

Mariete Lúcia de Sousa Pinto

A importância da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória na Cirurgia em Ambulatório

Agosto de 2017



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
5.ª Edição

Mariete Lúcia de Sousa Pinto

A importância da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória na Cirurgia em Ambulatório na melhoria no atendimento e redução no tempo de espera

Dissertação realizada no âmbito da Unidade Curricular
de Relatório Final

Orientador: Professor Doutor Daniel Silva

Co – Orientadora: Professora Doutora Maria Odete
Amaral

Agosto de 2017



“A Cirurgia de Ambulatório não deve ser a outra forma de tratar os utentes,

Mas sim a melhor maneira de os tratar.”

(Paul Jarret, 2000)

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu marido, aos meus filhos e aos meus pais pela presença constante, pelo seu apoio efetivo e insubstituível em todos os momentos.

A todos os amigos com quem partilho sentimentos, que me são próximos e aos quais recorro nos momentos de desalento em busca de segurança e orientação.

Agradecimentos

Este espaço é dedicado a todos aqueles que deram a sua contribuição para que este trabalho fosse realizado.

O trabalho que se apresenta resultou de um longo trajeto, que apesar do meu empenho, não seria possível sem o apoio e estímulo (direto ou indireto) de muitos, aos quais expresso a minha profunda gratidão.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus orientadores, Professor Doutor Daniel Silva e Professora Doutora Maria Odete Amaral, por toda a sua disponibilidade, orientação e apoio.

Quero também agradecer à Enfermeira Teresa Pinto, Enfermeira Chefe da Unidade de Cirurgia em Ambulatório (UCA), pois além da sua ajuda preciosa na realização deste trabalho, encontrei nela uma amiga que não me deixou desistir.

Gostaria também de dedicar este trabalho a todos os colegas Enfermeiros da UCA pois também eles me apoiaram neste percurso.

A todos o meu profundo agradecimento. A todos, um muito obrigado!

Resumo

Introdução: Para a equipa de Enfermagem na Unidade de Cirurgia em Ambulatório (UCA), do Centro Hospitalar Tondela / Viseu constitui uma necessidade, tentando retratar as vivências, com base nos conhecimentos e experiências de longos anos de profissão. Tem como finalidade propor melhorias do desempenho das equipas de Enfermagem, proporcionando maior satisfação aos utentes/família.

A questão de investigação formulada foi **“Até que ponto uma consulta pré-operatória de enfermagem contribui para a resolução das necessidades humanas fundamentais dos utentes/família?”** Assim, o objetivo deste estudo foi demonstrar a importância da consulta pré-operatória no preparo psico-socio-espiritual e emocional do utente/família, possibilitando-os a tomada de decisões.

Métodos: Trata-se de uma investigação que se orienta pelos pressupostos de um estudo exploratório. Após os pedidos de autorização, os dados foram recolhidos do processo informático do utente presente na consulta de anestesia da UCA do referido Hospital.

A recolha decorreu durante o mês de fevereiro de 2017. A amostra ficou constituída por 97 doentes, sendo 58 do sexo feminino e 39 do sexo masculino, com uma média de idades de 74,62 anos.

Resultados: Após a colheita e introdução dos dados numa base de dados, verificámos que, os utentes aguardam em média 104 minutos pela consulta de enfermagem, variando entre 4 e 273 minutos e pela consulta de anestesia esperaram em média 213 minutos, variando entre 6 e 386 minutos. A média entre cada consulta é de 109 minutos.

Urge salientar a importância de reduzir o tempo de permanência dos utentes/família na UCA, no dia da consulta pré-operatória. Com a introdução de um questionário pré-operatório sugerido com a realização deste trabalho constata-se que 73,2% dos utentes não necessitariam de aguardar pela consulta de anestesia para a sua inclusão em regime de ambulatório.

Conclusão: Com o presente estudo, podemos concluir que o tempo de espera na consulta pré-operatória torna-se um fator de elevada importância para o bem-estar do utente/família. A principal preocupação da consulta de enfermagem foi reduzir o tempo de espera sem deixar de prestar os melhores cuidados e encaminhar o utente para a consulta do anestesista quando necessário.

Palavras-chaves: Consulta de Enfermagem; Necessidades; Cirurgia em Ambulatório; Doente/família.

Abstract

Introduction: For the Nursing team at the Ambulatory Surgery Unit (UCA), the Centro Hospitalar Tondela / Viseu is a necessity, trying to portray the experiences, based on the knowledge and experiences of long years of profession. Its purpose is to propose improvements in the performance of Nursing teams, providing greater satisfaction to the users / family.

The research question was **"To what extent does a preoperative nursing consultation contribute to the resolution of the basic human needs of the users / family?"** Thus, the objective of this study was to demonstrate the importance of preoperative consultation in the psycho- Socio-spiritual and emotional development of the user / family, enabling them to make decisions.

Methods: It is an investigation that is guided by the assumptions of an exploratory study. After the requests for authorization, the data were collected from the computer process of the patient present in the anesthesia consultation of the UCA of the Hospital.

The collection took place during the month of February 2017. The sample consisted of 97 patients, 58 females and 39 males, with a mean age of 74.62 years.

Results: After the data were collected and entered in a data base, we found that the users waited on average 104 minutes for the nursing consultation, ranging from 4 to 273 minutes and anesthesia consultation averaged 213 minutes, ranging from 6 to 386 minutes Minutes. The average between each query is 109 minutes.

It is important to emphasize the importance of reducing the time of permanence of the users / family in the UCA, on the day of the preoperative consultation. With the introduction of a suggested preoperative questionnaire with the accomplishment of this study, 73.2% of the users would not need to wait for the anesthesia consultation to be included in the outpatient regimen.

Conclusion: With the present study, we can conclude that the waiting time in the preoperative consultation becomes a factor of great importance for the well-being of the patient / family. The main concern of the nursing consultation was to reduce the waiting time without giving the best care and to refer the patient to the anesthesiologist's appointment when necessary.

Keywords: Nursing Consultation; Needs; Ambulatory Surgery; Patient / family.

Sumário

	Página
Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos	I
Lista de Quadros	II
Lista de Tabelas	III
Introdução	19
1 – Cirurgia de Ambulatório	21
2 – Consulta Pré-Operatória	23
2.1 – Conceito	25
2.2 – Finalidade	26
2.3 – Importância	27
3– Consulta de Enfermagem	29
4 – Satisfação dos Doentes com os Cuidados de Saúde.....	33
5 – Consulta de Enfermagem Autónoma	39
6 - Metodologia	41
6.1 – Problemática do Estudo	41
6.2 – Caraterização dos Participantes	42
6.3 – Método e Técnicas de Pesquisa	45
6.4 – Procedimentos Éticos	46
6.5 – Questionário da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória	47
7– Discussão de Resultados	53
7.1 – Discussão Metodológica	53
7.2 – Discussão de Resultados	53
8 – Conclusão	55
Referências Bibliográficas	57
Anexos	60
	Página
Anexo I - Pedido de autorização à administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu para consultar processos dos doentes da consulta da UCA	61

Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association Operating Room Nurses

ASA – American Society of Anesthesiologists

CA – Cirurgia em Ambulatório.

Cf. – Confira

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

NHF's – Necessidades Humanas Fundamentais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

UCA – Unidade de Cirurgia em Ambulatório

Lista de Quadros

Página

Quadro 1 - Critério de Admissão / Exclusão para doentes propostos para Cirurgia em Ambulatório	29
--	----

Lista de Tabelas

	Página
Tabela 1 - Caraterização da amostra pela idade	43
Tabela 2 – Caraterização da amostra pelo sexo	43
Tabela 3 – Tempo de espera dos doentes no dia da consulta pré-operatória	43
Tabela 4 - Tempo de espera para cada consulta, (em minutos)	50
Tabela 5 – Tempo de espera médio entre a consulta de enfermagem e a consulta de anestesia, (em minutos)	50
Tabela 6 – Critérios Clínicos para cirurgia em ambulatório	51
Tabela 7 – Critérios Sociais para cirurgia em ambulatório	51
Tabela 8 – Resultado após a aplicação do questionário sugerido	52
Tabela 9 - Necessidade da Consulta do Anestesta	52

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi-nos proposto a realização de um trabalho, cujo tema escolhido para este estudo foi: **a Importância da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória na Cirurgia em Ambulatório para a melhoria no atendimento e redução no tempo de espera.**

Sabendo que a expectativa da cirurgia provoca ansiedade, medo, dúvidas entre outras reações emocionais, a consulta de enfermagem tem-se revelado o momento oportuno para que o Enfermeiro individualize os cuidados peri-operatórios, esclareça dúvidas, sentimentos e medos, realize diversos ensinamentos (sobre a medicação, jejum,...) para o dia da cirurgia, avalie as condições sociais e apoio familiar para o momento do pós-operatório. Os cuidados de enfermagem peri-operatórios em Cirurgia Ambulatória devem reger-se pelos mesmos princípios que os cuidados prestados no Bloco Operatório (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP, 2006).

Assim, exige que se estabeleça uma verdadeira relação de confiança com o doente e com a pessoa significativa para que estejam aptos para o desenrolar da experiência cirúrgica, respeitando as condições exigidas no pré-operatório (jejum, medicação, vestuário) e do mesmo modo, preparados para o pós-operatório (o que esperar, medicação, cuidados a realizar e orientação do que fazer em situação de complicação). Deste modo a existência de um programa de formação/protocolo específico para a prestação de cuidados em cirurgia ambulatória assume particular relevância (AESOP, 2006).

O principal objetivo deste estudo foi demonstrar a importância da consulta pré-operatória no preparo psico-socio-espiritual e emocional do utente/família, possibilitando-os a tomada de decisões. Surgem também como objetivos, compreender a importância da consulta pré-operatória de enfermagem para os doentes cirúrgicos; caracterizar a consulta pré-operatória de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros; identificar vantagens/desvantagens da consulta pré-operatória de enfermagem.

A escolha do tema reside no facto de querer melhorar a qualidade dos cuidados prestados na consulta pré-operatória. Pretende-se ajudar os utentes/família na gestão das suas Necessidades Humanas Fundamentais e na independência, tão rápida quanto possível (Virgínia Henderson, 1958). Segundo Virgínia Henderson (2007), citando Nightingale, a “enfermagem significa intervenções (habilidades, procedimentos, tarefas) feitas pelas enfermeiras aos doentes”. Ao que ela definiu como “as intervenções e

habilidades-chave para a enfermagem eram as atividades que os doentes faziam por si próprios se tivessem a força, a vontade ou o conhecimento necessários.”

A implementação da consulta Pré-Operatória de enfermagem assume-se como peça fundamental na individualização e no planeamento dos cuidados de enfermagem.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte referente à revisão da literatura sobre Cirurgia de Ambulatório; Consulta Pré-Operatória; Consulta de Enfermagem. De seguida apresenta-se a metodologia utilizada, a caracterização dos participantes e métodos e técnicas de pesquisa. Realça-se a reflexão crítica, através de análise das informações colhida através da revisão bibliográfica e o trabalho de campo. Por fim, apresentam-se as considerações finais bem como as propostas futuras.

1. Cirurgia de Ambulatório

O conceito de Cirurgia de Ambulatório surgiu no início dos anos 60 nos EUA, com David Cohen e John Dillon, que introduziram um princípio que preside a toda a Cirurgia de Ambulatório, que é a “Segurança”.

Após a seleção dos doentes pelo Cirurgião, segue-se uma cuidadosa avaliação pelo Anestesista, com escolha adequada da técnica anestésica, não havendo razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento. Efetivamente, a prática da cirurgia em ambulatório é possível, em virtude dos avanços da Ciência Médica no domínio da Anestesiologia, nas técnicas e materiais utilizados na Cirurgia e, também, pela melhor percepção do nível cultural da população.

O tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sociofamiliares, económicos e psicológicos para o doente, para além de, eventualmente reduzir os custos.

Assim, entende-se por cirurgia realizada em regime de ambulatório toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, possa ser realizada em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *leges artis* (Entidade Reguladora da Saúde - ERS, 2008).

2. Consulta Pré-Operatória

O código deontológico de enfermagem assume, entre outros, como deveres do enfermeiro, "...informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) e atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem..." (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2005, p.71).

Com o aumento considerável de complicações, no pré-operatório é exigido da enfermagem um sólido conhecimento sobre todos os aspetos do cuidado do doente cirúrgico. O conhecimento sobre a enfermagem pré-operatória e pós-operatória não é suficiente devendo-se ter uma compreensão plena sobre a atividade intraoperatória (AESOP, 2006). Assim, a importância e relevância dos cuidados de enfermagem na cirurgia em ambulatório iniciam-se na consulta pré-operatória.

A consulta de enfermagem realizada no pré-operatório é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica do enfermeiro com o doente e família, onde as competências comunicacionais do enfermeiro são de extrema relevância, para a transmissão de segurança, empatia e promoção de um ambiente acolhedor e esclarecedor de dúvidas. " (...) o enfermeiro peri-operatório deve estabelecer uma relação empática e terapêutica" (AESOP, 2006, p.346). Esta consulta de enfermagem permite validar se o doente tem critérios para ser operado em regime de ambulatório, pois permite:

- identificar as necessidades físicas e psicológicas do doente;
- descrever os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão até à alta;
- envolver a família/adulto responsável nos requisitos da cirurgia de ambulatório;
- fornecer documentação com as indicações pré-anestésicas e norma de funcionamento do serviço;
- facultar informação para a alta e pós-operatório.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de patologias. Cabral (2004) refere que Virgínia (1966) considera o indivíduo completo, inteiro e independente quando as suas necessidades fundamentais são satisfeitas. As necessidades são, por elas definidas, como requisitos ou exigências de que precisa e não, falta de algo; considerando, assim, as necessidades como algo positivo.

Tendo em conta que a saúde não é somente ausência de doença, esta pode ser abordada em diferentes perspetivas. Virgínia Henderson, citado por Tomey (2004) não definiu a saúde mas equiparou-a à independência. "É a qualidade da saúde e não a

própria vida, a margem de vigor mental/físico que permite a uma pessoa trabalhar com maior eficácia e obter o nível de satisfação potencial mais elevado na vida.”

Isso significa que ter saúde é “*Ser independente tão rápido quanto possível*” Virgínia Henderson (2007). E o utente era considerado “um indivíduo que precisa de assistência para obter saúde e independência ou morte pacífica. (Tomey, Ann Marriner (2004), citando Virgínia Henderson). Corpo e mente são inseparáveis. O doente e a sua família são vistos como uma unidade (Tomey, Ann Marriner (2004), citando Virgínia Henderson).

De acordo com Gomes (2009), o enfermeiro é detentor de um leque de conhecimentos científicos, no exercício da sua atividade profissional “...tem o dever de desenvolver competências que lhe permitem assistir e cuidar do doente de forma holística e personalizada, quando este é ameaçado na sua integridade nomeadamente na experiência cirúrgica” (Gomes, 2009, p.21).

A consulta pré-operatória de enfermagem, “... visa globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil (...) e tem uma eficácia objetiva sobre o excesso de stress do futuro operado” (Lourenço, 2004, p.26).

Do ponto de vista dos profissionais de enfermagem, é nesta fase que se inicia o acolhimento ao doente, acolhimento este que deverá ser efetuado num contexto calmo e ser entendido como um “... processo contínuo, dinâmico e propício ao desenvolvimento de uma relação de ajuda” (AESOP, 2006, p. 11). Para além disso, com a visita, a equipa do bloco conhecedora das informações adquiridas sobre os problemas e necessidades do doente, que poderão ser passíveis de surgir no momento cirúrgico, encontra-se preparada para agir (AESOP, 2006). Potter e Perry (2006) referem que a altura ideal para consulta pré-operatória é antes da admissão do doente no hospital. Após o seu internamento, devemos apenas reforçar as indicações já proporcionadas. Também Brunner e Suddarth (2000, p. 312) sugerem que a enfermeira anestesista deverá realizar a “... consulta pré-admissão, quando os exames diagnósticos estão a ser realizados”. Segundo, Melo (2005) a partilha de informação constitui uma premissa na área da saúde, que por um lado redundava na necessidade de informação por parte do doente e por outro lado, da obrigatoriedade dos profissionais de saúde em transmitir a informação aos doentes de forma personalizada e adequada a cada situação. A autora supracitada, ressalta que a “...transmissão de informação aos doentes origina um aumento da sua satisfação, diminuindo o nível de perturbação emocional – nomeadamente da ansiedade ...” (Melo, 2005, p.14).

2.1. Conceito

De acordo com Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), em “a visita pré-operatória representa, numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo de cadeia do processo dos cuidados peri-operatórios” (AESOP, 2006 p.122). A humanização de qualidade de cuidados no bloco operatório, e a sua importância deve ser debatida, quer com o doente cirúrgico quer com os enfermeiros, para que, se possível, se contribua para a sua implementação num serviço de bloco operatório.

Os cuidados de enfermagem peri-operatórios em Cirurgia Ambulatória devem reger-se pelos mesmos princípios que os cuidados prestados no Bloco Operatório (AESOP, 2006).

Corroborando Pitrez e Pioner citados por Gomes (2009, p.29) aludem que o cumprimento de todas as etapas que compõem o período pré-operatório, (diagnóstico da doença, avaliação do estado do doente e preparação para a cirurgia), propicia ao doente e aos profissionais a “segurança de uma resposta adequada ao trauma cirúrgico, acompanhada de uma evolução clínica pós-operatória normal”.

Assim sendo, a consulta pré-operatória de enfermagem é um meio de assegurar informações essenciais e pertinentes para ambos, enfermeiro e doente, traçando um caminho de satisfação e competência profissional e de bem-estar físico e psicológico respetivamente.

O enfermeiro do bloco operatório, tendo em conta as orientações da AESOP (2006), deverá iniciar esta consulta começando:

1. por apresentar-se ao doente e explicar os objetivos da consulta;
2. seguidamente, informar ao doente quem será a pessoa que o vai receber no bloco;
3. entregar o manual de acolhimento ou visualização de vídeo do bloco ou até mesmo propor uma visita ao próprio bloco operatório;
4. observar e interpretar, através da comunicação verbal e não verbal, o comportamento do doente e avaliar a sua ansiedade; explicar de forma clara e objetiva, de forma a não deixar dúvidas;
5. mostrar-se disponível para responder às questões/dúvidas do doente; caso dúvidas/questões sejam de carácter médico, encaminhá-las para o mesmo; informar sobre a hora prevista de intervenção, tipo transporte, tempo permanência no bloco, locais por onde passará, estrutura da sala, apresentação da equipa, descrição dos equipamentos; referir que após cirurgia irá para unidade cuidados pós-anestésicos, explicando os seus objetivos;

6. falar sobre a dor e analgesia; prevenir sobre o desconforto após o acordar por presença de sondas, drenos, entre outros;

7. e, finalmente assegurar-se que o doente compreendeu e valorizou as informações que lhe foram fornecidas (AESOP, 2006).

Em suma, a visita pré-operatória promove a aproximação entre o enfermeiro e o doente, sendo o ensino pré-operatório um meio de melhorar a capacidade de adaptação do indivíduo, aumentando a capacidade de autocontrole (Bolander, 1998).

2.2. Finalidade

A intervenção de enfermagem no peri-operatório é um processo interativo que visa promover e/ou recuperar a integridade e a plenitude bio-psico-sócio-espiritual do doente cirúrgico. Nestes parâmetros, esta fomenta a troca de experiências entre o enfermeiro e o doente cirúrgico, uma vez que abarca sentimentos, emoções, comprometimento, ética e comunicação efetiva (Grittem, Méier e Gaievicz, 2006).

No período pré-operatório a assistência de enfermagem ao doente cirúrgico preconiza que o enfermeiro de bloco operatório tenha uma visão integral e continuada das necessidades humanas básicas afetadas dessa pessoa e de sua família, pelo que, a fim de desempenhar as suas atividades de forma ordenada e sistematizada, necessita ter conhecimento científico e domínio dos procedimentos (Thomaz e Guidardello, 2002).

De acordo com Castellanos e Jouclas citado por Galvão, Sawada e Rossi (2002, p. 691) "... a consulta pré-operatória de enfermagem ao paciente cirúrgico é o início da sistematização da assistência de enfermagem pré-operatória. Esse procedimento é indispensável para o preparo físico e emocional do paciente." Consiste em uma atividade do enfermeiro que possibilita uma interação efetiva, e esse profissional poderá detetar, solucionar e, quando necessário, encaminhar os problemas enfrentados pelo doente (Galvão, Sawada e Rossi, 2002).

É necessário, junto do doente, que o enfermeiro tenha como preponderância a qualidade e quantidade de informações transmitidas direcionando-as para as suas dúvidas e interesses. Assim, o enfermeiro ao explicar os passos que compõem o processo cirúrgico deve fazê-lo "... de maneira clara e objetiva, em vocabulário simples, para que não seja essa uma orientação ritualizada, repetitiva, pois cada ser é individual e único, merecendo, portanto, uma orientação individual e única" (Baggio, Teixeira e Portella, 2001, p. 124).

Referenciando Carvalho, Chistóforo e Zagonel (2006, p. 56):

“Para atender às suas reais necessidades é imprescindível observar a maneira como ele é recebido, assistido, acolhido e como se estabelece a relação com a equipa de enfermagem, pois são fatores que influenciam significativamente no desenvolvimento do processo a que se submeterá cirurgicamente até sua recuperação”.

O enfermeiro do bloco operatório deve, assim, avaliar as condições do doente no período pré-operatório, identificando os problemas/focos de enfermagem e fornecendo-lhe informações que certamente contribuirão para diminuir os medos, dúvida e, também, angústias, ansiedade e insegurança (Jorgetto, Noronha e Araújo, 2005, p. 274).

2.3. Importância

Os dados ou informações levantados na consulta pré-operatória ajudam a identificação de problemas ou alterações relacionadas aos aspetos bio-psico-sócio-espirituais do doente e podem influenciar significativamente o procedimento anestésico-cirúrgico como a reabilitação do doente. Também proporcionam a realização do planeamento de assistência contínua de enfermagem. É uma oportunidade para dialogar com o doente orientando, esclarecendo dúvidas e principalmente estabelecer um vínculo de confiança com o doente cirúrgico. (AESOP, 2006).

A consulta deve ser realizada pelo enfermeiro da Unidade de Cirurgia em Ambulatório. É primordial para se atingir a finalidade do recurso, que a confiança do doente seja conquistada. Por isso é extremamente importante que o enfermeiro possua competências comunicacionais e relacionais, seja cordial, saiba ouvir atentamente; seja compreensivo; tenha disponibilidade; se mostre preocupado; ofereça segurança; tenha conhecimentos científicos; respeite crenças espirituais e valores culturais; dê informações que ajudem na irradiação ou diminuição dos desconfortos emocionais e encoraje a verbalização.

3. Consulta de Enfermagem

Existe uma Consulta de Enfermagem pré-operatória para triagem e avaliação dos doentes que serão submetidos a intervenção cirúrgica na UCA.

Para Americano (2005), torna-se necessário implementar alguns critérios de admissão / exclusão para os doentes observados na consulta pré-operatória.

Segue-se um quadro descritivo dos critérios de admissão / exclusão para Cirurgia em Ambulatório (CA).

Quadro 1 – Critérios de Admissão / Exclusão proposto para os doentes submetidos a Cirurgia em Ambulatório

Critérios Sociais	Critérios Clínicos
<p>»» Aceitação de ser operado nas condições oferecidas;</p> <p>»» Transporte assegurado em veículo automóvel;</p> <p>»» Área de residência ou local da pernoita, a menos de 60 minutos de distância do hospital;</p> <p>»» Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita;</p> <p>»» Acesso a comunicações;</p> <p>»» Assegurada a companhia de um adulto, pelo menos nas primeiras 24h.</p>	<p>»» Idealmente ASA I ou ASA II;</p> <p>Classificação do estado físico de acordo com a escala da ASA (American Society of Anesthesiologists):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASA I – Paciente saudável; • ASA II – Paciente com doença sistêmica leve ou moderada, sem limitação funcional; • ASA III - Paciente com doença sistêmica severa, com limitação funcional; • ASA IV - Paciente com doença sistêmica severa, representa risco de vida constante; • ASA V - Paciente moribundo com perspectiva de óbito em 24 horas, com ou sem cirurgia; • ASA VI - Paciente com morte cerebral, mantido em ventilação controlada e perfusão, para doação de órgãos (transplante); <p>• OBS.: Quando o procedimento é considerado de emergência, acrescentar "E" à classificação ASA.</p> <p>»» Estabilidade clínica e psíquica;</p> <p>»» Intervenção que se prevê de curta duração (cerca de 60 minutos);</p> <p>»» Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação via oral.</p>

Fonte: Recomendações para programas de cirurgia do ambulatório (2005)

Na Consulta o Enfermeiro avalia os critérios sociais acima referidos:



Utente sem critérios ou critérios parciais sociais e clínicos:

- ➔ Reencaminhamento para o médico Anestesiologista;
- ➔ Pedido de colaboração ao Serviço Social.



Utente com critérios sociais e clínicos:

- ➔ Realização de Exames Complementares de Diagnóstico, (caso necessário);
- ➔ Informações / Instruções pré-operatórias.

A consulta de enfermagem é uma das atividades autónomas de enfermagem, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo se prende com o favorecimento de melhor qualidade de vida, que, o utente, nos contextos do pré-operatório se sente muito ameaçado, independentemente das propostas terapêuticas que lhe foi feita. Esta ameaça gera níveis de sofrimento elevado que não favorecem o processo de cura e reabilitação.

O profissional enfermeiro, além da competência técnica, deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade.

A Pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, e nas crenças e desejo de natureza o que a torna um ser único, com dignidade própria e direito a auto determinação (Ordem dos Enfermeiros 2001).

Não se pode falar dos cuidados de enfermagem, das necessidades da pessoa como doente sem estabelecer a relação com o conceito de saúde. Tendo em conta que a saúde não é somente ausência de doença, esta pode ser abordada em diferentes perspetivas. Doenges e Moorhouse (2010) referem que “a essência da enfermagem caracteriza-se pela proteção, promoção e otimização da saúde e das capacidades, prevenção da doença e lesões, alívio do sofrimento através do diagnóstico e tratamento da resposta humana e apoio aos cuidados dos indivíduos, das famílias e das populações”. Como ciência, envolve as preocupações físicas, psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais do indivíduo.” Marilyn et al E. Doenges e Mary Frances Moorhouse (2010).

Segundo Virgínia Henderson, citado por Tomey et al, não definiu o ambiente em vez disso, utilizou Webster’s New Collegiate Dictionary, de 1961, que definiu ambiente como “o agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo”.

Para O.E. (2001) o ambiente é “o meio no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”.

A família é, então, definida como um sistema complexo de elementos em mútua interação na perspetiva de Lorraine M. Wright e Maureen Leahey (2002: 21).

Na ótica dos cuidados deve-se perspetivar a pessoa como um ser único e um fim em si mesma, fazer com que os cuidados de enfermagem sejam ações inscritas num registo de intervenção terapêutica (Lopes, 2001). “ (...) a enfermeira possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência no cliente do que qualquer medicamento ou terapia: ele (ela) mesmo.” Para isso, é necessário uma autoanálise que constitui um aspeto essencial para ser capaz de fornecer os cuidados de enfermagem terapêuticos.” (Taylor, 1992).

Jean Watton (2002), “Enfermagem é uma arte e uma ciência, tornando-a mais parecida com uma ciência humana tradicional, e à qual chamei a ciência do cuidar. Uma segunda posição que tomei é a de que a enfermagem submergiu as suas duas heranças do científico e do artístico, na sua procura científica”. Tomey, Ann Marriner (2004), citando Virgínia Henderson, definiu a enfermagem em termos funcionais. Afirmou que a única função da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria, sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a Independência tão rapidamente quanto possível. (TOMEY, ANN MARRINER, 2004). Para Walter Hesbeen (1997), “Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elemento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.”

Leonardo Boff (1999), diz que “cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Para Tomey, Ann Marriner (2004:114), citando Virgínia Henderson, não se encontra uma definição específica dessas necessidades mas, segundo Henderson, a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem e o enfermeiro deve ajudá-la a tornar-se independente na satisfação das suas necessidades, o mais cedo possível, entendendo por necessidade o requisito ou exigência e não a falta.

Virgínia Henderson baseia a conceção de Enfermagem nos seguintes pressupostos:

- Tanto o enfermeiro como a pessoa valorizam a independência sobre a dependência;
- A saúde tem um significado social bem como um significado individual;
- Toda a pessoa tende a alcançar o mais alto nível de saúde ou, na sua impossibilidade, uma morte serena;
- Quando a pessoa tem conhecimento, força e/ou vontade tende a alcançar a saúde;
- Tanto a pessoa como o enfermeiro devem definir objetivos congruentes;

- Os cuidados de enfermagem devem basear-se na satisfação de 14 necessidades básicas;
- O enfermeiro deve ter em conta o plano terapêutico prescrito pelo médico ao definir os objetivos dos cuidados;
- A prática profissional do enfermeiro deve basear-se nos contributos gerados pela investigação em enfermagem/conhecimento. (Virgínia Henderson, 2007).

Para Virgínia Henderson todas as necessidades se encontram inter-relacionadas, sendo a satisfação de qualquer uma delas diferentes de pessoa para pessoa, variando com os fatores psicológicos, sociais e culturais e com a sua própria perceção de “correto” ou “normal”. As catorze necessidades identificadas neste modelo: Respirar normalmente, comer e beber adequadamente, eliminar os resíduos corporais, mover-se e manter posturas corretas, dormir e descansar, vestir-se e despir-se, selecionando vestuário adequado, manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente, manter a higiene e a proteção da pele, evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros, comunicar com os outros, expressando emoções, necessidades, receios e opiniões, viver segundo crenças e valores, trabalhar de forma a obter realização e satisfação, praticar desporto ou participar em diferentes atividades recreativas, aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde, utilizando os meios disponíveis (Virgínia Henderson, 2004).

4. Satisfação dos doentes com os cuidados de saúde

Cada doente é um ser único, e com tal, possui a sua originalidade e também deve receber cuidados personalizados. A não realização dos mesmos poderá implicar um aumento da ansiedade, pois como refere Grieve (2002), “o que é rotina para o enfermeiro poderá não o ser para o utente”.

O pré-operatório é o primeiro período do peri operatório, é considerado como essencial no decurso desse processo, “começa quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica, terminando quando o doente é transportado, em segurança, para o bloco operatório e recebido pelo enfermeiro para receber os cuidados adequados.” (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Deste modo, facilmente se compreende que uma preparação pré-operatória corretamente orientada poderá permitir ao doente desenvolver as suas capacidades que contribuam para que se adapte à sua situação, reduzindo o seu nível de incerteza e, conseqüentemente, o seu nível de ansiedade.

Conforme Sarmiento A, et al (2004) “o Diagnóstico de Enfermagem nesse processo e a avaliação do real estado de saúde de um doente, podendo ser individual ou familiar, possibilitando que o enfermeiro crie as suas opiniões e considerações e assim contribua para a evolução do mesmo.”

O enfermeiro pré-operatório terá que ser capaz de “ (...) avaliar as reais necessidades do doente, realizar os diagnósticos de enfermagem, promover as ações de enfermagem e desenvolver e avaliar os resultados das mesmas” (AESOP, 2006).

As intervenções de enfermagem, nesse processo consistem, segundo Lima (2006) em:

- Apoiar e ajudar a pessoa a ultrapassar o momento de crise representado pela intervenção cirúrgica;
- Promover o autocuidado;
- Em caso de dúvidas ou complicações, fazer os devidos encaminhamentos.

O processo de enfermagem introduziu termos como assistência e cuidado de enfermagem.

Segundo Horta (1979), “entende-se a assistência de enfermagem como a aplicação do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano. O cuidado de enfermagem, por outro lado, é visto como a ação planeada, deliberada ou automática da enfermeira, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano”.

De acordo com Long (1999), “a cirurgia é um desencadeador de stress, tanto psicológico (ansiedade, medo) como fisiológico (reações neuro endócrinas).”

“Só a proposta de intervenção cirúrgica causa medo, desconfiança e angústia à maioria das pessoas.” E “ todo o ser humano tem medo do desconhecido: o que é desconhecido gera medo e insegurança, por ser indefinível, imprevisível e incontrolável” (AESOP, 2007).

Entretanto, Conceição (2003), considera que a ansiedade é a emoção mais comum nos doentes hospitalizados e na relação com os profissionais de saúde “são frequentemente referidas duas características: a falta de informação dada aos doentes e a despersonalização nos cuidados prestados”.

A qualidade é um atributo muito utilizado em vários domínios e no contexto dos cuidados também é bastante relevante. Hesbeen (2001) define qualidade como um *continuum* que medeia a mediocridade e a excelência.

Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, demonstrada pela preocupação com o respeito por elas (...). (Hesbeen, 2001).

Para avaliar o nível de qualidade de cuidados, é necessário recorrer a um quadro de referência de indicadores através dos quais se pode perceber como os atos estão a ser executados e a satisfação por parte dos clientes, apesar deste procedimento não ser muito mensurável, isso não significa que não é passível de avaliação.

Apresenta-se alguns elementos que poderão contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados no pré- operatório. De acordo com Chiavenato (2005), “para que haja comunicação é necessário que o destinatário da informação a receba e a compreenda. A informação simplesmente transmitida mas não recebida ou não compreendida não foi comunicada. Comunicar significa tornar comum a uma ou mais pessoas determinada informação ou mensagem”.

A comunicação proporciona um melhor relacionamento entre a equipa de Enfermagem e os utentes/família, pois, permite a troca de ideias, esclarecimento das dúvidas que poderão existir desde a decisão de cirurgia à alta do mesmo.

A boa comunicação proporciona a criatividade, a qualidade do trabalho e a produtividade, obtendo um melhor resultado, proporcionando um ambiente saudável.

Para um bom trabalho de equipa a comunicação deve ser clara e precisa.

De acordo com Rogers (1998) empatia é “entrar-se no mundo percetual privado do outro e ficar-se completamente à-vontade no mesmo”. Por outro lado, Burton e Watson (1998) sugerem que a empatia é a “capacidade de um indivíduo tem de perceber o mundo dos significados sentidos pela outra pessoa, como se fossem do

próprio.” “Tem-se sugerido, frequentemente, que o uso de competências de comunicação por parte dos(as) enfermeiros(as) é uma parte integral e essencial dos cuidados que prestam, fundamental a toda a prática de enfermagem, e uma preocupação de todos(as) os(as) enfermeiros(as) a trabalharem nas diversas especialidades (Macleod Clark e Sims, 1988; Brereton, 1995; Naish, 1996; Wikinson, 1999).

Uma das funções da enfermagem passa pela gestão com diferentes situações emocionais, situações essas que não são relativas ao utente mas sim ao próprio enfermeiro. Na nossa prática somos confrontados com situações que nos tocam e que por vezes podem toldar os objetivos.

Johnston (1980) “apurou que a informação pode: influenciar a recuperação; reduzir o internamento, a ansiedade, os níveis de dor e, conseqüentemente, a ingestão de analgésicos.” Esta evidência foi reforçada por um estudo efetuado por Young e Humphrey (1985), em que “forneceram, a doentes que iam ser hospitalizados, informação sobre o modo como se podiam ajustar às condições inerentes ao seu internamento.” Este procedimento fez com que os doentes tivessem um menor tempo de internamento e menos sofrimento. “A atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento” (AJEN, 1988). De acordo com Jos Jaspars (1986), esta ideia é reforçada quando define “as atitudes não podem ser medidas diretamente, mas tem de ser inferidas no comportamento.”

De acordo com a carta dos direitos e deveres instituídos em Cabo-verde, o doente tem direito à informação sobre o seu estado de saúde, prognóstico, alternativas de tratamento bem como os seus custos.

Consentimento informado, consiste num formulário assinado pelo doente dando permissão para a realização do procedimento cirúrgico conforme descrito ao paciente pelo cirurgião após uma explicação clara e simples acerca do que se deve ser feito. (Suddarth,1980). A satisfação dos doentes é fundamental para os serviços de saúde, sendo um indicador relevante na área da qualidade dos cuidados. Satisfação, de acordo com Silva (2011, p. 20), remete para “saciedade, sentimento de bem-estar ou ainda contentamento que se manifesta nas pessoas como resultado da realização do que se espera e/ou deseja, do bom êxito de qualquer atividade, alegria, contentamento, ou sentimento de agrado e aprazimento”. Vê a satisfação como um dado pessoal e individual, uma vez que cada doente estabelece diferentes níveis de satisfação, de acordo com os factos, vivências e com as suas expectativas que são influenciadas pelas suas crenças, valores e ambiente sociocultural em que está inserido (Silva, 2011). Do ponto de vista da política do consumidor há que considerar a perspectiva do mesmo,

salvaguardando os seus direitos e reconhecer que um doente satisfeito tem maior facilidade na adesão ao tratamento e a orientações que recebe dos profissionais de saúde, tal como afirma Gomes (2008, p.119). O mesmo autor refere que “ninguém pode referir de que modo, os cuidados são importantes, para o doente, senão ele próprio. Daí que os doentes podem esperar e exigir a satisfação dos cuidados, assim como tornarem-se participantes ativos na tomada de decisão em relação aos cuidados que lhes são prestados”.

Lopes *et al*, citado por Pinto e Silva (2013), afirmam que uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde é a satisfação com os serviços de saúde. A preocupação com a qualidade tem aumentado exponencialmente nos últimos anos, sendo por isso evidente que a satisfação dos doentes face aos cuidados que lhes são prestados constitui um importante e legítimo indicador de gestão da qualidade. É portanto claro que atualmente a qualidade e satisfação são dois conceitos que caminham lado a lado.

Para abordar este assunto é necessário perceber que “a qualidade exige reflexão sobre a prática” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 5).

Torna-se então fundamental definir o conceito de satisfação do doente. De acordo com Esperidião & Trade, citados por Gomes (2008, p.117), “no caso da avaliação da satisfação dos utentes, reflete-se que, embora o termo “satisfação” esteja na ordem do dia, é um conceito cujos contornos se mostram vagos, reunindo realidades múltiplas e diversas”. De acordo com Ribeiro citado por Pinto e Silva (2013), e Pereira, Araújo- Soares & McIntyre citados por Gomes (2008), comum a todas as definições é o conceito de satisfação do doente como o resultado das diferenças entre as suas expectativas em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos. Assim, o que se avalia não é a satisfação propriamente dita, mas sim a perceção dos doentes em relação aos serviços e às suas expectativas prévias. Os autores Pinto e Silva (2013, p. 96) citam Silva *et al* declarando ainda que a satisfação do doente influi como indicador de qualidade, na medida em que “reflete as visões dos utilizadores tanto sobre as características do processo de que foram alvo como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas”.

É certo que os padrões de qualidade fornecem uma linha orientadora para a prática profissional, apelando à reflexão crítica e aos comportamentos que geram mudanças positivas. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001, p. 11) corrobora com este facto afirmando que, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos doentes”.

A OE (2001, p.3) assegura também que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configuram “um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos

cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros”.

Phipps, Sands e Marek (2003), assumem que a garantia da qualidade é, por isso, definida como o processo que envolve a avaliação do grau de excelência das características, observáveis e avaliáveis, dos cuidados de enfermagem ministrados.

Gomes (2008, p.125) refere uma revisão da literatura realizada por Mahon sobre o conceito de satisfação onde se demonstra a complexidade quer da conceptualização da satisfação, como da própria avaliação. Existe uma panóplia de variáveis que expressam de uma forma complexa a satisfação dos doentes, relacionadas com o próprio doente, mas também com os profissionais de saúde e com o próprio meio organizacional. No entanto, esta revisão da literatura conclui que, “apesar desta inerente complexidade, há consenso de que o doente satisfeito leva inquestionavelmente a melhores resultados quer sob o ponto de vista humanista (potenciando o bem-estar, uma mais rápida recuperação, adaptação), quer sob o ponto de vista economicista, pois os melhores resultados levam a um retorno, a uma maior produtividade do doente, e na ótica da instituição à construção de uma melhor imagem associada à qualidade de cuidados, e conseqüentemente à sua maior rentabilização”.

Silva (2011) menciona que estudos realizados na área da satisfação e qualidade são de grande utilidade na medida em que, conhecendo o nível de satisfação dos doentes, é possível planear e gerir os serviços de saúde de forma mais efetiva, indo ao encontro das necessidades, desejos e expectativas dos doentes, que são o elemento principal do sistema de saúde.

Gomes, citado por Silva (2011) afirma que os estudos realizados apontam para que, no domínio científico, se deve considerar cada vez mais a opinião dos doentes, permitindo a monitorização da qualidade dos serviços de saúde e a avaliação da eficácia das medidas corretivas que se têm implementado no sistema de Saúde.

5. Consulta de Enfermagem Autônoma

A Consulta de Enfermagem "É uma atividade utilizada por profissionais capacitados para fornecer parecer, instrução ou examinar determinada situação a fim de decidir sobre um plano de ação sobre sua área de conhecimento em relação às necessidades apresentadas pelo doente" (Galperin e Portella, 1990). Esta consulta é uma das atividades da função autônoma da enfermagem, cujo objetivo propicia condições para a melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. Para Virgínia Henderson "os cuidados básicos de enfermagem são predominantemente, um serviço prestado aos doentes e aos que precisam de ajuda".

Segundo AESOP, (1998) podemos definir cuidados pré-operatório como sendo um "conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros pré-operatório para dar resposta às necessidades do doente que vai ser submetido à cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo". É fundamental conhecer o utente de forma holística, o que vai permitir planejar os cuidados de Enfermagem individualizado e personalizado, decidir e tomar as medidas do ponto de vista físico, psicológico e espirituais, dando um caráter mais humanizado e menos técnico das pessoas que trabalham nessa área. "Tal melhoria de desempenho inclui cinco atividades: planejar, projetar, medir, avaliar e melhorar (Meeker e Rothrock, 1997)".

Tanure (2008), diz que o processo de enfermagem "é um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente, e é composto por etapas que devem ser previamente estabelecidas, tais como a colheita de dados, os diagnósticos, o planeamento, a implementação de cuidados de enfermagem e avaliação dos resultados".

Na primeira consulta, além da realização da anamnese e do exame físico pelo enfermeiro, são levantadas outras informações de atendimentos e internamentos prévios através de registos anteriores no processo do utente. É durante a consulta que o enfermeiro vai compreender o modo de estar dos utentes, dando-lhes oportunidades de exporem os seus sentimentos, emoções e pontos de vista diante dos problemas que estão a vivenciar, esperando respostas coerentes dos profissionais.

Segundo a AESOP (2006) é fundamental na relação de ajuda (...) a empatia, o respeito, a compreensão, a escuta, a escuta ativa, o silêncio, o saber colocar-se no

lugar do outro, a assertividade, a unicidade do doente, o encorajamento, a “advocacia”, a motivação e o estímulo, entre outros, embora não sejam observáveis nem mensuráveis no imediato, refletem-se no cuidar do doente.

Assim, exige que se estabeleça na consulta pré-operatória uma verdadeira relação de confiança com o utente/família significativa para que estejam aptos para o vivenciar da experiência cirúrgica, respeitando as normas exigidas nas cirurgias (o jejum, a medicação nos doentes crónicos, o vestuário, os adornos).

Independentemente da intervenção cirúrgica levar ao internamento ou ser feita em regime de ambulatório, cabe ao enfermeiro, durante a consulta pré-operatória, preparar o utente para o pós-operatório, em relação à medicação, cuidados a realizarem e orientando-lhe sobre o que deve fazer no domicílio, em situação de complicação.

Assim, na consulta de enfermagem realizada no pré-operatório é essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica do enfermeiro com o utente/familiar, onde a comunicação é de extrema importância, para a transmissão de segurança, empatia e promoção de um ambiente acolhedor e esclarecedor de dúvidas.

A consulta de enfermagem permite validar se o utente tem critérios para ser atendido em regime ambulatório, pois permite:

- Identificar as necessidades físicas e psicológicas do utente/família;
- Descrever os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão à alta;
- Envolver a família/adulto responsável nos requisitos da cirurgia de ambulatório;
- Fornecer documentação com as indicações pré-operatória e norma de funcionamento do serviço;
- Facultar informação para a alta e pós-operatório.

O tempo de espera, dia da consulta pré-operatória é um dos principais motivos causadores de ansiedade dos doentes. Pois, a consulta de enfermagem é realizada após a chegada do doente à unidade, mas a consulta com o anestesista só é efetuada algum tempo depois, por vezes algumas horas mais tarde. Esta situação leva a um aumento de ansiedade e desconforto do doente.

Com este trabalho sugere-se que a consulta com o médico anestesista, só se realize caso haja extrema necessidade, uma vez que a consulta de enfermagem tem todos os critérios para admissão e/ou exclusão do doente para cirurgia em ambulatório, proposto para anestesia tópica.

6. Métodos

A metodologia refere-se a percursos, práticas e técnicas usados para reunir, processar, utilizar e interpretar informações que podem ser usadas para testar ideias e teorias sobre a vida social. (JONHSON,1995, p.147)

6.1. Problemática do estudo

A pesquisa bibliográfica foi realizada on-line no motor de busca Google, utilizando as palavras-chaves como: **Cuidar, consulta de enfermagem e cuidado pré-operatório**, tendo encontrado alguns artigos, monografias e teses que serviram de suporte ao presente estudo.

Para Alvaro-Lefvre (2005) existem passos que podem ajudar o enfermeiro a realizar uma pesquisa sistemática e ordenada, necessária à consulta de enfermagem, como: - Colheita de dados: “os dados referentes ao estado de saúde do usuário são investigados de maneira direta ou indireta. Os dados diretos são relacionados diretamente com o doente, por meio de anamnese e do exame físico e os indiretos são obtidos por outras fontes como prontuários, familiares ou amigos”. Essa colheita de dados pode ser direcionada através da criação e da utilização de instrumentos de investigação para o registo e a organização das informações obtidas.

- Validação dos dados: “o enfermeiro deve comprovar se os dados adquiridos estão corretos comparando-os com valores normais ou padrões, ou seja, verificar se a informação encontrada é fatural e completa”.

“(…) O enfermeiro põe em prática os seus saberes específicos, antes, durante e após as cirurgias, e desenvolve as suas funções de prestador de cuidados, de advogado do doente, de líder, de investigador e de gestor” (AESOP 2006). “O **saber ser** no bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida às emergências e controlo de stress” (AESOP 2006). Segundo Association Operating Room Nurses (AORN, 2006) “o enfermeiro deve identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociológicas do doente, pôr em práticas um plano individualizado de cuidados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências Humanas e da Natureza, a fim

de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia.

Considerando as preocupações e as necessidades para a melhoria dos cuidados de enfermagem na CA, anteriormente expostas propusemo-nos responder às seguintes questões de investigação: - Qual a forma de reduzir o tempo de permanência na UCA no dia da consulta pré-operatória? - Em que momento se deve solicitar o anestesista para realizar consulta a um doente proposto para cirurgia em ambulatório sob anestesia tópica?

Assim, o estudo em causa tem como objetivos:

- Identificar a necessidade da consulta com o anestesista em doentes propostos para cirurgia em ambulatório sob anestesia tópica.
- Determinar a autonomia da consulta de enfermagem pré-operatória em ambulatório.
- Instituir um questionário como auxiliar na consulta pré-operatória, para reduzir o tempo de espera do doente no dia da mesma consulta.

6.2. Caracterização dos participantes

Para o presente estudo foi selecionada uma amostra de utentes planeados para cirurgias propostas para ambulatório sob anestesia tópica, do Centro Hospitalar Tondela Viseu, na Unidade de Cirurgia em Ambulatório.

Os participantes do estudo foram todos os doentes que realizaram consulta pré-operatória durante o mês de fevereiro de 2017.

A amostra ficou constituída por 97 utentes, que efetivaram a consulta de Anestesia Pré-Operatória, entre o dia 01 de fevereiro de 2017 e o dia 23 de fevereiro de 2017. A maioria dos utentes era do género feminino (59,79%), (cf. Tabela 1). As idades variaram entre 26 e 89 anos (com uma média de 74,62 +/- 75 anos). (cf. Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização da amostra pelo sexo

	n	%
Feminino	58	59,79
Masculino	39	40,21
Total	97	100

No que concerne a idade, a amostra é caracterizada por indivíduos com idade média de 74,62 anos, sendo a idade mínima de 26 anos e a idade máxima de 89 anos (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da amostra pela idade

	n	Min	Máx	M
Idade	97	26	89	74,62

A tabela 3 mostra o tempo de espera dos doentes propostos para a consulta pré-operatória que frequentaram a Unidade de Cirurgia em Ambulatório durante o mês de fevereiro de 2017.

Tabela 3 – Tempo de espera dos doentes no dia da consulta pré-operatória

UTENTE	HORA DE CHEGADA	HORA CONS. ENFERMAGEM	HORA CONS. ANESTESISTA	TEMPO ESPERA CONS. ENFERMAGEM (EM MINUTOS)	TEMPO ESPERA CONS. ANESTESISTA (EM MINUTOS)	DIFERENÇA ENTRE CONS. ENFERMAGEM E A CONSULTA ANESTESISTA
1	11:14	11:30	15:18	16	244	228
2	10:20	12:05	14:19	105	239	134
3	09:58	10:45	15:20	47	322	275
4	09:58	10:40	15:21	42	323	281
5	09:57	12:11	12:41	134	164	30
6	10:07	10:28	12:57	21	170	149
7	10:09	10:29	11:38	20	89	69
8	09:42	11:48	12:11	126	149	23

9	10:07	12:18	12:29	131	142	11
10	09:42	12:37	12:54	175	192	17
11	09:55	12:15	12:23	140	148	8
12	10:07	12:36	13:00	149	173	24
13	09:24	11:32	11:46	128	142	14
14	09:41	10:38	13:08	57	207	150
15	09:57	12:05	12:23	128	146	18
16	09:33	11:41	11:51	128	138	10
17	09:48	11:55	12:17	127	149	22
18	10:24	11:41	16:10	77	346	269
19	10:15	11:28	16:10	73	355	282
20	10:19	11:35	16:10	76	351	275
21	10:25	11:51	16:10	86	345	259
22	10:17	12:33	15:21	136	304	168
23	09:04	09:44	14:49	40	345	305
24	10:20	12:42	15:17	142	297	155
25	10:23	12:54	15:35	151	312	161
26	10:45	14:39	16:09	234	324	90
27	10:17	14:29	14:30	252	253	1
28	10:05	10:11	10:19	6	14	8
29	09:29	09:58	09:40	29	11	-18
30	10:08	10:23	10:16	15	11	-4
31	09:29	09:50	09:35	21	6	-15
32	10:01	10:05	10:14	4	13	9
33	09:37	09:50	14:11	13	275	262
34	09:53	11:07	15:18	74	325	251
35	09:54	11:42	15:48	108	354	246
36	08:45	11:09	13:22	144	277	133
37	09:39	10:45	15:02	66	323	257
38	10:41	11:38	14:10	57	209	152
39	10:15	11:05	14:10	50	235	185
40	10:40	11:15	14:10	35	210	175
41	10:25	14:01	14:05	216	220	4
42	10:17	13:34	13:51	197	214	17
43	10:12	12:09	12:48	117	156	39
44	09:36	12:19	12:38	163	182	19
45	13:27	13:46	13:54	19	27	8
46	10:14	13:17	13:49	183	215	32
47	10:13	13:04	12:54	171	161	-10
48	10:23	12:25	13:15	122	172	50
49	10:32	12:52	13:15	140	163	23
50	10:40	12:44	13:13	124	153	29
51	10:31	13:06	13:15	155	164	9
52	10:26	13:09	13:15	163	169	6
53	10:19	12:33	13:15	134	176	42
54	10:31	13:09	13:15	158	164	6
55	10:18	12:28	13:15	130	177	47
56	10:24	12:57	13:15	153	171	18
57	10:16	12:12	13:15	116	178	63
58	10:09	14:08	11:38	239	89	-150
59	09:09	09:48	10:29	39	80	41
60	10:06	14:39	11:40	273	94	-179
61	10:00	10:42	11:40	42	100	58
62	09:35	10:03	10:41	28	66	38
63	10:20	11:35	16:39	75	379	304

64	10:12	13:12	15:13	180	300	120
65	10:07	12:28	14:27	141	301	160
66	10:10	12:32	16:29	142	379	237
67	09:51	12:48	14:59	177	308	131
68	10:16	13:31	15:26	195	310	115
69	10:14	11:08	16:40	54	386	332
70	10:18	13:58	15:42	220	324	104
71	10:09	12:24	14:25	135	256	121
72	09:53	12:32	12:45	159	172	13
73	10:04	12:32	14:19	148	255	107
74	09:41	10:38	13:08	57	207	150
75	09:41	11:48	13:57	127	256	129
76	10:05	11:15	14:35	70	270	200
77	10:54	13:05	13:21	131	147	16
78	10:02	11:26	14:16	84	254	170
79	10:39	11:54	14:39	75	240	165
80	10:49	12:59	13:41	130	172	42
81	10:14	12:31	14:00	137	226	89
82	10:09	12:26	13:43	137	214	77
83	10:41	12:14	14:25	93	224	131
84	10:28	11:37	14:41	69	253	184
85	10:07	11:33	14:20	86	253	167
86	08:32	10:12	14:09	100	337	237
87	09:51	10:48	14:37	57	286	229
88	09:50	11:26	11:54	96	124	28
89	10:08	10:32	15:14	24	306	282
90	10:07	10:33	15:53	26	346	320
91	09:32	09:57	14:54	25	322	297
92	10:07	10:16	15:46	9	339	330
93	10:04	11:18	12:21	74	137	63
94	09:56	11:48	12:43	112	167	55
95	10:09	10:55	12:07	46	118	72
96	10:07	10:25	10:49	18	42	24
97	09:54	10:34	11:23	40	89	49

6.3. Método e técnicas de pesquisa

Para a análise dos dados, seguiu-se os pressupostos preconizados na análise qualitativa através do estudo exploratório e retrospectivo, que permitiu identificar as necessidades dos utentes e apresentar algumas propostas.

Segundo Michel, (2005, p.32) “ (...) o estudo Exploratório não se trata de uma pesquisa no sentido restrito, pois envolve apenas, uma busca de conhecimentos, para problemas e soluções, cujas fontes são conhecidas; e também, porque dispensa o emprego de processos rigorosos de investigação (...)”.

Adotou-se o método qualitativo, que segundo o mesmo autor na pesquisa qualitativa, a verdade não se comprova numérica ou estatisticamente, mas convém-se na forma da experimentação empírica, partir de análise feita de forma detalhada, abrangente,

consistente e coerente, assim como na argumentação lógica das ideias, pois, os factos em Ciências Sociais, são significados sociais, e na sua interpretação não pode ficar reduzida a quantificações frias e descontextualizadas da realidade. (MICHEL, 2005, p.32).

Utilizaram-se os seguintes métodos:

- Pesquisa documental, pois “visa selecionar, tratar e interpretar informação bruta existente em suportes estáveis (escrito, áudio, vídeo) com vista a extrair algum sentido” (Hermano 2005).

6.4. Procedimentos éticos e formais

O foco da ética da enfermagem é o desenvolvimento de uma relação enfermeiro/utente, o que significa que o ramo da ética de enfermagem tende a examinar as éticas de cuidado ao invés da ética da cura, explorando o relacionamento entre o enfermeiro e os utentes, analisando mais as obrigações dos enfermeiros para respeitar os direitos humanos da pessoa, com reflexos nos códigos de ética profissionais de enfermagem.

É nesse âmbito que o enfermeiro deve pautar as suas intervenções lembrando que a humanização diz respeito à defesa dos valores do utente e ao atendimento de suas expectativas e necessidades. O utente não é apenas objeto de tratamento decidido por critérios técnicos, mas é sempre um sujeito e, como tal precisa e deve ser chamado a participar no processo de atenção a que está sendo submetido. Ele deve, inclusive, ser informado sobre as possíveis opções de tratamento, a fim de poder pronunciar a respeito das mesmas.

Thompson, Melia e Boyd (2004) defendem que a “função da ética é explorar a natureza dos limites entre as pessoas que se relacionam umas com as outras em comunidade”. Os mesmos autores, citando Thomson (1976), realça que “competência em ética implica ter conhecimentos, capacidade e confiança para se ser pró-ativo, para correr riscos e para aceitar a responsabilidade pelas decisões difíceis”.

Segundo Streubert Helen J. e Cartenter Dona R. citando in Polit e Hungler (1997) O consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação.

Ainda os mesmos autores, citando in Behi & Nolan (1995), “No mínimo, o consentimento informado exige que seja dado aos seres humanos informação verdadeira e suficiente para os ajudar a decidir se desejam ser participantes na investigação.”

6.5. Questionário da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

A importância de tornar a consulta de enfermagem pré-operatória autónoma levou à criação de um questionário, dirigido ao doente durante a realização da mesma consulta. Sugere-se a implementação deste questionário na consulta pré-operatória da UCA.



**Unidade de Cirurgia de
Ambulatório
Consulta de Enfermagem Pré-Operatória**

IDENTIFICAÇÃO (etiqueta)
Nome: _____
Nº Processo: _____

Diagnóstico: _____
Proposta: _____ Ambulatório: Sim / Não
Data Provável: ____/____/____

A. Antecedentes anestésicos / cirúrgicos			
1. Já foi operado alguma vez?	?	S	N
1.1. Se sim, a quê?			
2. Teve alguma complicação com a anestesia?	?	S	N
2.1. Se sim, qual?			
3. Algum familiar direto já teve complicações graves com a anestesia?	?	S	N

B. Sinais Vitais	
1. Pressão arterial	_____ / _____ mmHg
2. Pulso	_____ bat/min
3. Saturação periférica de oxigénio	_____ %

C. Antecedentes Patológicos			
C.1. Doenças Cardiovasculares			
1. Tem algum problema cardíaco? (TA; Febre Reumática; FA; AVC; ...)	?	S	N

1.1.	Se sim, sabe especificar?			
2.	Toma medicação para o coração ou TA?	?	S	N
3.	Desmaia com facilidade e/ou tolera mal algum esforço?	?	S	N

C.2. Doenças Respiratórias

1.	Tem asma ou bronquite?	?	S	N
1.1.	Se sim, toma medicação?	?	S	N
2.	Tem crises ou falta de ar frequentemente?	?	S	N

C.3. Doenças Endócrino-metabólicas

1.	Sofre de diabetes?	?	S	N
1.1.	Se sim, toma medicação?	?	S	N

2.	Tem algum problema de tiroide?	?	S	N
3.	Tem excesso de peso?	?	S	N

C.4. Doenças Neurológicas, Genéticas, Psíquicas

1.	Sofre de Epilepsia (convulsões ou ataques)?	?	S	N
1.1.	Se sim, toma medicação?	?	S	N
2.	Tem crises frequentes apesar da medicação?	?	S	N
3.	Tem alguma doença psíquica?	?	S	N
3.1.	Se sim, sabe especificar?			
3.2.	Se sim, toma medicação?	?	S	N
4.	Tem alguma doença neuromuscular – falta de ar nas pernas, braços, dificuldade em engolir... (miastenia, miopatia, distrofia, neuropatia...)?	?	S	N

C.5. Doenças Hematológicas

1.	Tem anemia?	?	S	N
2.	Sangra facilmente, faz nódoas negras com muita facilidade e/ou sangra frequentemente do nariz e gengivas?	?	S	N
3.	Outra doença sanguínea (especifique)			

C.6. Doenças Gastrointestinais

1.	Tem ou teve algum problema grave hepático (do fígado)?	?	S	N
2.	Sofre de gastrite / esofagite / úlcera?	?	S	N
2.1.	Se sim, toma medicação?	?	S	N

3. Tem refluxo gastro esofágico?	?	S	N
4. Sofre de Doença de Crohn ou Colite Ulcerosa?	?	S	N

C.7. Doenças Reno vesicais

1. Tem insuficiência renal?	?	S	N
2. Faz frequentemente infecções urinárias?	?	S	N

D. Outros Fatores de Risco

1. Tem alguma alergia?	?	S	N
1.1. Se sim, a quê? _____			
2. Fuma?	?	S	N
2.1. Se sim, que quantidade? _____			
3. Ingere bebidas alcoólicas com frequência?	?	S	N
4. Consome drogas?	?	S	N
5. Tem alguma doença infeto - contagiosa?	?	S	N
5.1. Se sim, qual? _____			

E. Informações Adicionais

1. Tem as vacinas em falta?	?	S	N
2. Tem algum dente instável?	?	S	N
3. Está ou esteve constipado nos últimos 15 dias?	?	S	N
4. Medicação que faz:			
5. Tem mais alguma informação sobre a sua saúde que queira transmitir?			

Realizou-se a colheita de dados sem a aplicação do questionário sugerido anteriormente e obtiveram-se os resultados apresentados seguidamente.

Os participantes da investigação esperaram em média 104 minutos pela consulta de enfermagem, variando entre 4 e 273 minutos. (cf. Tabela 4).

Quanto à consulta de anestesia os participantes esperaram em média 213 minutos, variando entre 6 e 386 minutos. (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Tempo de espera para cada consulta, (em minutos)

	n	Min	Máx	M
Tempo de Espera para a Consulta de Enfermagem	97	4	273	104
Tempo de espera para a Consulta do Anestesista	97	6	386	213

Relativamente à diferença de tempo entre as consultas de cada especialidade, realçou uma diferença média de 109 minutos. (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Tempo de espera médio entre a consulta de enfermagem e a consulta de anestesia, (em minutos)

	M
Tempo médio de Espera para a Consulta de Enfermagem	104
Tempo médio de espera para a Consulta do Anestesista	213
Diferença do Tempo de Espera entre a Consulta de Enfermagem e a Consulta do Anestesista	109

Baseada nos critérios de inclusão / exclusão para cirurgia em ambulatório verificou-se que 97,94 % dos participantes usufruíam de critérios clínicos para realização de cirurgia em regime de ambulatório. (cf. Tabela 6)

Tabela 6 – Critérios Clínicos para cirurgia em ambulatório

	n	%
Apto para Cirurgia em Ambulatório	95	97,94
Não apto para Cirurgia em Ambulatório	2	2,06
Total	97	100

No que diz respeito aos critérios sociais, 100% dos participantes possuíam aptidão para cirurgia em regime de ambulatório. (Cf. Tabela 7)

Tabela 7 – Critérios Sociais para cirurgia em ambulatório

	n	%
Com critérios sociais	97	100
Sem critérios sociais	0	0
Total	97	100

A necessidade de solicitar a consulta do anestesista, para os doentes propostos para cirurgia em ambulatório, com anestesia tópica, só deverá ser feita se:

- todas as respostas **S**
- **no ponto A** – se complicações com anestésias anteriores
- **no ponto B** – se parâmetros vitais fora do normal
- **no ponto C** – se tendo algumas respostas **S**, medicado mas com patologias não controladas
- **no ponto D** – se alérgico ao látex.

Após a aplicação do questionário sugerido verificou-se que 1,03% dos participantes teve complicações com anestésias anteriores e 27,77% tinha alterações clínicas. (Cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Resultado após a aplicação do questionário sugerido

	n	%
Todas as respostas S	0	0
No ponto A se complicações com anestésias anteriores	1	1,03
No ponto C algumas respostas S mas medicado e patologia não controlada	25	27,77
No ponto D se alérgico ao Látex	0	0

Notou-se que do total da amostra 26,8% dos participantes tinham necessidade da consulta de anestesia. (Cf. Tabela 9)

Tabela 9 – Necessidade da Consulta do Anestesista

	n	%
Encaminhado para Consulta do Anestesista	26	26,8
Não encaminhado para Consulta do Anestesista	71	73,2
Total	97	100

7. Discussão dos resultados

O presente capítulo irá desenvolver e descrever a discussão metodológica e a discussão dos resultados, a qual foi feita tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente definidos.

7.1. Discussão metodológica

Desde o início da conceptualização da presente investigação, que uma das maiores preocupações se concentrava em desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia utilizada foi considerada a mais adequada e facilitadora para realização deste estudo. Os métodos usados no estudo considerado foram os mais adaptados para os objetivos delineados e para as características da amostra. No entanto, durante o desenvolvimento desta investigação foram encontradas algumas dificuldades metodológicas.

Fortin (2009) defende que a apresentação dos resultados só tem sentido no momento que é incluída numa discussão, na qual o investigador lhes dá significado. Esta parte do relatório aplica os resultados num contexto de realidade.

Ao incorporar um estudo no ambiente hospitalar, sendo esta a nossa realidade da prática, algumas limitações e dificuldades foram encontradas.

A principal limitação considerada no estudo foi o método de amostragem. Os participantes foram recrutados recorrendo a um processo de amostragem não probabilística por conveniência, o que pode trazer alguns vieses nos resultados obtidos.

No entanto considera-se o tamanho da amostra suficiente para estudo. É de mencionar que o facto do processo de amostragem ser não probabilístico, a amostra não é representativa, impedindo a generalização dos resultados do estudo para totalidade dos doentes que frequentam a consulta pré-operatória da UCA. Necessitamos assim da realização de outras investigações na mesma vertente para comprovar os resultados.

7.2. Discussão de resultados

A escolha do tema reside no facto de querer melhorar a qualidade de serviços prestados na consulta pré-operatória. Pretende-se pois ajudar os utentes/família na gestão das suas Necessidades Humanas Fundamentais e na independência, tão rápida quanto possível. (Virgínia Henderson, 1958).

Virgínia Henderson (2007), citando Nightingale, diz que a “enfermagem significa intervenções (habilidades, procedimentos, tarefas) feitas pelas enfermeiras aos doentes”. Ao que ela definiu como “as intervenções e habilidades-chave para a enfermagem eram as atividades que os doentes (fariam por si próprios se tivessem a força, a vontade ou o conhecimento necessários).”

A implementação da autonomia da consulta Pré-Operatória de enfermagem assume-se como peça fundamental na individualização e no planeamento dos cuidados de enfermagem.

Relativamente a caracterização da amostra, verificou-se que a maioria dos participantes era do género feminino (59,79%), inseridos no grupo etário predominante dos 26 aos 89 anos.

Surge a necessidade de tentar reduzir o tempo de espera do doente para a realização das consultas de enfermagem e de anestesia.

O doente espera em média pela consulta de enfermagem 104 minutos e pela consulta de anestesia 213 minutos. Havendo uma diferença de 109 minutos, em média, entre as duas consultas.

Tornando a consulta de enfermagem autónoma seria possível reduzir o tempo de espera para o doente.

Criou-se um questionário para utilizar na consulta de enfermagem, com o qual se conseguiu ter a perceção de que 73,2% dos doentes não necessitariam de aguardar pela consulta de anestesia para realizarem a cirurgia em ambulatório.

8. Conclusão

Dos resultados obtidos concluímos que aplicando o questionário elaborado durante este percurso, não seria necessária a consulta de anestesia em 73,2% dos doentes que frequentaram a mesma consulta.

Sempre com o objetivo de uma prestação de cuidados direcionados para o indivíduo, contínua e adaptada às suas necessidades, no Bloco Operatório, tanto a prática dos cuidados como a relação Enfermeiro/Doente têm a mesma importância. Idealmente os cuidados de Enfermagem Peri-operatórios deveriam dividir-se em três fases: antes da chegada do doente ao Bloco operatório, para poderem ser identificadas as suas necessidades através da realização da Consulta Pré-Operatória; durante toda a sua permanência no Bloco Operatório; e, por fim, algumas horas ou dias após a intervenção cirúrgica, para se avaliar os cuidados prestados no intraoperatório com a realização da Visita Pós-Operatória (UNAIBODE, 2001).

O enfermeiro peri-operatório operacionaliza o Modelo de Formação e da Prática da Enfermagem Peri-operatória preconizado pela AESOP, pois consegue “(...) *avaliar as reais necessidades do doente, realizar os diagnósticos de enfermagem, promover as ações de enfermagem e desenvolver e avaliar os resultados das mesmas*” (AESOP, 2006, p.109).

As intervenções de enfermagem na UCA consistem, segundo Lima (2006) em:

- Apoiar e ajudar a pessoa a ultrapassar o momento de crise representado pela intervenção cirúrgica;
- Promover o autocuidado;
- Encaminhar em caso de dúvidas ou complicações.

Kérouac (1994) cit in Gomes (2009), defende que o paradigma da transformação representa uma mudança de mentalidade, perspetivando os fenómenos como únicos, jamais iguais a um outro. (...) os fenómenos apresentam algumas similaridades, mas nenhum se assemelha completamente. No entanto cada fenómeno pode definir-se por uma estrutura e um padrão único; é uma unidade global em interação recíproca e simultânea com uma unidade global mais larga, o mundo que o rodeia.

Tendo por base as questões elaboradas, consideramos que a concretização dos objetivos propostos inicialmente foi alcançada.

Chegando ao fim deste trabalho, podemos dizer que esta experiência foi extremamente enriquecedora, pois permitiu o aprofundamento de conhecimentos numa área de grande importância para a prática de enfermagem. Mostrou-se, também, gratificante, pois contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Apesar da elaboração da monografia ter constituído um grande desafio para nós, contribuiu muito para o nosso desenvolvimento pessoal e intelectual, bem como para o aperfeiçoamento de algumas capacidades que, quanto a nós, irão ter reflexos significativos na nossa prática enquanto pessoas e profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICANO, M. **Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório**, Hospitais SA, 2005.

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações. – **Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório**, Portugal, Impressão e acabamento – Multitema, SA, , 2010

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. - **Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.

BAGGIO Maria A., TEIXEIRA, Ariane, PORTELLA, Marilene R. - **Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo diferença**. Revista Gaúcha Enfermagem. 22 (1) (2001). 122-39. [Consult. 18 Novembro 2015].Disponível em

[URL:http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4355](http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4355) ISSN 0102-6933.

BOFF, Leonardo. - **Saber Cuidar Ética do humano – compaixão pela terra**, Brasil, Editora Vozes, 1999

BOLANDER, Verolyn B. - **Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.

CABRAL,D.M **Cuidados Especializados em enfermagem peri- operatório: Contributo para a sua implementação**. [Tese de Doutoramento]. Porto: Instituto Ciências Biomédica de Abel Balazar – Universidade do Porto, 2004

COLLIÈRE, Marie-Françoise, - **Cuidar... A primeira arte da vida**, Portugal, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnica e Científicas, Lda, 2003

GALVÃO, Cristina M.; SAWADA, Namie O.; ROSSI, Lúcia A. - **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória**. Revista Latino-americana Enfermagem. 10(5) (setembro-outubro 2002) 690-5. [Consult. 10 Novembro 2015]. Disponível em

[URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf)ISSN 0104-1169

GOMES, Germana. - **História da Enfermagem em Cabo Verde**, São Vicente, Cabo Verde, Gráfica do Mindelo, Lda, 2010

GOMES, Noélia - **O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas** - Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências

Biomédicas de Abel Salazar -Universidade do Porto, 2009. [Consult. 06 Novembro 2015]. Disponível em

[URL:http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O%20DOENTE%20CIRRGICO%20NO%20PERODO%20PROPERATRIO%20DA%20INFORMA%C3%83O%20R.pdf](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O%20DOENTE%20CIRRGICO%20NO%20PERODO%20PROPERATRIO%20DA%20INFORMA%C3%83O%20R.pdf).

GRITTEM, Luciana, MÉIER, Marineli J. e GAIEVICZ, Ana P. - **Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino**. Cogitare Enfermagem. 11(3) (set/dez 2006), p.245-51. [Consult. 18 Novembro 2015]. Disponível em

[URL:http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2.2.4/index.php/cogitare/article/view/7311/5243ISSN_1414-8536](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2.2.4/index.php/cogitare/article/view/7311/5243ISSN_1414-8536)

HENDERSON, Virgínia, - **Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE**. Portugal, LUSODIDACTA, - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. 2007

JORGETTO, Giovanna V., NORONHA, Rachel, ARAÚJO, Izilda E. M. – **Assistência de Enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa**. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 07: 03 (2005) 273-277. [Consult. 8 Novembro 2015]. Disponível em

[URL:http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_3/original_03.htm.ISSN_1518-1944](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_3/original_03.htm.ISSN_1518-1944).

LOURENÇO, M. Cuidar no bloco operatório. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº187 (Abril 2004), p. 25-28.

MARILYNN, E. Doenges E MOORHOUSE, Mary Frances. - **Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem** – Um texto Interativo para o Raciocínio Diagnostico, 5ª Edição, Portugal, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2010

MELO, João Manuel Rodrigues [et al]. - **Visita de enfermagem pré-operatória – a opinião dos doentes**. *Millenium*. 2013. [Consult. 13 Novembro 2015]. Disponível em

[URL:http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4400442](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4400442).ISSN 1647-662X

MELO, Maria L.. - **Comunicação com o doente: certezas e incógnitas**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-86.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). **Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 2**. Lisboa: OE. 205 p..

ORDEM DOS ENFERMEIROS. - **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. 2005. 187 p..

POTTER, Patrícia A. e PERRY, Anne G. - **Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-24-0.

STREUBERT, Helen J. e CARPENTER, Dona R. **Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista**. Portugal, LUSOCIÊNCIA – Edições Técnica e Científicas, Lda, 2002.

THOMAZ, Vanessa. A.; GUIDARDELLO, Edinês. B. - Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Revista Nursing**. São Paulo. ISSN 1415-8264. Vol. 54, nº 5 (2002), p. 28-34.

THOMPSON, Ian E; MELIA, Kath M e BOYD, Kenneth M. - **Ética Em Enfermagem**. Portugal, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2004.

UNAIBODE. **Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório. Desenvolver uma cultura de qualidade**. Loures. Lusociência, 2001. ISBN: 972- 8383-24-X.

Anexos

Anexo I

**Pedido de autorização à administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu
para consultar processos dos doentes da consulta da UCA**

Exmo. Sr. Diretor do
Centro Hospitalar Tondela Viseu

Assunto: Pedido de autorização para consulta, via Allert, do processo dos doentes que realizaram consulta pré-operatória na Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

Eu, Mariete Lúcia de Sousa Pinto, aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viseu e Enfermeira na Unidade de Cirurgia em Ambulatório, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que se digne a autorizar a consulta, via Allert, do processo dos doentes que realizaram consulta pré-operatória na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, no período de 01 de fevereiro de 2017 a 23 de fevereiro de 2017, essencial para a realização da Tese de Mestrado subordinada ao tema “A Importância da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória na Cirurgia em Ambulatório: - melhoria no atendimento; - redução no tempo de espera”.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a atenção dispensada ao deferimento do pedido e disponibilizo-me para qualquer esclarecimento.

Pede deferimento,

(Mariete Lúcia de Sousa Pinto)