

**PERCEÇÃO DOS UTENTES RELATIVAMENTE À  
INTERVENÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA FISIOTERAPIA  
EM CIRURGIA TORÁCICA<sup>1</sup>**

**PATIENT'S PERSPECTIVE REGARDING THE PRE-OPERATIVE  
PHYSIOTHERAPY INTERVENTION IN THORACIC SURGERY**

*Ana Marta Ramalinho<sup>1</sup> e António Alves Lopes<sup>2</sup>*

**Palavras-chave:** fisioterapia, educação na saúde, ensino pré-operatório, cirurgia torácica, opinião dos utentes.

**Keywords:** physiotherapy, health education, pre-operative teaching, thoracic surgery, patients opinion.

**Resumo**

Uma cirurgia é um momento de grande ansiedade e *stress* para os utentes. No sentido de maximizar o potencial do utente cirúrgico na fase pós-operatória o Fisioterapeuta deverá realizar uma primeira abordagem antes da cirurgia – o ensino pré-operatório. O presente estudo de natureza qualitativa, tem como objectivo tentar perceber, quais os benefícios da Fisioterapia pré-operatória na cirurgia torácica, na perspectiva dos utentes. Para este efeito, utilizou-se o protocolo de Fisioterapia pré-operatória vigente no Hospital de Santa Marta onde foram recolhidos dados pré e pós-operatórios de 30 indivíduos, incluindo a sua opinião face à utilidade da actuação do Fisioterapeuta na fase pré-operatória, por meio de uma entrevista validada num estudo anterior. Através do recurso a técnicas de análise de conteúdo dos dados recolhidos, verificou-se que no que toca à aprendizagem de conceitos do ensino pré-

---

<sup>1</sup> Estudo realizado no contexto de elaboração de Monografia de licenciatura em Fisioterapia, Escola Superior de Saúde do Alcoitão; martaramalinho@gmail.com.

<sup>2</sup> Docente da Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

-operatório, os resultados ficam aquém do esperado. Apesar disto, foi consensual a importância da realização do ensino pré-operatório. Apenas dois dos indivíduos sugeriram alterações ao protocolo. A realização do ensino pré-operatório é muito importante mas será necessário mudar alguns procedimentos para a sua optimização.

### **Abstract**

Impending thoracic surgery is a very stressful event that triggers a high level of anxiety reported by patients. In order to maximize the cooperation of these particular kind of patients in a post surgical phase, the physiotherapist should undertake a careful initial approach: the pre-operative teaching. This qualitative study, aims to understand the benefits of that pre-operative teaching, in the patient perspective, done by the physiotherapist in this kind of surgery. This study was made at St Marta' Hospital in Lisbon and used as base for analysis the existent physiotherapy pre-operative protocol. Pre and Post operative data was collected from 30 subjects including their opinion regarding the usefulness of the preoperative intervention undertaken by the physiotherapist and was evaluated through an interview validated in a previous study. The analysis of collected data especially that concerns the learning of concepts of pre-operative education and its usefulness post operatively fall short of expected. Nevertheless consensus was found on pre-operative education program relevance. Only two subjects suggested amendments to the protocol. A pre-operative education program undertaken by the physiotherapist is very important but changes are needed in some of the procedures to optimize their usefulness.

### **Introdução**

Segundo Ford-Martin (1999), a Cirurgia Torácica é “a reparação dos órgãos localizados no torax”. Destaca-se aqui especificamente a Cirurgia Torácica Pleuro-Pulmonar. No que toca a diagnósticos, são vários os que têm indicação para a realização de uma Cirurgia Torácica pleuro-pulmonar. Opta-se pela divisão: Doenças do Pulmão e Doenças da Pleura. Dentro das primeiras, inserem-se: Neoplasias do Pulmão, Bronquiectasias, Doença bolhosa do Pulmão e os Nódulos Solitários do Pulmão. A segunda divisão inclui: Derrame Pleural, Empiema, Pneumotórax, Hemotórax e Tumores da Pleura.

As intervenções mais comumente realizadas em Cirurgia Torácica Pleuro-Pulmonar são: as Recessões Pulmonares, a Recessão de bolhas de enfisema, a Pleurodese (química ou mecânica), a Descorticação e a Pleurorectomia. Existem essencialmente duas vias de abordagem cirúrgica: a toracotomia, normalmente postero-lateral, ou a Videotoracosopia (VATS

– Video Assisted Thoracic Surgery). A cirurgia é realizada com ventilação do pulmão não intervencionado, através de um tubo endotraqueal de lúmen duplo, em que o pulmão alvo encontra-se colapsado. No final da cirurgia, em ambas as abordagens, são geralmente inseridas duas drenagens torácicas no espaço pleural através dos espaços intercostais. Como o próprio nome indica este sistema pretende drenar ar e fluidos que estejam acumulados no espaço pleural, decorrente da cirurgia. Habitualmente um dos drenos é colocado no apex, mais anteriormente, e outro na base, sendo mais posterior a sua localização. Estes tubos estão ligados a uma caixa colectora, com um selo de água, que impede o refluxo das substâncias drenadas. Muitas vezes este sistema está ainda conectado a uma pressão negativa, conforme a decisão do cirurgião.

A intervenção da Fisioterapia na Cirurgia Torácica ocorre essencialmente no âmbito da Fisioterapia Cardio-Respiratória. Segundo as linhas orientadoras do Grupo de Interesse nesta área, da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2000), a Fisioterapia Cardio-Respiratória pode ser definida como “a intervenção no âmbito da Fisioterapia que utiliza estratégias, meios e técnicas de avaliação e tratamento não invasivas, que têm como objectivo a optimização do transporte de oxigénio, contribuindo assim para prevenir, reverter ou minimizar disfunções a esse nível, promovendo a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos utentes. A intervenção do Fisioterapeuta em utentes com disfunção Cardio-Respiratória ou em risco de a desenvolver, baseia-se no seu exame, diagnóstico, tratamento e avaliação dos resultados. Para atingir os seus objectivos, o Fisioterapeuta utiliza técnicas manuais e/ou instrumentos, o exercício, o posicionamento, a educação e o aconselhamento.”

Os Fisioterapeutas que trabalham em contexto cirúrgico necessitam de um grande discernimento, para que consigam identificar com precisão quais os utentes que beneficiam com a sua intervenção, bem como um grande nível de empatia para com as pessoas de uma forma geral e específica, uma vez que aquilo que se considera uma rotina para o Fisioterapeuta, é um evento singular para o doente. Os utentes antecipam a cirurgia com uma mistura complexa de expectativa, ansiedade, esperança e *stress* (Hough, 2001).

Dean (1996) refere que a Fisioterapia Cardio-Respiratória é “uma intervenção não invasiva que melhora o transporte de oxigénio e pode evitar, atrasar ou reduzir outras intervenções médicas como a ventilação mecânica, suplemento de oxigénio, a colocação de drenos torácicos, a aspiração, a cirurgia e a medicação.” Segundo Hough (2001) a Fisioterapia Respiratória para ser efectiva, inclui várias vertentes como a educação, o alívio da dor, a mobilização dirigida para os objectivos, várias técnicas manuais e mecânicas, que todas juntas visam uma resposta a um paciente com disfunção respiratória. Mais, a autora alega que é totalmente inefi-

ciente intervir com um processo tão pessoal como a ventilação, sem atentar à pessoa como um todo.

A Fisioterapia na Cirurgia Torácica implica uma actuação em dois grandes momentos: a fase pré-operatória e a fase pós-operatória. A Fisioterapia pré-operatória deve incluir um momento de avaliação por parte do profissional e o ensino do utente, ponto sobre o qual se debruça o presente trabalho. Esta será a altura privilegiada em que o Fisioterapeuta deverá estabelecer uma ligação e criar empatia com o utente. Na avaliação dever-se-á estabelecer o grau de risco de desenvolvimento de complicações pulmonares pós-operatórias do utente em causa, bem como o tipo de abordagem e número de sessões de Fisioterapia que o utente irá necessitar na fase pós-operatória. A avaliação deverá portanto, estabelecer *a priori*, os principais problemas do utente e quais as prioridades na futura intervenção (Dean & Frownfelter, 1996).

A Educação para a Saúde deve ser parte integrante e prestada directamente durante os cuidados de saúde, pelos profissionais de saúde e também em programas independentes. A base legal da Educação para a Saúde tem-se desenvolvido através de leis e regulamentações da prática profissional bem como da acreditação das instituições de saúde e mais especificamente através da doutrina do consentimento informado. A ética exige que os profissionais sejam competentes na Educação para a Saúde, evitando os danos que esta prática pode fazer, tal como confusão debilitante ou perda da auto-confiança. A educação deverá ser feita independentemente de preconceitos de etnia, de género ou idade e adequado a pessoas com vários níveis de educação formal. A Teoria da Auto-Regulação, uma teoria cognitiva que explica o comportamento humano em resultado do processamento de informação é a base da investigação sobre o ensino preparatório. Ao introduzir uma imagem mental baseada numa experiência anterior, está-se a enquadrar e organizar o *input* à medida que a experiência decorre. O ensino sensorial e processual são os pontos chave para desenvolver esse mesmo esquema do acontecimento.

Segundo Redman (2003), Educação para a Saúde antes e após procedimentos específicos engloba uma ampla variedade de tratamentos médicos e cirúrgicos. Tem-se desenvolvido uma base de investigação relativamente forte sobre o uso de informação sensível – o que o utente verá, saboreará, ouvirá, cheirá e eventualmente sentirá – durante o procedimento e também informação processual – descrição do que será feito durante o procedimento – que visam a minimização de reacções emocionais e a obtenção de melhores resultados. A quantidade óptima de cada tipo de informação não está ainda estabelecida.

Têm sido desenvolvidos estudos ao longo dos anos, no sentido de comprovar a importância do ensino ao doente em contexto cirúrgico, numa fase pré-operatória bem como da sua eficácia na prevenção do desenvolvimento de complicações pulmonares pós-operatórias. De facto, a cirurgia

é um procedimento que envolve um grande nível de *stress* para o doente e sua família. Segundo Johnston (1988), a existência de *stress* devido a uma cirurgia, repercute-se aos níveis emocional, cognitivo e psicológico. São vários os aspectos que podem contribuir para o aumento da ansiedade e *stress* no período pré-operatório, tais como a anestesia, a dor e a antecipação de alguma intercorrência. Johnston (1988), Dziurbejko e Larkin (1978), e mais recentemente Garbee *et al.* (2001) concluíram que as grandes preocupações dos utentes no período pré-operatório estavam relacionadas com o sucesso da cirurgia e com a sua recuperação no pós-operatório, no sentido da retoma à vida normal. Segundo os autores, utentes com maiores níveis de ansiedade antes da cirurgia, irão ter um pós-operatório mais problemático do que os que à partida estão mais calmos.

Mumford (1982) e Kim *et al.* (2000) referem que a preparação psicológica, com explicação sobre procedimentos intra operatórios e antecipação da fase pós-operatória, é eficaz. Também Webne (1995) cita alguns estudos que apontam para a eficácia na preparação psicológica no pré-operatório, obtendo como resultados uma diminuição do *stress*, menos complicações clínicas pós-operatórias e uma diminuição do tempo de internamento, quando comparando com utentes que não recebem esta preparação, no entanto, não é conclusivo relativamente a quanto tempo antes da cirurgia deverá ser feita a preparação. Outros autores, nas mais variadas áreas (Shuldham, 1999; Hathaway, 1986; Cupples, 1991, citado por Hough, 1996; Nelson, 1996, citado por Ridley, 1998) referem que o ensino pré-operatório tem influência na redução do *stress*, da ansiedade e da dor, influenciando bastante a evolução pós operatória (Regan *et al.*, 1994). De facto, de todas as Complicações Pulmonares Pós-Operatórias, verificou-se (Thoren, 1954, citado por Regan *et al.*, 1994) uma diminuição da incidência de 12% de atelectasias pós-operatórias em doentes que realizaram o ensino pré-operatório com o Fisioterapeuta, comparada com aqueles que não o fizeram, em cuja incidência foi de 27%.

Segundo Sciaky (1996), os principais objectivos do ensino ao doente são: estabelecer uma relação terapeuta-doente; melhorar o conhecimento do doente sobre a sua condição de saúde; aumentar a adesão do doente ao programa de Fisioterapia; diminuir os custos dos cuidados de saúde; melhorar a eficácia daquilo que o doente pode fazer sozinho; aumentar a capacidade do doente poder escolher os cuidados de saúde após informação prévia. Kopper (1987, citado por Sciaky, 1996) acrescenta ainda que a avaliação é a componente principal do ensino ao doente, sendo necessário fazê-lo sob todos os pontos de vista psicossocial, socio-económico, educacional e cultural (Verstraete & Meier, 1973, citados por Sciaky, 1996).

## Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, no qual o objectivo geral era descrever e perceber a opinião de utentes submetidos a cirurgia torácica pleuro-pulmonar, relativamente aos benefícios do ensino pré-operatório de Fisioterapia. Como objectivos específicos pretendia-se saber:

- Qual a aprendizagem realizada pelos utentes com o protocolo de Fisioterapia pré-operatória;
- Quais os benefícios percebidos pelos utentes relativamente ao protocolo de Fisioterapia pré-operatória implementado no Hospital de Santa Marta;
- Se, na opinião dos utentes, há algo a alterar ou a acrescentar ao protocolo de Fisioterapia pré-operatória implementado;
- Como é que varia o número de aprendizagens realizadas pelos utentes relativamente às variáveis de caracterização da amostra.

## Amostra

A amostra foi constituída por 30 utentes adultos, de ambos os sexos, submetidos a Cirurgia Torácica pleuro-pulmonar no Hospital de Santa Marta, no período compreendido entre Janeiro e Maio de 2007, que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ter indicação para efectuar uma Cirurgia Torácica pleuro-pulmonar;
- Ter realizado a sessão de Fisioterapia pré-operatória descrita no protocolo do Hospital de Santa Marta;
- Não possuir história de doença psiquiátrica ou limitações cognitivas.

Como critérios de exclusão foram estabelecidos os seguintes:

- Ter efectuado pneumectomia, por ser necessário introduzir alterações ao protocolo de Fisioterapia pré-operatório;
- Terem surgido intercorrências graves no período pós-operatório que tenham implicações clínicas negativas para o utente e que impeçam a realização da entrevista;
- Ter apresentado confusão mental no período pós-operatório;
- Ter tido alta sem que tenha sido possível realizar a entrevista.

## Instrumentos

No sentido de melhor caracterizar a população foi utilizada uma folha de registo de dados pré e pós operatórios que incluía informação como a

idade, o sexo, o diagnóstico, a cirurgia prevista, datas de internamento, da cirurgia e da alta hospitalar, datas das retiradas dos drenos torácicos. Optou-se igualmente por registar a dor de cada utente antes e depois de todas as sessões de Fisioterapia, durante todo o internamento, usando para o efeito a Escala Numérica de Dor. Os dados foram registados em folhas individuais, sendo a única identificação o número de sujeito a que corresponde.

De forma a poder alcançar o objectivo geral do estudo, foi utilizado um guião de entrevista, realizado e validado para o estudo subordinado ao mesmo tema feito em 2003. No guião da entrevista constavam perguntas abertas e fechadas, que visavam sobretudo três temáticas: avaliar os conhecimentos do utente relativamente ao ensino que o Fisioterapeuta realizou na fase pré-operatória; perceber quais os benefícios percebidos pelo utente relativamente a esse ensino pré-operatório; verificar se o utente sugere alterações a esse mesmo ensino.

### **Procedimentos**

Inicialmente foram elaborados e entregues os pedidos de autorização formais a todas as entidades responsáveis, no Hospital de Santa Marta. Solicitou-se igualmente a colaboração dos Fisioterapeutas que desempenham funções no serviço de Cirurgia Córdio-torácica há pelo menos cinco anos, para realizarem o ensino pré-operatório aos utentes, sempre segundo o protocolo de Fisioterapia pré-operatória definido. Em nenhuma ocasião a autora realizou o ensino pré-operatório para evitar o enviesamento da investigação durante a realização das entrevistas. Pensa-se assim ter-se diminuído a probabilidade de influenciar as respostas dadas pelos sujeitos nas entrevistas.

Ao dar entrada no hospital, e sempre que o utente preenchia os pré-requisitos para a inclusão no estudo, era-lhe pedido formalmente o seu consentimento para colaborar neste estudo, explicando as implicações e os objectivos deste trabalho de Investigação. Este consentimento foi elaborado com a aprovação da Comissão de Ética do Hospital.

A partir do momento que se considerava um utente como parte da amostra, preenchia-se a respectiva folha de registo com os dados pré. Também nesta altura, eram realizadas as duas sessões de Fisioterapia pré-operatória, de acordo com o protocolo vigente no Hospital de Santa Marta. Em todas as situações, as duas sessões foram realizadas no mesmo dia, já que os utentes são internados na véspera da cirurgia, tendo-se contado com a colaboração da Fisioterapeuta que se encontra no turno da tarde, para realizar a segunda sessão.

Durante o período de internamento de cada utente, a informação pós-operatória ia sendo recolhida. Após a retirada das drenagens torácicas no

dia da alta hospitalar, era realizada a entrevista. À semelhança do estudo inicial, a escolha deste momento para a realização da entrevista prendeu-se com a impossibilidade de, com as drenagens torácicas, os utentes deslocarem-se para um local mais calmo e apropriado para a realização da entrevista, bem como pelo facto de ser a fase mais dolorosa para os utentes, precisamente devido às drenagens torácicas, o que poderia condicionar e/ou influenciar as suas respostas. A entrevista não foi realizada após a alta hospitalar por se tornar difícil, em algumas situações, voltar a contactar com os utentes, sobretudo nos casos em que a área de residência se localizava fora de Lisboa.

As entrevistas foram posteriormente transcritas e anexadas às folhas de registo de dados pré e pós operatórias de cada utente, sendo que cada conjunto de registos é associado a um sujeito, previamente numerado de acordo com a ordem alfabética do seu nome.

No estudo com o mesmo tema realizado por Barros (2003) foi definida uma grelha de análise de conteúdo das entrevistas realizadas, cujo modelo foi adoptado no presente estudo. Esta grelha de análise de conteúdo é constituída por três categorias:

- 1. Aprendizagem feita pelos utentes;
- 2. Benefícios percebidos pelos utentes;
- 3. Alterações propostas pelos utentes.

Cada categoria encontra-se ainda dividida em sub-categorias para uma análise mais precisa. Tendo esta grelha como base, a autora do estudo escolheu dois pares, que não estiveram presentes na recolha de informação no presente estudo, para realizarem a análise de conteúdo. Ambas as Fisioterapeutas envolvidas encontram-se a exercer funções no Hospital de Santa Marta há mais de sete anos. Como tal, e antes de mais, foi elaborado um pedido de colaboração às colegas, onde se explicou a forma como deveriam proceder. Foram-lhes então facultadas as transcrições das entrevistas realizadas bem como a grelha de análise de conteúdo. Foi-lhes solicitado que pesquisassem frases das entrevistas e as agrupassem nas sub-categorias da grelha de análise. Todas as frases encontradas foram agrupadas com o número do sujeito da entrevista a que correspondiam.

Em virtude de as versões de análise de conteúdo dos dois pares não terem sido idênticas, foi então realizada uma reunião, em que os pontos que divergiam foram debatidos, até se encontrar um consenso.

A informação recolhida na folha de registo de dados pré e pós-operatórios foi analisada estatisticamente. Procurou-se igualmente verificar se haveria correlação significativa entre os dados obtidos e as variáveis de caracterização da amostra. Toda esta informação foi concretizada em gráficos/quadros e descrição narrativa. Os dados obtidos foram, tratados da seguinte forma:

- Análise de conteúdo, para atingir os três primeiros objectivos específicos deste estudo;
- Análise estatística descritiva, recorrendo ao Excel e medidas de associação (correlação) em que foi aplicado o Teste de Pearson para as variáveis Idade e Número de Aprendizagens/ Tempo de Internamento e Número de Aprendizagens e o Teste de Spearman entre Habilitações Literárias e Número de Aprendizagens.

## Resultados

### Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 30 sujeitos com idades compreendidas entre os 22 e os 78 anos, cuja idade média se situava nos 60 anos ( $\sigma=11,3$ ). Eram sujeitos de ambos os sexos com prevalência do sexo masculino, que constituiu 63% da amostra. Relativamente à escolaridade a amostra caracterizava-se por uma grande prevalência de utentes com a 4ª classe, correspondendo a 50%. Dos restantes, cinco sujeitos tinham o 12º ano, que corresponde a 17%, quatro eram analfabetos (13%), três possuíam um curso superior (10%), dois tinham a 3ª classe (7%) e um deles, o 9º ano (3%).

No que se refere ao diagnóstico, verifica-se que dos 30 sujeitos, dez tinham o diagnóstico pré-cirúrgico de Nódulo do pulmão. Existiam quatro utentes com o diagnóstico de Neoplasia do pulmão, igualmente quatro com metástases pulmonares e outros quatro com um Enfisema Bolhoso. Três utentes tinham o diagnóstico de Derrame Pleural e dois, o de Bronquiectasias. Finalmente dos restantes três, um tinha o diagnóstico de Hidropneumotórax, outro o de Hemotórax o último de Empiema. No que respeita à cirurgia efectuada, a amostra caracterizava-se por uma maior prevalência de Lobectomias, correspondendo a doze. Seguem-se as Recessões Atípicas, que foram cinco e as Recessões de Bolhas de Enfisema, num total de três. Dois utentes foram submetidos a Descorticação. Do total das cirurgias, cinco foram realizadas através de VATS (17%), e as restantes vinte e cinco, por toracotomia postero-lateral (83%).

Todos os utentes realizaram no mínimo uma sessão de Fisioterapia pré-operatória conforme o protocolo instituído, embora alguns tivessem feito mais sessões antes desta uma vez que se encontravam a fazer tratamento em ambulatório no Serviço de Fisioterapia Respiratória do Hospital de Santa Marta. Dos 30 utentes, apenas dois fizeram mais sessões de Fisioterapia pré-operatória, ou seja 7%.

No que se refere ao tempo de internamento pós-operatório, a média rondou os nove dias, sendo que o sujeito 29 foi o que teve um internamento mais prolongado, de 20 dias, e os sujeitos 13, 15 e 18, com o internamento mais curto, de quatro dias. O tempo médio que decorreu entre a cirurgia e a retirada do primeiro dreno torácico esteve nos quatro dias. O sujeito 16 foi

aquele em que este intervalo durou mais tempo, tendo decorrido nove dias entre a sua cirurgia e a retirada da primeira drenagem torácica.

De uma forma geral, assim que era retirado o segundo dreno torácico, os utentes tinham alta no dia seguinte ou dois dias depois, facto que ocorreu em 21 utentes, isto é, 70% da amostra. No entanto, três utentes tiveram alta no próprio dia da retirada do dreno torácico. O sujeito 28 foi aquele em que se verificou um maior intervalo, de 12 dias, entre a retirada do segundo dreno torácico e a data da alta, devido a uma febre persistente. No que diz respeito ao intervalo que decorreu entre a retirada do primeiro dreno torácico e do segundo, puderam ser estabelecidos dois grandes grupos: aqueles que retiraram os dois drenos no mesmo dia, que foram um total de 12, isto é, 40% da amostra; os restantes 60%, em que os drenos foram retirados em dias diferentes. Deste último grupo sobressaíram os sujeitos 5 e 29 em que este intervalo foi igual ou superior a dez dias

No que diz respeito aos registos da dor, verificou-se que, de uma forma geral, os sujeitos referiam um maior nível de dor nos primeiros dias pós-operatórios, e os menores níveis na última avaliação, sendo que nove utentes, o que corresponde a 30%, referiram não ter dor na última avaliação. Verificou-se que na maior parte dos gráficos representativos da evolução da dor para cada utente, existiam dois picos de pontuação de dor, habitualmente em dias diferentes, e que correspondiam precisamente aos dias da retirada das drenagens torácicas. Ou seja, verificou-se de uma forma geral, que no dia da retirada das drenagens torácicas, os utentes referiam maiores níveis de dor. Os utentes que retiraram os dois drenos torácicos no mesmo dia apresentavam naturalmente um só pico de dor.

### **Análise das entrevistas**

No que se refere à categoria 1. Aprendizagem feita pelos utentes, nomeadamente na sub-categoria *1.1. Exercícios respiratórios*, verificou-se que 60% dos sujeitos da amostra fizeram-lhe referência na entrevista. Na sub-categoria *1.2. Tosse e Huffing*, apenas os sujeitos 4, 9 e 7, referiram a sua aprendizagem. No que diz respeito à sub-categoria *1.3. Protecção da sutura*, foi mencionada pelos sujeitos 7, 9, 13 e 15. As sub-categorias *1.4. Mobilidade no leito* e *1.5. Auto-mobilização do membro superior homolateral e membros inferiores* foram ambas referidas por seis utentes. No que diz respeito à sub-categoria *1.6. Correção postural*, foi apenas referida por um utente. Na sub-categoria *1.7. Outros* não foi associada a nenhum utente por não ter existido nenhuma referência para além das sub-categorias anteriores.

Verifica-se pois, que o item mais apreendido pelos utentes foi o de *Exercícios Respiratórios*, tendo sido mencionado por 18 sujeitos, isto é, 60% da amostra. Seguem-se os itens *Mobilidade no Leito* e *Auto-mobilização do membro superior homolateral e membros inferiores*, ambos re-

feridos por seis sujeitos, o que corresponde a 20% da amostra. A sub-categoria *Protecção da Sutura* foi apreendida por quatro sujeitos, e a *Tosse e Huffing*, por 3 sujeitos, o que fez 13% e 10% respectivamente, do total da amostra. (Figura 1)

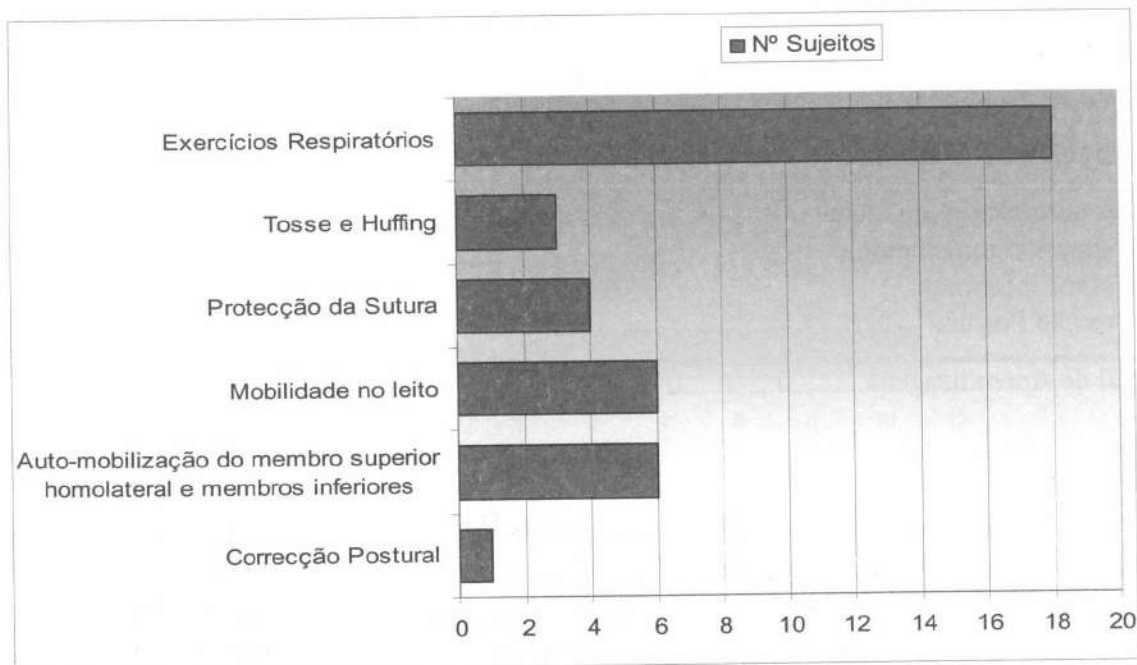


Figura 1 – Número de aprendizagens feitas relativamente a cada sub-categoria.

Relativamente ao número de aprendizagens por doente, verificou-se que o sujeito 9 foi o que fez mais referências, tendo apontado cinco sub-categorias no total de seis. Seguem-se os sujeitos 3 e 7 tendo feito cada um, três referências. Dos 30 sujeitos da amostra, oito fizeram duas aprendizagens e outros oito nenhuma (Quadros 1 e 2).

Quadro 1 – Relação entre os sujeitos de 1 a 15 e as sub-categorias referidas relativamente à categoria 1.

Sujeito nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Exercícios Respiratórios	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x			x
Tosse e Huffing					x				x						
Protecção da Sutura							x		x				x		x
Mobilidade no leito	x		x		x	x		x	x						
Auto-mobilização do membro superior homolateral e membros inferiores				x			x		x	x		x			
Correcção Postural															
Total de Aprendizagens	2	0	3	2	2	1	3	2	5	2	1	2	1	1	1

**Quadro 2 – Relação entre os sujeitos de 15 a 30 e as sub-categorias referidas relativamente à categoria 1.**

Sujeito nº	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Exercícios Respiratórios		x			x			x	x		x		x		x
Tosse e <i>Huffing</i>									x						
Protecção da Sutura															
Mobilidade no leito															
Auto-mobilização do membro superior homolateral e membros inferiores											x				
Correcção Postural													x		
Total de Aprendizagens	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	2	1	1	0	1

Ao analisar a categoria 2. Benefícios Percebidos pelos utentes, constatou-se, que, as sub-categorias 2.1. Maior facilidade na execução dos exercícios depois da operação e 2.2. Preparação psicológica para poder colaborar com a Fisioterapeuta, foram realçadas por 11 e 8 sujeitos respectivamente. A sub-categoria 2.3. Maior facilidade em mobilizar-se, por ter feito aprendizagem antes, foi referida por apenas um utentes, o sujeito 26. Cinco sujeitos fizeram referência à sub-categoria 2.4. Sensibilização para executar os exercícios sozinho. A sub-categoria 2.5. Conhecimento de todos os procedimentos operatórios e pré-operatórios foi referida por três sujeitos. As sub-categorias 2.6. Maior controlo da dor, por perceber a importância da colaboração e 2.7. Maior tranquilidade, menor ansiedade foram realçadas por quatro e onze sujeitos respectivamente.

Ao analisar a informação recolhida de uma forma geral relativamente à categoria 2. Benefícios Percebidos pelos utentes, verificou-se que as sub-categorias 2.1. *Maior facilidade na execução dos exercícios depois da operação* e 2.7. *Maior tranquilidade, menor ansiedade* foram as mais realçadas, tendo sido referidas por onze sujeitos, correspondendo a 36,6% da amostra. Segue-se a sub-categoria 2.2. *Preparação psicológica para poder colaborar com a Fisioterapeuta*, tendo sido mencionada por oito utentes, o que perfaz 26,6% do total da amostra. As sub-categorias 2.4. *Sensibilização para executar os exercícios sozinho* e 2.6. *Maior controlo da dor, por perceber a importância da colaboração* foram referidas por cinco e quatro respectivamente, correspondendo a 16,6% e 13,3% da amostra. As sub-categorias menos realçadas pelos sujeitos foram 2.5. *Conhecimento de todos os procedimentos operatórios e pré-operatórios* e 2.3. *Maior facilidade em mobilizar-se, por ter feito aprendizagem antes*, referidas por três e um utentes respectivamente (10% e 3,3%) (Figura 2).

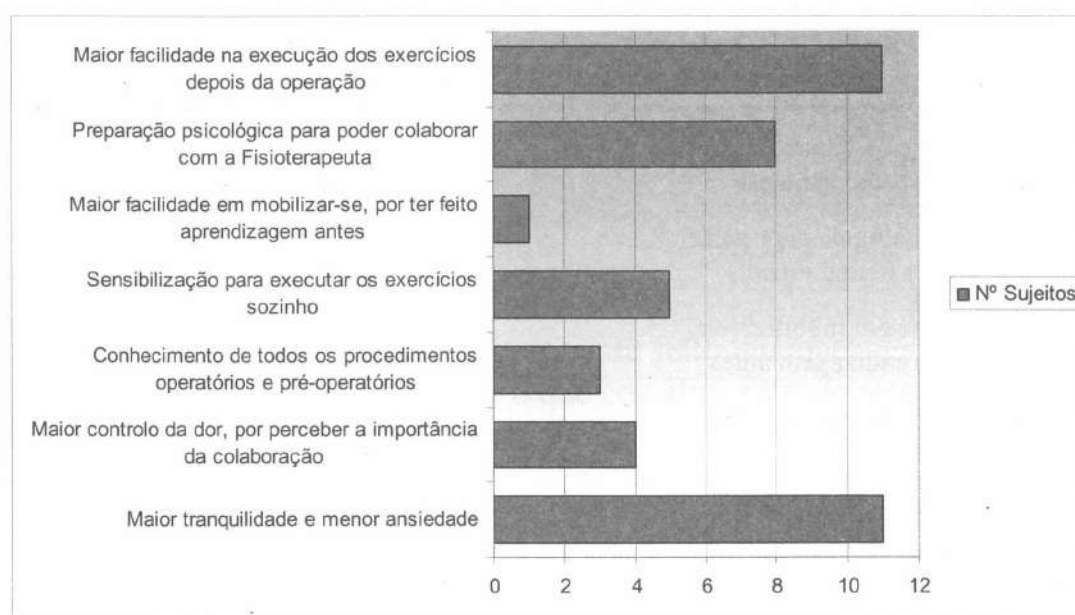


Figura 2 – Número de benefícios referidos relativamente à categoria 2.

Ao relacionar o número de benefícios mencionados, por utente, verificou-se que os sujeitos 18 e 26, foram os que encontraram mais benefícios na realização do ensino pré-operatório, tendo mencionado um total de quatro sub-categorias. Seguem-se os sujeitos 4, 8, 23 e 30, que referiram três sub-categorias de benefícios. Os sujeitos 5, 10, 11, 16, 20, 24 e 27 referiram duas sub-categorias de benefícios relativamente ao ensino da Fisioterapia antes da cirurgia. Nove sujeitos (30%) fizeram menção a uma categoria e oito sujeitos (27%) não referiram nenhum benefício (Quadros 3 e 4).

No que diz respeito à categoria 3. Alterações propostas pelos utentes, vinte sujeitos, o que corresponde a 67% da amostra, referiram que não eram necessárias alterações no protocolo de Fisioterapia pré-operatória. Somente dois sujeitos propuseram alterações ao protocolo, sendo que o sujeito 9 sugeriu um pré-operatório que demorasse mais tempo, e o sujeito 27, que ocorressem mais sessões de ensino pré-operatório de Fisioterapia.

Por hipótese, resolveu-se ver se existia relação entre as seguintes variáveis: Idade e Habilitações Literárias; Número de Aprendizagens e Tempo de Internamento; Número de Aprendizagens e Habilitações Literárias; Idade e Tempo de Internamento; Idade e Número de Aprendizagens. De facto seria de pensar que os sujeitos mais idosos realizariam menos aprendizagens, ficariam internados mais tempo, e teriam menos habilitações literárias. Por outro lado colocou-se a hipótese que sujeitos com habilitações literárias de mais baixo grau, aprendiam menos itens e os sujeitos que estavam internados mais tempo podiam ter apreendido mais itens do que os com menos tempo de internamento.

Quadro 3 – Relação entre os sujeitos 1 a 15 e os benefícios referidos.

Sujeito nº															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5
Maior facilidade na execução dos exercícios depois da operação								X	X		X				
Preparação psicológica para poder colaborar com a Fisioterapeuta		X		X	X			X							
Maior facilidade em mobilizar-se, por ter feito aprendizagem antes															
Sensibilização para executar os exercícios sozinho				X	X			X							
Conhecimento de todos os procedimentos operatórios e pré-operatórios							X							X	
Maior controlo da dor, por perceber a importância da colaboração										X		X			
Maior tranquilidade e menor ansiedade				X	X					X	X				X
<b>Total de Benefícios</b>	0	1	1	3	2	1	0	3	1	2	2	1	0	1	1

Quadro 4 – Relação entre os sujeitos 15 a 30 e os benefícios referidos.

Sujeito nº															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Maior facilidade na execução dos exercícios depois da operação	X	X	X		X			X	X		X				X
Preparação psicológica para poder colaborar com a Fisioterapeuta	X		X		X			X							
Maior facilidade em mobilizar-se, por ter feito aprendizagem antes												X			
Sensibilização para executar os exercícios sozinho												X	X		
Conhecimento de todos os procedimentos operatórios e pré-operatórios															X
Maior controlo da dor, por perceber a importância da colaboração				X				X							
Maior tranquilidade e menor ansiedade			X					X		X	X	X			X
<b>Total de Benefícios</b>	2	1	4	0	2	0	0	3	2	1	4	2	0	0	3

Verificou-se que, apesar de tendencialmente o Número de Aprendizagens decrescer com a Idade, com o Tempo de Internamento e com as Habilitações Literárias, os resultados não foram estatisticamente significativos, não existindo correlação.

## Discussão

Dos 30 utentes que constituíram a amostra deste estudo, quatro não se lembravam de que o Fisioterapeuta tivesse feito qualquer ensino antes da cirurgia (sujeitos 19, 21, 22 e 29), o que constitui 13% do total da amostra. Metade destes lembrava-se da presença do Fisioterapeuta antes da cirurgia, mas não se recordava de qualquer item do ensino (sujeitos 21 e 22). Os restantes não se lembravam sequer da interacção pré-operatória com o Fisioterapeuta (sujeitos 19 e 29). Este facto poderá ser explicado por um conceito chamado amnésia pós-operatória, que, de acordo com autores (Cho, Beracochea & Jaffard, 1993) refere-se sobretudo a informação dada duas semanas antes de uma cirurgia onde são empregues anestésicos.

Segundo Kihlstrom *et al.* (1998) a anestesia geral actua directamente no Sistema Nervoso Central de forma a inibir temporariamente todas as transmissões sinápticas. Isto resulta numa generalizada perda de consciência, afectando de igual modo quer as vias da sensibilidade quer as motoras. Fisiologicamente, os anestésicos afectam de uma forma geral o sistema das bombas de sódio, impedindo a despolarização dos neurónios pós-sinápticos. Uma teoria mais recente, sugere que as substâncias anestésicas inibem as acções dos neurotransmissores excitatórios, como o glutamato e a acetilcolina, mas simultaneamente potenciam a acção dos neurotransmissores inibitórios como a GABA e a glicina. Logicamente estas acções variam consoante as substâncias específicas que constituem o agente anestésico em questão.

O mesmo autor refere que a anestesia geral é por vezes designada de “coma controlado”, devido a quatro características: a inexistência de resposta motora a instruções; supressão de reacções mediadas pelo Sistema Nervoso Autónomo bem como de respostas músculo-esqueléticas a estímulos como o corte de tecidos; ausência de sensações de dor retrospectivas e amnésia pós-operatória para eventos relacionados com a cirurgia. Esta amnésia em determinados pacientes, poderá ir mais longe, estendendo-se ao período pré-operatório.

Em 1968 foi realizado um estudo em que as questões da definição e estimativa da amnésia pré e pós-cirúrgica foram debatidas (Gruber & Reed, 1968). Segundo os autores, a extensão temporal pós-operatória da amnésia, relativamente a assuntos pré-operatórios (antrógrada) deve-se aos fármacos que induzem a anestesia geral – thiopentone, petidina, halotano e óxido nítrico.

Nos restantes vinte e seis sujeitos que se recordavam do ensino pré-operatório feito pelo Fisioterapeuta, constata-se que o número de aprendizagens foi muito reduzido, com uma média de uma aprendizagem por utente, num total de seis. Este facto poderá ser explicado quer à luz dos efeitos da anestesia geral previamente mencionados quer devido aos elevados níveis de ansiedade que caracterizam estes utentes. É, como já foi referido, uma fase de grande *stress* e ansiedade, com repercussões ao nível emocional, cognitivo e psicológico (Johnston, 1988). As capacidades de atenção, compreensão, aprendizagem e memorização estão deprimidas, estando os utentes muito centrados nas dúvidas quanto ao sucesso da cirurgia, da sua recuperação pós-cirúrgica e quanto ao grau de funcionalidade com que irão ficar (Johnston, 1987, citado por Johnston, 1988).

Outro factor que poderá ter influenciado os resultados e que constitui uma limitação à validade externa do estudo prende-se com a data de internamento dos utentes. O internamento ocorre menos de vinte e quatro horas antes da cirurgia. Nesse tempo, são solicitados por e para:

- Equipa de enfermagem, que faz o acolhimento, mostrando as instalações e destinando a cama;
- Enfermeiro, que faz o seu ensino pré-operatório, recolhe parâmetros vitais, inicia medicação pré-operatória;
- Serviço de Radiologia, onde faz a radiografia pré-operatória;
- Anestesiologista, que faz o seu ensino pré-operatório, recolhe informação sobre o utente e faz avaliação pré-operatória;
- Fisioterapeuta, que faz o seu ensino pré-operatório e avaliação pré-operatória;
- Por vezes o Cirurgião vai-se apresentar e conversa com o utente.

Com tanta informação e tão importante a ser apresentada ao utente, fornecida por tantos profissionais diferentes, pode tornar-se complicado a aprendizagem total e completa dos itens que constam no ensino pré-operatório da Fisioterapia.

Uma limitação à validade interna do estudo que também poderá ter influenciado o número de aprendizagens em determinados sujeitos prende-se com o intervalo de tempo entre a realização do ensino pré-operatório da Fisioterapia e a realização da entrevista. Foi uma questão ponderada, também pela autora do estudo original, mas optou-se pela escolha do dia da alta para a realização da entrevista. Isto porque, como foi dito anteriormente, é impossível de, com as drenagens torácicas, os utentes deslocarem-se para um local mais calmo e apropriado para a realização da entrevista, bem como pelo facto de ser a fase mais dolorosa para os utentes, precisamente devido às drenagens torácicas, o que poderia condicionar e/ou influenciar as suas respostas. A entrevista não foi realizada após a alta hospitalar por se tornar difícil, em algumas situações, voltar a contactar com os utentes, sobretudo

nos casos em que a área de residência é fora de Lisboa pelos motivos expostos no capítulo dos Procedimentos. Este facto faz com que o intervalo de tempo entre os dois momentos varie de sujeito para sujeito, podendo ter condicionado a retenção dos itens do ensino pré-operatório.

O protocolo de ensino pré-operatório no Hospital de Santa Marta é, como já foi referido constituído por um conjunto de itens que se pretende que os utentes aprendam e se sintam familiarizados. Não é uma lista rígida a partir da qual os Fisioterapeutas enumeram informação, mas pretende ser uma forma de homogeneizar a intervenção, fazendo referência ao que deverá ser dito. No entanto, cada profissional é um só e tem a sua forma própria de actuar. Como tal e apesar de se ter tentado neste estudo restringir a realização do ensino pré-operatório a três Fisioterapeutas, não é possível afirmar que os ensinamentos realizados tenham sido todos idênticos, sendo considerada uma limitação à validade interna do estudo.

Das seis sub-categorias que constituíam o título 1. Aprendizagem feita pelos utentes, a mais referida pelos sujeitos da amostra (60% do total da amostra, 70% se não se contar com os quatro sujeitos que não finalizaram a entrevista) foi a *1.1. Exercícios Respiratórios*. Isto talvez se deva ao facto de que este item seja o mais valorizado e realçado pelo Fisioterapeuta ao realizar o ensino pré-operatório. Ao confrontá-lo com a literatura, são os exercícios respiratórios que centram praticamente toda a intervenção do Fisioterapeuta nesta área. As inspirações profundas, lentas e prolongadas são o ponto convergente e comum a todas as investigações nesta área.

Pode acrescentar-se que na fase pós-operatória os exercícios respiratórios ocupam a maior parte do tratamento de Fisioterapia. Relacionando isto com o facto de que a entrevista é realizada à data da alta hospitalar, é provável que o utente se recorde dos procedimentos que repetiu com mais frequência e com maior insistência no momento (Barros, 2003).

A sub-categoria *1.2. Tosse e Huffing* foi muito esquecida, tendo sido mencionada por apenas três sujeitos (10% do total da amostra). Este resultado não era esperado uma vez que é um item muito sublinhado no protocolo de ensino pré-operatório. Apesar disto, no estudo feito em 2003 (Barros, 2003), verificou-se igualmente um grande esquecimento relativamente a esta sub-categoria. Este facto poderá ser explicado com base na fase pós-operatória, em que muito frequentemente os doentes não tosse, mesmo quando solicitado, porque não têm vontade. E referem que não têm vontade ou porque não têm secreções ou porque sentem dor e antecipam o seu aumento. Esta questão remete-nos para o conceito de aprendizagem latente que traduz a dificuldade de um indivíduo manifestar de forma objectiva e eficiente, através da sua performance, as competências adquiridas e aplicadas em contextos distintos e normalmente adversos, sendo uma consequência do ambiente/meio (Shummay-Cook e Woolacot, 1995). Desencadeia-se desta forma um ciclo vicioso, sendo que o indivíduo não aprende

porque não reproduz. Ao não executar, não aprende. E ao não ocorrer nenhum destes mecanismos, não existe retenção da informação, não sendo igualmente recordada mais tarde.

As sub-categorias *1.4. Mobilidade no Leito* e *1.5. Auto-mobilização do membro superior homolateral e membros inferiores*, foram ambas referidas por seis sujeitos, o que corresponde a 20% da amostra, sendo as mais mencionadas a seguir à sub-categoria *1.1*.

Em virtude dos parâmetros mais importantes terem sido tão esquecidos pelos sujeitos, não é estranho que a sub-categoria *1.6. Correção postural* tenha sido mencionada somente por um utente, uma vez que, não só é um item muito pouco realçado no ensino pré-operatório, como também é muito pouco posto em prática no pós-operatório.

Relativamente ao número de aprendizagens que cada doente realizou, verifica-se que, das seis sub-categorias definidas, um único sujeito referiu cinco e quatro não referiram nenhuma, o que revela um baixo nível de aprendizagem individual relativamente ao que se propunha que aprendessem. Como já foi referido, várias causas podem estar na origem desta situação e uma delas pode estar relacionada com o facto de existirem determinados utentes mais ansiosos do que outros, devido ao seu diagnóstico clínico e compreensivelmente mais apreensivos e centrados no seu diagnóstico pós-cirúrgico, como são os casos dos tumores pulmonares e nódulos do pulmão.

Ao tentar perceber como é que variava o número de aprendizagens nos sujeitos com estes diagnósticos, verificou-se que dos quatro sujeitos que não continuaram a entrevista por não se lembrarem da presença do Fisioterapeuta e/ou de itens do ensino pré-operatório, dois tinham o diagnóstico de neoplasia (sujeitos 22 e 29) e um de nódulo no pulmão (sujeito 21). Verifica-se igualmente que do total de seis utentes que continuaram a entrevista mas que não se recordavam de nenhum item do ensino pré-operatório, dois deles tinha o diagnóstico pré-cirúrgico de neoplasia e nódulo no pulmão respectivamente, o que não é uma quantidade significativa. Por outro lado, o sujeito que se recordava de mais itens do ensino pré-operatório tinha o diagnóstico pré-cirúrgico de nódulo no pulmão.

Colocou-se a hipótese de que outras variáveis pudessem ter uma correlação entre si, tais como: Idade e Número de Aprendizagens; Número de Aprendizagens e Tempo de Internamento; Número de Aprendizagens e Habilidades Literárias; Idade e Tempo de Internamento; Idade e Habilidades Literárias. Decidiu-se, pois, proceder ao tratamento estatístico destas variáveis, contudo, e apesar de tendencialmente o Número de Aprendizagens decrescer com a Idade, com o prolongamento de Tempo de Internamento e com as Habilidades Literárias, os resultados não foram estatisticamente significativos, não ocorrendo uma correlação entre eles. Este facto pode ser explicado pela heterogeneidade da população da amostra e das variáveis que

a caracterizam. De facto, são tantos os factores que podem contribuir para o Número de Aprendizagens realizado como os apresentados anteriormente, sendo que entre si, estes factores podem combinar de forma a produzir resultados muito diferentes, não se chegando a nenhuma conclusão significativa.

Relativamente aos benefícios percebidos pelos utentes, verifica-se que vinte e dois sujeitos da amostra referem pelo menos uma sub-categoria, o que corresponde a 73% do total da amostra. Os benefícios mais realçados pelos sujeitos foram: 2.1. *Maior facilidade na execução dos exercícios depois da operação* e 2.7. *Maior tranquilidade, menor ansiedade*, tendo sido referidos por onze sujeitos cada um, correspondendo a 36,6% da amostra.

Qualquer cirurgia é motivo de grande ansiedade e *stress* para um doente (Johnston, 1988; Knight *et al.*, 1983; Vingerhoets, 1998; Whyte *et al.*, 2005). Vários são os estudos que comprovam que a realização de um ensino antes da cirurgia promove uma diminuição desses níveis de *stress* (Cupples, 1991, citado por Hough, 1996; Hathaway, 1986; Nelson, 1996 citado por Ridley, 1998; Shuldham, 1999; Webne, 1995). Spalding (2003) refere que um dos motivos mais fortes para ocorrer esta diminuição da ansiedade se encontra na relação da ansiedade com a dor, ambas variáveis subjectivas com uma influência muito forte numa fase pré e pós-cirúrgica. Utesntes a quem tinha sido feita uma preparação para a cirurgia revelavam níveis de ansiedade mais baixos e, conseqüentemente de dor, e vice-versa.

Em relação à sub-categoria 2.1. *Maior facilidade na execução dos exercícios depois da operação* parece lógico que, ao fazer-se o ensino dos exercícios respiratórios antes da cirurgia, quando se iniciam as sessões de Fisioterapia, seja mais fácil a sua realização por não constituírem novidade (Spalding, 2003).

A segunda sub-categoria de benefícios mais referida pelos sujeitos foi a 2.2. *Preparação psicológica para poder colaborar com a Fisioterapeuta*, tendo sido mencionada por oito utentes, isto é 26,6% do total da amostra. De facto, literatura é também consistente no que toca à influência que a realização do ensino pré-operatório tem, na adesão ao tratamento, nomeadamente de Fisioterapia (Frownfelter & Dean, 1996; Grannis, 1984, citado por Sciaky, 1996; Sciaky, 1996). O ensino pré-operatório é introduzido com a apresentação da Fisioterapeuta enquanto profissional de saúde que irá acompanhar diariamente o doente na sua recuperação, através de várias sessões. Esta questão é fundamental uma vez que a maioria das pessoas não associa a Fisioterapia ao tratamento pós-cirúrgico de uma cirurgia pleuro-pulmonar. Conseqüentemente, ao iniciar-se as sessões de Fisioterapia pós-operatória, é natural que os sujeitos refiram que estavam mais preparados psicologicamente para poderem colaborar com o Fisioterapeuta, conquanto a percentagem que referiu esta sub-categoria tenha sido relativamente reduzida.

Todos os outros benefícios referidos nas outras sub-categorias tiveram pouca relevância no total da amostra, uma vez que foram mencionados por 3% a 17%. Isto leva-nos a deduzir que a maioria dos sujeitos não teve a percepção de que a Fisioterapia pré-operatória os tenha ajudado a controlar melhor a dor, a sensibilizá-los para executarem exercícios sozinhos, a conhecer os procedimentos operatórios e pré-operatórios e a mobilizarem-se melhor após a cirurgia.

No que diz respeito à categoria 3. Alterações Propostas pelos utentes, 67% da amostra referiu que não eram necessárias alterações à forma como são realizadas as sessões de Fisioterapia pré-operatória. Somente dois sujeitos sugeriram alterações, sendo uma, o prolongamento do tempo da sessão de ensino pré-operatório, e outra a realização de mais sessões de Fisioterapia pré-operatória.

Há a realçar que um dos sujeitos que propôs uma das alterações, a de que as sessões deveriam durar mais tempo, foi aquele que realizou o maior número de aprendizagens, o que sugere que quanto mais sensível se está para um determinado assunto, mais capacidade existe para o criticar.

Ao analisar os resultados verifica-se que talvez seja necessário mudar alguns aspectos do protocolo de ensino pré-operatório. Se, por um lado, não se consegue mudar o tempo que decorre entre o internamento e a cirurgia, que é tão escasso, por outro, se a intervenção do Fisioterapeuta se produzisse uns dias antes do internamento, os conceitos ficariam mais consolidados. O que significa que talvez fosse vantajoso haver um contacto prévio ao internamento, com o Fisioterapeuta. Este facto implica a mobilização de toda uma equipa multidisciplinar, nomeadamente dos cirurgiões, no sentido de encaminharem os utentes para a Fisioterapia, para a realização do ensino pré-operatório.

Por outro lado, talvez os conceitos abordados no ensino pré-operatório de Fisioterapia sejam demasiado extensos e complexos para determinados utentes. Cabe ao profissional de saúde, adequar a cada doente o formato de ensino que lhe deve ser aplicado. Neste sentido, a existência de protocolos pré-operatórios é uma questão a ponderar: se por um lado é importante uniformizar procedimentos, não deverá perder-se de vista a individualidade e especificidade de cada pessoa.

## Conclusões

Com o presente trabalho tinha-se como primeiro objectivo específico saber qual a aprendizagem realizada pelos utentes com o protocolo de Fisioterapia pré-operatória instituído no Hospital de Santa Marta. Ao contrário do esperado e do pretendido, os resultados mostraram que das seis sub-categorias definidas, o total da amostra dos 30 utentes referiu uma média de uma.

No que diz respeito ao segundo objectivo específico, o qual pretendia saber quais os benefícios que os sujeitos perceberam decorrentes da realização do ensino pré-operatório, verificou-se que todos acharam importante a preparação para a operação. No entanto, quando lhes era pedido que especificassem os benefícios, muitos confundiam os benefícios do ensino pré-operatório com os benefícios das sessões de Fisioterapia. Mesmo quando a entrevistadora chamava a atenção para este facto, muitos utentes não conseguiam fazer a distinção, pelo que não foram contabilizados para a grelha de resultados. Isto leva-nos a pensar se a avaliação tivesse sido feita através de questionários com respostas fechadas, os resultados teriam sido diferentes.

O terceiro objectivo específico proposto pretendia saber se, na opinião dos utentes, haveria alterações a fazer e quais seriam, no ensino pré-operatório realizado pelo Fisioterapeuta. Ao observar os resultados, verifica-se que a população é quase unânime ao referir que não é necessário fazer alterações tendo havido somente duas propostas quanto ao número de sessões de Fisioterapia e do aumento de tempo em cada sessão.

O ensino pré-operatório pode ser feito de diversas maneiras e adoptar diversos formatos. Apesar disto, os objectivos são comuns: aumentar o conhecimento dos utentes sobre a sua condição e dos procedimentos que irão ocorrer, por forma a torná-los parte activa e conseqüentemente potenciar a sua recuperação. Todo o processo que envolve o ensino pré-operatório, deverá ser um esforço de uma equipa multidisciplinar, no sentido em que o utente acabe por ser envolvido nele e traga a sua contribuição.

Ao reportarmo-nos à Relevância deste estudo, pensa-se que foi importante a sua elaboração no sentido de se obter uma perspectiva mais real das necessidades dos doentes, para que assim se possa adaptar a intervenção do Fisioterapeuta em função da análise dos resultados obtidos. Desta forma pretende-se fazer coincidir o máximo possível os resultados obtidos com os esperados, relacionando os benefícios percebidos no pós-operatório, com a intervenção do Fisioterapeuta nesta fase. Sugere-se a realização de outros estudos na área, de carácter quantitativo, que abordem ou a perspectiva do Fisioterapeuta, ou a dos utentes. De realçar a importância do factor ansiedade e *stress* nesta área. Seria interessante abordar o tema sob essa perspectiva por meio de um questionário de ansiedade e verificar se há correlação entre esse *score* e o número de aprendizagens.

O ideal seria realizar estudos em que fosse possível ter controlo sobre mais variáveis, como por exemplo restringir a amostra através de critérios de inclusão e exclusão, e outros dados como a dor, o ser sempre o mesmo Fisioterapeuta a fazer o ensino, a realização da entrevista no mesmo dia pós-operatório, para tornar esta amostra o mais uniforme e homogénea possível. Seria então de esperar que todos os indivíduos estivessem nas mesmas condições de aprendizagem e de poderem transmitir a sua opinião.

Mas será que isso significa que os resultados iriam ser mais coerentes?

Apesar de todas estas questões terem sido ponderadas, optou-se pela não restrição. Optou-se pela realização das entrevistas em contexto real, o qual constitui, no fundo, aquele onde se trabalha no dia a dia. No entanto, considera-se importante o aprofundamento desta temática noutros contextos e com amostras mais homogéneas. Talvez desta forma fosse possível tirar conclusões generalizáveis para uma população com as mesmas características.

A importância deste estudo está relacionada com a contribuição para uma melhor qualidade dos serviços prestados, no sentido da uniformização dos procedimentos, e consequentemente a tentativa de alcançar resultados mais eficazes.

### Referências bibliográficas

- Barros, C. (2003). *Benefícios da fisioterapia pré-operatória na cirurgia torácica: opinião dos doentes na fase pós-operatória*. Monografia de final do curso de licenciatura em Fisioterapia. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.
- Cho, Y., Daniel Beracochea, D. & Jaffard, R. (1993). Extended temporal gradient for the retrograde and anterograde amnesia produced by Ibotenate entorhinal cortex lesions in mice. *The Journal of Neuroscience*, 13(4): 1759-1766.
- Dean, E. & Frownfelter, D. (1996). *Principles and practise of cardiopulmonary physical therapy (3ª ed.)* Mosby-Year Book, Inc.
- Dziurbejko, M. & Larkin, J. (1978). Including the family in preoperative teaching. *The American Journal of Nursing*, 78(11), 1892-1894.
- Ford-Martin, P. (1999). *Thoracic surgery*. Gale Encyclopedia of Medicine. Gale research. [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com), 12/05/2007, 20:00.
- Garbee, D. & Gentry, J. (2001). Coping with the stress of surgery – patient strategies. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FSL/is\\_5\\_73/ai\\_74571582](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_73/ai_74571582), 15/05/2007, 22:40.
- Gruber, R. & Reed, D. (1968). Postoperative anterograde amnesia. *British Journal of Anaesthesia*, 40(11), 845-849.
- Grupo de Interesse em Fisioterapia Cárdio-Respiratória (2000). *Linhas orientadoras para uma prática de qualidade em fisioterapia cárdio-respiratória*. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.
- Hathaway, D. (1996). Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nursing Research*, 35(5), 269-275.
- Hough, A. (1996). *Physiotherapy in respiratory care – A problem solving approach to respiratory and cardiac management (2ª ed.)*. Chapman & Hall.
- Johnston, M. (1988). Impending surgery. In Fisher, S. & Reason, J. *Handbook of life stress, cognition and health* (pp 79-99). John Wiley & Sons, Ltd..
- Kihlstrom, J., Couture, L. & Schacter, D. (1998). Anesthesia, effects on cognitive functions In G. Adelman, *Encyclopedia of Neuroscience (2ª ed.)*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Kim, B. *et al.* (2000). The effect of preoperative teaching on the emotional status of patients prior to surgery. *J Korean Acad Adult Nurs*, 12(3), 407-417.

- Mumford, M. *et al.* (1982). The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *AJPH*, 72 (2), 140-151.
- Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde (9ª ed.)*. Camarate: Lusociência.
- Regan, K., Kleinfeld, M. & Erik, P. (1994) Fisioterapia para doentes em cirurgia abdominal ou torácica. In Irwin, S. & Tecklin, J. *Fisioterapia Cardiopulmonar (2ª ed)* (pp 315-341). Editora Manole, Ltda.
- Sciaky, A. (1996). Patient Education. In Frownfelter, D. & Dean, E., *Principles and practise of cardiopulmonary physical therapy (3ª ed)* (pp 453-465). Mosby-Year Book, Inc.
- Shuldham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *Int J Nurs Stud*, 36(2), 171-177.
- Shuldham, C., Fleming, S. & Goodman, H. (2002). The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. *European Heart Journal*, 23, 666-674.
- Spalding, N. (2003). Reducing anxiety by pre-operative education: make the future familiar. *Occupational Therapy International*, 10(4), 278-293.
- Vingerhoets, G. (1998) Perioperative anxiety and depression in open-heart surgery. *Psychosomatics*, 39, 30-37.
- Webne, S. (1995) Preparation for surgery. In Goreczny, A. *Handbook of health and rehabilitation psychology* (pp. 291-306). Plenum Press.
- Whyte, R. & Grant, P. (2005). Preoperative patient education in thoracic surgery. *Thorac Surg Clin*, 15, 195 - 201.