forma a melhorar ou manter o bem-estar a todos os níveis (Pereira, 2006). Os cuidados de enfermagem passam a ser uma exigência quando a pessoa se considera incapacitada ou limitada para promover o autocuidado contínuo e eficaz (Orem, 1993). Assim, estes

cuidados podem ser realizados pelo enfermeiro, quando as capacidades da pessoa são insuficientes para satisfazer uma determinada necessidade de cuidado, ou se preveja uma relação futura de défice por previsíveis diminuições de habilidades do autocuidado (Pereira, 2006). A Ordem dos Enfermeiros (2001) salienta e reforça esta asserção, referindo que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

No cuidar, em contexto de CA, o trabalho em equipa multidisciplinar assume-se como um pilar estruturante, em que cada elemento desempenha uma função específica e que, em conjunto, permitem o sucesso da passagem da pessoa pela unidade, garantindo a qualidade. Ou seja, para o funcionamento adequado desta unidade, existe todo um processo de colaboração e a coordenação de toda a equipa de saúde. Neste contexto, a OMS (2010), afirma que uma equipa que trabalha de forma eficaz em conjunto, que utiliza os seus conhecimentos e capacidades em prol da pessoa submetida a uma cirurgia, pode evitar um número considerável de complicações potencialmente fatais.

A busca da qualidade em contexto de Cirurgia de Ambulatório é uma questão atual e complexa, sendo uma prioridade para as instituições de saúde que a integram. Os profissionais de saúde são os principais atores para alcançar a qualidade. De entre estes, destacam-se os enfermeiros, que possuem um papel fundamental nas organizações de saúde, tendo como foco a prestação de cuidados individualizados e adequados às melhores práticas de qualidade e segurança. A profissão de enfermagem caracteriza-se pela diferenciação técnica, interdisciplinaridade, pela agregação constante de tecnologia e consequente necessidade de atualização contínua (Soares, 2014). Atendendo que para a mesma autora, o enfermeiro assegura a continuidade dos cuidados – antes, durante e após a intervenção – aplicando os seus conhecimentos e a sua prática comportamental com o objetivo final de ir ao encontro das necessidades/projeto de saúde da pessoa.

A Enfermagem, em Cirurgia de Ambulatório, tem registado avanços significativos nestes últimos anos. A Entidade Reguladora da Saúde (2008) é bem clara quando refere que, face à complexidade subjacente à organização e funcionamento de uma UCA, esta depende fundamentalmente de uma equipa de enfermagem devidamente capacitada e sobretudo muito habituada aos procedimentos diários, para que saiba cumprir com rigor e competência o cuidar da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica nesta unidade. Atualmente, as UCA “têm equipas de Enfermagem diferenciadas, que fazem um acompanhamento adequado à pessoa em todas as fases que percorrem na unidade para a

sua intervenção cirúrgica” (Castanheira, 2014, p. 11). As fases pela qual a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA passa, são identificadas como sendo o período pré, intra e pós-operatório.

O **período pré-operatório** inicia-se com a consulta de enfermagem e é o primeiro contato da pessoa com o enfermeiro. Nesta consulta, o enfermeiro identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo e elabora um plano de cuidados individualizado com o objetivo de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante, e após a cirurgia. Neste âmbito, o enfermeiro procura estabelecer uma relação de empatia com a pessoa, verificar os critérios de admissão, realizar a colheita de dados, nomeadamente, sobre os antecedentes médico-cirúrgicos, alergias, medicação habitual no domicílio, problemas de mobilização, condicionantes sociofamiliares, confirmar o consentimento informado. Neste momento, é transmitida à pessoa informação verbal sobre a intervenção cirúrgica, o jejum pré-operatório, a desinfeção da pele, o tipo de vestuário que deve utilizar, a presença do familiar/pessoa significativa e o transporte para o domicílio no momento da alta e a necessidade do acompanhamento de um adulto responsável nas primeiras 24 horas, e ainda, sobre o contacto a ser efetuado no dia anterior à intervenção por via telefónica, para confirmar a cirurgia, reforçar a informação fornecida, comunicar a hora de chegada à unidade no dia da intervenção cirúrgica. É entregue, também, um folheto informativo específico da intervenção a que vai ser submetido, procedimento fundamental para reter informação e esclarecer dúvidas.

Em suma, a consulta de enfermagem constitui-se como um momento único e privilegiado de partilha, permitindo à pessoa e ao acompanhante/cuidador, estabelecer contacto com a equipa de enfermagem da unidade, conhecer o espaço físico onde fará a recuperação pós anestésica, a preparação para a alta, e receber as informações de que necessita para o autocuidado (Lima, 2006).

Idealmente, esta consulta deve ocorrer no serviço cerca de 5 a 6 dias antes da intervenção cirúrgica, após a consulta de anestesia (Robin citado por Leal, 2006). Estes momentos de contacto com a pessoa, antes da cirurgia, permitem conhecer a pessoa, desmistificar medos, transmitir segurança, confirmar critérios de admissibilidade, realizar ensino, visando o autocuidado pré e pós-operatório, minimizar possíveis complicações peri-operatórias e ainda evitar cancelamentos de cirurgia de última hora. Aqui, os valores da partilha de responsabilidade são evidentes (Lima, 2006).

No **dia da intervenção cirúrgica**, o enfermeiro faz o acolhimento e a preparação da pessoa para a cirurgia, seguindo *check-list* pré-operatória, tendo como principal objetivo a segurança da pessoa (Castanheira, 2014). É, assim, revista e reforçada a informação previamente transmitida e corrigidas algumas lacunas a este nível. É depois realizada a preparação física da pessoa, segundo os protocolos preconizados para a CA de cada unidade e, reunidas todas as condições de segurança, a pessoa é encaminhada para o Bloco Operatório (Leal, 2006). Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2006), a admissão da pessoa deve ser realizada num ambiente acolhedor e relaxante, de forma a diminuir o *stress* e a ansiedade quer da pessoa, quer da família/pessoa significativa, e promover o esclarecimento de dúvidas ou deteção de necessidades não identificadas inicialmente, pelo que o enfermeiro deverá estabelecer uma relação empática e terapêutica.

No **período intra-operatório**, no âmbito das suas competências, os enfermeiros assumem funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de cuidados pós-anestésicos. Nesse sentido, compete-lhes preparar todo o material cirúrgico, anestésico e equipamentos necessários para a cirurgia, fazendo uso das boas práticas de bloco operatório, conferindo a *chek-list* da cirurgia segura de acordo com as recomendações da OMS, e registando todas as suas intervenções (Castanheira, 2014). A responsabilidade da enfermagem assenta principalmente na “manutenção de segurança e dignidade do doente, através da vigilância da sua condição física mas também através do reforço da confiança na equipa e da manutenção do conforto” (McGarvey [et al.], citado por Leal, 2006, p. 69).

No **período pós-operatório**, a intervenção do enfermeiro visa assegurar a melhor recuperação da anestesia e cirurgia e contribuir para que a pessoa reassuma gradualmente a sua autonomia, regressando a casa em segurança. Neste momento a intervenção da enfermagem mantém o objetivo de prevenir as complicações através da vigilância contínua. Em CA, o período pós-operatório é dividido em três fases, como revela o estudo sobre a qualidade em CA (Entidade Reguladora da Saúde, 2008): o recobro I, corresponde ao recobro precoce, o II, recobro intermédio e o III, recobro tardio em cadeirões, durante as quais o enfermeiro acompanha a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica.

Na fase I, o recobro Imediato, o enfermeiro assegura a vigilância permanente, o conforto e cuidados da pessoa após a cirurgia, fazendo os registos de enfermagem adequados (Castanheira, 2014).

O enfermeiro recebe a pessoa na unidade, efetua uma avaliação inicial do seu estado físico e psíquico, através do exame físico, da revisão dos registos efetuados e informações transmitidas pelos enfermeiros da sala operatória relativamente à técnica anestésica/cirúrgica e agentes administrados, perda hídrica ou hemática estimada, existência de complicações e estado emocional da pessoa antes e depois da intervenção cirúrgica (AESOP, 2006). O pós-operatório continua nas fases seguintes: na fase II, o recobro intermédio, os cuidados a prestar têm por fim: “a estabilidade clínica; a preparação para a posição horizontal/levante gradual; a adaptação à ingestão de líquidos” (Americano [et al.], 2002).

Na passagem da fase II para a III (recobro tardio), o enfermeiro deve validar se a pessoa apresenta sinais vitais estáveis, função respiratória sem comprometimento, se está orientado no tempo e espaço e tolera alimentos líquidos, se é capaz de deambular, vestir-se e urinar (AESOP, 2006). O enfermeiro focaliza-se na pessoa proporcionando nestas fases o conforto e segurança, assegurando a sua estabilidade e o controlo da dor, das náuseas e dos vómitos. O primeiro levante da pessoa ocorre na passagem do recobro da fase II para a III, com supervisão do enfermeiro. Inicia-se quando a pessoa se sente capaz, com a ida à casa de banho, no sentido de despistar resposta vasovagal (AESOP, 2006), sendo depois encaminhada para os cadeirões (fase III). Nesta última fase, o enfermeiro mantém a vigilância, cuidando da pessoa na sua recuperação até ao seu regresso a casa, utilizando protocolos existentes na unidade, exemplificando e transmitindo informação à pessoa e família/pessoa significativa, sobre os cuidados a ter no domicílio, promovendo assim a continuidade dos cuidados (Castanheira, 2014).

A decisão da alta da pessoa da UCA é da responsabilidade do anestesista, mas deve ser tomada, após a observação da pessoa e comunicação da avaliação pelo enfermeiro (AESOP, 2006).

Os critérios da alta devem estar perfeitamente definidos e, para isso existem diferentes escalas, de entre as quais apresentamos a escala definida por Chung citado por Philips, (2006), que introduziu em 1995 os critérios da alta modificado P.A.D.S.S. (modified postanaesthesia discharge scoring system), como se pode ver no quadro seguinte:

Quadro 2. - Critérios PADSS

Sinais Vitais	Variação de Frequência cardíaca e tensão arterial: dentro de 20% dos valores base	2
	Variação de Frequência cardíaca e tensão arterial: de 20% a 40% dos valores base	1
	Variação de Frequência cardíaca e tensão arterial: > 40% dos valores base	0
Atividade	Marcha estável, sem tonturas, ou igual à marcha pré operatória	2
	Marcha apenas com ajuda	1
	Incapaz de deambular	0
Náuseas e vômitos	Mínimos: controlados com medicação oral	2
	Moderados: controlados apenas com medicação endovenosa	1
	Severos: não controlados, mesmo com medicação repetida	0
Dor	Ausente	2
	Aceitável	1
	Não aceitável	0
Hemorragia	Mínima: sem necessidade de mudar penso	2
	Moderada: necessidade de mudar o penso até duas vezes	1
	Severos: necessidade de mudar três ou mais mudanças de pensos	0
Uma pontuação ≥ 9 considera-se que o doente tem condições de alta para o domicílio		

(Fonte: Philips, 2006)

Reunidas todas as condições, e desde que acompanhado por um adulto responsável, a pessoa pode regressar ao seu domicílio. Com o objetivo da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, a pessoa e o cuidador são informados, oralmente e por escrito, sobre o que devem fazer e o que devem evitar. O enfermeiro capacita a pessoa para o autocuidado no domicílio, transmitindo-lhe toda a informação, oralmente e por escrito, relativa às limitações físicas associadas à cirurgia; à alimentação; à deambulação/repouso; cuidados e vigilância do penso da ferida cirúrgica; gestão da terapêutica analgésica no domicílio (controlo da dor); aparecimento das náuseas, assim como quanto à retoma da atividade profissional; autovigilância de sinais e sintomas de complicações cirúrgicas, muitas vezes reduzidas devido à informação proporcionada que visa a minimizar o aparecimento de possíveis complicações ou antecipar problemas

antes de ocorrerem (Rothrock e Meeker, 2008) e seu encaminhamento caso ocorram. É entregue ainda o relatório clínico, bem como a carta de alta de enfermagem, explicando nesta última, “todos os procedimentos e informações sobre os cuidados especiais, que deve ser entregue no Centro de Saúde” (AESOP, 2006) da área de residência para a continuidade de cuidados.

A alta é considerada um dos momentos que permite proporcionar assistência à pessoa e seus familiares, contribuindo para o sucesso no regresso a casa. Assim, é muito importante que a pessoa e os cuidadores sejam bem integrados no planeamento da alta, devendo ser envolvidos em todos os aspetos relativos à prestação de cuidados, um processo de aprendizagem que se deverá iniciar o mais cedo possível e ser transversal a todo o período de hospitalização, de modo a poderem ser desenvolvidas competências que promovam a qualidade de vida e otimização do processo de reabilitação (Martins [et al.], citado por Ferreira, [et al.], 2011).

É de salientar que o regresso a casa, no próprio dia, poderá gerar medos e ansiedades na pessoa que é submetida a uma cirurgia. É aqui que a intervenção do enfermeiro se apresenta desafiadora e distinta, pois no dia da intervenção cirúrgica, é preciso ensinar para o autocuidado, capacitando a pessoa para o regresso a casa após a intervenção cirúrgica. Será, assim, fundamental preparar a pessoa mental e fisicamente para a sua recuperação no curto espaço de tempo disponível (Silva, 2007b).

Todas as etapas pelas quais a pessoa passa, no dia da sua intervenção cirúrgica, são um desafio e o enfermeiro tem como principal objetivo a melhoria dos cuidados prestados, a segurança e satisfação da pessoa (Castanheira, 2014). A disponibilização do contacto telefónico, quer do médico disponível nas primeiras 24h após a intervenção, quer da unidade tem um efeito tranquilizador para a pessoa intervencionada na UCA, pois facilita a comunicação entre o mesmo e a equipa médica e de enfermagem (Leal, 2006).

O pós-operatório continua no domicílio, sendo necessária a existência de uma ferramenta de controlo e vigilância, por parte da equipa de enfermagem, que consiste num contato telefónico realizado por um dos enfermeiros da equipa da unidade, no dia seguinte à cirurgia. Neste contacto, a preocupação é proceder ao despiste de eventuais complicações, nomeadamente, a presença de náuseas, vômitos, hemorragia, dor, febre, tosse, cefaleias ou lipotímia (Ministério de Sanidad y Consumo, 2008), certificar se a pessoa está a cumprir todas as recomendações, reforçar o ensino e transmitir segurança do mesmo através do reforço da possibilidade de nos contactar caso seja necessário.

A responsabilidade do enfermeiro consiste, assim, em garantir à pessoa uma prestação de cuidados seguros, ajudando-a nas atividades de vida alteradas ou diminuídas, protegendo-a do risco e estabelecendo pontes de comunicação no pré, intra e pos-operatórios, essenciais para a continuidade dos cuidados de enfermagem (Bilbao, 2010).

A comunicação facilita o ensino/aprendizagem, contribui para o intercâmbio com os outros membros da equipa de saúde e estimula a pessoa a participar ativamente no seu tratamento (Glanzner, Zini e Lautert, 2006). Pelo que, para Leal (2006), esta comunicação entre o enfermeiro e a pessoa no regresso a casa em CA, assume ainda maior importância que em internamentos mais prolongados, pois o enfermeiro terá de capacitar a pessoa a autocuidar-se num tempo mais reduzido. Esta é uma atividade de enfermagem por excelência, da qual pode depender fortemente o sucesso do tratamento (Leal, 2006).

Apesar do enfermeiro ter um papel ativo no planeamento do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, somente nos últimos anos esta atividade terá despertado o interesse dos investigadores que pretendem verificar a importância dos resultados das intervenções de enfermagem nesta situação (Friedlander e Lage, 2005). Uma perspetiva interessante será também perceber os aspetos a que a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA atribui maior significado. A este propósito, num estudo realizado por Costa, citado por Leal (2006), foi identificado o medo, relacionado especialmente com a anestesia, a ferida cirúrgica e a perda do autocontrolo, o conhecimento sobre o procedimento e a presença do enfermeiro, da família e de outros significativos, como sendo os temas a que as pessoas submetidas a uma cirurgia em regime ambulatorio atribuíram maior importância. Um outro estudo realizado por Lancaster também citado por Leal (2006), elegeu como principais fatores geradores de ansiedade nestas pessoas, as preocupações relacionadas com a continuidade de cuidados, o medo de não reter a informação necessária, o processo cirúrgico, anestésico, de recuperação e o medo do diagnóstico ou do prognóstico. Por conseguinte, os enfermeiros, ao planearem as intervenções adequadas para cada etapa do peri-operatório, devem ter em conta todos estes aspetos.

Segundo Friedlander e Lage (2005), a pessoa submetida a uma cirurgia, encontra-se predisposta a receber orientações sobre a sua recuperação. Freitas, citado por Friedlander e Lage (2005), reforça que a eficiência de uma intervenção educativa somente poderá ser conhecida através da verificação dos seus resultados. Torna-se

assim, importante perceber se a pessoa vai para o domicílio bem informada, segura, sem medos e capacitada para o regresso a casa. O planeamento do regresso a casa de uma pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, bem sucedido, contribuirá para além do bem-estar e recuperação da saúde da pessoa, para a redução dos reinternamentos hospitalares (Friedlander e Lage, 2005). Zago e Casagrande, citado por Friedlander e Lage, 2005, referem que uma orientação adequada traz tranquilidade, segurança, transforma a pessoa em colaborador, faz com que esta se adapte de forma saudável à situação de doença diminuindo a ansiedade e, sobretudo, contribui para estimular a deteção precoce de complicações cirúrgicas, fomentando deste modo o bem-estar e a promoção do autocuidado.

Assim, é facilmente perceptível a importância da intervenção do enfermeiro em CA. Soares (2014, p. 11) aponta os enfermeiros como um “elo forte na cadeia de valor da prestação de cuidados, organizando-os numa dimensão mais eficiente, contribuindo para o acompanhamento, o despiste de complicações e a monitorização da saúde dos cidadãos, mediante a produção de indicadores de qualidade” consolidando assim ganhos em saúde.

A educação para a saúde, no sentido de capacitar e responsabilizar a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica para o autocuidado com vista a atingir uma recuperação rápida e segura, é a chave para que o programa funcione.

CAPITULO II
PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação científica é um processo que contribui para o aprofundamento do conhecimento dos fenómenos do mundo real e para a resolução de problemas a eles associados. É essencial definir o caminho a seguir, para que todas as opções metodológicas sejam devidamente clarificadas. A metodologia pode ser classificada de acordo com a natureza dos dados, ou com o objetivo de investigação, entre outros, ou seja, pretende refletir o desenvolvimento e a concretização dos objetivos de uma investigação. As opções metodológicas do estudo são as técnicas utilizadas pelo investigador para estruturar um estudo e para analisar informações pertinentes à pergunta de investigação (Polit e Hungler, 1995).

Assim, neste capítulo, apresentamos o percurso metodológico que norteou o desenvolvimento deste estudo, referindo o tipo de estudo, o contexto e os participantes, os procedimentos de recolha, tratamento e análise de dados e as considerações éticas.

1 - DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

A educação para a saúde é perspectivada, atualmente, como uma estratégia de proporcionar a informação necessária à pessoa e família, visando capacitar para a tomada de decisão em saúde e autonomia. Em cuidados de saúde, a promoção da saúde e as atividades de EpS são indispensáveis à capacitação individual, para a prevenção de complicações decorrentes da situação de doença, para agir no sentido de exercer um maior controlo sobre a sua própria saúde e a obtenção de ganhos em saúde (Pereira, 2009).

É evidente que os ganhos em saúde deixam transparecer a exigência de uma ação coordenada de todos os intervenientes, sendo que os grupos profissionais e sociais, nomeadamente os enfermeiros, assumem a máxima responsabilidade como mediadores. Na prestação de cuidados, o enfermeiro é o pilar no desenvolvimento de atividades de educação para a saúde, sendo que a responsabilização, autonomia e qualificação das suas intervenções no processo de cuidados de enfermagem se contextualizam na interação destes com a pessoa e a família. Esta função está bem explícita no Regulamento do Exercício Profissional do enfermeiro conforme já referenciamos: “O exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (OE, 2012, p. 18), pelo que o enfermeiro deve capacitar a pessoa para o autocuidado e para a autorresponsabilização. É certamente reconhecido que a organização da prestação de cuidados de saúde tem como missão resolver e dar resposta à saúde da pessoa (Pereira, 2009).

De facto, a garantia de excelência da qualidade dos cuidados prestados é uma preocupação permanente no exercício profissional. Para Ferreira [et. al.], (2011), os principais manuais de enfermagem reforçam a necessidade da educação para a saúde e para a promoção do autocuidado, verificando-se que se tem dado mais ênfase ao planeamento da alta do que aos seus resultados, de modo que, sem a avaliação desses resultados não há possibilidade de melhorar a nossa intervenção.

Acreditamos que é possível melhorar e contribuir para a excelência do cuidar numa unidade de cirurgia de ambatório, onde o enfermeiro terá de capacitar a pessoa no dia da intervenção para o seu regresso a casa e como refere Natário [et al.], (2000, p. 22), a CA apresenta “um trabalho que assume características particulares pela polivalência, pela rápida passagem de doentes e variabilidade de patologias abordadas”.

Assim, partindo desta problemática, formulamos a seguinte questão de investigação que norteou este estudo:

- Quais as práticas educativas dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA?

Como objetivos específicos delineamos os seguintes:

- Identificar o tipo de informação proporcionada pelo enfermeiro na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA;
- Identificar as estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA;
- Perceber as dificuldades sentidas pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA após o seu regresso a casa;
- Identificar as estratégias mobilizadas pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA após o seu regresso a casa para ultrapassar as dificuldades sentidas;
- Identificar os contributos das práticas educativas em CA.

2 - TIPO DE ESTUDO

Face à temática e aos objetivos preconizados para este estudo, consideramos pertinente a opção por um estudo inserido num paradigma **qualitativo** de natureza **exploratório-descritiva**.

Consideramos o método qualitativo, uma vez que o nosso estudo procura uma realidade holística e contextualizada. Para Polit e Hungler (1995), as investigações naturalistas enfatizam a compreensão da experiência humana como é vivida, juntando e analisando materiais narrativos e subjetivos, ou seja qualitativos. De acordo com Streubert e Carpenter (2002), na investigação qualitativa os investigadores preocupam-se em descobrir por meio de vários modos de compreensão, questionar sobre fenómenos específicos e em encontrar um método ou uma abordagem apropriada para responder. Com a escolha desta abordagem pretendemos aprofundar conhecimentos sobre a temática tendo por base os contributos dos participantes neste estudo.

Decidimo-nos por uma abordagem de cariz exploratório-descritiva, uma vez que as pesquisas deste tipo têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, de forma a ampliar os estudos numa área já existente, mas por vezes pouco explorada ou abordada (Sampieri, [et al.], 2006).

Na perspetiva de Fortin (2009, p. 164) o estudo descritivo “ visa descrever simplesmente um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população”. Bogdan e Biklen (1994) reforçam esta ideia acrescentando que os investigadores qualitativos, ao recolherem dados descritivos, abordam o mundo de forma cuidadosa. Na verdade, a investigação numa abordagem qualitativa implica que o mundo seja examinado com base na ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para construir um dado que nos permita estabelecer uma melhor compreensão de determinado fenómeno. Neste sentido, consideramos que a nossa opção por um estudo qualitativo, do tipo descritivo exploratório dá resposta ao objetivo central deste estudo - Conhecer as práticas educativas dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório.

3 - CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

3.1 - O Contexto

Ao proceder à seleção do contexto de estudo, bem como das pessoas ou informantes, importa ter em conta que estes cumpram determinados requisitos para que o investigador tenha acesso a informação suficientemente relevante, a fim de compreender o seu significado e a sua atuação no contexto trabalho (Carpenter e Strenberg, 2002).

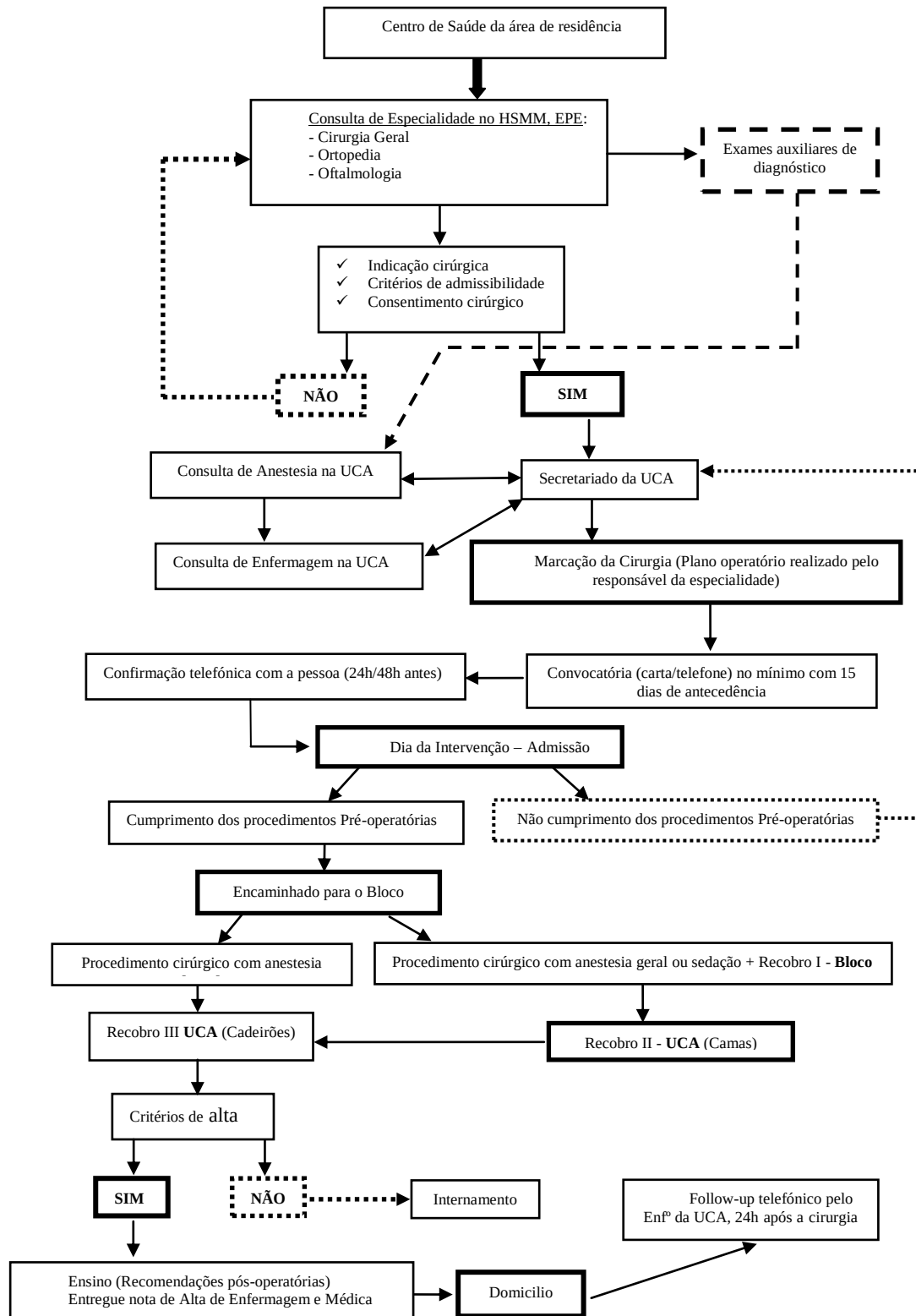
Para o efeito, optamos pelo Hospital Santa Maria Maior EPE (HSMM) Barcelos, em virtude de aí existir um serviço direcionado para a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA e por ser o local onde exercemos a nossa atividade profissional, facilitando, deste modo, a realização do estudo e, por outro lado permite-nos dar contributos para melhores práticas no nosso próprio contexto de trabalho.

A UCA deste hospital iniciou a sua atividade no ano de 2008 e está localizada no 2º piso do hospital, junto ao Bloco Operatório, sendo no entanto um serviço independente deste. O serviço nasceu após o encerramento da maternidade, pelo que foi adaptado à estrutura física já existente, mas de modo a responder aos requisitos obrigatórios para o efeito e criar condições que favorecem um atendimento de qualidade (Entidade Reguladora da Saúde, 2008).

É uma valência que está dotada de uma secretária de unidade que dá apoio à UCA, ao Bloco e ao serviço de Pediatria, que se encontram no mesmo piso mas no lado oposto. A unidade é constituída por uma sala de espera à entrada; 3 gabinetes de consulta, (um para a consulta de enfermagem, outro para consulta médica de cirurgia e anestesia e outro para a realização de exames de oftalmologia); uma sala para admissão dos utentes, que também funciona para a realização de pensos cirúrgicos; duas casas de banho de apoio aos utentes e que funcionam também como vestiários; instalações sanitárias, com chuveiro para os profissionais; uma copa onde está também integrado o vestiário dos profissionais; sala de sujos e a sala de recobro. O recobro I (imediato) realiza-se no bloco operatório. Na Sala de recobro da UCA é feito o recobro intermédio II (5 camas) e o recobro tardio III (6 cadeirões). A equipa da UCA é constituída por 4 enfermeiros incluído o enfermeiro responsável de serviço, dois assistentes operacionais e um médico residente (Cirurgia Geral).

Atualmente, nesta unidade prestam-se cuidados a pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia e Oftalmologia. Todas as pessoas que são intervencionadas neste serviço seguem um circuito, desde o momento que é diagnosticada a situação pelo médico de família até ao pós-operatório, como se pode observar na figura 2 que se segue.

Figura 2. - Circuito da pessoa intervencionada a uma cirurgia na UCA do HSMM, EPE



(Fonte: Adaptado Lima, 2006)

3.2 - Os Participantes

Face aos objetivos do presente estudo, foram selecionados dois grupos de participantes, a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA e os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional na UCA no Hospital onde o estudo foi realizado. Como afirma Burgess (1997), os sujeitos da amostra necessitam de ser selecionados de acordo com a avaliação que o investigador faz acerca dos conhecimentos, interesses e preocupações específicas destas pessoas.

Relativamente ao primeiro grupo de participantes, estabelecemos os seguintes critérios de inclusão: pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica pela especialidade de cirurgia geral, devido ao elevado número de intervenções cirúrgicas realizadas no âmbito desta especialidade; com idades superiores a 18 anos, a idade legal que permite a participação voluntária e informada no estudo.

Relativamente ao segundo grupo, consideramos como critério de inclusão - enfermeiros no exercício da prestação de cuidados. No entanto, só foi possível a realização das entrevistas a três destes intervenientes, uma vez que o quarto elemento se encontrava de baixa prolongada.

Assim, considerámos que existiu intencionalidade na seleção dos participantes do estudo Carpenter e Stenberg (2002) afirmam que este método de selecionar indivíduos para participar num estudo baseado no conhecimento específico de um determinado fenómeno com a finalidade de partilhar esse conhecimento, denomina-se por **amostra intencional**. Sampieri (2006, p.271-272) reforça que com as amostras não probabilísticas, de conveniência é possível, “ao proceder cuidadosamente e com profunda imersão inicial no campo, obter casos (pessoas, contextos, situações) que interessam ao pesquisador e que oferecem uma grande riqueza para a coleta e a análise de dados”.

3.2.1 - Caracterização dos participantes:

Como se pode observar no quadro 3, as oito pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA que participaram no estudo, têm idades compreendidas entre os 19 e os 59 anos: a maioria (cinco) foi submetida a uma hernioplastia inguinal, dois foram submetidos a exérese de nódulo da mama e um a herniorrafia umbilical. Quanto ao sexo, cinco são do sexo masculino e três são do sexo feminino. A maioria tem o 1º e o

2º ciclo de escolaridade. Todos os entrevistados vivem e foram acompanhados no dia da cirurgia por familiares que tem laços de consanguinidade com os utentes.

Nº de Entrevista	Sexo	Idade (anos)	Habilitações Literárias	Profissão	Com quem vive	Acompanhante no dia da cirurgia	Diagnóstico
1	Feminino	19	2º Ano de Licenciatura	Estudante	Mãe	Mãe	Nódulo da mama
2	Feminino	56	4ª Classe	Doméstica	Marido e Filha	Filha	Hérnia Inguinal
3	Masculino	46	6º Ano	Empresário (Café)	Esposa e filho	Filho	Hérnia Inguinal
4	Masculino	59	4ª Classe	Artesão	Esposa e filha	Filha	Hérnia Umbilical
5	Masculino	55	5ª Classe	Industrial	Esposa	Esposa	Hérnia Inguinal
6	Feminino	35	11º Ano	Empresária (Floricultura)	Marido e dois filhos	Marido	Nódulo da mama Esquerda
7	Masculino	56	9º Ano	Marceneiro	Esposa e dois filhos	Esposa	Hérnia Inguinal Direito
8	Masculino	58	4ª Classe	Agricultor	Esposa e dois filhos	Filho	Hérnia Inguinal Direito

Quadro 3. - Caracterização do grupo de pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA

Relativamente aos enfermeiros que participaram no estudo, como se pode observar no quadro nº 4, são todos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 40 e os 47 anos, licenciados e exercem funções no serviço há cinco anos, período que coincide aproximadamente com a criação da Unidade.

Quadro 4. - Caracterização do grupo dos enfermeiros que exercem funções na UCA

Nº de Entrevista	Sexo	Idade (anos)	Formação Académica	Tempo de serviço (anos)	Tempo de serviço na UCA (anos)
1	Feminino	43	Licenciatura em Enfermagem	21	3
2	Feminino	40	Licenciatura em Enfermagem	20	4
3	Feminino	47	Licenciatura em Enfermagem	25	5

4 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Ao iniciar a recolha de dados, o investigador deve questionar-se acerca da informação que pretende obter e se esta é a mais relevante para responder aos objetivos do estudo. Nesta perspetiva, o investigador deve conhecer os diversos instrumentos de medida a utilizar (Fortin, 2009).

Face à problemática e aos objetivos do estudo, optamos pela **entrevista do tipo semi-estruturada**, como instrumento de recolha de dados. Na ótica de Sampieri (2006, p. 381), este tipo de entrevista será baseada num “guia de assuntos ou questões e o pesquisador tem a liberdade de introduzir mais questões para precisão do conceito ou obter mais informação”. Ao estudar fenómenos mais subjetivos, como é o caso do nosso estudo, a entrevista semi-estruturada é a técnica mais adequada para a recolha de dados, visto que permite entrar na perspetiva da outra pessoa e adapta-se à exploração de definições pessoais, de experiências e dá lugar à verbalização de sentimentos (Polit e Hungler, 1995).

A utilização deste tipo de entrevista possibilita igualmente perceber e entrar no mundo real da pessoa, neste caso que é submetida a uma intervenção cirúrgica e do enfermeiro que cuida dessa pessoa.

Para a realização da entrevista semi-estruturada, o investigador deve elaborar um guião com questões de resposta livre ou questões abertas, que deixem o sujeito livre para responder sem que tenha de escolher respostas predefinidas (Bogdan e Biklen, 1994). É que, de acordo com o mesmo autor, o guião não é um questionário, é um sumário, recorrendo-se a ele respeitando o mais possível a ordem de exposição do pensamento do entrevistado.

Considerando que, neste estudo, optamos por obter a perspetiva dos enfermeiros e da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica elaborámos um guião para cada um dos grupos de participantes (Apêndice D e E). Tais guiões foram construídos com base nos objetivos traçados e sustentados no quadro teórico que norteou o presente estudo. Estão estruturados na mesma lógica, divididos em 3 partes: acolhimento, caracterização do entrevistado e objetivos/questões orientadoras.

Relativamente ao grupo de pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA, as entrevistas foram realizadas na unidade, três semanas após a intervenção cirúrgica,

altura em que a pessoa se desloca ao hospital para uma consulta médica pós-operatória. A colaboração de cada participante no estudo foi previamente combinada no dia da intervenção cirúrgica.

Foram realizados pré-testes (Apêndice C) junto de sujeitos que não participaram no estudo mas com características semelhantes, com o objetivo de perceber a clareza e a pertinência das questões, pois como refere, Polit e Hungler (1995), o investigador deverá examinar o método, o conteúdo e testá-lo junto de um grupo de sujeitos semelhantes aos da amostra do estudo, de forma a determinar se está expressa de forma clara, e se a informação solicitada é a pretendida. O pré-teste colocará em evidência os problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de registar as respostas (Fortin, 2009).

A realização do pré-teste permitiu ao investigador ganhar experiência pois, como refere Sampieri (2006), o decorrer da entrevista exige um certo treino pessoal, uma vez que na maior parte das conversas correntes, cada pessoa tende a introduzir esquemas de pensamento de outra nos seus próprios quadros de pensamento e argumenta no sentido de alargar as suas convicções, muitas vezes bem antes de ter captado corretamente a argumentação da outra. Assim, foi necessário reformular algumas questões do guião de entrevista e refletir sobre a postura e atitude do investigador, para conseguirmos atingir os objetivos delineados para a entrevista.

A recolha de dados recaiu direta, formal e individualmente sobre a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA e sobre os enfermeiros da UCA. As entrevistas foram gravadas, para que fosse mais fácil e fidedigna a sua transcrição. Para Bogdan e Biklen (1994), a utilização de um equipamento para gravação de voz é recomendada quando a entrevista é a principal técnica de recolha de dados, para que não se percam informações importantes para o estudo.

Desta forma, tentámos que todo o procedimento seguido correspondesse à lógica da entrevista semi-estruturada: explorar livremente o pensamento do entrevistado, permanecendo ao mesmo tempo no quadro do objeto do estudo.

5 - TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados é um processo de busca, organização e sistematização de dados. Segundo Bogdan e Biklen (1994), “os dados referem-se aos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar” (p. 149).

O método de análise, segundo Fortin (2009), deve ser concordante em relação aos objetivos e ao desenho do estudo. Para a mesma autora, na investigação qualitativa, a análise de dados define-se como sendo uma fase, que se encontra integrada no processo de investigação, presente de cada vez que se remete a um período de recolha de dados que deve ser situado em relação aos resultados da mesma.

Tendo por base os objetivos do estudo, é utilizada a metodologia da análise de conteúdo, analisando rigorosamente as palavras e as frases que constituem a entrevistas. A interpretação decorreu, sempre, no sentido da procura do que se esconde sob a aparente realidade, centrando-se, portanto, no discurso enunciado.

As entrevistas foram realizadas com apoio de um gravador e, sempre que possível, transcritas na íntegra logo seguir à sua realização, de modo a permitir recordar todo o momento, incluído a linguagem não verbal. Streubert e Carpenter (2002) afirmam que a utilização de técnicas abertas de entrevista, a gravação e a transcrição aumentam o rigor da investigação. Após a transcrição das entrevistas, foram enumeradas, linha por linha, procedendo-se à identificação das unidades naturais de significado. Com base nas unidades de registo às quais atribuímos significado, foi realizada a construção das primeiras matrizes. A estas unidades, designámos de unidades temáticas, que correspondem à reconstituição dos temas principais, que inevitavelmente, levar-nos-ão a encontrar convergências e/ou divergências entre as unidades significativas. Tal como asseveram Streubert e Carpenter (2002), as unidades estruturais de significado dos dados da análise permitirão ajudar o investigador a juntar toda a informação e a descobrir o seu significado.

A análise de conteúdo foi efetuada segundo Laurence Bardin (2011, p. 44) que a define como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

As categorias foram emergindo, provisórias todavia, à medida que a análise avançava, estas foram-se consolidando, realizando-se assim uma lista de categorias e subcategorias de codificação, depois de se terem recolhido os dados e de se encontrar preparado o dispositivo para os organizar.

De todo este processo resultou um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que expressam a perceção dos participantes sobre as práticas educativas em CA, que podem ser observadas nas tabelas em anexo (Apêndice F) onde constam também as respetiva unidades de registo.

6 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na realização de um trabalho de investigação é indispensável, por parte do investigador, reger-se por princípios éticos e legais, independentemente da natureza da investigação. Qualquer investigação que tenha um ser humano como objeto e objetivo de estudo levanta questões éticas (Fortin, 2009).

Consideraram-se, obviamente, neste estudo, o direito à autodeterminação, o direito à privacidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade e o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009). Esta mesma autora acrescenta que os participantes devem ser informados sobre os seus direitos, os objetivos, natureza e métodos da investigação e esclarecidos quanto ao uso exclusivo dos dados obtidos para o estudo em causa. Evidentemente, ao longo deste estudo, foi nossa intenção respeitar todos estes princípios éticos, pelo que foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do HSMM, que depois de reunir com o Conselho de Ética, emitiu parecer favorável (Apêndice A). A cada um dos participantes do estudo, foi pedido o consentimento informado (Apêndice B) para a sua participação, bem como a autorização do uso de um gravador.

Procuramos respeitar o princípio da confidencialidade e o anonimato da informação, pelo que as entrevistas foram codificadas. A transcrição das entrevistas à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA está identificada pela letra P, que significa pessoa e com o número correspondente à ordem da sua realização. As dos enfermeiros foram identificadas com a letra E e também com o número correspondente à ordem da sua realização.

Considerando todo o processo de investigação, julgamos ter cumprido os pressupostos éticos subjacentes e ter prestado todos os esclarecimentos para que os participantes pudessem tomar uma decisão livre e informada sobre a sua participação no estudo.

CAPITULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, apresentámos os dados obtidos através da realização de entrevistas aos dois grupos de sujeitos que participaram neste estudo. Da análise dos discursos, emergiu um conjunto de áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias, algumas das quais comuns aos dois grupos de participantes. No sentido de permitir uma melhor compreensão e facilitar a apresentação, optámos por descrever e analisar os dados dos dois grupos de sujeitos separadamente. Assim, segue-se a perspetiva das pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA e depois a perspetiva dos enfermeiros da UCA.

1 - PERSPETIVA DA PESSOA SUBMETIDA A UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Da análise dos dados obtidos através das entrevistas realizadas às oito pessoas submetidas a uma cirurgia em regime ambulatorio, emergiram cinco áreas temáticas, e respetivas categorias e sub-categorias, conforme pode ser observado no quadro nº5.

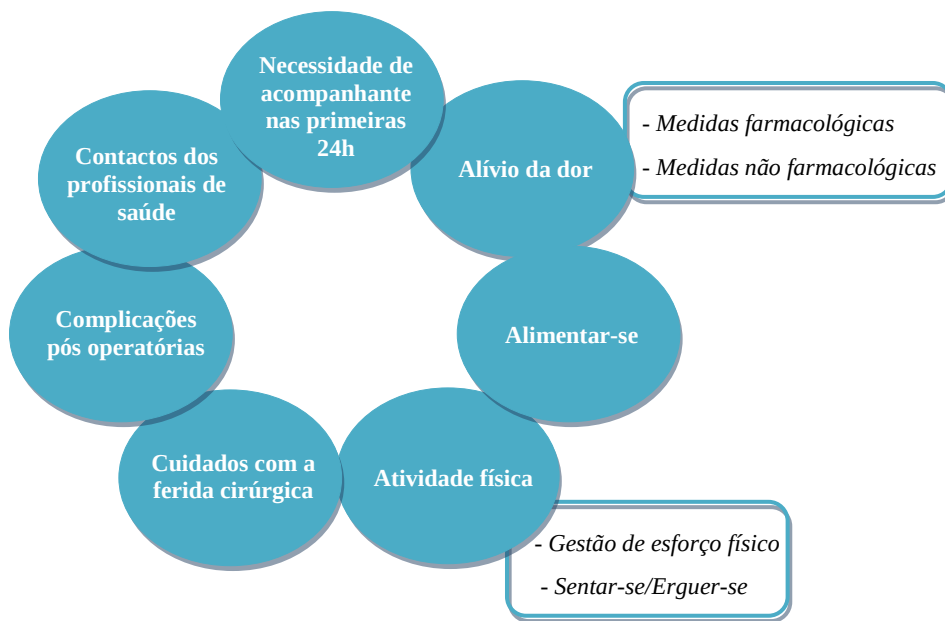
Quadro 5. - Perspetiva da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA sobre as práticas educativas: temáticas, categorias e sub-categorias

TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	Nº UNIDADES DE REGISTO
TIPO DE INFORMAÇÃO	Necessidade de acompanhante nas primeiras 24h		3
	Alívio da dor	<i>Medidas farmacológicas</i>	6
		<i>Medidas não farmacológicas</i>	4
	Alimentar-se		6
	Atividade física	<i>Gestão de esforço físico</i>	9
		<i>Sentar-se/Erguer-se</i>	7
	Cuidados com a ferida cirúrgica		3
	Complicações pós operatórias		4
	Contactos dos profissionais de saúde		6
ASPETOS VALORIZADOS	Informação escrita disponibilizada	<i>Folheto informativo</i>	8
		<i>Relatório Clínico</i>	3
		<i>Carta de Alta de Enfermagem</i>	3
	Adequação do espaço físico		12
	Atitudes Comunicacionais	<i>Estar disponível</i>	9
		<i>Apoio</i>	3
		<i>Abertura para esclarecimento de dúvidas</i>	3
		<i>Adequação da linguagem</i>	5
		<i>Simpatia/atenção</i>	11
	Informação proporcionada		8
	Favorecer a presença de uma pessoa significativa		8
	Proporcionar contactos pós-operatório nas primeiras 24h		4
CONTRIBUTOS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS	Autocuidado		6
	Recuperação		4
	Segurança		14
DIFICULDADES SENTIDAS NO REGRESSO A CASA	Relacionadas com as atividades de vida diárias	<i>Higiene Pessoal e Vestuário</i>	4
		<i>Mobilização</i>	9
	Relacionadas com a medicação		1
	Relacionadas com o posicionamento		1
RECURSOS MOBILIZADOS	Folheto informativo		3
	Apoio de um familiar/pessoa significativa		10
	Adequação do vestuário		1

TIPO DE INFORMAÇÃO

Constituiu objetivo deste estudo identificar o tipo de informação proporcionada pelo enfermeiro à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, de forma a promover o autocuidado no regresso a casa. Do discurso dos participantes, emergiu um conjunto de aspetos abordados pelos enfermeiros, que agrupamos nas seguintes categorias: a necessidade de acompanhante nas primeiras 24h, o alívio da dor, alimentar-se, atividade física, os cuidados com a ferida cirúrgica, as complicações pós operatórias e os contactos dos profissionais de saúde, como se pode verificar na figura nº 3.

Figura 3. – Tipo de informação: categorias e subcategorias



A **Necessidade de acompanhante nas primeiras 24 horas** após a alta hospitalar foi referida por três dos entrevistados:

“ (...) [Os enfermeiros] falaram que não podia estar só nas primeiras 24h, que deveria ter alguém por perto, no caso de me acontecer alguma coisa (...).” (P₄);
 [Os enfermeiros] Disseram-me que (...) nas primeiras 24h, tinha de estar em casa acompanhado (...) pois convinha estar alguém caso surgisse alguma complicação, ter alguém a assistir-me.” (P₃);

“A enfermeira também disse que deveria ter maior vigilância nos primeiros dias... a minha esposa nem dormiu, eu bem lhe disse que estava bem mas ela teve toda a noite a olhar por mim (risos).” (P₅).

O **Alívio da dor** também foi registado por quase todos os participantes, como um dos aspetos valorizados na preparação do regresso a casa, referindo-se a *medidas farmacológicas* mas também às *não farmacológicas*. É evidente a importância dada pelos entrevistados à informação proporcionada sobre as *medidas farmacológicas* como se pode ver nas seguintes transcrições:

“Explicaram-me de como deveria tomar a medicação (...) e até quando.” (P₄);

“Tomei os comprimidos para as dores às horas prescritas como me disseram (...).” (P₁);

“ (...) entregaram-me a medicação e explicaram-me como a devia tomar...” (P₂);

“ (...) entregaram-me medicação para o alívio das dores e explicaram-me como a devia tomar...” (P₇);

“Entregaram-me a medicação dos enjoos e para as dores.” (P₈).

Três dos entrevistados referiram que os enfermeiros focaram ainda outras medidas para o alívio da dor, as *medidas não farmacológicas*, tais como aplicar gelo, os posicionamentos antiálgicas, como se pode ver nas seguintes unidades de registo:

Os enfermeiros ensinaram-me, para aliviar as dores, que, quando tivesse vontade de tossir ou de rir, punha a mão no penso a apagar...apliquei gelo...e assim... a posição da cama...” (P₄);

[Acerca das dores] “(...) fiz alguns truques que me indicaram (...) como colocar uma almofada debaixo do braço quando estivesse em repouso, usar um soutien tipo de desporto para aconchegar mais a mama...e assim.” (P₁);

Para atenuar a dor, o enfermeiro explicou que dormir com as pernas ligeiramente fletidas iria atenuar a dor e realmente teve efeito.” (P₂).

Outro tipo de informação que surgiu nesta área temática foi **alimentar-se**. Seis entrevistados reconheceram que lhes foi transmitida informação sobre a alimentação nas primeiras 48 horas após a alta, o tipo e quantidade de alimentos que devem ser ingeridos, expressando-o da seguinte forma:

“ (...) [Os enfermeiros explicaram-me] que não podia fazer grandes banquetes nas primeiras 48 horas por causa da anestesia, bem como evitar a obstipação (...)” (P₂);

“ Os enfermeiros falaram-me dos alimentos que poderia comer nos primeiros dias por causa da anestesia.” (P₄);

“ (...) [Informaram] que a alimentação nos primeiros dias teria de ser mais leve um bocado...” (P₅);

[Informaram] “Para não consumir bebidas alcoólicas, fazer dieta...” (P₆);

“E também me recomendaram [os enfermeiros] a comer ligeiro nos primeiros dois dias, para evitar efeitos secundários da anestesia.” (P₇);

“Falaram da alimentação, que deveria ser ligeira nos primeiros dois dias, nada de gorduras e fritos e assim. Que não se podia ingerir bebidas alcoólicas por causa da anestesia também...” (P₈).

A **Atividade Física** também foi apontada pelos participantes como um dos temas abordados nas informações transmitidas. Nesta categoria, as repostas distribuíram-se por 2 subcategorias, a *Gestão do esforço físico* e o *Sentar-se/Erguer-se*.

Quanto à *Gestão do esforço físico*, todos os entrevistados identificaram esta informação transmitida na preparação da alta:

“ (...) lembro-me de me explicarem que não podia fazer força com o braço do lado da mama que foi operada e assim.” (P₁);

“ (...) falaram-me para não pegar em pesos, não fazer esforços...” (P₂);

“ (...) aconselhar-me a fazer poucos esforços, (...) saber como nos devemos levantar e assim...” (P₃);

“As enfermeiras explicaram-me para (...) não fazer esforço de qualquer maneira (...) durante 15 dias não se pode conduzir, 30 dias sem fazer esforços físicos (...).” (P₅);

“Falaram-me ainda relativamente aos esforços, para repousar, para não conduzir...” (P₆);

[Os enfermeiros recomendaram] “não fazer esforços, andar devagar (...) que não devia de conduzir nos primeiros 15 dias...” (P₇);

“Disseram-me que não podia fazer esforços... (...)” (P₈);

Relativamente à subcategoria, *Sentar-se e Erguer-se*, os entrevistados referiram que lhes foi explicada a forma como o deveriam fazer, conforme está expresso nas seguintes citações:

“(...) falaram também quando me fosse a sentar e a levantar usar sempre a força dos braços e das pernas.” (P₂);

“(...) saber como nos devemos levantar e assim” (P₃);

“(...) não fazer esforço de qualquer maneira (...) deveria fazer mais força de braços e de pernas, para levantar da cama com a ajuda do cotovelo sem fazer força no abdómen (...)” (P₅);

“Falaram (...) como me deveria sentar e levantar e assim.” (P₄);

“Ensinarão-me como me deveria levantar e deitar corretamente.” (P₅);

“(...) exemplificaram como deveria levantar e sentar, que era com o apoio dos braços e força nas pernas...” (P₇);

“Ensinarão-me a levantar e sentar.” (P₈);

Três entrevistados fizeram ainda referência à informação sobre os **cuidados com a ferida cirúrgica**, a sua vigilância e intervenção:

“Tomar banho, sempre com cuidado para não molhar o penso.” (P₄);

[Relativamente aos ensinamentos transmitidos] “(...) achei importante, porque se tivesse repassado ou húmido [penso], eu não saberia se era um alarme ou não e o que deveria de fazer.” (P₅);

“Falaram dos cuidados ao penso, que tinha de vigiá-lo, ver se estava sempre limpo e seco...” (P₈);

Na categoria **complicações pós operatórias**, consideramos as unidades de registo referentes aos relatos que revelavam a informação dada pelos enfermeiros sobre as complicações pós operatórias na UCA e sua prevenção, no que diz respeito à cirurgia e aos efeitos secundários da anestesia, como é perceptível nas seguintes unidades de registo:

“Explicaram-me as complicações que poderia ter, e a quem e como recorrer...” (P₂);

“ [O enfermeiro falou] (...) sobre o efeito da anestesia, que podia sentir náuseas, sono, tonturas (...)” (P₅);

“Falou [o enfermeiro] das tonturas se me levantasse muito rápido...” (P₅);

“Disseram-me que se tivesse uma complicação depois da cirurgia para ligar para o serviço (...).” (P₆);

Os participantes evidenciaram através dos discursos que lhes foram facultados **os contactos dos profissionais de saúde**, o contacto do médico nas primeiras 24 horas e da unidade. É ainda procedimento da UCA o enfermeiro estabelecer um contacto telefónico com a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica nas 24 horas seguintes à cirurgia. Esta informação foi expressa por cinco entrevistados, um dos quais a reforçou claramente:

“ (...) deram-me o contacto telefónico do médico para as primeiras 24 horas e o que era normal acontecer ou não.” (P₅);

“ (...) que me iriam ligar para casa mais tarde para saber se estava tudo bem...” (P₃);

“ (...) [Os enfermeiros] deram-me o número do médico, que estava disponível nas primeiras 24h.” (P₆);

“ (...) a enfermeira ligou-me no dia seguinte de manhã” (P₆);

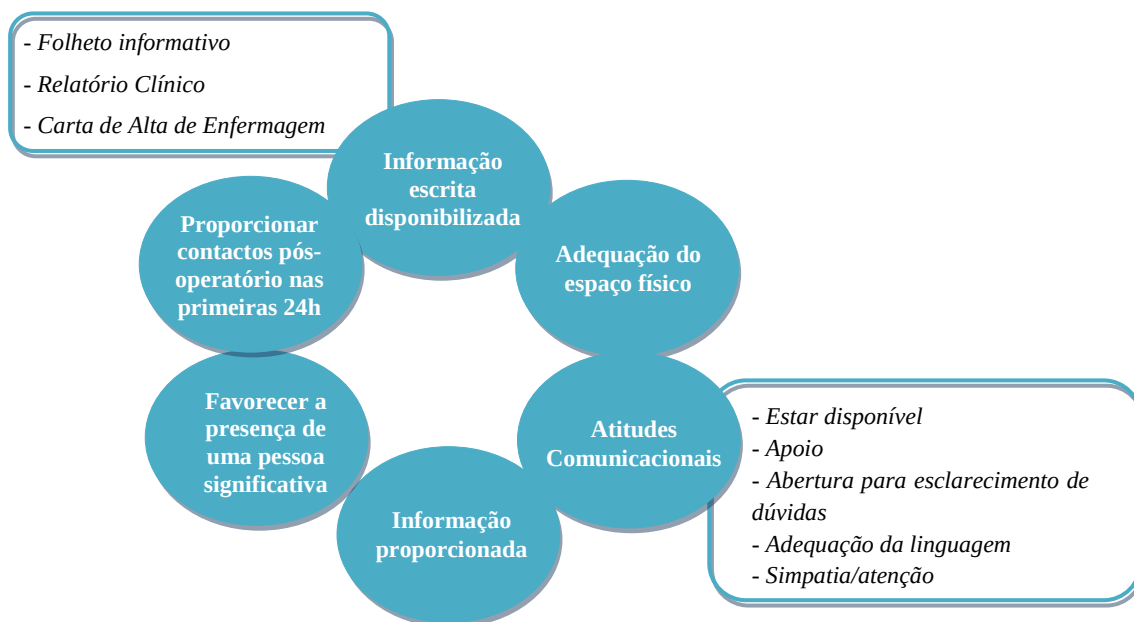
“Disseram também que no dia seguinte me iriam ligar para saber como me sentia e ligaram.” (P₇);

“Entregaram-me os contactos telefónicos do serviço, o contacto do médico nas primeiras 24h e o número do serviço, caso surgisse uma complicação ou dúvida.” (P₈);

ASPETOS VALORIZADOS

Neste estudo, procuramos também perceber quais os aspetos, no âmbito da EpS, mais valorizados pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica numa UCA. Dos discursos emergiram seis categorias com as respetivas subcategorias, que retratam esses aspetos, como se pode verificar na figura nº 4.

Figura 4. – Aspetos valorizados: categorias e subcategorias



Pelos discursos dos participantes é visível que estes valorizam a **informação escrita disponibilizada** pelos enfermeiros, nomeadamente, a entrega do *folheto informativo*, do *relatório clínico* e da *carta de alta de enfermagem*.

Todos os entrevistados manifestaram a importância do *folheto*, como sendo uma mais-valia no seu regresso a casa após a cirurgia:

“(...) gostei muito do folheto que me entregaram, embora não precisei de o ler, ficou-me tudo na cabeça o que me disseram, está simples e fácil de perceber (...) foi suficiente, estava lá tudo.” (P₂);

Foi-nos entregue uma folha com tudo o que devia de fazer em casa e os cuidados que tinha de fazer (...) Muito completo (...) acho que toca nos pontos essenciais que devemos de saber e seguir depois da operação.” (P₄);

“(...) no dia da cirurgia foi entregue um folheto onde estava descrito os cuidados que deveria ter em casa (...) achei muito importante pois (...) é sempre uma ferramenta de apoio no caso de ser preciso relembrar alguma coisa. Estava bastante elucidativo e completo!” (P₆);

[A enfermeira no momento da alta] “(...) entregou-me em formato de papel, a informação transmitida por elas [enfermeira], (...) achei importante, pois se me esquecesse de alguma informação tinha o folheto para relembrar.” (P₇);

Três informantes verbalizaram que no momento da alta lhes foi entregue o *relatório clínico* da cirurgia:

“ (...) entregaram-me uma cartinha para entregar ao médico de família (...)” (P₄);

“Ela [Enfermeira] (...) entregou (...), uma carta para o médico de família (...)” (P₅);

“E entregaram-me a carta para a enfermeira do centro de saúde, para o médico e assim.” (P₈).

Os mesmos informantes fazem referência igualmente à entrega da *carta de enfermagem* a ser entregue no centro de saúde, para a continuidade de cuidados, como se verifica nas unidades de registo:

“ (...) entregaram-me uma carta para entregar aos enfermeiros para fazer o curativo (...)” (P₄);

“ [Foi-me entregue] (...) uma carta para o enfermeiro do centro de saúde para fazer penso...” (P₅);

“E entregaram-me a carta para a enfermeira do centro de saúde, para o médico e assim.” (P₈).

Através dos discursos proferidos, observamos que todos os entrevistados fizeram referência à **adequação do espaço físico** como uma preocupação do enfermeiro no momento do ensino pós-operatório, permitindo a presença do acompanhante. As unidades de registo que se seguem mostram como este aspeto foi valorizado:

“Achei bem, que eu e o meu marido fôssemos encaminhados [no momento da alta] para outra sala à parte do recobro, onde a enfermeira esteve connosco a explicar os cuidados a ter, pois senti mais privacidade, mais à vontade para que se no caso tivesse alguma dúvida...” (P₆);

[Quando a transmissão de informação no momento da alta] (...) se tivesse na sala onde estavam os restantes doentes, não ia ter tanta privacidade pois tinha lá mais doentes e inclusive homens. Acho que as pessoas não se iriam sentir à vontade para colocar dúvidas.” (P₁);

“ [O momento formal do ensino pós-operatório] (...) foi numa sala à parte do sítio onde estávamos a recuperar da cirurgia (...) estávamos mais à vontade para ouvir, sem distrações. ” (P₂);

“Achei mesmo muito bem, é melhor assim do que ao lado das outras pessoas operadas (...) pois estava mais concentrado e ouvia com mais atenção as orientações da enfermeira, estava mais a vontade.” (P₃);

“Falaram [o enfermeiro] comigo e com o meu familiar, no momento da alta, numa sala á parte, explicaram todo os cuidados que deveria ter, (...) achei o momento excelente, e o facto de ser num sitio privado, estava mais à vontade, não tinha problema de fazer perguntas e assim.” (P₈);

A grande maioria dos entrevistados expressou satisfação com a relação estabelecida pelos enfermeiros realçando as **atitudes comunicacionais** como: o *estar disponível*, o *apoio*, *abertura para esclarecimento de dúvidas*, *adequação da linguagem*, e a *simpatia/atenção*.

Os participantes realçam a importância da equipa de enfermagem em *Estar disponível* como se pode observar nas seguintes unidades de registo:

“ (...) A equipa de enfermagem foi muito importante desde que entrei no dia até ao fim, até ir para casa. Esteve sempre disponível para tudo e mais alguma coisa, ajudou na minha recuperação...” (P₄);

“ (...) sabia que se precisasse de algo, lá estavam elas para me ajudar no que fosse.” (P₄);

“ [Enfermeiro] (...) foi muito atenciosa...(...).” (P₂);

“ (...) a pessoa sente-se mais à vontade e sente que está a ser acompanhada, bem atendida, bem servida (...).” (P₃);

“ (...) achei que a equipa de enfermagem foi muito atenciosa (...).” (P₅).

É visível a importância igualmente dada ao *apoio* proporcionado pelo enfermeiro:

“O facto de acalmar o doente no início da cirurgia é muito importante (...) senti muito apoio por parte da enfermagem.” (P₁);

“O facto de se levar os contactos telefónicos daqui, sabemos que vocês estarão disponíveis para dar apoio.” (P₇);

“Estamos sempre acompanhados nunca estamos sozinhos, sabemos que se surgir uma dúvida ou uma má disposição vocês estão lá!” (P₇);

Dois pessoas entrevistadas manifestaram-se quanto à *abertura para esclarecimento de dúvidas* por parte da equipa de enfermagem, durante a sua passagem na unidade:

“ (...) não tinha medo de colocar questões se as tivesse.” (P₄);

“ (...) Se tivesse tido alguma dúvida, senti à vontade para lhe colocar [ao enfermeiro].” (P₁);

“Ela no fim até nos perguntou se tínhamos alguma dúvida.” (P₁).

A linguagem deve ser facilmente entendida pelo recetor para haver uma apreensão da informação. Neste estudo, a adequação da linguagem foi evidenciada por dois entrevistados:

“ (...) foi muito perceptível percebi toda a informação que ela [enfermeiro] me deu (...).” (P₂);

“ A enfermeira foi perceptível e objetiva! Percebi tudo, não tive dúvidas no momento nem quando cheguei à casa. Foram esclarecedoras, com uma linguagem acessível para as pessoas perceberem, não foi muito bom!” (P₇);

“A enfermeira foi muito clara e objetiva (...).” (P₈);

A simpatia e atenção foi outra das atitudes dos enfermeiros patenteada pelas pessoas entrevistadas:

As enfermeiras foram muito simpáticas (...).” (P₄);

“ (...) encontramos pessoas [os enfermeiros] com simpatia, amigas, com o sorriso na cara (risos)!” (P₆);

“ (...) os enfermeiros são simpáticos, são profissionais, pronto gostei imenso (risos).” (P₇);

“ A enfermeira foi muito simpática, poe-nos logo à vontade.” (P₈);

“ (...) [As enfermeiras] foram muito atenciosas.” (P₇);

“ Foram atenciosos, preocupados e disponíveis.” (P₈);

A **Informação proporcionada** é valorizada nos relatos de seis entrevistados, dois dos quais reforçam mais do que uma vez a importância da informação que lhes foi transmitida ao longo do dia em que foram submetidos à cirurgia. Relatam a informação como sendo essencial, bem como adequada à situação.

[Acerca da informação transmitida] *“Foi bom, foi excecional!” (P₄);*

[Acerca da informação transmitida] *“(...) ficou tudo esclarecido (...).” (P₅);*

“ Eu realmente achei toda informação importante (...) o facto de nos explicarem todos os procedimentos ao qual passamos e o que vamos passar, sentimo-nos calmos e informados acima de tudo.” (P₇);

“[Relativamente à informação transmitida] Achei muito importante falarem-me que não deveria fazer esforços, como e quando pois podia chegar a casa e ficar acamado duas semanas, o que estaria errado para a recuperação, deveria andar aos poucos.” (P₈);

Do discurso dos participantes, é visível a importância reconhecida à **presença de uma pessoa significativa** no momento da alta. Atente-se nas seguintes unidades de registo:

“ (...) a presença da minha filha na hora de ir embora, foi a meu ver muito importante, pois convém ter alguém a ouvir, ainda vamos sonolentos e há sempre coisas que podem ficar meio esquecidas!” (P₄);

“ Foi muito importante a presença da minha mãe pois (...) se ao chegar a casa não me lembrasse de como devia fazer, estava lá a minha mãe para me ajudar.” (P₁);

“O meu marido é que me veio buscar e assistiu comigo às recomendações dadas pela enfermeira, achei este aspeto fundamental pois (...) há sempre alguma coisa que nos esquece ou que não prestamos atenção, e que no caso de um esquecimento está outra pessoa para relembrar.” (P₆);

“O facto de ele estar [o esposa/familiar] é um suporte, pois também esta envolvida nas explicações que o enfermeiro dá, para poder dar apoio em casa. A nossa capacidade de memorizar a informação é diferente, ainda vamos meio anestesiados (risos).” (P₇);

Na categoria **proporcionar contactos pós-operatórios nas primeiras 24h**, quatro participantes fizeram alusão a este contacto como sendo uma mais-valia no seu regresso a casa, conforme o ilustram as seguintes unidades de registo:

“ (...) o ligar-me no dia seguinte à cirurgia, acho que foi muito bom, para podermos retirar dúvidas que podem surgir na primeira noite...embora não tenha tido.” (P₁);

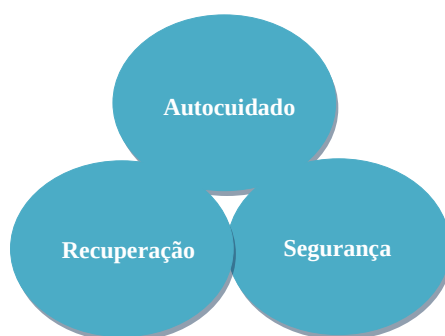
“ E depois no outro dia ligaram lá para casa, (...) mostrou a vossa preocupação, a vossa amabilidade, e se tivesse alguma dúvida perguntava logo pelo telefone (...).” (P₅);

“ Outra aspeto que achei muito importante foi a entrega dos contactos telefónicos do serviço, bem como o do médico nas primeiras 24h...” (P₇).

CONTRIBUTOS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Através dos discursos dos participantes, foi possível identificar contributos das práticas educativas para a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, aquando do regresso a casa, sobretudo a nível da capacidade para o *autocuidado*, a nível da *segurança* e a nível da *recuperação* (figura nº 5).

Figura 5. – Contributos das práticas Educativas: Categorias



O **autocuidado** surge como sendo uma capacidade a exercitar pela pessoa no regresso a casa. Seis dos entrevistados destacaram a promoção deste, como é visível nas unidades de registo que a seguir apresentamos:

“ (...) é muito importante na minha opinião pois fico a saber o que posso fazer ou não fazer.” (P₁);

“ (...) a informação dada pelos enfermeiros foi muito importante e suficiente (...) senão ia para casa e não saberia o que fazer (...).” (P₂);

“ (...) no fundo ensinaram-nos a tratar de nós em casa.” (P₃);

“ (...) ajudou a saber como devíamos fazer em casa, para tratar de nós mesmos, como fomos para casa no dia da cirurgia, ajudou muito (...).” (P₄).

Outro dos contributos expressos aplica-se a nível da **recuperação**, como fica inequívoco nos seguintes excertos:

“ (...) [a enfermeira] (...) ajudou na minha recuperação.” (P₄);

“ (...) toda a explicação que me deram a mim ao longo do dia, e à minha filha antes de ir embora, ajudou-nos em casa a fazer as coisas direitas para que tudo corresse bem.” (P₄);

“A darem as explicações todas, isto ajudou muito para a nossa recuperação, ir para casa no mesmo dia assim, não há problema!” (P₄);

“De certa forma isto [Práticas Educativas] vem a ajudar na nossa recuperação e evitar complicações.” (P₇);

Os entrevistados indicaram a **segurança** como outro dos benefícios das práticas educativas. Esta categoria reuniu um grande número de unidades de registo, nomeadamente catorze, como se pode observar a seguir:

“Senti segurança e apoio da vossa parte nesta passagem da minha vida, sinceramente fui para casa sossegadinha (...).” (P₂);

“O acompanhamento da enfermagem é fundamental pois procuram transmitir segurança à pessoa, transmitindo informação ao longo do dia e acompanhamento mesmo depois da alta.” (P₆);

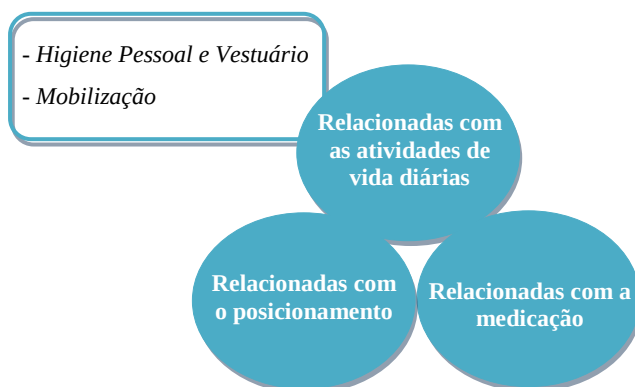
“Este serviço proporciona segurança ao doente, inicialmente ficasse sempre receoso de ser operado e ter alta no mesmo dia, mas com estas condições torna-se confortável e agradável, já não se fica preocupado de ir para casa naquele dia.” (P₇);

“Se não fossem eles [os enfermeiros] acho que não iria tão tranquilo para casa, nem como deveria fazer.” (P₈);

DIFICULDADES SENTIDAS NO REGRESSO A CASA

Neste item, sobressaem algumas dificuldades sentidas pelos nossos entrevistados aquando do regresso a casa, e que se relacionam, sobretudo, com as atividades de vida diárias, com a medicação e com o posicionamento.

Figura 6. – Dificuldades Sentidas no regresso a casa: categorias e subcategorias



Relativamente às dificuldades **relacionadas com a execução das atividades de vida** diárias, na voz dos participantes estas situam-se ao nível da realização da [sua] *higiene pessoal e vestir-se*, bem como na *mobilização*.

Quanto à *Higiene pessoal e vestuário*, quatro entrevistados referem ter sentido alguma restrição na realização de algumas atividades a este nível:

[Teve dificuldade]: “ (...) só para pôr a cinta abdominal de manhã de resto fazia tudo sozinho.” (P₄);

[Teve dificuldade] “ Por exemplo para calçar os sapatos e assim... Mas de resto fazia tudo sozinho.” (P₃);

“ (...) para tomar banho, tomava de dois em dois dias, antes de ir ao centro de saúde mas conseguia vestir-me sozinho, claro que não era com aquele à vontade, fazia devagar e sem fazer força na região abdominal como me ensinaram.” (P₃);

“Precisei de ajuda nos primeiros dias, ao fim do terceiro dia já conseguia fazer tudo sozinho. Ela [a esposa] ajudava a me lavar para não molhar o penso e depois a vestir.” (P₇).

Constatamos que, na maioria dos relatos, a *mobilização* era uma dificuldade sobejamente sentida pelos informantes deste estudo, o que é notório nas seguintes unidades de registo:

P₄– “ Na primeira semana ficava na cama até tarde, punha-me a pé para comer, ficava por ali um bocado depois cansava-me de estar sentado no sofá e ia para a cama.” (P₄);

“ (...) Bem os primeiros dias fiquei mesmo de cama!” (P₃);

“ (...) tinha um bocado de medo a subir as escadas e assim, tenho muitas, tinha medo que às vezes acontecesse alguma coisa com os pontos...” (P₅);

“ Os primeiros dois dias é que fiquei mesmo de cama, ainda me sentia muito sonolenta, só me levantava praticamente para tomar banho e comer, não fiz nada! (P₆);

“ (...) eu tinha mais dificuldade era descer e subir as escadas para o exterior. Só saí de casa ao fim de três dias para ir fazer o penso.” (P₈);

Quanto à dificuldade [sentida pelos participantes] **relacionada com a medicação**, apenas uma unidade de registo deu nota da preocupação de surgir interferência medicamentosa entre a medicação fornecida pelo hospital e a medicação que a pessoa habitualmente fazia:

“ *[Quando regressou a casa] tive uma dúvida e que me clarificaram no dia seguinte quando me ligaram para casa, foi o facto de saber se poderia haver alguma interação com a medicação analgésica dada pelo hospital com a minha de casa.* ” (P₇);

No domínio do *Posicionamento*, apenas um entrevistado declarou ter sentido dificuldade:

“*Liguei [á UCA] no segundo dia a tarde, pois eu não gosto muito de dormir de barriga para cima, e queria saber se poderia deitar-me de lado e assim (...).*” (P₈);

RECURSOS MOBILIZADOS AQUANDO DO REGRESSO À CASA

Da análise dos discursos, sobressaiu esta temática, que se refere aos recursos que a pessoa mobiliza para ultrapassar dificuldades, como sejam a leitura do folheto informativo, o apoio de pessoas significativas e a adequação do vestuário, como se observa na figura nº 7.

Figura 7. – Recursos mobilizados: categorias



Um dos recursos mobilizados pela pessoa foi a leitura do **folheto informativo**, referido por três dos entrevistados para relembrar, por exemplo, o período de tempo aconselhado sem conduzir:

[Acerca da necessidade de consultar o folheto em casa]: “ (...) para ver os tempos, em que não podia conduzir e assim, mais nada.” (P₃);

[Acerca da necessidade de recorrer ao folheto em casa] “(...) enquanto estava no sofá li-o uma vez. Mas era bom para relembrar.” (P₄);

“Li-o duas vezes em casa, para relembrar, para fazer tudo direitinho.” (P₈).

Quase todos os entrevistados manifestaram terem recorrido ao **apoio de um familiar/pessoa significativa**:

“ Quando era preciso fazer mais um esforço acrescentado pedia sempre ajuda a minha mãe, pois de resto ia fazendo as minhas coisas...” (P₁);

“ (...) a minha filha que estava comigo no dia da cirurgia, estava sempre em cima de mim a relembrar aquilo que podia e não podia fazer... (...) e se eu pegasse nalguma coisa mais pesada, ou para conduzir antes de fazer os 15 dias, ela não deixava.” (P₄);

“ (...) na questão da medicação, o meu filho, foi uma grande ajuda, orientou-me em casa de como deveria tomá-la pois já não me lembrava muito bem.” (P₈);

“A minha esposa ajudava-me a calçar as meias e os sapatos que era onde tinha mais dificuldade, e para tomar banho, ela ajudava me para não molhar o penso.” (P₈);

No que diz respeito à necessidade de **adequação do vestuário** à situação, apenas um entrevistado se manifestou:

“ (...) usava fato de treino, que era prático de vestir.” (P₂);

Concluída a apresentação e análise dos dados que expressam a perspetiva das pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de ambatório, segue-se a apresentação dos dados que nos revelam a perspetiva dos enfermeiros da UCA sobre as práticas educativas.

2 - PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

É nosso interesse conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre as práticas educativas na unidade de ambulatório. Do discurso dos três enfermeiros que participaram no estudo, emergiram cinco áreas temáticas e subsequentes categorias e subcategorias, como se pode ver no quadro 6.

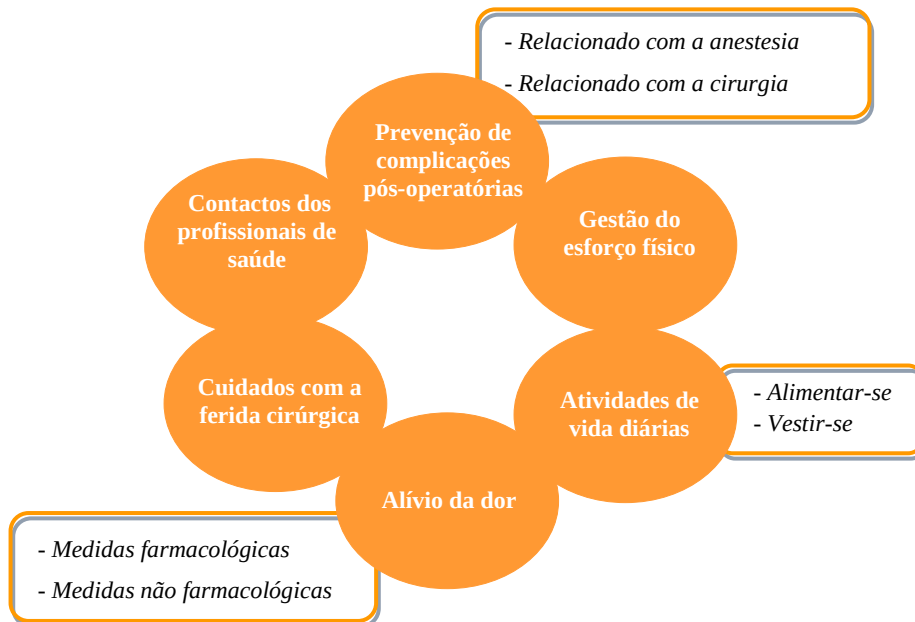
Quadro 6. - Perspetiva dos enfermeiros sobre as práticas educativas em cirurgia de ambulatório: temáticas, categorias e subcategorias

TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	Nº DE UNIDADES DE REGISTO
TIPO DE INFORMAÇÃO	Prevenção de complicações pós-operatórias	<i>Relacionado com a anestesia</i>	5
		<i>Relacionado com a intervenção cirúrgica</i>	3
	Gestão de esforço físico		6
	Atividades de vida diárias	<i>Alimentar-se</i>	2
		<i>Vestir-se</i>	1
	Alívio da dor	<i>Medidas farmacológicas</i>	1
		<i>Medidas não farmacológicas</i>	2
	Cuidados com a ferida cirúrgica		3
	Contactos dos profissionais de saúde		3
ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS		<i>Folheto informativo</i>	11
	Recurso à informação escrita	<i>Relatório Clínico e outros</i>	1
		<i>Carta alta de enfermagem</i>	1
	Privilegiar os diferentes momentos percurso hospitalar		3
	Adequação da informação		4
	Exemplificação dos cuidados		10
	Adequação do espaço físico		8
	Estabelecer contacto com a pessoa nas 24h seguintes à cirurgia		2
	Avaliação da condição clínica da pessoa no regresso à casa		10
	Envolvimento de pessoas significativas		13
ATITUDES COMUNICACIONAIS	Estar disponível		2
	Adequação da linguagem		1
CONTRIBUTOS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS	Autocuidado		7
	Autoconfiança		6
	Diminuição da ansiedade		2
	Favorecer a recuperação		1
	Esclarecer dúvidas		1
FATORES DIFICULTADORES	Relacionado com a pessoa intervencionadas a uma cirurgia		2
	Volume de informação versus momentos em que é fornecida		2
	Espaço físico recobro		5
	Disponibilidade de tempo da equipa		1

TIPO DE INFORMAÇÃO

Foi nossa intenção identificar o tipo de informação que os enfermeiros transmitem à pessoa que é intervencionada a uma cirurgia em CA, ao longo do dia da cirurgia. Surgem assim as seguintes categorias: a prevenção de complicações pós-operatórias, a gestão do esforço físico, as atividades de vida diárias, o alívio da dor, os cuidados com a ferida cirúrgica e os contactos dos profissionais de saúde, conforme representado na figura nº 8.

Figura 8. – Tipo de informação proporcionada: Categorias e subcategorias



Como informação proporcionada pelo enfermeiro à pessoa submetida a uma cirurgia foi identificada a **prevenção de complicações pós-operatórias**, relacionadas com a anestesia e com a cirurgia.

É evidente a importância dada pelos enfermeiros relativamente ao exercício de informar a pessoa sobre as complicações pós operatórias *relacionadas com a anestesia*, como se pode observar nas unidades seguintes:

“ [Ensino formal] Começo sempre pela anestesia, os efeitos secundários, as suas implicações e como evitá-las.” (E₂);

“ [Transmite informação relativa aos cuidados pós anestesia] (...) os cuidados com a alimentação nas primeiras 48 horas, o não consumir bebidas alcoólicas, o

de não poder conduzir, os cuidados a ter com os objetos cortantes... O estar acompanhado nas primeiras 24 horas, fazer levantamentos progressivos...” (E₂);

“ Na informação transmitida é abordado aspetos relativos aos riscos anestésicos, aspetos relativos ao ato anestésico, o tipo de alimentação a seguir, os cuidados à diminuição da atenção provocado pela anestesia... e em relação a alguma complicação que possa surgir.” (E₃);

“ (...) abordamos a movimentação corporal relacionada com a anestesia, por exemplo os levantamentos progressivos (...).” (E₃).

Três entrevistados afirmaram que outra informação proporcionada está *Relacionada com a cirurgia*:

“O acompanhamento [pessoa significativa] do doente é até perfazer as 24 horas (...).” (E₁);

“ Alertamos para as complicações no pós-operatório, para estarem alertas, e contactar o serviço ou ir ao centro de saúde, no caso, do penso repassar, de dores intensas para além do normal, febre, ou tosse persistente pós-operatório imediato.” (E₂);

“ (...) são abordados aspetos relativos [informação] ao tipo de cirurgia ao qual o doente é submetido, o tipo de mobilidade para prevenir complicações e mesmo para posições antiálgicas, para proteger outras estruturas (...).” (E₃).

Uma informação transmitida pelo enfermeiro à pessoa, que emerge também dos discursos, diz respeito à **Gestão do esforço físico**, nomeadamente, no que se refere à forma correta de se mobilizarem e de realizar exercícios físicos favoráveis à recuperação. Foram dois os entrevistados que se pronunciaram sobre esta questão, tendo-a, inclusivamente, reforçado várias vezes:

“ (...) nas doentes que realizam exérese do nódulo da mama, advertimos para a importância de não realizar esforços físicos com o braço do lado da mama operada e de praticar flexão e extensão do braço durante a recuperação...” (E₁);

“ (...) Nós [os enfermeiros] explicamos como devem fazer ao chegar a casa, que parar será só nas primeiras 48h após a cirurgia, porque depois têm de andar, ir à casa de banho, ir para a cozinha almoçar e jantar, mostrando-lhes o que podem ou não realizar para a sua recuperação.” (E₁);

“ (...) alertámos para a importância de deambular progressivamente, não precisando ficar de cama 15 dias (risos).” (E₂);

“ (...) por exemplo nos doentes intervencionados a hérnias, recomendamos não fazer esforços durante um mês.” (E₁);

As **Atividades de vida diárias**, Alimentar-se e vestir-se, foram apontadas pelos enfermeiros como uma informação proporcionada à pessoa aquando da alta hospitalar. No que ao ato de alimentar-se diz respeito, revela-se inequívoca essa rotina de esclarecimento, expressa da seguinte forma pelos dois participantes:

“ Transmitimos a informação relativa a dieta que os doentes podem fazer...” (E₂);

“ (...) existe um momento formal do ensino para a alta, em que há ali um reunir com o doente e acompanhante, e aí são abordados vários parâmetros de ensino, desde (...) a alimentação (...).” (E₃);

Apenas um enfermeiro se pronunciou sobre a adequação do vestuário:

“ (...) o tipo de vestuário a usar, no sentido de ser mais adequado ou prático, ainda por exemplo ao uso de cintas, onde explicamos quando usar e como.” (E₃).

Uma das preocupações dos entrevistados reporta-se à informação sobre o **alívio da dor** da pessoa intervencionada na UCA, referindo-se as *medidas farmacológicas e não farmacológicas*. Um enfermeiro aludiu às instruções transmitidas relativamente às medidas farmacológicas, como se pode observar na unidade de registo que se segue:

“ (...) existe um momento formal do ensino para a alta, em que há ali um reunir com o doente e acompanhante, e aí são abordados vários parâmetros de ensino, desde (...) a medicação (...).” (E₃).

Quanto às *Medidas não farmacológicas*, nos discursos são apontadas diferentes técnicas de alívio da dor, como por exemplo a aplicação do gelo, os posicionamentos antiálgicos:

“Ensinamos ao doente os posicionamentos de alívio de dor (...) a meu ver é uma informação que, se nós [enfermeiros] não transmitirmos à pessoa, ela não irá sabê-lo, e poderá adotar posições que lhe vão provocar dor...” (E₁);

“ Ensinamos a aplicar gelo em determinadas cirurgias, para redução da dor e da inflamação...” (E₂).

Dos três entrevistados, dois fizeram referência aos **cuidados com a ferida cirúrgica**, ou seja, à forma como a pessoa deverá vigiar o seu penso cirúrgico e os procedimentos a ter no caso de este estar repassado.

“ Os cuidados ao penso cirúrgico passam por explicar como o deve vigiar e o que fazer aquando da verificação de alguma alteração, e a frequência com que o deve fazer... ” (E₂);

“ No caso de ser uma ferida exposta sem penso, será o doente a fazer a sua auto-desinfecção no próprio domicílio; é ensinado ao doente, também, a vigiar a ferida cirúrgica, os sinais de infeção, as características locais e as sistémicas, como a febre, ou outro tipo de complicações que podem surgir, como hemorragia, e o que deverá ser feito de imediato. ” (E₃).

Os participantes evidenciaram, através dos seus discursos, que são disponibilizados à pessoa submetida a uma intervenção na UCA os **contactos dos profissionais de saúde**. Todos os enfermeiros consideram esta informação relevante nos cuidados pós-operatórios, como se depreende do conteúdo das unidades de registo seguintes:

E₂ – “ Associado a toda esta informação verbal transmitida ao doente, é-lhe entregue um documento com os contactos telefónicos, ao qual o doente poderá recorrer em caso de dúvida ou complicação; o paciente leva o contacto do médico disponível nas primeiras 24 horas, e o contacto do serviço. ” (E₂);

E₃ – “ (...) E o facto de o doente levar o nosso contacto [UCA] e do médico nas primeiras 24 horas dá-lhes tranquilidade no regresso à casa. ” (E₃).

ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELO ENFERMEIRO DA UCA

Nesta área temática, enquadram-se os discursos reveladores das estratégias adotadas pelos enfermeiros no âmbito das práticas educativas para que estas produzam a eficácia pretendida junto da pessoa/família. Da análise, emergiu um conjunto de estratégias que foram agrupadas nas categorias e subcategorias expressas na figura nº 9.

Figura 9. - Estratégias mobilizadas: Categoria e subcategorias



Uma das estratégias adotadas pelos enfermeiros é o **recurso à informação por escrito**. Todos os participantes apontaram esta estratégia como sendo um recurso importante, referindo-se ao folheto informativo, à entrega do relatório clínico e à carta de alta de enfermagem.

É visível pelos discursos proferidos a importância dada sobretudo à entrega de um *folheto informativo*, tanto para o doente como para o enfermeiro que utiliza como guião para o ensino no pós-operatório. Sobressaiu, a este propósito, um grande número de unidades de registo (11), como se pode observar a seguir:

“É entregue um folheto com as recomendações específicas de cada especialidade, ortopedia, cirurgia, oftalmologia, e para cada tipo de cirurgia.”
(E₁);

“ [O folheto das recomendações] nós até o usamos como guia para o nosso ensino.” (E₁);

O folheto de recomendações é muito bom recurso para o doente, quando regressa à casa e, surgindo uma dúvida, pode consultar o folheto para recordar o que lhe foi dito no hospital.” (E₁);

“ (...) entregámos [o folheto das recomendações] ao doente e família aquando á alta, um folheto, onde vão descritas as recomendações transmitidas oralmente ao doente.” (E₂);

“ [Relativamente ao folheto informativo entregue é importante] pois é normal o doente não conseguir assimilar tudo pois ainda está sob o efeito da anestesia.” (E₃);

No que diz respeito ao relatório Clínico e outros, apenas um enfermeiro, se referiu a este recurso:

“ O relatório médico, a marcação da consulta médica pós-operatória...a baixa, justificações escolares, declarações...” (E₂).

No que concerne à entrega da carta de alta de enfermagem, um enfermeiro fez referência a esta:

“ (...) entregamos [à pessoa] também a carta de alta de enfermagem, para realizar os cuidados ao penso cirúrgico no centro de saúde.” (E₂);

Outra estratégia proferida pelos participantes é o facto de se **privilegiarem diferentes momentos no percurso hospitalar**, para efetuar ensinamentos, reportando-se às ocasiões informais durante o dia da cirurgia. Um entrevistado fez alusão a esta estratégia, conforme se observa nas citações a seguir transcritas:

E₃ – “ (...) os momentos informais [transmissão de informação] são ao longo do todo o dia.” (E₃);

E₃ – “ (...) existe um momento formal do ensino para a alta, em que há ali um reunir com o doente e acompanhante, e aí são abordados todos os parâmetros de ensino, desde os riscos, as complicações, desde os cuidados, desde a medicação, penso da ferida...” (E₃);

E₃ – “ Este suporte informativo é feito logo de início, no primeiro contacto, que é na consulta de enfermagem, depois no dia da admissão, no recobro, (...) é-lhe transmitida durante toda a sua passagem pela unidade.” (E₃).

Os discursos revelam que o conteúdo de informação transmitida à pessoa intervencionada em cirurgia de ambulatório vai depender do tipo de cirurgia a que o

doente vai ser submetido, bem como das suas características pessoais, o que implica uma **adequação da informação** nas atividades de EpS. Todos os enfermeiros fizeram alusão a esta questão, como se pode verificar nas seguintes transcrições:

“ (...) a informação que lhes transmitimos é sempre de acordo com o tipo de cirurgia ao qual é submetido (...)”. (E₁)

“A informação transmitida por nós, relativa à anestesia, é transversal a todos os tipos de cirurgia e especialidade; pode às vezes o doente não ser submetido a uma anestesia geral e ser apenas uma sedação. Isto irá influenciar todo o tempo de recobro e assim.” (E₂).

“Quer dizer, o ensino vai ao encontro do tipo de cirurgia a que o doente é submetido, bem como, do tipo de doente, ou seja, dois doentes intervencionados pelo mesmo diagnóstico podem ter abordagens ou ensinios diferenciados, no sentido de ir ao encontro das necessidades individuais de cada um.” (E₃);

Ainda nesta área temática, os participantes relataram outra estratégia utilizada para que o processo ensino/aprendizagem seja eficaz: a **exemplificação dos cuidados**. Todos os enfermeiros entrevistados consideraram tratar-se de uma estratégia incontornável no âmbito das práticas educativas:

“ (...) no caso de um doente que foi circuncidado, fazemos, juntamente com o doente, a lavagem e desinfeção do pénis, para saber como deve proceder em casa.” (E₁);

“Consoante o tipo de cirurgia, exemplifico como devem sentar-se, levantar-se ou deitar-se, a posição na cama, no caso das cirurgias abdominais, (...).” (E₂);

“Uma das coisas que tento fazer é dar alguns exemplos esclarecendo a informação que recomendo, para, de certa forma, envolver o doente nos cuidados. É importante que percebam porque o fazem.” (E₂);

“ (...) procuro [o enfermeiro] mesmo exemplificar as posições antiálgicas, o levantar e sentar, como o devem fazer, pois é-lhes mais fácil aprender.” (E₂);

“ É realizada também toda a demonstração de como devem utilizar os dispositivos de adaptação, por exemplo as canadianas, as cintas abdominais...o treinar com o doente ajuda a corrigir uma situação que esteja menos bem.” (E₃).

A **adequação do espaço físico** foi considerada por todos os entrevistados um aspeto fulcral aquando das práticas educativas. Nesta categoria, as unidades de registo

provenientes dos discursos expressam a importância de proporcionar um espaço com privacidade na transmissão da informação à pessoa/pessoa significativa:

“ A meu ver, o doente e família beneficiam [numa sala privada], pois está afastado de distrações, um ensino individualizado e um consultório sem mais ninguém.” (E₁);

“ Os doentes, após a cirurgia, fazem o recobro numa sala comum; no momento da alta, encaminhamos o doente e seu acompanhante para uma outra sala, onde transmitimos as recomendações pós-operatórias (...).” (E₁);

“(...) eu acho que deve haver privacidade, em que o doente se sinta à vontade para partilhar preocupações, angústias e questões, que, se acontecerem em proximidade física de outros doentes, poderá sentir-se inibido de as colocar.” (E₃);

“ (...) o enfermeiro também se sentirá mais à vontade para colocar algumas questões mais sensíveis ao doente, e que nos compete resguardar, e se o enfermeiro estiver reunido com o doente num espaço privado, poderão ser abordadas de uma forma mais natural e mais à vontade.” (E₃).

Os participantes garantiram **estabelecer contacto telefónico com a pessoa nas 24 horas seguintes à cirurgia**. Esta categoria surge pelo discurso de dois enfermeiros:

“ (...) no dia seguinte à cirurgia ligamos [o enfermeiro] a todos os doentes; neste contacto realizamos reforços de ensino, tirar duvida e assim.” (E₁);

“ (...) é feito um telefonema de controlo, realizado no dia seguinte à cirurgia, pelo enfermeiro.” (E₃).

É evidente, pela análise de conteúdo das entrevistas, que os enfermeiros procedem a uma **avaliação da condição clínica da pessoa no regresso a casa**, como se observa nas unidades de registo que a seguir apresentamos:

“ Todos eles têm alta no momento oportuno, isto é, o doente nunca vai para casa sem cumprir todos os critérios da alta.” (E₁);

“Seguimos uma escala, que são os critérios PADSS; estando esses critérios todos reunidos é-lhe, então, dada a alta. Quando não reúne todos os critérios de alta, não pode ter alta e fica internado no serviço de cirurgia geral no final do dia.” (E₂);

“Há critérios mínimos de tempo a cumprir; a partir daí, vai depender muito da evolução do doente, do seu estado físico, psicológico, se tem dores, se tem eliminação estabelecida, se deambula sem dificuldade. Depois de realizada esta avaliação, cabe ao enfermeiro determinar se o doente está capaz ou não de regressar para casa (...)” (E₃);

“No momento da alta, tem de haver uma tomada de decisão por parte do enfermeiro, da capacitação do doente no momento adequado para ir embora.”

“ [No momento da alta] (...) cabe também ao doente dar a sua palavra: se sente capaz de, naquele momento, ir embora.” (E₃);

Dos discursos, transpareceu ainda outra estratégia, no âmbito da qual todos os enfermeiros abordaram, e por várias vezes, o **envolvimento familiar/pessoa significativa nos cuidados**, como podemos confirmar nas seguintes unidades de registo:

“O envolvimento do acompanhante do doente é fulcral, até porque, em cirurgia de Ambulatório, se não houver esse envolvimento da pessoa significativa, não avançamos sequer para uma cirurgia em ambulatório.” (E₁);

“ O acompanhante é muito importante, pois o doente será o alvo mais frágil; nessas primeiras 24 horas, os familiares serão o suporte físico e psicológico daquela pessoa operada, e assim, a ouvir as recomendações, estarão envolvidas nos cuidados ao dente.” (E₁);

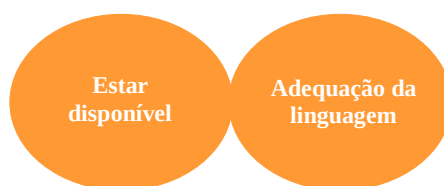
“É fundamental este acompanhamento [pessoa significativa/acompanhante] pois a pessoa intervencionada poderá não estar totalmente capacitada para reter a informação que lhe é transmitida, estando o seu acompanhante mais desperto para reter informação, para que, se alguma dúvida surgir nos cuidados, poder ter apoio deste.” (E₂);

“Embora a presença do acompanhante seja fundamental neste processo de ensino/aprendizagem, e sendo um critério de ambulatório, é fundamental que o doente perceba a importância do acompanhante, (...) que não passa apenas por ser um transporte para casa; se ele perceber o papel do acompanhante, eu acho que ele escolhe o acompanhante ideal para si.” (E₃).

ATITUDES COMUNICACIONAIS DO ENFERMEIRO

Da análise dos dados, também emergiram algumas das atitudes comunicacionais dos enfermeiros no âmbito das práticas educativas e que situamos em duas categorias: estar disponível e adequação da linguagem (figura nº 10).

Figura 10. – Atitudes comunicacionais: Categorias



Dois dos informantes reconheceram a importância **de estar disponível** perante a pessoa a quem presta cuidados:

“E nós, os enfermeiros, temos um papel importante, em conseguir identificar esses sentimentos ou medos e conseguirmos que o doente realmente fique com uma autoconfiança muito maior para regressar a casa calmo e seguro.” (E₁);

“O enfermeiro em ambulatório tem a sensibilidade de perceber as dificuldades do doente, de lhe transmitir a informação necessária para o dia da intervenção.” (E₃).

Um enfermeiro realçou a importância de **adequar a linguagem** a cada pessoa, do valor da individualidade, como se pode confirmar na unidade de análise:

“Pode acontecer, por exemplo, num dia de cirurgia geral, serem operadas diferentes pessoas e com o mesmo diagnóstico, em que a informação transmitida ao doente será muito comum, porém a capacidade de aprendizagem e de assimilação dessa informação pelo doente pode ser diferente, pelo que a linguagem por mim utilizada deve ser adaptada à pessoa que tiver em frente.” (E₃).

CONTRIBUTOS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Neste estudo procurámos perceber a opinião dos enfermeiros relativamente aos contributos das práticas educativas para a pessoa/família submetida a cirurgia em CA. Foi perceptível pelos discursos dos participantes, que existe um conjunto de contributos que favorecem o regresso a casa da pessoa, nomeadamente no que se refere: ao autocuidado, à autoconfiança, à diminuição da ansiedade, ao favorecimento da recuperação e o esclarecimento de dúvidas, como se verifica na figura nº 11.

Figura 11. – Contributos das práticas educativas: Categorias



Um dos contributos descritos pelos participantes foi a promoção do **autocuidado**, como se pode observar pelas unidades retiradas dos discursos dos três entrevistados:

“Dá-lhes [a pessoa] capacidade de reagir a obstáculos de uma forma saudável e adequada.” (E₂);

“A nossa contribuição tem de estar presente do início ao fim, o doente tem de se sentir envolvido nos cuidados para posteriormente ser capaz de ser autónomo nos cuidados em casa.” (E₂);

“ (...) o regresso do doente a casa no mesmo dia é possível devido à intervenção da enfermagem, que visa a capacitar o doente para se autocuidar em casa.” (E₃).

Todos os entrevistados sublinharam a sua contribuição no que respeita ao proporcionar **autoconfiança** ao outro.

“ (...) a meu ver, [o enfermeiro é] um suporte na parte de facultarmos segurança, de forma a capacitá-lo para cuidar de si mesmo, faz com que o doente possa ficar menos ansioso e mais autónomo.” (E₁);

“Ensinamos as complicações que podem acontecer, desde as indicações, contactos, tudo isso faz com que ele se sinta mais confiante e já não tenha tanto receio...” (E₁);

“Esta preparação é muito importante, de forma a proporcionar um certo conforto e confiança à pessoa no seu regresso à casa (...).” (E₁);

“ (...) os nossos doentes estão aqui pouco tempo, se não há uma boa preparação, o doente vai para casa inseguro e sem saber a quem recorrer em caso de dúvida.” (E₂)

“Com o suporte de informação que lhe é transmitido, o doente vai para casa em segurança, descontraído acima de tudo.” (E₃).

Dois enfermeiros manifestaram que o profissional de enfermagem tem um papel interventivo na **diminuição da ansiedade**, facilitando todo o processo inerente a uma cirurgia:

“ (...) se não houver uma adequada preparação ficam muito receosos [as pessoas].” (E₁);

“Com o suporte de informação que lhe é transmitido, o doente vai para casa em segurança, descontraído acima de tudo.” (E₃).

Um enfermeiro refere como contributo **favorecer a recuperação**, como se pode observar na seguinte unidade de registo:

“ Toda esta preparação [processo de ensino/aprendizagem] é importante em tudo, mas aqui, em cirurgia de ambulatório, é fundamental e a recuperação do doente depende disto.” (E₂);

E por último, outro contributo referido por um entrevistado enfatiza o **esclarecimento de dúvidas**:

“Antes de nós [os enfermeiros] realizarmos os ensinamentos, os doentes estão cheios de dúvidas, só depois é que as dúvidas vão se desvanecendo.” (E₁);

FATORES DIFICULTADORES DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Neste estudo, procuramos entender as dificuldades sentidas pelos enfermeiros em todo o processo das práticas educativas. Da análise dos discursos dos participantes, emergiram quatro categorias referentes ao tema, como se pode analisar na figura nº 12.

Figura 12. – Fatores dificultadores: Categorias



Como fator dificultador para as práticas educativas, ressalta um fator **relacionado com a pessoa intervencionada a uma cirurgia**, isto é, da análise dos dados, é visível que os participantes consideraram o nível cognitivo do utente como uma barreira para o ensino. Estes fatores dificultadores foram descritos por dois enfermeiros:

“ (...) alguns doentes mais idosos com alguma dificuldade em memorizar ou aprender, torna-se talvez mais difícil o nosso ensino...Normalmente, é mais a parte cognitiva do doente que nos causa algum entrave, principalmente na especialidade de oftalmologia em que a idade é mais avançada.” (E₁);

“Algumas dificuldades terão mais a ver com o tipo de doente, ou seja, às vezes, o querermos dar o nosso apoio máximo ao doente e ele não estar interessado, às vezes por dificuldades cognitivas, às vezes por desinteresse ou por irresponsabilidade, que não são muitos, felizmente.” (E₂)

O **volume de informação** fornecido surge no discurso de um participante como uma dificuldade e refere-se à concentração da informação num único momento como se comprova nestas transcrições:

“ (...) ter que informar muita coisa logo num momento só, pois o doente vai para casa e nós deixamos de estar com ele (...).” (E₁);

“ (...) a meu ver, é informação um bocado compacta.” (E₁).

Um enfermeiro mencionou, como dificuldade na sua prática educativa, o **espaço físico do recobro**:

“ Este espaço físico [Recobro] se fosse mais alargado e se pudesse ser logo isolado, (...), era mais vantajoso.” (E₃);

“ (...) [se espaço mais amplo] haveria possibilidade de um acompanhante por doente permanente (...).” (E₃);

“ [o serviço] Poderia ser reestruturado, como separar o recobro II do III seria o ideal, doentes em estádios semelhantes têm mais probabilidade de se completarem até na recuperação na partilha, até que para um doente já está noutro estádio mais avançado do pós-operatório, que já pode ver televisão, perto do doente que ainda está no seu recobro II que quer descansar, claro que um limita o outro.” (E₃).

A **Disponibilidade de tempo** traduz a opinião de um participante relativamente à falta de protocolos de atuação, manual de integração, como podemos observar a seguir:

“Lutamos ainda por tempo da parte da equipa de enfermagem para a realização de protocolos, procedimentos, para melhoria dos nossos cuidados, ou seja um manual de procedimentos, até porque elaborar um trabalho destes existe por parte da equipa de enfermagem uma reflexão sobre a nossa intervenção, bem como os registos informatizados. E isto vai melhorar a nossa prática e consequentemente o bem-estar do doente.” (E₃);

Concluirmos, assim, a apresentação e análise dos dados. No capítulo que se segue, vamos proceder à discussão dos resultados considerando a perspetiva conjunta dos dois grupos de participantes o que nos permitirá ter uma visão mais global e aprofundada sobre as práticas educativas dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa em CA

CAPITULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Concretizada a apresentação dos dados, vamos proceder à discussão dos resultados obtidos com base nas opiniões de autores que se debruçaram sobre esta temática e nas nossas próprias reflexões, tendo sempre presente os objetivos delineados para o estudo.

- **Identificar o tipo de informação proporcionada pelo enfermeiro na preparação do regresso a casa da pessoa em CA**

Um dos objetivos de CA prende-se com a preparação para o regresso a casa e recuperação precoce (Lima, 2006), pelo que se destaca a importância atribuída à informação proporcionada pelos enfermeiros ao utente, no sentido de promover a continuidade dos cuidados necessários a uma recuperação rápida e saudável (Long, 1995), bem como as estratégias mobilizadas para o efeito. Neste estudo, os participantes - os enfermeiros da UCA e a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA - valorizaram também nos seus discursos a informação proporcionada, nomeadamente no que se refere ao **alívio da dor** através das *medidas farmacológicas* (a medicação analgésica e antiemética) e das *medidas não farmacológicas*.

De facto, como refere Sarmiento [et al.], (2013), o controlo da dor aguda pós-operatória é um dos aspetos mais importantes para a obtenção de resultados de qualidade no âmbito de CA. O mesmo autor refere que, apesar de todos os avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor permanece como o sintoma pós-operatório mais referido, sendo esta a primeira causa de readmissões em CA. Leitão (1992) acrescenta que a dor pós-operatória, sendo do tipo agudo, gera ansiedade na pessoa, o que, por sua vez, pode potencializar mais a dor, pelo que a informação sobre a gestão da dor se revela sumamente importante para a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA. A dor exige, assim, da parte do enfermeiro, um cuidado extremo, pois é uma realidade incontornável para a pessoa que a sente, sendo que os esforços devem ser direcionados no sentido de seu alívio (Hood e Dincher, 1995).

As medidas não farmacológicas para o alívio da dor tiveram mais ênfase no discurso dos enfermeiros. Sarmiento [et al.], (2013) descreve as seguintes medidas não farmacológicas do alívio da dor aguda pós cirurgia: promover a mudança de posição, assegurar o descanso, a comodidade, massagem, treino de habilidades de coping, técnicas de relaxamento, tosse assistida, terapia ocupacional, toque terapêutico, medidas de conforto. Estas medidas, na sua perspetiva, reduzem a ansiedade e, por outro lado,

proporcionam à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, mecanismos de controlo.

Outra das informações proporcionadas e realçadas pelos dois grupos de participantes prende-se com as **complicações pós-operatórias**, sobretudo no que diz respeito às decorrentes dos *procedimentos anestésicos* e dos *procedimentos cirúrgicos*. De acordo com Rothrock e Meeker, (2008), as complicações pós-operatórias relacionam-se quer com os procedimentos anestésicos – como sejam as náuseas e vômitos, disfunção respiratória, hipotensão e hipertensão, retenção urinária –, quer com os cirúrgicos – a febre, hemorragia, tromboflebite, embolia infeção da ferida cirúrgica, deiscência evisceração (Rothrock e Meeker, 2008). É evidente que esta informação visa a prevenir complicações, ou capacitar a pessoa para intervir no surjam.

No discurso dos participantes também foi salientada a informação proporcionada sobre as **atividades de vida diárias**, nomeadamente no que se refere à importância de uma *alimentação* adequada para uma boa recuperação e sobre o *vestuário* mais apropriado para proporcionar conforto, sendo que este aspeto foi referido apenas pelos enfermeiros.

Ainda no âmbito da informação proporcionada sobre a **atividade física**, foi abordada por todos os participantes a *gestão do esforço físico*, a forma correta de como a pessoa se deve mobilizar e realizar exercícios físicos, no sentido de favorecer a recuperação e evitar complicações. A forma de como devem *Sentar-se/erguer-se* foi também abordada. Bolander (1998) refere que a deambulação, os exercícios físicos favorecem a cicatrização e o restabelecimento dos padrões fisiológicos normais. A mesma autora acrescenta que “saber gerir o esforço físico capacitará a pessoa a mobilizar-se, proteger-se e cuidar das suas necessidade individuais após a cirurgia, (...)” (p. 1735).

Nos discursos proferidos pelas pessoas submetidas a uma cirurgia em CA, foi enfatizada ainda a informação dada pelos enfermeiros sobre a necessidade de terem um **acompanhante nas primeiras 24 horas**, o que é revelador da preocupação com o regresso a casa em segurança.

Os **contactos telefónicos** do médico e da unidade fornecido ao utente, foi outro aspeto destacado na preparação do regresso a casa, na voz dos dois grupos de participantes, como sendo uma mais-valia para a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, no sentido de esta, ficar a saber quando e como procurar ajuda para eventuais problemas que possam surgir (Bolander, 1998).

Alguns participantes de ambos os grupos referiram-se aos **cuidados com a ferida cirúrgica**, salientando os aspetos a vigiar no penso, ou na ferida no caso de estar exposta. De acordo com Rothrock e Meeker (2008, p. 238), o ensino passa por “discutir e demonstrar o tratamento adequado da ferida e a frequência da realização do mesmo: procedimentos, frequência e sinais a comunicar e a quem”.

Toda a **informação proporcionada** pelo enfermeiro foi valorizada pelas pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA, como sendo um fator positivo para o regresso a casa em segurança. Sendo as práticas educativas uma parte integrante dos cuidados de saúde em CA, a sua principal finalidade é proporcionar informação e conhecimentos para que a pessoa possa adquirir o mais elevado grau de saúde e bem-estar (Amorim, 1999).

Neste seguimento, é de salientar que, na opinião dos enfermeiros intervenientes, existe uma **adequação desta informação** a cada pessoa/diagnóstico/intervenção no que se refere aos cuidados a ter após a cirurgia. Hansen e Fisher (1999) reforçam esta questão, afirmando que o enfermeiro tem de estar preparado para adaptar os conteúdos às necessidades da pessoa.

- **Identificar as estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA;**

É interessante verificar que as estratégias mobilizadas nas práticas educativas descritas pelos enfermeiros deste estudo quase todas coincidem com os aspetos valorizadas pelas pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA.

Para que o processo de ensino/aprendizagem a este nível seja mais eficaz, os enfermeiros mobilizam como estratégia a **exemplificação dos cuidados**, pois a demonstração de alguns cuidados vai proporcionar à pessoa uma imagem mental clara de como o procedimento é desempenhado, fornecendo-lhe uma ideia clara do modo como devem realizar a ação (Redman e Breda, 2002). Esta estratégia foi relatada pelos enfermeiros participantes no estudo. Bem como, a **adequação da informação transmitida** à pessoa, relativas às atividades de EpS. O conteúdo de informação transmitida à pessoa intervencionada em cirurgia de ambulatório vai depender do tipo de cirurgia a que esta irá ser submetida, bem como das suas características pessoais.

Para que a pessoa possa regressar a casa em segurança, é necessário que se envolva no processo ensino/aprendizagem, requerendo por parte do enfermeiro uma **avaliação da**

condição clínica da pessoa. Como afirmam os autores Perry e Potter (1996) é importante que o enfermeiro avalie, ao longo da estadia hospitalar da pessoa, o progresso clínico, o nível de bem-estar e vigor antes de iniciar um plano de ensino. Com efeito, se a pessoa não estiver preparada para se envolver no processo ensino/aprendizagem, por diversos fatores como a dor, as náuseas, fadiga entre outros, a possibilidade do regresso a casa fica comprometida (Rothrock e Meeker 2008).

A **informação escrita disponibilizada** é outra das estratégias mencionadas e utilizadas pelos enfermeiros, e igualmente reconhecida pelos utentes participantes do estudo. O *folheto informativo*, bem como os *relatórios da alta (do médico e de enfermagem)*, contribuem para a continuidade dos cuidados aquando do regresso a casa, e constituem-se documentos de apoio para o autocuidado. Redman e Breda (2002, p.51) reforçam esta estratégia dizendo que o “uso de diferentes meios de instrumentos de ensino, nomeadamente, material impresso, aumentará a possibilidade de sucesso na aprendizagem”.

Outra estratégia evidenciada e valorizada pelos dois grupos de participantes é a **adequação do espaço físico.** É visível uma preocupação por parte dos enfermeiros em proporcionar privacidade e conforto à pessoa, pelo que a transmissão de informação formal é realizada num espaço onde estão reunidos apenas com a pessoa que foi submetida a uma intervenção cirúrgica em CA e seu familiar/pessoa significativa. Esta é uma estratégia que se revela importante para a preparação da pessoa no regresso a casa, pois como Perry e Potter (1996) defendem, o ambiente deve ser com um número reduzido de participantes, com privacidade e com pouco ruído. Bolander, (1998) acrescenta que a falta de privacidade, um ambiente barulhento e com interrupções tendem a comprometer os momentos formais de ensino pós operatórios.

Os enfermeiros entrevistados referem-se também ao **envolvimento da família/pessoa significativa** no processo de aprendizagem da pessoa. Esta estratégia é também bastante valorizada pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA. Entende-se por pessoa significativa aquela que mantém relações afetivas de qualidade, podendo ou não coexistir laços de parentesco com a pessoa, desempenhando o mesmo papel social da família (Madeira [et al.], 2007). Um dos enfermeiros participantes deste estudo revelou a sua preocupação com este aspeto, ao referir que, na primeira consulta de enfermagem, aborda a importância da presença e da escolha de uma pessoa significativa que o irá acompanhar no dia da cirurgia. Foi, portanto, perceptível que todos os participantes do

estudo foram acompanhados por um familiar com laços de consanguinidade e que moravam juntos. Bolander (1998) refere ser assim fundamental a presença e acompanhamento destes, uma vez que, após a cirurgia, os analgésicos e sedativos comprometem e reduzem a estimulação sensorial, levando a uma diminuição da atenção, pelo que é crucial haver uma vigilância e acompanhamento.

Relativamente ao momento de transmissão de informação foi frisado por um enfermeiro participante, como sendo uma estratégia mobilizada o **privilegiar diferentes momentos no percurso hospitalar**, para realizar os ensinamentos de forma a preparar a pessoa para o regresso a casa. Hansen e Fisher (1999) são bem claros quando afirmam que o enfermeiro, na sua prestação de cuidados, deve aproveitar todos os momentos e oportunidades em que a pessoa se encontra a um ótimo nível de aprender para as práticas educativas.

No processo de cuidados, a comunicação e as relações interpessoais assumem-se como um pilar estruturante da prestação e gestão de cuidados. Neste sentido são mencionadas pelos dois grupos de participantes quando se pronunciam sobre as estratégias mobilizadas a nível das práticas educativas. Estas **atitudes comunicacionais** são um meio essencial para o estabelecimento de uma relação interpessoal, contribuindo para uma maior cooperação entre o enfermeiro, a pessoa e a família/pessoa significativa. Os enfermeiros do estudo abordam esta competência como sendo fundamental no cuidar, referindo-as como úteis para estabelecer uma relação com o outro. Neste âmbito é fundamental o *estar disponível*, e o *adequar a linguagem*, de modo a comunicar com pessoa, tendo em conta a individualidade de cada uma (Bolander, 1998). Na opinião de Phaneuf (2005), a maneira de ser da pessoa pode influenciar o ensino, pelo que o enfermeiro deve utilizar uma linguagem simples, frases curtas, evitar linguagem elaborada, clarificar sempre os termos especializados que são essenciais para a compreensão da informação transmitida.

Para além destas atitudes, apontadas por ambos os participantes, as pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA deste estudo, acrescentam ainda o *apoio* proporcionado pelos enfermeiros e a *abertura destes para esclarecer dúvidas*. Para Freitas e Freitas (2008) clarificar dúvidas é essencial na comunicação enfermeiro/pessoa, pois evita sentimentos negativos de incompreensão e insegurança. A *simpatia/atenção* sentida pela pessoa foi outro dos aspetos mais valorizados na relação estabelecida com a equipa de enfermagem.

Por último, o **contacto com a pessoa nas 24 horas seguintes à cirurgia** pelos enfermeiros da UCA é outra estratégia mobilizada e enunciada pelos enfermeiros deste estudo nos seus discursos, constituindo-se também para o utente um aspeto altamente valorizado para o seu regresso a casa em segurança. O facto de a pessoa saber que será contactada no dia seguinte à cirurgia surge como aspetos tranquilizadores da pessoa e que lhes conferem segurança.

- **Perceber as dificuldades sentidas pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA após o seu regresso a casa.**

Na perspetiva da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, relativamente às dificuldades sentidas após o regresso a casa, elas recaem sobretudo na realização das **atividades de vida diárias**. É compreensível esta dificuldade, tanto que Bolander (1998) afirma que a capacidade da pessoa em se mobilizar, proteger e cuidar das suas necessidades individuais, diminui com a cirurgia. Das atividades de vida diárias, a *mobilização* foi a mais apontada comparativamente à realização da *higiene e vestir-se*, pois, pelos discursos, é visível que, aquando do regresso a casa, a pessoa sente esta dificuldade nos primeiros dias. Aos enfermeiros cabe demonstrar à pessoa a mecânica corporal adequada para se mover e levantar (Rothrock e Meeker 2008). Foram também apontadas como dificuldades, embora em menor número, mas não menos significativo, a toma da **medicação** habitual do utente no regresso a casa, e os **posicionamentos** a adotar pela mesma na cama.

- **Identificar as estratégias mobilizadas pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA após o seu regresso a casa para ultrapassar as dificuldades sentidas;**

Para ultrapassar as dificuldades descritas, as pessoas mobilizaram recursos tais como o **apoio da pessoa significativa**, o que vai ao encontro da opinião de Roper [et al.], (1995, p. 3), que refere que é evidente a importância da envolvência dos mesmos nos cuidados, pois “a família/pessoa significativa é o mais antigo e ainda o mais utilizado serviço de assistência à saúde do mundo”. E que é visível no discurso dos participantes a importância dada à família.

Outro recurso mobilizado é a leitura do **folheto informativo** entregue pela equipa de enfermagem. O folheto informativo é, sem dúvida, um dos instrumentos de ensino mais

utilizados em educação para saúde. Proporciona feedback limitado mas está sempre disponível para a pessoa, caso surja uma dúvida (Redman e Breda, 2002).

Um participante do estudo do grupo das pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica refere a **adequação do vestuário** como recurso mobilizado para ultrapassar dificuldade sentida na realização da AVD “vestir-se”.

- **Identificar os contributos das práticas educativas em CA**

Os contributos das práticas educativas enunciadas por ambos os grupos de participantes deste estudo são o **autocuidado** e a **recuperação**. As práticas educativas realizadas pelos enfermeiros contribuem para promover o autocuidado e a sua recuperação. Outro contributo enunciado pelos participantes do grupo da pessoa submetida a uma cirurgia foi a **segurança** sentida quando regressam a casa, o que é revelador da importância das práticas educativas no sucesso da recuperação.

Os enfermeiros que participaram no estudo acrescentam outros contributos que se podem relacionar com os mencionados anteriormente, nomeadamente, a **autoconfiança**, o estar envolvido nos cuidados, a relação de proximidade com os profissionais de saúde. Como refere Bolander (1998), os enfermeiros ajudam a pessoa a alcançar um bom estado de independência, de forma a poderem tratar de si próprias o melhor possível.

O **esclarecimento de dúvidas** é outro contributo das práticas educativas evidenciadas por um enfermeiro, que colabora para a capacidade da pessoa intervencionada a uma cirurgia no seu regresso a casa. Segundo a Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2008, ser submetido a uma cirurgia em CA tende a criar menos ansiedade na pessoa, desde que devidamente informada acerca do processo e do acompanhamento na recuperação em ambiente familiar. As práticas educativas revelam-se também como um forte contributo para a redução de ansiedade, pois, frequentemente, uma pessoa que vem para ser submetida a uma cirurgia pode sentir-se ansiosa ainda que não o admita perante si ou perante os outros (AESOP, 2006). O enfermeiro deve ter um papel interventivo na redução dessa ansiedade, facilitando todo o processo inerente à cirurgia. Rothrock e Meeker (2008) vêm reforçar os contributos descritos pelos entrevistados afirmando que as vantagens das práticas educativas numa pessoa submetida a uma cirurgia vai acelerar a recuperação, aliviar a ansiedade, aumentar a autoestima/autoconfiança e reduzir a intensidade da dor percebida imediatamente e residual.

Apresentados os contributos das práticas educativas, importa agora entender os fatores dificultadores sentidos pelos enfermeiros do estudo, em todo este processo. Uma das dificuldades sentidas está relacionada com o **nível cognitivo da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA**, que se pode constituir como uma barreira para o ensino. Compreende o conhecimento, a compreensão e capacidade de raciocínio, relacionados muitas vezes com o processo natural do envelhecimento, ou com o próprio desinteresse da pessoa, a desmotivação. O idoso, para Santos, [et al.], (2013), apresenta alterações neurológicas e circulatórias manifestadas pela diminuição da memória e dificuldade na organização e utilização das informações armazenadas, pelo que tem maior dificuldade em apreender a informação transmitida. A desmotivação ou o desinteresse também se constitui como um fator dificultador, pois se a pessoa demonstra pouca vontade em se envolver no processo ensino/aprendizagem, irá influenciar a capacidade com a qual ela apreende a informação (Bolander, 1998).

Outro das barreiras apontadas por um enfermeiro está relacionado com o **volume de informação fornecida e num só momento**, na medida em que pode dificultar a assimilação/interiorização da mesma. Para Leal (2006), os enfermeiros necessitam de ter uma visão cada vez mais alargada do cuidar, nunca esquecendo o seu centro de cuidados, a pessoa. Muitas vezes, por parte de quem ensina, a falta de planeamento, demasiada utilização de termos técnicos, discursos apressados e concentrados e atitudes desinteressadas são fatores que não facilitam a aprendizagem da pessoa (Bolander, 1998). É a partir do primeiro contacto com a pessoa, nos momentos formais e informais, que o enfermeiro avalia a disponibilidade e a capacidade de aprendizagem e promove o ensino. Como refere Hansen e Fisher (1998), deve-se ensinar em todas as oportunidades.

Um dos enfermeiros mencionou como fator dificultador das práticas educativas, o **espaço físico da sala do recobro**. A falta de privacidade, ambiente barulhento e interrupções variadas e constantes, tendem a interromper seriamente a recuperação da pessoa (Hansen e Fisher, 1998). Um espaço reduzido também pode impossibilitar a presença permanente, em todas as fases do recobro, do familiar /pessoa significativa.

Ainda, por último, quando questionados para as dificuldades sentidas, um enfermeiro faz alusão à falta de **disponibilidade de tempo da equipa** para a realização de protocolos de atuação, manual de integração na unidade, registos informatizados de forma a melhorar os cuidados, apontada por um enfermeiro. Segundo a CNDCA (2008),

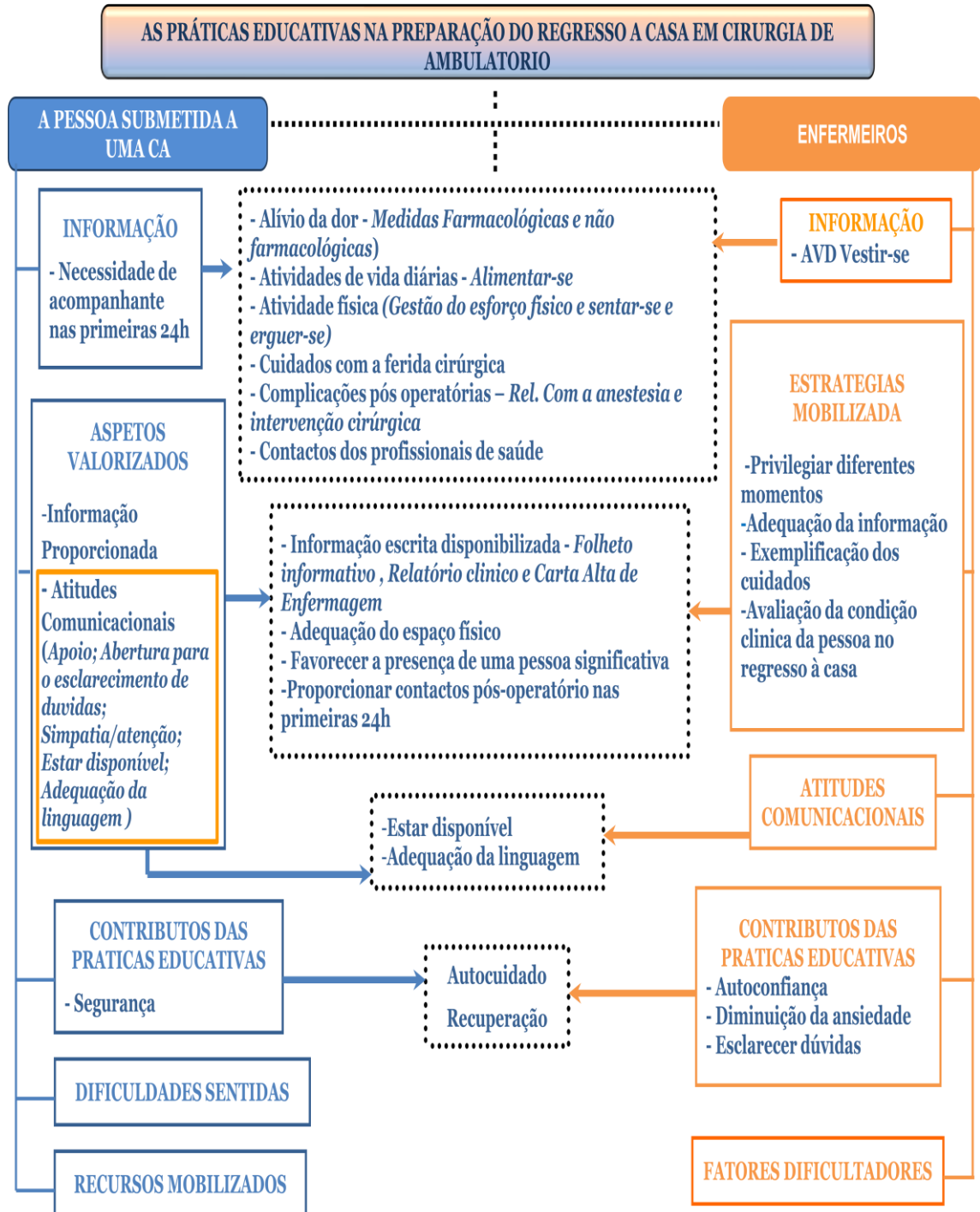
algumas conclusões e recomendações que surgem do relatório final de forma a melhorar a práticas da CA, passam, entre outros aspetos, pela elaboração de protocolos clínicos, a criação de registos específicos do programa de CA, efetuados em sistema informático.

Para Leitão (1992) os cuidados de enfermagem têm por objetivo, desenvolver ao máximo as potencialidades de atuação independente, na manutenção de vida e saúde na recuperação da doença. Neste âmbito, educar para a saúde em CA torna-se indispensável à capacitação pessoal, habilitando a pessoa a prevenir complicações e a agir no sentido de exercer um maior controlo sobre a sua própria saúde, para atingir o bem-estar (Leitão, 1992). Importa assim salientar, neste estudo, que todos os participantes valorizaram as práticas educativas e os seus contributos para o regresso a casa do mesmo dia.

Em síntese, ao analisarmos estes dados obtidos através das entrevistas aos enfermeiros e as pessoas submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, observamos que as opiniões sobre as práticas educativas são muito coincidentes embora se encontrem algumas descoincidências, que não significam um olhar diferente, mas acrescentam outras opiniões, que nos permitem ter uma ideia ainda mais abrangente sobre a temática, como observamos na figura nº 13.

De um modo geral, consideramos que foi possível conhecer as práticas educativas dos enfermeiros junto da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA e da Família/pessoa significativa, assim como os contributos das mesmas para capacitar um regresso a casa bem-sucedido.

Figura 13. – Aspectos comuns, das práticas educativas na preparação do regresso a casa em Cirurgia de Ambulatório- síntese das perspetivas dos dois grupos de participantes



CAPITULO V
CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A investigação é um processo de construção de conhecimento que tem como meta principal desenvolver novos conhecimentos ou reforçar os existentes, como tal é essencial a qualquer disciplina. Segundo Fortin (2009) é um meio de demonstrar a área de intervenção de uma profissão, pelo que a enfermagem deve estar em posição de fornecer à comunidade uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual se apoia na sua prática.

Ao longo da realização deste estudo, foi-nos possível efetuar uma reflexão acerca da intervenção do enfermeiro em CA, nomeadamente no que se refere às práticas educativas e seus contributos para um regresso a casa bem-sucedido da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA. Vários autores apontam a importância do cuidar em enfermagem em CA, importa, então, conhecer os resultados das práticas educativas, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados em CA e, consequentemente, para uma maior satisfação das pessoas que recorrem à UCA. É através da compreensão das perceções e necessidades das pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA, e do olhar dos enfermeiros sobre as suas próprias práticas que podem ser potencializadas intervenções de enfermagem, que permitam assegurar uma experiência única, segura e bem-sucedida.

Neste sentido, e a partir dos resultados obtidos com este estudo que incidiu sobre as práticas educativas dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia em CA, na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado, emergiram as seguintes conclusões:

É consensual entre os dois grupos de participantes o tipo de informação proporcionada pelos enfermeiros e a sua importância na preparação da pessoa submetida a uma cirurgia no regresso a casa em contexto de CA.

Todos os participantes do estudo se referiram à necessidade de um acompanhante nas primeiras 24h aquando o regresso a casa, ao alívio da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, aos cuidados com a alimentação, com a ferida cirúrgica (vigilância), às complicações inerentes após a cirurgia e à disponibilização dos contactos telefónicos dos profissionais de saúde.

Os enfermeiros mobilizam diversas estratégias, a nível das práticas educativas em CA, que se podem constituir como facilitadoras da aprendizagem e contribuem deste modo para um regresso a casa bem-sucedido.

As estratégias descritas pelos enfermeiros no âmbito das práticas educativas foram quase todas valorizadas pelas pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica em CA, desde a exemplificação dos cuidados através do instruir/treinar da mobilização; o recurso à informação escrita com a entrega de um folheto informativo; avaliação da condição clínica da pessoa; a preocupação em adequar o espaço físico; a envolvência de um familiar/ pessoa significativa; o privilegiar diferentes momentos para realizar o ensino; ter presente atitudes comunicacionais como o estar disponível, a adequação da linguagem, abertura e simpatia/atenção e, por fim, o contacto telefónico com a pessoa nas 24 horas seguintes à cirurgia efetuado pelos enfermeiros da UCA.

No processo de regresso a casa da pessoa submetida a uma cirurgia em CA são visíveis as dificuldades sentidas nomeadamente ao nível da realização das AVD, medicação e posicionamentos.

Contudo são ultrapassadas pela mobilização de recursos, como a leitura do folheto informativo, a adequação do vestuário à situação, e com o apoio de pessoas significativas.

São evidentes os contributos das práticas educativas na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma cirurgia em CA. Considerando-se assim indispensáveis à capacitação individual, habilitando a pessoa a prevenir complicações agindo no sentido de exercer maior controlo sobre a sua própria saúde, para a obtenção de ganhos em saúde.

Os principais contributos, na voz dos participantes, no envolvimento da pessoa nos cuidados e de uma relação de parceria com os profissionais de saúde, direcionam-se sobretudo para a autoconfiança e diminuição da ansiedade da pessoa e, como tal, para o seu autocuidado e recuperação.

É ainda perceptível a importância dada pelos enfermeiros e pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA a presença de um familiar/pessoa significativa em todo o processo de cuidar.

Para o sucesso das práticas educativas e de forma a realizar uma educação efetiva é importante que o enfermeiro tenha presente que neste processo, a pessoa traz para a situação de aprendizagem a sua personalidade, a sua forma de estar na sociedade, os seus valores, crenças e normas culturais e influências ambientais. Estar ciente deste

aspeto permite ao enfermeiro lidar com estas diferenças e adequar a sua intervenção tendo em vista os mais elevados níveis de satisfação dos utentes.

Na área da CA, a intervenção do enfermeiro transforma-se num grande desafio, pela especificidade deste contexto, relacionado com o tempo reduzido de permanência do utente, o que exige dos enfermeiros competências que permitam dar resposta às necessidades do utente num curto espaço de tempo. Pelo que, em nossa opinião, seria importante que fossem criadas condições a nível da organização que permitissem dar respostas a estas necessidades, contribuindo deste modo, não só para melhores práticas educativas mas dos cuidados aos utentes em CA, de um modo geral.

Este estudo permitiu-nos reunir conhecimentos sobre as práticas educativas do enfermeiro e seus contributos para um regresso a casa bem-sucedido, permitindo à pessoa intervencionada sentir-se segura e com capacidade para se autocuidar.

Como limitação deste estudo, consideramos a utilização apenas de uma estratégia de recolha de dados. Na verdade, seria interessante, e de forma a enriquecer o estudo, o recurso à observação, numa lógica de complementaridade de dados, colmatando as limitações inerentes à utilização de uma única estratégia. Porém, não foi possível pelo facto do investigador pertencer à equipa da unidade e pela equipa ser composta por um número reduzido de enfermeiros, podendo haver constrangimentos por parte da mesma. Teria ainda sido interessante alargar este estudo a outras unidades de Cirurgia de Ambulatório de modo a consolidar os resultados.

Acreditámos que este estudo, embora com limitações, é um contributo para a UCA onde se desenvolveu, pois torna visível a intervenção do enfermeiro como um forte elemento para o sucesso na recuperação da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA. Na nossa perspetiva, pode ainda constituir-se como motivador para a equipa e para a instituição onde a UCA está integrada, ao potencializar os recursos já existentes e valorizados e mobilizar outros, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Neste contexto, é importante que os enfermeiros incorporam os resultados da investigação na sua prática mas também que haja uma aposta numa política de formação contínua promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICANO, Mahomede [et al.] - Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital do Barlavento Algarvio. **Revista Portuguesa Cirurgia Ambulatória**. Porto. ISSN 0874-8349. Vol. 3, nº1 (2002), p.33-39.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP) – **Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados**. Lisboa: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16.
- ALITI, B. Graziella, RABELO, R. Eneida, DOMINGUES, B. Fernanda, CLAUSELL, Nadine - Cenário de educação para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 15, nº 2 (2007).
- AMORIM, Cidália – Intervenção para a autonomia de opção. **Trajectos e Projectos**. Viana do Castelo. Nº1 (1999), p. 17-19.
- ANDRADE, M. M. Fernanda e PEREIRA, C. F. Luís - Educação para a saúde: um processo de parceria entre profissionais de enfermagem e utentes. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Amadora. ISSN 0873-1586. Nº21 (2010), p. 11-14.
- APCA-ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA AMBULATORIA. **DR III Série**. 243 (1999/10/18) 21 976-(6).
- ARAUJO, F. – A cirurgia de Ambulatório em Portugal – In Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória, III. Jornal do congresso. Beja: [SN], (2010) p7.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Lda, 2011. ISBN: 9789724415062.
- BILBAO, Mercedes. **Entrevista - Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório**. [Em linha]. 2010. [Consultado em 30 Junho 2014]. Disponível na www: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/informacao/Paginas/EntrevistaDiaEuropeuEnfermeiroPerioperat%C3%B3rio.aspx>>.
- BOGDAN, C. Robert e BIKLEN, k. Sari - **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2.
- BOLANDER, R. Verolyn - **Sorensen e Luckman: Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- BURGESS, G. Robert - **A pesquisa de terreno**. Oeiras: Celta Editores, 1997. ISBN 972-8027-43-5.

- BRANCO, P. H. B. M. Isaura – **A prática educativa dos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 1995. Mestrado em ciências de Enfermagem.
- CARVALHO, Amâncio e CARVALHO, Graça - **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.
- CASTANHEIRA, Célia – Da experiência à melhoria dos cuidados – In Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória, III. Jornal do congresso. Troia: [SN], (2014) p11.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - Le legs de Désiré Bourneville à la profession infirmière. **Soins**. Paris. N° 639 (1999), p. 18-20.
- COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA AMBULATORIA (CNDCA) – **Relatório final: Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **CIPE. Versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.
- COUTO, S. Paula. – Editorial - **Revista portuguesa de cirurgia ambulatória**. Porto. ISSN 0874-8349. Vol. 9, nº1 (2008), p. 11.
- COSTA Alexandra e CONDENÇA Alda - **Cirurgia de Ambulatório: papel do Enfermeiro. Nursing**. Lisboa. ISBN 0871-6196. N° 198 (2005), p. 38-40.
- CUNHA, I. G. Ana, CARDOSO, A. O. Lúcia, e OLIVEIRA C. T. Vânia - Autocuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN. N°61 (2005), p. 36-40.
- DECRETO LEI nº 161/96. **DR I Série**. 205 (1996/9/4) 2959-2962.
- DECRETO LEI N° 437/9. **DR I Série A**. 257 (1991/11/8) 5724.
- DECRETO LEI N° 247/2009. **DR I Série**. 184 (2009/9/22) 6759.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - **Estudo sobre a qualidade cirurgia de ambulatório**. Porto, 2008 [Em linha]. [Consultado a 12Jan. 2014]. Disponível na WWW: <URL:
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word-Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf>.

- FERREIRA, L. Pedro [et al.] - Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº. 5 (2011), p. 121-133.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e Etapas de Investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FREITAS, S. S. José; FREITAS, P. F. Susana - Tratar versus cuidar: do passado para o presente/futuro. **Sinas Vitais**. ISSN 0872-0844. Nº 80 (2008), p. 37-41.
- FRIEDLANDER, R. Maria e LAGE, O. Célio - Preparo para a alta pós-cirúrgica: resultados de ação andragógica observados durante a visita domiciliária. **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-0775. Nº 33 (2005), p. 23-28.
- GASPAR, M. S. Susana – **A Prática da Educação para a Saúde dos Enfermeiros Comunicadores**. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, 2013. Dissertação de Mestrado.
- GLANZNER, H. Cecília; ZINI, L. Waltraut e LAUTERT, Liana – Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre. Nº 1 (2006), p. 92-99.
- HANSEN, Marian e FISHER, C. James - Ensino Centrado no Doente: Da teoria à Prática. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol.47, nº5 (1999), p. 263-267.
- HESBEEN, Walter - **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
- HOOD, H. Gail; DINCHER, R. Judith - **Fundamentos e prática da enfermagem: atendimento completo ao paciente**. 8ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-052-8.
- LASH, Sandra - Convicções e comportamento na educação para a saúde. **Nursing**. Lisboa. Nº 27 (1990) p. 46-48.
- LAVERACK, Glenn - **Promoção de saúde poder e empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-09-3.
- LARREA, Cristina e PLANA, Montse - Antropologia y educación para la salud. **Revista ROL de Enfermería**. Barcelona. Nº 16 (1993) p. 65-69.
- LEAL, T. Maria - Cirurgia ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? **Pensar em Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 10, nº 1 (2006), p. 67-74.

- LEITÃO, M. S. João - Contributo da relação enfermeiro/utente no comportamento do doente cirúrgico. **Nursing**. Lisboa. ISSN 978-989-8075-09-3. Nº 5 (1992), p. 6-16.
- LEMOS, Paulo – Relatório do congresso. **Revista portuguesa de cirurgia ambulatorio**. Porto. ISSN 0874-8349. Vol. 3, nº1 (2002), p. 77.
- LIMA, A. Nilza - O desafio da cirurgia de ambulatorio... **AESOP**. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. VII, nº 19 (2006), p. 13-18.
- LONG, Barbara C. [et al.] - **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica**. 2ª.ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-96610-0-6.
- LOUREIRO, Isabel e MIRANDA, Natércia – **Promover a Saúde: Dos Fundamentos à acção**. Coimbra: Almedina, 2010. ISBN 9789724043999.
- MADEIRA, Ana [et al.] - A "viagem" em Cirurgia Ambulatório do ensino ao follow-up. **AESOP**. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. 8, nº22, (2007), p. 31-34.
- MAGALHÃES, Carlos – Estimular a prática da CA – In Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória, III. Jornal do congresso. Troia: [SN], (2014) p7.
- MAGALHÃES, Carlos – Carta do presidente da APCA aos sócios. [Em linha]. 2000. [Consultado a 10 Junho 2014]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.apca.com.pt/ver.php?cod=1F0A>>.
- MARCOS, Ana – Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho: Três Anos de Evolução. **Revista Portuguesa Cirurgia Ambulatória**. Porto. ISSN 0874-8349. Vol. 12, nº1 (2011), p. 7-11.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: Estándares y recomendaciones. [Em linha]. Informes, Estudios e Investigación, 2008. [Consultado a 20 Junho 2014]. Disponível na www: <URL: http://www.asecma.org/attachments/article/74/LIB_I_1_C_1.PDF>.
- MINISTERIO DA SAÚDE. **Direção de Serviços de Planeamento - Cirurgia de ambulatório: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-98-1.
- MORRISON, Paul - **Para compreender os doentes**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-8449-97-6.
- NATARIO A. [et al.] - Cirurgia ambulatório - Recomendações para o desenvolvimento. **Revista portuguesa de cirurgia ambulatorio**. Porto. ISSN 0874-8349. Vol. 1, nº1 (2000), p. 19-27.

- NUNES, C. D. Maria - Formação e práticas dos enfermeiros: A formação em serviço no contexto do hospital geral. **Informar**. Porto. Nº 20 (2000), p. 11-16.
- OREM, Dorothea - **Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica**. Barcelona: Ed. Científicas y Técnicas, 1993. ISBN 84-458-0092-2.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **L'éducation pour la santé. Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires**. Genève: WHO, 1990. ISBN 92-4-254225.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Orientações da OMS para a Cirurgia Seguea 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas**. Lisboa: Ministério da saúde, 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar. Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar. Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Investigação em enfermagem: Tomada de posição** - [Em linha].Lisboa, 2006. [Consultado a 10 Junho 2014]. Disponível na WWW:
<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf>.
- PHILIP, Bervely, JARRETT, Paul e LEMOS, Paulo – **Day Surgery: Development and Practice**. Porto: First International Edition, 2006. ISBN 989-20-0234-2.
- PEREIRA, C. B. F. Isabel - Cuidar: sentido genérico/sentido profissional. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 54, nº 3 (2006), p. 114-120.
- PEREIRA, Vanda Maria Veiga - **Prémio de investigação em enfermagem Mariana Diniz de Sousa: 2008**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-51-6.
- PESTANA, T. A. T. Maria - A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Lisboa. Nº 1 (1996), p.183-297.
- PHANEUF, Margot - **Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado**. Coimbra: Ed. Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-78-3.

- PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- PIRES, M. B. Ana; GOES, M. Maria - Cuidar: um conceito central em enfermagem: uma revisão da literatura. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 56, nº 5-6 (2008), p. 184-188.
- KEROUAC, Suzanne; PEPIN, Jacinthe; e DUCHARME, Francine - **La pensée infirmière**. 3ª. ed. Québec: Chenelière Éducation, 2010. ISBN 978-2-7650-2674-7.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** - [Em linha]. Lisboa, 2013. [Consultado a 30 de Junho 2014]. Disponível na WWW: <URL: <HTTP://PNS.DGS.PT/FILES/2013/05/VERSAO-RESUMO.PDF>
- POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernardette P. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101.
- POTTER, A. Patrícia e PERRY, G. Anne - **Grande tratado de enfermagem prática: conceitos básicos: clínica e prática hospitalar**. São Paulo: Tempo/Livraria Santos, 1996.
- PRECIOSO, José [et al.] - Educação para a saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação: Universidade do Minho, 1999. ISBN 972-8098-45-6.
- RAMALHO, Anabela - Estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN 0872-0844. Nº 64 (2006), p. 51-56.
- ROCHON, Alain - **Educación para la salud: Una guía práctica para realizar un proyecto**. Barcelona: Masson, 1992. ISBN 84-311-0541-0
- REDMAN, K. Barbara e BREDÁ, João - A prática da educação para a saúde. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-39-8.
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 159-A/2008. **DR I Série**. 202 (2008/9/17) 7458-(2).
- RODRIGUES ^a, M. C. P. Vitor - Educar para a saúde: uma estratégia de promoção da saúde. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN 0872-8844. Nº 59 (2005), p.47-59.
- RODRIGUES ^b, A. Manuel [et al.] - **Educação para a Saúde - Formação pedagógica de Educadores de Saúde**. Coimbra: Formasau, 2005.

- ROPER, Nancy; LOGAN, W. Winifred; TIERNEY, J. Alison - **Modelo de enfermagem**. 3ª ed. Alfragide: McGraw-Hill, 1995. ISBN 972-9241-98-8.
- ROTHROCK, C. Jane e MEEKER, H. Margareth - **Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. ISBN 978-989-8075-07-9.
- SAMPIERI, H. Roberto [et al.] - **Metodologia de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN 85-8680493-2.
- SANTOS, S. Franklin [et al] – **Estimulação Cognitiva para Idosos: Ênfase em Memória**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. ISBN 978-85-388-0407-9.
- SARMENTO, Paula [et al.] – **Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatório em cirurgia de ambulatório**. APCA, 2013.
- SILVA, M. D. S. O. Maria^a - **Educar para o autocuidado num serviço hospitalar**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem.
- SILVA, F. João^b - A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. **Revista Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 55, nº 3 (2007), p. 68-77.
- SOARES, S. Francisca – **Da prática á qualidade dos cuidados** – In Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória, III. Jornal do congresso. Troia: [SN], (2014), p11.
- STREUBERT, J. Helen e CARPENTER, R. Dona - **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. [Em linha]. 2002. [Consultado em 30 Junho 2014]. Disponível na [www:](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562072.pdf) <URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562072.pdf>>.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Autorização do Conselho de Administração do HSSM, EPE

APÊNDICE B

Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito dos “Contributos da Educação para a saúde no autocuidado em Cirurgia de Ambulatório”, realizado pela Sophie Magalhães Dias, a frequentar o II Curso de Mestrado Médico-cirúrgico, e da forma como vou participar no referido estudo. Fui esclarecido (a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: __/__/__

APÊNDICE C

**Guião orientador da entrevista à pessoa submetida a uma intervenção
cirúrgica em CA, sujeito ao pré-teste**

GUIÃO DA ENTREVISTA- PRÉTESTE

I Parte – Acolhimento	
Objetivo: • Informar o participante do estudo	• Identificação do investigador; • Informar acerca do tema, da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e anonimato; • Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: • Caracterizar o participante do estudo	• Idade • Género (feminino, masculino) • Habilitações Literárias • Profissão • Com quem vive • Diagnóstico/Intervenção cirúrgica
III Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos Específicos:	Questões Orientadoras
• Identificar o tipo de informação proporcionada e as estratégias mobilizadas pelo enfermeiro, no âmbito da educação para a saúde, na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA;	• Da informação transmitida que aspetos considerou relevante? • Considera que a informação proporcionada foi suficiente? • Achou o momento e o espaço adequados aquando da transmissão de informação para o regresso a casa? • Acha importante no momento da alta a presença do seu familiar/acompanhante? Porquê? • Como foi proporcionada a informação? • O que achou do material fornecido?
• Perceber as dificuldades sentidas, pelo doente submetido a uma intervenção cirúrgica em CA, no seu regresso a casa;	• Quais as necessidades que sentiu no regresso à casa? • Surgiram-lhe dúvidas acerca dos cuidados a ter relacionado com a cirurgia? • E relativamente ao que foi-lhe dito, surgiu alguma questão que necessitasse de ser melhor esclarecida?
• Identificar as estratégias mobilizadas pela pessoa, submetida a uma intervenção cirúrgica em CA, após o seu regresso à casa;	• Quais as estratégias utilizadas, para cuidar de si no regresso a casa?
• Identificar os contributos das práticas educativas em CA.	• Na sua opinião, quais as vantagens/benefícios das práticas educativas proporcionadas no regresso a casa?

APÊNDICE D

**Guião orientador da entrevista à pessoa submetida a uma intervenção
cirúrgica em CA**

GUIÃO DA ENTREVISTA

I Parte – Acolhimento	
Objetivo: • Informar o participante do estudo	• Identificação do investigador; • Informar acerca do tema, da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e anonimato; • Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: • Caracterizar o participante do estudo	• Idade • Género (feminino, masculino) • Habilitações Literárias • Profissão • Com quem vive • Diagnóstico/Intervenção cirúrgica
III Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos Específicos:	Questões Orientadoras
• Identificar o tipo de informação proporcionada e as estratégias mobilizadas pelo enfermeiro, no âmbito da educação para a saúde, na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA;	• Que informação lhe foi transmitida aquando a alta? • Desta informação, o que considerou mais importante? • De que modo é que lhe foi transmitida esta informação? (Verbal/escrito) • Qual a sua opinião acerca do folheto das recomendações fornecidos aquando a sua alta? • Qual a sua opinião relativamente ao espaço e o momento em que lhe é transmitida a informação? • O que pensa sobre o momento da alta a presença do seu familiar/pessoa significativa? Porquê?
• Perceber as dificuldades sentidas, pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA no seu regresso a casa;	• Quais as dificuldades que sentiu no regresso à casa? O que mais o preocupou? • E relativamente ao que lhe foi dito, teve alguma dúvida ou surgiu alguma questão?
• Identificar as estratégias mobilizadas pela pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA após o seu regresso à casa;	• Como fez para cuidar de si em casa? Quais as estratégias que utilizou para realizar as suas Atividades de vida diárias?

APÊNDICE E

Guião orientador das entrevistas aos enfermeiros da UCA

GUIÃO DA ENTREVISTA

I Parte – Acolhimento	
Objetivo: • Informar o participante do estudo	• Identificação do investigador; • Informar acerca do tema, da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e anonimato; • Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: • Caracterizar o participante do estudo	• Idade • Sexo (feminino, masculino) • Formação Académica: - Licenciatura_____ - Especialidade_____ - Mestrado_____ - Doutoramento_____ - Outros_____ • Tempo de serviço_____ • Tempo de serviço na UCA_____
III Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos Específicos:	Questões Orientadoras
• Identificar o tipo de informação proporcionada pelo enfermeiro, na preparação da pessoa no regresso à casa em CA;	• Qual a sua opinião sobre a preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA? • Qual a sua opinião sobre a informação que é transmitida à pessoa na preparação do regresso à casa? • Que aspetos são abordados, no âmbito das práticas educativas, na preparação da pessoa submetida a uma cirurgia no regresso a casa em CA?
• Identificar os contributos das práticas educativas da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA;	• Na sua opinião, quais são os contributos, da intervenção da equipa de Enfermagem junto da pessoa submetida a uma cirurgia e família em CA? • Quais os contributos das práticas educativas?
• Identificar as dificuldades percebidas pelo enfermeiro/Equipa de enfermagem no âmbito das práticas educativas da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA.	• Na sua opinião quais as dificuldades sentidas na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA? • O que sugere para ultrapassar essas dificuldades?

APÊNDICE F

**Codificação das entrevistas à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em CA
(Temáticas, Categorias, e Subcategorias)**

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Tipo de Informação	Necessidade de acompanhante nas primeiras 24h		P₄ “(...) [Os enfermeiros] falaram que não podia estar só nas primeiras 24h, que deveria ter alguém por perto, no caso de me acontecer alguma coisa (...)”; P₃ – [Os enfermeiros] Disseram-me que (...) as primeiras 24h que tinha de estar em casa acompanhado (...) pois convinha estar alguém caso surgisse alguma complicação, ter alguém a assistir-me.” P₅ – “A enfermeira também disse que deveria ter maior vigilância nos primeiros dias... a minha esposa nem dormiu, eu bem lhe disse que estava bem mas ela teve toda a noite a olhar por mim (<i>risos</i>).”
	Alívio da dor	Medidas Farmacológicas	P₄ “Explicaram-me de como deveria tomar a medicação (...) e até quando.”; P₁–“Tomei os comprimidos para as dores às horas prescritas como me disseram (...)” P₂ - “(...) entregaram-me a medicação e explicaram-me como a devia tomar...” P₃– “Falaram [os enfermeiros] também de como deveria tomar a medicação...” P₇ – “ (...) entregaram-me medicação para o alívio das dores e explicaram –me como a devia tomar...” P₈ – “Entregaram-me a medicação dos enjoos e para as dores.”
		Medidas não farmacológicas	P₄ - Os enfermeiros ensinaram-me para aliviar as dores que quando tivesse vontade de tossir ou de rir punha a mão no penso a aparar...apliquei gelo...e assim... a posição da cama...” P₁- [Á cerca das dores] “(...) fiz alguns truques que me indicaram (...) como colocar uma almofada debaixo do braço quando tivesse em repouso, usar um soutien tipo de desporto para aconchegar mais a mama...e assim.” P₂ – Para atenuar a dor, o enfermeiro explicou que ao dormir com as pernas ligeiramente fletidas iria atenuar a dor e realmente teve efeito.” P₂ – “[Para o alívio da dor os enfermeiros] Falaram para por gelo (...) de por a mão em cima do penso para apoiar quando me risse ou tossisse...”

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Tipo de Informação	Alimentar-se		P₄– “ Os enfermeiros falaram-me dos alimentos que poderia comer nos primeiros dias por causa da anestesia”.; P₂ – “(...) [Os enfermeiros explicaram-me] que não podia fazer grandes banquetes nas primeiras 48horas por causa da anestesia, bem como evitar a obstipação(...)” P₅ –“ (...) [Informaram] que a alimentação nos primeiros dias teria de ser mais leve um bocado...” P₆ – [Informaram] “Para não consumir bebidas alcoólicas, fazer dieta...” P₇ – “E também me recomendaram [os enfermeiros] a comer ligeiro nos primeiros dois dias, para evitar efeitos secundários da anestesia.” P₈ –“Falaram da alimentação, que deveria ser ligeira nos primeiros dois dias, nada de gorduras e fritos e assim. Que não se podia ingerir bebidas alcoólicas por causa da anestesia também...”
	Atividade física	Gestão do esforço físico	P₁–“ (...) lembro-me de me explicarem que não podia fazer força com braço do lado da mama que foi operada e assim”. P₂ – “(...) falaram-me para não pegar em pesos, não fazer esforços...”; P₃ – “Disseram-me (...), que durante 15 dias não podia conduzir (...) tinha que estar uns dias de repouso...(...)”; P₃ – “ (...) aconselhar-me a fazer poucos esforços, (...) saber como nos devemos levantar e assim P₄– “Falaram do esforço físico, que não poderia carregar em pesos, fazer trabalho esforçados (...)”; P₅ – “As enfermeiras explicaram-me para (...) não fazer esforço de qualquer maneira (...) deveria fazer mais força de braços e de pernas, para levantar da cama com a ajuda do cotovelo sem fazer força no abdómen (...) durante 15 dias não se pode conduzir, 30 dias sem fazer esforços físicos (...).”

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Tipo de Informação	Atividade física (cont.)		P₆ – “Falaram-me ainda relativamente aos esforços, para repousar, para não conduzir...” P₇ – [Os enfermeiros recomendaram] “não fazer esforços, andar devagar (...) que não devia de conduzir nos primeiros 15 dias...” P₈ – “Disseram-me que não podia fazer esforços... (...)”
		Sentar-se/ Erguer-se	P₂ – “(...) falaram também quando me fosse a sentar e a levantar usar sempre a força dos braços e das pernas.” P₃ – “ (...) saber como nos devemos levantar e assim P₅ – “(...) não fazer esforço de qualquer maneira (...) deveria fazer mais força de braços e de pernas, para levantar da cama com a ajuda do cotovelo sem fazer força no abdómen (...)” P₄ “Falaram (...) como me deveria sentar e levantar e assim.” P₅ – “Ensinar-me como me deveria levantar e deitar corretamente.” P₇ – “(...) exemplificaram como deveria levantar e sentar, que era com o apoio dos braços e força nas pernas...” P₈ – “Ensinar-me a levantar e sentar.” P₅ – “(...) não fazer esforço de qualquer maneira (...) deveria fazer mais força de braços e de pernas, para levantar da cama com a ajuda do cotovelo sem fazer força no abdómen (...)”
	Cuidados com a ferida cirúrgica		P₄ – “ Tomar banho, sempre com cuidado para não molhar o penso.” P₅ – [Relativamente aos ensinamentos transmitidos] “(...) achei importante, porque se tivesse repassado ou húmido [penso], eu não saberia se era um alarme ou não e o que deveria de fazer.” P₈ – “Falaram dos cuidados ao penso, que tinha de vigiá-lo, ver se estava sempre limpo e seco...”
	Complicações pós-operatórias		P₂ – “Explicaram-me as complicações que poderia ter, e a quem e como recorrer...” P₅ – “[O enfermeiro falou] (...) sobre o efeito da anestesia, que podia sentir náuseas, sono, tonturas (...)”

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Tipo de Informação			P₅ – “Falou [o enfermeiro] das tonturas se me levantasse muito rápido...” P₆ – “Disseram-me que se tivesse uma complicação depois da cirurgia para ligar para o serviço (...).”
	Contactos dos profissionais de saúde		P₅ – (...) deram-me o contacto telefónico do médico para as primeiras 24horas e o que era normal acontecer ou não.” P₃ – “(...) que me iriam ligar para casa mais tarde para saber se estava tudo bem...” P₆ – “(...) [Os enfermeiros] deram-me o número do médico, que estava disponível nas primeiras 24h.” P₆ – “(...) a enfermeira ligou-me no dia seguinte de manhã”; P₇ – “ Disseram também que no dia seguinte me iriam ligar para saber como me sentia e ligaram.” P₈ – “Entregaram-me os contactos telefónicos do serviço, o contacto do médico nas primeiras 24h e o numero do serviço caso surgisse uma complicação ou dúvida.”

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Aspetos valorizados	Informação escrita disponibilizada	Folheto informativo	P₄– Foi-nos entregue uma folha com tudo o que devia de fazer em casa e os cuidados que tinha de fazer (...) Muito completo (...) acho que toca nos pontos essenciais que devemos de saber e seguir depois da operação.” P₁- “ (...) transmitiu-nos, não só informação verbal mas também em papel, onde vinha descrito (...) a forma correta para seguir em casa na minha recuperação, muito interessante, o que a enfermeira nos disse a nós tava quase tudo nessa folha.” P₂ – “(...) gostei muito do folheto que me entregaram, embora não precisei de o ler, ficou-me tudo na cabeça o que me disseram, tá simples e fácil de perceber (...) foi suficiente, estava lá tudo. ” P₃ – “(...) entregaram-me um papel onde estavam as indicações todas ditas pela enfermeira.” P₅ – Entregaram-me (...) um papel com aquilo que devíamos fazer em casa (...) achei muito importante, pois recebemos indicações e depois podemos esquece-las ao ir para casa, por exemplo, os tempos recomendados para a recuperação e assim podemos recorrer ao folheto para relembrar é muito importante (...)” P₅ – “ Eu acho que ta aí tudo, foi interessante e suficiente...” P₆- “(...) no dia da cirurgia foi entregue um folheto onde estava descrito os cuidados que deveria ter em casa (...) achei muito importante pois (...) é sempre uma ferramenta de apoio no caso de ser preciso relembrar alguma coisa. Tava bastante elucidativo e completo!” P₇ – [A enfermeira no momento da alta] “(...) entregou-me em formato de papel, a informação transmitida por elas [enfermeira], (...) achei importante, pois se me esquecesse de alguma informação tinha o folheto para relembrar.”
		Relatório Clínico	P₄ “ (...) entregaram-me uma cartinha para entregar ao médico de família (...)”; P₅ – “Ela [Enfermeira] (...) entregou (...), uma carta para o médico de família (...)”. P₈ – “E entregaram-me a carta para a enfermeira do centro de saúde, para o médico e assim.”

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Aspetos valorizados	Informação escrita disponibilizada	Carta de alta de Enfermagem	P4 “(...) entregaram-me uma carta para entregar aos enfermeiros para fazer o curativo (...); P5 – “ (...) uma carta para o enfermeiro do centro de saúde para fazer penso...” P8 – “E entregaram-me a carta para a enfermeira do centro de saúde, para o médico e assim.”
	Adequação do espaço físico		P4 – [A informação foi transmitida] “(...) numa salinha à parte do sitio onde acordamos.” P4 – “Não estavam as outras pessoas que estavam no recobro, eramos só nós, a minha filha e a enfermeira.” P1 – [Aquando a transmissão de informação no momento da alta] (...) se tivesse na sala onde estavam os restantes doentes, não ia ter tanta privacidade pois tinha lá mais doentes e inclusive homens. Acho que as pessoas não se iriam sentir à vontade para colocar dúvidas. P1- Na sala onde nos reunimos com a enfermeira, sentia-me à vontade para colocar qualquer tipo de perguntas (...). P2 – “(...) foi numa sala à parte do sítio onde estávamos a recuperar da cirurgia (...) estávamos mais à vontade para ouvir, sem distrações. ” P3 – “No momento em que a enfermeira me entregou toda a documentação, encaminhou a mim e ao meu filho para uma outra sala do serviço.” P3 - Achei mesmo muito bem, é melhor assim do que ao lado das outras pessoas operadas (...) pois estava mais concentrado e ouvia com mais atenção as orientações da enfermeira, estava mais a vontade.” P5 – [A informação foi transmitida] (...) numa sala ao lado, uma sala à parte da de onde estávamos quando acabou a cirurgia. P5 – [Acho importante] “Porque as pessoas estão mais à vontade para fazer perguntas...(…) e a ignorância (<i>risos</i>) há perguntas que temos medo de fazer pois o vizinho do lado pensa, “olha este não sabe disso...”, e não temos de saber tudo, não é?” P6 – “Achei bem, que eu e o meu marido fomos encaminhados [no momento da alta] para

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Aspetos valorizados	Adequação do espaço físico (Cont.)		outra sala à parte do recobro, onde a enfermeira esteve connosco a explicar os cuidados a ter, pois senti mais privacidade, mais à vontade para que se no caso tivesse alguma dúvida...” P₇ – [O enfermeiro] “transmitiu toda a informação a mim e ao meu filho em privado achei interessante pois estava mais à vontade para colocar questões ou assim, embora não tivesse tido.” P₈ – “Falaram [o enfermeiro] comigo e com o meu familiar, no momento da alta, numa sala á parte, explicaram todo os cuidados que deveria ter, (...) achei o momento excelente, e o facto de ser num sitio privado, estava mais à vontade, não tinha problema de fazer perguntas e assim.”
	Atitudes Comunicacionais	Estar disponível	P₄–“(...) o atendimento de enfermagem foi muito bom.” P₄–“(...) A equipa de enfermagem foi muito importante desde que entrei no dia até ao fim, até ir para casa. Esteve sempre disponível para tudo e mais alguma coisa, ajudou na minha recuperação... P₄–“(...) sabia que se precisasse de algo, la estavam elas para me ajudar no que fosse.” P₁– “(...) ajudaram muito a que a cirurgia corresse bem.” P₂ – “ (...) foi muito atenciosa...(...)”. P₃ – “A enfermeira foi muito atenciosa, percebi tudo!” P₃–“(...) a pessoa sente-se mais à vontade e sente que está a ser acompanhada, bem atendida, bem servida (...)” P₅ –“(...) achei que a equipa de enfermagem foi muito atenciosa (...)”. P₆ - A enfermeira foi muito clara e perceptível a meu ver, entendi tudo, foram todas muito atenciosas desde a minha entrada até à minha alta.
		Apoio	P₁ - O facto de acalmar o doente no início da cirurgia é muito importante. (...) Senti muito apoio por parte da enfermagem.

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Aspetos valorizados	Atitudes Comunicacionais		P₇ – “O facto de se levar os contactos telefónicos daqui, sabemos que vocês estarão disponíveis para dar apoio.” P₇ – “Estamos sempre acompanhados [a pessoa] nunca estamos sozinhos, sabemos que se surgir uma dúvida ou uma má disposição vocês estão la!”
		Abertura para esclarecimento de dúvidas	P₄ –“(…) não tinha medo de colocar questões se as tivesse.” P₁-“(…) Se tivesse tido alguma dúvida, senti à vontade para lhe colocar.” P₁- “Ela no fim até nos perguntou se tínhamos alguma dúvida.”
		Adequação da linguagem	P₂ – “(…) foi muito perceptível percebi toda a informação que ela [o enfermeiro] me deu (…).” P₁- Gostei imenso fui muito bem esclarecida para casa. P₆ – “A enfermeira foi muito clara e perceptível a meu ver, entendi tudo (…).” P₇ – “A enfermeira foi perceptível e objetiva! Percebi tudo, não tive dúvidas no momento nem quando cheguei à casa. Foram esclarecedoras, com uma linguagem acessível para as pessoas perceberem, não foi muito bom!” P₈ – “A enfermeira foi muito clara e objetiva (…).”
		Simpatia/Atenção	P₄ – “As enfermeiras foram muito simpáticas (…).” P₁ – (….) foi simpática, atenciosa (…). P₅ – “Muito simpática, (<i>risos</i>)!” P₆-“(…)encontramos pessoas [os enfermeiros] com simpatia, amigas, com o sorriso na cara (<i>risos</i>)! P₇ – “(…) os enfermeiros são simpáticos, são profissionais, pronto gostei imenso (<i>risos</i>).” P₈ – “A enfermeira foi muito simpática, poe-nos logo à vontade.” P₁ – (….) foi simpática, atenciosa (…). P₇ –“(…) [As enfermeiras] foram muito atenciosas.”

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Aspetos valorizados		Simpatia/Atenção	P₈ – “Os enfermeiros foram impecáveis, cinco estrelas, adorei!” P₈ – “Foram atenciosos, preocupados e disponíveis.” P₅ – “(...) é importante a maneira de como o enfermeiro é com a pessoa, sendo elas atenciosas, meigas, simpáticas ficamos mais à vontade de fazer perguntas (...), sentimo-nos mais próximos.”
	Informação proporcionada		P₄ - [À cerca da informação transmitida] “Foi bom, foi excecional!”; P₁ – [A cerca da transmissão de informação relativa a alimentação] (...) Se não me dissessem o que eu podia comer, e porquê, eu chegava à casa e comia um prato de massa gigante e depois tava no hospital outra vez! (risos) P₁ – [Á cerca da transmissão informação] “ (...) pois entre o despachar a pessoa para casa sem explicar do que se espera, acho que seria assustador.” P₅ – [Á cerca da informação transmitida] “(...) ficou tudo esclarecido (...).” P₆ – “Eu achei a informação toda importante, era a primeira vez que iria ser operada, toda a informação fornecida era bem vinda!” P₇ - Eu realmente achei toda informação importante pois por exemplo, até sabemos que não devemos fazer força e assim, mas não sabemos até quando e como devemos aplicar a força correta quando nos levantamos e assim...” P₇ – “O facto de nos explicarem todos os procedimentos ao qual passamos e o que vamos passar, sentimo-nos calmos e informados acima de tudo.” P₈ – “ [Relativamente a informação transmitida] Achei muito importante falarem-me que não deveria fazer esforços, como e quando pois podia chegar a casa e ficar acamado duas semanas, o que estaria errado para a recuperação, deveria andar aos poucos.
	Favorecer a		P₄ –“(...) a presença da minha filha na hora de ir embora, foi a meu ver muito importante,

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Aspetos valorizados	presença de uma pessoa significativa		pois convém ter alguém a ouvir, ainda vamos meio a dormir e há sempre coisas que podem ficar meio esquecidas!” P₁- Foi muito importante a presença da minha mãe pois (...) se ao chegar a casa não me lembrasse de como devia fazer, estava lá a minha mãe para me ajudar. P₂ – “ (...) achei muito importante, a presença da minha filha. Eu não ia conseguir pegar no carro e ir para casa sozinha (...) e como eu estava assim “meia zonha” ela também tomou conta dos recados caso eu me esquecesse de alguns.” P₃ – “A presença de um familiar, neste caso o meu filho, é bom por tudo, pois se tiver dúvida de alguma coisa em casa, o familiar também que ouviu os ensinamentos, pode relembrar (...)”. P₅ –Foi importante a presença da minha esposa no momento em que a enfermeira dá as explicações, assim ela também ouviu no caso de me esquecer alguma recomendação (...) até porque se tentasse contornar alguma recomendação dada pelo enfermeiro a minha esposa estava sempre em cima de mim (<i>risos</i>)!” P₆ – “O meu marido é que me veio buscar e assistiu comigo às recomendações dadas pela enfermeira, achei este aspeto fundamental pois (...) há sempre alguma coisa que nos esquece ou que não prestamos atenção, e que no caso de um esquecimento está outra pessoa para relembrar.” P₇ – “O fato dele estar [o esposa/familiar] é um suporte, pois também esta envolvida nas explicações que o enfermeiro dá, para poder dar apoio em casa. A nossa capacidade de memorizar a informação é diferente, ainda vamos meio anestesiados (<i>risos</i>).” P₈ – “O facto de estar o meu filho presente aquando me foi transmitido as recomendações dadas pelo enfermeiro, foi importante pois em casa podia relembrar-las caso me esquecesse de alguma.”
Aspetos	Proporcionar		P₄ “ (...) [o enfermeiro] também nos ligou no dia a seguir já é uma segurança para todos,

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB - CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
valorizados	contactos pós-operatório nas primeiras 24h		não é? P₁- “(...) o ligar me no dia seguinte à cirurgia, acho que foi muito bom, para podermos retirar dúvidas que podem surgir na primeira noite...embora não tenha tido.” P₅ – “E depois no outro dia ligaram la para casa, (...) mostrou a vossa preocupação, a vossa amabilidade, e se tivesse alguma dúvida perguntava logo pelo telefone (...).” P₇ –“ Outra aspeto que achei muito importante foi a entrega dos contatos telefónicos do serviço, bem como o do médico nas primeiras 24h...”

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Contributos da Práticas educativas	Autocuidado		P₄ “Gostei muito, foi uma informação muito útil para tratar de mim em casa.” P₄ “(...) ajudou a saber como devíamos fazer em casa, para tratar de nós mesmos, como fomos para casa no dia da cirurgia, ajudou muito (...)” P₁ – “(...) é muito importante na minha opinião pois fico a saber o que posso fazer ou não fazer.” P₂ – “(...) a informação dada pelos enfermeiros foi muito importante e suficiente (...) senão ia para casa e não saberia o que fazer (...)” P₄ “As explicações que me foi transmitida, foi muito útil para tratar de mim em casa.” P₃ – “(...) no fundo ensinaram-nos a tratar de nós em casa.”
	Recuperação		P₄– “Sentia-me bem, seguro (...)”; P₄–“ [Os enfermeiros] também nos ligarem no dia a seguir já é uma segurança para todos, não é? Não fiquei com a sensação de abandono, senti muito o apoio das pessoas todas (...)” P₄ –“(...) Sentia-me (...) contente (...), pois ia para casa, não precisava de ca ficar, eu já me sentia 5 estrelas! E já sabia o que tinha de fazer quando chegasse á casa (...)”. P₂ – “Senti segurança e apoio da vossa parte nesta passagem da minha vida, sinceramente fui para casa sossegadinha (...)” P₃ –[Quando o momento da alta] “Eu tava muito bem, não tinha dores, tava confiante e seguro para ir para casa!” P₃ –“Gostei muito pois de certa forma fui para casa descansado e a saber o que devia de fazer para isto correr bem (...) o medo que se pode sentir antes da cirurgia é ultrapassado no fim.” P₅–“O doente sente-se muito mais seguro, ter aquele apoio do início ao fim, é importante.” P₅– “Pois nós vimos para aqui sem saber o que nos espera... Eu nunca tinha sido operado (...), e este apoio ajudou para reconfortar a alma e ultrapassar o medo.” P₆ – “A saber que leva os contatos telefónicos e que se pode ligar a qualquer hora caso surja

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Contributos da Práticas educativas	Recuperação		uma complicação ou dúvida, é uma grande segurança.” P₆ – “O acompanhamento da enfermagem é fundamental pois procuram transmitir segurança à pessoa, transmitindo informação ao longo do dia e acompanhamento mesmo depois da alta.” P₇ – “Este serviço proporciona segurança ao doente, inicialmente ficasse sempre receoso de ser operado e ter alta no mesmo dia, mas com estas condições torna-se confortável e agradável, já não se fica preocupado de ir para casa naquele dia.” P₈ – “No início vamos com um bocado de medo, mas os enfermeiros poem-nos logo à vontade e depois pronto como explicam as coisas, o encaminhar após a cirurgia é excelente, uma pessoa sente-se segura.” P₈ – [No momento da alta] Sentia-me seguro, estava bem acordado, não tinha dores. P₈ – “Se não fossem eles [os enfermeiros] acho que não iria tão tranquilo para casa, nem como deveria fazer.”
	Segurança		P₄ – “ (...) [a enfermeira] (...) ajudou na minha recuperação.” P₄ – “ (...) toda a explicação que me deram a mim ao longo do dia, e a minha filha antes de ir embora, ajudou-nos em casa a fazer as coisas direitas para que tudo corresse bem.” P₇ – “De certa forma isto [Práticas Educativas] vem a ajudar na nossa recuperação e evitar complicações.” P₄ – “A darem as explicações todas, isto ajudou muito para a nossa recuperação, ir para casa no mesmo dia assim, não há problema!”

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Dificuldades Sentidas no regresso a casa	Relacionado com as atividades de Vida Diárias	Higiene Pessoal e Vestuário	P4– [Teve dificuldade]: “ (...) só para por a cinta abdominal de manha, de resto fazia tudo sozinho.” P3 – [Teve dificuldade] Por exemplo para calçar os sapatos e assim... Mas de resto fazia tudo sozinho.” P3 – (...) para tomar banho, tomava de dois em dois dias, antes de ir ao centro de saúde mas conseguia vestir-me sozinho, claro que não era com aquele à vontade, fazia devagar e sem fazer força na região abdominal como me ensinaram.” P7 – “Precisei de ajuda nos primeiros dias, ao fim do terceiro dia já conseguia fazer tudo sozinho. Ela [a esposa] ajudava a me lavar para não molhar o penso e depois a vestir.”
		Mobilização	P4– “Na primeira semana ficava na cama até tarde, punha-me a pé para comer, ficava por ali um bocado depois cansava-me de estar sentado no sofá e ia para a cama.” P2 – “(...) tive de cama nos dois dias após a operação, não fiz nada! Só me levantei dois dias depois da operação!” P2 – “(...) no primeiro dia em casa [a minha filha] levava-me a comida à cama para não ter o trabalho de me levantar, depois só me levantava para comer até á cozinha (...).” P2 – “(...) Dava as minhas voltas pela casa, e depois ao fim de alguns dias até ao jardim, mas nunca fiz esforços físicos, dava uma voltinha e depois ia para a sala descansar. P3 – “(...) Bem os primeiros dias fiquei mesmo de cama!” P3 – “E como não podia dar grandes voltas e assim fiquei mesmo por casa.” P5 – “ (...) tinha um bocado de medo a subir as escadas e assim, tenho muitas, tinha medo que as vezes acontecessem alguma coisa com os pontos...” P6 – “Os primeiros dois dias é que fiquei mesmo de cama, ainda me sentia muito sonolenta, só me levantava praticamente para tomar banho e comer, não fiz nada! P8 – “(...) eu tinha mais dificuldade era descer e subir as escadas para o exterior. Só saí de casa

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
			ao fim de três dias para ir fazer o penso.”
	Relacionado com a medicação		P₇ – “ [Quando regressa a casa] tive uma dúvida e que me clarificaram no dia seguinte quando me ligaram para casa, foi o facto de saber se poderia haver alguma interação com a medicação analgésica dada pelo hospital com a minha de casa.”
	Relacionado com o posicionamento		P₈ – “Liguei [á UCA] no segundo dia a tarde, pois eu não gosto muito de dormir de barriga para cima, e queria saber se poderia deitar me de lado e assim (...)”.

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Recursos mobilizados	Folheto informativo		P4 – “Eu ainda o cheguei a ler o folheto nos primeiros dias, e acho que tava muito bom!” [Acerca da necessidade de reler o folheto em casa]: E4 L75-L78 - Não, que havia eu de fazer durante o dia... Então enquanto tava no sofá li-o uma vez. Mas era bom para relembrar.” P3- [Acerca da necessidade de consultar o folheto em casa]: “(...) para ver os tempos, em que não podia conduzir e assim, mais nada.” P8 – “Li-o duas vezes em casa, para relembrar, para fazer tudo direitinho.”
	Apoio de pessoas significativas		P4– “(...) a minha filha que estava comigo no dia da cirurgia, estava sempre em cima de mim a relembrar aquilo que podia e não podia fazer... (...) e se eu pegasse nalguma coisa mais pesada, ou para conduzir antes de fazer os 15 dias, ela não deixava.” P4 - “A minha filha até me punha os medicamentos que me deram, a jeito para os tomar...” P1 – (...) a minha mãe estava sempre em cima de mim para ver se estava a fazer tudo direitinho como me tinham dito. P1 – “ Quando era preciso fazer mais um esforço acrescentado pedia sempre ajuda a minha mãe, pois de resto ia fazendo as minhas coisas...” P2 – “(...) a minha filha teve sempre comigo pelo menos a primeira semana após a cirurgia (...) preparava-me a medicação, (...) o gelo para aplicar no penso, como a enfermeira recomendou.” P3 – “ (...) ele estava sempre atrás de mim a relembrar o que podia ou não fazer! Por exemplo na condução e assim...” P3 – “ O meu filho também estava por casa e ajudava no que fosse preciso.” P5 – (...) a minha esposa é que tratou de mim (...) ela é que dava os medicamentos (...) Ajudava só a tapar o penso com película para poder tomar banho sem molhar o penso (...) de resto conseguia tratar de mim sozinho com os cuidados que me tinham ensinado.”

“Práticas Educativas dos Enfermeiros em CA”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
			P₈–“ (...) na questão da medicação, o meu filho, foi uma grande ajuda, orientou-me em casa de como deveria tomá-la pois já não me lembrava muito bem.” P₈- “A minha esposa ajudava-me a calçar as meias e os sapatos que era onde tinha mais dificuldade, e para tomar banho, ela ajudava me para não molhar o penso.”
	Adequação do vestuário		P₂ – “ (...) usava fato treino, que era prático de vestir.”

APÊNDICE G

Codificação das entrevistas aos enfermeiros da UCA (Temáticas, Categorias, e Subcategorias)

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Tipo de Informação	Prevenção de complicações pós-operatórias	Relacionado com a anestesia	E₁ – “É transmitido informação comum a todo o tipo da cirurgia, que são os efeitos secundários da anestesia, as complicações da primeira noite, que a meu ver será aquela que mais receio lhes dará.” E₂ – “Começo sempre pela anestesia, os efeitos secundários, as suas implicações e como evitá-las.” E₂ – “[Transmite informação relativa] (...) os cuidados com a alimentação nas primeiras 48 horas, o não consumir bebidas alcoólicas, o de não poder conduzir, os cuidados a ter com os objetos cortantes... O estar acompanhado nas primeiras 24 horas, fazer levantes progressivos...” E₃ – “ Na informação transmitida é abordado aspetos relativos aos riscos anestésicos, aspetos relativos ao ato anestésico, o tipo de alimentação a seguir, os cuidados à diminuição da atenção provocado pela anestesia... e em relação a alguma complicação que possa surgir.” E₃ – “ (...) abordámos a movimentação corporal relacionada coma anestesia, por exemplo os levantes progressivos (...).”
		Relacionado com a intervenção cirúrgica	E₂ – “ Alertamos para as complicações no pós-operatório, para estarem alertas, e contactar o serviço ou ir ao centro de saúde, no caso, do penso repassar, de dores intensas para além do normal, febre, ou tosse persistente pós-operatório imediato.” E₁ – “O acompanhamento [pessoa significativa] do doente é até perfazer as 24 horas (...)” E₃ – “ (...) são abordados aspetos relativos [informação] ao tipo de cirurgia ao qual o doente é submetido, o tipo de mobilidade para prevenir complicações e mesmo para

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Tipo de Informação	Atividades de vida diária	Vestir-se	E ₃ – “ (...) o tipo de vestiário a usar, no sentido de ser mais adequado ou prático, ainda por exemplo ao uso de cintas, onde explicamos quando usar e como.”
	Alívio da dor	Medidas não farmacológicas	E ₁ – “Ensinámos ao doente os posicionamentos de alívio de dor (...) a meu ver é uma informação que se nós [enfermeiros] não transmitirmos a pessoa, não vão saber, e podem usar posições que lhes vão provocar dor...” E ₂ – “ Ensinamos a aplicar gelo em determinadas cirurgias, para redução da dor e da inflamação...”
		Medidas farmacológicas	E ₂ – “ (...) existe um momento formal do ensino para a alta, em que há ali um reunir com o doente e acompanhante, e aí são abordados vários parâmetros de ensino, desde (...) a medicação (...)”
	Cuidados com a ferida cirúrgica		E ₂ – “ Os cuidados ao penso cirúrgico, explicar como o deve vigiar e o que fazer aquando uma alteração, e a frequência da realização do mesmo...” E ₃ – “ (...) os cuidados de vigilância ao penso pelo doente em caso de repasse ou de humidade do mesmo, pois normalmente quem vigia a ferida será o enfermeiro do centro de saúde.” E ₃ – “ No caso de ser uma ferida exposta sem penso, é o doente que fará a auto desinfeção da mesma no seu domicílio, é ensinado o doente também a vigiar a ferida cirúrgica, sinais de infeção, as características locais, as sistémicas como a febre. Outro tipo de complicações que podem surgir como hemorragia, o que deve ser feito de imediato.”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Tipo de Informação	Contactos dos profissionais de saúde		E₁ –“(…) é-lhes fornecido [à pessoa] o contato telefónico do médico disponível nas primeiras 24h, e o número do nosso serviço, logo aí isto ajuda o doente a regressar a casa com maior segurança e satisfação.” E₂ – “ Associado a toda esta informação verbal transmitida ao doente é-lhe entregue contactos telefónicos, ao qual o doente poderá recorrer em caso de dúvida ou complicação, levam o contacto do médico disponível nas primeiras 24horas, e o contacto do serviço.” E₃ – “(…) E o facto de o doente levar o nosso contacto [UCA] e do médico nas primeiras 24horas dá-lhes tranquilidade no regresso à casa.”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Estratégias Mobilizadas	Recurso à Informação escrita	Folheto informativo	E₁ – “ (...) o folheto das recomendações, vai ajudá-los [á pessoa] em casa no momento certo a recorrerem a essa informação transmitida, que às vezes pode ter ficado.” E₁ – “É entregue um folheto com as recomendações específicas de cada especialidade, Ortopedia, cirurgia, oftalmologia, e para cada tipo de cirurgia.” E₁ – “Este folheto de recomendações é entregue ao doente no momento do regresso à casa, onde está descrito informação necessária para autocuidar-se em casa.” E₁ – “[O folheto das recomendações] nós até o usamos como guia para o nosso ensino.” E₁ – O folheto de recomendações é muito bom recurso para o doente, quando regressa à casa e surgindo uma dúvida pode consultar o folheto para recordar o que lhe foi dito no hospital.” E₂ – “ (...) entregámos [o folheto das recomendações] ao doente e família aquando á alta, um folheto, onde vão descritas as recomendações transmitidas oralmente ao doente.” E₂ – “[O folheto das recomendações] (...) é um suporte que [a pessoa] pode ter em casa, claro está, toda a informação descrita é de forma resumida (...)” E₂ – “[O folheto das recomendações] é apenas uma forma resumida para ter em casa, pois tudo é dito no hospital, que a meu ver é suficiente, é preciso que haja uma boa informação verbal.” E₃ – “A informação é transmitida verbalmente, com demonstração, e através da entregue de folhetos informativos.” E₃ – “ No momento da alta em si é fornecido ao doente e família, para além da

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Estratégias Mobilizadas			informação verbal, um folheto informativo, onde está reforçado a informação que lhe é transmitida, para poderem lembrar em casa.” E₃ – “[Relativamente ao folheto informativo entregue é importante] pois é normal o doente não conseguir assimilar tudo pois ainda está sob o efeito da anestesia.”
		Relatório Clínico e outros	E₂ – “O relatório médico, a marcação da consulta médica pós-operatória...a baixa, justificações escolares, declarações...”
		Carta Alta de enfermagem	E₂ – “(...) entregamos [à pessoa] também a carta de alta de enfermagem, para realizar os cuidados ao penso cirúrgico no centro de saúde.”
	Privilegiar diferentes momentos do percurso hospitalar		E₃ – “Este suporte informativo é feito logo de início, no primeiro contacto, que é na consulta de enfermagem, depois no dia da admissão, no recobro, (...) é lhe transmitida durante toda a sua passagem pela unidade.” E₃ – “(...) existe um momento formal do ensino para a alta, em que há ali um reunir com o doente e acompanhante, e aí são abordados todos os parâmetros de ensino, desde os riscos, as complicações, desde os cuidados, desde a medicação, penso ferida...” E₃ – “(...) os momentos informais [transmissão de informação] são ao longo do todo o dia.”
	Adequação da informação		E₁ – “(...) a informação que lhes transmitimos é sempre de acordo com o tipo de cirurgia ao qual é submetido (...)” E₂ – “Relativamente aos cuidados após a cirurgia a informação e o ensino serão específicos a cada doente e ao tipo de intervenção.” E₂ – “A informação transmitida por nós relativa a anestesia, é transversal a todos os

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Estratégias Mobilizadas	Adequação da informação		tipos de cirurgia e especialidade, pode as vezes o doente não ser submetido a uma anestesia geral e ser apenas uma sedação, isto irá influenciar todo o tempo de recobro e assim.” E3 - Quer dizer o ensino vai de encontro ao tipo de cirurgia que o doente é submetido, bem como, ao tipo de doente, ou seja, dois doentes intervencionadas ao mesmo diagnóstico, podem ter abordagens ou ensinios diferentes, no sentido de ir ao encontro das necessidades individuais de cada um.”
	Exemplificação dos cuidados		E₁ – “ (...) por exemplo, nas hérnias Inguinais, ensinamos os cuidados a sentar a levantar (...)” E₁ – “ (...) no caso de um doente que foi circuncisado fazemos juntamente com o doente a lavagem e desinfeção do pénis, para saber como deve proceder em casa.” E₁ – “ Ensinamos e treinamos o doente a sentar e levantar da cama ou do cadeirão no serviço, não transmitimos só a informação verbalmente mas exemplificamos também.” E₁ – “ De certa forma o doente observando e treinando connosco irá facilitar a sua recuperação em casa.” E₂ – “Consoante o tipo de cirurgia exemplifico como devem sentar-se, levantar-se ou deitar-se, a posição da cama, no caso das cirurgias abdominais, (...)” E₂ – “Uma das coisas que tento fazer é dar alguns exemplos ou exemplificar a informação que recomendo, para de certa forma envolver o doente nos cuidados, é importante que percebam porque o fazem.” E₂ – “ (...) procuro [o enfermeiro] mesmo exemplificar as posições antiálgicas, o levantar e sentar, como o devem fazer, pois é-lhes mais fácil aprender.”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Estratégias Mobilizadas	Exemplificação dos cuidados		E₃ – “ As práticas [relativamente à mobilidade] já começam a ser ensinadas logo após o levante, (...)” E₃ – “ È realizada também toda a demonstração de como devem utilizar os dispositivos de adaptação, por exemplo as canadianas, as cintas abdominais...o treinar com o doente ajuda a corrigir uma situação que esteja menos bem.” E₃ – “(...) [o enfermeiro procura] que seja o doente a sentir realmente que aquilo vai fazendo e apreendendo tem utilidade para ele. Se o doente aprende a fazer um levante adequado, se aprende a proteger a ferida, ele vai interiorizando isso ao longo do dia, portanto quando regressar a casa, sem a nossa orientação, essa parte já estará apreendida, uma vez que treinou com o enfermeiro.”
	Adequação do espaço físico		E₁ - “ Temos [UCA] uma sala, no qual encaminhamos o doente e seu acompanhante no momento da alta.” E₁ - “ A meu ver o doente e família beneficiam [numa sala privada], pois está afastado de distrações, um ensino individualizado e um consultório sem mais ninguém.” E₂ – “ Os doentes após a cirurgia fazem o recobro numa sala comum, no momento da alta, encaminhamos o doente e seu acompanhante para uma outra sala, onde transmitimos as recomendações pós-operatórias (...)” E₂ – “ A meu ver o doente e acompanhante terá um maior à vontade em colocar dúvidas se surgirem, toda a informação é direcionada para àquela pessoa.” E₂ – “(...) o doente pode deixar de colocar alguma questão ou dúvida por medo da pessoa ao lado achar não ser pertinente....” E₂ – “E até para nós [enfermeiros] também facilita, pois estar a fazer ensinios frente aos

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Estratégias Mobilizadas	Adequação do espaço físico		restantes doentes, existe sempre distrações.” E₃ – “(...) eu acho que deve haver privacidade, em que o doente se sinta à vontade para partilhar preocupações angústias e questões, que se forem em proximidade física de outros doentes, poderão ser inibidas de as colocar.” E₃ – “(...) o enfermeiro também se sentirá mais à vontade para perguntar algumas questões mais sensíveis ao doente, e que nos compete resguardar, e se o enfermeiro estiver reunido com o doente num espaço privado, poderão ser abordadas de uma forma mais natural e mais a vontade.”
	Estabelecer contacto com a pessoa nas 24h seguintes à cirurgia		E₁ – “ (...) no dia seguinte à cirurgia ligamos [o enfermeiro] a todos os doentes, neste contacto realizamos reforços de ensinios, tirar duvida e assim.” E₃ – “(...) é feito um telefonema de controlo, realizado no dia seguinte a cirurgia, pelo enfermeiro.
	Avaliação da condição clinica da pessoa no regresso à casa		E₁ – “ Todos eles tem alta no momento oportuno, isto é, ele nunca vai para casa sem cumprir todos os critérios da alta.” E₁ – “ (...) existe critérios, escalas de avaliação nomeadamente da PADSS ao qual nos seguimos para proporcionar a alta de forma segura ao doente.” E₂ – “ [Assimilação do ensino/aprendizagem] Ao serem devidamente informados eles [a pessoa] sentem-se seguros e <i>isso é visível quando eles vão embora.</i>” (Segurança) E₂ – “Dependendo do tipo de anestesia ao qual o doente foi submetido, ditará em parte o tempo de recuperação no recobro do doente até á decisão da alta.”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Estratégias Mobilizadas	Avaliação da condição clínica da pessoa no regresso à casa		E₂ – “ (...) não nos cingi-mos [os enfermeiros] apenas ao tipo de anestesia, existe outra avaliação, como por exemplo se o doente está bem, se deambula calmamente sem dificuldade, se tolerou a dieta que lhe foi fornecida, se não tem dores...” E₂ – “Seguimos uma escala, que são os critérios PADSS, estando esses critérios todos reunidos é lhe então dada a alta. Quando não reúne todos os critérios de alta, não pode ter alta e fica internado no serviço de cirurgia geral no final do dia.” E₂ – “Esta informação [ensino] é-lhe transmitida ao longo do dia da cirurgia, depois, no momento em que o doente tem capacidades para regressar a casa, é-lhe então transmitida toda a informação necessária para se autocuidar em casa.” E₃ – “No momento da alta tem de haver uma tomada de decisão do enfermeiro, da capacitação do doente no momento adequado para ir embora.” E₃ – “Há critérios mínimos a cumprir de tempo, a partir daí vai depender muito da evolução do doente, do seu estado físico, psicológico, se tem dores, se tem eliminação estabelecida, se deambula sem dificuldade, depois de realizada esta avaliação, cabe ao enfermeiro se o doente está capaz ou não de regressar para casa (...)” E₃ – “ [No momento da alta] (...) cabe também ao doente de dar a sua palavra se sente capaz de naquele momento ir embora.”
	Envolvimento de pessoas significativas		E₁-“ O envolvimento do acompanhante do doente, é fulcral, até porque, em cirurgia de Ambulatório se não houver esse envolvimento da pessoa significativa não avançamos sequer para uma cirurgia em ambulatório.” E₁-“ (...) na consulta de enfermagem, no primeiro contato com o doente, se o doente não tiver acompanhamento, nem sequer avançamos a consulta, é logo encaminhado para

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Estratégias Mobilizadas	Envolvimento de pessoas significativas		realizar a cirurgia em regime de internamento.” E₁-“ (...) a pessoa significativa do doente é que irá acompanhar o doente em casa na sua recuperação, ou melhor será o apoio que o doente tem em casa.” E₁-“ O doente em casa pode ter uma sensação de desmaio ou uma lipotimia e tem que ter alguém que o possa assistir.” E₁-“ O acompanhante é muito importante, pois o doente será o alvo mais frágil, nestas primeiras 24 horas os familiares serão o suporte físico e psicológica daquela pessoa operada, e assim a ouvir as recomendações estarão envolvidas nos cuidados ao doente.” E₂ – “O familiar é quem vai estar presente na recuperação do doente, é o apoio do mesmo.” E₂ – “É fundamental este acompanhamento [pessoa significativa/accompanhante] pois a pessoa intervencionada poderá não estar totalmente capacitada para reter a informação que lhes é transmitido, sendo o seu acompanhante mais desperto para reter informação, para que se alguma dúvida surgir nos cuidados, poder ter apoio destes.” E₂ – “Mesmo em casa, para seguir os cuidados, o familiar pode vigiar e orientar o doente.” E₂ – “Envolver a família nos cuidados é fundamental, para uma recuperação segura e saudável.” E₃ – “ (...) o acompanhante é uma peça fulcral no processo de recuperação do doente, uma vez que irá dar continuidade de cuidados ao doente em casa, é o suporte. Vai ajudá-lo a ultrapassar a sua fase de convalescença. Um doente que não tenha este suporte em casa não poderá ter a mesma segurança a ir para casa.

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Estratégias Mobilizadas	Envolvimento de pessoas significativas		E₃ – “Embora a presença do acompanhante seja fundamental neste processo de ensino/aprendizagem, e sendo um critério de ambulatório, é fundamental que o doente perceba a importância do acompanhante, (...) que não passa apenas de um transporte para casa, se ele perceber o papel do acompanhante, eu acho que ele escolhe o acompanhante ideal para si.” E₃ – “Cabe ao enfermeiro transmitir ao doente na consulta de enfermagem a função e a importância do acompanhante no dia da intervenção cirúrgica.” E₃ – “ (...) a meu ver o acompanhante é importante, mas tem que ser alguém que posteriormente será um suporte em casa, que se sinta envolvida no seu processo de tratamento para assistir a pessoa operada e não apenas o transporte para casa.”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Atitudes comunicacionais	Estar disponível		E₁ –“E nós, os enfermeiros, temos um papel importante, em conseguir identificar esses sentimentos ou medos e conseguirmos que o doente realmente fique com uma autoconfiança muito maior para regressar a casa calmo e seguro.” E₃ –“O enfermeiro em ambulatório tem a sensibilidade de perceber as dificuldades do doente, de lhe transmitir a informação necessária para o dia da intervenção.”
	Adequação da linguagem		E₂ – “Pode acontecer, por exemplo, num dia de cirurgia geral, serem operadas diferentes pessoas e com o mesmo diagnóstico, onde a informação transmitida ao doente será muito comum, porém a capacidade de aprendizagem, e de assimilação dessa informação pelo doente pode ser diferente, pelo que a linguagem por mim utilizada deve ser adaptada à pessoa que tiver em frente.”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Contributos das práticas educativas	Autocuidado		E₁ – “ (...) ensinar o doente a autocuidar-se (...).” E₂ – “Dá-lhes [a pessoa] capacidade de reagir a obstáculos de uma forma saudável e adequada.” E₂ – “Cuidar de si em seu domicílio.” E₂ – “A nossa contribuição tem de estar presente do início ao fim, o doente tem de se sentir envolvido nos cuidados para posteriormente ser capaz de ser autónomo nos cuidados em casa.” E₃ – “(...) o doente vai para casa com alguma preparação essencial para se socorrer em casa, no sentido que o doente esteja habilitado a atuar nalguma situação de dúvida que já lhe tenha sido esclarecido.” E₃ – “Toda a informação que lhe é transmitida no dia da cirurgia ao doente irá capacitar o doente a cuidar de si em casa.” E₃ – “(...) o regresso do doente a casa no mesmo dia, é possível devido a intervenção da enfermagem que visa a capacitar o doente para se autocuidar em casa.”
	Autoconfiança		E₁ – “ (...) a meu ver, [o enfermeiro é] um suporte na parte de facultarmos segurança, de forma a capacitá-lo para cuidar de si mesmo, faz com que o doente possa ficar menos ansioso e mais autónomo.” E₂ – “ (...) os nossos doentes estão aqui pouco tempo, se não há uma boa preparação, o doente vai para casa inseguro e sem saber a quem recorrer em caso de dúvida.” E₂ – “Ao serem devidamente informados eles [a pessoa] sentem-se seguros e <i>isso é visível quando eles vão embora.</i>” (avaliação) E₃ – “Com o suporte de informação que lhes é transmitido o doente vai para casa em segurança, descontraído acima de tudo.” E₁ - Ensinamos as complicações que podem acontecer, desde as indicações, contactos, tudo isso faz com que ele se sinta mais confiança e já não tenha tanto receio...” E₁ - “Esta preparação é muito importante, de forma a proporcionar um certo conforto e confiança à

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Contributos das práticas educativas			pessoa no seu regresso à casa (...).”
	Diminuição da ansiedade		E₁ - “ (...) se não houver uma adequada preparação ficam muito receosos [as pessoas] .” E₃ – “Com o suporte de informação que lhes é transmitido o doente vai para casa em segurança, descontraído acima de tudo.”
	Favorecer a recuperação		E₂ – “ Toda esta preparação [processo de ensino e aprendizagem] é importante em tudo, mas aqui em cirurgia de ambulatório é fundamental e a recuperação do doente depende disto.”
	Esclarecer dúvidas		E₁ - “Antes de nós [os enfermeiros] realizarmos os ensinios, os doentes estão cheios de dúvidas, só depois é que as duvidas vão se desvanecendo.”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Fatores dificultadores	Relacionado com a pessoa intervencionada a uma cirurgia		E₂ – “ (...) alguns doentes mais idosos com alguma dificuldade em memorizar ou aprender, torna-se talvez mais difícil o nosso ensino...Normalmente é mais a parte cognitiva do doente que nos causa alguma entrave principalmente na especialidade de oftalmologia em que a idade é mais avançada. E₂ – “Algumas dificuldades terão mais a ver com o tipo de doente, ou seja, as vezes o querer-mos dar o nosso apoio máximo ao doente e ele não estar interessado, as vezes por dificuldades cognitivas, as vezes por desinteresse ou por irresponsabilidade que não são muitos felizmente.”
	Volume de informação Versus em que a informação é fornecida		E₁ – “ (...) a meu ver é informação um bocado compacta.” E₁ – “ (...) ter [à pessoa] que informar muita coisa logo num momento só, pois o doente vai para casa e nós deixamos de estar com ele (...)”
	Espaço físico do recobro		E₃ – “ (...) o facto dos doentes permanecerem todos no mesmo espaço no recobro, se por um lado é bom, pois possibilita uma vigilância no seu todo num só espaço, por outro às vezes pode ser menos bom, por exemplo, se um doente não se sente bem, o facto dos outros doentes estarem em presença podes-lhes transmitir alguma insegurança ou algum mau estar.” E₃ – “ Este espaço físico [Recobro] se fosse mais alargado e se pudesse ser logo isolado todas estas situações era mais vantajoso.” E₃ – “ (...) [se espaço mais alargado] haveria possibilidade de um acompanhante por doente permanente (...)” E₃ – “ Acho que se o doente pudesse fazer o recobro numa área mais alargada, com mais espaço, a maior parte beneficiaria da presença do acompanhante, o que neste momento não é viável, uma vez que os cadeirões estão com uma proximidade apertada dificultando o espaço para a presença do acompanhante e a nosso trabalho.”

TEMATICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Fatores dificultadores			E ₃ – “ [o serviço] Poderia ser reestruturado, como separar o recobro II do III seria o ideal, doentes em estádios semelhantes tem mais probabilidade de se completarem até na recuperação na partilha, até que para um doente já está noutro estádio mais avançado do pós-operatório, que já pode ver televisão, perto do doente que ainda está no seu recobro II que quer descansar, claro que um limita o outro.”
	Disponibilidade de tempo da equipa		E ₃ – “Lutamos ainda por tempo da parte da equipa de enfermagem para a realização de protocolos, procedimentos de forma a melhoria dos nossos cuidados, ou seja uma manual de procedimentos, até porque elaborar um trabalho destes existe por parte da equipa de enfermagem uma reflexão sobre a nossa intervenção. E isto vai melhorar a nossa prática e consequentemente o bem estar do doente.”