



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA AMBULATÓRIA

Eunice Cristina Ribeiro Lopes



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Eunice Cristina Ribeiro Lopes

A CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL À PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA AMBULATÓRIA

VI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

e da Professora Especialista Mara Rocha

setembro de 2020

RESUMO

Na atualidade, verifica-se um aumento da cirurgia ambulatória devido às suas inúmeras vantagens, tais como: a redução da permanência da pessoa doente em internamento hospitalar, ficando desta forma, menos exposta a processos infecciosos; a recuperação no seu ambiente familiar e um regresso mais rápido à sua atividade de vida diária. Contudo, apesar destas vantagens, existe uma diminuição de contacto com os profissionais de saúde, nomeadamente com o enfermeiro, acarretando medos e ansiedade à pessoa submetida a cirurgia ambulatória. Também a família vivencia sentimentos de medo e insegurança pelo facto de possuírem poucos conhecimentos para lidar com a situação que envolve uma cirurgia.

Deste modo, torna-se importante que nas unidades de saúde hospitalar, a consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória com carácter presencial se torne numa realidade, dando assim, respostas mais efetivas às necessidades da pessoa submetida a cirurgia ambulatória e família na promoção da sua qualidade de vida. Assim, tendo em conta este pressuposto pareceu-nos ser primordial realizar o estudo numa instituição hospitalar com cirurgia ambulatória, com o objetivo geral de conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória, com a finalidade de contribuir para a criação de uma consulta de enfermagem pós-cirúrgica com carácter presencial, prevenindo complicações e, conseqüentemente, a obtenção de ganhos em saúde.

Metodologia: Estudo qualitativo, exploratório descritivo; recolha de dados: entrevista semiestruturada. Participantes: enfermeiros de uma unidade hospitalar do norte de Portugal. Efetuada análise de conteúdo segundo o referencial de Bardin (2011). O estudo respeitou o princípio ético-moral.

Resultados: Os enfermeiros do estudo entendem que a consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória é essencial para a prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia ambulatória, na medida em que, permite avaliar, informar, identificar, responder às expectativas e necessidades, podendo o doente e família usufruir de uma maior qualidade de vida e bem-estar.

Salientam, que a consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória presencial facilita uma prestação de cuidados mais ajustados às necessidades individuais, favorece um acesso mais direto a cuidados humanizados e garante um processo de acompanhamento familiar.

Realçam, que a consulta de enfermagem pós cirurgia presencial é um momento crucial para o enfermeiro realizar educação para a saúde, para avaliar eventuais complicações, para promover a expressão de sentimentos e emoções, para dar segurança e para estabelecer uma comunicação empática.

Contudo, apontam como aspetos dificultadores à sua existência em contexto hospitalar o custo económico que acarreta e uma maior sobrecarga familiar.

Sugerem a necessidade de existir uma maior articulação e cooperação nas equipas de saúde.

A existência de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória presencial, é fundamental para que a pessoa submetida a cirurgia ambulatória e sua família possam usufruir de cuidados especializados com reflexos na melhoria da qualidade de vida da pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: cirurgia ambulatória; consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória; hospital

ABSTRACT

Currently, there is an increase in outpatient surgery due to its numerous advantages, such as: the reduction of the sick person's stay in hospital, thus being less exposed to infectious processes; recovery in their home environment and a quicker return to their daily life activity.

However, despite these advantages, there is a decrease in contact with health professionals, namely with the nurse, causing fears and anxiety to the person undergoing outpatient surgery.

Also, the family experiences feelings of fear and insecurity due to the fact that they have little knowledge to deal with the situation that involves a surgery. This way, it is important that in hospital health units, nursing consultation after outpatient surgery with face-to-face character becomes a reality, giving more effective responses to the needs of the person undergoing outpatient surgery and family in promoting their quality of life. Thus, considering this assumption, it seemed to us to be essential to carry out the study in a hospital institution with outpatient surgery, with the general objective of knowing the importance attributed by nurses to the face-to-face nursing consultation after outpatient surgery, in order to contribute to the creation of a post-surgical nursing consultation with face-to-face character, preventing complications and consequently obtaining health gains.

Methodology: Qualitative, exploratory, descriptive study; **Data collection:** semi-structured interview. **Participants:** Nurses from a hospital unit in northern Portugal. Content analysis was carried out according to Bardin's reference (2011). The study respected the ethical-moral principle.

Results: The nurses in the study understand that the face-to-face nursing consultation of post-outpatient surgery is essential for the provision of care to the person undergoing outpatient surgery, as it allows assessing, informing, identifying, responding to expectations and needs, and the patient and family can enjoy a better quality of life and well-being.

They emphasize that the face-to-face nursing consultation after ambulatory surgery facilitates the provision of care that is more adjusted to individual needs, favors a more direct access to humanized care and guarantees a family monitoring process.

They emphasize that the face-to-face nursing consultation after surgery is a crucial moment for nurses to carry out health education, to assess any complications, to promote the

expression of feelings and emotions, to provide security and to establish empathic communication.

However, they point the economic cost that it entails and a greater family burden as difficult factors to its existence in a hospital context.

They suggest the need for greater articulation and cooperation in health teams.

It is essential the existence of specialist nurses in Medical-Surgical Nursing in the face-to-face nursing consultation after outpatient surgery, so that the person undergoing outpatient surgery and his family can enjoy specialized care with reflexes in improving the person's quality of life.

KEYWORDS: outpatient surgery; post-outpatient surgery nursing consultation; hospital

AGRADECIMENTOS

No decorrer deste percurso académico contei com o apoio de muitas pessoas, nomeadamente de familiares, amigos e colegas que muito me incentivaram neste processo formativo.

Foi um longo caminho, por vezes com obstáculos, mas com o apoio e orientação que obtive, todas as etapas foram superadas e os objetivos alcançados.

De uma forma muito sincera e especial, dirijo o meu agradecimento à Professora Doutora Manuela Cerqueira, por aceitar ser minha orientadora. Agradeço o profissionalismo, a disponibilidade e paciência, a partilha de conhecimentos, a atenção demonstrada, a motivação e entusiasmo sempre presentes e a dedicação que sempre apresentou em todos os momentos.

À orientadora Professora Especialista Mara Rocha pela disponibilidade, partilha de conhecimentos, pelas palavras de incentivo, pelo acompanhamento e dedicação em todos os momentos de orientação.

Aos professores do curso de Mestrado pelos conhecimentos partilhados.

À Odete e à Sandra, sempre presentes e disponíveis na biblioteca, e a todos os outros funcionários da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo pela atenção sempre dispensada.

A todos os enfermeiros participantes deste estudo, pela disponibilidade e colaboração demonstradas.

A todos os amigos pelo apoio e pelas palavras de incentivo que me deram alento em muitos momentos; em especial à Elisa, à Lúcia, à Zita e à Paula, pelo apoio sempre presente.

A todos os outros que não enuncio aqui...

Finalmente, à minha família, particularmente ao Filipe e ao Tomás pela paciência, compreensão e carinho demonstrados ao longo deste percurso. Sem o apoio deles, esta caminhada não seria possível.

A todos, o meu profundo agradecimento!

DEDICATÓRIA

A ti: meu filho,
pelo entusiasmo sempre presente.

PENSAMENTO

“Mesmo que já tenha feito uma longa caminhada, há sempre um novo caminho a fazer.”

Santo Agostinho

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA AMBULATORIA: PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS	18
1. CIRURGIA AMBULATORIA – CONCEITO E EVOLUÇÃO AO LONGO DOS TEMPOS	19
1.1. Vantagens e desvantagens da cirurgia ambulatoria.....	23
1.2. Modelos organizacionais da cirurgia ambulatoria.....	26
2. Intervenção do enfermeiro no restabelecimento da autonomia da pessoa submetida a cirurgia ambulatoria.....	33
2.1. Consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia: perspectiva dos enfermeiros..	37
2.2. A intervenção do enfermeiro na consulta pós-cirurgia: desafios e oportunidades	40
CAPÍTULO II - DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA.....	44
1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	45
2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	50
2.1. Tipo de Estudo.....	51
2.2. Terreno de Pesquisa.....	53
2.3. Os Sujeitos em Estudo	54
2.4. Instrumento de Recolha de Dados.....	58
2.5. Técnica de Análise de Dados	61
2.6. Considerações Éticas	62
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..	64
1.1. Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	70
1.2. Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	74
1.3. Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	78

1.4. Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	81
1.5. Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	84
1.6. Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	87
1.7. Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	91
1.8. Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria na perspectiva dos enfermeiros.....	95
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
2.1. Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	97
2.2. Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	106
2.3. Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	115
2.4. Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	118
2.5. Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	123
2.6. Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	126
2.7. Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	129
2.8. Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria na perspectiva dos enfermeiros.....	133
CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	138
ANEXOS	154
ANEXO 1 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	155

APÊNDICES.....	158
APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.....	159
APÊNDICE 2 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO AO ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS PELA UNIDADE DE CARDIOLOGIA E UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIA	162
APÊNDICE 3 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES.....	165
APÊNDICE 4 – GUIÃO DA ENTREVISTA	167
APÊNDICE 5 – EXEMPLARES DE ENTREVISTA DA UNIDADE DE CARDIOLOGIA E UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIA	170
APÊNDICE 6 – GRELHA DE ANÁLISE CONTEÚDO	178

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 - Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	70
Figura n.º 2 - Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	74
Figura n.º 3 - Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	78
Figura n.º 4 – Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	81
Figura n.º 5 - Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	84
Figura n.º 6 - Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	87
Figura n.º 7 – Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	91
Figura n.º 8 - Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria na perspetiva dos enfermeiros	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico n.º 1 – Distribuição dos participantes por sexo</i>	<i>55</i>
<i>Gráfico n.º 2 – Distribuição dos participantes por idade</i>	<i>56</i>
<i>Gráfico n.º 3 – Distribuição dos participantes por estado civil</i>	<i>56</i>
<i>Gráfico n.º 4 – Distribuição dos participantes por formação académica.....</i>	<i>57</i>
<i>Gráfico n.º 5 – Distribuição dos participantes por tempo de serviço</i>	<i>57</i>
<i>Gráfico n.º 6 – Distribuição dos participantes por tempo de serviço no serviço atual</i>	<i>58</i>

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 - Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	71
Quadro n.º 2 - Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	75
Quadro n.º 3 - Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	79
Quadro n.º 4 - Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	82
Quadro n.º 5 - Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	85
Quadro n.º 6 - Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	88
Quadro n.º 7 - Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.....	92
Quadro n.º 8 - Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria na perspetiva dos enfermeiros.....	95

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela n.º 1 - Categorias e subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos enfermeiros</i>	<i>66</i>
--	-----------

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

a.C. – Antes de Cristo

ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde

APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CNADCA – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

DGS – Direção Geral de Saúde

ET AL. – E outros

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da saúde

N.º – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

P. – Página

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

A evolução da sociedade moderna e a conjuntura mundial têm colocado inúmeros desafios ao sistema de saúde, no que concerne à melhoria da qualidade dos cuidados. Os progressos da medicina, os avanços tecnológicos, a evolução das técnicas anestésicas, têm conduzido ao progresso nas áreas da cirurgia e, nomeadamente, ao desenvolvimento da cirurgia ambulatória, bem como, a uma conseqüente modificação do paradigma de cuidados cirúrgicos, nomeadamente dos cuidados efetuados em regime de cirurgia ambulatória (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória - APCA, 2016; Boltz [et al.], 2016; Mitchell, 2016).

Realça-se que a cirurgia ambulatória em Portugal, em 2017, representava cerca de 63% da totalidade das cirurgias (Administração Central dos Serviços de Saúde - ACSS, 2017). Constitui-se assim, num grande desafio para os serviços de saúde, na medida em que, enfatiza uma necessidade de cuidados mais humanizados e adequados às necessidades não só físicas, como também, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa doente submetida a cirurgia ambulatória.

Aumentar o conforto da pessoa submetida a cirurgia ambulatória, envolver a pessoa e família nos cuidados, reduzir o tempo de permanência hospitalar e do tempo de espera de cirurgia, promover uma recuperação pós-cirurgia e, conseqüentemente, uma mais rápida integração social, bem como, contribuir para a individualização e humanização dos cuidados, são efetivamente, os objetivos da cirurgia ambulatória (Boltz, 2016).

A cirurgia ambulatória define-se como uma intervenção cirúrgica programada em que a pessoa é submetida a uma anestesia geral, locorreional ou local, realizada em regime de internamento ou em instalações próprias que ofereçam segurança e, de acordo com as *leges artis*, em regime de admissão e alta da pessoa doente no mesmo dia (Direção Geral da Saúde – DGS, 2001).

Contudo, a cirurgia é um processo que causa na pessoa uma variabilidade de emoções e sentimentos, ligada ao desconhecimento da técnica cirúrgica, ao surgimento de dúvidas, medos, inseguranças quanto ao período pós-cirurgia, exigindo do profissional de saúde, nomeadamente do enfermeiro, o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família. O estudo realizado por Lancaster, citado por Leal (2006), revelou que os principais fatores geradores de ansiedade na pessoa submetida a cirurgia ambulatória se relacionam com preocupações relativas à continuidade de cuidados, o medo de não conseguir memorizar toda a informação que lhe foi transmitida,

o processo anestésico, o processo cirúrgico, o processo de recuperação e o medo do diagnóstico ou do prognóstico.

Sabe-se que a rotina hospitalar vivida nos hospitais modernos não permite por vezes, que haja espaço para a expressão de sentimentos e emoções, quer do cuidador, quer do cuidado, comprometendo a recuperação da pessoa submetida a cirurgia e a sua integração no meio sociofamiliar. O regresso a casa da pessoa submetida a cirurgia ambulatória exige que o enfermeiro o prepare a nível mental e físico para a sua recuperação num curto espaço de tempo disponível (Silva, 2007).

Oferecer informações adequadas às necessidades presentes na pessoa submetida a cirurgia e sua família e ao mesmo tempo reduzir todos os impactos gerados pelo processo cirúrgico, resultando num processo de transição, exige do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, uma abordagem multidimensional e multifacetada. A consulta de enfermagem pós-cirurgia assume assim, grande importância frente à complexidade que envolve este processo, de forma a maximizar os pontos fortes da pessoa submetida a cirurgia, contribuindo para a recuperação de níveis ótimos de saúde, função, conforto e autorrealização (Meleis, 2010).

Tendo por base estes pressupostos, colocou-se a questão de investigação: *Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória?* com o objetivo geral de *conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória* e com a finalidade de contribuir para a criação de uma consulta de enfermagem pós-cirúrgica com carácter presencial, prevenindo complicações e eventos adversos, bem como, promovendo saúde, e consequentemente obtendo ganhos em saúde.

Este trabalho é desenvolvido em duas partes, que constituem um todo. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico que versa sobre a perspetiva dos enfermeiros acerca da pessoa submetida a cirurgia ambulatória, conceito e evolução de cirurgia ambulatória, suas vantagens e desvantagens e modelos organizacionais. Foca também a intervenção do enfermeiro no restabelecimento da autonomia da pessoa submetida a cirurgia ambulatória, e a consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia.

A segunda parte refere-se ao estudo empírico realizado, apresentação do objeto de estudo através da argumentação da sua pertinência, os referenciais teóricos e metodológicos adotados; apresentação e análise dos dados obtidos através das entrevistas realizadas e respetiva discussão.

Por último, são apresentadas as conclusões e limitações do estudo, onde emergem novos problemas pertinentes para serem objetos de investigações que poderão complementar o presente estudo e proporcionar mais conhecimento para a área da enfermagem.

**CAPÍTULO I - A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA AMBULATÓRIA:
PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS**

1. CIRURGIA AMBULATÓRIA – CONCEITO E EVOLUÇÃO AO LONGO DOS TEMPOS

Ao longo dos tempos, vem-se constatando grandes mudanças a nível demográfico, social, político e económico, provocando melhorias nas condições de vida das pessoas e um consequente aumento da esperança média de vida. Estas alterações resultam num aumento de diversas patologias que com frequência dependem de intervenções cirúrgicas. Evidentemente que este facto, tem grande impacto nos serviços de saúde, na medida em que, a crescente necessidade de realização de cirurgias em regime ambulatório implica um atendimento rigoroso e diferenciado, em que os enfermeiros ocupam um papel de destaque no restabelecimento do autocuidado.

Para melhor compreender o conceito de cirurgia ambulatória como um modelo revolucionário da oferta de cuidados, torna-se pertinente conhecer a sua história.

Em diferentes épocas, e de acordo com a cultura e os costumes de cada povo, o sentido atribuído à cirurgia tem sofrido várias interpretações. Os sentimentos e ritos ligados a esse acontecimento variam conforme a evolução dos valores cultivados por cada sociedade, tendo sido associado a atos míticos (Pereira, 1999), espirituosos e religiosos.

Realça-se, que a evolução da cirurgia se interliga com a própria história do homem na terra, já que este sempre foi acometido por enfermidades. Na sua evolução, valeu-lhe sempre o precioso contributo de ilustres nomes como Paré, Vesálio, Hunter, entre muitos outros (Brieger, 1999).

Tempos houve, em que se acreditava que os deuses conviviam com os homens tendo-lhes transferido saberes. Na Grécia e Roma antiga, há relatos datados de 3000 a.C. da realização de procedimentos cirúrgicos, sendo os lares e templos locais de adoração e cura. Refere Pereira (1999), que em tempos remotos, os atos cirúrgicos eram entregues a curiosos, tratavam-se ferimentos, controlavam-se hemorragias, utilizava-se a trepanação para tratar lesões cerebrais, tal como se usavam rituais para a libertação de demónios, que se acreditava estarem na origem dos males.

No final da idade média, a medicina encontrava-se estagnada, mas em 200 d.C, época de Galeno, a cirurgia separa-se da medicina e percorre caminhos distintos nos 1500 anos seguintes (Brieger, 1999). Durante o seu percurso histórico, a cirurgia não se encontrou sempre no auge, e por volta dos séculos XIII e XIV era até evitada pelos médicos.

No século XIV, a invenção da pólvora e o uso em armas de fogo originou feridos de guerra com diferentes ferimentos, renovando-se o interesse pela anatomia. Renasce o interesse em aprofundar conhecimentos, proporcionando avanços na área cirúrgica e o reconhecimento da importância dos cirurgiões.

Nos últimos quatro séculos, podemos verificar em diversas obras, que os objetivos dos cirurgiões se mantêm ao longo dos tempos históricos (Brieger, 1999). Exemplo deste facto, é Ambroise Paré (1510-1590), nascido de uma família humilde, que recebeu formação como aprendiz de barbeiro cirurgião. Posteriormente, desenvolve os seus estudos em Paris, e passa a ser reconhecido como um cirurgião famoso. Cirurgião ousado, pela procura da inovação e transformação de técnicas cirúrgicas, é comparado com os cirurgiões da atualidade, na medida em que também necessitam de inovar, alterar condutas e técnicas, com vista à obtenção dos melhores resultados para a pessoa submetida a cirurgia.

Em Portugal, no século XV, D. Afonso V promulgou o primeiro diploma real no sentido de regulamentar a prática e o ensino de Cirurgia (Pereira, 1999).

No século XIX, os cirurgiões tiveram uma participação positiva na reforma sanitária e já no século XX, com toda a evolução e transformação prévia, a cirurgia começou a abranger conceitos mais vastos do que o simples ato cirúrgico executado, começando-se a discutir a doença em si (Brieger, 1999).

Um aspeto importante na evolução cirúrgica, e que não pode ser descurado, é o uso eficaz da anestesia geral que data à década de 1840 (Mitteldorf, 2007). Até aí, as cirurgias ocorriam em pouco número devido a obstáculos à sua realização, nomeadamente a dor, infeção, hemorragia ou choque derivados dos atos cirúrgicos (Brieger, 1999) e, para os combater, utilizavam-se substâncias como o álcool, ópio, mandrágora e até sangria ou redução do fluxo cerebral para reduzir a sensibilidade. Exemplos como o de Horace Wells que utilizou gás hilariante para atuar na dor ou o de Willian Norton que utilizou o éter na realização de cirurgias (Mitteldorf, 2007), foram incrementos que impulsionaram a evolução anestésica, que nunca mais parou, facilitando a evolução da cirurgia quer em técnica quer em número de cirurgias.

Refere (Mitteldorf, 2007, p. 3), que “em virtude da possibilidade crescente de se realizar procedimentos cirúrgicos, graças ao advento da anestesia, as complicações infecciosas começaram a incomodar alguns cirurgiões”.

As descobertas de Pasteur sobre a infeção por volta de 1850, e as teorias desenvolvidas por Florence Nightingale sobre a propagação da infeção e condições ambientais, despertam a comunidade científica para a importância do isolamento da pessoa doente e controlo da infeção. Mais tarde, em 1907, aparece o primeiro tratado de higiene hospitalar que aborda a técnica asséptica, desinfeção e isolamento, decorrentes de descobertas e recomendações efetuadas pelos cientistas da época (Bilbao, 2006).

Realça-se que ao longo dos séculos, a técnica cirúrgica e a técnica anestésica foram evoluindo, tornando possível a cirurgia em regime ambulatorio, designada por cirurgia ambulatória. Lemos (2010), no estudo que realizou relativo à evolução da cirurgia ambulatória em Portugal, verificou que este tipo de cirurgia em termos estatísticos se aproxima dos números dos países industrializados.

No século XX, com o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e anestésicas, a cirurgia passa a ser uma realidade mais efetiva nos contextos hospitalares, exigindo a estas respostas mais atempadas à pessoa que necessita de cirurgia. Este facto leva ao aumento de cirurgias, e, como tal, origina que as instituições hospitalares reorganizem os blocos operatórios, passando a existir o bloco operatório central para dar resposta a cirurgias de grande complexidade e bloco de cirurgia ambulatória para dar resposta a cirurgias menos complexas. É de realçar que, a cirurgia ambulatória, se baseia num princípio fundamental - Segurança (DGS, 2001).

O princípio da segurança da pessoa doente assume uma importância crescente, traduzindo-se na preocupação de adoção de medidas simples, mas de carácter universal em qualquer cirurgia. No bloco operatório existe uma alta prevalência de eventos adversos, pelo que, a segurança do ambiente cirúrgico é uma prioridade para os profissionais de saúde.

É de referir, que os hospitais nos últimos anos têm apostado nas unidades de cirurgia ambulatória de forma a maximizar a eficiência, eficácia e produtividade (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório - CNADCA, 2008). Monitorizar a qualidade na cirurgia ambulatória é primordial para a sua evolução.

O conceito de cirurgia ambulatória, conforme já mencionado acima, é antigo, tal como apontam Lima e Pinto (2014), ao referirem a antiguidade do conceito de cirurgia ambulatória, ligado à história da evolução da medicina.

Na atualidade, a CNADCA refere que a cirurgia ambulatória é uma “intervenção cirúrgica programada que não requer a permanência do doente no estabelecimento de saúde durante a noite” (CNADCA, 2008, p. 46).

O Ministério da Saúde (MS), na Portaria n.º 132/2009 de 30 janeiro, define-a como

“intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas” (Portaria n.º 132/2009, p. 660).

Para Morales [et al.] (2002), a cirurgia ambulatória

“é um campo onde se estabelece uma relação com o doente mais em consonância com a realidade actual, menos paternalista e mais negociada [...] A possibilidade de informação ao doente, a capacidade de decisão, de eleição e consideração pelas suas condições sociais e psicológicas constituem a pedra angular desta modalidade assistencial” (Morales [et al.], 2002, p. 4).

Através da Portaria n.º 111/2014, de 23 de maio, que altera a Portaria n.º 291/2012, de 24 de setembro, o MS acrescenta à definição de cirurgia ambulatória, o facto do regime de admissão e o regresso da pessoa ao domicílio pode ocorrer no mesmo dia, sem a necessidade de dormida.

Em Portugal, a cirurgia ambulatória tem um histórico recente, com o seu início nos anos 90, contudo, tem vindo a desenvolver-se muito rapidamente devido às vantagens que lhe são associadas, tais como a melhoria de acesso à cirurgia pela diminuição do tempo de espera; um impacto positivo para a pessoa doente com redução da dor pós-cirurgia e recuperação num ambiente familiar; menor taxa de complicações pós-cirurgia como o risco diminuído de trombo-embolismo pela possibilidade de deambulação precoce e menor exposição a infeções nosocomiais, traduzindo-se numa incidência de regressos ao hospital que não ultrapassa a registada no pós-operatório da cirurgia de internamento; e ainda uma melhor organização da estrutura hospitalar disponibilizando o internamento para situações mais complexas e possibilidade de racionalização da despesa e reorientação dos custos hospitalares (MS, Despacho n.º 1380/2018). Tende, ainda, a contribuir para a diminuição dos níveis de *stress* nas pessoas submetidas a um procedimento cirúrgico, quando devidamente informadas acerca do processo e do acompanhamento da sua recuperação em ambiente familiar, favorecendo a satisfação das pessoas e família (Resolução do Conselho de Ministros, n.º 159-A/2008).

O MS, no Despacho 1380/2018, indica que no ano 2000 realizavam-se apenas 10% das cirurgias com indicação de regime de ambulatório. No entanto, em 2018, esse valor situava-se nos 63%. A par do aumento das cirurgias realizadas em regime ambulatório, procedimentos mais complexos começaram a ter indicação internacional para a sua realização neste regime cirúrgico, sendo que, em Portugal, em 2000 essa prática era basicamente inexistente e em 2018 atingiu os 12%.

A legislação e normas atualmente existentes, consideram a cirurgia ambulatória como aquela “em que a admissão e alta ocorrem no período máximo de 24 horas”, indo ao encontro de parâmetros definidos a nível nacional e internacional (CNADCA, 2008).

Desta forma, requer cuidados pós-operatórios pouco intensivos e de curta duração e cuja alta da pessoa ocorre em menos de 24 horas após a intervenção cirúrgica, favorecendo o tratamento de um número considerável de pessoas, diminuindo as listas de espera cirúrgica, com redução do tempo de espera cirúrgica, racionalizando a despesa em saúde, traduzindo-se em incremento de qualidade e melhoria de cuidados para as pessoas (MS, Despacho n.º 1380/2018).

A cirurgia ambulatória é, sem dúvida, uma mais-valia para a pessoa que necessita de ser submetida a uma cirurgia que não envolve grande complexidade, na medida em que facilita a sua integração no meio familiar e comunitário. Para a organização hospitalar, facilita uma maior eficiência e, como tal, uma diminuição de custos.

De seguida, explanamos de uma forma mais aprofundada as vantagens e desvantagens da cirurgia ambulatória.

1.1. Vantagens e desvantagens da cirurgia ambulatória

A cirurgia ambulatória é citada em escritos milenares, mas foi no século passado que sofreu uma franca expansão e se verificou um novo interesse pela área (Lima e Pinto, 2014). Para os mesmos autores, apresenta objetivos como a redução do tempo de espera cirúrgico, o aumento da comodidade da pessoa, o envolvimento da mesma e da sua família/cuidadores nos cuidados, a diminuição do tempo de permanência hospitalar, a recuperação pós-operatória e consequente reabilitação socioprofissional mais célere, assente numa prestação de cuidados individualizados e humanizados.

A CNADCA (2008) refere que cirurgia ambulatória está associada a vantagens clínicas, como a menor incidência de complicações, sejam decorrentes do ambiente hospitalar ou

resultado do procedimento cirúrgico; organizativas, como a melhoria do acesso das pessoas à cirurgia com redução dos tempos de espera; sociais, permitindo uma recuperação mais rápida e início das suas atividades familiares, sociais e profissionais mais precocemente; económicas, porque permite uma racionalização da despesa em saúde e a reorientação dos custos hospitalares.

Outras vantagens apontadas são a diminuição das listas de espera para as cirurgias, redução dos tempos de internamento, e conseqüentemente uma menor taxa de complicações pós-operatórias, como infeções, favorecendo à pessoa que foi submetida a cirurgia ambulatória uma mais rápida integração nas suas atividades de vida diária (CNADCA, 2008).

O MS refere como vantagens o impacto social e económico da cirurgia ambulatória com incremento na qualidade e racionalização da despesa em saúde pela conseqüente substituição de cirurgias convencionais em cirurgias ambulatórias (Resolução do Conselho de Ministros n.º 159-A/2008).

O Despacho n.º 1380/2018, emanado pelo MS, salienta ainda que, a cirurgia ambulatória “permite uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares” (Despacho n.º 1380/2018, p. 4511). De facto, ganha a instituição de saúde, ganha a pessoa submetida a cirurgia e família, ganha todo o Sistema Nacional de Saúde (SNS) na medida em que o torna mais eficiente, rentável, acessível, humanizado e centrado na pessoa doente.

Realça-se que a diminuição do tempo de internamento hospitalar, para além de todas as vantagens mencionadas, e o conseqüente regresso mais rápido da pessoa submetida a cirurgia ambulatória ao domicílio contribui para a minimização do *stress* familiar, e para o aumento da satisfação das pessoas e família (Resolução do Conselho de Ministros n.º 159-A/2008). Pelo menor tempo de exposição hospitalar, a cirurgia ambulatória também se associa a menores taxas de complicações pós-cirúrgicas, e a incidência de regressos ao hospital não é mais elevada que no caso de cirurgias convencionais com necessidade de internamento (MS - Despacho n.º 1380/2018).

No entanto, a cirurgia em regime ambulatório também apresenta algumas desvantagens, nomeadamente, o receio do desconhecido, do procedimento em si e do prognóstico ou evolução pós-cirúrgica. Alguns receios dissipam-se com o desenrolar do processo de uma cirurgia ambulatória, em que a pessoa tem oportunidade de participar nas consultas médicas e de enfermagem pré-cirúrgicas, ajudando-os a ultrapassar algumas dessas

dificuldades. Outra das desvantagens está relacionada com a diminuição do tempo de contacto entre as pessoas e o enfermeiro, provocando aumento do medo e ansiedade, o que dificulta a comunicação, a coordenação e conseqüente continuidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros que enfrentam a necessidade de uma preparação prévia nestes aspetos.

Para Santos, Martins e Oliveira (2014), é indiscutível que a pessoa que se submete a uma intervenção cirúrgica tem o seu estado emocional alterado podendo vivenciar sentimentos como a ansiedade, depressão e *stress*, pelo que é essencial a utilização de estratégias para diminuir ansiedade pós-cirúrgica de forma a conseguir uma prática de cuidados de qualidade (Mendes [et al.], 2005), já que a pessoa doente, menos ansiosa, recupera mais rapidamente da cirurgia e conseqüentemente o seu bem-estar.

Carvalho [et al.] (2008), referem que sendo conhecidos os sentimentos de ansiedade e medo que envolvem a pessoa no momento do regresso ao domicílio após uma intervenção cirúrgica, é pertinente a utilização de uma comunicação efetiva entre a pessoa/família e enfermeiro para permitir a sequência do tratamento de qualidade na fase pós-cirúrgica, sendo a comunicação o elemento básico da interação humana. O enfermeiro deve ter consciência da importância dos comportamentos verbais e não-verbais presentes na comunicação, reconhecendo assim emoções da pessoa (Oliveira [et al.], 2012), podendo redirecionar as suas ações de acordo com as necessidades apresentadas pela pessoa, aumentando a sua segurança e satisfação.

Desta forma, urge a necessidade da implementação de estratégias que sistematizem os cuidados de enfermagem e favoreçam a adaptação dos profissionais de saúde, das pessoas e seus cuidadores a esta realidade da cirurgia ambulatória, e conseqüente qualidade dos cuidados prestados. Santos, Martins e Oliveira (2014), reforçam que a avaliação da pessoa deve ser realizada de uma forma holística e que reflita as suas necessidades sejam físicas, psicológicas, espirituais, culturais ou sociais, pois assim será possível a uniformização de protocolos e procedimentos de atuação.

A curta permanência hospitalar que ocorre após uma cirurgia de ambulatório, é também considerada uma desvantagem, na medida em que é um entrave à deteção de infeções que se manifestam nos primeiros dias pós-operatório.

Em síntese, apesar das desvantagens que a cirurgia ambulatória possa apresentar, ela é um modelo organizativo centrado na pessoa, e como tal, associada a um aumento da qualidade de vida pela humanização que fornece em termos de cuidados de saúde, proporcionando benefícios não só para as organizações hospitalares como para a pessoa.

1.2. Modelos organizacionais da cirurgia ambulatória

Devido às vantagens clínicas, organizativas, sociais e económicas, que lhe são atribuídas, a cirurgia ambulatória procura assentar num modelo organizativo centrado no utente, com o intuito de incrementar qualidade, favorecer a personalização e a humanização dos cuidados de saúde (CNADCA, 2008). Na verdade,

“o carácter inovador da cirurgia ambulatória reside exclusivamente no modelo organizativo, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do de internamento, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação de doentes e familiares” (CNADCA, 2008, p. 38),

e muitos outros benefícios para os diversos intervenientes (APCA, 2013), como a satisfação dos profissionais de saúde e a eficácia e custos para o SNS.

Desta forma, a CNADCA (2008), considera que a prática da cirurgia ambulatória deve sustentar-se num modelo organizativo baseado em critérios básicos e desejáveis que foram definidos, de forma a melhorar continuamente a prestação dos cuidados de saúde cirúrgicos realizados em regime de ambulatório, nomeadamente: definição e implementação de um circuito de pessoas que promova a boa praxis, e que considere as recomendações emanadas relativamente às áreas a estabelecer; inclusão da estrutura destinada ao programa de cirurgia ambulatória no organigrama da instituição hospitalar; atribuição de recursos humanos envolvidos exclusivamente no programa de cirurgia ambulatória; implementação de protocolos clínicos e estabelecimento de normas orientadoras para atuação dos profissionais; criação de procedimentos de apoio ao programa de cirurgia ambulatória e fornecimento de informação escrita à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica e família, no momento da alta, com todas as indicações necessárias para o regresso ao domicílio; estudo de indicadores clínicos; realização de registos específicos do programa de cirurgia ambulatória, realizados no sistema informático; verificação junto da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica e familiares, do grau de satisfação através da aplicação de inquéritos anónimos.

Paralelamente aos critérios em que uma unidade de cirurgia ambulatória se deve basear para um funcionamento adequado e que alcance critérios de qualidade, também no momento de planear e conceber essa mesma unidade, é crucial ter em conta as particularidades da estrutura que se pretende, atendendo às variáveis próprias de cada projeto, idealizando-se os fluxos de pessoas a serem intervencionadas, bem como dos seus familiares, profissionais, materiais necessários e matérias contaminadas (CNADCA, 2008).

Os diversos modelos estruturais e funcionais em que uma unidade de cirurgia ambulatória se pode basear, bem como a sua autonomia, relacionam-se diretamente com a unidade hospitalar em que se encontram inseridos, encontrando-se administrativamente dependentes ou independentes de uma unidade hospitalar.

Ferreira e Sequeira (2006), visando garantir a qualidade centrada na pessoa, focam vários modelos estruturais e funcionais de uma unidade de cirurgia ambulatória, referindo a existência de três modelos estruturais distintos: o centro autónomo, o centro adjacente e o centro misto. O centro autónomo pressupõe um centro exclusivo para a realização de cirurgias ambulatórias, mas que necessita do apoio de um hospital de retaguarda, caso ocorram situações que necessitem da sua colaboração. O centro adjacente, apesar de apenas estar destinado à realização de cirurgias ambulatórias, encontra-se fisicamente dentro de um hospital mantendo relações funcionais com o mesmo. O centro misto é o tipo de centro que realiza cirurgias ambulatórias e cirurgias convencionais. De todos os modelos, as mesmas autoras (Ferreira e Sequeira, 2006), defendem que a cirurgia ambulatória deve funcionar em unidade própria, com os meios físicos, técnicos e humanos adequados.

Em Portugal a unidade mista é aquela mais difundida (CNADCA, 2008), pelo facto de ter uma variabilidade de vantagens iniciais como o baixo custo inicial, e permitir uma rentabilização de recursos humanos e materiais (Ferreira e Sequeira, 2006). Contudo, também lhe são apontadas algumas desvantagens, nomeadamente profissionais de saúde sem formação e critérios mal definidos para o desenvolvimento da cirurgia ambulatória. Desta forma, o relatório da CNADCA (2008), considera a unidade mista como constrangimento à difusão da cirurgia de ambulatório em Portugal, defendendo que a Cirurgia de Ambulatório “funcione numa unidade própria, com estrutura física e recursos técnicos e humanos próprios e adequados” (Ferreira e Sequeira, 2006, p. 344). Reforça a ideia que a produtividade ideal no que concerne a “custo efetividade e de qualidade de tratamento” ocorre numa unidade independente, esteja fisicamente dentro de um hospital ou separada (CNADCA, 2008, p. 105).

Um modelo organizativo de qualidade que se centre na pessoa, em que os benefícios se estendam a todos os intervenientes na ação, que haja diminuição dos custos, eficácia e eficiência para o SNS, é efetivamente aquele que deve reger a cirurgia ambulatória (APCA, 2013; Sousa, 2014). Salaria ainda, Sousa (2014), que a cirurgia ambulatória possui um carácter inovador porque permite o regresso a casa, no mesmo dia em que ocorreu a cirurgia.

O MS, no Despacho n.º 30114/2008, refere que

“o carácter inovador da cirurgia ambulatoria reside no seu modelo organizativo específico, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do internamento, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação das pessoas e seus familiares” (MS - Despacho n.º 30114/2008, p. 47550).

Assim, um modelo organizativo com elevados padrões de qualidade e segurança, favorecendo o regresso a casa da pessoa doente em poucas horas após a intervenção cirúrgica é o objetivo da cirurgia ambulatoria. Mas para tal, é necessário que exista um correto planeamento do desenho da unidade (Resolução do Conselho de Ministros n.º 159 – A/2008), que deve revestir-se de especificidades e características próprias que lhe permitam um funcionamento adequado e diferente dos demais serviços da instituição de saúde. Como tal, essa unidade deve ser desenhada e planeada respeitando as regras essenciais de diferenciação de circuitos e de áreas, garantindo a segurança de todos os procedimentos realizados, a qualidade dos serviços prestados, nunca descuidando a humanização e o conforto das pessoas, a participação ativa dos familiares e ainda a satisfação dos profissionais (Coutinho, 2009). Assim, deve obedecer a regras já existentes para um bloco operatório convencional, bem como, contemplar especificidades de um serviço de ambulatorio, tendo em conta que a pessoa é admitida e regressa ao domicílio no mesmo dia, sem necessitar do internamento (Coutinho, 2009). Esta premissa pode parecer contraditória, no entanto, alia o melhor dos dois sistemas facilitando o funcionamento da unidade ambulatoria em si.

A CNADCA (2008) considera que o desenho adequado de uma unidade de cirurgia ambulatoria é indispensável para atingir bons níveis de qualidade, eficiência e eficácia, permitindo mais tarde a diminuição dos tempos de espera, a redução de quebras no fluxo de trabalho, bem como, a rentabilização dos tempos operatórios e a concentração do tempo de trabalho dos profissionais em tarefas que permitem criar valor evitando o desperdício de recursos.

De todos os modelos existentes, também Ferreira e Sequeira (2006) defendem que a cirurgia ambulatoria deve funcionar em unidade própria, com os meios físicos, técnicos e humanos adequados. A CNADCA (2008, p. 105) reforça a ideia que, a produtividade ideal no que concerne a “custo efetividade e de qualidade de tratamento” ocorre numa unidade independente, esteja fisicamente dentro de um hospital ou separada.

Podemos dizer que, o planeamento adequado “de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório surge como a primeira medida indispensável para maximizar a produtividade, a eficiência e a eficácia da unidade e, assim, potenciar a sua capacidade competitiva no mercado de saúde” (CNADCA, 2008, p. 104). Um serviço bem planeado e estruturado terá reflexos nos

benefícios dessas medidas no seu funcionamento futuro, o que se traduz em ganhos para todos os intervenientes.

Se a estruturação é um fator importante para o devido funcionamento e desenvolvimento de uma unidade de cirurgia ambulatória, a sua regulamentação não terá menor crédito. Qualquer atividade deve ser devidamente regulamentada sendo criadas normas de atuação para que haja uniformização dessa mesma atividade, independentemente da instituição em que esteja a ser exercida.

Lemos (2006) verificou que entre os anos 1999 e 2003, a cirurgia ambulatória em Portugal apresentou um desenvolvimento muito positivo nos hospitais públicos, sendo que em 2003 representava uma atividade de todas as cirurgias programadas de cerca de 5,5%, quase triplicando em 2003 para 14,6%, conforme publicação da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA, 2006).

Mais recentemente, em 2018, no Despacho n.º 1380/2018, o MS confirma o crescimento iniciado no ano 2000 da atividade cirúrgica ambulatória, como já referido anteriormente, e Portugal acompanha a tendência do crescimento desta atividade a nível internacional desde 2007.

Para acompanhar este desenvolvimento da cirurgia ambulatória, destaca-se a necessidade que o sistema político apresenta em acompanhar e estar em sintonia com esse crescimento, criando diretrizes para a consolidação de uma rede de serviços de cirurgia ambulatória. Após o ano 2000 verifica-se um crescimento acentuado de legislação, indo ao encontro das necessidades da atividade em crescendo.

Em 1999, foi criado o programa de acesso (Lei n.º 27/1999, de 3 de maio) que “visa assegurar em tempo útil, o acesso à prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde”, e a recuperação de listas de espera e respetivas verbas a atribuir conforme cada procedimento (Portaria n.º 787/99 de 2 de setembro). Desta forma, passam a existir prazos para a realização de procedimentos cirúrgicos de acordo com as patologias em causa.

Em 2004, estando a cirurgia ambulatória devidamente implementada no país e em franca expansão, foi criada a Portaria n.º 1450/2004 de 25 de novembro, através da qual o MS regulamentou o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), definindo a composição e responsabilidades das unidades envolvidas. Assim, incentivou-se a que o funcionamento e aplicabilidade dos procedimentos fossem uniformizados em todo o território nacional, o que contribui para a qualidade dos cuidados prestados.

Para manter adequados os padrões de qualidade e segurança da prestação de cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (OE), criou a “Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, descrita no Regulamento n.º 533/2014, que visa os recursos humanos de enfermagem dotados de qualificação e competências, e em número real e ajustado à prestação adequada de cuidados na área a que pertencem, indo ao encontro de diretrizes internacionais. O cálculo das necessidades da dotação de enfermeiros, engloba as horas necessárias para a realização de determinados procedimentos, mas também, as competências que esses profissionais devem possuir, tal como a estrutura física da instituição e a sua descentralização dos seus serviços, bem como, a formação e investigação adequadas. A norma emanada neste Regulamento (533/2014) aplica-se a todo o território nacional, em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde do Sistema de Saúde e explicita a necessidade de enfermeiros por áreas de trabalho, baseando-se em cálculos específicos, contribuindo para a reflexão de um modelo de organização de recursos humanos “que garanta qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 533/2014, p. 30247).

O crescimento da cirurgia ambulatória deveu-se, em parte, às orientações emanadas pela CNADCA, nomeada pelo MS através do Despacho n.º 25832/2007, de 19 de outubro. A nomeação da CNADCA teve como objetivo estudar e propor estratégias e medidas que contribuíssem para o desenvolvimento da cirurgia ambulatória no SNS. Esta comissão foi responsável pela elaboração do ‘Relatório Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente’, de outubro de 2008.

Mais recentemente, o MS, através do Despacho n.º 1380/2018, determinou a criação de um grupo de trabalho denominado Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA) com o objetivo de “proceder à avaliação da cirurgia de ambulatório nos últimos 10 anos em Portugal e identificar áreas de intervenção prioritária para continuar a melhorar esta resposta no Serviço Nacional de Saúde” (Despacho n.º 1380/2018, p. 4511).

Assim, podemos considerar que, na evolução que a cirurgia de ambulatório sofreu nas últimas décadas, foram emergindo diversas necessidades e para tal, emanaram-se várias diretrizes no sentido de alcançar a melhor qualidade dos cuidados prestados não podendo estar alheada do contexto sociopolítico e legal da área geográfica onde se encontra, neste caso em particular em Portugal, mas orientando-se sempre por diretrizes internacionalmente aceites.

Atualmente, as unidades de cirurgia ambulatória “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). Estas fases pelas quais a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em regime ambulatorio passa, à semelhança do que acontece na cirurgia clássica, são reconhecidas como o período pré, intra e pós-operatório.

É de realçar que em todas estas fases, o enfermeiro deve basear a sua conduta nas normas deontológicas da profissão com o objetivo de proporcionar aos cidadãos cuidados de enfermagem de qualidade. O Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (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, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.

A enfermagem deve caracterizar-se por interações efetivas com a pessoa doente, família e comunidade, da forma a estabelecer uma relação terapêutica com o objetivo de identificar as necessidades da pessoa e família, conceber um plano de intervenção, implementar as intervenções planeadas e avaliar os resultados. A OE (2001) reforça que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

Na fase pré-operatória a consulta de enfermagem, primeiro contacto da pessoa doente com o enfermeiro, visa identificar as necessidades físicas, emocionais, psicológicas e sociais do indivíduo e elaborar um plano de cuidados individualizado com o objetivo de promover o bem-estar da pessoa e família. Refere Lima (2006) que é um período de alta importância na medida em que permite à pessoa doente e família conhecer o local onde irá realizar a recuperação pós anestésica, preparar-se para o regresso a casa e receber as informações necessárias para o autocuidado.

Quando há transferência da pessoa doente para a mesa cirúrgica, inicia-se a fase intraoperatória. Nesta fase, a intervenção do enfermeiro baseia-se em cuidados seguros e de qualidade como enfermeiro circulante, anestesista e instrumentista, assegurando ainda a gestão do ambiente e da dor (Ferrito, 2014). A intervenção do enfermeiro visa, também, a vigilância/monitorização continua e prevenção de complicações, ajudando a pessoa doente de forma gradual a recuperar a sua autonomia.

No período pós-operatório, que continua em casa, o papel do enfermeiro assume relevo na medida em que o regresso a casa, no mesmo dia em que ocorreu a cirurgia, gera uma panóplia de sentimentos e emoções, exigindo ao enfermeiro habilidades e competências

no garante de cuidados que capacite a pessoa para o regresso a casa e que consiga estabelecer pontes de comunicação no pré, intra e pós-operatórios, essenciais para a continuidade dos cuidados de enfermagem (Bilbao, 2010).

A enfermagem, em cirurgia de ambulatório deve revestir-se de competências que visam cuidar da pessoa desde a consulta pré-operatória até à consulta pós-operatória, com qualidade e segurança. Assim de seguida, apresentamos de forma mais concreta a intervenção do enfermeiro e sua importância no restabelecimento da autonomia da pessoa submetida a cirurgia.

2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO RESTABELECIMENTO DA AUTONOMIA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA AMBULATÓRIA

Vivemos um momento histórico de fascínio pela tecnologia que, embora tenha originado uma variabilidade de benefícios, tem como efeito adverso o incremento à desumanização, transformando, por vezes, a pessoa doente cirúrgica numa coleção de sintomas, desvalorizando a sua multidimensionalidade.

A pessoa não pode ser encarada como um agente passivo, ela deve constituir-se membro da equipa de saúde em que o propósito do cuidar seja partilhado por todos. Neste processo, a comunicação estabelecida, a informação fornecida, assumem um papel de relevo no processo de aceitação de doença, minimizando medos e resgatando a sua autonomia. Salaria Kant que, para uma pessoa ser autónoma, é imprescindível ser-se racional, na medida em que a “autonomia é objetiva, porque a razão e a lei moral que a compreendem são objetivas” (Kant, 1997).

Realça-se que, a palavra autonomia deriva do Grego *authos* (“auto”) e *nomos* (“regra”, “governo” ou “lei”), que compreende o imperativo moral em que o sujeito adota uma política moral livre e racional, contudo a sua avaliação é difícil, mas não deve afastar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, em tentar perceber a habilidade da pessoa doente para realizar escolhas autónomas, ou participar em discussões relativas à sua saúde (Tonelly [et al.], 2010).

Para Bruce Miller (2004), a autonomia das ações apresenta-se em quatro níveis:

- 1- ação livre (agente e independência);
- 2 - ação autêntica (consistente com valores e preferências da pessoa);
- 3 - ação fruto de uma deliberação efetiva (racionalidade);
- 4 - ação como reflexão moral (deliberação sobre os planos ou preferências de alguém).

Na realidade pós-cirurgia, os enfermeiros devem estar despertos para esta problemática porque implicará decisões “no domínio do consentimento em saúde (...) em que a participação de cada um nas decisões sobre as intervenções que lhes dizem respeito, decorrem da sua capacidade para decidir” (Deodato, 2014, p. 58). O direito à liberdade e a preservação da dignidade inscrevem o conceito de autonomia na prática clínica. Por isso, o princípio da autonomia exige que se aceite que elas se autogovernem, isto é, sejam

autônomas nas suas escolhas e atos, embora dentro do respeito integral à ideia autonomista, apreendida como conceito de respeito pelo outro (Ferraz, 2001).

A OE, no artigo 84º do Código Deontológico de Enfermagem (CDE), refere que o enfermeiro deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015, p. 74). Cada pessoa deve decidir por si e sobre si, mas para que isso aconteça deve estar munida de toda a informação necessária para poder tomar qualquer decisão sobre algum aspeto que a envolva. Assim, “o consentimento é o último passo depois da informação e validação da mensagem de forma a que a pessoa possua a informação” necessária “e se sinta livre para decidir” (OE, 2015, p. 74). Para validar o consentimento e para que a autonomia possa ser exercida devidamente, a pessoa deve ser capaz de uma livre escolha de plena vontade, e em plena consciência, como agente moral (Filipe, 2004). “A autonomia é a base dos direitos fundamentais do homem (...) pressupõe capacidade de agir, o que significa a capacidade para o exercício dos seus direitos, estando sujeita às condições que a ordem jurídica prevê” (Filipe, 2004, p. 238). Para tal a pessoa deve estar em condições de compreensão do significado e consequências das ações que escolhe ou aceita, sendo que o consentimento se deve basear no esclarecimento.

Deodato (2014) defende esses mesmos princípios, que a pessoa se deve encontrar em condições de consciência para tomar decisões, possuir faculdades mentais que lhe permitam formar juízo sobre si e sobre a sua vida e como enfermeiros devemos estar despertos para esta problemática porque implicará decisões “no domínio do consentimento em saúde (...) em que a participação de cada um nas decisões sobre as intervenções que lhes dizem respeito, decorrem da sua capacidade para decidir” (Deodato, 2014, p. 58).

Uma grande parte de pessoas submetidas a cirurgia ambulatoria, sentem que não estão devidamente preparadas para enfrentar o pós-operatório, referem sentir-se ansiosas, com pouca informação para conseguirem auto cuidar-se e, como tal, a ausência ou o défice dos cuidados de *follow-up*, a falta de informação, causam insatisfação nos doentes que realizaram cirurgia ambulatoria (Moran [et al.], 1999).

Apesar da pessoa ser capaz de agir de uma forma responsável e autónoma, não é completamente autossuficiente ou independente já que está em constante relação com o meio envolvente, com a sua família e com a sua comunidade, atingindo assim o seu desenvolvimento pessoal e espiritual. A pessoa é um ser unitário “de direito” e não um objeto. Kant, citado pela OE (2015, p. 38), no artigo 78.º do Código Deontológico, refere que “cada ser humano é um fim em si mesmo e nunca um meio ou instrumento de outra vontade”. Ortega y Gasset, citado por OE (2015) sublinham que “Eu sou eu e a minha

circunstância.” Estas afirmações sustentam que as intervenções assumidas pelos enfermeiros devem ser realizadas sempre em defesa da liberdade e dignidade da Pessoa Humana.

A palavra dignidade tem adquirido diferentes sentidos ao longo da história tendo oscilado entre a dignidade individual ou a dignidade partilhada pelo ser humano (Renaud, 2004). Atualmente, a dignidade humana é entendida como a que todo o ser humano possui, sendo igual para todos e não servindo de instrumento para outras finalidades. Sendo este conceito teórico aceito e de fácil compreensão, na prática muitas vezes não se verifica o mesmo, havendo muitas dúvidas na sua aplicação. O ser humano é provido de consciência sobre si próprio e de razão, sendo aspetos que o diferem dos restantes animais e aplicação da dignidade em si. “(...) a pessoa é o fundamento da dignidade do ser humano” (Renaud, 2004, p. 206). A pessoa é provida de inteligência vivendo o seu tempo e sua história dando um sentido ao seu percurso. O ser humano tem a capacidade de reconhecer e respeitar a dignidade do outro, dando sentido à ética, à humanização. “(...) a dignidade dum pessoa encara-se no respeito que exige e recebe dos outros, e o respeito enraíza-se na dignidade pessoal” (Renaud, 2004, p. 210) logo, a dignidade e o respeito estão interligados.

Como enfermeiros temos o dever de exercer o respeito pela pessoa doente com atitudes concretas, evitando comportamentos desadequados, promovendo deste modo a Dignidade da Pessoa Humana, enquanto elemento central do cuidar. Percebemos então que Dignidade da Pessoa Humana é um conceito ético imprescindível na aplicação de cuidados de saúde, nomeadamente nos cuidados de enfermagem, já que a pessoa doente apresenta grande vulnerabilidade carecendo de respeito integral que englobe a sua dignidade nos direitos civis, económicos e sociais. Com o cumprimento desta premissa, a tomada de decisão sobre um determinado ato terá condições para ser realizada de uma forma adequada.

Em síntese, o enfermeiro deve centrar-se numa relação interpessoal utilizando os seus conhecimentos formativos e científicos, baseando-se na sua experiência permitindo assim, compreender a pessoa na sua globalidade e especificidade, conseguindo identificar as necessidades de cuidados de enfermagem de forma a tomar decisões que garantam que as suas intervenções e que respeitem a pessoa na sua individualidade e dignidade. Os cuidados prestados devem encarar a pessoa como um ser único.

Será fácil compreender que o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista, deve dotar-se de conhecimentos técnicos altamente diferenciados para assistir a pessoa (...) devendo aceder e procurar a formação necessária para o efeito, baseando “a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos” (Regulamento n.º

122/2011, p. 8649). A par dessa necessidade, é importante que se baseie em valores, normas e código deontológico como definido no regulamento focado.

Na sua prática, o enfermeiro deve respeitar os valores e princípios da pessoa e dos seus familiares, de forma a ir ao encontro das suas necessidades emocionais e prestando conforto a todos eles, sem nunca se sobrepor às suas vontades. Claro está, que essas vontades e direitos da pessoa e família devem respeitar as normas e as leis instituídas. O enfermeiro deve promover “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 122/2011, p.8650).

As ações do enfermeiro envolvem a pessoa e seus familiares, identificando problemas e construindo decisões que se suportem em fundamentos que garantam um “agir ético” (Deodato, 2014).

Os atos praticados pelos enfermeiros constituem as suas intervenções e é no momento da escolha dessas ações que surgem os problemas éticos, quando surge a incerteza relativamente a alternativas e a proteção da pessoa é colocada em risco havendo, portanto, dificuldade na escolha dos cuidados. Um problema ético implica sempre uma decisão ética de enfermagem relativa a uma pessoa que confia nos cuidados do profissional e espera informações que sustentem as suas ações. Essa pessoa pode ver abalada a “sua proteção e a sua dignidade” (Deodato, 2014, p.56). Assim, ao planear os cuidados necessários a prestar após uma determinada intervenção cirúrgica, o enfermeiro deve basear-se em dados clínicos e em questões éticas que se levantem, envolvendo sempre a opinião da pessoa/utente em questão, havendo uma construção mútua, um envolvimento de ambas as partes na procura da solução mais adequada para a situação.

Teles (2019), refere que será uma mais-valia a conciliação da aplicação dos diferentes conceitos de modelos que apoiam a tomada de decisão. O modelo tradicionalmente utilizado na comunidade médica e de enfermagem em Portugal, também referido como “paternalista”, “viola a humanidade e a dignidade da pessoa que se vê negada do seu direito fundamental de escolha e autonomia” não considerando “a pessoa na sua visão integrada e holística” (Teles, 2019, p.10), apoiando preferencialmente nos valores médicos. O modelo baseado na autonomia também apresenta desvantagens, negligenciando “a natureza interpessoal”, não atendendo ao “impacto (...) que a doença pode ter na capacidade do doente (...) decidir autonomamente”, entre outras (Teles, 2019, p.11). Assim, sustentados no conhecimento de vários modelos existentes e nos princípios anteriormente apresentados e defendidos no CDE, percebe-se que a tomada de decisão deve ser partilhada, permitindo a participação ativa das duas partes, trazendo para a

escolha as preferências de cada um: “(...) os valores, as preferências e a vivência única da situação por parte da pessoa” (Teles, 2019, p.12).

Na realidade pós-cirurgia, a tomada de decisão partilhada é, sem dúvida, uma mais-valia já que permite ao enfermeiro explicar todos os seus conhecimentos sobre uma determinada situação e permite à pessoa e família partilharem as suas crenças, valores e atitudes que melhor se adequam à sua realidade, de forma a obter sucesso na continuidade e qualidade de cuidados. Devemos considerar a pessoa doente e família como sujeito de cuidados e não como objeto de cuidados, sendo crucial, para tal, o conhecimento dos fatores de risco individuais, estratégias que influenciam esses fatores de risco e a capacidade para lidar com emoções, como o medo e a frustração (Leemrijse [et al.], 2012). É fundamental, conforme referido por Morais (2003), uma intervenção em enfermagem direcionada a aumentar a colaboração da pessoa, tendo em conta algumas dimensões que englobem conhecimentos apropriados acerca da sua doença e respetiva terapêutica; perceção dos benefícios da terapêutica aplicada; expectativas de autoeficácia, crenças de que o comportamento conduz a determinados resultados; perceção da suscetibilidade e gravidade da doença. A avaliação da capacidade da pessoa para o autocuidado terapêutico e o envolvimento da família nesse processo é um aspeto fundamental de forma a assegurar eficazmente a adesão ao tratamento. De forma a minimizar a não adesão às indicações fornecidas, é essencial que o enfermeiro assuma um papel na promoção da saúde das pessoas, ajudando-as a decidir o que é melhor para si, tendo em conta o contexto em que se encontram inseridas (Santos e José, 2011).

É efetivamente prioritário cuidar na multidimensionalidade da pessoa doente e olhar para a pessoa e família como sujeito de cuidados. Neste sentido, a realização da consulta de enfermagem presencial é a forma de atingir os objetivos delineados em prol de quem recebe os cuidados.

2.1. Consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia: perspetiva dos enfermeiros

A consulta de enfermagem é uma atividade autónoma do enfermeiro que permite incremento de qualidade na assistência prestada à pessoa/família, favorecendo a promoção da saúde, o diagnóstico e tratamento precoces e a prevenção de situações evitáveis, sendo considerada uma “estratégia eficaz para a deteção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar das pessoas” (Oliveira [et al.], 2012, p. 156). Favorece o trabalho do enfermeiro durante o

atendimento à pessoa/família e permite a identificação de necessidades e decisões a serem estabelecidas no sentido de promover o autocuidado da pessoa.

Realça-se que a pessoa que vivencia um processo cirúrgico confronta-se com a necessidade de aprender a gerir um conjunto de situações novas, e adquirir novos conhecimentos sobre o que enfrenta. Para Orem (1993), ao vivenciar uma situação aguda de doença, a pessoa pode apresentar um grau elevado de prontidão para aprender, para adquirir conhecimento, dando relevo ao papel do enfermeiro na capacitação da pessoa para a execução das atividades essenciais para viver, sobreviver, com o objetivo de manter a saúde e o bem-estar. Como referem Queirós, Vidinha e Filho (2014), a compreensão da natureza das pessoas e a sua interação com o ambiente, bem como a repercussão que essa interação exerce na saúde das pessoas, ajuda no planeamento dos cuidados e na definição das intervenções que possam melhorar a saúde e o bem-estar. Desta forma, o papel do enfermeiro especialista será uma mais-valia neste contexto, porque mobiliza conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção, respondendo às necessidades da pessoa/família alvo dos seus cuidados, com vista à prevenção precoce, estabilização manutenção e recuperação da pessoa, necessitando de vigiar, monitorizar e prevenir complicações e eventos adversos (Regulamento OE, nº 429/2018). Efetivamente o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica encontra-se capacitado para cuidar da pessoa/família a vivenciar processos cirúrgicos complexos; otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa/família que vivenciam os processos cirúrgicos e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos cirúrgicos decorrentes de uma situação aguda ou crónica.

Lima e Pinto (2014) referem que a consulta de enfermagem, em contexto de cirurgia ambulatória, é fundamental para a prestação de cuidados à pessoa, permitindo informar, identificar e atender às expectativas e necessidades da pessoa/família, favorecendo o conforto e a segurança. Assim, a consulta de enfermagem deve proporcionar condições para esclarecer a pessoa/família sobre os cuidados necessários pós-cirurgia, realizar um levantamento das necessidades da pessoa e efetuar um plano de cuidados ajustado, promover o contacto com a equipa de enfermagem, reforçar informações prévias e disponibilizar à pessoa/família informações escritas para consolidar toda essa informação. Assumindo-se a consulta de enfermagem como um momento de partilha entre a pessoa/família e enfermeiro, a comunicação é um pilar fundamental a estabelecer. A criação e manutenção de uma relação entre a pessoa/família e enfermeiro, com reforço da autoestima e atitudes que promovam o autocuidado, o estabelecimento de uma

comunicação sustentada na assertividade e empatia e a valorização das variáveis culturais, devem ser focos de atenção. É fundamental que o enfermeiro considere as características individuais de cada pessoa, prestando cuidados holísticos, tanto na fase pós-cirúrgica, como nas fases pré e intraoperatória.

Para Pinto (2011), o papel do enfermeiro é fundamental na gestão do *stress* da pessoa submetida a cirurgia, pelo que deve pautar a sua consulta de enfermagem com disponibilidade, assegurando a identificação do estado emocional dessa pessoa, bem como a planificação de intervenções no âmbito da educação para a saúde, permitindo a sua integração no meio familiar.

A vigilância da pessoa submetida a um processo cirúrgico ocorre maioritariamente em ambiente hospitalar (Reis e Rodrigues, 2017), exigindo que o enfermeiro projete intervenções adequadas envoltas numa comunicação empática, assentes em competências humanas, técnicas e científicas (Santos [et al.], 2014, p. 8). Carvalho [et al.] (2008), também referem que o regresso ao domicílio após a intervenção cirúrgica, pelas dúvidas que envolve, pode gerar ansiedade na pessoa/família que se encontra num processo de mudança, saindo de um local que lhe oferece a assistência por profissionais treinados, para voltar ao domicílio, necessitando que algum familiar assuma e desenvolva o papel de cuidador. Neste sentido, é cada vez mais premente a existência de consultas de enfermagem presenciais, com vista à obtenção de maiores ganhos em saúde. Tal como salienta a OE (2009), a perseverança dos enfermeiros em procurar e adquirir conhecimentos e competências traduz-se em melhorias significativas na saúde da população. A OE, nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001, p. 12), enfatiza que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”.

Desta forma, como referem Reis e Rodrigues (2017), as pessoas submetidas a um ato cirúrgico se regressarem ao serviço de ambulatório após a alta, apresentam menor taxa de infeção do que aquelas que são acompanhadas à distância, como ocorre no caso de consulta telefónica/*follow-up* telefónico. Esta última, apesar de apresentar vantagens, tem demonstrado problemas como dificuldade no contacto telefónico, dificuldade das pessoas e familiares em fornecerem a informação solicitada, bem como, falta de capacidade ou conhecimentos para perceberem sintomatologia identificadora de infeção (Reis e Rodrigues, 2017). A comunicação e compreensão da informação são apreendidas de forma diferente, havendo vantagens no contacto presencial.

Importa referir, conforme defendem Marques [et al.] (2017), que o apoio fornecido pelos enfermeiros, após o regresso ao domicílio, deverá ser de fácil acesso à pessoa submetida

a cirurgia e família. Para isso, a disponibilização de uma consulta telefónica poderá ajudar. Contudo, seria mais eficaz adotar um modelo que permitisse um acompanhamento presencial por profissionais treinados. Defendem que a adoção destas estratégias levaria à diminuição dos reinternamentos hospitalares.

Para Sousa (2014), as consultas de enfermagem com carácter presencial, à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, originam menor risco de adquirir complicações pós-operatórias do que as pessoas que tiveram acesso à consulta de enfermagem (*follow-up*) pós-operatória por telefone. Defende que a consulta de enfermagem presencial facilita o controlo das complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório. Efetivamente, a consulta de enfermagem presencial favorece a interação entre os seus participantes, sendo a comunicação um pilar importante para o estabelecimento de uma relação de confiança (Diniz [et al.], 2009) e fundamental para o sucesso de obtenção de ganhos em saúde. Permite ainda, ao enfermeiro compreender de que forma a pessoa percebe a situação e como se relaciona com ela de acordo com as percepções vividas (Diniz [et al.], 2009). Machado e Zagonel (2003) consideram a consulta de enfermagem uma estratégia eficaz na percepção de desvios de saúde, facilitando o acompanhamento adequado de medidas instituídas e dirigidas ao bem-estar e recuperação das pessoas visadas, diferenciando-se de outras formas de cuidar, pois permite a aproximação pessoa a pessoa, possibilitando a relação de ajuda entre as partes tendo em consideração as variáveis culturais.

Também Margarido e Castilho (2006) referem que a consulta de enfermagem favorece mudanças positivas na saúde da pessoa, tendo em conta que auxilia a adesão aos tratamentos instituídos, permitindo o restabelecimento da saúde e diminuindo o custo final da assistência. Assim, a consulta de enfermagem visa essencialmente um atendimento personalizado das necessidades multidimensionais de forma a promover, proteger, recuperar e reabilitar a pessoa submetida a cirurgia. Conforme refere Caldeira (2011) a pertinência da compreensão da pessoa na sua plenitude exige que o cuidar seja numa atitude completa e personalizada ao invés de uma ação ou conjunto de ações.

2.2. A intervenção do enfermeiro na consulta pós-cirurgia: desafios e oportunidades

A partir da década de sessenta, do século passado, constata-se que a população é constituída cada vez mais por um número elevado de idosos com várias patologias e de foro crónico, exigindo cuidados que deem resposta às necessidades efetivas e específicas. Desta forma, enfatiza-se a necessidade de se olhar para a pessoa doente como um sujeito de cuidados.

Realçamos, que o cuidado em si se expressa em ações do quotidiano, dentro do seio familiar, social e profissional. Assim, os cuidados de enfermagem são um prolongamento ou substituição dos cuidados que a pessoa não consegue assegurar a si própria ou não consegue obtê-los no seu meio habitual (Collière, 1989). Quando a pessoa se depara com a necessidade de assegurar os seus cuidados, pode requerer a competência especializada da enfermeira (Collière, 2003).

Assim, estando o enfermeiro desperto para o ato de cuidar, encontra na consulta de enfermagem presencial, oportunidade de estabelecer uma comunicação efetiva com a pessoa/família. Cria um vínculo, para além de conseguir detetar necessidades, dificuldades, fragilidades e proporcionar um processo interativo no seu cuidar (Machado e Zagonel, 2003). Para os mesmos autores, todo o ato cirúrgico envolve mudanças, adaptações e transformações, exigindo do enfermeiro habilidades e competências para que o processo de transição saúde – doença ocorra de forma estável para atingir um novo estado de bem-estar quer da pessoa submetida a cirurgia quer dos seus familiares.

Conforme salientam Chick e Meleis (1986), o processo de transição ocorre entre duas fases relativamente estáveis, tendo como origem eventos críticos e mudanças nas pessoas e/ou nos seus contextos, obrigando a pessoa a recorrer a mecanismos para conseguir a adaptação necessária à resolução positiva dos desequilíbrios ou conflitos gerados, atingindo um novo estado de bem-estar. Realça-se que este processo de transição difere de pessoa para pessoa, de acordo com os significados atribuídos aos eventos vividos, influenciando as reações e respostas a esses eventos. Neste sentido, a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, vai experienciar uma série de mudanças que lhes exige adaptações a esta nova condição e por conseguinte o seu processo de transição poderá ser dificultado ou não de acordo com a ajuda/acompanhamento disponibilizado pelo enfermeiro.

De facto, a comunicação/interação estabelecida entre o enfermeiro, pessoa doente e família é fundamental para diagnosticar a forma como o processo de transição está a ser levado a cabo pela pessoa submetida a cirurgia e seus familiares.

É de realçar que, o processo de transição deve constituir-se foco de atenção dos enfermeiros, de forma a contribuir para a minimização de desajustes e a minimizar comportamentos que influenciam de forma negativa a saúde (Chick & Meleis, 1986). De acordo com Meleis (2010), cabe ao enfermeiro antecipar, avaliar, diagnosticar, ajudar a lidar com as mudanças e promover o máximo de autonomia e bem-estar da pessoa. Experienciar um processo de transição que promova a autonomia e, por conseguinte, o

bem-estar exige a redefinição de significados, a redefinição de si mesmo e do papel que lhe é atribuído no contexto social.

Efetivamente, a própria pessoa procura um equilíbrio perante os desafios com que se depara a nível da saúde, equilibrando o controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2001). Neste sentido, toda a intervenção do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro especialista, acarreta conhecimentos a nível da metodologia científica, e uma maior capacidade para a utilização eficiente e célere dos sistemas de classificação e dos padrões de qualidade emanados pela OE, beneficiando a capacidade de tomada de decisão.

Realça-se que a enfermagem, baseando-se em modelos e teorias, pretende explicar o seu agir através das competências dos seus profissionais. A intervenção de enfermagem é de tal modo complexa que não se deve nem pode esgotar numa única teoria, mas será tanto mais enriquecida se for fundamentada em várias teorias e/ou modelos. Uma teoria deverá indicar a forma como se encaram os fatos e eventos (George [et.al], 2000) e para que tenha utilidade “deve ser significativa e relevante, mas, acima de tudo, compreensível.” (McEwen e Wills, 2009, p. 49).

A pessoa, ao ser submetida a um procedimento cirúrgico, experiênciava uma variabilidade de emoções/sentimentos, na medida em que poderão surgir riscos/complicações na vida da própria pessoa. Verificou Assis [et al.] (2014), no seu estudo em que teve como objetivo avaliar a ansiedade no período pré-operatório, que a ansiedade está presente em 80% das pessoas que iam ser submetidas a cirurgia. É importante realçar, que a pessoa ao ser submetida a um ato cirúrgico abrange quatro fases: pré-operatória, peri-operatório, pós-operatório e *follow-up*, sendo que, cada fase tem as suas especificidades, conforme já mencionado.

Neste sentido, vários desafios, mas também oportunidades se colocam aos enfermeiros nas diferentes fases da cirurgia ambulatoria. No que concerne à fase pré-operatória, que termina com a passagem da pessoa para a mesa cirúrgica, o enfermeiro tem como grande desafio o estabelecimento de uma interação que fomente a confiança e a segurança, onde a informação ocupa um papel de destaque na conquista dessa confiança, dando oportunidade para assegurar a satisfação com os cuidados fornecidos. Salientam Callegaro [et al.] (2010), que no pré-operatório as informações e as explicações fornecidas pelos enfermeiros não só conquistam a confiança da pessoa como asseguram a satisfação com os cuidados fornecidos.

Na fase intraoperatória, que se inicia com o final da fase anterior e termina com a passagem da pessoa para a unidade de cuidados pós-anestésicos, o enfermeiro enfrenta o desafio de prestar cuidados específicos e, por vezes, complexos inerentes à cirurgia em si.

Contudo, consideramos que é na fase pós-operatória que o enfermeiro enfrenta os maiores desafios, mas também as maiores oportunidades, na medida em que no pós-operatório imediato o seu grande desafio coloca-se a nível da manutenção dos processos e sistemas fisiológicos, enquanto nas fases mais posteriores a educação para a saúde ocupa um papel de relevo na capacitação da pessoa para o autocuidado e para a autorresponsabilização, respeitando os seus direitos à vida e à qualidade de vida, conforme as competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012). Acresce salientar, que o enfermeiro, nomeadamente o especialista em médico-cirúrgica tem a oportunidade de validar competências quer da pessoa submetida a cirurgia ambulatória quer dos seus familiares na preparação do regresso a casa.

Na fase de *follow-up* é primordial que a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica de carácter ambulatório tenha uma consulta de enfermagem através do telefone ao perfazer as 24 horas e ao 30º dia, de acordo com Neves e Monteiro (2017). Contudo, realça-se que, sempre que alguém se submete a um ato cirúrgico, a situação acarreta alterações na sua vida, o que exige que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, possua competências e habilidades de comunicação de forma a transmitir a informação adequada às necessidades reais e possibilite uma recuperação mais eficaz e eficiente, não só a nível biológico, como emocional. Pinto (2011, p. 19) refere que apesar dos grandes avanços da medicina e da cirurgia, tal facto não é impeditivo para que a pessoa submetida a cirurgia sinta medo, *stress* e ansiedade antes de uma intervenção cirúrgica.

O enfermeiro na consulta pós-cirurgia deve ter uma conceção ética que contemple a vida como um bem valioso em si; e respeite os valores e as crenças, o modo de vida e a cultura das pessoas.

CAPÍTULO II - DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

Após a construção do quadro conceptual, que serve de base para a análise dos achados, e tendo em conta o objeto de estudo “A consulta de enfermagem presencial à pessoa submetida a cirurgia ambulatória”, bem como, os objetivos delineados em que se procura “conhecer e interpretar os factos sem interferir nos mesmos”, e ainda “determinar opiniões e projeções futuras nas respostas obtidas” (Reis, 2010, p. 61), desenhamos um plano para alcançar os objetivos, dando validade científica ao estudo.

Assim, neste capítulo passamos a apresentar o percurso metodológico adotado para este estudo, desde a problemática e objetivos, tipo de estudo, o contexto, os participantes, as estratégias de recolha de dados e procedimento de análise, bem como, as considerações éticas.

1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A evolução técnico-científica tem contribuído para a diminuição dos tempos de internamento da pessoa doente, mesmo daqueles em que a pessoa foi submetida a uma cirurgia ambulatória. Se por um lado, este facto é positivo, na medida em que diminui a predisposição da pessoa doente a processos infecciosos, por outro, desencadeia na pessoa doente e família uma multiplicidade de sentimentos/emoções pela incerteza quanto ao processo de recuperação e ao receio que sentem relativo aos cuidados a prestar no domicílio. O estudo realizado pela CNADCA (2008), demonstrou que os cidadãos valorizam fortemente a recuperação da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica no domicílio, contudo, verificaram que os familiares apresentam bastante preocupação no que concerne ao acompanhamento médico a ser realizado no processo de recuperação.

Também Sasaki [et al.] (2011), salientavam que o retorno precoce a casa da pessoa submetida a cirurgia ambulatória pode desencadear ansiedade quer na pessoa doente, quer na família, pelo facto de não terem um acompanhamento/ vigilância sistemática dos profissionais de saúde no domicílio. Assim, a alta da pessoa submetida a cirurgia ambulatória para o domicílio pode ser entendida como uma ameaça e não como um fator facilitador para a recuperação da pessoa, ao se deparar com a falta de um acompanhamento direto e sistemático do profissional de saúde. Neste sentido, em cirurgia

ambulatória, a informação fornecida pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, durante todo o percurso peri-operatório deve ser individualizada, de forma a responder às necessidades efetivas e expectativas da pessoa, atendendo às habilitações literárias e à capacidade cognitiva (Samuelsson [et al.], 2018).

De facto, a falta de informação, insuficiente adesão às orientações pós-operatórias, analgesia inadequada, esquecimento de informação relevante e escassa responsabilidade do familiar cuidador, podem transformar o recobro em casa numa experiência problemática (Mitchell, 2013).

Acompanhar a pessoa e a sua família no pós-operatório, deve ser de fácil acesso e assente num modelo de cuidar centrado nas necessidades multidimensionais da pessoa doente e família (Marques [et al.], 2017). Efetivamente, a consulta de enfermagem facilita a deteção de possíveis alterações de saúde e a implementação de medidas direcionadas ao bem-estar da pessoa doente e seus familiares, favorecendo a aproximação dos diferentes intervenientes e estabelecendo uma relação interpessoal de ajuda concreta mediante as variáveis culturais (Lima [et al.], 2010), possibilitando o alcance da qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência.

Realça-se que a consulta de enfermagem presencial em cirurgia ambulatória é fundamental para uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa doente e família, pois a mesma permite informar, identificar e responder às necessidades e expectativas, fornecendo segurança e melhorando o bem-estar dos envolvidos no processo. Também Sarmiento [et al.] (2013), referem que a realização desta consulta contribui para a eficiência e diminuição de custos para o próprio sistema de saúde.

A prática clínica tem demonstrado que efetuar uma consulta de enfermagem à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em contexto ambulatório coloca aos enfermeiros várias exigências, nomeadamente competências comunicacionais, saber apoiar a nível emocional e psicológico, saber orientar e disponibilizar informação atendendo à individualidade de quem estamos a cuidar, ou seja implica saber-saber, saber-estar e saber-ser, de forma a fornecer uma resposta organizada, baseada numa avaliação objetiva e adequada dos problemas apresentados pela pessoa e família. Como referido por Teixeira (2018), o enfermeiro deve antecipar as necessidades previstas para a pessoa, centrando-se no fornecimento de informações cirúrgicas e anestésicas, na gestão da dor e da ansiedade, garantindo o apoio no domicílio para potenciar a recuperação. Um plano que englobe esses aspetos pode ajudar a melhorar a experiência da pessoa doente após a alta cirúrgica. Como referido por Mitchell (2013), as informações pré e pós-operatórias, como o controlo da dor, da ansiedade, náuseas ou vômitos, informações pós-alta são geradoras

de satisfação para a pessoa doente que refere estar mais preparada para os eventos que possam ocorrer em casa no processo de recuperação.

Esta avaliação adequada requer a aquisição de competências necessárias por parte dos enfermeiros de forma a garantir o conforto e dar resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados e o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica será aquele que reúne um conjunto de competências para capacitar a pessoa doente para o autocuidado e sua reintegração familiar e social. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (p. 19360), da OE, o enfermeiro especialista deve assentar a sua prática na evidência científica promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Partindo destes pressupostos, colocamos como questão de investigação: *Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória?* com o objetivo geral de *conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória* e com a finalidade de contribuir para a criação de uma consulta de enfermagem pós-cirúrgica com carácter presencial, prevenindo complicações e conseqüentemente obtendo ganhos para a saúde, nomeadamente qualidade dos cuidados prestados e satisfação da pessoa envolvida com a possibilidade de manter ou melhorar a sua condição de saúde habitual favorecendo a sua independência e facilitando a recuperação em meio familiar. A consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia permite observar presencialmente a pessoa operada e verificar “a sua capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem” (WHO, 2002 citado por DGS, 2006, p. 9) procurando facilitar a recuperação e evitar o declínio funcional (APCA, 2016). Com a realização da consulta de enfermagem presencial a pessoa pode beneficiar da qualidade em saúde através da prestação de cuidados de enfermagem com um nível profissional adequado aos recursos disponíveis e que consiga a adesão e satisfação da pessoa, considerando sempre as suas necessidades e expectativas (DGS, 2006). Com a presença efetiva da pessoa doente, o enfermeiro tem oportunidade de verificar a real adesão ao que lhe é indicado e conseqüente a satisfação face ao que lhe é fornecido. A humanização também é um ganho que as pessoas podem usufruir através da consulta de enfermagem presencial já que esta contribui para a criação de um “ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015, p. 97), favorecendo o contacto direto e abrindo caminho para uma comunicação verbal e não-verbal, através da qual se pode retirar proveito e perceber as necessidades que a pessoa pretende ou consegue transmitir.

O profissional de saúde também obterá ganhos como a satisfação, que reflete a atitude e estado emocional face ao trabalho (Correia, 2016), de acordo com o panorama organizacional, ambiental e pessoal em que se encontra inserido.

Se a pessoa doente e o enfermeiro podem beneficiar com a realização da consulta de enfermagem presencial, a instituição de saúde também pode obter os seus ganhos em saúde. A consulta de enfermagem presencial contribuirá para a diminuição dos reinternamentos hospitalares e conseqüentemente para a diminuição de custos em saúde, para além da melhoria da qualidade de vida da pessoa doente e família.

Com a formulação da questão de investigação, pretende-se explorar, compreender e aprofundar o fenómeno em estudo, num ambiente natural, como refere Sampieri, Collado e Lucio (2013). Também Fortin (2009) refere que a investigação tem como ponto de partida uma questão, uma pergunta formulada sobre um determinado tema que se pretende desenvolver e explorar, de acordo com o conhecimento prévio existente.

Assim, colocamos como questões orientadoras e que vão ao encontro do objetivo anteriormente exposto:

- O que significa, para os enfermeiros, uma consulta de enfermagem presencial?
- Que vantagens/desvantagens consideram os enfermeiros existir para a realização de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória?
- Que necessidades/dificuldades os enfermeiros enfrentam na prática clínica para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória?
- Quais as expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória?

Face ao exposto e de forma a abordar esta temática de uma forma eficaz, no desenho desta investigação foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória
- Identificar na perspetiva dos enfermeiros as vantagens / desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória
- Identificar necessidades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

- Identificar dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória
- Identificar as expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

Atendendo à problemática apresentada e de acordo com os objetivos traçados para o estudo, delinear-se decisões metodológicas adequadas à sua concretização e que seguidamente são apresentadas.

2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A fase metodológica é fundamental em qualquer processo de investigação, pois possibilita que o investigador determine os métodos a utilizar para responder às questões de investigação (Fortin, 2009). O investigador deve optar pela forma mais adequada para atingir o fim desejado.

A metodologia é um processo que pode equiparar-se a “uma ponte entre a teoria e a prática uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p. 3). Tem por base uma investigação focada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções que contribuam para a sua resolução. Baseando-se na pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto promove uma prática fundamentada e baseada em evidência, permitindo prever uma mudança (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Assim, considerando o fenómeno em estudo e o seu objetivo geral: conhecer importância atribuída pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria, a opção metodológica insere-se no paradigma qualitativo, na medida em que procuramos compreender o fenómeno em estudo em toda a sua complexidade e no seu contexto natural.

O método qualitativo favorece o desenvolvimento do conhecimento, permite desenvolver perguntas em todas as fases da respetiva colheita e análise de dados, seja antes, durante ou após; os seus procedimentos não seguem um padrão, o próprio investigador participa na colheita de dados, num ambiente sempre em mutação, tornando estes estudos em casos únicos (Sampieri, Callado e Lucio, 2013). Tem por “finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos” e a preocupação por parte do investigador em compreender o fenómeno em estudo de uma forma ampla e absoluta sem a preocupação de o controlar (Fortin, 1999, p.21). O principal objetivo deste processo de obtenção de conhecimento é (...) “descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência” (Fortin, 2009, p.32), e não propriamente avaliar. Pretende-se “compreender e aprofundar os fenómenos (...) em um ambiente natural e em relação ao contexto” (Sampieri, Callado e Lucio, 2013, p.376), acedendo assim às experiências individuais de cada participante, enriquecendo os dados fornecidos e enriquecendo a análise posterior. “Os métodos qualitativos (...) são compostos, essencialmente, pelas técnicas da observação participante e da entrevista” (Espírito Santo, 2015, p.27), objetivando que a investigação permita recolher e refletir sobre aspetos não tão concretos

ou imediatos, podendo sustentar-se na observação, analisando hábitos de determinadas pessoas ou seus grupos de inserção e fundamentar a sua devida interpretação.

Face ao exposto, neste tipo de investigação, qualitativa, o investigador deve centrar-se em compreender o fenómeno de estudo, com o objetivo de descobrir e explorar fenómenos, interpretando-os e descrevendo-os segundo a opinião que os participantes do estudo fornecem, não se centrando em avaliações. Assenta ainda, numa visão holística do fenómeno que se pretende estudar. Assim, considera-se a abordagem qualitativa uma opção metodológica adequada para a investigação de problemas que surgem na prática dos profissionais de enfermagem, cabendo-lhes a responsabilidade de contribuir para aprofundar o conhecimento na sua prática, contribuindo para enfermagem enquanto ciência.

2.1. Tipo de Estudo

Para este estudo, optamos pelo método de estudo de caso já que se enquadra no paradigma qualitativo possibilitando descrições mais aprofundadas da realidade que se pretende estudar.

O estudo de caso é um método de investigação que permite uma atitude compreensiva e uma análise profunda de um fenómeno a estudar. Como referido por Fortin (2009), o estudo de caso é um método adequado quando não se dispõe de muitos dados sobre o fenómeno em causa. O conhecimento obtido por este método é diferente do conhecimento gerado a partir de outras pesquisas, sendo mais concreto e contextualizado, mais voltado para a interpretação. Com a abordagem metodológica de estudo de caso procura-se compreender, explorar ou descrever contextos ou acontecimentos que envolvem diversos fatores (Figueiredo e Amendoeira, 2018), efetuando-se uma investigação aprofundada da realidade para compreender determinados fenómenos.

Meirinhos e Osório (2010, p. 52) consideram o estudo de caso com características de investigação qualitativa, constituindo-se com “etapas de recolha, análise e interpretação da informação”, baseando-se no estudo limitado de casos e aplicando-se a contextos da vida real. Outra característica atribuída a este método, é o seu carácter holístico visando “uma maior concentração no todo” (Meirinhos e Osório, 2010, p. 53), permitindo generalizações e interpretações constantes para a compreensão do fenómeno de uma forma global. A generalização é influenciada pela experiência do investigador do estudo que pode transferir conhecimentos de um caso para outro dependendo das suas vivências. A interpretação

constante permite, com o avançar do estudo, modificação das questões iniciais a que o investigador se propôs.

O estudo de caso pode classificar-se em diversos tipos. Para Yin (1993), citado por Meirinhos e Osório (2010), pode classificar-se como exploratório, descritivo ou explanatório, sendo ainda únicos ou múltiplos em qualquer dessas classificações. Com os estudos exploratórios pretende-se fornecer suporte à teoria estudada. Nos estudos descritivos pretende-se realizar a descrição detalhada de um fenómeno no seu contexto. Os estudos explanatórios pretendem informação para o estabelecimento de causa-efeito.

O estudo de caso interessa-se mais pelo significado das experiências vividas pelos indivíduos do que por reunir dados, estando atendo a outros estudos (Fortin, 2009). Para isso, o investigador deve recolher e compilar informação a partir de documentos por forma a preparar o seu próprio plano para reunir a informação direta (Tuckman, 2002).

O investigador recolhe dados, revê e explora-os, selecionando os participantes do estudo e os temas a aprofundar. Com o desenvolvimento da investigação e um conhecimento mais aprofundado do tema em estudo, vão-se modificando planos e estratégias. Para Fortin (2009), o estudo de caso permite uma análise profunda do que se estuda, favorece as observações dos comportamentos e a compreensão do estudo.

Tuckman (2002, p. 516), refere que podem ser utilizadas várias fontes de dados num processo de estudo de caso tais como entrevistas a diversos participantes, documentos como “atas de encontros, relatos de jornais, autobiografias” ou observação de fenómenos com o objetivo de obter informação. Esta premissa mantém-se atual, em que autores como Meirinhos e Osório (2010) e Figueiredo e Amendoeira (2018) corroboram que a utilização do método estudo de caso permite a utilização de diversas fontes como a pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. O investigador, pela aplicação de diversas fontes, tem a possibilidade de reunir informação suficiente e pertinente e de uma forma organizada. Ao cruzar a informação obtida, o investigador pode realizar a “triangulação” (Meirinhos e Osório, 2010, p.60) da informação, enriquecendo a credibilidade do seu estudo.

Neste sentido, consideramos que a nossa opção por um estudo qualitativo porque se orienta “por uma perspetiva mais interpretativa e construtiva” (Meirinhos e Osório, 2010, p.49), utilizando o estudo de caso que favorece a compreensão e interpretação do fenómeno, obtendo uma informação detalhada sobre o nosso fenómeno em estudo (Fortin, 2009), descrevendo e compreendendo assim o fenómeno vivido por uma dada população.

Fundamentada a tomada de posição da opção metodológica do referido estudo, prossegue-se a uma breve alusão da caracterização do contexto do estudo.

2.2. Terreno de Pesquisa

Um estudo qualitativo deve decorrer no meio natural, sendo essa uma das características essenciais neste tipo de estudo.

O investigador deve envolver-se no ambiente da população a estudar (Sampieri, Collado e Lucio, 2013, p. 385) efetuando "(...) uma imersão completa no ambiente" em causa, tendo sempre uma atenção especial à observação do que verifica, sempre numa perspetiva holística e com uma mente inquisitiva observando e questionando as diferentes perspetivas dos participantes do estudo

Assim, tendo em conta os objetivos do estudo, os locais eleitos para a realização do estudo são a unidade de Cardiologia e a unidade de Bloco Ambulatório de um hospital da zona norte do país.

O conhecimento dos contextos de estudo e a proximidade com o local de trabalho facilitou o acesso à colheita de dados.

O serviço de Cardiologia onde se realizou parte da colheita de dados, não possui instituída uma consulta de enfermagem pós-operatória de carácter presencial, mas realiza uma consulta de enfermagem, com carácter informal e na dependência de uma consulta médica, às pessoas submetidas a intervenção cirúrgica de ambulatório às 24 horas e ao 8º dia após a cirurgia. Esta consulta centra-se nos cuidados à ferida cirúrgica, existindo a possibilidade de apoiar a pessoa operada e sua família nas suas dúvidas e anseios, validar conhecimentos ou corrigir atitudes com a realização educação para a saúde que se considerem pertinentes ou necessários.

No Bloco Ambulatório em causa realizam-se consultas de enfermagem presenciais pré-operatórias, visando a preparação das pessoas para a cirurgia selecionada. Realizam-se ainda, consultas de enfermagem não presenciais (*follow-up*) às 24 horas pós-cirurgia, estando esta devidamente regulamentada e estruturada, com um guião a aplicar telefonicamente. Ao 30º dia pós-cirurgia também está preconizada a realização de um telefonema para a realização de uma consulta de enfermagem não presencial (*follow-up*), mas por falta de recursos a mesma não é efetuada.

Os serviços estão integrados numa Unidade Local de Saúde (ULS) do norte do país. Essa ULS é constituída por 2 unidades hospitalares, 12 centros de saúde num total de 39 unidades funcionais, 1 unidade de saúde pública e 2 unidades de convalescença, abrange uma área territorial de 2.213 Km² e uma população residente estimada de 244.836 (INE, 2011), 13,3% dos quais com menos de 15 anos e 23,1% com idade igual ou superior a 65 anos.

2.3. Os Sujeitos em Estudo

A Unidade de Cirurgia Ambulatória é constituída por 21 enfermeiros, e a Unidade de Cardiologia por 3 enfermeiros. Neste sentido, num estudo de investigação, deve ser definida uma população, que pode ser considerada como o conjunto de “(...) elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 1999, p.202). Sampieri, Collado e Lucio (2013, p. 193), também definem população como sendo o “conjunto de todos os casos que preenchem determinadas especificações”. Sendo que a amostra pode considerar-se como uma parte, uma fração da população (Sampieri, Collado e Lucio, 2013; Fortin, 2009).

Partindo destes pressupostos, selecionaram-se os participantes de forma intencional, facilmente acessíveis: presença num determinado local; num preciso momento, e que respondem a critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Sendo assim, para selecionar os participantes do presente estudo definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros a exercerem funções no serviço de Cardiologia e na Unidade de Cirurgia Ambulatória de um hospital da região norte, há mais de 2 anos, e que aceitem participar no estudo.

Desta forma, os participantes alvo do nosso estudo foram 2 enfermeiros da Unidade de Cardiologia e 11 enfermeiros da Unidade de Cirurgia Ambulatória.

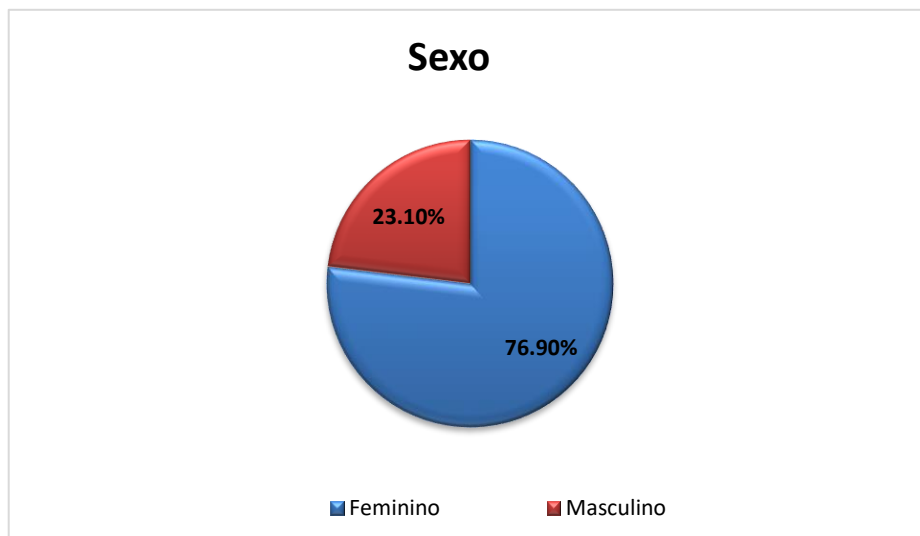
- **Caraterização dos participantes**

De acordo com os critérios de inclusão e o princípio da saturação de dados, participaram no estudo 13 enfermeiros, que seguidamente passaremos a caraterizar.

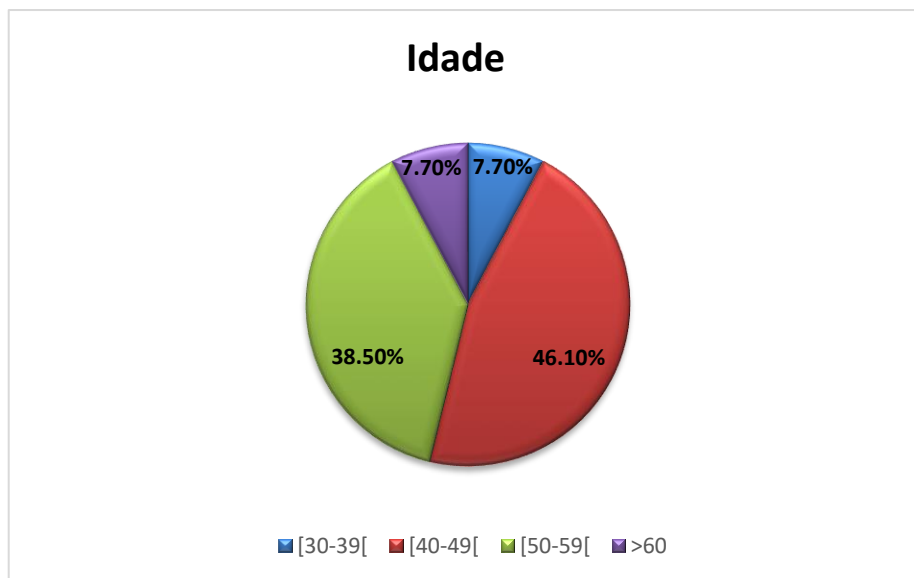
A maioria dos participantes é do género feminino e casados. Têm idades compreendidas entre os 36 e os 62 anos. Quanto à sua formação académica, todos eles são licenciados e apenas 2 possuem especialidade. O tempo de exercício profissional oscila entre 14 e os 39 anos.

Salienta-se que os dados obtidos através de questões fechadas foram tratados estatisticamente e são apresentados através de gráficos, seguindo-se a sua análise descritiva.

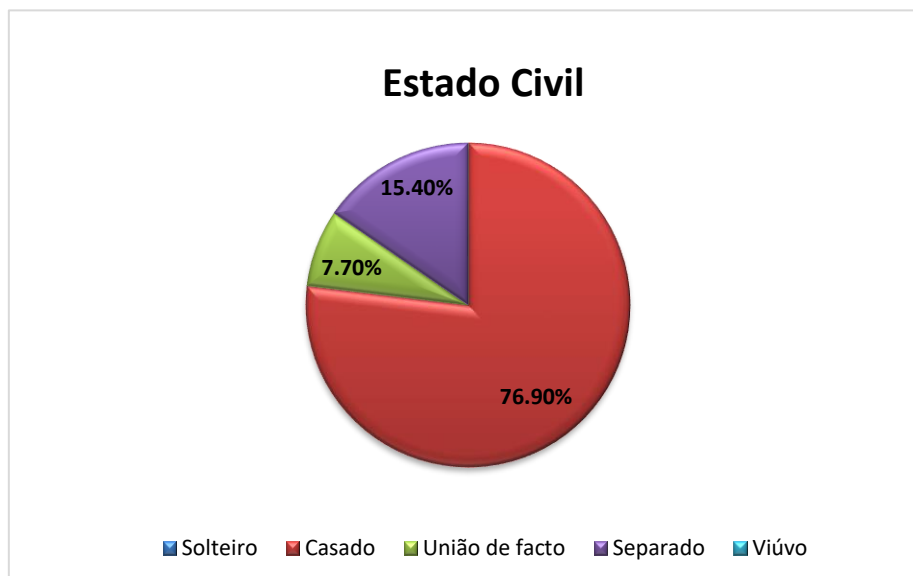
Gráfico n.º 1 – Distribuição dos participantes por sexo



Como se pode verificar, no gráfico n.º 1, dos 13 participantes, 10 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino.

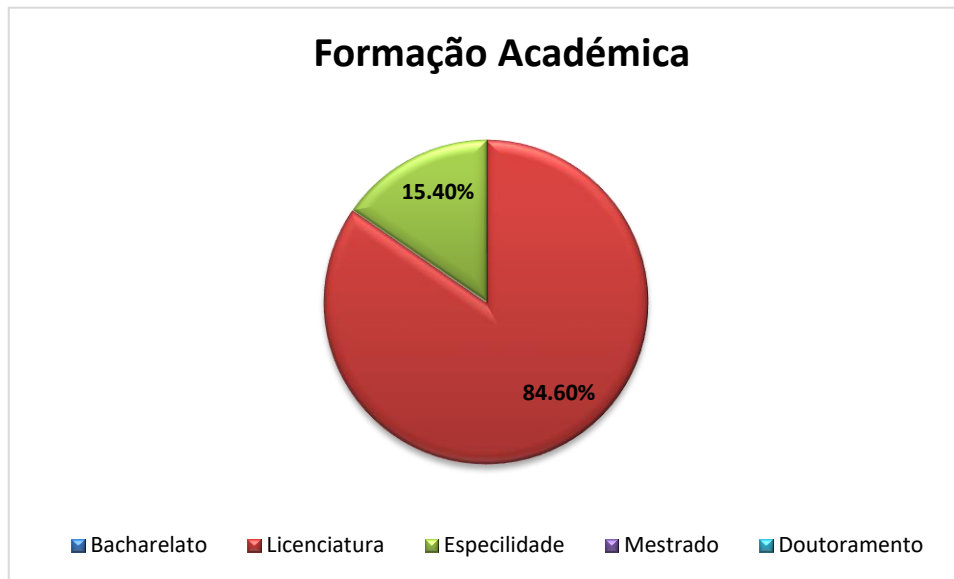
Gráfico n.º 2 – Distribuição dos participantes por idade

No gráfico n.º 2 podemos verificar que as suas idades estão compreendidas entre os 36 e 62 anos, encontrando-se a maioria entre os 40 e os 60 anos. Mais detalhadamente, 1 dos profissionais de saúde entrevistados tem idade compreendida entre os 30 e os 39 anos, 6 entre os 40 e 49 anos, 5 entre os 50 e os 59 anos e 1 com idade superior a 60 anos.

Gráfico n.º 3 – Distribuição dos participantes por estado civil

No gráfico n.º 3 constatamos que a maioria dos participantes (10) são casados, 1 participante vive em união de facto e 2 participantes são separados.

Gráfico n.º 4 – Distribuição dos participantes por formação académica

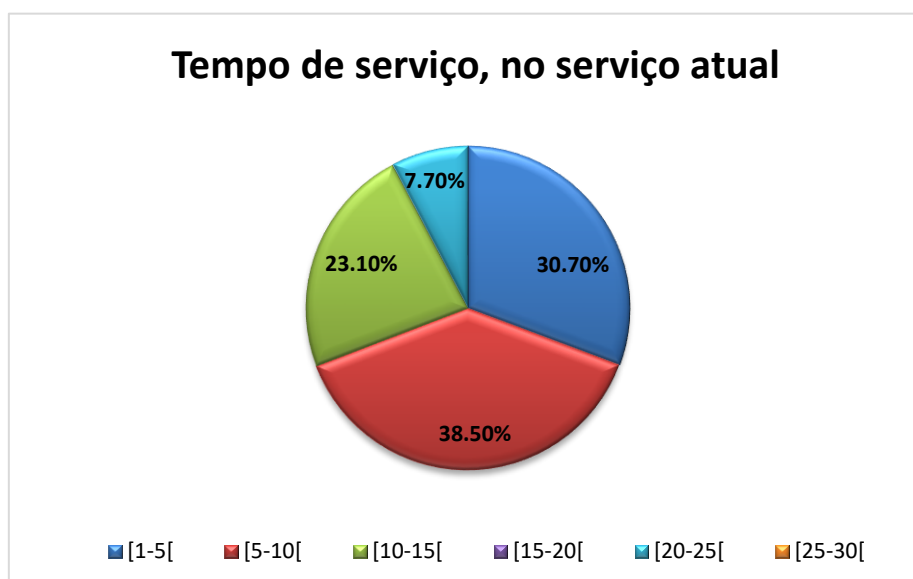


No gráfico n.º 4 verificamos no que concerne à formação académica, todos são licenciados, sendo que 2 profissionais possuem especialidade em enfermagem.

Gráfico n.º 5 – Distribuição dos participantes por tempo de serviço



Em relação ao tempo de serviço, constatamos através do gráfico n.º 5 que a maioria (7 participantes), possuem entre os 20 e os 30 anos de exercício profissional, 5 possuem entre os 30 e 40 anos e 1 tem entre os 10 e 20 anos de exercício profissional.

Gráfico n.º 6 – Distribuição dos participantes por tempo de serviço no serviço atual

Neste gráfico podemos verificar que no intervalo de 1 a 5, se enquadram 4 enfermeiros. No intervalo de 5 a 10 anos, integram-se 5 enfermeiros. De 10 a 15 anos, 3 enfermeiros e no intervalo de 20 a 25 anos, 1 enfermeiro.

2.4. Instrumento de Recolha de Dados

A riqueza dos resultados obtidos e consequente concretização dos objetivos dependem da forma como se recolhe a informação. A recolha de dados permite reunir informações concretas, junto de pessoas incluídas numa amostra (Quivy e Campenhoudt, 2013).

Para que a escolha sobre a estratégia de dados seja adequada ao estudo em causa, cabe ao investigador questionar-se constantemente sobre as implicações posteriores do que recolhe, deve antecipar-se e interrogar-se de acordo com as respostas previstas visto que a escolha de um determinado método influencia os resultados do trabalho. Como referem Quivy e Campenhoudt (2013) é tão importante conceber um bom instrumento como colocá-lo devidamente em prática, tendo sempre o investigador uma visão global do seu trabalho.

Podem ser utilizadas várias técnicas de recolha de dados na investigação com metodologia qualitativa tais como a entrevista (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). A escolha da técnica teve em conta os objetivos definidos e a informação que se pretende recolher, não descurando o momento em que é aplicada. Para ir ao encontro destes pressupostos, consideramos a entrevista uma técnica adequada já que permite a recolha de informação, de opiniões e

necessidades e “até maior conhecimento sobre as pessoas, as suas relações e pertença a um grupo” (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p.14).

Como refere Bardin (2011), a entrevista permite falas espontâneas e livres em que o entrevistado se sente à vontade, expressando o que sente ou pensa relativamente a alguma coisa, apresentando a sua própria linguagem servindo-se “dos seus próprios meios de expressão para descrever acontecimentos, práticas, crenças, episódios passados, juízos...” (Bardin, 2011, p.90), revestindo-se de subjetividade e emoções, e por isso deverá ser integralmente registada e transcrita. Também Quivy e Campenhoudt (2013) referem ser uma técnica que facilita a comunicação e interação humana, havendo contacto direto entre as partes, permitindo ao entrevistado a expressão das suas perceções ou interpretações de experiências e permitindo ao investigador retirar informação rica das suas entrevistas e desse contacto direto.

Assim, a escolha do método recaiu sobre a entrevista semiestruturada, para que se possa conhecer e compreender a importância que os enfermeiros atribuem à consulta de enfermagem presencial na sua prática diária, no seu contexto habitual, permitindo uma imagem o mais próxima possível do contexto que se pretende analisar, proporcionando um contacto direto entre o entrevistador e os participantes, favorecendo material rico e complexo a nível verbal (Bardin, 2011).

De seguida, passamos a fundamentar.

- **Entrevista semiestruturada**

A entrevista semiestruturada baseia-se numa comunicação verbal entre duas pessoas, em que o entrevistador recolhe a informação fornecida pelo entrevistado (Fortin, 2009), podendo ser utilizada como o principal método para a recolha de dados ou em associação com outros métodos de investigação. Com este tipo de entrevista, pretende-se lidar “com uma fala relativamente espontânea”, havendo um discurso falado com alguma descontração por parte do entrevistado, com um certo grau de subjetividade, marcado por significados multidimensionais (Bardin, 2011). Possibilita o contacto direto entre as duas partes e o uso de questões abertas e fechadas, possibilitando a exploração da temática sem se distanciar do foco. Fortin (2009) refere que a entrevista semiestruturada possibilita ao entrevistado a expressão dos seus sentimentos e opiniões sobre o tema focado, sendo o objetivo compreender o seu ponto de vista. Neste contexto, percebe-se que este tipo de

recolha de dados permite profundidade e flexibilidade na análise dos dados recolhidos (Quivy e Campenhoudt, 2013) respeitando as referências dos participantes.

A entrevista semiestruturada visa objetivos como: a compreensão, a descoberta e a aprendizagem, clarificando o universo do outro, para que o investigador compreenda o seu mundo através dos seus pensamentos e sentimentos, aprofundando a temática em causa (Fortin, 2009). Assim, com a realização destas entrevistas, o investigador também tem a possibilidade de conduzir a entrevista, comunicando ao entrevistado o seu interesse e objetivo, aplicando questões e utilizando a escuta ativa como estímulo e encorajamento para promover o diálogo entre as partes. Permite a reflexão, o esclarecimento de dúvidas e o aprofundar da compreensão das informações em causa. É uma técnica útil para a recolha de informação, para se perceber a forma como os indivíduos objetos do estudo, se comportam e como reorganizam o seu sistema de representações sociais nas suas práticas individuais (Aires, 2011).

Nesta perspetiva, foi elaborado um guião da entrevista (Apêndice 4) que foi utilizado como auxiliar de memória para o investigador, de forma a orientar o desenvolvimento da entrevista, assegurando que os intervenientes não se distanciam do tema inicialmente previsto. O guião de entrevista favoreceu a recolha de dados e a observação indireta, permitiu que se vença a resistência natural dos participantes (Quivy e Campenhoudt, 2013). Não é obrigatório que os participantes respondam às questões colocadas, mas o investigador tem a oportunidade de criar empatia entre as partes e ter um guião que lhe permita manter o foco do diálogo.

O guião da entrevista é constituído por duas partes, sendo que a primeira parte apresenta perguntas fechadas, direcionadas para a caracterização dos participantes: idade, sexo estado civil, formação académica, tempo de serviço e tempo de serviço no serviço atual. A segunda parte do guião possui perguntas semiabertas.

Realça-se que colocamos o guião para validação de dois enfermeiros que não integravam o grupo de participantes do estudo. Após a análise de conteúdo aos dados obtidos, não foi necessário efetuar alterações.

Salienta-se que foram cumpridos todos os procedimentos éticos e legais de forma a garantir o rigor do estudo.

A recolha de dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2020, num total de 13 entrevistas (Apêndice 5), num gabinete do serviço que permitia privacidade e um clima de

confiança. Cada entrevista demorou em média, entre dez a quinze minutos, sendo efetuada em contexto de trabalho, na primeira parte do turno da manhã, entre as 9h e as 11h.

2.5. Técnica de Análise de Dados

Com a realização de uma investigação, através do tratamento e análise de dados que fazem parte do seu núcleo, elabora-se a interpretação do fenómeno em estudo, segundo a perspectiva dos participantes. Há dinâmica entre os factos e a sua interpretação. Como referido por Sampieri, Collado e Lucio (2013), o objetivo é compreender e aprofundar fenómenos utilizando a perspectiva dos participantes.

Neste contexto, a análise de dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo que, como refere Fortin (1999, p. 162), deve ser aplicada caso os métodos de colheita de dados sejam qualitativos. Bardin (2011, p.89), reforça ainda que a análise de dados favorece “um material verbal rico e complexo” já que permite um tratamento de informação contido nas mensagens.

Optámos pela análise de conteúdo que segundo Bardin (2011, p. 45), “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”, trabalhando e analisando a linguagem transmitida pelos emissores da mensagem, apoiando-se num conjunto de técnicas de análise das comunicações efetuadas.

O procedimento de análise dos dados baseou-se, assim, nas etapas propostas por Bardin (2011), mais especificamente na organização ou preparação do material recolhido, a sua codificação, a categorização, a inferência e a interpretação teórica.

Inicialmente foi efetuada uma transcrição das entrevistas realizadas, permitindo obter um suporte para posteriormente se proceder à análise dos conteúdos. É de referir, que para garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes, as entrevistas foram codificadas genericamente de E1 a E13.

De seguida, a informação recolhida foi organizada de forma a permitir a redução dos dados. Efetuamos uma grelha (Apêndice 6), que reúne os elementos referentes aos assuntos de todas as entrevistas, onde colocamos os enunciados. Posteriormente, após leitura, estabelecemos as unidades de análises que foram alocadas às respetivas áreas temáticas, o que levou ao aparecimento de temas para cada um dos domínios considerados. Tendo sempre em consideração os objetivos do estudo e as áreas temáticas, identificamos categorias e subcategorias.

2.6. Considerações Éticas

Em qualquer investigação, os direitos da pessoa envolvida devem ser salvaguardados sendo que ela tem direito a viver de forma livre e digna enquanto ser humano. Para que tal seja assegurado, um processo de investigação deve basear-se na ética que é considerada “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta” (Fortin, 1999, p.114).

Sendo que a investigação aplicada aos seres humanos pode causar danos, deve-se assegurar os cinco direitos fundamentais determinados pelos códigos de ética, mais precisamente o “direito à auto-determinação, (...) à intimidade, (...) ao anonimato e confidencialidade, (...) à proteção contra o desconforto e prejuízo e (...) a um tratamento justo e leal” (Fortin, 1999, p.114).

Também a OE emanou vários pressupostos no Código Deontológico, devendo a prática de enfermagem basear-se nos seus princípios. Dessa forma asseguram-se os direitos das pessoas. Pode contactar-se que, relativamente à investigação, no artigo 85º “Do dever de sigilo”, o enfermeiro deve manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação (...)” (OE, 2015, p. 78).

Com base nestes pressupostos, os direitos dos participantes no estudo foram protegidos em todas as suas dimensões sendo solicitada autorização ao Conselho de Administração da instituição selecionada (Apêndice 1) e respetiva Comissão de Ética para aplicação do instrumento de colheita de dados à população pretendida, só se tendo iniciado a colheita após a devida autorização (Anexo 1). Foi ainda efetuada uma reunião com os enfermeiros chefes dos serviços correspondentes (Apêndice 2), com o objetivo de explicitar o propósito desta investigação, negociando o período e o local para abordar os participantes, assim como o compromisso em divulgar os resultados junto dos profissionais dos referidos serviços.

No que concerne aos participantes do estudo, foram devidamente informados da sua finalidade e dos objetivos, sendo elaborado um consentimento informado (Apêndice 3) garantindo o sigilo e a confidencialidade dos dados. Foi-lhes explicado que toda a informação seria protegida e tratada de forma confidencial. O material aplicado e informação recolhida servirão apenas para o fim proposto. As entrevistas efetuadas foram codificadas e a população envolvida teve direito de informação sobre o processo e sobre os resultados.

Assim, após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas e devidamente codificadas, tendo sido atribuído ao primeiro entrevistado a sigla E1, ao segundo a sigla

E2, até ao E13, o décimo terceiro e último entrevistado, assegurando que não seja possível a descodificação e identificação das mesmas.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretendemos apresentar e analisar de forma clara e objetiva os resultados obtidos através da análise de conteúdo efetuada às entrevistas realizadas a treze enfermeiros, em contexto pós-cirurgia ambulatoria.

Realça-se, que a descrição analítica baseia-se em procedimentos objetivos e sistemáticos para descrever o conteúdo das mensagens, tratando-se, portanto, de um “tratamento da informação contida nas mensagens” (Bardin, 2011, p.37). Procura conhecer o que está por trás das palavras que estuda, procurando outras realidades através das mensagens e familiarizar-se com toda a informação obtida.

Importa ainda referir, que para Bardin (2011), o mecanismo de análise de conteúdo através de entrevistas leva-nos a dois polos, um do rigor da objetividade e outro da fecundidade da subjetividade.

Efetivamente, a análise de conteúdo transpõe uma simples técnica de análise para compor um campo do conhecimento, ela deve ser considerada, não apenas a semântica da língua, mas também, a interpretação do sentido que a pessoa atribui às mensagens. Neste sentido, cumprimos as diferentes fases de análise de conteúdo, preconizadas por Bardin (2011), a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Assim, após a conclusão da etapa de pré-análise, passamos à análise composta por operações de codificação (Apêndice 6), que consiste numa operação de categorização de elementos constitutivos de um conjunto, por distinção e por reagrupamento segundo o género (analogia) com os critérios previamente definidos (Bardin, 2011). Emergiram oito áreas temáticas com respetivas categorias e subcategorias que permitem compreender o fenómeno em estudo.

As entrevistas foram codificadas com siglas de E1 a E13, respetivamente pela sua ordem de execução, com o intuito de não ser possível a sua descodificação ou reconhecimento do entrevistado. Recorremos a texto narrativo, acrescentando excertos das entrevistas realizadas, tabelas síntese e diagramas para clarificar, facilitar a análise dos discursos e a interpretação dos mesmos, pondo em relevo as informações obtidas.

De forma a esclarecer e clarificar as categorias e subcategorias que foram definidas, apresenta-se em seguida a tabela síntese (tabela n.º 1).

Tabela n.º 1 - Categorias e subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos enfermeiros

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	Avaliação multidimensional do doente	
	Validação de conhecimentos	
	Diagnóstico de necessidades do doente	Identificar dificuldades do doente
		Identificar recursos domiciliários
	Autonomia no estabelecimento do plano de cuidados	
	Esclarecimento de dúvidas	
Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria	Acompanhamento do doente	
	Avaliação de eventuais complicações	
	Segurança	
	Expressão de sentimentos e emoções	
	Avaliação centrada no discurso	
	Validação da educação para a saúde realizada pelos enfermeiros	
	Reforço da educação para a saúde	

	<p>Avaliação do grau de satisfação do doente</p> <p>Estabelecimento de uma comunicação empática</p>	
<p>Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória</p>	<p>Deslocação do doente</p> <p>Maiores encargos financeiros</p> <p>Número elevado de doentes</p> <p>Sobrecarga familiar</p> <p>Mudanças arquitetónicas do espaço físico</p>	
<p>Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória</p>	<p>Parametrização da consulta</p> <p>Estruturação da consulta</p> <p>Formação dos enfermeiros</p> <p>Disponibilidade dos enfermeiros</p> <p>Espaço físico</p> <p>Mais recursos humanos</p>	<p>Promova a privacidade</p> <p>Promova o conforto</p>
<p>Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem</p>	<p>Falta de ajustamento do sistema informático</p> <p>Falta de organização das consultas</p>	

<p>presencial pós-cirurgia ambulatória</p>	<p>Espaço físico inadequado</p> <p>Défi ce de recursos humanos</p> <p>Mais tempo disponível para a realização da consulta</p> <p>Intromissões constantes</p>
<p>Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória</p>	<p>Reconhecimento da importância da consulta de enfermagem</p> <p>Doente</p> <p>Organizações hospitalares</p> <p>Criação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória</p> <p>Iniciação da consulta de enfermagem de forma gradual</p> <p>Criação de um espaço confortável</p> <p>Existência de enfermeiro adstrito à consulta</p> <p>Sem expectativas</p>
<p>Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória</p>	<p>Consulta na plataforma informática</p> <p>Diagnóstico de situação</p> <p>Guião para a consulta de enfermagem</p> <p>Espaço próprio para a consulta</p> <p>Mais recursos humanos</p>

	<p>Marketing relativo à importância da consulta de enfermagem</p> <p>Respeito dos tempos da consulta</p> <p>Responsabilidade exclusiva da consulta presencial pós-cirurgia ambulatória pelo enfermeiro</p> <p>Articulação com os cuidados de saúde primários</p> <p>Comunicação entre a equipa de saúde</p> <p>Sem sugestões</p>	
<p>Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória na perspectiva dos enfermeiros</p>	<p>Avaliação</p> <p>Promoção da continuidade dos cuidados</p> <p>Diagnóstico de necessidades</p>	<p>Qualidade dos cuidados prestados</p> <p>Eventuais complicações</p>

1.1. Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

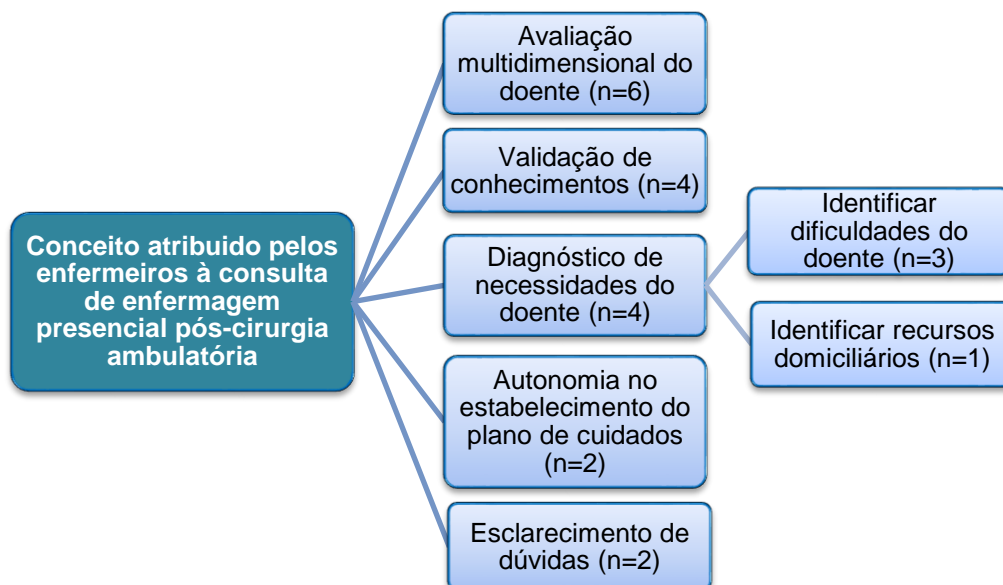
Os conhecimentos científicos na área da saúde permitem hoje uma multiplicidade de intervenções por parte do enfermeiro, capazes de manter com qualidade os níveis de saúde da pessoa.

A alta da pessoa submetida a um ato cirúrgico não significa o término dos cuidados de enfermagem, mas sim, o início de um acompanhamento individualizado que dê resposta às necessidades presentes, quer da pessoa submetida a um ato cirúrgico, quer dos seus familiares, nomeadamente do seu cuidador. Deste modo, a consulta de enfermagem pós-cirúrgica com carácter presencial, terá um papel crucial no garante do bem-estar da pessoa.

Partindo destes pressupostos, quisemos identificar o conceito que os enfermeiros atribuem à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.

Após análise de conteúdo das entrevistas realizadas, emergiram cinco categorias: **Avaliação multidimensional do doente; Validação de conhecimentos; Diagnóstico de necessidades do doente; Autonomia no estabelecimento do plano de cuidados; Esclarecimento de dúvidas.**

Figura n.º 1 - Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória



Para melhor compreensão das categorias que emergiram, apresentamos as unidades de análise inerentes à área temática “*Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.*”

Quadro n.º 1 - Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

<p>Avaliação multidimensional foi o conceito atribuído por seis enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória</p>	<p><i>“ (...) A consulta é importante para vermos o doente na sua totalidade, vermos as dúvidas que eles têm e vermos efetivamente, cara a cara, as queixas que ele tem e ver realmente o problema, porque às vezes eles ligam-nos a dizer que “têm isto e têm aquilo” e nós não conseguimos visualizar o que eles têm, comprovar efetivamente (...) ” E5</i></p> <p><i>“ (...) A consulta de enfermagem pós-operatória é um instrumento importante, permite avaliar vários aspetos relacionados com a recuperação do doente, avaliar complicações imediatas que tenham surgido, avaliar também que o doente tem conhecimentos, algumas falhas que tenham acontecido e também permite que essas falhas sejam colmatadas (...) ” E10</i></p>
<p>Validação de conhecimentos foi apontada por quatro enfermeiros</p>	<p><i>“ (...) Penso que a consulta de cirurgia pós-operatória (...) se há dúvidas a esclarecer e a necessidade de reforço do ensino que foi feito no momento da alta, que não tenham percebido o esclarecimento (...) ” E4</i></p> <p><i>“ (...) esclarecer as dúvidas que eles tenham, verificar se estão a cumprir de facto, se para eles fez sentido cumprir aquilo que lhes foi dito ou se até acham que não há... que foram feitos ensinamentos exagerados, que não há necessidade de tanto rigor (...) ” E12</i></p>

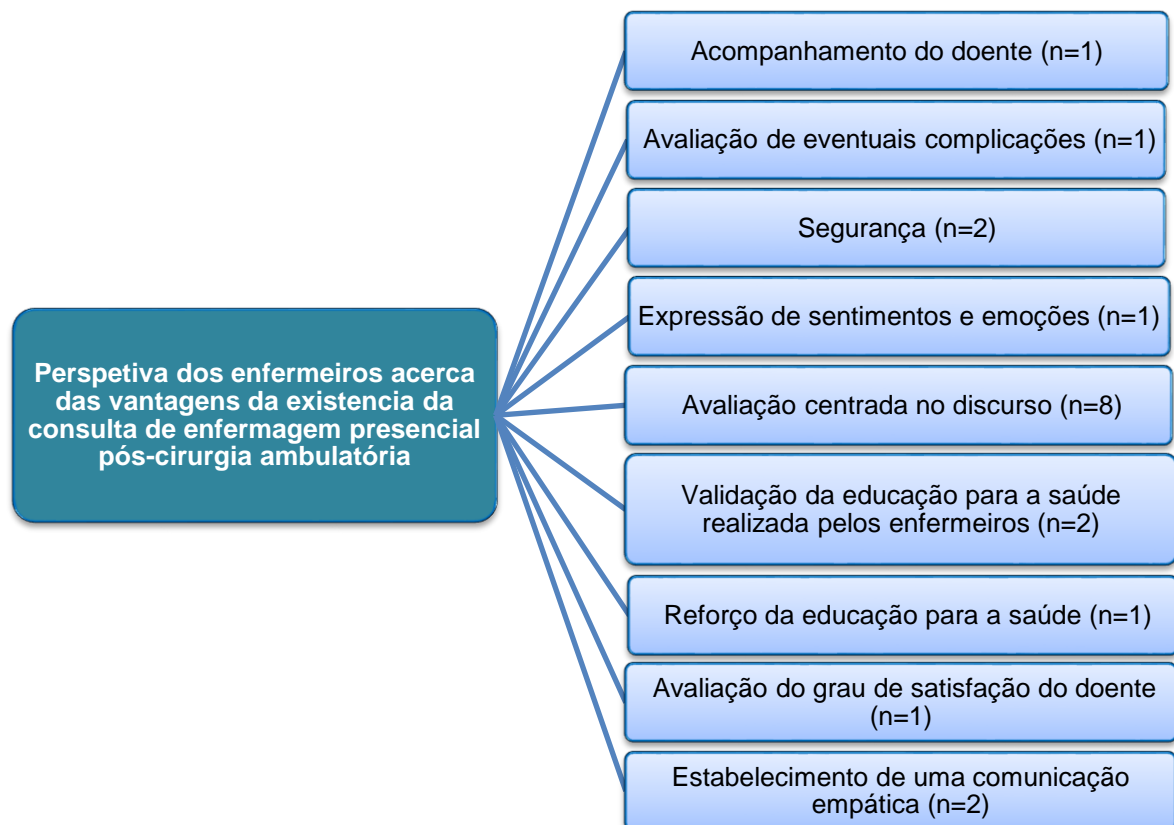
<p>Diagnóstico de necessidades do doente foi referido por quatro enfermeiros: três referiram <u>identificar dificuldades do doente</u> e um referiu <u>identificar recursos domiciliários</u>.</p>	<p><u>Identificar dificuldades do doente</u></p> <p>“ (...) identificar os problemas que tem e tentar resolver as suas necessidades. Basicamente é isto, definir as estratégias da mesma (...) ” E3</p> <p>“ (...) Para mim, a consulta de enfermagem pós-operatória tem a ver com o contacto que vamos ter com o doente depois do que ele passou no serviço e tentar saber quais foram as dificuldades que ele teve depois em casa relacionado com a cirurgia (...) ” E8</p> <p><u>Identificar recursos domiciliários</u></p> <p>“ (...) se tem apoio em casa no pós-cirúrgico(...)” E1</p>
<p>A autonomia no estabelecimento do plano de cuidados foi identificada por dois enfermeiros.</p>	<p>“ (...) O conceito que eu tenho acerca da consulta de enfermagem é uma consulta autónoma, portanto, do grupo profissional de enfermagem que é um grupo com competências para isso também e que têm uma série de atividades e atitudes autónomas em que vai ser (...) perante as necessidades que nós vemos do nosso utente vamos formular as necessidades e depois aí estabelecer um plano de atividade, de cuidados (...) ” E2</p> <p>“ (...) O conceito que eu tenho é uma consulta realizada por enfermeiros a um utente submetido a cirurgia de ambulatório, de forma independente, com objetivos específicos (...) ” E7</p>
<p>Esclarecimento de dúvidas foi a conceção de dois enfermeiros.</p>	<p>“ (...) esclarecimentos de dúvidas no processo de recuperação no pós-operatório (...) ” E7</p> <p>“ (...) Permite esclarecer dúvidas em relação à medicação que ele tem que fazer em casa. Permite esclarecer alguns aspetos que, na altura</p>

da alta, o doente não se lembrou de perguntar ou que da parte do enfermeiro não foram valorizados em relação ao doente, à vida do doente em casa. E permite que essas questões que surgiram após a saída do hospital e ao chegar a casa, permite que sejam essas questões esclarecidas e até que o doente seja orientado da melhor forma de resolver alguns problemas que tenham surgido depois em casa (...)" E10

1.2. Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

O planeamento do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em cirurgia ambulatória, para que seja bem-sucedido na recuperação da saúde e na prevenção de complicações, tornou-se pertinente identificar a perspetiva dos enfermeiros relativamente às vantagens que consideram existir com a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória. Deste modo foram identificadas nove categorias: **Acompanhamento do doente; Avaliação de eventuais complicações; Segurança; Expressão de sentimentos e emoções; Avaliação centrada no discurso; Validação da educação para a saúde realizada pelos enfermeiros; Reforço da educação para a saúde; Avaliação do grau de satisfação do doente; Estabelecimento de uma comunicação empática.**

Figura n.º 2 - Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória



De forma a ter uma melhor perceção das categorias apresentadas, expomos e analisamos as unidades de análise inerentes à temática “*Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória*”.

Quadro n.º 2 - Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

<p>Um enfermeiro refere o acompanhamento do doente como uma vantagem da consulta presencial.</p>	<p><i>“(...) temos uns dados imediatos em termos de sucesso da cirurgia de ambulatório mas a partir daí perdemos “ o fio à meada”, então não temos acompanhamento dos doentes. Se eu acho que era preferível uma consulta presencial do que uma consulta não presencial, sim (...)” E7</i></p>
<p>A avaliação de eventuais complicações foi identificada por um enfermeiro.</p>	<p><i>“(...) Se for presencial provavelmente, se calhar, até conseguimos resolver o problema sem os mandar à urgência. Consegue-se constatar os problemas (...)” E5</i></p>
<p>A consulta de enfermagem também foi referida por dois enfermeiros como facilitadora da segurança.</p>	<p><i>“(...) desmistificar medos, uma série de coisas que depois povoam a cabeça das pessoas (...)” E2</i></p> <p><i>“(...) E acho também, para o doente, o contacto, a presença, acho que transmite segurança. É um contacto próximo, não é um contacto distante (...) a proximidade pode fazer o doente sentir-se mais seguro, mais confiante (...)”. E9</i></p>
<p>A expressão de sentimentos e emoções foi identificada por um enfermeiro.</p>	<p><i>“(...) com a consulta de enfermagem eu acho que é uma... eu costumo dizer que nós somos a voz amiga do doente... é o apoio e há coisas que o doente verbaliza e expõe ao médico e se nós fizemos mesmo numa consulta presencial pós-operatória muitas das vezes sai do gabinete médico, vem para o gabinete enfermagem e o utente tem um comportamento e um... digamos, se calhar uma vontade um bocado diferente com o enfermeiro, provavelmente consegue-se abrir mais, muitas das vezes fazem declarações ao enfermeiro que achamos que é super pertinente, que é muito importante atendendo à sua intervenção, a todo o processo que ele percorreu, em que muitas das vezes são situações que</i></p>

	<p><i>poderiam ter comunicado ao médico e não comunicaram porque é um bocado dentro da área médica mas acabam por nos comunicar a nós (...)</i> E6</p>
<p>Oito enfermeiros consideram que consulta de enfermagem presencial permite uma avaliação centrada no discurso.</p>	<p><i>“(...) Na consulta presencial a gente vê com mais nitidez o fácies do doente, se ele tem dor, se tem algum desconforto. Conseguimos ver bem se compreende, como é que ele reage àquilo que se diz (...)”</i> E1</p> <p><i>“(...) Em termos presencias, comparando com outro tipo de ... até contrapondo à não presencial, a presencial permite uma observação física do doente, muitas vezes há sinais que não são visíveis de outro modo, a presencial permite que o doente seja avaliado em termos físicos, em termos até a postura dele na consulta, se o doente está mais debilitado, se está mais deprimido. Até olhar para a face do doente permite avaliar a dor que o doente às vezes não expressa... (...)”</i> E10</p>
<p>Validação da educação para a saúde realizada pelos enfermeiros, foi mencionada por dois enfermeiros.</p>	<p><i>“(...) que é muito importante esta consulta para ver, para validar os ensinamentos que nós fizemos naquele pós imediato, portanto mais à posteriori para ver se a pessoa conseguiu absorvê-los, e o cuidador (...)”</i> E2</p> <p><i>“(...) Uma das grandes vantagens é fazermos também uma avaliação do trabalho que tivemos no pré. No fundo, avaliar tudo aquilo que foi feito, a preparação pré-operatória e validá-la no pós-operatório e ver os resultados realmente, o nosso trabalho e os nossos ensinamentos que tivemos com aquele paciente, tiveram uma repercussão positiva e foram assimilados ou não foram assimilados (...) grandes vantagens para fazer uma validação e uma avaliação de todo o trabalho que foi feito (...)”</i> E3</p>

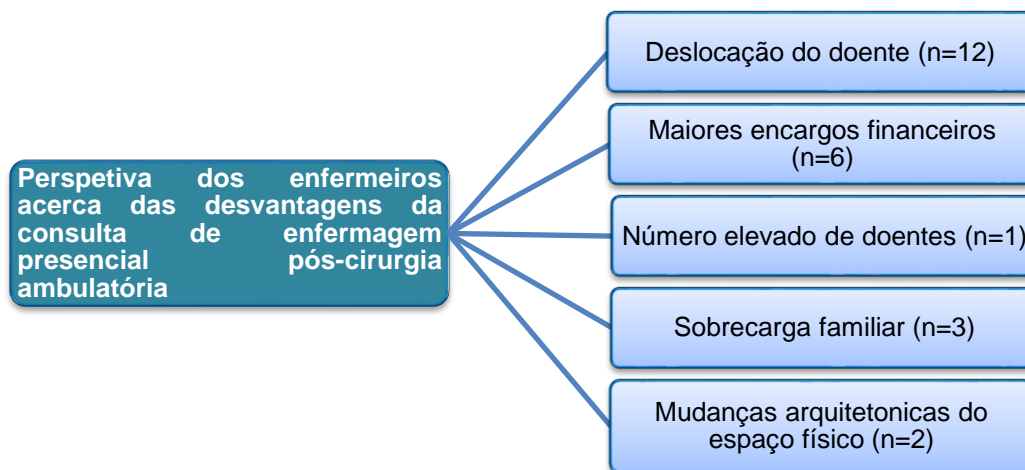
<p>O reforço da educação para a saúde foi referido por um enfermeiro.</p>	<p><i>“ (...) vantagem no reforço dos ensinamentos (...)” E4</i></p>
<p>A avaliação do grau de satisfação do doente foi mencionada por um enfermeiro.</p>	<p><i>“ (...) consulta pós-operatória tem a vantagem para eu poder fazer uma avaliação adequada do utente, conseguir ver se o dente ficou satisfeito com todo o percurso desde a entrada até a saída e até ter alta efetivamente da sua intervenção, porque ela tem uma intervenção e o utente só terá alta se tiver tudo em conformidade e conseguido o objetivo (...)” E6</i></p>
<p>Dois enfermeiros referem o estabelecimento de uma comunicação empática como sendo uma vantagem da consulta de enfermagem presencial.</p>	<p><i>“ (...) ter uma noção melhor, a empatia que se cria para perceber as dificuldades que teve são diferentes. Portanto eu acho que é bom (...)” E8</i></p> <p><i>“ (...) facto de estar face a face, sempre há uma maior proximidade (...)” E10</i></p>

1.3. Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

No sentido de conhecer a perspetiva dos enfermeiros relativamente à consulta de enfermagem presencial, considerou-se pertinente identificar as desvantagens que os enfermeiros apontam na realizam da mesma em contexto pós-cirúrgico.

Assim, através da análise de conteúdo foram identificadas cinco categorias: **Deslocação do doente; Maiores encargos financeiros; Número elevado de doentes; Sobrecarga familiar; Mudanças arquitetónicas do espaço físico.**

Figura n.º 3 - Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória



Para melhor compreensão das categorias que emergiram, é pertinente mostrar as unidades de análise inerentes à temática – “*Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.*”

Quadro n.º 3 - Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

<p>Os enfermeiros realizaram doze menções à categoria deslocação do doente como desvantagem à realização da consulta de enfermagem presencial.</p>	<p><i>“(…) Terá para os doentes que são de muito longe, que não têm companhia, que não têm quem os traga. Há pessoas que vêm de 40, 50 km e para eles é bastante dispendioso. E também podem não ter ninguém que os traga, que se disponha a trazê-los (…)” E1</i></p> <p><i>“(…) em termos de deslocação do paciente (…)” E3</i></p>
<p>Seis enfermeiros referem maiores encargos financeiros, para os utentes que usufruem da consulta de enfermagem presencial pós-cirúrgica.</p>	<p><i>“(…) os recursos económicos são limitados e muitas das vezes é o que o utente nos verbaliza e às vezes até ficamos assim um bocado (…)</i> O utente muitas das vezes quando não tem acompanhamento vem com o táxi, e o táxi é dispendioso (…)E6</p> <p><i>“(…) essas vindas todas (consultas pré e pós-operatórias das diversas áreas) e tudo está associado custos quer para o utente quer para a própria instituição. Acho que seria principalmente isto, a parte económica das partes (…)” E7</i></p>
<p>A consulta de enfermagem presencial também foi referida como potenciadora do número elevado de doentes a recorrer ao serviço, sendo referida por um enfermeiro.</p>	<p><i>(…) as desvantagens (…)</i> o próprio volume de doentes (…)E4</p>
<p>Três enfermeiros consideram que consulta de enfermagem presencial favorece a sobrecarga familiar.</p>	<p><i>“(…) vai requerer da parte dos familiares uma maior disponibilidade para que possam deslocar-se com o doente, uma vez que ele está, muitas vezes, um pouco debilitado, tem alguma dificuldade, alguns são pessoas de idade e tem dificuldade na deslocação, isso vai obrigar a que depois um familiar se estiver empregado tenha que faltar ao trabalho, tenha muitas vezes deixar de dar apoio ou a filhos, ou a crianças que ficam</i></p>

	<p><i>um pouco “abandonadas”... e vai causar alguns transtornos familiares (...).” E10</i></p> <p><i>“(...) precisam de alguém que venha com eles, portanto já são duas pessoas que já faltaram no dia anterior para os trazer cá, que também têm que vir acompanhados, seria mais um dia que familiares teriam que faltar (...).” E12</i></p>
<p>As mudanças arquitetônicas do espaço físico foram mencionadas por dois enfermeiros.</p>	<p><i>“(...) O espaço físico porque nós temos um espaço físico um bocado limitado e o número de pessoas para poderem fazer esse tipo de consulta (...).” E11</i></p> <p><i>“(...) não sei se teríamos muitas condições para isso porque nós aqui temos limitações no espaço, não temos gabinetes. Não teríamos talvez muitas condições (...).” E12</i></p>

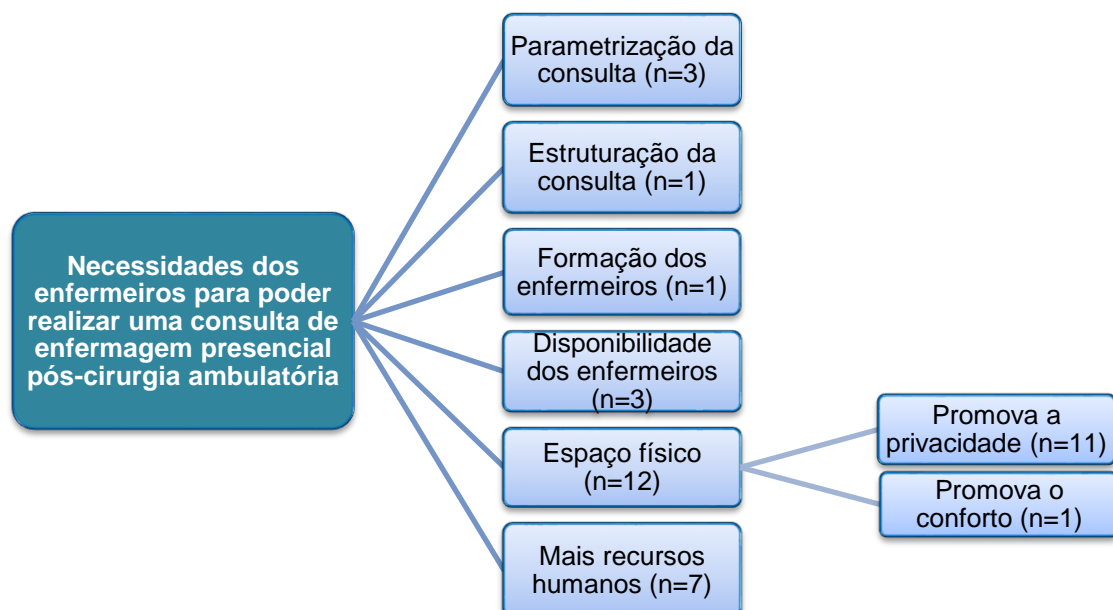
1.4. Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

Necessidade é entendida como algo que falta, algo que se deseja satisfazer e é inerente à condição humana. A pessoa procura constantemente satisfazer o que lhe falta, as suas necessidades, num determinado momento ou circunstância, dependendo do contexto em que se encontra (Rosa e Basto, 2009). Indo ao encontro do contexto em que se insere e do que deseja para si, cada pessoa atribuí um significado diferente ao conceito de necessidades (Cerqueira, 2010). Assim, é fundamental que o enfermeiro reconheça e identifique as suas necessidades para o desenvolvimento das suas atividades no sentido de as colmatar. Para a realização de qualquer atividade em enfermagem, os seus profissionais necessitam ter ao dispor determinados recursos para atingirem os objetivos pretendidos.

Consideramos pertinente neste estudo, conhecer as necessidades que os enfermeiros enunciam para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.

Nesse sentido, pelas entrevistas realizadas, após efetuada análise de conteúdo da área temática: “Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória”, emergiram seis categorias: **Parametrização da consulta; Estruturação da consulta; Formação dos enfermeiros; Disponibilidade dos enfermeiros; Espaço físico; Mais recursos humanos.**

Figura n.º 4 – Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória



Para melhor compreensão das categorias que emergiram, considera-se pertinente apresentar as unidades de análise inerentes à temática “Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória”.

Quadro n.º 4 - Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

<p>Como necessidades para a realização de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória, três enfermeiros referiram a necessidade da parametrização da consulta.</p>	<p>“(…) É necessário parametrizar a consulta em termos informáticos (…)” E1</p> <p>“(…) tem de estar parametrizado para se registar, para se fazer os registos convenientemente para depois podermos estudar. Para fazer uma avaliação convém estar tudo registado (…)” E9</p>
<p>Um enfermeiro refere a necessidade da estruturação da consulta para a realização da consulta de enfermagem presencial.</p>	<p>“(…) primeiro... tinha que ser... criada esta consulta (…)” E2</p>
<p>A necessidade de formação dos enfermeiros foi referida por um enfermeiro.</p>	<p>“(…) Tinha que ter pessoal que tenha... preparado... o pessoal de enfermagem estar preparado (…)” E2</p>
<p>A disponibilidade dos enfermeiros foi mencionada por três enfermeiros como uma necessidade.</p>	<p>“(…) disponibilidade profissional porque os enfermeiros daquilo que eu vejo têm vontade e disponibilidade para agarrar novas... novas tarefas, novos trabalhos, evoluir ... evoluir na prestação dos cuidados e na melhoria dos mesmos (…)” E3</p> <p>“(…) a total disponibilidade, quer a disponibilidade temporal, quer em termos intelectuais porque está a pensar numa coisa e a fazer outra ou a pensar em três coisas e lá fora estão a chamar e é preciso dar resposta e a pessoa, está muito, muito dispersa daquilo que está a fazer (…)” E10</p>

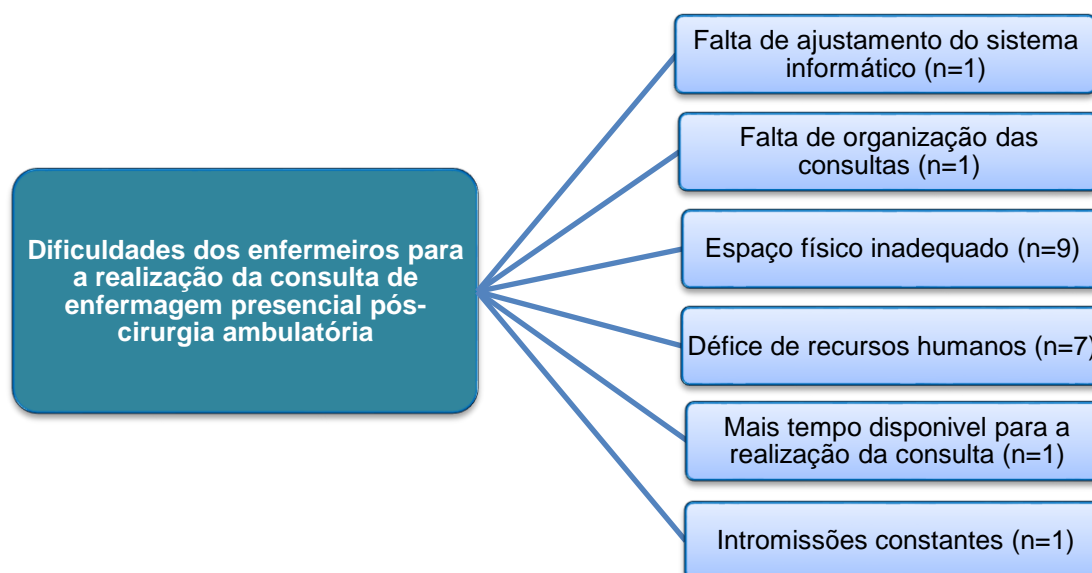
<p>Espaço físico foi referido como uma necessidade para a realização de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria, tendo sido subdividida em duas subcategorias: <u>promova a privacidade</u> (referida por onze enfermeiros), <u>promova o conforto</u> (referida por um enfermeiro).</p>	<p><u>Promova a privacidade</u></p> <p><i>“(...) depois, teríamos de ter um espaço próprio onde possa haver privacidade, onde a pessoa possa estar à vontade para por as questões (...)”</i></p> <p>E2</p> <p><i>“(...) É um gabinete que estamos às vezes na consulta e somos interrompidos pela auxiliar, somos interrompidos por outros doentes, é um problema que existe a nível do agendamento, vem a administrativa interromper-nos a consulta. Portanto, devia ser um espaço mais reservado, mais exclusivo para a consulta (...)”</i> E10</p> <p><u>Promova o conforto</u></p> <p><i>“(...) Da minha experiência do dia a dia... uma das maiores necessidades que nós sentimos é a falta de espaço exclusivo para a consulta. Em termos físicos a sala de espera é terrível, os doentes queixam-se frequentemente da falta de condições, quer ambientais, de conforto de temperatura, de humidade da sala, quer o espaço que é um espaço desconfortável, os doentes queixam-se muito do conforto das cadeiras, da ergonomia do mobiliário(...)”</i> E10</p>
<p>Sete enfermeiros mencionaram mais recursos humanos como uma necessidade.</p>	<p><i>“(...) questões de recursos humanos (...)”</i> E3</p> <p><i>“(...) Necessidades de mais pessoal de enfermagem para essa realização (...)”</i> E7</p>

1.5. Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

Na sua intervenção diária, os enfermeiros encontram dificuldades para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.

Neste sentido, na análise de conteúdo realizada, na área temática em estudo, foram identificadas seis categorias: **Falta de ajustamento do sistema informático; Falta de organização das consultas; Espaço físico inadequado; Défice de recursos humanos; Mais tempo disponível para a realização da consulta; Intromissões constantes.**

Figura n.º 5 - Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória



Para melhor compreensão das categorias focadas, expomos as unidades de análise inerentes à temática "Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória".

Quadro n.º 5 - Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria

<p>Um enfermeiro enuncia a falta de ajustamento do sistema informático como uma dificuldade para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.</p>	<p><i>“(...) em termos informáticos, não está ajustado (...)” E1</i></p>
<p>Um enfermeiro refere a falta de organização das consultas como uma dificuldade.</p>	<p><i>“(...) podia-se era tentar criar com horário... desfasado das outras consultas. Às vezes é mais à tarde, ou assim, porque às vezes os médicos, não temos tantas consultas, mas também depende dos dias e depende das horas. Ter uma altura própria, portanto um momento próprio para isso, com computadores... aí já implicaria também ter um computador para isso, porque às vezes... matérias, computador (...) era mais esta organização (...)” E2</i></p>
<p>Espaço físico inadequado foi mencionado por nove enfermeiros como sendo uma dificuldade.</p>	<p><i>“(...) no meu serviço, resumir-se-ia a uma questão de espaço físico. É de todo impossível com o espaço físico que temos abranger um leque maior de atividades. O bloco ambulatorio, neste momento, já está subdimensionado para a atividade que está a ter, sem dúvida nenhuma (...)” E3</i></p> <p><i>“(...) A maior dificuldade que há neste serviço tem a ver com o espaço físico por causa das dinâmicas que existem (...)” E8</i></p>
<p>Défice de recursos humanos foi verbalizada por sete enfermeiros como dificuldade para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirúrgica.</p>	<p><i>“(...) Em termos de pessoal acho que sim, provavelmente, é uma dificuldade que acho que pode ser ultrapassada (...)” E7</i></p> <p><i>“(...) em termos de recursos humanos também, não sei até que ponto teremos recursos humanos suficientes para conseguir destacar mais um elemento (...)” E9</i></p>

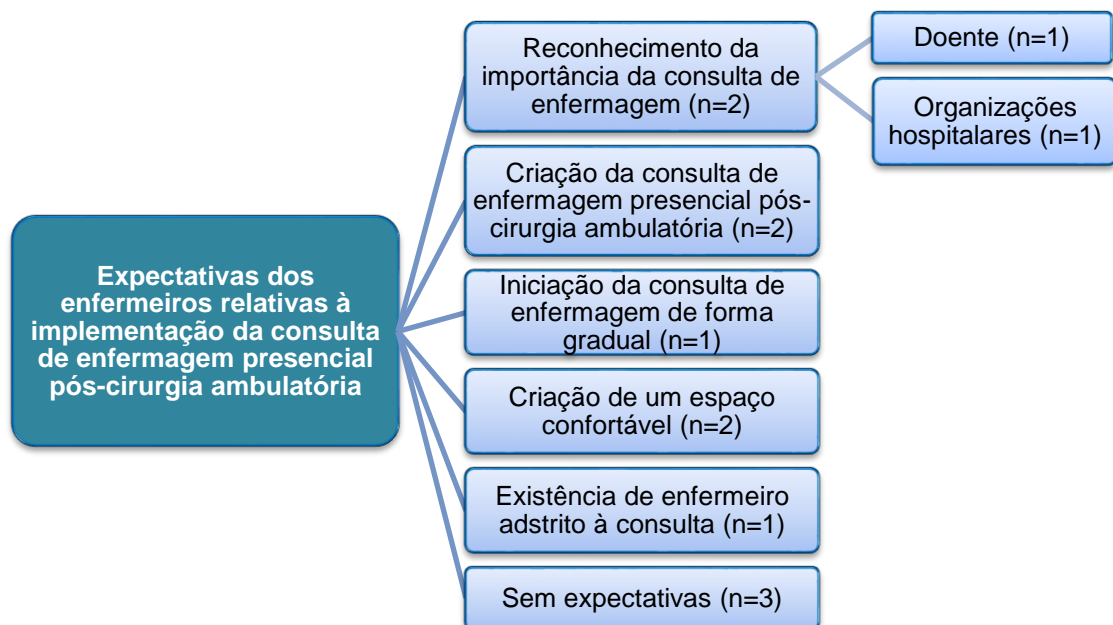
<p>Mais tempo disponível para a realização da consulta foi uma das categorias identificadas, por um enfermeiro, como dificuldade relacionada com a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirúrgica.</p>	<p><i>“(...) também ser considerado uma dificuldade é o tempo que é dado para nós fazermos essa consulta porque na minha opinião nós temos uma consulta e imagina que temos 20 doentes para serem vistos em 6 horas, isso é impensável. Ou estamos ali para ser realmente a voz amiga do doente, de o orientar, de o ouvir, de poder dar tempo para o utente se manifestar, para ele fazer uma avaliação de todo o seu percurso durante uma intervenção cirúrgica, como é que ele esteve no domicílio e dar tempo e o tempo muitas vezes não é em 15 minutos que nós conseguimos fazer essa avaliação (...)” E6</i></p>
<p>Intromissões constantes foi verbalizada por um enfermeiro, como dificuldade para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirúrgica.</p>	<p><i>“(...) As interrupções constantes da consulta (...)” E10</i></p>

1.6. Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

Para a implementação de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória, os enfermeiros vêem-se acometidos de expectativas, de acordo com as suas vivências.

Deste modo, na análise de conteúdo das entrevistas, na área temática “Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória” foram identificadas seis categorias: **Reconhecimento da importância da consulta de enfermagem; Criação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória; Iniciar a consulta de enfermagem de forma gradual; Criação de um espaço confortável; Existência de enfermeiro adstrito à consulta; Sem expectativas.**

Figura n.º 6 - Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória



Para entender as categorias e subcategorias que surgiram, apresentamos as unidades de análise inerentes à temática “Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória”.

Quadro n.º 6 - Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

<p>Dois enfermeiros enunciaram o reconhecimento da importância da consulta de enfermagem como sendo uma expectativa relativa à implementação da mesma, tendo sido subdividida em duas subcategorias: <u>doente</u> (verbalizada por um enfermeiro), <u>organizações hospitalares</u> (verbalizada por um enfermeiro).</p>	<p><u>Doente</u></p> <p><i>“(...) os doentes aderirem, se não for muito transtorno para eles, para nós verificarmos a sua... aquilo que a gente lhes diz e se eles compreendem será melhor... e em termos informáticos acho que é uma coisa viável, já há outras condições que se podem criar e fazer (...)”</i></p> <p>E1</p> <p><u>Organizações hospitalares</u></p> <p><i>“(...) tem que haver uma reorganização de um serviço para se poder implementar porque temos que ter espaço, porque temos de ter o tempo e temos que ter recursos humanos. Nós se não tivermos um espaço para conseguirmos fazer uma consulta com privacidade, num espaço onde haja oportunidade de o utente se manifestar sem termos a pressão de que temos que fazer as coisas sempre uma forma rápida, os recursos humanos é importante porque eu não posso estar destacada numa consulta e estar já destacada para outro posto de trabalho, é preciso que as organizações acreditem na importância da consulta (...)”</i> E6</p>
<p>Criação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória foi uma categoria verbalizada por dois enfermeiros.</p>	<p><i>“(...) eu acho que será viável, que será importante, quer para... para todos, quer para nós como enfermeiros porque... é uma atividade mesmo nossa... e quer para o doente como para a família, também. E mesmo para o serviço..., para os serviços. Portanto, eu acho que seria viável, acho que seria uma mais valia... para ... para todos (...)”</i> E2</p> <p><i>“(...) implementada uma consulta desse tipo, pós-operatória, conseguiríamos chegar mais</i></p>

	<p><i>facilmente aos problemas que os doentes têm, embora (... pensar) eu ache que seja um bocado difícil porque não estou a ver o serviço a ser reestruturado (...)" E11</i></p>
<p>Um enfermeiro enunciou a iniciação da consulta de enfermagem de forma gradual.</p>	<p><i>"(...) O volume de doentes é muito alto e ... penso que de momento não conseguíamos dar resposta a todas as solicitações. Ou tínhamos que começar por alguma especialidade que a gente achasse que realmente... ganhava mais porque por vezes são operados 40 doentes num dia, 50 ... e há cirurgias que a gente faz que os doentes vêm aqui também mês a mês, que precisam no caso das injeções intra-vitrosos, e também não sei se haverá necessidade de controlo de virem cá ... constantemente (...)" E4</i></p>
<p>Dois enfermeiros referiram a criação de um espaço confortável.</p>	<p><i>"(...) espaço, eu acho que... e havendo boa vontade e as pessoas querendo eu acho que se consegue ir para a frente. Agora depende muito do espaço. Acho que é importante todos nós sabermos e querermos saber como é que o doente passa, como é que o doente está, como é que a ferida evoluiu, como é que ele se comportou, quais as dificuldades que teve, verificar o após (...)" E8</i></p> <p><i>"(...) haver um espaço exclusivo para a consulta, estruturar o serviço em termos físicos... o espaço da sala não é o ideal mas até é adequado ao que se destina... penso que seria mesmo haver condições em termos de espaço (...)" E10</i></p>
<p>Existência de enfermeiro adstrito à consulta foi referida como uma expectativa para a implementação de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria, tendo sido verbalizada por um enfermeiro.</p>	<p><i>(...) acho que é o tempo que está padronizado 20 minutos e tem que fazer aquilo em muito menos tempo porque tem que admitir doentes... a sugestão era que houvesse só mesmo ... um enfermeiro só está adstrito à consulta, não ter que ter mais nenhuma preocupação... acho que isso já lhe dava muito que fazer e seria o ideal</i></p>

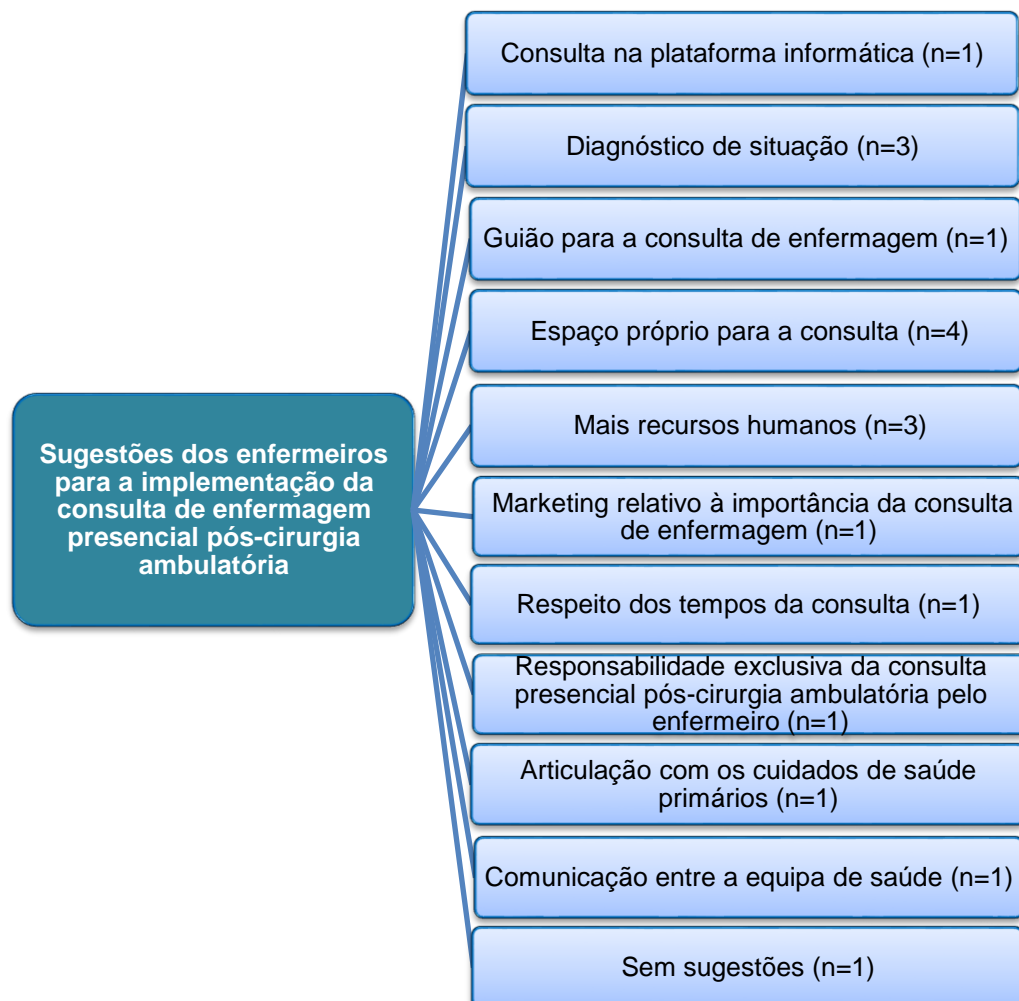
	<p>(...) <i>haver condições necessárias para que as coisas fossem feitas com o mínimo de segurança... de conforto para o doente, qualidade e acima de tudo que o doente achasse ... não “despachar”, não entrar e estar a ser despachado mas ser acolhido e ater tempo para expor porque um dos medos dos doentes é que... uma pessoa está preocupada em passar a informação mínima necessária e não a passar a informação que o doente precisa, muitas vezes não damos ao doente para expor as suas necessidades porque uma consulta de enfermagem também tem o aspeto de... haver um tratamento “não terapêutico”, um aconselhamento não terapêutico em relação, de modo a minimizar a ansiedade, a esclarecer os receios que existam, a dar espaço para que as dúvidas sejam expostas (...)</i> E10</p>
<p>Três enfermeiros referiram-se sem expectativas perante a implementação de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria</p>	<p>“(...) não é fácil por causa de não termos recursos humanos... espaço físico não temos... e a própria parametrização, programa informático. Nunca será uma coisa para curto prazo (...)” E9</p> <p>“(...) <i>Nenhumas. É um assunto muito vago, muito frágil, muito, muito tudo.... Muito delicado (...)</i>” E13</p>

1.7. Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria

Para enriquecimento do estudo e no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados, pretendeu-se identificar que sugestões enunciam os profissionais de saúde para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.

Assim sendo, após análise de conteúdo realizada relativa à área temática em estudo emergiram onze categorias: **Consulta na plataforma informática; Diagnóstico de situação; Guião para a consulta de enfermagem; Espaço próprio para a consulta; Mais recursos humanos; Marketing relativo à importância da consulta de enfermagem; Respeito dos tempos da consulta; Responsabilidade exclusiva da consulta presencial pós-cirurgia ambulatoria pelo enfermeiro; Articulação com os cuidados de saúde primários; Comunicação entre a equipa de saúde; Sem sugestões.**

Figura n.º 7 – Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria



Para compreender as categorias que surgiram, apresentamos as unidades de análise inerentes à temática “*Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria*”.

Quadro n.º 7 - Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria

<p>Consulta na plataforma informática foi uma categoria que surgiu na área temática em estudo, tendo sido referida por um enfermeiro.</p>	<p><i>(...) criar a consulta em termos informáticos, parametrizar, e coordenar essas consultas para terem um tempo próprio porque às vezes não existem, são tipo consultas soltas. Uma organização logística e informática (...)</i> E1</p>
<p>Realizar um diagnóstico de situação, foi a sugestão deixada por três enfermeiros.</p>	<p><i>“(...) fazer um levantamento dos doentes, das situações que a gente encontra no follow-up do dia seguinte, perceber quem são os grupos a quem a gente pelo menos poderia começar a aplicar a consulta presencial (...)</i>” E4</p> <p><i>“(...) Uma seleção de doentes já eliminava grande parte deles e... era o espaço, era os recursos humanos, selecionar se calhar doentes para conseguir ser viável(...)</i>” E12</p>
<p>Um guião para a consulta de enfermagem foi enunciado por um enfermeiro.</p>	<p><i>“(...) elaborar um guião de consulta pós-operatória que é para a atividade ser o mais standardizado possível para não haver aqui grandes discrepâncias na atuação dos profissionais e trabalhar na questão (...)</i>” E3</p>
<p>Espaço próprio para a consulta foi uma categoria referida por quatro enfermeiros, como sugestões para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.</p>	<p><i>“(...) precisamos de muito mais espaço. O espaço que temos nem para a consulta pré-operatória é suficiente, não é... (...)</i>” E4</p> <p><i>“(...) Criar espaço físico mas já temos andado “as voltas”... se não fosse realmente aqui neste local, arranjava-se no hospital, não era obrigatório ser no próprio serviço, pode ser fora do serviço como outras consultas quaisquer.</i></p>

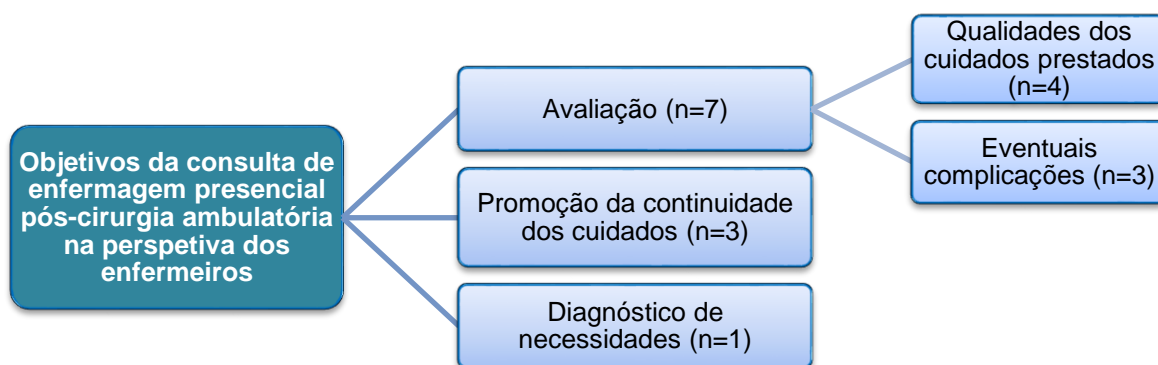
	<i>Desde que haja um gabinete acho que não é obrigatório ser no próprio serviço (...)" E8</i>
Mais recursos humanos foi apontado por três enfermeiros.	<i>"(...) contratar mais enfermeiros (...)" E9</i> <i>"(...) colocarem mais enfermeiros a trabalharem no serviço para se poder implementar este tipo de consulta (...)" E11</i>
Marketing relativo à importância da consulta de enfermagem foi uma categoria verbalizada por um enfermeiro.	<i>"(...) mostrar a valorização desta consulta, porque se nós superiormente não conseguimos mostrar a importância desta consulta ela não vai ser valorizada, valorizada no sentido em "porque é que se faz esta consulta? Qual é o objetivo desta consulta?" porque se disserem que por cada consulta se nós só olharmos a dados estatísticos, isso para mim não faz sentido. Eu acho que primeiro temos que mostrar a importância e o valor que esta consulta tem, inclusive para um utente (...)" E6</i>
Respeito dos tempos da consulta foi referida por um enfermeiro.	<i>"(...) respeitar os tempos no mínimo (...)" E6</i>
Responsabilidade exclusiva da consulta presencial pós-cirurgia ambulatória pelo enfermeiro foi outra das sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória. Foi enunciada por um enfermeiro.	<i>"(...) acho que nós poderíamos fazer uma triagem no pós-operatório, os doentes a serem encaminhados para o enfermeiro e só se o enfermeiro identificasse alguma complicação, e uma vez que trabalhamos sempre muito em proximidade com eles, com os médicos, selecionar os utentes que seriam posteriormente então.... Se haveria a necessidade de serem vistos pelos médicos, exatamente. Nós faríamos a 100% essa consulta pós-operatório e nós triaríamos os utentes que acharíamos que deveriam ser encaminhados, com base em protocolos provavelmente, seriam encaminhados</i>

	<i>então para ser novamente vistos pelo médico da especialidade (...)" E7</i>
Articulação com os cuidados de saúde primários foi uma categoria identificada por um enfermeiro.	<i>(...) haver mais interligação, poderem ser as enfermeiras do centro de saúde a fazer essa consulta (...) E12</i>
Um enfermeiro refere comunicação entre a equipa de saúde como estratégia para a implementação de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.	<i>(...) será uma sugestão, provavelmente, reunir os enfermeiros e perceber... Sim, com o pessoal que trabalha no local para perceberem a necessidade que nós temos em muitos aspetos (...) E13</i>
Um enfermeiro enuncia a categoria sem sugestões na área temática em estudo.	<i>(...) não tenho sugestões (...) E5</i>

1.8. Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória na perspectiva dos enfermeiros

Da análise de conteúdo efetuada aos dados obtidos, emergiu a área temática **objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória**. Foram identificadas três categorias, entre elas: **Avaliação**; **Promoção da continuidade dos cuidados**; **Diagnóstico de necessidades**.

Figura n.º 8 - Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória na perspectiva dos enfermeiros



Para perceber as categorias e subcategorias que emergiram, expomos as unidades de análise inerentes à temática “*Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória na perspectiva dos enfermeiros*”.

Quadro n.º 8 - Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória na perspectiva dos enfermeiros

<p>Como objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória, emergiu a categoria avaliação, sendo subdividida em duas subcategorias: <u>qualidade dos cuidados prestados</u> (referida por quatro enfermeiros) e <u>eventuais complicações</u> (referida por três enfermeiros).</p>	<p><u>qualidade dos cuidados prestados</u></p> <p><i>“(…) muito sentido fazer uma avaliação dos cuidados que nós prestamos. E tudo isto com a melhoria da qualidade de vida da pessoa, da pessoa e da família, também da comunidade porque se tivermos melhor saúde dos nossos... das pessoas com que ... que vivem à nossa volta, poderemos... teremos também uma</i></p>
--	--

	<p><i>sociedade melhor, portanto que estará menos doente, mais saudável (...)" E2</i></p> <p><i>"(...) avaliar se aquilo que nós planeamos foi adequado ou não para o utente e corrigir para a próxima (...) poder corrigir para melhorar porque o que nós pretendemos com isto é que o utente fique satisfeito e que tenham qualidade de vida (...)" E6</i></p> <p><u><i>eventuais complicações</i></u></p> <p><i>"(...) também vemos quais são os pontos essenciais que temos que reforçar e ver também em termos práticos o resultado do trabalho, porque nós muitas vezes perdemos um bocadinho a noção de que se houve uma deiscência, se houve uma infeção (...)" E3</i></p> <p><i>"(...) avaliação do doente (...)" E10</i></p>
<p>Três enfermeiros referem a promoção da continuidade dos cuidados como objetivos da consulta.</p>	<p><i>"(...) visa principalmente esta parte nossa autónoma, neste acompanhamento e neste seguimento do doente com os cuidados próprios que nós para os quais estamos preparados (...)" E2</i></p> <p><i>"(...) alguns doentes porque... ou não perceberam bem porque, às vezes há doentes que falam...e esquecem, ou que os ensinamentos que a gente fez, ou mesmo em relação à medicação que é aquela dificuldade que eles referem mais (...)" E4</i></p>
<p>Diagnóstico de necessidades foi referido por um enfermeiro.</p>	<p><i>"(...) levantamento de necessidade diagnóstico para o utente, para o podermos orientar, e muitas vezes estas consultas, o feedback que os utentes nos dão é que nós podemos conseguir (...)" E6</i></p>

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados do estudo de investigação, cabe ao investigador relacionar esses dados com outros que resultem de investigações efetuadas na área que se está a estudar, procedendo à discussão de resultados. Para Fortin (2009) o investigador baseia-se em estudos anteriores para discutir os resultados do seu trabalho de investigação tendo presente o objetivo do estudo. Ao confrontar os diversos estudos, o investigador sustenta as suas questões ou terá novas oportunidades de investigação, na medida em que resultados contraditórios podem dar origem a novas ideias.

Deste modo, tendo em conta o enquadramento teórico e os objetivos definidos para o presente estudo, pretendemos dar resposta à questão de investigação: **Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória?**

As inferências realizadas procuram ser uma reprodução da realidade, tentando captar a realidade individual de cada profissional de enfermagem, os aspetos específicos por eles referidos e os respetivos significados que cada um atribui ao fenómeno em estudo.

Para melhor compreensão é apresentada a discussão de acordo com a sequência das áreas temáticas identificadas, através dos dados obtidos das entrevistas.

2.1. Conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

Ao analisar as narrativas dos enfermeiros, verificamos várias conceções relativas à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória nomeadamente: *Avaliação multidimensional do doente; Validação de conhecimentos; Diagnóstico de necessidades do doente; Autonomia no estabelecimento do plano de cuidados; Esclarecimento de dúvidas.*

Parece poder afirmar-se que não é possível apresentar uma definição rigorosa de consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória com carácter presencial. Efetivamente, cada enfermeiro tem um conceito próprio de acordo com as suas experiências de vida, mas se aglutinarmos o conjunto de respostas dadas, podemos inferir que os enfermeiros têm uma concetualização de consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória, conforme o preconizado pela DGS (2001). Esta define a consulta de enfermagem como uma

intervenção que pretende uma avaliação, o estabelecimento de planos de enfermagem, levando a pessoa a atingir a sua máxima capacidade de autocuidado.

Analisando as perspetivas dos enfermeiros e a bibliografia existente na área parece poder afirmar-se que é consensual que a consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória é um elemento essencial da prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia ambulatória e que a mesma permite avaliar, informar, identificar, responder às expectativas e necessidades, de modo a usufruírem de uma maior qualidade de vida e bem-estar.

Está cada vez mais patente, a necessidade urgente de fornecer respostas atempadas e concertadas, exigindo aos enfermeiros um papel cada vez mais ativo na componente educativa subjacente à consulta de enfermagem pré-operatória, na preparação do regresso a casa e na vigilância pós-cirurgia ambulatória (Mitchell, 2016).

A consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória é, efetivamente, uma forma de garantir informações adequadas às necessidades presentes e que permitem a continuidade de cuidados, assegurando a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem, contribuindo para o bem-estar da pessoa. Salienta Meleis (2012), que o enfermeiro deve procurar maximizar os pontos fortes da pessoa, reais e potenciais, contribuindo para a recuperação de níveis ótimos de saúde, função, conforto e autorrealização.

Na perspetiva de grande parte dos enfermeiros que participaram no estudo, com a realização da consulta de enfermagem pretende-se atender à complexidade dos problemas e necessidades das pessoas submetidas a cirurgia ambulatória. Assim, consideram que a consulta de enfermagem presencial promove a **avaliação multidimensional do doente**. Enfatizam que, a consulta de enfermagem é um processo interativo, individualizado e multidimensional, que lhes exige não só, competências técnicas, como do domínio humano e científico. Estas competências encontram-se definidas nas competências do enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica e desenvolvem-se em vários domínios que se complementam entre si, nomeadamente na consulta peri-operatória (Regulamento n.º 429/2018), exigindo ao enfermeiro conhecimentos e habilidades para o desempenho das suas funções.

Cada pessoa é um ser único dotado de várias características. Não pode ser considerada apenas um ser biológico, mas antes, o resultado da influência de diversos fatores, interligando características biológicas, psicológicas, culturais, sociais e espirituais (Andrade, 2012; Santos, 2019). Também a OE (2017), ao especificar os Padrões de

Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, define a pessoa como um ser social com comportamentos baseados em valores e crenças e em desejos de natureza individual, tornando-a num ser único, com dignidade própria e direito à autodeterminação. A conjugação entre estas diferentes dimensões, que nunca se repete de igual forma em cada ser humano, torna cada Pessoa um ser único, requerendo esta um cuidado individualizado, humanizado e holístico (Berwanger, 2019; Santos, 2019). Assim, “(...) cuidar do homem exige de todos os profissionais de saúde atender à multidimensionalidade humana, pois só assim, serão cuidados individualizados e holísticos” (Santos, 2019, p.20). Cada pessoa reveste-se de sentimentos, emoções e relações interpessoais intrínsecas a um corpo e espírito, o que a torna única. É muito mais do que a soma das dimensões que a compõem, exigindo cuidados individualizados e holísticos.

A avaliação multidimensional da pessoa compreende efetivamente, uma abordagem holística envolvendo as diferentes dimensões que revestem cada pessoa, apresentando benefícios na sua condição de saúde e, conseqüentemente, na restauração e manutenção das suas funcionalidades e qualidade de vida.

Lima [et al.] (2010), enfatizam que a consulta de enfermagem possibilita a avaliação sistemática da pessoa doente, pois permite a abordagem dos seus reais problemas, permitindo o planeamento e realização de intervenções de enfermagem, priorizando medidas que promovam mudanças de comportamento, hábitos e estilo de vida.

Também Moraes (2018), refere que a avaliação multidimensional da pessoa doente permite diagnosticar as necessidades da mesma, partindo do reconhecimento das suas capacidades físicas, mentais e sociais, das suas condições de saúde, sendo possível propor intervenções adequadas a cada pessoa.

De facto, pudemos constatar no nosso estudo, que a avaliação multidimensional da pessoa doente em consulta pós-cirurgia ambulatória permitirá à pessoa que foi submetida a uma intervenção cirúrgica, uma comunicação mais efetiva, obtendo respostas de acordo com o seu tempo e ritmo. Santos [et al.], (2016), realçam que saber escutar de forma ativa permite diagnosticar através das informações, as necessidades de cada um e solucionar os problemas de forma qualificada, promovendo a segurança do cuidado, e conseqüentemente, favorecendo a satisfação da pessoa doente.

Foi referido também, por alguns enfermeiros, que a consulta de enfermagem presencial favorece a **validação de conhecimentos** da pessoa.

No intuito de dirigir a atenção para a pessoa que foi submetida a uma cirurgia ambulatória, é fundamental que o enfermeiro estabeleça uma parceria de cuidados, focando a pessoa doente e a família como parte integrante da equipa no processo de doença. Torna-se necessário, empoderar a pessoa no seu processo de doença de forma a minimizar as emoções/sentimentos presentes, nomeadamente, medos, angústias, ansiedade e insegurança.

Embora a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica receba nos vários momentos (consulta pré-operatória, consulta de preparação do regresso a casa, entre outros) informações de âmbito clínico, nem sempre apresenta disponibilidade interior para receber e participar no processo de recuperação, devido a um conjunto de situações, nomeadamente, emocionais (medo, ansiedade e incertezas quanto aos seus recursos pessoais), baixa literacia, entre outros. Um estudo português acerca de literacia em saúde, refere que 61% dos auscultados apresentavam um nível problemático ou inadequado de literacia geral em saúde (Pedro, Amaral e Escoval, 2016).

Neste sentido, a consulta de enfermagem presencial permite uma intervenção de enfermagem educativa (Bento e Brofman, 2009), sendo uma “estratégia eficaz para a deteção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais são dirigidas ao bem-estar das pessoas envolvidas” (Lima [et al.], 2010, p.36), ajudando a pessoa a superar as dúvidas e incertezas. Ao detetar os desvios de saúde que possam acontecer com a pessoa submetida a cirurgia, o enfermeiro consegue perceber os conhecimentos que realmente foram apreendidos, reforçando os ensinamentos necessários ou adequando estratégias para que ocorra o conhecimento desejado. Oliveira [et al.] (2012) no estudo sobre “*Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura*”, referem que a consulta de enfermagem é um espaço útil para acolhimento e aquisição de conhecimentos, permitindo “ao paciente desenvolver habilidades próprias” (Oliveira [et al.], 2012, p. 160) que lhe permitirão seguir os ensinamentos efetuados pelo enfermeiro atingindo os objetivos propostos para manter ou melhorar a sua condição de vida. Com uma consciencialização mais efetiva da situação vivida pela pessoa, há um maior envolvimento no seu processo de saúde/doença (Santos, 2019), sendo importante que estejam devidamente informadas relativamente às hipóteses e soluções a atender, de forma a assegurar a sua autonomia e tomada de decisão.

Lourenço (2015), refere também que o investimento na educação para a saúde será uma boa estratégia para que aconteçam melhores níveis de saúde e por conseguinte contribuir para o desenvolvimento da sociedade.

Salienta-se ainda, que quatro enfermeiros apontam que a consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória promove o **diagnóstico de necessidades do doente**. Conforme temos vindo a discutir, a consulta de enfermagem é definida como sendo “uma intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (MS - Portaria n.º 306-A/2011) Neste sentido, diagnosticar necessidades, favorece a tomada de decisão e, conseqüentemente, oferece condições seguras e de qualidade. Santos [et al.], (2016), refere que o enfermeiro é aquele que mais próximo está da pessoa doente e, como tal, está numa posição privilegiada para realizar o diagnóstico de necessidades.

Também Berwanger (2019), defende que o enfermeiro na consulta de enfermagem tem a oportunidade de desenvolver o pensamento clínico, identificar os diagnósticos de enfermagem presentes e implementar os cuidados ajustados e perfilhados por todos os envolvidos na ação.

Para a realização do diagnóstico de necessidades é crucial estabelecer uma relação com a pessoa no momento da avaliação, favorecendo uma comunicação efetiva e um planeamento de uma assistência eficaz e de qualidade, permitindo à pessoa expressar-se e apresentar as suas necessidades (Fonseca, 2015). Identificar as necessidades e **as dificuldades do doente** ajudará certamente a delinear um plano de intervenção mais ajustado e facilitador da integração da pessoa no meio familiar e comunitário.

Realça-se que o enfermeiro, aquando da realização da consulta, deve ter em conta de que cada pessoa vivencia a sua situação de doença de forma única e, como tal, deve respeitá-la como um ser único e diferente de todos os outros. Contudo, nem sempre é fácil, pois para perceber o mundo do outro, o enfermeiro tem de inicialmente perceber o seu “existir no mundo”, para posteriormente conseguir estabelecer uma relação terapêutica adequada (Freitas, 2013).

Identificar as dificuldades, exige uma relação assente na confiança mútua, desenvolvendo-se uma relação terapêutica construída e baseada no respeito pela individualidade da pessoa e na vontade de estabelecer uma ligação que permita identificar os problemas, as necessidades/dificuldades de saúde, para que conjuntamente se encontrem estratégias que ajudem a ultrapassá-las.

Atender aos **recursos domiciliários**, é defendido pelos enfermeiros do nosso estudo como um aspeto a ter em conta aquando do diagnóstico de necessidades, na medida em que o

suporte familiar e mesmo o suporte comunitário são fundamentais para o minimizar de complicações.

Como referem Santos, Martins e Oliveira (2014), uma cirurgia é um acontecimento que provoca *stress* e alterações no seio familiar, nomeadamente, a nível de alterações de papéis e sua representação, podendo condicionar comportamentos. Lima [et al.] (2010), referem que a pessoa que sai da instituição hospitalar, onde recebe assistência de profissionais de saúde, volta ao domicílio, local onde “algum familiar terá de desenvolver o papel de cuidados” (Lima [et al.], 2010, p.39), sendo também, um importante apoio emocional para a pessoa. “É na família e com a família que cada pessoa procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise ao longo do ciclo vital” (Cerqueira, 2010, p. 32).

Nos estudos realizados por Cavalcanti, Correia e Queluci (2009), verificou-se que a consulta de enfermagem acarreta benefícios no meio familiar e comunidade, proporcionando a orientação de medidas adequadas às necessidades de cada pessoa. A família que se envolve na consulta de enfermagem estará mais capacitada para apoiar o seu familiar no seu processo de recuperação.

Na consulta de enfermagem presencial, o enfermeiro tem oportunidade de interagir com o binómio pessoa/família, valorizando as suas competências e habilidades fortalecendo o vínculo afetivo entre as partes, detetando as suas facilidades e fragilidades, tornando o processo de cuidar num processo interativo (Machado e Zagonel, 2003). Como referem Gomes, Amendoeira e Martins (2012), é crucial que as famílias estejam capacitadas para cuidar mais e melhor dos seus familiares doentes e que se sintam capazes de realizar as mudanças necessárias nos processos de transição que a nova realidade lhes impõe, e consigam responder às exigências do familiar submetido a uma intervenção cirúrgica, assegurando o equilíbrio de todos. A mudança é sempre difícil para toda a pessoa, devendo o enfermeiro funcionar como vínculo no processo de transição saúde-doença, tendo em mente que as orientações não se limitam ou se restringem ao meio hospitalar (Machado e Zagonel, 2003), sendo necessário contemplar a continuidade em todo o processo até à completa recuperação da pessoa. O enfermeiro especialista está capacitado para apoiar nesse processo, já que possui competências para a conceção de planos de intervenção que visam o apoio à pessoa/família nos processos de transição saúde-doença decorrentes de processos cirúrgicos, reconhecendo as necessidades de intervenção especializada, envolvendo a pessoa e família em todo o processo de cuidar visando a independência, apoiando-os nesse processo de transição e adaptação tão essenciais após um procedimento cirúrgico.

Na perspectiva de Chick e Meleis (1986, p. 238), a transição é “um período entre dois estados ou fases relativamente estáveis, desencadeado por eventos críticos e mudanças nos indivíduos e/ou nos contextos”. Este processo que ocorre entre as duas fases referidas, obriga a pessoa a utilizar mecanismos para enfrentar a adaptação necessária, com vista à resolução positiva dos desequilíbrios ou conflitos gerados, atingindo um novo estado de bem-estar.

A transição é subjetiva e difere de pessoa para pessoa relacionando-se com os significados atribuídos aos eventos, influenciando as reações e respostas a esses eventos. Para que ocorra a transição a pessoa tem que ter consciência das mudanças necessárias. Se não houver essa consciencialização por parte da pessoa, significa que ainda não está consciente das mudanças necessárias ou das suas implicações ou então, ainda não se encontra em processo de transição. Paraphrasing Machado e Zagonel (2003, p.32), a “consciencialização é a palavra chave do cuidado no contexto do processo transicional”, “torna-se, por isso, necessário que (...) os enfermeiros, estejam atentos e disponíveis para manterem um nível de comunicação eficaz, um saber ouvir peculiar na arte de bem comunicar com os familiares de doentes” (Gomes, Amendoeira e Martins, 2012, p. 55), com o intuito de perceber a reação das pessoas e se estarão a vivenciar corretamente os seus processos de transição na saúde/doença. A participação da pessoa/família no cuidado efetiva-se com comunicação, com a interação entre as partes (Machado e Zagonel, 2003), potenciando a sensibilização e participação para o seu próprio cuidado.

Dois enfermeiros consideraram que a consulta de enfermagem presencial pode proporcionar **autonomia no estabelecimento do plano de cuidados**.

Quando se fala em autonomia, é importante que se perceba que a palavra autonomia deriva do grego *authos* (“auto”) e *nomos* (“regra”, “governo” ou “lei”), abrangendo o imperativo moral em que a pessoa adota uma política moral, livre e racional (Hepburn RW, 1995). De facto, o respeito pela autonomia pressupõe a livre escolha da pessoa, mas para isso, esta terá que possuir informação suficiente para tomar a decisão, assumindo um papel ativo na participação dos seus cuidados de saúde. O enfermeiro especialista assume aqui um papel fundamental capacitando a pessoa/família para a correta gestão da experiência cirúrgica, assegurando que compreendem a informação que lhes é fornecida de forma a favorecer o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão. Cabe ao enfermeiro respeitar o direito da autodeterminação da pessoa (CDE, 2001) aceitando e assumindo a sua autonomia como um valor a ser protegido e apoiado, respeitando as suas decisões livres e devidamente esclarecidas. A pessoa e a família podem não se sentir devidamente preparadas para uma tomada de decisão relativamente ao seu processo caso

se sintam mal informadas. Devem possuir a informação necessária sobre a situação/processo cirúrgico e toda essa informação deve ser bem entendida para que toda e qualquer tomada de decisão seja efetuada em consciência. Como referem Machado e Zagonel (2003), a consciencialização da necessidade de mudança é fundamental para atingir a estabilidade. Neste sentido, os enfermeiros devem orientar-se pelo cumprimento de várias diretivas que regem a profissão, para assumir tomadas de decisão em consciência e partilhadas com a pessoa e família. Como referido por Santos (2019), é necessário que a pessoa/família esteja envolvida no processo de tomada de decisão e que esta seja partilhada entre as partes.

A autonomia que o enfermeiro especialista alcança nesta área permite-lhe ainda, a promoção de cuidados à pessoa e o respetivo desenvolvimento de intervenções ajustadas, alcançando um ambiente seguro para todos os intervenientes no processo.

Realça-se, que ninguém decide conscientemente sobre o que não conhece e, neste sentido, “o processo de cuidar permeia a identificação e compreensão das respostas dos pacientes (...) facilitando a escolha de intervenções de enfermagem” (Cavalcanti, Correia e Queluci, 2009, p.1).

Dessa forma, é facilitado ao enfermeiro a construção de um plano de cuidados que se adequa a cada pessoa e situação em particular, incluindo estratégias de educação para a saúde, atitudes e informação adequada que promovam a devida adesão a comportamentos que favoreçam o aumento do bem-estar e qualidade de vida.

O enfermeiro especialista é autónomo na gestão do processo terapêutico da pessoa/família com atuação concreta em várias situações como gestão da dor aguda e crónica utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas, intervenção baseada em conhecimento nas feridas complexas e conceção, planeamento, intervenção adequada e avaliação dos problemas que deteta (Regulamento n.º 429/2018).

Cavalcanti, Correia e Queluci, (2009, p.2), referem que a realização de uma consulta de enfermagem presencial possibilita a organização e sistematização da consulta, permitindo “o pensamento crítico na prática de enfermagem” favorecendo a autonomia do enfermeiro.

Outra estratégia que contribui para a autonomia do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro especialista, é o aprofundamento dos seus conhecimentos científicos. Aplicando conhecimentos específicos e mais aprofundados, baseados na evidência científica, o enfermeiro especialista tem oportunidade de intervir junto de pessoas a vivenciar situações específicas como feridas complexas de índole cirúrgica ou outras

alterações, tendo oportunidade de instituir medidas terapêuticas no sentido de prevenir complicações ou eventos adversos. Têm ainda oportunidade, de mobilizar conhecimentos no domínio das novas tecnologias, gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos (Regulamento n.º 429/2018).

Ao demonstrar um leque acrescido de conhecimentos obtém a valorização da restante equipa e esse facto contribui para a sua autonomia (Crozeta, 2009). Berwanger (2019) vai ao encontro desta perspetiva, referindo que ao demonstrar conhecimentos na sua prática clínica, fundamentação teórica e uma prática assertiva, o enfermeiro obtém reconhecimento profissional pela prestação dos seus cuidados por parte da pessoa e família, o que proporciona maior autonomia profissional ao enfermeiro.

Na opinião de dois enfermeiros, a consulta de enfermagem presencial favorece o **esclarecimento de dúvidas**.

Conforme temos vindo a referir, o contacto entre o enfermeiro e a pessoa favorece a partilha de informação e o esclarecimento de dúvidas, fortalece a relação empática e conseqüentemente incrementa a sensação de segurança, confiança e tranquilidade à pessoa “que por sua vez a ajudará certamente a criar processos alternativos à sua condição inicial e mais facilmente a ultrapassar essa sua experiência” (Melo, 2013, p. 181).

O Artigo 84 do Código Deontológico aborda o “Dever de Informar” e refere que o enfermeiro “assume o dever de: (...) atender com responsabilidade e cuidado a todo o pedido de informação ou explicação” no que respeita aos cuidados de enfermagem (OE, 2005, p. 111). Da mesma forma, Souza [et al.] (2013) referem que a consulta de enfermagem foca aspetos educacionais, clarificando dúvidas que as pessoas possam apresentar.

É na consulta que o enfermeiro demonstra muitas das suas competências e tem autonomia para a realização de intervenções como a educação para a saúde, sendo uma estratégia utilizada com frequência. Mas o seu campo de atuação é muito mais abrangente e desenvolve competências como a conceção de “planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Regulamento n.º 429/2018). O enfermeiro especialista aplica o seu conhecimento mais especializado e aprofundado adequando as suas atitudes às diversas necessidades identificadas, ajustadas à compreensão da pessoa, promovendo o seu autocuidado, justificando por isso o esclarecimento de dúvidas numa abordagem e avaliação holística. Salienta Sousa (2010), que o enfermeiro durante a realização da consulta de enfermagem deve atender à sua linguagem, de forma a que a mensagem seja decodificada pelo recetor e possa deste

modo, prevenir complicações/riscos para este. Com um conhecimento mais profundo e detalhado, o enfermeiro especialista tem oportunidade de demonstrar habilidades e estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa/família desenvolvendo técnicas de comunicação que se adequem à realidade da pessoa e ao contexto.

2.2. Perspetiva dos enfermeiros acerca das vantagens da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria

Intervir de forma centrada nos objetivos e expectativas da pessoa submetida a cirurgia, exige do enfermeiro o planeamento do regresso a casa. Este planeamento é primordial para que haja adesão terapêutica por parte da pessoa e família. Assim, a consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria assume-se como um instrumento para identificar, documentar e comunicar fatores de risco e vulnerabilidades da pessoa (Malley [et al.], 2015). Evidentemente que neste contexto se colocam aos enfermeiros exigências, nomeadamente ao nível da comunicação, informação e relação de ajuda. Salienta a evidência científica que deve ser dada ênfase ao desenvolvimento de competências ao nível da comunicação, educação e informação (Hamström [et al.], 2012; Mitchell, 2016).

Também sustenta que a preparação para o regresso a casa de forma inadequada, a falta de acompanhamento dos profissionais de saúde, o défice de informação, uma inadequada articulação entre os serviços hospitalares e os cuidados de saúde primários, associados a expectativas irrealistas por parte da pessoa doente e família, contribuem para baixos níveis de satisfação e comprometem a continuidade dos cuidados (Berg, Arestedt e Kjellgren, 2013; Mitchell, 2013, 2016).

Os enfermeiros deste estudo, identificaram várias vantagens associadas à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria, tais como: *Acompanhamento do doente; Avaliação de eventuais complicações; Segurança; Expressão de sentimentos e emoções; Avaliação centrada no discurso; Validação da educação para a saúde realizada pelos enfermeiros; Reforço da educação para a saúde; Avaliação do grau de satisfação do doente; Estabelecimento de uma comunicação empática; Proximidade.*

Acompanhar o doente é, para os enfermeiros do estudo, poder ajudar a pessoa submetida a cirurgia a atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência. Um efetivo acompanhamento ajuda a pessoa a adaptar-se a uma nova realidade, ou seja, facilita a adaptação neste processo transicional. Tal como já mencionado acima, o processo transicional requer que pessoa incorpore um novo

conhecimento para alterar comportamentos e, conseqüentemente, mudar a definição do eu no contexto social da saúde/doença ou nas necessidades internas ou externas que afeta o *status* da saúde (Meleis, 2010).

Teixeira, Meireles e Carvalho (2010, p.45) referem que “as intervenções de enfermagem visam ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida, de modo a evitar ou minimizar períodos de crise” pelo que é útil que os enfermeiros integrem na sua prática elementos que ajudem a pessoa à transição positiva no seu processo saúde-doença.

Para os mesmos autores (Teixeira, Meireles e Carvalho, 2010), ao estabelecer-se uma relação com a pessoa será mais fácil ao enfermeiro acompanhá-la com eficácia e ajudá-la no seu processo de transição, nas adaptações necessárias à nova realidade pós-cirurgia.

Tendo o enfermeiro especialista competência na conceção de planos de intervenção para ajudar a pessoa/família ao processo de transição decorrente de uma cirurgia, deve valorizar o seu potencial e priorizar intervenções para a prevenção de complicações e adaptação ao processo de transição saúde/doença decorrente do processo cirúrgico (Regulamento n.º 429/2018). É essencial perceber as capacidades e dificuldades da pessoa/família e incentivá-los ao desenvolvimento de intervenções e estratégias que promovam os seus cuidados e bem-estar, estabelecendo uma parceria de cuidados. A família deve ser encarada como prestadora de cuidados e incluída na relação binómio enfermeiro/pessoa já que, muitas vezes, é o elo que se articula com o enfermeiro e assume ou substitui as funções da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica. Nesta perspetiva, Barbosa e Neto (2010), referem que o enfermeiro deve incluir a família nos seus planos de trabalho, avaliando os potenciais problemas, para que possam ser minorados ou resolvidos pelas equipas de saúde.

Alguns enfermeiros identificaram a **avaliação de eventuais complicações e a expressão de sentimentos e emoções** como vantagens decorrentes da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.

Assegurar a melhor recuperação possível, e que a pessoa regresse ao domicílio de forma segura, exige que o enfermeiro reconheça precocemente desvios em saúde. Assim, no nosso estudo podemos verificar, que avaliar eventuais complicações contribui para o sucesso no regresso a casa. Salienta Oliveira [et al.] (2012, p.156) que a consulta de enfermagem previne “situações evitáveis” visto que “viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao doente, facilitando a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas”.

A **segurança** também foi referida como vantagem da consulta de enfermagem presencial. O contacto presencial e a informação fornecida são pilares fundamentais para o devido esclarecimento de dúvidas e receios, favorecendo a relação empática “que, conseqüentemente, incutem na pessoa doente um estado de segurança” (Melo [et al.], 2013, p. 181) visto que favorecem a confiança e a tranquilidade necessárias para a procura e criação de estratégias alternativas à condição inicial, de forma a ultrapassar a sua experiência menos positiva, atingindo estados mais favoráveis.

A equipa de saúde tem a responsabilidade da melhoria da segurança da pessoa doente, mobilizando competências individuais que visem gestão de todas as atividades (Despacho n.º 1400-A/2015). No sentido de favorecer a segurança desejada, é pertinente identificar as ações preventivas que já existem e realizar a avaliação das medidas efetuadas, bem como, verificar a ocorrência de incidentes e assegurar a tomada de medidas reativas e corretivas. O enfermeiro especialista, assegurando a prestação dos seus cuidados especializados, favorece a conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção respondendo às necessidades da pessoa/família procurando a deteção precoce, estabilização manutenção e recuperação, prevenindo complicações e eventos adversos que decorram dos processos cirúrgicos, favorecendo a melhoria da segurança desejada por todos os intervenientes no processo.

A comunicação eficaz é fundamental para a segurança da pessoa doente e a sua presença física na consulta permite ao enfermeiro estabelecer uma relação empática com a pessoa e família e avaliar as várias dimensões da pessoa. Esta perceção do seu estado de saúde e o fornecimento de informação sistematizada e adequada à sua situação favorece a diminuição da ansiedade da pessoa, sentindo-se mais esclarecido e preparado a nível físico e emocional (Mendes [et al.], 2005). Estes aspetos demonstram que presencialmente, a pessoa tem oportunidade de esclarecer dúvidas, medos e anseios, receber, reforçar ou corrigir informação de forma ajustada às suas necessidades, para que reforce as suas estratégias e aumente a sua sensação de segurança ao sentir que tem a quem recorrer, caso sinta essa necessidade.

Também Oliveira [et al.] (2012, p.158), defendem que a “comunicação interpessoal” permite uma relação mais próxima e a troca de informações entre o enfermeiro e a pessoa, facilita a aquisição de conhecimentos, a diminuição do medo e ansiedade e favorece a sensação de segurança de acordo com as suas necessidades.

A pessoa que enfrenta um processo cirúrgico, mesmo em regime ambulatorio que não necessita de internamento, vivencia diferentes estados emocionais, vive uma realidade que muitas vezes provoca alterações profundas na sua vida e implicações na sua saúde e bem-

estar, vendo alterados os padrões habituais da vida individual e familiar, havendo mudanças de papéis, de relações e de comportamentos (Santos, Martins e Oliveira, 2014), necessitando de ajuda para expressar os sentimentos e emoções.

Como referido por Damásio (2000), qualquer pessoa tem emoções, procurando as boas e evitando as desagradáveis. A emoção humana pode ser desencadeada pelo mais pequeno ato, pelas coisas aparentemente mais insignificantes, mas, gera sempre sentimentos. Os sentimentos “são dirigidos para o interior e são privados”, as emoções “são dirigidas para o exterior e são públicas” (Damásio, 2000, p.56).

O estado emocional pode apresentar-se como ansiedade, *stress* ou depressão e é influenciado pelas características individuais de cada pessoa, pelo processo cirúrgico em si e experiências prévias ou complicações pós-cirurgia ambulatorias que se possam desenvolver (Santos, Martins e Oliveira, 2014). Assim, é importante que as pessoas consigam expressar os seus sentimentos e os seus estados emocionais.

Para que a expressão de sentimentos e emoções seja conseguida por parte das pessoas perante a presença do enfermeiro, é importante que se atinja uma relação empática entre as partes, já que essa relação favorece a comunicação e estimula a demonstração de pensamentos e a perceção do contexto em causa, sendo mais fácil o ajustamento a situações não satisfatórias (Formiga, 2012). Também Cabrita (2017), é da opinião que o contacto efetivo, face a face, conseguido numa consulta presencial facilita o estabelecimento de uma relação empática entre o enfermeiro, pessoa e família, sendo mais fácil avaliar as perceções do outro, bem como, as suas expectativas, ajustando a informação e realizando ensinios adequados.

“O enfermeiro ao cuidar da expressão emocional do doente, designa uma atenção especial a uma pessoa que vive uma situação particular, com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde” (Hesbeen, 2000, p.10).

Facilitar a expressão de sentimentos, emoções e pensamentos, ajuda a um plano de cuidados integrado e ajustado. Assim, “ser prestador de cuidados exige, fundamentalmente, um espírito profundo e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro, e pelas ações pensadas e criadas por uma determinada pessoa” (Hesbeen, 2001, p.17).

Sendo a consulta de enfermagem uma atividade autónoma, o enfermeiro desempenha aqui um papel importante de apoio emocional, apoio esse que se inicia na fase pré-operatória (Santos, Martins e Oliveira, 2014) mas que será uma atividade contígua ao pós-operatório.

Como nos refere Cerqueira (2010), as emoções baseiam-se num sistema de sentidos e valores e interagem entre as partes envolvidas, o enfermeiro e a pessoa, de forma recíproca. Através da proximidade entre as partes, o enfermeiro tem oportunidade de perceber a sobrecarga emocional que a pessoa e sua família sentem, nomeadamente o medo e a ansiedade, e intervir no sentido de aliviar essa sobrecarga (Santos, Martins e Oliveira, 2014), utilizando estratégias no pós-operatório que reduzam o estado emocional e que sustentem a boa prática de cuidados (Mendes [et al.], 2005). O enfermeiro especialista na área perioperatória deve desenvolver estratégias que promovam a esperança adaptada à realidade da pessoa/família, aliviando a ansiedade e o medo, capacitando-os assim, para uma gestão adequada da sua experiência cirúrgica.

O enfermeiro deve estar desperto para a componente emocional da pessoa, compreender que sentimentos estão envolvidos como a insegurança, o medo e a ansiedade e trabalhar no sentido de encaminhar a pessoa a obter os resultados mais desejáveis ajustados às necessidades a ultrapassar. Não é uma tarefa fácil, como refere Cerqueira (2010, p. 169) “lidar com a complexidade das emoções e sentimentos humanos, quer na pessoa do cuidador quer da pessoa cuidada, é um desafio para os profissionais de saúde porque ultrapassa a esfera profissional e entra na esfera das relações humanas no seu todo”, mas é decerto um desafio compensador.

Uma parte significativa dos entrevistados considera que a consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória apresenta como vantagem a **avaliação centrada no discurso**.

Uma “terapia centrada na pessoa” favorece uma “verbalização empática” mais significativa comparativamente a outras orientações (Formiga, 2012, p.8). Com a verbalização da pessoa é possível ao enfermeiro colher mais informação. Essa verbalização será mais facilitada na presença do enfermeiro, favorecendo o contacto pessoal e aproximação de ambas as partes.

Ao perceber a forma como a pessoa e família percecionam as situações que enfrentam e as ajustam à sua realidade, de acordo com as suas vivências e crenças, o enfermeiro poderá detetar precocemente desvios de saúde e instituir medidas e ensinamentos adequados.

Como referem Oliveira [et al.] (2012, p.158), a comunicação é crucial na consulta de enfermagem, em que o enfermeiro deve ter consciência para a importância dos “comportamentos verbais e não-verbais” reconhecendo sinais e comportamentos que possam interferir ou alterar a assistência devida. Esta relação próxima entre enfermeiro e pessoa e o estabelecimento de uma comunicação eficaz com troca de informações verbais

e não-verbais de forma recíproca proporciona sensações de segurança, confiança e, conseqüentemente, adesão ao tratamento ou medidas a instituir por parte da pessoa (Oliveira [et al.], 2012).

A **validação da educação para a saúde e o seu reforço**, são aspectos evocados pelos enfermeiros do estudo.

As práticas que favorecem a educação para a saúde promovem vínculos entre os profissionais de enfermagem e as pessoas, família e até comunidade envolvida, favorecendo a informação e o aperfeiçoamento de atitudes fundamentais em determinada situação.

Santos, Martins e Oliveira (2014), referem que a informação que a pessoa possui ajuda-a à construção e efetivação de posturas positivas e benéficas face à doença, ajudando-o a optar por atitudes adequadas à sua condição. Mesmo que o cenário pós-cirúrgico esteja a decorrer dentro da normalidade, é natural que a pessoa e família sintam ansiedade e receios, necessitando de validação para as suas atitudes.

O enfermeiro na consulta de enfermagem presencial tem a oportunidade de efetuar essa validação, fornecendo informação que reforce os conhecimentos e incentive adoção de comportamentos adequados capacitando o binómio pessoa/família. A validação da educação para a saúde, bem como o seu reforço, será mais fácil de conseguir se o enfermeiro manifestar empatia na relação que estabelece com a pessoa/família, revestindo essa empatia com características cognitivas e características afetivas, através da demonstração de conhecimento, acolhimento ou aceitação da pessoa/família (Formiga, 2012), reforçando o sentimento de compreensão e envolvimento na situação por parte de pessoa e família. Cabe ao enfermeiro manifestar de forma clara e concreta a empatia cognitiva ou a empatia afetiva de acordo com a validação que a pessoa que se apresenta na consulta necessita. O enfermeiro especialista tem competência para estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa e família no sentido de as capacitar para o desenvolvimento de estratégias que promovam o seu bem-estar. Tem oportunidade de otimizar o ambiente e os processos terapêuticos criando condições para que a pessoa e família se sintam acolhidas e esclarecidas no desenrolar do seu processo cirúrgico.

A consulta de enfermagem presencial é, sem dúvida, um momento crucial para que o enfermeiro consiga realizar os reforços necessários, seja na educação para a saúde ou para qualquer outro objetivo que beneficie o bem-estar da pessoa/família. É um momento em que o enfermeiro pode criar e/ou adequar estratégias para ajudar a pessoa e a sua família a desenhar objetivos realistas e alcançáveis, estimulando esse esforço para que

consigam procurar e atingir as metas definidas (Lima [et al.], 2010). Este momento pode servir também para priorizar intervenções, adequar recursos e planos de intervenção com vista à gestão do processo saúde/doença.

Percebemos assim que a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa/família numa consulta de enfermagem presencial é fundamental para o seu sucesso. Souza [et al.] (2013) defendem que o diálogo deve estar presente, visto conseguir-se as devidas trocas de informação entre o enfermeiro, a pessoa e a família, valorizando os conhecimentos e compreensão da pessoa, havendo espaço para adoção de estratégias que colmatem as necessidades do binómio pessoa/família. Esses aspetos devem ser monitorizados tendo em conta os resultados esperados, prevenindo complicações decorrentes do processo cirúrgico, dando espaço à implementação de intervenções devidamente planeadas e adequadas às necessidades encontradas.

Em síntese, a consulta de enfermagem presencial permite diálogo e facilita o estabelecimento de uma relação empática e terapêutica. Permite criar canais de comunicação que estimulam a demonstração de sentimentos como o medo e ansiedade, desejos e perceções por parte da pessoa/família facilitando o ajustamento dos seus comportamentos (Formiga, 2012). A troca de informações entre o enfermeiro, pessoa e família adquire assim, um carácter educativo com a possibilidade de reforço positivo.

Avaliar o grau de satisfação do doente, é para os enfermeiros uma das vantagens da consulta de enfermagem pós cirúrgica e presencial. Para isso, o enfermeiro na sua intervenção deve ter a preocupação central de avaliar o grau de satisfação das pessoas acerca dos cuidados prestados e, as instituições de saúde recolher informação acerca da qualidade da assistência prestada (Berwanger, 2019).

O enfermeiro deve primar pela excelência do exercício profissional baseado numa avaliação holística da saúde da pessoa, atendendo à satisfação das necessidades da pessoa e da família, respeitando as suas vontades, capacidades, crenças e valores, sempre em consonância com o meio onde se encontra inserido.

A satisfação da pessoa também se relaciona com o estabelecimento de parcerias entre o enfermeiro e a pessoa no planeamento do seu processo de cuidados. Ao sentir que participa nesse planeamento, a pessoa assume de forma mais consciente e responsável a necessidade de cumprir o que estabelece em parceria com o enfermeiro. Não menos importante, é o envolvimento da família no processo de cuidados (Regulamento n.º 429/2018).

O enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica visa o exercício de excelência para alcançar a satisfação da pessoa/família e, baseado nos Padrões de Qualidade, deve possuir um sistema de avaliação para mensurar essa satisfação, tendo em consideração a comunicação interpessoal a estabelecer, a capacitação da pessoa para a autodeterminação, o empoderamento da pessoa para a tomada de decisão e o ajuste das expectativas da pessoa à realidade do processo cirúrgico (OE, 2017).

O **estabelecimento de uma comunicação empática** é defendido por alguns enfermeiros como uma das vantagens da consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatoria com carácter presencial.

A empatia pode entender-se como “uma resposta afetiva de origem evolutiva que é mais apropriada à situação do outro do que da própria pessoa” (Formiga, 2012, p. 1), construindo-se uma relação de ajuda e cumplicidade com o outro. Desta forma, compreende-se que seja mais fácil o estabelecimento de uma relação empática entre o enfermeiro e a pessoa/família caso se encontrem na presença uns dos outros, “face a face”. Formiga (2012), pela análise de vários estudos verificou que existe um impacto positivo na eficácia do tratamento quando o profissional de saúde estabelece uma relação empática com a pessoa.

Para Melo [et al.] (2013) e Cabrita (2017), ao realizar a consulta de enfermagem presencial, o enfermeiro deve considerar vários aspetos relacionados com a pessoa como a sua condição física e psicológica, a condição social e familiar e as convicções religiosas e crenças no sentido de otimizar uma relação empática e de confiança que facilite o diagnóstico de necessidades e permita traçar um plano de cuidados adequado, fornecendo a informação pertinente à pessoa e família que vá de encontro às suas expectativas.

A comunicação baseada na empatia favorece a relação do enfermeiro com a pessoa/família, facilitando a recuperação da saúde da pessoa. Ao ser utilizada em benefício da pessoa, a comunicação adquire um carácter terapêutico, e como referem Coelho e Sequeira (2014), apesar de ser um desafio para alguns enfermeiros, a utilização da comunicação terapêutica na prestação de cuidados é fundamental, sendo “um processo consciente que, de forma intencional, permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa contribuindo simultaneamente para a melhoria da prática de enfermagem” (Coelho e Sequeira, 2014, p. 31)

Neste processo de comunicação, entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos seus cuidados, não se pode dissociar ou separar a família, esta tem que ser integrada nos objetivos dos cuidados a prestar, nas mudanças que se pretendem que ocorram já que a pessoa operada

precisará da relação e apoio estreitos da família onde se insere. Gomes, Amendoeira e Martins (2012), referem ser importante que as famílias se envolvam em todo o processo, favorecendo o uso de estratégias de comunicação para aumentar as hipóteses de sucesso do que é pretendido. O enfermeiro especialista tem um papel fundamental na envolvimento da família no processo do cuidar, com o objetivo da independência e bem-estar da pessoa. É crucial que os enfermeiros se sintam motivados a desenvolver estratégias de comunicação junto das pessoas e famílias alvo das suas intervenções. Assim, os mesmos autores acreditam que se conseguem “ganhos em saúde, observáveis pela diminuição da ansiedade dos familiares, melhor relação destes com os familiares doentes e, por sua vez, menos internamentos dos doentes identificados” (Gomes, Amendoeira e Martins, 2012, p. 55).

Gomes, Amendoeira e Martins (2012, p. 56), referem ainda “que havendo níveis de comunicação eficazes consegue atingir-se resultados mais positivos”, mas, para isso, é necessária atenção à “comunicação humana” que se reveste de “características que interferem nas relações interpessoais”, implicando a transmissão de mensagens codificadas com significados para as pessoas intervenientes no processo. Coelho e Sequeira (2014), reforçam que a comunicação se reveste de elementos verbais e não-verbais sendo que a comunicação não-verbal reforça a percepção mais clarificadora do processo de comunicação.

“A comunicação é tanto mais importante quanto a constatação de que, comunicar com aqueles que nos rodeiam constitui uma das nossas principais atividades, pois, a comunicação é indispensável para a sobrevivência dos seres humanos” (Coelho e Sequeira, 2014, p. 32). Assim, entende-se que o estabelecimento de uma comunicação eficaz proporciona uma **proximidade**, também apontada pelos nossos entrevistados. Uma relação de proximidade estará na base de uma verdadeira relação terapêutica.

Para Louro (2014), pela natureza dos cuidados que prestam e por passarem bastante tempo junto da pessoa doente, os enfermeiros têm uma relação de proximidade com as pessoas com que se envolvem, no sentido em que “o enfermeiro é a pessoa habilitada para prestar atenção, desenvolver uma atitude de compreensão e ajudar o ser humano que necessita de cuidados” (Louro, 2014, p. 19), estabelecendo uma relação interpessoal que só é possível se existir comunicação. Ao utilizar estratégias de comunicação, o enfermeiro facilita a expressão de sentimentos por parte da pessoa, como o alívio da ansiedade e do medo, fortalecendo a relação de ajuda que disponibiliza à pessoa, capacitando para a gestão da sua experiência.

Com a proximidade estabelecida, a pessoa doente acaba por se sentir mais confiante e à vontade com o enfermeiro, confiando nele, expressando o que pensa e sente, questionando-o com maior facilidade. Desta forma, “o enfermeiro assume uma posição muito especial junto da pessoa doente, ao que lhe cabe uma função também muito especial na humanização” (Louro, 2014, p. 21). Também Ávila (2009) é da opinião que os cuidados de proximidade permitem a sua maior humanização, permitindo cuidados e respostas adequadas aos problemas e necessidades da pessoa. Assim, tal como referem Menezes, Priel e Pereira (2011), entende-se que a consulta de enfermagem presencial permite uma aproximação entre o enfermeiro e a pessoa. Para Naranjo e Valencia (2013), a aproximação do enfermeiro e da pessoa cuidada abre caminho à veracidade, aspeto fundamental na comunicação. A verdade favorece a humanização dos cuidados.

O cuidar com humanização é um ato intimamente ligado à enfermagem tendo como objetivo a manutenção da dignidade do ser humano e o respeito pelos seus direitos, em que o acolhimento - associado diretamente à empatia, é uma das formas de aplicar o cuidado humanizado à pessoa e à família (Ribeiro [et al.], 2016). O acolhimento não pode ser praticado sem a proximidade à pessoa.

2.3. Perspetiva dos enfermeiros acerca das desvantagens da existência da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

Os profissionais de saúde do estudo identificaram várias vantagens associadas à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória, tais como: *Deslocação do doente; Maiores encargos financeiros; Número elevado de doentes; Sobrecarga familiar; Mudanças arquitetónicas do espaço físico.*

Quase a totalidade dos participantes, doze no total, enunciou a **deslocação do doente** como uma desvantagem para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.

A área geográfica abrangida pela ULS do estudo é ampla e com uma abrangência rural expressiva, o que implica que um vasto número de pessoas tenha que percorrer um número significativo de quilómetros para chegar à instituição hospitalar, deparando-se com dificuldades de acesso à mesma (Beck [et al.], 2010). Essa deslocação pode apresentar-se como desvantajosa para quem a efetua por implicar algumas necessidades, como disponibilidade de tempo, de meios ou até de acompanhamento de um familiar. O acompanhamento a uma consulta pós-cirurgia, da pessoa submetida a uma intervenção

cirúrgica, ou seja, a deslocação de uma pessoa da família por motivos clínicos aliada à longa distância hospitalar, pode provocar desequilíbrios de natureza económica, afetando muitas vezes, a sua estrutura familiar e afetiva (Alves [et al.], 2018). O enfermeiro especialista deve assegurar mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, de acordo com a legislação vigente e política institucional, articulando-se com outros elementos da equipa multidisciplinar no intuito de colmatar as necessidades verificadas, como seja, a necessidade de transporte à unidade hospitalar para a realização da consulta de enfermagem.

Os desequilíbrios que possam surgir condicionam uma **sobrecarga familiar**, aspeto referido como uma desvantagem para a realização da consulta de enfermagem presencial.

A família assume um papel preponderante no suporte físico, emocional e social dos seus membros. O conceito de família tem sofrido alterações na sua estrutura e conceitos. Para Sárria (2013, p. 24), família pode definir-se como um “sistema de relações interdependentes”, assumindo funções de manutenção, proteção e sobrevivência, suportados em valores e crenças, valores éticos, culturais, sociais e comportamentais, que interferem com o processo de saúde/doença. Assim, deve ser encarada como um pilar fundamental no equilíbrio da pessoa doente, podendo ser prestador de cuidados físicos e psicológicos que a pessoa necessita.

Nesta perspetiva, desde que a família consiga fornecer suporte à pessoa submetida a uma intervenção cirurgia em regime ambulatorio, o domicílio será um espaço de cuidados a manter, proporcionando estabilidade da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica (Manoel [et al.], 2013).

A evidência científica tem demonstrado que a ocorrência de um evento gerador de stress aumenta os níveis de tensão da pessoa envolvida e da sua família, podendo originar desequilíbrios, quer pelo acontecimento em si como pelos recursos disponíveis, havendo uma maior necessidade de adaptação à mudança por parte da pessoa e por parte da família.

Com a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica a recuperar no seio familiar, serão **maiores os encargos financeiros**, sendo outra desvantagem referida pelos enfermeiros participantes neste estudo.

A realização de uma consulta de enfermagem necessita ter em conta aspetos como o tempo necessário à sua realização e recursos de enfermagem a disponibilizar baseados

na filosofia da instituição, permitindo assim, prever o custo do trabalho de acordo com o atendimento adequado às pessoas (Margarido e Castilho, 2006).

Contudo, os encargos financeiros também se repercutem para a pessoa ou sua família. Alves [et al.] (2018) referem que a sobrecarga financeira pode afetar as famílias, obrigando à reorganização do orçamento familiar e dos papéis familiares. Podem ainda, ocorrer faltas ao trabalho para acompanhar a pessoa comprometendo a fonte de rendimento familiar.

O **número elevado de doentes** a recorrer à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória também foi enumerado como uma desvantagem.

Verificou-se através da realização das entrevistas deste estudo, que o número de pessoas submetida a intervenção cirúrgica diariamente é significativa. Assim, o número de pessoas a realizar consulta de enfermagem presencial pós-cirúrgica ambulatória seria correspondente. Com o objetivo de minimizar o impacto de um número acrescido de pessoas, que acarreta mais recursos humanos e mais espaços físicos, é crucial que se criem orientações institucionais para ultrapassar este constrangimento.

Cavalcanti, Correia e Queluci (2009), verificaram no seu estudo sobre a *“Implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca”* que a triagem de pessoas a recorrer à consulta de enfermagem presencial é imprescindível, porque facilita a identificação de dificuldades para a realização e sucesso da referida consulta, nomeadamente, a falta de tempo das pessoas e a falta de importância atribuída à consulta de enfermagem pelas mesmas, fatores cruciais para que a realização da consulta de enfermagem presencial atinja os objetivos pretendidos. Para os mesmos autores, a triagem de pessoas para a consulta de enfermagem, permite organizar o agendamento e atendimento, identificar necessidades e referenciar as pessoas para outras especialidades da equipa multidisciplinar e organizar informação em registos adequados (Cavalcanti, Correia e Queluci, 2009).

O acréscimo de afluência de pessoas ao serviço devido à sua presença para uma consulta de enfermagem dificulta o trabalho dos enfermeiros, seja pela necessidade de organização, pelo fluxo acrescido e até pelo acréscimo de aspetos administrativos. Este fluxo acrescido de pessoas pode alterar ou prejudicar o acolhimento adequado, forçando os enfermeiros a serem menos disponíveis para o estabelecimento de uma relação terapêutica, o que acarreta uma diminuição da perceção das reais necessidades de saúde (Braghetto [et al.], 2019).

Alguns enfermeiros referiram que a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria obrigaria a **mudanças arquitetônicas do espaço físico**, considerando-as como desvantagem.

Realça-se que o espaço físico pode ser uma condicionante para a realização de consulta de enfermagem, interferindo no resultado da sua qualidade (Oliveira [et al.], 2012).

Um ambiente confortável favorece a privacidade e o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre o enfermeiro e a pessoa. Deve ainda, promover a relação entre o enfermeiro e a pessoa, com espaço e mobiliário adequados, facilitando o acolhimento e o conforto (Margarido e Castilho, 2006).

Para Crozeta [et al.] (2009) e para Menezes, Priel e Pereira (2011), uma estrutura desadequada e a falta de um ambiente específico, limitam a implementação da consulta de enfermagem.

Face ao exposto, percebe-se a importância da existência de uma estrutura adequada para a realização da consulta de enfermagem de qualidade que atinja os propósitos para que foi criada.

2.4. Necessidades dos enfermeiros para poder realizar uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria

Para a realização da consulta de enfermagem presencial em contexto pós-cirurgia ambulatoria, os profissionais de saúde identificaram necessidades que consideram pertinentes para a sua realização: *Parametrização da consulta; Estruturação da consulta; Formação dos enfermeiros; Disponibilidade dos enfermeiros; Espaço físico; Mais recursos humanos.*

Três enfermeiros referiram ser necessária a **parametrização da consulta** para a realização da mesma.

O exercício em enfermagem baseia-se essencialmente numa componente prática mas, nos últimos anos, devido à evolução tecnológica sentida em todas as áreas, também se debate com a necessidade de programas informáticos ajustados e que respondam às suas necessidades. Se no passado, não muito longínquo, a informação se centrava essencialmente em suporte de papel, atualmente tem à sua disposição acesso a informação informatizada e de rápido acesso, o que possibilita “uma consulta mais eficiente

e eficaz, permitindo uma maior facilidade de acesso à informação disponível de modo a garantir a continuidade dos cuidados de saúde” (Santos, 2019, p. 159).

Silvestre (2012) no seu estudo sobre “*Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?*”, partilha da opinião que as tecnologias de informação acarretam benefícios às instituições de saúde, proporcionando qualidade de informação através de registos mais precisos, completos e atualizados, proporcionando “que a informação produzida numa organização não se circunscreva a um pequeno núcleo, mas que faça parte da estratégia competitiva da organização” (Silvestre, 2012, p. 42). Também Amaral (2004) refere que os sistemas de informação permitem um processo de enfermagem com maior agilidade e flexibilidade, auxiliando desde o levantamento das necessidades da pessoa até à avaliação dos cuidados prestados, dando visibilidade ao conhecimento e aos cuidados de enfermagem.

Os registos efetuados pela equipa de enfermagem acerca da sua situação clínica e cuidados prestados à pessoa são importantes fontes de informação e permitem a partilha entre os diferentes elementos da equipa, assegurando a continuidade de cuidados.

Pereira (2006), refere que a nível Europeu existe legislação que obriga as instituições hospitalares a proceder à documentação e registo da atividade clínica, considerando que o processo clínico melhora os cuidados de saúde prestados à pessoa doente, favorece a partilha de informação entre os diversos profissionais de saúde, melhorando a forma como a informação é obtida, registada e disponibilizada, facilitando a tomada de decisão clínica. A parametrização da consulta permite ainda, a partilha de informação do processo da pessoa de uma forma remota, facilitando a partilha de informação entre os diversos profissionais de saúde, diminuindo o erro, melhorando os cuidados de saúde prestados à pessoa.

Para o mesmo autor (Pereira, 2006), a documentação deve ser objeto da maior atenção, e as instituições hospitalares devem trabalhar para a uniformização e sistematização dos processos, demonstrando rigor e o cuidado nesta tarefa. Por outro lado, na atualidade, a documentação eletrónica assume um destaque especial. Silvestre (2012), também é da opinião que as tecnologias de informação trouxeram benefícios às instituições de saúde, nomeadamente, na qualidade de informação através de registos mais precisos, completos e atualizados. Assim, é garantida a continuidade de cuidados interdisciplinar através da partilha de informação em tempo real. O artigo 83º do CDE (2001), refere que para assegurar essa continuidade dos cuidados o enfermeiro deve realizar registos fiéis das observações e intervenções efetuadas.

Uma **consulta estruturada** é na opinião dos enfermeiros crucial para que a informação seja registada de acordo com as normas emanadas, estando devidamente informatizada e disponível a quem dela necessite. Desta forma os dados estarão organizados e, como refere Silvestre (2012, p. 43), através de uma “utilização estruturada de dados” com linguagem adequada é possível “planear as intervenções de forma eficaz o que levará a resultados mais completos”.

Para Vieira (2018), a qualidade dos registos efetuados permite a uniformização e sistematização da documentação, favorecendo a visibilidade dos cuidados de enfermagem, permitindo também aos enfermeiros verificarem o resultado do empenho despendido na documentação informatizada dos cuidados, bem como, sentirem a importância do conhecimento obtido e a alteração e adequação das dinâmicas de trabalho a esse conhecimento.

Santos, Martins e Oliveira (2014), referem que devem ser instituídos protocolos e uniformizados procedimentos, com a aplicação de uma avaliação holística que envolva as componentes fisiológicas, emocionais e sociais, envolvendo os seus valores religiosos e crenças.

A **formação dos enfermeiros** também foi uma necessidade sentida pelos enfermeiros do estudo.

Os enfermeiros devem adquirir conhecimentos adequados à prática do cuidar centrando-se na melhoria da assistência à pessoa, sendo essencial o “desenvolvimento de habilidades específicas” (Oliveira [et al.], 2012, p.159) para a realização da consulta de enfermagem favorecendo assim, um cuidar holístico e integral. Dependendo da forma como o enfermeiro tem o seu trabalho organizado, dos conhecimentos que possui e da forma como presta os cuidados, a assistência que fornece à pessoa/família pode ocorrer de forma positiva ou negativa (Santos [et al.], 2016). As competências e a diferenciação do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro especialista, interferem na qualidade do trabalho prestado, dando resposta às necessidades da pessoa com tradução na qualidade dos cuidados prestados e resultados que podem ser mensuráveis e traduzir o desempenho dos profissionais, aspetos essenciais para a gestão da instituição como empresa (Santos [et al.], 2016). Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica preconizam a conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção respondendo às necessidades encontradas com o objetivo da melhoria da qualidade de vida da pessoa/família (Regulamento n.º 429/2018).

Também Santos, Martins e Oliveira (2014, p.8), são da opinião que o enfermeiro deve “empenhar-se na promoção, construção e desenvolvimento do seu saber, alicerçado num corpo de conhecimentos e competências técnicas, científicas, humanas e relacionais individualizadas e consolidadas na prática” baseados em princípios éticos e com a criação de uma relação empática, de forma a identificar “problemas e angústias, planejar intervenções adequadas às necessidades.” O enfermeiro especialista tem aqui uma responsabilidade acrescida ao conceber, implementar e avaliar planos de intervenção para dar resposta às necessidades das pessoas e famílias alvo dos cuidados dos enfermeiros (Regulamento n.º 429/2018).

O percurso formativo do enfermeiro permite-lhe o confronto “com determinadas concepções que orientarão o seu pensamento e a sua ação profissional” (Cerqueira, 2010, p.62) favorecendo a sua análise crítica das situações com que se defronta. No entanto, é importante ter em atenção que a formação base do enfermeiro não enfatiza a importância da implementação da consulta de enfermagem, como referem Crozeta [et al.] (2009), sendo crucial que cada enfermeiro procure informação sobre o tema e ative o seu pensamento crítico sobre a importância da consulta. Assim, como temos vindo a referir, o enfermeiro especialista, pela formação realizada, é capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades para identificação das necessidades da pessoa (Regulamento n.º 429/2018), contribuindo para a construção, implementação e avaliação de um plano de cuidados adequado, visando a segurança e a qualidade dos cuidados. Como referido no CDE (2001), o enfermeiro deve contribuir para se manter com conhecimentos atualizados, acompanhando-se da utilização de tecnologias e formação, assegurando o direito da pessoa o acesso a cuidados de qualidade.

A **disponibilidade dos enfermeiros** foi outra das necessidades referida por três enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial.

Para Crozeta [et al.] (2009), a consulta de enfermagem necessita de tempo e disponibilidade do enfermeiro para a sua realização, bem como, de um enfermeiro com conhecimentos específicos. A consulta de enfermagem que privilegia o atendimento presencial à pessoa de feita com disponibilidade, favorece uma comunicação e diálogo eficaz, através da escuta ativa, da atenção à comunicação verbal e não-verbal e aos aspetos emocionais. Lima [et al.] (2010, p.465), também salientam, que uma abordagem individualizada, requer do enfermeiro “emprego de seu tempo”, para que no final do processo, ambas as partes atinjam os objetivos esperados da realização da consulta. Para que o enfermeiro disponha de tempo na realização da consulta presencial, contribuem vários fatores, nomeadamente um agendamento adequado e ajustamento dos recursos

humanos às necessidades previstas (Braghetto [et al.], 2019; Menezes, Priel e Pereira, 2011).

A realização de uma consulta presencial pressupõe uma assistência individualizada e a participação da pessoa (Menezes, Priel e Pereira, 2011), daí se percebe a importância do enfermeiro se encontrar disponível para a sua realização. Diz Crozeta [et al.] (2009), que uma forma do enfermeiro conseguir ultrapassar as dificuldades para a realização da consulta de enfermagem, é participar de forma ativa na sua instituição de saúde, colaborando na construção de normas e objetivos que conquistem espaço nas suas áreas de atuação.

O **espaço físico** também foi uma necessidade referida para a realização da consulta de enfermagem presencial, nomeadamente que **promova a privacidade e promova o conforto**.

O espaço físico é considerado um interveniente que interfere na realização e na qualidade da consulta de enfermagem, em que as interferências na comunicação, a falta de privacidade e interrupções comprometem a efetivação da consulta e a sua continuidade (Oliveira [et al.], 2012), dificultando a identificação das necessidades da pessoa e aplicação de cuidados e ensinamentos adequados.

Margarido e Castilho (2006) consideram que o espaço destinado à consulta de enfermagem deve ser adequado em estrutura e mobiliário, de forma a promover o conforto e privacidade da relação interpessoal. Se uma pessoa se sentir confortável e com privacidade será mais fácil expressar as suas emoções e estabelecer uma comunicação eficaz com o enfermeiro, expondo as dúvidas e medos que possa ter.

Uma parte significativa do grupo, sete enfermeiros, referiu como necessidade **mais recursos humanos**. Defendem que para atingir a qualidade desejada é necessário que existam enfermeiros suficientes para implementar e desenvolver os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que alicerçam a excelência do exercício profissional. Essa implementação nas organizações de saúde é sempre um objetivo ambicioso, exigindo o compromisso de todos os enfermeiros e das organizações, pois só a união de esforços se poderá proporcionar às pessoas, cuidados de enfermagem de excelência (OE, 2005).

Beck [et al.] (2010), corroboram da ideia que a falta de recursos humanos dificulta o trabalho do enfermeiro sobrecarregando-o física e mentalmente, podendo levar a sentimentos de sofrimento, o que trará repercussões na satisfação da pessoa que recebe os cuidados.

2.5. Dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

Para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia de ambulatório, foram referidas as seguintes dificuldades: *Falta de ajustamento do sistema informático; Falta de organização das consultas; Espaço físico inadequado; Défice de recursos humanos; Mais tempo disponível para a realização da consulta; Intromissões constantes.*

A **falta de ajustamento do sistema informático** é uma das dificuldades apontadas para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.

Diariamente convivemos com sistemas de informação de uma forma natural. O avanço tecnológico envolveu-nos de tal forma, que já nem pensamos em realizar muitas atividades sem o seu suporte. Se sentimos isso no nosso quotidiano, o mesmo acontece em contexto profissional, e a enfermagem também vive esta influência. Desde a formação inicial que somos direcionados para a prática do cuidar, mas como refere Silvestre (2012), a profissão de enfermagem necessita de aliar-se aos sistemas de informação, sendo cada vez mais indispensável a sua associação, dada a sua importância para o processo de enfermagem e mais-valia para o desenvolvimento e visibilidade da enfermagem.

Um sistema informático adequado garante que a informação obtida possa ser inserida e devidamente registada no processo individual da pessoa, possibilitando aos diversos enfermeiros que o consultem, registar e obter informações que se interliguem no sentido da devida avaliação e desenvolvimento de um plano de cuidados adequado, prevenindo ou tratando complicações (Sousa, Neves e Carvalho, 2018, p. 65). Para Berwanger [et al.] (2019), o processo de enfermagem organizado contribui para a comunicação em enfermagem, diminui a margem de erros que possam ser cometidos e permite a elaboração de um plano individualizado à pessoa de acordo com as suas necessidades, favorecendo um plano ajustado de custos. Também Silvestre (2012), partilha dessa opinião, referindo que os sistemas de informação facilitam a documentação e diminuem o tempo gasto em burocracias, dando à informação um carácter mais fiável e exato favorecendo a padronização dos registos e uma linguagem comum, o que por sua vez facilita a investigação em enfermagem. Como referido no Despacho n.º 1400/A/2015, as tecnologias de informação são fundamentais para o funcionamento entre profissionais, entre serviços da mesma instituição, e até, entre instituições, contribuindo para o aumento da segurança e da comunicação preconizada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.

Amaral (2004, p. 25) acredita que o futuro da enfermagem “passa pela informatização crescente de todas as ferramentas indispensáveis à profissão, constituindo assim, um

sistema de informação em enfermagem”. Refere ainda, que o uso da informática na área de enfermagem beneficia a pessoa que necessita de cuidados, porque liberta o enfermeiro para a prestação de cuidados.

A **falta de organização das consultas** foi outra dificuldade identificada.

Para que a consulta de enfermagem presencial se possa processar é necessário atender a vários aspetos organizativos. Após a realização da cirurgia é importante perceber as necessidades da pessoa atendendo a cada especialidade e ajustar o agendamento da consulta de enfermagem adequado a essas necessidades. Oliveira [et al.] (2012, p. 157) referem que a falta de agendamento das consultas impede o “cuidado integral” à pessoa. Se o acesso às consultas não se efetuar de uma forma organizada, com um agendamento efetivo e de acordo com as normas da instituição, o enfermeiro perde a noção das suas atividades e incorre na probabilidade de prestação de cuidados inadequados às reais necessidades da pessoa.

Sousa, Neves e Carvalho (2018), no seu estudo intitulado “*Consulta de Enfermagem: como, quando e porquê?*”, sobre a importância da consulta de enfermagem como instrumento em programas de educação em saúde com pessoas diabéticas, reiteram a importância de uma consulta autónoma e que deve estar organizada de forma a “estabelecer uma estrutura organizativa” entre os profissionais, assegurando os devidos registos da informação obtida e estabelecendo “um plano educativo e terapêutico individual” (2018, p. 65). Berwanger [et al.] (2019), considera que com o registo das informações acerca das intervenções realizadas poderá ser um contributo para a realização de pesquisas científicas.

O **espaço físico inadequado** também foi indicado como uma dificuldade para a realização da consulta de enfermagem presencial pela maioria dos participantes no estudo, ou seja, por nove enfermeiros. Entendem que a consulta de enfermagem deve realizar-se numa área física confortável, capaz de permitir privacidade na relação entre o enfermeiro, pessoa doente e família, promovendo assim, a relação interpessoal.

Oliveira [et al.] (2012, p. 157) consideram que o espaço físico inadequado “interfere na qualidade da consulta de enfermagem”.

O **défice de recursos humanos** também foi apontado como uma dificuldade para a realização da consulta, sendo identificada por sete enfermeiros.

Para que o planeamento dos recursos de enfermagem seja eficiente é necessário realizar estudos que identifiquem as intervenções de enfermagem necessárias na consulta e

elaborar um instrumento que determine o tempo despendido nessas intervenções previstas, tornando possível conhecer a carga de trabalho dos enfermeiros (Ferreira, Périco e Dias, 2018).

O déficit de recursos humanos, muitas vezes, não se prende com o número de enfermeiros a desempenhar funções num determinado local, mas sim com a multiplicidade de cuidados que lhe são atribuídos, que se traduz em sobrecarga de trabalho. Para Ferreira, Périco e Dias (2018), é importante conhecer as atribuições do enfermeiro e especificá-las para perceber a sua dimensão assistencial.

Mais tempo disponível para a realização da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria foi também apontado por alguns enfermeiros.

A consulta de enfermagem é uma atividade que requer tempo e disponibilidade por parte do enfermeiro para a sua realização (Crozeta [et al.], 2009). O enfermeiro que determine o tempo despendido na realização da consulta de enfermagem, terá mais sucesso no agendamento para “melhor atender o paciente” (Margarida e Castilho, 2006, p. 433). Assim, a realização da consulta de enfermagem deve obedecer a um cálculo de tempo necessário seguindo orientações dos respetivos organismos competentes no sentido de se estabelecerem padrões, obter dados e perspetivar a produção e custos (Oliveira [et al.], 2012). Com esta organização os serviços conseguem perspetivar e agendar o atendimento de pessoas cumprindo padrões que favoreçam a qualidade dos cuidados em que a pessoa e família se sintam acolhidos, ouvidos, desfazendo as suas dúvidas e resolvendo os seus problemas de forma a evitar complicações futuras.

Lima [et al.] (2010) referem que a abordagem individualizada requer tempo por parte do enfermeiro, para que no final do processo ambas as partes atinjam os objetivos esperados da realização da consulta que, utilizando métodos científicos, possibilita a identificação de situações de saúde/doença e potencialidades da pessoa doente, desenhando intervenções de acordo com as necessidades diagnosticadas (Coura [et al.], 2013).

As **intromissões constantes** foi outra dificuldade focada, referida por um enfermeiro.

A consulta de enfermagem deve ocorrer num espaço sem interrupções de terceiros que possam quebrar o elo de comunicação que se tenta estabelecer (Margarido e Castilho, 2006). Também Oliveira [et al.] (2012) corroboram da mesma opinião, referindo que as interrupções, uma comunicação ruidosa ou a falta de privacidade colocam em causa a consulta e a sua continuidade, comprometendo conseqüentemente os objetivos da mesma como as ações educativas pretendidas.

Naranjo e Valencia (2013) consideram que se deve evitar que a comunicação seja unidirecional, imposta ou intimidadora, com falta de contacto físico por parte do enfermeiro. A participação em diversas atividades afasta o enfermeiro do cuidado direto, não havendo tempo para conversar com as pessoas (Naranjo e Valencia, 2013).

Perante o exposto, percebe-se que as necessidades de comunicação fazem parte do cuidado humanizado (Naranjo e Valencia, 2013), tão imprescindível aos cuidados de enfermagem. Pelo que devem respeitar-se os princípios para uma comunicação eficaz, evitando as intromissões na realização da consulta de enfermagem.

2.6. Expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória

A implementação de uma consulta de enfermagem é um projeto que cria expectativas nos profissionais envolvidos que esperam determinados fins com a sua realização.

Para que ocorra a implementação de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia de ambatório, os enfermeiros do estudo enunciaram as seguintes expectativas: *Reconhecimento da importância da consulta de enfermagem; Criação da consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória presencial; Iniciar a consulta de enfermagem de forma gradual; Criação de um espaço confortável; Existência de enfermeiro adstrito à consulta; Sem expectativas.*

O **reconhecimento da importância da consulta de enfermagem** foi referido como expectativa a atingir com a realização da consulta de enfermagem, em que um enfermeiro expressou esperar esse reconhecimento por parte do **doente** e um outro enfermeiro referiu que o mesmo deveria partir das **organizações hospitalares**.

É importante que a pessoa alvo dos cuidados se consciencialize e valorize a capacidade profissional e o conhecimento dos enfermeiros, valorizando assim, a consulta de enfermagem como um instrumento eficaz para colmatar as suas necessidades (Pereira e Ferreira, 2014).

Souza [et al.] (2013, p.13), referem que a consulta de enfermagem permite a autonomia dos enfermeiros bem como a visibilidade do seu papel, através de “ações de educação em saúde (...) proteção à saúde, sob um olhar holístico e individualizado ao paciente e à comunidade”, sendo assim reconhecido o papel destes profissionais por parte da pessoa e comunidade.

A par do reconhecimento da pessoa, os profissionais de enfermagem procuram reconhecimento das instituições e organizações onde se inserem (Menezes, Priel e Pereira, 2011). Pela análise de vários estudos efetuados, Pereira e Ferreira (2014), constataram que os profissionais de enfermagem consideram a consulta de enfermagem uma ferramenta de trabalho importante, mas reconhecem a existência de dificuldade por parte das organizações de saúde já que nem todas disponibilizam a consulta de enfermagem.

A realização da consulta de enfermagem presencial traz vantagens para a instituição de saúde, nomeadamente, na otimização do trabalho dos enfermeiros e gestão da quantidade de consultas efetivas, que interferem na diminuição das complicações pós-cirurgia ambulatorias e redução de possíveis necessidades de internamento, para além de dar visibilidade à intervenção dos enfermeiros. Como referem Crozeta [et al.] (2009), os aspetos institucionais são determinantes para a operacionalização da consulta de enfermagem, muitas vezes dificultando-a devido às normas e políticas instituídas que não valorizam o trabalho do enfermeiro, encarando-o como um mero executor.

A consulta de enfermagem presencial será mais bem-sucedida quanto mais visível e reconhecida se encontrar na estrutura organizacional e institucional onde está inserida. Para potenciar a implementação desta consulta é fundamental ter em conta vários fatores como o potencial número de pessoas a atender, os procedimentos a realizar, os recursos humanos e materiais disponibilizados para a sua realização e o tempo estimado/necessário para a consulta de enfermagem presencial alcançar os seus objetivos. Estes aspetos são corroborados por Oliveira [et al.] (2012) ao mencionarem que estudando estes aspetos é possível conhecer os custos de produção, obter e fornecer dados para a instituição e “avaliar o crescimento qualitativo (...) conhecer custos de tratamentos e procedimentos utilizados (...) alocar os recursos de modo eficiente” (Oliveira [et al.], 2012, p. 158). Estes autores referem ainda, que “compete aos enfermeiros desenvolver estudos que demonstrem o custo-benefício e a eficácia da consulta de enfermagem” (Oliveira [et al.], 2012, p. 158).

Dalbosco [et al.] (2019) são da opinião que, apesar das barreiras que a implementação da consulta de enfermagem possa enfrentar, a sua importância justifica essa implementação e os enfermeiros devem comprometer-se a trabalhar nesse sentido.

Dois enfermeiros verbalizaram terem como expectativa a **criação da consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatoria presencial**.

Para a criação de uma consulta de enfermagem presencial é necessário o levantamento das respetivas necessidades, como espaço físico, recursos materiais e recursos humanos, bem como com a elaboração de protocolos específicos ou criação de plataforma para os registos de enfermagem (Oliveira [et al.], 2012).

Cavalganti, Correia e Queluci (2009), referem que a implementação da consulta de enfermagem permite compreender e identificar as respostas da pessoa sendo um fator facilitador para a elaboração de um plano de cuidados adequado a cada situação, com orientações específicas perante as necessidades observadas.

Para Pereira e Ferreira (2014), a consulta de enfermagem deve ser utilizada como estratégia de trabalho e valorizada como instrumento pois permite um atendimento eficaz e humanizado às pessoas. Outro aspeto referido é a necessidade de apoio do poder institucional no sentido de defender a realização da consulta de enfermagem e monitorizar a sua implementação (Pereira e Ferreira, 2014). No pós-operatório de cirurgias de ambulatório, estão previstas a realização de consultas de seguimento, contactos telefónicos – *follow-up* realizados pelos enfermeiros, às 24h e ao 30.º dia pós-cirurgia (Neves e Monteiro, 2017). Mas não está previsto a realização de consultas de enfermagem presencial para atender a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica.

Urge a necessidade da consulta de enfermagem pós-cirúrgica com carácter presencial ser uma realidade e, para isso, é necessário alertar as instituições de saúde para as vantagens da sua existência, através das evidências científicas.

A **iniciação da consulta de enfermagem de forma gradual** também foi uma expectativa enunciada pelos enfermeiros, com a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória.

Se a implementação da consulta for efetuada de uma forma gradual consegue-se diminuir o grande fluxo de pessoas numa estrutura não preparada. Para o conseguir pode realizar-se triagem das pessoas de acordo critérios estabelecidos, adequados e protocolados. “A triagem tem como objetivo a atribuição de diferentes níveis de prioridade (...) para realização da consulta, permitindo assim uma gestão mais adequada (...) e uma resposta mais equitativa (...)” (SNS, 2017, p.240).

Cavalganti, Correia e Queluci (2009, p. 197) verificaram no seu estudo “*A implementação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca*” que o recurso à triagem “foi imprescindível” porque permitiu a identificação de diversas dificuldades “no momento da seleção” das pessoas para a consulta de enfermagem, tais como, o tempo

inadequado à sua realização ou falta de reconhecimento por parte das pessoas. Para os mesmos autores, a triagem permite a organização das pessoas e o seu encaminhamento para a consulta de enfermagem ou para outra especialidade, se necessário, conforme as queixas apresentadas, bem como o agendamento adequado conforme a cirurgia realizada e articulação com restante equipa multidisciplinar (Cavalganti, Correia e Queluci, 2009).

A **criação de um espaço confortável** também está presente nas expectativas dos enfermeiros, relativamente à implementação de uma consulta de enfermagem presencial.

Margarida e Castilho referem que o espaço destinado à consulta de enfermagem deve propiciar a “interação enfermeira/paciente” em que o “mobiliário e equipamento, para esse atendimento, também devem ser adequados” (Margarida e Castilho, 2006, p. 429).

Um enfermeiro referiu ter como expectativa nesta categoria a **existência de enfermeiro adstrito à consulta**.

O enfermeiro assume vários papéis administrativos e institucionais, o que compromete o desenvolvimento de suas atividades autónomas (Crozeta, 2009). Ao envolver-se em várias tarefas, o enfermeiro vê a sua atividade na consulta de enfermagem dificultada, não se encontrando plenamente disponível para a mesma, comprometendo a relação que deve estabelecer com a pessoa e a qualidade dos cuidados prestados. Para o mesmo autor, os enfermeiros acomodam-se à situação de assumirem diversos papéis determinados pelos serviços de saúde, situação influenciada pela instituição onde se inserem (Crozeta, 2009). Menezes, Priel e Pereira (2011) também referem que a realização de tarefas em simultâneo provocam desgaste no enfermeiro e riscos para a assistência a prestar, podendo originar resultados não adequados. Assim, entende-se a importância de existir um enfermeiro que esteja apenas dedicado à consulta de enfermagem, sem ter que se desdobrar em múltiplas tarefas, no intuito de conseguir a concentração e dedicação necessárias para a construção de um vínculo com a pessoa facilitando uma comunicação terapêutica, tão necessária para a determinação das necessidades da pessoa/família e conceção de um plano de cuidados ajustado.

2.7. Sugestões dos enfermeiros para a implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria

Um projeto tem o poder de estimular o sentido crítico das pessoas envolvidas ou que sintam que possam beneficiar com a sua implementação.

No sentido de contribuir para a implementação de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia de ambulatório, os enfermeiros enunciaram as seguintes sugestões: *Consulta na plataforma informática; Diagnóstico de situação; Guião para a consulta de enfermagem; Espaço próprio para a consulta; Mais recursos humanos; Marketing relativo à importância da consulta de enfermagem; Respeito dos tempos da consulta; Responsabilidade exclusiva da consulta pós-cirurgia ambulatoria pelo enfermeiro; Articulação com os cuidados de saúde primários; Comunicação entre a equipa de saúde; Sem sugestões.*

A existência da **consulta na plataforma informática** adequada aos registos de enfermagem, segundo os nossos participantes é primordial para que a consulta de enfermagem passe a ser uma realidade. A utilização de uma plataforma informatizada permite a uniformização dos registos de enfermagem, a sua parametrização e até avaliação dos resultados obtidos. Os registos de enfermagem favorecem a continuidade dos cuidados de enfermagem, a organização dos cuidados a prestar à pessoa e são ainda fontes primordiais de acesso à informação clínica da pessoa (Oliveira [et al.], 2012). Menezes, Priel e Pereira (2011) referem ser fundamental a formação dos enfermeiros para a correta utilização das plataformas disponibilizadas.

Os enfermeiros dedicam grande parte do seu tempo à comunicação, seja a comunicação verbal ou a comunicação escrita, sendo que esta última é cada vez mais informatizada. Os registos de enfermagem efetuados dos dados obtidos “constituem a matéria-prima que, após um processo de interpretação, organização e estruturação, se transformam em informação” que permite ser trabalhada, sintetizada e relacionada com outras, favorecendo o conhecimento e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade dos registos que deles advém (Vieira, 2018, p. 26), tornando-se num ciclo favorável à crescente qualidade e segurança dos cuidados efetuados.

Também, efetuar um **diagnóstico** que permita identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros, bem como um **guião para a consulta de enfermagem** são sugestões apontadas para a implementação de uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria.

Realizar um diagnóstico de necessidades foi enunciado nas entrevistas efetuadas como facilitador da implementação da consulta de enfermagem presencial. Prende-se ao facto, de se identificar necessidades do “estado das coisas”, da forma em que essas necessidades referidas se encontram. Na entrevista E4 o participante do estudo referiu “fazer um levantamento dos doentes, das situações que (...) encontra no *follow-up* do dia seguinte, perceber quem são os grupos a quem” se “poderia começar a aplicar a consulta

presencial”, (...) “espaço físico” e “recursos humanos”. O participante E12 sugere “uma seleção de doentes (...) espaço e recursos humanos”.

Um **guião** é um roteiro, um guia orientador, norteador e se utilizado como instrumento de trabalho numa consulta de enfermagem, ajuda a nortear o diálogo e as ideias centrais, havendo espaço para expor os diferentes pontos de vista ou dúvidas, quer do enfermeiro quer da pessoa ou familiares, mas existindo sempre um apoio para orientação do que se pretende. Oliveira [et al.] (2012, p. 157) corroboram dessa ideia, referindo que a utilização de guiões de entrevistas nas consultas de enfermagem impede “mudanças inconsistentes” e o desvio do “foco da conversa”, evitando a falha de informações fundamentais para um plano de cuidados de adequado.

Uma parte considerável dos enfermeiros do estudo considera adequada a existência de um **espaço próprio para a consulta, mais recursos humanos, marketing, respeito dos tempos da consulta.**

Marketing relativo à importância da consulta de enfermagem é um dos aspetos defendidos pelos enfermeiros e é reconhecido por estes como uma função necessária para o garante da qualidade da assistência e, como tal, maior qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de saúde. É, efetivamente, uma atividade fundamental para gerar um compromisso terapêutico, e deste modo, um maior clima de participação.

Salientam os enfermeiros, que a satisfação da pessoa submetida a intervenção cirúrgica, permite a identificação, antecipação e satisfação das necessidades e desejos da pessoa submetida a intervenção cirúrgica através do uso eficiente e eficaz dos recursos. Salienta, American Marketing Association (2008), que o marketing é um conjunto de processos no sentido de criar, comunicar, distribuir e efetuar trocas que tenham valor para os clientes, para os parceiros e para a sociedade como um todo.

A **responsabilidade exclusiva da consulta pós-cirurgia ambulatoria pelo enfermeiro**, também foi apontada como sugestão.

Ser o enfermeiro o responsável pelo planeamento, implementação e avaliação da consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatoria, é uma forma de assegurar confiança por parte da pessoa porque permite um atendimento “eficaz, digno e humanizado” (Pereira e Ferreira, 2014, p.109), favorecendo o respeito e valorização por parte da pessoa e familiares.

Souza [et al.] referem a consulta de enfermagem é uma atividade do enfermeiro permitindo-lhe atuar de forma independente e direta “a fim de contribuir para promoção, prevenção,

proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.” (Souza [et al.], 2013, p.13)

A implementação da consulta presencial contribui para a otimização da **articulação com os cuidados de saúde primários**.

Brondani (2016) refere que “é necessário que os serviços dos diferentes níveis de atenção (...) estejam interligados (Brondani, 2016, p.2), facilitando a comunicação e partilha de informação, favorecendo a referência para outros elementos da equipa interdisciplinar quando necessário. Por outro lado, “a falta de comunicação, associada ao desconhecimento dos trabalhadores sobre o funcionamento dos serviços (...) podem comprometer a articulação nos serviços de saúde” (Brondani, 2016, p.3), o que comprometerá também, a devida assistência à pessoa de acordo com as suas necessidades.

O CDE (2001), no artigo 80º refere que o enfermeiro deve colaborar com outros profissionais no sentido de responder a necessidades da comunidade em que a pessoa/família se encontrem inseridas. Independentemente do nível de cuidados exercido pelo enfermeiro, este deverá identificar os recursos disponíveis para as necessidades das pessoas, assegurando a continuidade dos cuidados.

A **comunicação entre a equipa de saúde** como uma estratégia para a implementação da consulta de enfermagem presencial, também é defendida pelos participantes do estudo.

É crucial a existência de comunicação entre os diversos elementos da equipa de saúde, para que os enfermeiros estabeleçam uma comunicação adequada e eficaz, promovendo o estabelecimento de um vínculo de confiança com a pessoa/família e contribuindo para a adequada continuidade de cuidados (Brondani, 2016).

Broca e Ferreira (2012), referem que uma relação eficaz entre os diversos membros da equipa de saúde favorece as relações interprofissionais, e, por conseguinte, a identificação de problemas existentes e a sua resolução.

Também o CDE (2001), refere no artigo 91º, que o enfermeiro tem deveres para com as outras profissões, nomeadamente atuar com responsabilidade e competência e reconhecer as especificidades das outras áreas, trabalhando em articulação com os diversos profissionais, promovendo assim a qualidade dos cuidados.

2.8. Objetivos da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatoria na perspectiva dos enfermeiros

A implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia na perspectiva dos nossos participantes visa atingir determinados objetivos: *Avaliar; Promover a continuidade dos cuidados; Diagnosticar necessidades.*

Uma parte significativa dos participantes do estudo, sete na sua totalidade, refere que a implementação da consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatoria visa **avaliar**, quer a **qualidade dos cuidados prestados** (referida por quatro enfermeiros) quer **eventuais complicações** que possam surgir (referida por três enfermeiros). Também, **promover a continuidade dos cuidados**, foi defendido na medida em que a consulta de enfermagem presencial permite estabelecer uma parceria entre enfermeiro e a pessoa/família, organizar os cuidados de enfermagem e contribuir para a satisfação da pessoa através da promoção do seu bem-estar e autocuidado, no sentido de se readaptar funcionalmente às novas necessidades (Andrade, 2012), e uma menor necessidade de retorno aos cuidados hospitalares (Crozeta, 2009).

Lima [et al.] (2010), verificaram no seu estudo *“Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão”* que as pessoas acompanhadas em consultas de enfermagem num período pós-cirurgia apresentaram níveis menores de ansiedade sendo a consulta um espaço que permite à pessoa e família complementar a informação anteriormente recebida e esclarecer dúvidas (Andrade, 2012). As pessoas que apresentam níveis menores de ansiedade compreendem e aderem melhor às indicações fornecidas contribuindo com cuidados que vão de encontro à melhoria do seu estado de saúde, favorecendo a continuidade dos cuidados necessários no domicílio.

Menezes, Priel e Pereira (2011) referem que a implementação da consulta é uma estratégia que favorece a avaliação de resultados permitindo a modificação das intervenções necessárias para obter os resultados desejados. Crozeta [et al.] (2009) referem que a consulta de enfermagem deve ser pautada por uma avaliação continua para avaliar vários parâmetros, nomeadamente a análise dos cuidados prestados, a eficiência em saúde e satisfação da pessoa submetida aos cuidados de enfermagem.

A avaliação é parte integrante de qualquer processo de planeamento (CDE, 2001), analisando o trabalho de enfermagem realizado, devendo acompanhar-se do pensamento crítico do enfermeiro, potenciando assim, mudanças de atitude que promovam o desenvolvimento profissional e a qualidade de cuidados.

Diagnosticar necessidades, foi outro dos objetivos apontados pelos nossos participantes, pela importância de perceber as necessidades reais da pessoa, para identificar a situação e o contexto e poder agir de acordo com a situação em causa.

Em síntese, a existência de uma consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória com carácter presencial facilitaria: conhecer a pessoa submetida à cirurgia e sua família, efetuar uma avaliação multidimensional quer da pessoa doente quer do seu familiar; identificar necessidades efetivas e estabelecer diagnósticos de enfermagem relacionados com o resultado da cirurgia, bem como, relacionados com o conhecimento, com as expectativas e com o regime terapêutico. Outro aspeto a realçar é que permitiria um processo de *follow-up* mais coordenado e individualizado, maximizando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente/família.

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória, de carácter presencial, deve ser reconhecida como um espaço onde a comunicação/interação se estabelece e se define um conjunto de estratégias para obtenção dos melhores resultados em saúde de quem experiencia a complexidade que envolve o processo pós cirúrgico.

Porém, para o sucesso da sua implementação, é fundamental canalizar recursos para esta área de intervenção, assentes em princípios de cooperação com o doente e família, considerando a pessoa como um sistema dinâmico de inter-relações entre as diversas dimensões: fisiológica, psicológica, sociocultural, e em interação com o meio envolvente.

Atender às reais necessidades da pessoa submetida a cirurgia ambulatória e sua família, promover a continuidade dos cuidados após alta, proporcionar uma recuperação com comodidade e sem intercorrências, apela a novas formas de cuidar, ou seja, a cuidados individualizados com propósitos partilhados e perfilhados por todos os envolvidos na ação.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo de *conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia ambulatória, com a finalidade de contribuir para a criação de uma consulta de enfermagem pós-cirúrgica com carácter presencial, prevenindo complicações e consequentemente a obtenção de ganhos em saúde.*

Assim, de seguida apresentamos as principais conclusões:

- Para os enfermeiros, a consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória, é um elemento essencial para a prestação de cuidados multidimensionais à pessoa submetida a cirurgia ambulatória e, permite avaliar, informar, identificar, responder a expectativas e necessidades, de modo a que, doente e família, possam usufruir de uma maior qualidade de vida e bem-estar;
- Atender aos recursos domiciliários é defendido pelos enfermeiros como um aspeto a ter em conta aquando do diagnóstico de necessidades, na medida em que, o suporte familiar e o suporte comunitário são fundamentais para minimizar complicações;
- Defendem que a consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia, é um momento crucial para o enfermeiro realizar educação para a saúde, para avaliar eventuais complicações, para promover a expressão de sentimentos e emoções, para dar segurança ao doente e família e para estabelecer uma comunicação empática;

- Realçam, ser um momento em que o enfermeiro pode criar estratégias para ajudar a pessoa e família a desenhar objetivos realistas e alcançáveis;
- Verificamos que os enfermeiros realçam como fatores dificultadores à integração da consulta de enfermagem pós-cirurgia presencial, o facto de a pessoa operada ter que se deslocar, acarretando maiores encargos financeiros e maior sobrecarga familiar. No que concerne à unidade hospitalar, realçam como dificultador o facto de ser necessário mudanças arquitetónicas para a existência de um espaço físico que forneça conforto, bem como, uma afluência maior de pessoas submetidas a cirurgia ambulatória, o que exigiria mais recursos humanos;
- Apontam como necessidades, a existência de parametrização da consulta e sua estruturação; formação dos enfermeiros; disponibilidade; espaço físico e mais recursos humanos.
- Têm como expectativas que a consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória presencial, venha a ser reconhecida como primordial para o sucesso da pessoa submetida a cirurgia ambulatória e desejam que venha a existir um enfermeiro adstrito a esta consulta;
- Sugerem uma maior articulação entre as equipas de saúde.

Finalizando, é fundamental a implementação da consulta de enfermagem pós-cirurgia ambulatória com carácter presencial, de forma a que, a pessoa submetida a cirurgia e família possam usufruir de cuidados de qualidade e, por conseguinte, contribuir para a capacitação, autonomia e qualidade de vida.

É necessário uma maior aposta no *marketing* destes cuidados, para que a sociedade em geral, os possa reconhecer como fundamentais para um processo de recuperação da pessoa submetida a cirurgia sem intercorrências.

É necessário ainda, que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica estabeleça intervenções orientadas para as necessidades efetivas da pessoa submetida a cirurgia ambulatória e sua família, baseada na informação relevante e nas potenciais consequências.

IMPLICAÇÕES

Considera-se que este estudo tem implicações para a prática de cuidados em contexto de cirurgia ambulatoria e para a investigação, na medida em que, no que diz respeito à importância de existir uma consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia, os profissionais de saúde, gestores, sociedade em geral, devem perceber que o modelo humanista deve nortear a prática de cuidados.

Sentimos uma sensação de dever cumprido, na medida em que procuramos demonstrar a necessidade premente da implementação da consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia nas instituições de saúde.

É necessário continuar a desenvolver estudos nesta área de forma que o desenvolvimento da consulta de enfermagem presencial seja uma realidade.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante todo o processo de investigação existiu a preocupação constante em assegurar o rigor científico e metodológico, contudo, surgiram algumas limitações, nomeadamente a inexperiência do investigador relativamente ao referencial metodológico, no respeitante à análise e interpretação dos dados resultantes das entrevistas, tendo sido esta a etapa de todo processo de investigação a mais demorada e a que exigiu mais empenho e compromisso do investigador. Também, a atividade profissional foi outro tipo de limitação que surgiu e que exigiu um esforço e empenho acrescido.

Contudo, este mesmo estudo de investigação não se esgota em si mesmo, pois verificamos através dos discursos dos enfermeiros, que emergem várias inquietações, conduzindo a novas problemáticas.

Por fim, podemos concluir que este estudo contribuiu para a compreender a importância de criar a consulta de enfermagem presencial pós-cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. [em linha]. (2017). [Consult. 20 mai. 2020]. Disponível em WWW: <[URL:http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/04/Newsletter-SNSAcesso_Atividade-Assistencial_vf.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/04/Newsletter-SNSAcesso_Atividade-Assistencial_vf.pdf)>.

AIRES, Luísa - **Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional**. 1^a ed. Lisboa: Universidade Aberta, 2011. ISBN: 978-989-97582-1-6.

ALVES, Joana [et al.]. Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: a sobrecarga familiar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. [em linha]. 19 (2018), 08-16. [Consult. 07 jun. 2020]. Disponível em WWW: <[URL:http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a02.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a02.pdf)>.

AMARAL, Tiago - Enfermática: Mais Tempo para Cuidar. **Nursing**. [em linha]. 193 (2004) 22-25. [Consult. 09 jun. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.researchgate.net/publication/225284511_Enfermatica_Mais_tempo_para_Cuidar](https://www.researchgate.net/publication/225284511_Enfermatica_Mais_tempo_para_Cuidar)>.

AMERICAN MARKETING ASSOCIATION - The American Marketing Association Releases New Definition for Marketing. In **Press Release**. [em linha]. (2008) [Consult. 08 jul. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://adage.com/article/btob/american-marketing-association-releases-definition-marketing/270184](https://adage.com/article/btob/american-marketing-association-releases-definition-marketing/270184)>.

ANDRADE, Maria I.C. - Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. **Onco News**. [em linha]. 6:21 (2012) 27-31. [Consult. 08 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.aeop.pt/ficheiros/47ed8e3a4d1c5b2e0f873084de9ebf9c.pdf](https://www.aeop.pt/ficheiros/47ed8e3a4d1c5b2e0f873084de9ebf9c.pdf)>.

ASSIS, Cinthia [et al.] - Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Reben - Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. 67:3 (2014) 401-407. [Consult. 15 jun. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0401.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0401.pdf)>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA AMBULATÓRIA. **Recomendações para a abordagem anestésica do doente idoso e do doente obeso em cirurgia ambulatória**. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. 2016.

ÁVILA, Rui Fernando. – **Idoso: a enfermagem e os cuidados de proximidade**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Dissertação de Mestrado.

BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça - **Manual de cuidados paliativos**. 2ª. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5.

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-441506-2.

BECK, Carmem Lúcia [et al.] - Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Escola Anna Nery**. [em linha]. 14:3 (2010) 5. [Consult. 04 mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a09.pdf>>.

BENTO, Vivian Freitas; BROFMAN, Paulo - Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba, Paraná. **Arq Bras Cardiol**. [em linha]. 92:6 (2009) 490-969. [Consult. 28 nov. 2019] Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n6/a13v92n6.pdf>>.

BERG, Katarina; ARESTEDT, Kristofer; KJELLGREN, Karin - Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. In **J Nurs Stud**. [em linha]. 50:12 (2013) 1630-8. [Consult. 18 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748913001430?via%3Dihub>>.

BERWANGER, Djulia Camila [et al.]. - Processo enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. **Revista Nursing**. [em linha]. 22:257 (2019) 3204-3208. [Consult. 06 mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.revistanursing.com.br/revistas/257/pg34.pdf>>.

BILBAO, Mercedes – O bloco operatório/departamento cirúrgico. In ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - **Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16-X.

BILBAO, Mercedes. Entrevista - Dia Europeu do Enfermeiro Peri operatório. [em linha]. 2010. [Consult. 12 set. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.ordemenfermeiros.pt/acoress/noticias/conteudos/entrevista-dia-europeu-do-enfermeiro-perioperat%C3%B3rio/>>.

BOLTZ, Marie [et al.] - **Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice**. 5ª ed. New York: Springer Publishing Company, 2016. ISBN: 9780826171665.

BRAGHETTO, Gláucia Tamburú [et al.] - Dificuldades e facilidades do enfermeiro da saúde da família no processo de trabalho. **Cadernos Saúde Coletiva**. [em linha]. 27:4 (2019) 420-426. [Consult. 04 jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v27n4/1414-462X-cadsc-1414-462X201900040100.pdf>>.

BRIEGER, Gert H. - A evolução da cirurgia: aspectos históricos importantes na origem e na evolução da cirurgia moderna. In SABISTON, David C. - **Tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna**. 15ª ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 1999. Vol. 1. ISBN 85-277-0481-1.

BROCA, Priscilla; FERREIRA, Márcia - Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Reben - Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. 65:1(2012) 97-103. [Consult. 08 mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>>.

BRONDANI, Juliana Ebling [et al.] - Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Revista Cogitare Enfermagem**. [em linha]. 21:1 (2016) 01-08. [Consult. 10 mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>>.

CABRITA, M. - **Funções do Enfermeiro Perioperatório: Apontamentos**. Setúbal: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, 2017. Dissertação de Mestrado.

CALDEIRA, S. - **Espiritualidade no Cuidar**. 1ª Edição. Lisboa: Coisas de Ler, 2011.

CALLEGARO, Giovana Dorneles [et al.] - Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Revista Rene Fortaleza**. [em linha]. 11:3 (jul./set. 2010) 132-142. [Consult. 04 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027971014.pdf>>.

CARVALHO, Ariana Rodrigues [et al.] - Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [em linha] 10:2 (2008) 504-512. [Consult. 22 fev. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8062>>.

CASTANHEIRA, Célia – Da experiência à melhoria dos cuidados – In **Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória, III**. Jornal do congresso: Troia: [s.n.], (2014), p.11.

CAVALCANTI, Ana C.D.; CORREIA Dayse M.S.; QUELUCI, Gisella C. - A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [em linha]. 11:1 (2009) 194-199. [Consult. 07 abr. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.researchgate.net/publication/26598355_A_implantacao_da_consulta_de_enfermagem_ao_paciente_com_insuficiencia_cardiaca](https://www.researchgate.net/publication/26598355_A_implantacao_da_consulta_de_enfermagem_ao_paciente_com_insuficiencia_cardiaca)>.

CERQUEIRA, Maria Manuela – **As dinâmicas do processo de cuidados face ao sofrimento: as intersubjectividades de quem cuida e é cuidado**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2010. Tese de Doutoramento.

CHICK, Norma; MELEIS Alaf Ibrahim – Transitions: a nursing concern. In **Nursing research methodology**. [em linha]. (1986) 237-257. [Consult. 06 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs](https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs)>.

COELHO, Maria; SEQUEIRA, Carlos - Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. [em linha]. 11 (2014) 31-38. [Consult. 06 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf)>.

COLLIÈRE, Marie-Francoise – **Cuidar... a primeira arte da vida**. Loures: Lusodidacta, 2003. ISBN: 9799728383533.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida**. Damaia: Printipo – Industrias Gráficas, Lda,1989. ISBN: 972-95420-0-7.

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATORIO - **Relatório final: Cirurgia de ambulatório: um modelo de qualidade centrado no doente**. Lisboa: Ministério da Saúde, CNADCA. 2008.

CORREIA, Maria Manuela Veloso - **Satisfação profissional dos enfermeiros**. [s.l: s.n], 2016. Dissertação de Mestrado.

COURA, Alexsandro Silva [et al.] - Análise contextual da consulta de enfermagem na visita domiciliar às pessoas com lesão medular. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. [em linha]. 17:4 (2013) 1000-1006. [Consult. 28 nov. 2019]. Disponível em WWW:<[URL:https://cdn.publisher.qn1.link/reme.org.br/pdf/v17n4a18.pdf](https://cdn.publisher.qn1.link/reme.org.br/pdf/v17n4a18.pdf)>.

COUTINHO, Sofia – Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. **Revista Portuguesa de Cirurgia**. [em linha]. IIª série: 8 (2009), 59-64. [Consult. 05 mar. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230/229](https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230/229)>.

CROZETA, Karla [et al.] - Determinantes e condicionantes para a implementação da consulta de enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**. [em linha]. 14 :1 (2009) 120-6. [Consult. 10 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14131/9513](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14131/9513)>.

DALBOSCO, Cirlandia [et al.] - Nursing consultation in basic care: difficulties and Challenges. **UNIPAR-Universidade Paranense**. [em linha]. 89:1 (2019) 349-352. [Consult. 06 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/6169/54615696](http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/6169/54615696)>.

DAMÁSIO, António - **O sentimento de si – O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência**. 6ª ed. Mem Martins: Publicações Europa América, 2000. ISBN: 972-1-04757-0.

DEODATO, Sérgio - **Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir**. Coimbra: Almedina, 2014. ISBN 978-972-40-5226-7.

DESPACHO n.º 1380/18. **DR II série**. 28 (2018/02/08) 4511.

DESPACHO n.º 25832/07. **DR II série**. 218 (2007/11/13) 32871-32873.

DESPACHO n.º 30114/08. **DR, II série**. 227 (2008/11/21) 47550-47551.

DINIZ, Gentil [et al.] – O entrelaçar histórico da consulta de enfermagem com a vivência profissional. **Enfermeria Global**. [em linha]. 15 (2009) 1-11. [Consultado 20 abr. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_revision3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_revision3.pdf)>.

FERRAZ, Flávio Carvalho - A questão da autonomia e a bioética. In **Bioética**; 9:1(2001), p. 73-81.

FERREIRA, Fátima; SEQUEIRA, Isabel – Cirurgia ambulatoria. In ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - **Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16-X.

FERREIRA, Sandra; PÉRICO, Lisiane; DIAS, Vilma - A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Reben - Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. 71:1 (2018) 752-757. [em linha]. [Consult. 08 jun. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf)>.

FERRITO, Cândida – Conceitos Básicos da enfermagem perioperatória. In DUARTE, Ana; MARTINS, Olga – Coord. – **Enfermagem em bloco operatório**. Lisboa: Lidel, 2014. ISBN: 978-972-757-959-4.

FIGUEIREDO, Maria do Carmo; AMENDOEIRA, José - O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. **Revista UIIPS**. [em linha]. 6:2 (2018) 102-107. [Consult. 10 jan. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS](http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS)>.

FILIFE, Firmino – Autonomia e Respeito. In NEVES, Maria do Céu Patrão, PACHECO, Susana – **Para uma ética da enfermagem – Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN: 972-603-326-8. p. 238-248.

FONSECA, Esmeralda. - Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. **Nursing**. [em linha]. (2015) [Consult. 10 abr. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/](http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/)>.

FORMIGA, Nilton - Os estudos sobre empatia: reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. **Psicologia.pt – o portal dos psicólogos**. [em linha]. (2012) 1-14. [Consult. 20 mar. 2020] Disponível em WWW:<[URL:https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0639.pdf](https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0639.pdf)>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

FREITAS, Carlos – A ética na Enfermagem. **Jornal da Madeira**. [em linha]. [Consult. 05 dez. 2019]. (2013) Disponível em WWW:<[URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/ArtigosEnfermeiros2013.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/ArtigosEnfermeiros2013.aspx)>.

GEORGE, Julia B. [et al.] - **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artemed Editora, 2000. ISBN: 85-7307-587-2.

GOMES, Filomena; AMENDOEIRA, José; MARTINS, Manuela.; - A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. [em linha]. 7 (2012) 54-60. [Consult. 06 mai. 2020]. ISSN: Disponível em WWW:<[URL:http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a09.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a09.pdf)>.

GRISALES-NARANJO, L. V.; ARIAS-VALENCIA, M. M. - Humanized care: The case of patients subjected to chemotherapy. **Investigación y Educación en Enfermería**. [em linha]. 31:3 (2013) 364-376. [Consult. 08 mai. 2020]. ISSN: Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v31n3/v31n3a04.pdf>>.

HAMSTRÖM, Niina [et al.] - Short hospital stays and new demands for nurse competencies. **International Journal of Nursing Practice**. [em linha]. 18 (2012) 501- 508. [Consult. 18 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x>>.

HEPBURN, R.W. - Autonomy and Heteronomy. In **The Oxford Companion to Philosophy**. New York: Oxford University Press; 1995. p. 69.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Maria del Pilar – **Metodologia de pesquisa**. 5.^a ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2013. ISBN 9786071502919.

HESBEEN, Walter - **Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusodidacta, 2001. ISBN: 9789728383206.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência. 2000. ISBN: 972-8383-11.8.

KANT, Immanuel - **Crítica da razão pura**. 4^a ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997, p. 30.

LEAL, Maria Teresa - Cirurgia ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? **Pensar enfermagem**. Lisboa. - ISSN 0873-8904. Vol. 10, nº. 1 (1^o. semestre 2006), p. 67-74.

LEEMRIJSE, Chantal [et al.] – The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomized trial. **BMC Cardiovascular Disorders**. [em linha]. 12: 47 (2012) 1-7. [Consult. 21 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502523/f>>.

LEI n.º 27/99. **DR I série A**. 102 (1999/05/03) 2344 – 2345.

LEMOS, Paulo – Grande crescimento da cirurgia ambulatória em Portugal. Resultados do V inquérito nacional. **Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória**. [em linha]. 11:1 (2010). [Consult. 18 fev. 2020]. Disponível em

WWW:<[URL:http://www.apca.com.pt/documentos/revistas/Rev_APCA_VOLUME_11.pdf](http://www.apca.com.pt/documentos/revistas/Rev_APCA_VOLUME_11.pdf)>

LEMOS, Paulo - **Relatório do congresso: IV congresso nacional de cirurgia ambulatoria**. Santarém: **Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatoria (APCA)**. [em linha]. (2006) [Consult. 06 fev. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.apca.com.pt/ver.php?cod=0F0A0D](http://www.apca.com.pt/ver.php?cod=0F0A0D)>.

LIMA, Francisca [et al.] - Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [em linha]. 18:3 (2010) 34-41. [Consult. 16 abr. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_06.pdf)>.

LIMA, Nilza; PINTO, Silva – Cirurgia ambulatoria. In DUARTE, Ana; MARTINS, Olga, colab. - **Enfermagem em Bloco Operatório**. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda, 2014. ISBN 978-972-757-959-4.

LOURENÇO, Margarida - **Obesidade Infantil. Prevenir é a melhor opção**. Lisboa: Universidade Católica Editora. 2015. ISBN: 9789725404638.

LOURO, Ana Lúcia - **Estratégias para o cuidado humanizado à pessoa em situação crítica**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, 2014. Relatório de Mestrado.

MACHADO, Margareth; ZAGONEL, Ivete - O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. **Revista Cogitare Enfermagem**. [em linha]. 8:2 (2003) 26-33. [Consultado 28 nov. 2019]. Disponível em WWW:<[URL:https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1691/1399](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1691/1399)>.

MALLEY, Ann [et al.] - The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transition. **AORN Journal**. [em linha]. 102:2 (2015) 181.e1–181.e9. [Consult. 22 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4547842/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4547842/)>.

[MANOEL, Maria Fernanda \[et al.\]](#) - As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Esc. Anna Nery**. [em linha]. 17:2(2013), 346-353. [Consult. 07 jun. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a20.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a20.pdf)>.

MARGARIDO, Elisabete; CASTILHO, Vália. - Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Rev Esc Enferm da USP**. [em linha].

40:3 (2006) 427-33. [Consult. 17 out. 2019]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a15.pdf>>.

MARQUES, Irene [et al.] - Clínica Multidisciplinar de Insuficiência Cardíaca: Como Implementar. Artigo de revisão: Medicina Interna. **Revista da sociedade portuguesa de medicina interna**. [em linha]. 24:4 (2017) 308-317. [Consult. 12 dez. 2019]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v24n4/v24n4a13.pdf>>.

McEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn – **Bases Teóricas para Enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Artemed Editora S.A., 2009. ISBN: 978-85-363-1788-5.

MEIRINHOS, Manuel; OSÓRIO, António - O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. **EDUSER: revista de educação**. [em linha]. 2:2 (2010) 49-65. [Consult. 09 mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.eduser.ipb.pt>>.

MELEIS, Afaf Ibraim – **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. [em linha]. 2010. [Consult. 22 jul. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.amazon.com.br/Transitions-Theory-Situation-Specific-Theories-ebook/dp/B004LVP7VG>>.

MELO, João [et al.] - Visita de enfermagem pré-operatória – a opinião dos doentes. **Millenium**. [em linha]. 44 (2013) 171-182. [Consult. 23 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium44/11.pdf>>.

MENDES, Aida [et al.] - Influência de um programa psico-educativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. **Revista Referência**. [em linha]. IIª Série: 1 (2005) 10-14. [Consult. 28 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2461&id_revista=24&id_edicao=68>.

MENEZES, Sílvia; PRIEL, Margareth; PEREIRA, Luciane - Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. [em linha]. 45:4 (2011) 953-8. [Consult. 27 mai. 2020] Disponível em WWW:<URL:<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a23.pdf>>.

MILLER, Bruce L. - Autonomy. In: POST, S.G. - **Encyclopedia of Bioethics**. 3rd ed. New York: Macmillan. Reference USA; 2004. ISBN: 0028657748. p. 246-250.

MITCHELL, Mark - Day surgery nurse's selection of patient preoperative information. **Journal of Clinical Nursing**. [em linha] 26:1-2 (2016) 225-237. [Consultado 22 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13375>>.

MITCHELL, Mark. - Home recovery following day surgery. **Cirurgía Mayor Ambulatoria**. [em linha] 18:4 (2013) 158-174. [Consult. 22 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/04_18_4_OR_Mitchell_1.pdf>

MORAES, Edgar [et al.]. Avaliação multidimensional do idoso. [em linha]. 2018. [Consult. 22 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AvaliacaoMultiddoldoso_2018_atualiz.pdf>.

MORAIS, António José – Adesão terapêutica na doença crónica: abordagem a partir de um estudo sobre ventiloterapia no domicílio. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN: 0874-7695. N.º 7 (2003) p. 52-62.

MORALES, J. M. [et al.] - Antecedentes Históricos y Evolucion de la Cirugía Mayor Ambulatorial en España. In **Cirurgia Mayor Ambulatoria**. 2ª Ed., Masson. (2002), p. 1- 8.

MORAN, Sally [et al.] - It's good to talk, but is it effective? A comparative study of telephone support following day surgery. In **Clinical Effectiveness in Nursing**. [em linha]. 2 (1999) 175-184. [Consult. 25 jan. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1361900498800496>>.

NEVES, Jelena P.C; MONTEIRO, Teresa – **Manual de boas práticas da cirurgia de ambulatório**. 2ªed. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Unidade de Cirurgia de Ambulatório, 2017. [em linha]. (2017) [Consult. 05 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:http://chln.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/Manual%20Ambulatorio%202017%20final%20-2.pdf>.

OLIVEIRA, Sherida [et al.] - Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Reben - Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. 65:1 (2012) 155-161. [Consult. 05 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico do Enfermeiro**. [s.l.]: OE, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Deontologia profissional de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. ISBN: 978-989-8444-30-1.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. **Divulgar**. [em linha]. 2001. Consult. 15 jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Código Deontológico. [em linha]. (2009). [Consult. 12 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacao/OE/Codio_Deontologico.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Leiria: Colégio da especialidade – Ordem dos Enfermeiros, 2017. [em linha]. (2017). [Consult. 07 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf>.

PEDRO, Ana; AMARAL, Odete; ESCOVAL - Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. [em linha]. 34:3 (2016) 259-275. [Consult. 12 dez. 2019]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n3/v34n3a08.pdf>>.

PEREIRA, André Gonçalo - Dever de Documentação, Acesso ao Processo Clínico e sua Propriedade. Uma perspectiva europeia. **Revista Portuguesa Do Dano Corporal**. [em linha]. 15:16 (2006) 9 – 24. [Consult. 18 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/2795>>.

PEREIRA, Alves – A cirurgia em Portugal. In **Cirurgia: patologia e clínica**. Alfragide: Editora McGraw-Hill, 1999. ISBN 972-8298-89-7. p. 2-10.

PEREIRA, Raliane; FERREIRA, Viviane - A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família. **RebraM - Revista Brasileira Multidisciplinar**. [em linha]. 17:1 (2014). [Consult. 07 mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/viewFile/10/7>>.

PINTO, Teresa - **A vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, 2011. Dissertação de Mestrado.

PORTARIA n.º 111/14. **DR I série**. 99 (2014/05/23) 2947-2950.

PORTARIA n.º 132/09, DR I série. 21 (2009/01/30) 660-758.

PORTARIA n.º 1450/04. **DR I série B.** 277 (2004/11/25) 6896 – 6903.

PORTARIA n.º 291/12. **DR I série.** 185 (2012/09/24) 5376-5392.

PORTARIA n.º 787/99. **DR I série B.** 205 (1999/09/02) 6181 – 6183.

PORTARIA n.º306-A/11. **DR I série.** 242 (2011/12/20) 5348-(2) – 5348-(4).

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. ULSAM – **Apresentação, Missão, Visão e Valores.** [em linha] [Consult. 17 abr. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/](http://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/)>.

PORTUGAL. Direção-Geral 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.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde. **Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde, 1ª fase.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001.

QUEIRÓS, Paulo; VIDINHA, Telma; FILHO, António - Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência.** [em linha] 4:3 (2014). 157-164. [Consult. 20 set 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a18.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a18.pdf)>.

QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais.** 6ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações, SA, 2013. ISBN 978-972-662-275-8.

REGULAMENTO n.º 122/11. **DR II série.** 35 (2011/02/18) 8648-8653.

REGULAMENTO n.º 429/2018. **DR II Série.** 135 (2018/07/16) 19360.

REGULAMENTO n.º 533/14. **DR II série.** 233 (2014/12/02) 30247 – 30254.

REIS, Felipa Lopes - **Como elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha.** Lisboa: Pactor, 2010. p.58-75.

REIS, Raíssa; RODRIGUES, Maria - Infecção de sítio cirúrgico pós-alta: ocorrência e caracterização de egressos de cirurgia geral. **Revista Cogitare Enfermagem.** [em linha]. 22:4 (2017). [Consult. 15 nov. 2019]. Disponível em WWW:<[URL:https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51678/pdf](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51678/pdf)>.

Relatório anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. SNS - Ministério da Saúde. [em linha]. 2017 [Consult. 18 mai.

2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf)>.

RENAUD, Michel – Dignidade humana. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma ética da enfermagem – Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN: 972-603-326-8. p. 203-214.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 159 – A/08. **D.R. 1ª Série**. 202 (2008/10/17) 7458.

RIBEIRO, Kaiomax Renato [et al.] - Difficulties found by nursing to implement humanization in the intensive therapy unit. **Revista de Enfermagem da UFPI**. [em linha]. 6:2 (2016) 51-56. [Consult. 08 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.researchgate.net/publication/322611502_Difficulties_found_by_nursing_to_implement_humanization_in_the_intensive_therapy_unit_Dificuldades_encontradas_pela_enfermagem_para_implementar_a_humanizacao_na_unidade_de_terapia_intensiva_Dificultad#read](https://www.researchgate.net/publication/322611502_Difficulties_found_by_nursing_to_implement_humanization_in_the_intensive_therapy_unit_Dificuldades_encontradas_pela_enfermagem_para_implementar_a_humanizacao_na_unidade_de_terapia_intensiva_Dificultad#read)>.

ROSA, Joaquim Coelho; BASTO, Marta Lima - Necessidade e Necessidades: Revisitando o seu uso em Enfermagem. **Pensar Enfermagem**. [em linha]. 13:1 (2009) 13-23. [Consult. 21 abr. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23(1).pdf)>.

RUIVO, Maria Alice ; FERRITO, Cândida ; NUNES, Lucilia - Metodologia de projecto : colectânea descritiva de etapas. **Percursos**. Setubal. - ISSN 1646-5067. Nº. 15 (Jan.- Mar. 2010), p. 1-37.

SAMUELSSON, Katja Shubert [et al.] - The older patient's experience of the healthcare chain and information when undergoing colorectal cancer surgery according to the enhanced recovery after surgery concept. **J Clin Nurs**. [em linha]. 27:7-8 (2018) 1295-1721. [Consult. 14 dez. 2019]. Disponível em WWW:<[URL:https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14328](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14328)>.

SANTOS, Ana Paula [et al.] - O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [em linha]. 50:3 (2016) 474-481. [Consult. 22 nov. 2019]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0474.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0474.pdf)>.

SANTOS, Ana; JOSÉ, Helena – A pessoa idosa com doença cardíaca: dificuldades sentidas na manutenção da terapêutica medicamentos. In **Nursing**. [em linha]. 23:276 (2011) 21-31. [Consult. 05 mar. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.cdi.sep.pt/pesquisa/Listar_op.asp?valueref=19774&orig=31](http://www.cdi.sep.pt/pesquisa/Listar_op.asp?valueref=19774&orig=31)>.

SANTOS, Débora [et al.] - Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a Política Nacional de Humanização. **Revista Saúde & Transformação Social**. [em linha]. 6:2 (2016) 54-69. [Consult. 05 jun. 2020]. ISSN: 2178-7085 Disponível em WWW:<[URL:http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3313/4470](http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3313/4470)>.

SANTOS, Lúcia Batista. - **A perspetiva dos profissionais de saúde sobre a diretiva antecipada de vontade**. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2019. Dissertação de Mestrado.

SANTOS, Maria; MARTINS, José; OLIVEIRA, Luís - A ansiedade, depressão e *stresse* no pré-operatório do doente cirúrgico. **Revista de Enfermagem de Referência**. [em linha]. Série IV:3 (2014) 7-15. [Consultado 04 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a02.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a02.pdf)>.

SARMENTO, Paula [et al.] – Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória. **Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória**. [em linha]. 2013 [Consultado 06 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf](http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf)>.

SÁRRIA, Marisa Araújo Lima - **As necessidades da família com o doente sem perspetiva de cura**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2013. Dissertação de Mestrado.

SASAKI, Vanessa [et al.] – Vigilância de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. **Texto Contexto Enferm**. [em linha]. 20:2 (2011) 328-332. [Consult. 22 nov. 2019]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a15v20n2.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a15v20n2.pdf)>.

SILVA, F. João - A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. **Revista Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 55, n.º 3 (2007), p. 68-77.

SILVESTRE, Milene Cristina - **Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?** Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2012, Dissertação de Mestrado.

SOUSA, Braúlio João Nunes - O *Follow-up* e as Complicações Pós-Operatórias em Cirurgia de Ambulatório. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. Dissertação de Mestrado.

SOUSA, Zulmira; NEVES, M.Celestino; CARVALHO, D. - Consulta de enfermagem: como, quando e porquê? **Revista de diabetes**. [em linha]. 13:2 (2018) 63-67. [Consult. 06 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2018/07/RPD-Vol-13-n%C2%BA-2-Junho-2018-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-63-67.pdf](http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2018/07/RPD-Vol-13-n%C2%BA-2-Junho-2018-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-63-67.pdf)>.

SOUZA, Patrícia [et al.] - Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. [em linha]. 17.1 (2013) 11-17. [Consult. 04 mar. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/575](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/575)>.

TEIXEIRA, Ana Catarina Mourão - **Intervenção de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia em contexto ambulatório**. Lisboa: ESSE Lisboa, 2018. Dissertação de Mestrado.

TEIXEIRA, Juliana Cristina; MEIRELES, João Pedro; CARVALHO, José Carlos - A teoria das transições em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. [em linha]. 4 (2010) 45-52. [Consult. 27 mai. 2020] Disponível em WWW:<[URL:https://issuu.com/spesm/docs/revistan4/45](https://issuu.com/spesm/docs/revistan4/45)>.

TELES, Miguel - Tomada de decisão partilhada: uma ponte entre dois países. **Revista Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos**. [em linha]. 6:1 (2019) 8-12. [Consult. 20 mai. 2020]. Disponível em WWW:<[URL:https://www.apcp.com.pt/uploads/revista-cuidadospaliativos_vol06_n01_2019.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/revista-cuidadospaliativos_vol06_n01_2019.pdf)>.


TONELLY, Mark, MISAK, Cheryl - Compromised autonomy and the seriously ill patient. In **Chest Journal**. [em linha]. 137 (2010) 926-931. [Consult. 07 set. 2020]. Disponível em WWW: <[URL:https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(10\)60199-7/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(10)60199-7/fulltext)>.

TUCKMAN, Bruce Wayne – **Manual de investigação em educação**. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN: 972-31-1879-8.

VIEIRA, Susana Maria da Cunha. - **Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Universidade do Minho, 2018. Dissertação de Mestrado.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 59/2019 -CES	 Pág. 1 de 2
--	--	--

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº124/2019 - Entrada no CES a 31-10- /2019</p> <p style="text-align: center;">Assunto:</p> <p>Projeto de Investigação- "A Consulta de Enfermagem à Pessoa submetida a Cirurgia Ambulatória"</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;">Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>Eunice Cristina Ribeiro Lopes - Licenciada em Enfermagem, aluna do VI Curso de Mestrado Em Enfermagem Médico - Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo</p>
---	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Autorização para recolha de dados com entrevista a enfermeiros que prestem cuidados à pessoa submetida a cirurgia ambulatória, a realizar na consulta externa – Unidade de Cardiologia e no Bloco Ambulatório da Unidade Local de Saúde E.P.E.

2. Fundamentação

A Cirurgia de Ambulatório visa a redução do tempo de internamento. Essa redução conjuga-se com vários aspetos incluindo os económicos e os avanços científicos, havendo uma necessidade crescente de cuidados de enfermagem diferenciados nos períodos que envolvem a cirurgia, nomeadamente pós alta do utente. A necessidade dessa diferenciação e a preocupação direcionada aos cuidados de enfermagem pós alta hospitalar prestados aos utentes intervencionados em regime ambulatório constituem uma preocupação para a investigadora.


A investigação tem o objetivo de conhecer a perspetiva dos enfermeiros acerca da importância da consulta de enfermagem pós cirurgia ambulatória com a finalidade de contribuir para a criação de uma consulta com caráter presencial, prevenindo complicações e consequentemente melhorar o seu bem-estar

3. Conclusão/parecer

O projeto está conforme com as exigências do Mod. Q755-CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de um parecer favorável à sua realização.

Nota: Referências bibliográficas:

Relator(es)	Maria Elvira Alves
Ratificado em reunião do dia	
Enviado parecer: ___/___/___	

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 59/2019 -CES	 Pág. 2 de 2
--	--	--

____/____/____ O Presidente da CES 

*Avaliação
in
Cirurgia Ambulatoria
19/12/2019*



APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO
AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Exmo. Senhor

**Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde [REDACTED], E.P.E.**

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado

Eunice Cristina Ribeiro Lopes, Enfermeira com inscrição na Ordem dos Enfermeiros n.º: 36541, a exercer funções no serviço de Cardiologia desta instituição, com o n.º mecanográfico 2299, a frequentar o VI Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vem solicitar a V. Exa, na qualidade de Investigadora principal, autorização para a efetivação do projeto de investigação em epígrafe, a realizar na Consulta Externa – Unidade de Cardiologia e no Bloco Ambulatório da Unidade Local de Saúde [REDACTED] E.P.E. A referida colheita incidirá sobre enfermeiros que prestam cuidados à pessoa submetida a cirurgia ambulatória com a finalidade de conhecer a perspetiva dos enfermeiros acerca da importância da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória (síntese do projeto de investigação – ver Apêndice I).

O instrumento de recolha de dados a utilizar será a entrevista (ver apêndice II).

Certifica-se que, desde já, será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados (declaração de consentimento – ver apêndice III).

Certifica-se ainda que foi solicitada a devida comunicação e autorização aos respetivos Diretores Clínicos e Enfermeiros coordenadores (ver apêndice IV).

Assume-se o compromisso de após o término do referido estudo, informar a instituição dos respetivos resultados.

Remeto em apêndice toda a documentação necessária à submissão ao Conselho de Administração do projeto de investigação supracitado.

Dados do Investigador Principal:

Nome – Eunice Cristina Ribeiro Lopes

Habilitações – Curso de Licenciatura em Enfermagem

Aluna do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Contacto telefónico: 965110758; E-mail: euniceribeirlopes@gmail.com

Título do projeto de investigação: A consulta de enfermagem à Pessoa submetida a cirurgia ambulatória

Objetivos do projeto de investigação:

Objetivo Geral:

- Conhecer a perspetiva dos enfermeiros acerca da importância da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória

Objetivos específicos:

- Identificar o conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem pós-operatória
- Identificar, na perspetiva dos enfermeiros, as vantagens/desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória
- Identificar necessidades / dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória
- Identificar as expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória

Com os melhores cumprimentos,

A Investigadora Principal

██████████, 28 de outubro de 2019

**APÊNDICE 2 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO
AO ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS PELA UNIDADE DE CARDIOLOGIA E
UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIA**

Exmo. Sr. Enfº [REDACTED] – Enfermeiro Chefe da Consulta
Externa – Hospital [REDACTED] – ULS [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Unidade de Cardiologia.

Eu, Eunice Cristina Ribeiro Lopes, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “**A consulta de enfermagem à Pessoa submetida a cirurgia ambulatória**”, sob a orientação da Professora Doutora Manuela Cerqueira. Este estudo tem como objetivo conhecer a perspetiva dos enfermeiros acerca da importância da consulta de enfermagem pós cirurgia ambulatória.

Pretende-se proceder à colheita de dados através de entrevista no período de dezembro de 2019 e abril de 2020, e realizar este estudo na Unidade de Cardiologia da Unidade Local de Saúde [REDACTED] E.P.E. A população prevista do estudo será constituída pelos enfermeiros do serviço.

Assegura-se que só serão incluídos enfermeiros que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão do projeto de investigação supracitado.

Atenciosamente

A investigadora Principal

Eunice Cristina Ribeiro Lopes

[REDACTED], 28 de outubro de 2019

Exmo. Sr. Enf^o [REDACTED] – Enfermeiro Chefe do Bloco
Ambulatório – Hospital [REDACTED] – ULS [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Bloco Ambulatório.

Eu, Eunice Cristina Ribeiro Lopes, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “**A consulta de enfermagem à Pessoa submetida a cirurgia ambulatória**”, sob a orientação da Professora Doutora Manuela Cerqueira. Este estudo tem como objetivo conhecer a perspetiva dos enfermeiros acerca da importância da consulta de enfermagem pós cirurgia ambulatória.

Pretende-se proceder à colheita de dados através de entrevista no período de dezembro de 2019 e abril de 2020, e realizar este estudo no Bloco Ambulatório da Unidade Local de Saúde [REDACTED] E.P.E. A população prevista do estudo será constituída pelos enfermeiros do serviço.

Assegura-se que só serão incluídos enfermeiros que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão do projeto de investigação supracitado.

Atenciosamente

A investigadora Principal

Eunice Cristina Ribeiro Lopes

[REDACTED], 28 de outubro de 2019

**APÊNDICE 3 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DOS
PARTICIPANTES**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

Designação do Estudo:

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “**A consulta de enfermagem à Pessoa submetida a cirurgia ambulatória**”, realizado por Eunice Cristina Ribeiro Lopes, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante:

Assinatura da investigadora responsável:

(Eunice Cristina Ribeiro Lopes)

APÊNDICE 4 – GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião da Entrevista

I Parte – Acolhimento

Objetivo:

- Informar o participante do estudo

- Identificar o 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 participante

Objetivo:

- Caracterizar o participante do estudo

- **Idade:** _____
- **Sexo:** Feminino Masculino
- **Estado civil:**
Solteira(o) Casada(o) União de facto(o)
Separada(o) Viúva(o)
- **Formação Académica:**
Bacharelato Licenciatura Especialidade
 Mestrado Doutoramento
- Tempo de serviço (anos) _____
- Tempo de serviço no serviço atual (anos) _____

III Parte – Objetivos/questions orientadoras

Objetivos Específicos:

- Identificar o conceito atribuído pelos enfermeiros à consulta de enfermagem pós-operatória
- Identificar, na perspetiva dos enfermeiros, as vantagens/desvantagens da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória
- Identificar necessidades / dificuldades dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória
- Identificar as expectativas dos enfermeiros relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória

Questões Orientadoras:

- Qual o conceito que tem acerca da consulta de enfermagem?
- Que vantagens considera existirem com a realização de uma consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória?
- Que desvantagens considera que a realização de uma consulta de enfermagem presencial pós-operatória pode ter?
- Que necessidades no seu quotidiano encontra para a realização da consulta de enfermagem presencial e que dificuldades? Justifique.
- Que expectativas tem relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós-operatória?
- Que sugestões deixaria para sua implementação?

IV Parte – Fecho da Entrevista

- Agradecer a colaboração do participante e referir a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- Dar a oportunidade ao participante acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Assinatura do investigador:

Data: _____

**APÊNDICE 5 – EXEMPLARES DE ENTREVISTA DA UNIDADE DE
CARDIOLOGIA E UNIDADE DE CIRURGIA AMBULATORIA**

Entrevista E1 (Unidade de Cardiologia)

Qual o conceito que tem acerca da consulta de enfermagem pós cirurgia ambulatória?

A consulta de enfermagem serve para os doentes terem a noção daquilo que vão fazer em termos cirúrgicos, se tem apoio em casa no pós-cirúrgico e se compreenderam todos os cuidados que foram ditos e ensinados.

Que vantagens considera existirem com a realização de uma consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória?

Na consulta presencial a gente vê com mais nitidez o fácies do doente, se ele tem dor, se tem algum desconforto. Conseguimos ver bem se compreende, como é que ele reage àquilo que se diz. Se for telefonicamente pode sempre ocultar esses sentimentos e esses aspetos.

Que desvantagens considera que a realização de uma consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória pode ter?

Terá para os doentes que são de muito longe, que não têm companhia, que não têm quem os traga. Há pessoas que vêm de 40, 50 km e para eles é bastante dispendioso. Também, podem não ter ninguém que os traga, que se disponha a trazê-los. E há muitos idosos.

Que necessidades no seu quotidiano encontra para a realização da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória? Justifique.

É necessário parametrizar a consulta em termos informáticos ... e criá-la porque ainda não existe.

Que dificuldades encontra para a realização da referida consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória?

A dificuldade é em termos de espaço, que haja sempre disponibilidade para termos espaço no momento certo e ...em termos informáticos como já disse ...

EU: “porque não está ajustado”...

Exato.

Que expectativas tem relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória?

(pausa para pensar) ...

EU: “será fácil, não será...”

... sim, penso que será fácil se os doentes aderirem, se não for muito transtorno para eles, para nós verificarmos a sua... aquilo que a gente lhes diz e se eles compreendem será melhor... e em termos informáticos acho que é uma coisa viável, já há outras condições que se podem criar e fazer (refere em comparação ao passado).

Que sugestões deixaria para sua implementação?

...Pausa... (pensar) criar a consulta em termos informáticos, parametrizar, e coordenar essas consultas para terem um tempo próprio porque às vezes não existem, são tipo consultas soltas. Uma organização logística e informática.

Entrevista E6 (Unidade de Cirurgia Ambulatória)

Qual o conceito que tem acerca da consulta de enfermagem pós cirurgia ambulatória?

Para mim a consulta de enfermagem pós-operatória, a nível de conceito é uma consulta que é realizada ao utente após intervenção cirúrgica em modo ambulatório, que é o utente que entra no próprio dia e tem alta no próprio dia e depois que é orientado pelo enfermeiro. A consulta pós-operatória, dentro do meu ponto de vista, acho que pode ser uma consulta às 24h, às 48h ou então a 30 dias, depende muito da metodologia do próprio serviço. Nós sabemos que há regras e normas para a realização desta consulta pós-operatória, mas também depende muito da instituição onde o utente é operado porque nós sabemos que há utentes que não há consulta pós-operatória presencial, fazem o *follow-up* que é não presencial, mas também existe a consulta presencial aos 30 dias que muitas das vezes coincide como a consulta da visita médica. Para mim esse conceito da cirurgia, consulta de enfermagem pós-operatória acaba por ser um bocadinho fazer avaliação do utente atendendo aos cuidados que foram planeadas no pré-operatório e é uma forma de verificarmos se aqueles cuidados que foram levantados antes do utente ser submetido intervenção cirúrgica se foram cumpridos e se se conseguiu os objetivos delineados inicialmente.

Que vantagens considera existirem com a realização de uma consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória?

Eu vejo o que a consulta presencial tem vantagens e tem vantagens porquê? Porque o utente se sente apoiado. Se nós fazemos um levantamento, fazemos um diagnóstico ao utente, a melhor forma de nós conseguirmos avaliar poderá ser presencialmente porque há coisas que nós só conseguimos avaliar com o utente à nossa frente. É muito difícil nós conseguirmos fazer uma avaliação de uma manifestação ou de uma situação que o utente nos reporte via, por exemplo, telefone, não é? Muitas das vezes quando não temos a possibilidade de fazer presencialmente temos que o encaminhar e o encaminhamento muitas das vezes não é para nossa consulta pós-operatória presencial, portanto eu acho que sim a consulta pós-operatória tem a vantagem para eu poder fazer uma avaliação adequada do utente, conseguir ver se o utente ficou satisfeito com todo o percurso desde a entrada até a saída e até ter alta efetivamente da sua intervenção, porque ela tem uma

intervenção e o utente só terá alta se tiver tudo em conformidade e conseguido o objetivo. E com a consulta de enfermagem eu acho que é uma... eu costumo dizer que nós somos a voz amiga do doente... é o apoio e há coisas que o doente verbaliza e expõe ao médico e se nós fizemos mesmo numa consulta presencial pós-operatória muitas das vezes sai do gabinete médico, vem para o gabinete enfermagem e o utente tem um comportamento e um... digamos, se calhar uma vontade um bocado diferente com o enfermeiro, provavelmente consegue-se abrir mais, muitas das vezes fazem declarações ao enfermeiro que achamos que é super pertinente, que é muito importante atendendo à sua intervenção, a todo o processo que ele percorreu, em que muitas das vezes são situações que poderiam ter comunicado ao médico e não comunicaram porque é um bocado dentro da área médica mas acabam por nos comunicar a nós. Portanto, mais uma vez é uma vantagem, nós estamos presencialmente em frente a um doente após uma intervenção.

Que desvantagens considera que a realização de uma consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória pode ter?

A única desvantagem que eu poderei ver é porque nós vivemos e estamos localizados num sítio em que temos utentes que vivem a uma distância... não falando em quilómetros mas em tempo... muitas das vezes a 80 quilómetros daqui e o facto de termos uma população que não... que os recursos económicos são limitados e muitas das vezes é o que o utente nos verbaliza e às vezes até ficamos assim um bocado... tipo nós podíamos poupar este valor ausente se fizéssemos esta consulta modo *follow-up* e não presencial, poupávamos o dinheiro ao utente, e não é só o dinheiro é o facto de eles terem que vir acompanhados, por que muitas vezes devido à faixa etária o utente tem que vir acompanhado. O utente muitas das vezes quando não tem acompanhamento vem com o táxi, e o táxi é dispendioso. É a única vantagem que eu vejo porque de resto eu acho que é uma vantagem existir.

Que necessidades no seu quotidiano encontra para a realização da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória? Justifique.

As necessidades... o serviço tem que ter recursos humanos suficientes para quando implementar a consulta pós-operatória presencial, ter sempre de base... imagina que infelizmente num grupo de um serviço há alguém que falte. Essa pessoa falta porque tem necessidades de faltar, percebes? Nós não podemos recorrer ao enfermeiro que está

destacado para a consulta presencial só porque falta alguém, temos que por exemplo... fica aqui uma falha, as consultas são suspensas, são adiadas. No meu ponto de vista isto não pode acontecer. Na consulta presencial pós-operatória o serviço tem de ter condições para quando implementar esta consulta ter condições para que se houver uma falha recorrer e ir buscar recursos para substituir este colega que falha, porque muitas das vezes e atendendo a que estamos a falar em contexto da cirurgia, muitas das vezes o que é que acontece... muitas vezes como é uma consulta, como é um planeamento, podem adiar. Mas se há guidelines que dizem que a consulta deve ser feita aos “x” dias... “y”... aos 30 dias, que seja, então nós não podemos estar a adiar, a avaliação tem que ser feita naquele momento porque há avaliações que são feitas às 24h, às 48h, aos 7 dias ou 30 dias. E se estipularem que a consulta no âmbito da cirurgia que o utente foi submetido, se diz que a consulta é aos 7 dias pós cirurgia, então nós não podemos estar a adiar. Há coisas que têm que ser avaliadas naqueles dias, naquela fase. E muitas das vezes o que é que acontece: porque o utente que vai até ser submetido a uma intervenção então vai-se buscar “aquele” enfermeiro para substituir o enfermeiro por exemplo de uma sala operatória e isso não pode acontecer. O serviço tem que ter capacidade para na eventualidade de haver uma falha a nível de recursos humanos ser imediatamente substituída e não imobilizar tipo “não há consulta”.

Que dificuldades encontra para a realização da referida consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória?

As dificuldades acaba por ser um bocadinho os recursos humanos serem sempre abaixo dos mínimos, o que é uma grande dificuldade. O que poderá também ser considerado uma dificuldade é o tempo que é dado para nós fazermos essa consulta porque na minha opinião nós temos uma consulta e imagina que temos 20 doentes para serem vistos em 6 horas, isso é impensável. Ou estamos ali para ser realmente a voz amiga do doente, de o orientar, de o ouvir, de poder dar tempo para o utente se manifestar, para ele fazer uma avaliação de todo o seu percurso durante uma intervenção cirúrgica, como é que ele esteve no domicílio e dar tempo e o tempo muitas vezes não é em 15 minutos que nós conseguimos fazer essa avaliação. Efetivamente, já estipulado que nós temos que ter 30 minutos para a consulta de enfermagem, seja pré seja pós, e realmente nós temos que respeitar. É um direito que o utente tem e é um dever que nós temos que lhe dar, é os 30 minutos, pelo menos. Mas sabemos que às vezes há situações em que os utentes precisam de mais tempo e nós não podemos estar a olhar para o relógio a dizer “o seu tempo está a acabar e vamo-nos calar e acabou a consulta” e eu acho que, muitas das vezes, no

serviço onde nós estamos poderemos ter a perceção e valorizar que nós quando estamos numa consulta não olhamos para o relógio, o utente precisa nós estamos lá, cada um tem seu tempo. Apesar de termos uma médico são que são os tais 30 minutos nós podemos contrabalançar, uns precisam mais outros precisam menos mas não podemos estar ali “tens 20 consultas tens que te despachar”. O “despachar” na minha opinião em enfermagem não devia existir, devia existir em algumas situações, mas numa consulta é um termo que para mim era eliminado. As pessoas devem ser atendidas... lá está... elas têm... e se nós formos a ver, já foi decretado é os 30 minutos. Eu tenho um utente, eu sei que tenho mais 20 utentes, começo a ficar stressada porque tenho muitos utentes para serem vistos, nós estamos a falar... se tu chegares à consulta e vires a lista e dizeres assim “eu em 6h tenho que ver 20... que sejam 15 doentes. Se for a ver 15 doentes, por cada 30 minutos que eles têm direito, como é que eu me vou orientar? Vou-os despachar? Não, tenho que estar calma, tenho que estar serena, tenho que transmitir tranquilidade ao utente para ele poder se abrir connosco, para ele poder manifestar as suas dúvidas, os receios que tenha tido porque muitas vezes estas consultas dão-nos portas de entrada para nós podermos ver onde é que às vezes pode ter havido uma falha, corrigir num próximo utente, num planeamento pré, quando era aquela fase em que há um levantamento de necessidade diagnóstico para o utente, para o podermos orientar, e muitas vezes estas consultas, o feedback que os utentes nos dão é que nós podemos conseguir avaliar se aquilo que nós planeamos foi adequado ou não para o utente e corrigir para a próxima. Se houve alguma coisa, alguma falha que o utente tenha dito “olhe, eu sentir-me assim... Olhe falta-me isto... olhe eu não soube como é que podia fazer numa situação de uma complicação...” são particularidades essenciais para o enfermeiro depois, num próximo utente, poder corrigir para melhorar porque o que nós pretendemos com isto é que o utente fique satisfeito e que tenham qualidade de vida.

Que expectativas tem relativas à implementação da consulta de enfermagem presencial pós cirurgia ambulatória?

Eu acho que a consulta presencial, as expectativas que nós temos... tem que haver uma reorganização de um serviço para se poder implementar porque temos que ter espaço, porque temos de ter o tempo e temos que ter recursos humanos. Nós se não tivermos um espaço para conseguirmos fazer uma consulta com privacidade, num espaço onde haja oportunidade de o utente se manifestar sem termos a pressão de que temos que fazer as coisas sempre uma forma rápida, os recursos humanos é importante porque eu não posso estar destacada numa consulta e estar já destacada para outro posto de trabalho. Eu tenho

um posto de trabalho, são aquelas “x” horas e eu tenho que me dedicar aquele tempo e organizar o meu serviço para aquele tempo que é consulta de enfermagem presencial pós-operatória. Muitas das vezes não é fácil porque fazer justificar superiormente e fazer entender a importância deste tipo de consultas, às vezes não é fácil. Não é fácil porque se eu disser que numa tarde tenho 6 horas e por cada 6 horas o máximo que eu posso ver são 12 doentes, eles querem que eu vejo 18 não é fácil. Não é fácil porque sabemos que hoje em dia as instituições também valorizam muito a estatística, a parte económica, tem que se rentabilizar. É um bocadinho “andar contra” mas se nós queremos qualidade nós temos que dar qualidade ao utente, temos que ter condições, temos que estar disponíveis para, mas também temos que dar oportunidade ao utente de se sentir satisfeito. Na minha opinião, um utente quando vem e procura um serviço é porque precisa e nós temos que ter todas as condições para que ele quando tem alta, ou digamos quando fecha a porta do hospital, saia daqui satisfeito. E nós só podemos conseguir que ele tenha esse nível de satisfação quando nós próprios também estamos satisfeitos no nosso local de trabalho.

Que sugestões deixaria para sua implementação?

Uma das coisas importantes que nós às vezes esquecemos antes de implementar é efetivamente mostrar a valorização desta consulta, porque se nós superiormente não conseguimos mostrar a importância desta consulta ela não vai ser valorizada, valorizada no sentido em “porque é que se faz esta consulta? Qual é o objetivo desta consulta?” porque se disserem que por cada consulta se nós só olharmos a dados estatísticos, isso para mim não faz sentido. Eu acho que primeiro temos que mostrar a importância e o valor que esta consulta tem, inclusive para um utente. Outra sugestão é respeitar os tempos no mínimo. Existe uma nova orientação que foi já implementada pela ordem dos enfermeiros e que está em regulamento e eu acho que devem respeitar, se dizem que um utente tem direito aos 30 minutos, eu tenho o dever e estar realmente 30 minutos disponíveis para ouvir e encaminhar o utente. Para mim essas coisas são fundamentais, mais uma vez repetindo é mostrar a valorização desta consulta para depois ser implementada e respeitar os tempos.

APÊNDICE 6 – GRELHA DE ANÁLISE CONTEÚDO

ÁREA TEMÁTICA - CONCEITO ATRIBUÍDO PELOS ENFERMEIROS À CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL PÓS-CIRURGIA AMBULATÓRIA

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Avaliação multidimensional do doente		<p>(...) O conceito de uma consulta é realmente fazer um apanhado da situação clínica do paciente (...) E3</p> <p>(...) A consulta é importante para vermos o doente na sua totalidade, vermos as dúvidas que eles têm e vermos efetivamente, cara a cara, as queixas que ele tem e ver realmente o problema, porque às vezes eles ligam-nos a dizer que “têm isto e têm aquilo” e nós não conseguimos visualizar o que eles têm, comprovar efetivamente (...) E5</p> <p>(...) consulta de enfermagem pós-operatória acaba por ser um bocadinho fazer avaliação do utente atendendo aos cuidados que foram planeadas no pré-operatório e é uma forma de verificarmos se aqueles cuidados que foram levantados antes do utente ser submetido intervenção cirúrgica se foram cumpridos e se se conseguiu os objetivos delineados inicialmente(..) E6</p> <p>(...) será uma consulta para tentar perceber a recuperação, os constrangimentos do doente depois da cirurgia, as necessidades, as dificuldades que ele teve, o pós-operatório. Perceber o doente e ajudá-lo se houver necessidade (...) E9</p> <p>(...) A consulta de enfermagem pós-operatória é um instrumento importante, permite avaliar vários aspetos relacionados com a recuperação do doente, avaliar complicações imediatas que tenham surgido, avaliar também que o doente tem conhecimentos, algumas</p>

		<p>falhas que tenham acontecido e também permite que essas falhas sejam colmatadas (...) E10</p> <p>(...) É uma consulta que serve para nós avaliarmos como correu (...) qual é o estado do doente, como é que o doente está pós-cirurgia, se está tudo bem, quais foram as principais dificuldades, o que é que nós podemos fazer para ajudar no caso de haver dificuldades (...) E11</p>
Validação de conhecimentos		<p>(...) A consulta de enfermagem serve para os doentes terem a noção daquilo que vão fazer, (...) se compreenderam todos os cuidados que foram ditos e ensinados (...) E1</p> <p>(...) Penso que a consulta de cirurgia pós-operatória (...) se há dúvidas a esclarecer e a necessidade de reforço do ensino que foi feito no momento da alta, que não tenham percebido o esclarecimento (...) E4</p> <p>(...) esclarecer as dúvidas que eles tenham, verificar se estão a cumprir de facto, se para eles fez sentido cumprir aquilo que lhes foi dito ou se até acham que não há... que foram feitos ensinamentos exagerados, que não há necessidade de tanto rigor (...) E12</p> <p>(...) um guia a ver se eles realmente estão a cumprir, digamos assim, dentro do limite, os nossos... as indicações que fazemos aqui (...) E13</p>

Diagnóstico de necessidades do doente.	Identificar dificuldades do doente	<p>(...) identificar os problemas que tem e tentar resolver as suas necessidades. Basicamente é isto, definir as estratégias da mesma (...) E3</p> <p>(...) penso que a consulta de cirurgia pós-operatória seja para despistar... o que é que poderá ter corrido menos bem durante as 24 horas que estiveram em casa, que dificuldades é que encontraram (...) E4</p> <p>(...) Para mim, a consulta de enfermagem pós-operatória tem a ver com o contacto que vamos ter com o doente depois do que ele passou no serviço e tentar saber quais foram as dificuldades que ele teve depois em casa relacionado com a cirurgia (...) E8</p>
	Identificar recursos domiciliários	<p>(...) se tem apoio em casa no pós-cirúrgico(...) E1</p>
Autonomia no estabelecimento do plano de cuidados		<p>(...) O conceito que eu tenho acerca da consulta de enfermagem é uma consulta autónoma, portanto, do grupo profissional de enfermagem que é um grupo com competências para isso também e que têm uma série de atividades e atitudes autónomas em que vai (...) perante as necessidades que nós vemos do nosso utente vamos formular as necessidades e depois aí estabelecer um plano de atividade, de cuidados (...) E2</p> <p>(...) O conceito que eu tenho é uma consulta realizada por enfermeiros a um utente submetido a cirurgia de ambulatório, de forma independente, com objetivos específicos (...) E7</p>
Esclarecimento de dúvidas		<p>(...) esclarecimentos de dúvidas no processo de recuperação no pós-operatório (...) E7</p>

		<p>(...) Permite esclarecer dúvidas em relação à medicação que ele tem que fazer em casa. Permite esclarecer alguns aspetos que, na altura da alta, o doente não se lembrou de perguntar ou que da parte do enfermeiro não foram valorizados em relação ao doente, à vida do doente em casa. E permite que essas questões que surgiram após a saída do hospital e ao chegar a casa, permite que sejam essas questões esclarecidas e até que o doente seja orientado da melhor forma de resolver alguns problemas que tenham surgido depois em casa (...) E10</p>
--	--	--

ÁREA TEMÁTICA - PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS ACERCA DAS VANTAGENS DA EXISTENCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL PÓS-CIRURGIA AMBULATÓRIA

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Acompanhamento do doente		(...) temos uns dados imediatos em termos de sucesso da cirurgia de ambulatório mas a partir daí perdemos “o fio à meada”, então não temos acompanhamento dos doentes. Se eu acho que era preferível uma consulta presencial do que uma consulta não presencial, sim (...) E7.
Avaliação de eventuais complicações		(...) Se for presencial provavelmente, se calhar, até conseguimos resolver o problema sem os mandar à urgência. Consegue-se constatar os problemas (...) E5
Segurança		(...) desmistificar medos, uma série de coisas que depois povoam a cabeça das pessoas (...) E2 (...) E acho também, para o doente, o contacto, a presença, acho que transmite segurança. É um contacto próximo, não é um contacto distante (...) a proximidade pode fazer o doente sentir-se mais seguro, mais confiante. E9
Expressão de sentimentos e emoções		(...) com a consulta de enfermagem... eu costumo dizer que nós somos a voz amiga do doente... é o apoio e há coisas que o doente verbaliza e expõe ao médico e se nós fizemos mesmo numa consulta presencial pós-operatória muitas das vezes sai do gabinete médico, vem para o gabinete enfermagem e o utente tem um comportamento e um... digamos, se calhar um à vontade um bocado diferente com o enfermeiro, provavelmente consegue-se abrir mais, muitas das vezes fazem declarações ao enfermeiro que achamos que é super pertinente, que é muito importante atendendo à sua intervenção, a todo o processo que ele percorreu, em que

		<p>muitas das vezes são situações que poderiam ter comunicado ao médico e não comunicaram porque é um bocado dentro da área médica mas acabam por nos comunicar a nós (...) E6</p>
<p>Avaliação centrada no discurso</p>		<p>(...) Na consulta presencial a gente vê com mais nitidez o fácies do doente, se ele tem dor, se tem algum desconforto. Conseguimos ver bem se compreende, como é que ele reage àquilo que se diz (...) E1</p> <p>(...) Eu vejo o que a consulta presencial tem vantagens e tem vantagens porquê? Porque o utente se sente apoiado. Se nós fazemos um levantamento, fazemos um diagnóstico ao utente, a melhor forma de nós conseguirmos avaliar poderá ser presencialmente porque há coisas que nós só conseguimos avaliar com o utente à nossa frente. É muito difícil nós conseguirmos fazer uma avaliação de uma manifestação ou de uma situação que o utente nos reporte via, por exemplo, telefone, não é (...) E6</p> <p>(...) A vantagem seria o <i>follow-up</i>, o termos dados reais sobre o pós-operatório do doente submetido a cirurgia de ambulatório, perceber o que está a acontecer, ter dados, se teve complicações, se teve que recorrer à urgência, se a cirurgia correu bem, quais foram as principais dúvidas que eles tiveram, o que é que a nossa consulta mesmo pré-operatória ajudou ou não nesta recuperação... faltam-nos dados, isso sim. As vantagens seriam basicamente essas (...) E7</p> <p>(...) Os contactos dão-nos mais feedback do que faz falta para os próximos. Portanto, as dificuldades que eles vão apresentados em termos presenciais (...) E8</p> <p>(...) Tentar corrigir alguma coisa que seja necessário corrigir... o doente tem que estar próximo de nós para tentar, por exemplo, a questão do penso, é possível ver logo o penso, se está bem... alguma dúvida... às vezes eles (doentes) colocam-nos duvidas que nós... há coisas que são subjetivas, por exemplo, a dor é uma coisa</p>

		<p>subjetiva, é mais fácil se estiveres à beira do doente, estás a ver o fâcies por exemplo, consegues ver o doente, a comunicação não-verbal... e outras coisas (...) E9</p> <p>(...) Em termos presencias, comparando com outro tipo de ... até contrapondo à não presencial, a presencial permite uma observação física do doente, muitas vezes há sinais que não são visíveis de outro modo, a presencial permite que o doente seja avaliado em termos físicos, em termos até a postura dele na consulta, se o doente está mais debilitado, se está mais deprimido. Até olhar para a face do doente permite avaliar a dor que o doente às vezes não expressa... (...) E10</p> <p>A vantagem maior, se for presencial é observarmos a reação do doente, a reação física, a cara, o corpo, porque muitas vezes eles estão-nos a dizer uma coisa mas não é bem aquilo que eles sentem ou que (...) por exemplo a dor, muitas vezes eles falam que não têm ou que têm e postura física deles diz-nos exatamente o contrário. Ou então estão-nos a descrever alguma coisa, já me aconteceu ao telefone, e eu não estar a perceber o que eles me estão a querer dizer (...) E11</p> <p>(...) Portanto, verificar se está no bom caminho do que lhe foi pedido, do que deve seguir pós-operatório (...) E13</p>
<p>Validação da educação para a saúde (EPS) realizada pelos enfermeiros</p>		<p>(...) é muito importante esta consulta para ver, para validar os ensinamentos que nós fizemos naquele pós imediato, portanto mais à posteriori para ver se a pessoa conseguiu absorvê-los, e o cuidador (...) E2</p> <p>(...) Uma das grandes vantagens é fazermos também uma avaliação do trabalho que tivemos no pré. No fundo, avaliar tudo aquilo que foi feito, a preparação pré-operatória e validá-la no pós-operatório e ver os resultados realmente, o nosso trabalho e os nossos ensinamentos que tivemos com aquele paciente, tiveram uma repercussão positiva e foram assimilados ou não foram assimilados (...) grandes vantagens para fazer uma</p>

		validação e uma avaliação de todo o trabalho que foi feito (...) E3
Reforço da educação para a saúde		(...) vantagem no reforço dos ensinamentos (...) E4
Avaliação do grau de satisfação do doente		(...) consulta pós-operatória tem a vantagem para eu poder fazer uma avaliação adequada do utente, conseguir ver se o doente ficou satisfeito com todo o percurso desde a entrada até a saída e até ter alta efetivamente da sua intervenção, porque ela tem uma intervenção e o utente só terá alta se tiver tudo em conformidade e conseguido o objetivo (...) E6
Estabelecimento de uma comunicação empática		(...) ter uma noção melhor, a empatia que se cria para perceber as dificuldades que teve são diferentes. Portanto eu acho que é bom (...) E8 (...) facto de estar face a face, sempre há uma maior proximidade (...) E10

ÁREA TEMÁTICA - PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS ACERCA DAS DESVANTAGENS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL PÓS-CIRURGIA AMBULATÓRIA

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Deslocação do doente		<p>(...) Terá para os doentes que são de muito longe, que não têm companhia, que não têm quem os traga. Há pessoas que vêm de 40, 50 km e para eles é bastante dispendioso. E também podem não ter ninguém que os traga, que se disponha a trazê-los (...) E1</p> <p>(...) As desvantagens, eu vejo mais por aqui, vejo mais no sentido da pessoa... da geografia, de ser distante ou de não ter o acompanhamento (...) E2</p> <p>(...) a deslocação da pessoa. Às vezes são pessoas de muito longe, às vezes são pessoas muito dependentes, algumas até podem estar acamadas porque às vezes é o caso (...) E2</p> <p>(...) em termos de deslocação do paciente (...) E3</p> <p>(...) mesmo para os doentes, muitos são de longe, não é... o espaço... muitos vêm de Melgaço, não sei até que ponto justificaria a vinda deles nas 24 horas seguintes, se tivesse que ser uma consulta 24 horas após (...) E4</p> <p>(...) o tempo que eles levam a vir cá, disponibilidade (...) E5</p> <p>(...) A única desvantagem que eu poderei ver é porque nós vivemos e estamos localizados num sítio em que temos utentes que vivem a uma distância... não falando em quilómetros mas em tempo... muitas das vezes a 80 quilómetros daqui e o facto de termos uma população (...) E6</p> <p>(...) A única desvantagem que poderá ter é mais uma deslocação, o doente terá que vir ao hospital. De resto</p>

		<p>não vejo que haja desvantagens... será mais pela distância (ao hospital) (...) E8</p> <p>(...) a desvantagem é só ele ter que se deslocar, por exemplo, se for de Melgaço a deslocação (...) E9</p> <p>(...) O deslocamento, neste caso dos doentes ao hospital, porque muitos são de longe. No caso da cirurgia ambulatória, será mais esse ponto (...) E11</p> <p>(...) A distância porque muitos deles não podem conduzir (...) E12</p> <p>(...) Desvantagem se for presencial, obrigava o utente a deslocar-se a nós, o que muitas vezes são de muito longe, são idosos, muito idosos, incapacitados e que isso iria trazer muitas desvantagens relativamente a eles (...) E13</p>
<p>Maiores encargos financeiros</p>		<p>(...) os recursos económicos são limitados e muitas das vezes é o que o utente nos verbaliza e às vezes até ficamos assim um bocado (...) O utente muitas das vezes quando não tem acompanhamento vem com o táxi, e o táxi é dispendioso (...) E6</p> <p>(...) essas vindas todas (consultas pré e pós-operatórias das diversas áreas) e tudo está associado custos quer para o utente quer para a própria instituição. Acho que seria principalmente isto, a parte económica das partes (...) E7</p> <p>(...) os custos que isso trás para o doente, porque às vezes eles referem isso (...) E9</p> <p>(...) ... a maior desvantagem que eu vejo aqui na região de Viana... considero... é a parte económica (...) E10</p> <p>(...) São custos, não sei até que ponto o telefone no nosso caso não resolve e o centro de saúde... nós encaminhamos para o centro de saúde se eles se queixarem (...) E12</p>

		(...) poder económico que muitos não tem. Uma população idosa e com fracos recursos (...) E13
Número elevado de doentes		(...) as desvantagens (...) o próprio volume de doentes (...) E4
Sobrecarga familiar		<p>(...) vai requerer da parte dos familiares uma maior disponibilidade para que possam deslocar-se com o doente, uma vez que ele está, muitas vezes, um pouco debilitado, tem alguma dificuldade, alguns são pessoas de idade e tem dificuldade na deslocação, isso vai obrigar a que depois um familiar se estiver empregado tenha que faltarão trabalho, tenha muitas vezes deixar de dar apoio ou a filhos, ou a crianças que ficam um pouco “abandonadas” (entre aspas)... e vai causar alguns transtornos familiares (...) E10</p> <p>(...) precisam de alguém que venha com eles, portanto já são duas pessoas que já faltaram no dia anterior para os trazer cá, que também têm que vir acompanhados, seria mais um dia que familiares teriam que faltar (...) E12</p> <p>(...) quem os trás que são os acompanhantes mais uma vez iriam perder o dia de trabalho, que é mesmo assim (...) E13</p>
Mudanças arquitetónicas do espaço físico		<p>(...) O espaço físico porque nós temos um espaço físico um bocado limitado e o número de pessoas para poderem fazer esse tipo de consulta (...) E11</p> <p>(...) não sei se teríamos muitas condições para isso porque nós aqui temos limitações no espaço, não temos gabinetes. Não teríamos talvez muitas condições (...) E12</p>

ÁREA TEMÁTICA - NECESSIDADES DOS ENFERMEIROS PARA PODER REALIZAR UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL PÓS-CIRURGIA AMBULATÓRIA

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Parametrização da consulta		<p>(...) É necessário parametrizar a consulta em termos informáticos (...) E1</p> <p>(...) a nível informático, tinha que ser... até para a parametrização da mesma, não é... isto ia... isto ia implicar algumas, que às vezes não é fácil porque não temos... não, e não temos muito (...) E2</p> <p>(...) tem de estar parametrizado para se registar, para se fazer os registos convenientemente para depois podermos estudar. Para fazer uma avaliação convém estar tudo registado (...) E9</p>
Estruturação da consulta		<p>(...) primeiro... tinha que ser... criada esta consulta (...) E2</p>
Formação dos enfermeiros		<p>(...) Tinha que ter pessoal que tenha... preparado... o pessoal de enfermagem estar preparado (...) E2</p>
Disponibilidade dos enfermeiros		<p>(...) uma necessidade portanto acho que passaria também a disponibilidade para isso (...) E2</p> <p>(...) disponibilidade profissional porque os enfermeiros daquilo que eu vejo têm vontade e disponibilidade para agarrar novas... novas tarefas, novos trabalhos, evoluir ... evoluir na prestação dos cuidados e na melhoria dos mesmos(...) E3</p> <p>(...) a total disponibilidade, quer a disponibilidade temporal, quer em termos intelectuais porque está a pensar numa coisa e a fazer outra ou a pensar em três coisas e lá fora estão a chamar e é preciso dar resposta</p>

		e a pessoa, está muito, muito dispersa daquilo que está a fazer (...) E10
Espaço físico	Promova a privacidade	<p>(...) depois, teríamos de ter um espaço próprio onde possa haver privacidade, onde a pessoa possa estar à vontade para por as questões (...) E2</p> <p>(...) espaço físico (...) E3</p> <p>(...) espaço (...) físicos (...) E4</p> <p>(...) Estrutura física, enfermeiros se calhar temos mas estrutura física provavelmente não teremos para fazer esta consulta (...) E5</p> <p>(...) do próprio espaço físico que neste momento não temos. Temos os gabinetes ocupados diariamente com as consultas pré-operatórias (...) E7</p> <p>(...) mais como o espaço físico, não temos grande espaço para isso (...) E8</p> <p>(...) é necessário espaço físico... é necessário (...) E9</p> <p>(...) É um gabinete que estamos às vezes na consulta e somos interrompidos pela auxiliar, somos interrompidos por outros doentes, é um problema que existe a nível do agendamento, vem a administrativa interromper-nos a consulta. Portanto, devia ser u espaço mais reservado, mais exclusivo para a consulta (...) E10</p> <p>(...) Precisávamos de ter espaço para fazer as consultas que não temos. É uma necessidade que teríamos neste momento. Temos um número muito limitado de espaço físico para o número de doentes (...) E11</p> <p>(...) Precisávamos de facto de ter um gabinete, foi o que já disse há bocadinho, termos um gabinete onde pudéssemos receber o doente, ver e fazer o primeiro penso ou, pelo menos verificar como é que está o penso, a ligadura... no caso dos doentes de</p>

		<p>oftalmologia não era preciso nada, chegaria um gabinete simples, mas nos doentes de cirurgia faria falta e não temos, nós não temos recursos (...) E12</p> <p>(...) A necessidade deste serviço... tínhamos que ter mais pessoal de enfermagem para o fazer (...) E13</p>
	Promova o conforto	<p>(...) Da minha experiência do dia-a-dia... uma das maiores necessidades que nós sentimos é a falta de espaço exclusivo para a consulta. Em termos físicos é terrível, os doentes queixam-se frequentemente da falta de condições, quer ambientais, de conforto de temperatura, de humidade, quer o espaço que é um espaço desconfortável, os doentes queixam-se muito do conforto das cadeiras, da ergonomia do mobiliário (...) E10</p>
Mais recursos humanos		<p>(...) ter pessoal para... recursos humanos (...) E2</p> <p>(...) questões de recursos humanos (...) E3</p> <p>(...) pessoas (...) recursos humanos (...) E4</p> <p>(...) As necessidades... o serviço tem que ter recursos humanos suficientes para quando implementar a consulta pós-operatória presencial, ter sempre de base... imagina que infelizmente num grupo (enfermagem) de um serviço há alguém que falte. Essa pessoa falta porque tem necessidades de faltar, percebes? Nós não podemos recorrer ao enfermeiro que está destacado para a consulta presencial só porque falta alguém, temos que por exemplo... fica aqui uma falha, as consultas são suspensas, são adiadas. No meu ponto de vista isto não pode acontecer (...) E6</p> <p>(...) Necessidades de mais pessoal de enfermagem para essa realização (...) E7</p> <p>(...) em termos de necessidades seria recursos humanos (...) E8</p>

		<p>(...) Precisávamos também de ter mais pessoas para podermos fazer a consulta porque é um bocado complicado neste aspeto, e acho que a necessidade maior seria por aí, porque em termos de resposta dos doentes, eu acho que eles até responderiam muito bem no caso de terem que vir cá (...) E11</p>
--	--	--

ÁREA TEMÁTICA - DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS PARA A REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL PÓS-CIRURGIA AMBULATÓRIA

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Falta de ajustamento do sistema informático		(...) em termos informáticos, não está ajustado(...) E1
Falta de organização das consultas		(...) podia-se era tentar criar com horário... desfasado das outras consultas. Às vezes é mais à tarde, ou assim, porque às vezes os médicos, não temos tantas consultas, mas também depende dos dias e depende das horas. Ter uma altura própria, portanto um momento próprio para isso, com computadores... aí já implicaria também ter um computador para isso, porque às vezes... matérias, computador (...) era mais esta organização (...) E2
Espaço físico inadequado		<p>(...) no meu serviço, resumir-se-ia a uma questão de espaço físico. É de todo impossível com o espaço físico que temos abranger um leque maior de atividades. O bloco ambulatorio, neste momento, já está subdimensionado para a atividade que está a ter, sem dúvida nenhuma (...) E3</p> <p>(...) espaço ... o espaço (...) E4</p> <p>(...) fora só temos 2 gabinetes. Como é só nossa consulta (...) mas talvez o espaço é uma dificuldade (...) E5</p> <p>(...) neste momento mesmo com as consultas pré-operatórias, nós só temos 2 gabinetes que estão sempre ocupados e, portanto, não temos muito por onde alargar, era preciso aumentar o espaço e envolve custos económicos (...) E7</p>

		<p>(...) A maior dificuldade que há neste serviço tem a ver com o espaço físico por causa das dinâmicas que existem (...) E8</p> <p>(...) Temos a dificuldade do espaço físico que não dá para alargar mais... está restringido. É necessário fazer obras, investir. É o espaço físico (...) E9</p> <p>(...) Deveriam haver obras de reestruturação do serviço, para ser reestruturado para podermos (...) porque só temos dois gabinetes que normalmente estão a ser usados por médico e enfermeiro a fazer admissões e as consultas pré-operatórios. Portanto, não tínhamos espaço para fazer consultas pós-operatórias (...) E11</p> <p>(...) Seria preciso um gabinete (...) E12</p> <p>(...) O recurso físico que não há (...) E13</p>
Défice de recursos humanos		<p>(...) As dificuldades acaba por ser um bocadinho os recursos humanos serem sempre abaixo dos mínimos, o que é uma grande dificuldade (...) E6</p> <p>(...) Em termos de pessoal acho que sim, provavelmente, é uma dificuldade que acho que pode ser ultrapassada (...) E7</p> <p>(...) em termos de recursos humanos também, não sei até que ponto teremos recursos humanos suficientes para conseguir destacar mais um elemento (...) E9</p> <p>(...) a falta de disponibilidade em termos intelectuais para a pessoa estar só a pensar naquilo, não estar preocupado com mais nada (...) E10</p> <p>(...) mais pessoas porque de momento com os elementos que existem na equipa é impossível (...) E11</p> <p>(...) se calhar precisaria de mais de 8h para conseguir ver os doentes todos do dia anterior, porque nós fazemos aqui muitas cirurgias. Para se ter uma noção,</p>

		<p>de oftalmologia operamos 20 na tarde... ontem, por exemplo, operamos aqui 30 doentes à tarde, 20 de oftalmologia, 10 de ortopedia, fora os da manhã, que devem ter sido 5/6 em cada sala, vezes 3, faz a conta..., portanto... ao telefone é muito mais rápido (...)</p> <p>E12</p> <p>(...) recursos humanos (...) E13</p>
Mais tempo disponível para a realização da consulta		<p>(...) também ser considerado uma dificuldade é o tempo que é dado para nós fazermos essa consulta porque na minha opinião nós temos uma consulta e imagina que temos 20 doentes para serem vistos em 6 horas, isso é impensável. Ou estamos ali para ser realmente a voz amiga do doente, de o orientar, de o ouvir, de poder dar tempo para o utente se manifestar, para ele fazer uma avaliação de todo o seu percurso durante uma intervenção cirúrgica, como é que ele esteve no domicílio e dar tempo e o tempo muitas vezes não é em 15 minutos que nós conseguimos fazer essa avaliação (...)</p> <p>E6</p>
Intromissões constantes		<p>(...) As interrupções constantes da consulta (...)</p> <p>E10</p>

ÁREA TEMÁTICA - EXPECTATIVAS DOS ENFERMEIROS RELATIVAS À IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL PÓS-CIRURGIA AMBULATÓRIA

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Reconhecimento da importância da consulta de enfermagem	Doente	(...) os doentes aderirem, se não for muito transtorno para eles, para nós verificarmos a sua... aquilo que a gente lhes diz e se eles compreendem será melhor... e em termos informáticos acho que é uma coisa viável, já há outras condições que se podem criar e fazer (...) E1
	Organizações hospitalares	(...) tem que haver uma reorganização de um serviço para se poder implementar porque temos que ter espaço, porque temos de ter o tempo e temos que ter recursos humanos. Nós se não tivermos um espaço para conseguirmos fazer uma consulta com privacidade, num espaço onde haja oportunidade de o utente se manifestar sem termos a pressão de que temos que fazer as coisas sempre uma forma rápida, os recursos humanos é importante porque eu não posso estar destacada numa consulta e estar já destacada para outro posto de trabalho, é preciso que as organizações acreditam na importância da consulta (...) E6
Criação da consulta de enfermagem pós-operatória presencial		(...) eu acho que será viável, que será importante, quer para... para todos, quer par nós como enfermeiros porque... é uma atividade mesmo nossa... e quer para o doente como para a família, também. E mesmo para o serviço..., para os serviços. Portanto, eu acho que seria viável, acho que seria uma mais valia... para ... para todos (...) E2 (...) implementada uma consulta desse tipo, pós-operatória, conseguiríamos chegar mais facilmente aos problemas que os doentes têm, embora (...)

		<p>pensar) eu ache que seja um bocado difícil porque não estou a ver o serviço a ser reestruturado (...) E11</p>
Iniciação da consulta de enfermagem de forma gradual		<p>(...) O volume de doentes é muito alto e ... penso que de momento não conseguíamos dar resposta a todas as solicitações. Ou tínhamos que começar por alguma especialidade que a gente achasse que realmente... ganhava mais porque por vezes são operados 40 doentes num dia, 50 ... e há cirurgias que a gente faz que os doentes vêm aqui também mês a mês, que precisam no caso das injeções intra-vitrosos, e também não sei se haverá necessidade de controlo de virem cá ... constantemente (...) E4</p>
Criação de um espaço confortável		<p>(...) espaço, eu acho que... e havendo boa vontade e as pessoas querendo eu acho que se consegue ir para a frente. Agora depende muito do espaço. Acho que é importante todos nós sabermos e querermos saber como é que o doente passa, como é que o doente está, como é que a ferida evoluiu, como é que ele se comportou, quais as dificuldades que teve, verificar o após (...) E8</p> <p>(...) haver um espaço exclusivo para a consulta, estruturar o serviço em termos físicos... o espaço da sala não é o ideal mas até é adequado ao que se destina... penso que seria mesmo haver condições em termos de espaço (...) E10</p>
Existência de enfermeiro adstrito à consulta		<p>(...) acho que é o tempo que está padronizado 20 minutos e tem que fazer aquilo em muito menos tempo porque tem que admitir doentes... a sugestão era que houvesse só mesmo ... um enfermeiro só está adstrito à consulta, não ter que ter mais nenhuma preocupação... acho que isso já lhe dava muito que fazer e seria o ideal (...) haver condições necessárias para que as coisas fossem feitas com o mínimo de segurança... de conforto para o doente, qualidade e acima de tudo que o doente achasse ... não “despachar”, não entrar e estar a ser despachado mas</p>

		<p>ser acolhido e ater tempo para expor porque um dos medos dos doentes é que... uma pessoa está preocupada em passar a informação mínima necessária e não a passar a informação que o doente precisa, muitas vezes não damos ao doente para expor as suas necessidades porque uma consulta de enfermagem também tem o aspeto de... haver um tratamento “não terapêutico”, um aconselhamento não terapêutico em relação, de modo a minimizar a ansiedade, a esclarecer os receios que existam, a dar espaço para que as dúvidas sejam expostas (...) E10</p>
Sem expectativas		<p>(...) portanto neste momento não tenho expectativas que será realizada. A longo prazo sim, e só se nas condições que eu falei anteriormente, em termos de a nossa consulta acabar por substituir um bocadinho a consulta médica e sermos nós ao encontrar alguma complicação que encaminharíamos para o médico. Isto permitiria aliviar as consultas médicas, o agendamento deles, aliviar... e como nós somos o meio mais barato se calhar poupar dinheiro ao hospital (...) E7</p> <p>(...) não é fácil por causa de não termos recursos humanos... espaço físico não temos... e a própria parametrização, programa informático. Nunca será uma coisa para curto prazo (...) E9</p> <p>(...) Nenhumas. É um assunto muito vago, muito frágil, muito, muito tudo.... Muito delicado (...) E13</p>

ÁREA TEMÁTICA - SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL PÓS-CIRURGIA AMBULATÓRIA

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Consulta na plataforma informática		(...) criar a consulta em termos informáticos, parametrizar, e coordenar essas consultas para terem um tempo próprio porque às vezes não existem, são tipo consultas soltas. Uma organização logística e informática (...) E1
Diagnóstico de situação		<p>(...) fazer o levantamento das necessidades maiores, e depois claro, também haverá algumas mais... poderão ser mais específicas de cada tipo até de cirurgia. E depois a partir daí eu acho que elaborar a consulta com as várias... com os vários focos... de atenção de enfermagem e depois, a partir daí trabalhar os vários e... criar-se uma consulta mesmo (...) E2</p> <p>(...) fazer um levantamento dos doentes, das situações que a gente encontra no <i>follow-up</i> do dia seguinte, perceber quem são os grupos a quem a gente pelo menos poderia começar a aplicar a consulta presencial (...) E4</p> <p>(...) Uma seleção de doentes já eliminava grande parte deles e... era o espaço, era os recursos humanos, selecionar se calhar doentes para conseguir ser viável(...) E12</p>
Guião para a consulta de enfermagem		(...) elaborar um guião de consulta pós-operatória que é para a atividade ser o mais standarizado possível para não haver aqui grandes discrepâncias na atuação dos profissionais e trabalhar na questão (...) E3

Espaço próprio para a consulta		<p>(...) precisamos de muito mais espaço. O espaço que temos nem para a consulta pré-operatória é suficiente, não é... (...) E4</p> <p>(...) Criar espaço físico mas já temos andado “as voltas”... se não fosse realmente aqui neste local, arranjava-se no hospital, não era obrigatório ser no próprio serviço, pode ser fora do serviço como outras consultas quaisquer. Desde que haja um gabinete acho que não é obrigatório ser no próprio serviço (...) E8</p> <p>(...) Criar um espaço só para a consulta com tempo disponível para os doentes (...) E10</p> <p>(...) Reestruturarem o serviço, alargarem o serviço (...) E11</p>
Mais recursos humanos		<p>(...) recursos humanos como sempre (...) E4</p> <p>(...) contratar mais enfermeiros (...) E9</p> <p>(...) colocarem mais enfermeiros a trabalharem no serviço para se poder implementar este tipo de consulta (...) E11</p>
Marketing relativo à importância da consulta de enfermagem		<p>(...) mostrar a valorização desta consulta, porque se nós superiormente não conseguimos mostrar a importância desta consulta ela não vai ser valorizada, valorizada no sentido em “porque é que se faz esta consulta? Qual é o objetivo desta consulta?” porque se disserem que por cada consulta se nós só olharmos a dados estatísticos, isso para mim não faz sentido. Eu acho que primeiro temos que mostrar a importância e o valor que esta consulta tem, inclusive para um utente (...) E6</p>
Respeito dos tempos da consulta		<p>(...) respeitar os tempos no mínimo (...) E6</p>

Responsabilidade exclusiva da consulta pós-operatória pelo enfermeiro		(...) acho que nós poderíamos fazer uma triagem no pós-operatório, os doentes a serem encaminhados para o enfermeiro e só se o enfermeiro identificasse alguma complicação, e uma vez que trabalhamos sempre muito em proximidade com eles, com os médicos, selecionar os utentes que seriam posteriormente então.... Se haveria a necessidade de serem vistos pelos médicos, exatamente. Nós (enfermeiros) faríamos a 100% essa consulta pós-operatório e nós triaríamos os utentes que acharíamos que deveriam ser encaminhados, com base em protocolos provavelmente, seriam encaminhados então para ser novamente vistos pelo médico da especialidade (...) E7
Articulação com os cuidados de saúde primários		(...) haver mais interligação, poderem ser as enfermeiras do centro de saúde a fazer essa consulta (...) E12
Comunicação entre a equipa de saúde		(...) será uma sugestão, provavelmente, reunir os enfermeiros e perceber...Sim, com o pessoal que trabalha no local para perceberem a necessidade que nós temos em muitos aspetos (...) E13
Sem sugestões		(...) não tenho sugestões (...) E5

ÁREA TEMÁTICA - OBJETIVOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL PÓS-CIRURGIA AMBULATÓRIA NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Avaliação	Qualidade dos cuidados prestados	<p>(...) muito sentido fazer uma avaliação dos cuidados que nós prestamos. E tudo isto com a melhoria da qualidade de vida da pessoa, da pessoa e da família, também da comunidade porque se tivermos melhor saúde dos nossos... das pessoas com que ... que vivem à nossa volta, poderemos... teremos também uma sociedade melhor, portanto que estará menos doente, mais saudável (...) E2.</p> <p>(...) avaliar se aquilo que nós planeamos foi adequado ou não para o utente e corrigir para a próxima (...) poder corrigir para melhorar porque o que nós pretendemos com isto é que o utente fique satisfeito e que tenham qualidade de vida (...) E6</p> <p>(...) se se sentiu seguro, quais as dificuldades que teve em relação aquilo que aprendeu do ensino que lhe foi feito em relação aos cuidados que tinha que ter, nomeadamente com a ferida, com alimentação, com tudo o que lhe foi explicado (...) E8</p> <p>(...) querer-nos descrever o que têm na sutura ou o que estão a sentir e nós não entendemos minimamente o que eles estão a dizer (...) E11</p>
	Eventuais complicações	<p>(...) também vemos quais são os pontos essenciais que temos que reforçar e ver também em termos práticos o resultado do trabalho, porque nós muitas vezes perdemos um bocadinho a noção de que se houve uma deiscência, se houve uma infeção (...) E3</p>

		<p>(...) avaliamos a situação do que ele estar... por exemplo tem um corrimento, uma perda de sangue, é muito ou é pouco (...) E9</p> <p>(...) avaliação do doente (...) E10</p>
Promoção da continuidade dos cuidados		<p>(...) visa principalmente esta parte nossa autónoma, neste acompanhamento e neste seguimento do doente com os cuidados próprios que nós para os quais estamos preparados (...) E2</p> <p>(...) alguns doentes porque... ou não perceberam bem porque, às vezes há doentes que falam...e esquecem, ou que os ensinamentos que a gente fez, ou mesmo em relação à medicação que é aquela dificuldade que eles referem mais (...) E4</p> <p>(...) preparar o doente para a alta, a gente já faz os ensinamentos aqui mas depois no pós-operatório (...) E12</p>
Diagnóstico de necessidades		<p>(...) levantamento de necessidade diagnóstica para o utente, para o podermos orientar, e muitas vezes estas consultas, o feedback que os utentes nos dão é que nós podemos conseguir (...) E6</p>