

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA E DE *FOLLOW-UP*
EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO:
A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS**

DISSERTAÇÃO

Sandra Daniela de Figueiredo Cardante

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA E
DE *FOLLOW-UP* EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO:
A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS**

**PREOPERATIVE NURSING AND *FOLLOW-UP*
CONSULTATION IN AMBULATORY SURGERY:
NURSES' PERSPECTIVE**

Dissertação de Mestrado orientada pela Professora
Doutora Celeste Bastos e coorientada pelo Professor
Doutor Paulo Puga Machado

Porto, 2020

Agradecimentos

À professora Celeste Bastos e ao professor Paulo Machado pela sábia orientação desta dissertação, pela compreensão, pelos constantes incentivos e preciosas sugestões.

À Doutora Isabel Baleizão manifesto a minha gratidão, pela partilha dos seus conhecimentos.

A todos os profissionais que amavelmente e de forma voluntária participaram neste estudo.

Aos amigos, que sempre me incentivaram e em mim acreditaram.

À minha família pelo constante apoio e incentivo nos momentos de maior desânimo, e em especial ao João Pedro porque tolerou a minha ausência e desatenção.

Agradeço profundamente a todos os que, direta ou indiretamente, estão sempre ao nosso lado, onde o amor generoso nos engradece e alimenta a nossa inspiração...

O meu mais sincero OBRIGADA!

SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses

AORN - Association of PeriOperative Registered Nurses

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

ASA - American Society for Anesthesiologists (Sociedade Americana de Anestesiastas)

CIPE - Classificação Internacional Prática de Enfermagem

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória

DGS - Direção Geral de Saúde

EORNA - European Operating Room Nurses Association (Associação Europeia de Enfermeiros de Sala de Operações)

EPE - Entidade Pública Empresarial

ERS - Entidade Reguladora de Saúde

IAAS - International Association for Ambulatory Surgery (Associação Internacional de Cirurgia Ambulatória)

ICN - International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiros)

National Health Service (NHS) - (Serviço Nacional de Saúde)

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento de Exercício profissional de Enfermagem

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCA - Unidade Cirurgia de Ambulatório

WHO - World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

ABREVIATURAS

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia de Ambulatório

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

SIE - Sistema de Informação em Enfermagem

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

RESUMO

A cirurgia ambulatória é um modelo organizativo que possibilita a realização de procedimentos cirúrgicos, habitualmente efetuados em regime convencional, em contexto de ambulatório, com a admissão e a alta clínica do utente no mesmo dia, garantindo elevados padrões de qualidade e de segurança.

A consulta de enfermagem é uma estratégia fundamental para o acompanhamento do utente pelo enfermeiro, quer na admissão do utente à unidade de cirurgia de ambulatório e preparação pré-operatória, quer no seguimento durante o pós-operatório, o qual se realiza à distância, uma vez que o utente tem alta para o domicílio poucas horas após a intervenção cirúrgica.

A presente investigação tem como objetivo estudar a perceção dos enfermeiros sobre a dinâmica da consulta de enfermagem (pré-operatória e de *follow-up*) em contexto de cirurgia de ambulatório.

A investigação segue uma abordagem qualitativa, na qual participaram 17 enfermeiros de uma unidade de cirurgia de ambulatório, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 35 e os 61 anos. Como instrumento de recolha de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada. A análise dos dados seguiu o método de análise de conteúdo de Bardin.

Os enfermeiros percecionam a consulta de enfermagem (pré-operatória e de *follow-up*) como um recurso importante para garantir cuidados de qualidade, salientando-se a relevância que atribuem à transmissão de informação e aos registos dos procedimentos realizados nas consultas. Identificam como dificuldades a gestão do tempo, o planeamento de cuidados e aspetos organizacionais. Consideram como fragilidades situações de ensinamentos menos completos, a não reavaliação do utente após a consulta de *follow-up* e a pouca informação que têm sobre os indicadores de desempenho. Manifestam vontade de melhorar a sua prática, concretizando-se na uniformização de procedimentos, na reestruturação das consultas e na formação dos enfermeiros.

O conhecimento da perceção dos enfermeiros sobre a dinâmica da consulta de enfermagem revela-se importante na medida em que, permite compreender as forças e as fragilidades do desempenho dos enfermeiros, as dificuldades vivenciadas por estes profissionais e identificar necessidades de mudança. Os resultados obtidos podem constituir uma fonte de informação privilegiada para os próprios enfermeiros refletirem sobre as suas práticas e auxiliar os gestores a repensarem na adequação e rentabilização de recursos humanos e materiais, rumo à qualidade dos cuidados cirúrgicos de ambulatório.

Palavras-chave: cirurgia de ambulatório; enfermagem; consulta pré-operatória; consulta de follow-up.

Abstract

Ambulatory surgery is an organizational model that makes it possible to perform common surgical procedures in an ambulatory setting. Admission and discharge of the patient is on the same day, ensuring high standards of quality and safety.

The nursing consultation is a fundamental strategy for the monitoring of the patient by the nurse, whether during the admission of the patient to the outpatient surgery unit and preoperative preparation, or in the follow-up during the postoperative period, which is performed at a distance, since the patient is released a few hours after the surgical intervention.

This research aims to study nurses' perception of the dynamics of nursing consultations (preoperative and follow-up) in the context of outpatient surgery. The research follows a qualitative approach, with 17 participating nurses from an outpatient surgery unit. These nurses, of both genders, were between 35 and 61 years of age. A semi-structured interview was used as the data collection tool. Data analyses were based on content analysis proposed by Bardin.

Nurses perceive nursing consultations (preoperative and follow-up) as an important resource to ensure quality care, highlighting the importance of the transmission of information and the register of the procedures performed during the consultations. Time management, the planning of health care and organizational aspects are identified as difficulties. The participants stated that the absence of more in-dept training in certain situations, the non-assessment of the patient after the follow-up consultation and the lack of information on performance indicators were perceived as shortcomings. They express the will to improve their practice, namely in the standardisation of procedures, the restructuring of consultations and the training of nurses.

The awareness of nurses' perceptions of the dynamics of nursing consultations is important in understanding the strengths and weaknesses of their professional performance, the difficulties they experience in order to identify the needs for change. The obtained results may be a source of privileged information for nurses themselves to reflect on their practices and help managers rethink the adequacy and efficiency of human and material resources, aimed at providing quality to outpatient surgical care.

Keywords: outpatient surgery; nursing; preoperative consultation; follow-up consultation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPITULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1 A cirurgia de ambulatório	15
1.1.1. Evolução histórica da cirurgia de ambulatório	19
1.1.2. Enfermagem perioperatória	21
1.1.3. Formação em enfermagem perioperatória.....	26
1.1.4. Cuidar da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica	29
1.2. Consulta de enfermagem em cirurgia de ambulatório	32
1.2.1. Consulta de enfermagem pré-operatória (presencial)	36
1.2.2. Consulta de enfermagem de <i>follow-up</i> (não presencial)	42
1.3. A gestão em cirurgia de ambulatório	44
1.3.1. Indicadores de qualidade em saúde	47
CAPITULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	54
2.1. Metodologia	56
2.1.1. Objetivo e questão orientadora.....	57
2.1.2. Contexto do estudo.....	57
2.1.3. Participantes do estudo	60
2.1.4. Procedimento de recolha de dados.....	62
2.1.5. Tratamento e análise dos dados	64
2.1.6. Considerações éticas	64
CAPITULO 3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	66
3.1. Informação.....	69
3.2. Suporte e documentação	78
3.3. Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros	83
3.4. Valoração da consulta de enfermagem (pré-operatória e de <i>follow-up</i>).....	97
3.5. Perspetivas de mudança.....	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115

ANEXOS	129
ANEXO I: Carta de informação ao participante.....	131
ANEXO II: Consentimento informado.....	134
ANEXO III: Guião orientador da entrevista sobre a consulta presencial aos enfermeiros da UCA.....	138
ANEXO IV: Guião orientador da entrevista sobre a consulta não presencial aos enfermeiros da UCA.....	143
ANEXO V: Autorização do Conselho de Administração da [REDACTED]	148
ANEXO VI: Autorização da direção do bloco operatório ambulatório	152
ANEXO VII: Parecer da comissão de ética	155

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação estado físico do utente American Society for Anesthesiologists (ASA).....	18
QUADRO 2: Dados sociodemográficos dos participantes.	62
QUADRO 3: Categorias e subcategorias das entrevistas relativas à consulta pré-operatória (presencial) e de <i>follow-up</i> (não presencial).	68

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Circuito dos utentes a serem submetidos a cirurgia ambulatória.....	60
FIGURA 2: Categoria Informação	69
FIGURA 3: Categoria suporte de documentação.....	78
FIGURA 4: Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros	83
FIGURA 5: Valoração da consulta de enfermagem (presencial e <i>follow-up</i>)	97
FIGURA 6: Perspetivas de mudança	104

INTRODUÇÃO

Na sociedade atual a evolução científica e tecnológica são uma constante, assim como a procura de eficiência e eficácia nos cuidados de saúde. A enfermagem não fica fora desta premissa, buscando, dentro do seu âmbito, desenvolver a prática baseada na evidência científica, com vista a integrar a excelência da prestação de cuidados aos utentes e suas famílias, em sintonia com os objetivos institucionais (Doran, 2011).

No âmbito dos cuidados de saúde, a evolução da cirurgia de ambulatório conduz a ganhos em saúde para os utentes que carecem de uma cirurgia, sem renunciar aos padrões de qualidade exigidos no processo cirúrgico (AESOP, 2012).

A perspetiva da enfermagem em contexto de cirurgia ambulatória é próxima do protótipo da enfermagem perioperatória convencional, pretendendo-se uma abordagem centrada no utente, que necessita de cuidados cirúrgicos, de forma holística e multidisciplinar (Duarte & Martins., 2014).

A visão inovadora da cirurgia de ambulatório, atualmente destacada como um modelo organizativo, apresenta uma multiplicidade de vantagens para todos os intervenientes (Sarmiento et al., 2013), nomeadamente para os utentes (intervenção cirúrgica com alta no próprio dia), para os familiares/cuidadores (auxiliam no acompanhamento pós-operatório), para os profissionais de saúde e instituições de saúde (eficácia e qualidade).

As intervenções da enfermagem perioperatória englobam todas as ações autónomas e interdependentes realizadas nos vários contextos do percurso do utente pela unidade de cirurgia de ambulatório. A ação do enfermeiro perioperatório é, segundo a Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP), “o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2012, p. 108).

No âmbito da atuação do enfermeiro em cirurgia de ambulatório, a consulta de enfermagem é uma prática essencial para garantir os cuidados de enfermagem de excelência, tanto no período pré-operatório, como no período pós-operatório.

Antes da cirurgia, o utente é atendido pelo enfermeiro no contexto de consulta pré-operatória com o objetivo de proceder à avaliação inicial, disponibilizar informações para a preparação física e psicológica do utente para a cirurgia e esclarecer potenciais dúvidas do utente acerca do percurso cirúrgico.

Apesar do utente ter alta da unidade de cirurgia de ambulatório poucas horas após a cirurgia, o papel dos enfermeiros não cessa neste momento, sendo fundamental o acompanhamento pós-operatório (*follow-up*) no domicílio, garantindo a qualidade dos cuidados (Marques, 2011). Esta consulta de enfermagem é essencial para a verificação de complicações que

podem comprometer a qualidade da recuperação no pós-operatório, o que anularia muitas das vantagens da cirurgia ambulatória (Machado, 2013).

Dado o interesse que a temática suscitou na investigadora, porque exerce funções em contexto de cirurgia de ambulatório, procedeu-se a uma pesquisa inicial resultando a identificação de estudos que comprovam a importância da consulta de enfermagem no atendimento do utente cirúrgico. A investigação sustenta-se na bibliografia encontrada inicialmente e na pesquisa mais alargada.

Considerou-se que a investigação deveria centrar-se na perspetiva dos enfermeiros, uma vez que são eles que concretizam a realização das consultas de enfermagem (pré e pós-operatória) e mais facilmente podem transmitir informação pertinente que suporte mudanças na prática clínica, promotoras de uma melhoria da qualidade dos cuidados de cirurgia de ambulatório, e é neste âmbito que o estudo pretende dar contributos.

Atendendo à natureza da temática eleita, traçou-se como objetivo geral estudar a perceção dos enfermeiros sobre a dinâmica da consulta de enfermagem pré-operatória (presencial) e de *follow-up* (não presencial), praticadas na unidade de cirurgia de ambulatório onde estes profissionais exercem funções. Para dar resposta ao objetivo, delineou-se uma investigação de natureza qualitativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas para recolher os dados junto de uma amostra de enfermeiros de uma unidade de cirurgia de ambulatório de uma instituição hospitalar do norte de Portugal.

Em termos de organização geral, este documento é constituído por três capítulos principais. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico, onde são desenvolvidos os temas fundamentais, como a cirurgia de ambulatório, os cuidados de enfermagem neste contexto, a consulta de enfermagem (pré e pós-operatória) e a gestão em cirurgia ambulatória.

O segundo capítulo descreve os aspetos metodológicos que sustentaram o percurso da investigação, nomeadamente o tipo de estudo, o objetivo e questão orientadora, o contexto do estudo e os participantes, o procedimento e a estratégia de recolha e de análise de dados, assim como os requisitos éticos.

No terceiro capítulo são apresentados e discutidos os resultados, à luz da revisão da literatura apresentada no primeiro capítulo.

Por último, as considerações finais, com referência ainda às limitações do estudo e implicações para a prática clínica e futura investigação.

CAPITULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A cirurgia de ambulatório

As cirurgias realizadas em regime de ambulatório são cada vez mais comuns e sustentadas num paradigma de segurança e de qualidade, aliada à obtenção de elevados níveis de eficiência e eficácia, sendo a vertente cirúrgica com maior expansão à escala mundial (Lemos, 2010). Com o progresso tecnológico, assim como a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, associadas aos cuidados de enfermagem prestados no pré, intra e pós-operatórios este tipo de cirurgia mostrou ser tão seguro e eficaz quanto a cirurgia convencional, focando-se em minorar o trauma causado, através de procedimentos minimamente invasivos (Ferreira, 2017), tornando assim possível o rápido regresso do utente à sua casa e às atividades do dia a dia.

Os utentes submetidos a cirurgia ambulatória (CA) ficam menos tempo fora do seu ambiente sociofamiliar, o que permite o regresso precoce ao seu quotidiano. A diminuição do tempo de permanência em ambiente de cuidados de saúde é um fator que contribui para a diminuição da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, assim como, a diminuição do stress associado ao internamento hospitalar (AESOP, 2012).

De acordo com a Entidade Reguladora de Saúde (ERS, 2008), a CA define-se por:

“toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora geralmente realizada em regime de cirurgia convencional, possa ser realizada em regime de ambulatório com admissão e alta do utente no mesmo dia, ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais leges artis” (ERS, 2008, p.5).

De acordo com a *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS, 2013), a CA consiste num procedimento cirúrgico programado, onde a alta pode ocorrer no mesmo dia da intervenção, se o utente operado não necessitar de pernoita hospitalar, caso contrário, o utente poderá permanecer a primeira noite no hospital, tendo alta até vinte e quatro horas após a cirurgia (ficando este conceito designado como cirurgia ambulatória com pernoita hospitalar). Em Portugal, este conceito é legalmente introduzido em 2006 (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNADCA], 2008).

Na definição da CNADCA, a unidade da CA “é uma unidade planeada a pensar nos fluxos dos utentes, dos profissionais e dos materiais necessários para os diferentes processos”, permitindo reduzir os tempos de espera, ampliar os tempos operatórios e “permitir a concentração do tempo de trabalho dos profissionais nas tarefas que criam valor” (CNADCA, 2008, p.18).

O conceito de cirurgia em regime de ambulatório prende-se com um ambiente de segurança e qualidade, na mesma orientação com o praticado no regime de internamento, atendendo que este tipo de procedimento não reduz os riscos potenciais da intervenção cirúrgica. A segurança é uma palavra-chave em CA e, por isso, torna-se fundamental focar a importância da avaliação, ensino, medicação, assim como, da consulta presencial e não presencial, com telefonema às 24 horas após alta (Espanha, 2014).

Em Portugal, a taxa de cirurgias programadas realizadas em contexto CA, tem vindo a aumentar, assemelhando-se à prática cirúrgica dos países mais desenvolvidos (Lemos, 2010).

Existem vantagens que justificam a importância do investimento neste tipo de cirurgia ambulatória programada. É evidente a necessidade crescente de tratar mais utentes em contextos de cuidados com recursos limitados, pelo que, o impacto social e económico deste protótipo organizativo assegura parâmetros de qualidade, ao contribuir para a diminuição da lista de espera cirúrgica e ainda, para uma racionalização da despesa em saúde. A centralização dos cuidados no utente e as alterações organizacionais que emergem, possuem também múltiplas vantagens, constituindo-se uma mais-valia para o utente que necessita de intervenção, para a família, para a instituição hospitalar e para a sociedade em geral (AESOP, 2012).

Segundo Baleizão (2019), calcula-se que, em média, para a mesma patologia, um utente operado em CA economiza 40% de recursos comparativamente a um utente que é intervencionado em cirurgia convencional, uma vez que esta última implica uma estrutura mais laboriosa, com mais pessoal técnico, mais equipamentos e um internamento hospitalar.

De acordo com o relatório da CNADCA, a CA é uma dinâmica organizativa em saúde com benefícios para “o utente (qualidade, acessibilidade, humanização), para o profissional (satisfação) e para o estado (custos), possuindo, por isso, um potencial que deve ser rentabilizado” (CNADCA, 2008, p.11).

No Despacho n.º 1380/2018, publicado em Diário da República, no dia 8 de fevereiro, destaca-se a necessidade do desenvolvimento da CA, sendo esta uma ferramenta importante para o crescimento da qualidade dos cuidados, eficiência e eficácia na organização hospitalar, com vários ganhos reconhecidos internacionalmente. A CA permite estruturar uma unidade hospitalar com a finalidade de reservar o internamento para as cirurgias que exigem cuidados mais diferenciados e mais prolongados, possibilitando, deste modo, conter custos e redirecionar os gastos hospitalares (Diário da República, 2018).

Em Portugal, segundo Magalhães (2014), a taxa de cirurgias em regime de CA é de 55%, comparativamente à cirurgia programada convencional (com internamento), sendo esta percentagem uma expressão considerável. A garantia de parâmetros de segurança e de qualidade, nos cuidados aos utentes na CA, é um princípio de sucesso e de evolução, que torna a CA avaliada como uma área prioritária e um pilar de desenvolvimento sustentável do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

As unidades de CA no nosso país têm acompanhando a evolução mundial da CA com procedimentos menos invasivos, técnicas anestésicas mais eficientes, uniformização de protocolos e melhoria de cuidados pós-operatórios, pelo que, é esperado que este crescimento e desenvolvimento continuem a ser estimulados no futuro, no contexto nacional (Magalhães, 2014).

A Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) é a entidade dinamizadora da CA no nosso país e mostra-se empenhada em implementar as recomendações nacionais e internacionais (normas funcionamento da CA), nomeadamente, nos aspetos da garantia da qualidade dos procedimentos cirúrgicos, de forma a não reduzir estes procedimentos a um simples ato administrativo (Magalhães, 2014).

A importância da CA não se delimita a recursos económicos e organizacionais. Existe todo um conjunto de variáveis que conduzem à ênfase desta prática, nomeadamente, ao utente que é um fim em si mesmo. Os utentes a serem submetidos a este regime cirúrgico, devem ser criteriosamente selecionados. O Ministério da Saúde (MS), através da Direção Geral da Saúde (DGS), define em Portugal, critérios de acessibilidade a considerar na admissão dos utentes a serem submetidos a cirurgia em regime de ambulatório. Em consonância com Manley e Beltman (2009), a DGS considera dois tipos de critérios: critérios sociais e critérios clínicos.

Os critérios sociais implicam que o utente tenha assegurado o transporte em veículo automóvel após a alta, que o utente resida ou pernoite a uma distância inferior a 60 minutos da unidade de CA, que tenha condições adequadas de habitação no local de pernoita, que tenha acesso ao telefone e tenha garantido o acompanhamento por um adulto responsável idóneo, nas primeiras vinte e quatro horas, após a alta.

Os critérios clínicos estabelecem que os utentes a serem submetidos a uma cirurgia, sejam utentes saudáveis ou apresentem uma doença sistémica ligeira, sem limitação funcional e classificados como ASA I ou ASA II, de acordo com a classificação de estado físico da *American Society for Anesthesiologists* (Quadro 1). São ainda parâmetros a considerar, a estabilidade clínica e psíquica do utente, não ser previsível que a duração da intervenção cirúrgica ultrapasse os 120 minutos, e ainda, que a dor no pós-operatório seja controlada através de medicação oral (Manley & Beltman, 2009).

STATUS	ESTADO FÍSICO DO UTENTE
ASA I	Utente saudável, sem alterações sistémicas
ASA II	Utente com alterações sistémicas ligeiras
ASA III	Utente com alterações sistémicas graves
ASA IV	Utente com alterações sistémicas severas que necessita de cuidados constantes para sobreviver
ASA V	Utente moribundo que necessita da intervenção cirúrgica para sobreviver
ASA VI	Utente em morte cerebral declarada, em cirurgia de remoção de órgãos para efeitos de doação
Acréscere a letra E em caso de cirurgia de emergência	

QUADRO 1: Classificação estado físico do utente American Society for Anesthesiologists (ASA)

Atualmente os critérios são mais inclusivos, precavendo riscos específicos como: problemas cardíacos, obesidade, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dependência de substâncias alcoólicas e/ou drogas, assim como, doenças psiquiátricas. Deste modo, é viável admitir nas listas de cirurgia de ambulatorio, utentes com classificação ASA III, com a condição que seja garantida uma avaliação rigorosa e prudente no pré-operatório, assim como, assegurar que os cuidados a manter no domicilio sejam convenientemente planeados e entendidos (Rothrock & McEwen, 2008). A avaliação pré-operatória pressupõe também uma decisão ponderada do tipo de anestesia, em virtude da classificação ASA.

Apesar de existirem utentes que, de acordo com os critérios clínicos, não poderão realizar uma intervenção cirúrgica em regime de ambulatorio, existe ainda margem para um aumento das taxas de ambulatorização cirúrgica. Uma das estratégias para este aumento passa por adotar indicadores de qualidade que possibilitem uma melhoria contínua da prestação na área da CA (ACSS, 2011).

A seleção dos utentes para a CA segue um percurso multidisciplinar, iniciando-se pela avaliação do cirurgião da respetiva especialidade médica. De seguida o utente é encaminhado para a consulta pré-operatória, de anestesia e de enfermagem. Após a transmissão da informação e esclarecidas as dúvidas, pelos profissionais de saúde, a decisão pelo regime ambulatorio fica ao critério do utente.

Na consulta pré-operatória compete ao cirurgião efetuar uma avaliação de questões subjacentes que possam originar complicações inesperadas intraoperatórias. O anestesista é responsável pela avaliação clínica do utente, de forma a identificar condições que possam originar complicações durante o período anestésico ou criem óbices na execução da técnica anestésica. A avaliação dos critérios sociais assim como das condições que possam comprometer dificuldades durante todo o percurso perioperatório é da responsabilidade do enfermeiro (Rothrock, 2014). É consensual que todo o planeamento dos cuidados inclua o utente, a família e a equipa multidisciplinar.

A evolução da CA é uma realidade que alia a complexidade dos procedimentos cirúrgicos à garantia da segurança do utente, segundo critérios de qualidade. Assim sendo, os profissionais devem assegurar a seleção criteriosa dos utentes, a preparação pré-operatória, a monitorização perioperatória e os cuidados pós-operatórios, incluindo sempre a participação do utente ao longo de todo processo, o que garante o sucesso da intervenção cirúrgica (Caseiro & Tavares, 2013).

A CA, do ponto de vista do planeamento dos cuidados de enfermagem, assume os mesmos princípios que o planeamento em contexto de outro tipo de bloco operatório, mas de um modo mais abrangente, na medida em que, o contacto com o utente e família ou cuidador, ocorre mais cedo e termina mais tarde. Ou seja, um enfermeiro perioperatório de uma unidade CA, não se limita a intervir apenas no âmbito da consulta externa (pré), do bloco operatório (intra) ou do internamento (pós) (Duarte & Martins, 2014).

Atendendo às especificidades da CA e modo de funcionamento específico, uma unidade de CA, seja qual for a sua dimensão, deverá ser planeada e desenhada com especial atenção às necessidades de humanização e condições de conforto dos utentes e profissionais, e ainda, ao cumprimento das regras básicas de diferenciação de circuitos que permitem garantir a segurança dos procedimentos praticados nessa unidade (Coutinho, 2009).

Resumindo, a CA é um modelo organizativo que possibilita que determinados procedimentos cirúrgicos, habitualmente efetuados em regime convencional, passem a ser realizados em regime de ambulatório, com elevados padrões de qualidade e de segurança. Este regime de prestação de cuidados, permite a admissão e alta do utente no próprio dia da cirurgia. O percurso do utente dentro da unidade de CA contempla a sua admissão, a prestação de cuidados pré, intra e pós-operatórios, e por fim, a alta e saída da unidade com destino ao domicílio.

1.1.1. Evolução histórica da cirurgia de ambulatório

O início da CA remonta a meados do século XIX, sendo que em Portugal é ainda considerada um desafio recente. Pode afirmar-se que a CA é um conceito do passado que se está a tornar uma condição do futuro, sustentado nas diversas vantagens que apresenta.

A CA está estreitamente ligada à história da evolução da medicina e da enfermagem, com a recuperação pós-operatória do utente no seu domicílio, sendo cuidado pelos seus familiares, sob orientações médicas e de enfermagem.

O conceito de CA emerge em 1818 quando, no *Massachusetts General Hospital*, se estabeleceu o primeiro centro de CA (Meeker e Rothrock, 2007). Nicoll, considerado um dos pioneiros nesta área, realizou 8988 intervenções pediátricas em 1909 e Herzfeld realizou

1000 cirurgias em 1938. James H. Nicoll (médico do *Royal Hospital for Sick Children* em *Glasgow*, considerado o “pai” da CA) faz a sua primeira publicação sobre a CA em 1909, na *British Medical Association*, na qual procurou comprovar a qualidade do regime cirúrgico de ambulatório (Bissonnette & Anderson, 2011).

Gerard Parmanter e Paul Jarret, defendiam que a CA não era uma invenção, mas sim, uma inovação e, também, que a CA não era outra forma de tratar os utentes, mas sim, a melhor maneira de os tratar, sendo fundamental o empenho de todos para prestar um serviço de elevada qualidade, com uma excelente relação custo - eficiência (Lemos, Jarrett, & Philip, 2006).

É na década de 70, nos Estados Unidos da América, que se verifica o retomar do interesse pela CA, devido à necessidade de aumentar a eficiência da atividade cirúrgica e de racionalizar os custos nas unidades de saúde. Este “renovar” de um conceito antigo, torna-se possível com os avanços das técnicas cirúrgicas e de anestesia, às quais acresce a mudança de atitude dos profissionais. Os profissionais vão assumindo um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde, em que o utente passa a ser considerado um parceiro na satisfação das suas necessidades de saúde.

O *Phoenixiu Surgicenter*, fundado pelo Dr. Wallace Reed e John Ford, é mencionado por Elkin et al. (2005), como a primeira unidade cirúrgica grátis. Este centro tornou-se como uma referência nos Estados Unidos, com origem na implementação de normas e protocolos, sendo ainda hoje uma referência no protótipo de CA (Meeker & Rothrock, 2007).

Nos anos 60, o princípio fundamental da “segurança” (base de CA) foi introduzido por David Cohen, referenciado por Meeker e Rothrock (2007). Mais tarde, como aponta Vaz et al. (2006), John Dillon associou-se a David Cohen, surgindo assim dois centros de CA, o de Cohen e Dillon, na Universidade da Califórnia, Los Angeles, e a unidade cirúrgica de “*entre e saia*” da Universidade George Washington, em Washington.

Em 1995, é fundada a *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) (IASS, 2013), com a finalidade de promover a progresso mundial de CA de alta qualidade (também conhecida por cirurgia diurna). Em Portugal, a 25 de setembro de 1998, foi formada a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), membro da IAAS. A APCA tem como principal finalidade a formação no âmbito da CA e a sua promoção a nível nacional sustentada em projetos de elevada qualidade (Lemos, 2006).

A implementação da CA pressupõe um serviço nacional de saúde organizado e estruturado, daí a dificuldade em implementar esta modalidade em alguns países. Em Portugal, apesar de existirem as condições necessárias para a implementação da CA, o seu desenvolvimento iniciou-se de forma lenta, fruto do ceticismo com que era visto por alguns membros da equipa de saúde, confundindo uma unidade de CA com uma pequena cirurgia e, por isso, demeritória (Baleizão, 2019).

Já em pleno século XX, os países europeus realizavam cerca de 30% a 40 % de CA e, nessa mesma altura, em Portugal, a percentagem era de 0%. Por isso, as Autoridades Europeias convocaram o Ministério da Saúde Português com o intuito de incentivar a implementação da cirurgia em regime de ambulatório. O Ministério da Saúde (MS), deu início ao processo de implementação da CA em cinco instituições hospitalares, consideradas pioneiras. Na altura foi criado um grupo de trabalho com o objetivo de preparar as equipas, nomeadamente, os cirurgiões, os anestesistas, os enfermeiros, os assistentes operacionais e os assistentes técnicos. Contudo, à época, a cirurgia em regime de ambulatório já era uma prática realizada pelas instituições hospitalares privadas, sendo este setor mais atento ao gasto económico, pelo que este “*know how*” do setor privado foi incorporado nos sistemas públicos de saúde (Baleizão, 2019).

A CA tem obtido resultados que revelam um aumento da procura dos portugueses a este tipo de cuidados cirúrgicos, permitindo deste modo “elevar a qualidade, a eficiência e a comodidade desta resposta para os utentes e para as suas famílias” (Mestre, 2019, p.1). De acordo com dados apresentados por Mestre (2019), em 2018 registou-se a maior incidência de utentes operados nos hospitais do SNS, aproximadamente 600 mil utentes (mais de 120 mil utentes operados do que no ano de 2010 e quase a duplicação dos utentes operados no ano de 2000), assim, as cirurgias de ambulatório representaram 65,5% do total de cirurgias realizadas no SNS no ano de 2018, comparativamente com os 49,5% no ano de 2010 ou cerca de 10% no ano de 2000.

1.1.2. Enfermagem perioperatória

O desenvolvimento do conhecimento na enfermagem e a procura de um atendimento holístico, tem gerado um distanciamento relativamente ao modelo biomédico tradicional. No entanto, em contexto de bloco operatório, a função do enfermeiro é frequentemente descrita como “ajudante do cirurgião”, profissional predominantemente tecnicista, sem autonomia, distanciando-se do verdadeiro conceito de cuidados de enfermagem.

O conceito de enfermagem perioperatória é definido pela AESOP, desde 1994, como sendo “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si) pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do utente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado” (AESOP, 2012, p.346).

Ainda segundo a AESOP (2012) as funções do enfermeiro em contexto perioperatório incluem “o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2012, p.108).

A construção atual do *work design* de enfermagem perioperatória deve-se muito ao trabalho desenvolvido pelas organizações representativas a nível mundial, as quais têm promovido o reconhecimento científico da enfermagem em bloco operatório, por via do investimento na área da formação, na definição de normas e procedimentos baseados na evidência, com foco na segurança do utente. Como refere Cabral (2004), estamos a acompanhar a passagem de um estado de passividade para um paradigma de responsabilidade, de confiança e de autonomia, na complementaridade.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) na área da saúde, a enfermagem é a profissão que tem como finalidade “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que está inserido, de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, capítulo II, art.º 4, 2015). Ainda, segundo o mesmo regulamento, para a prática de enfermagem generalista, pode-se ler no artigo 4º ponto 2: o enfermeiro detém conhecimentos que lhe permitem decidir e usar meios e técnicas próprias da profissão de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes. De acordo com o ponto 1, 2 e 3, do artigo 9º, do REPE (2015), as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes. As intervenções de enfermagem são autónomas sempre que o enfermeiro assume total responsabilidade na sua decisão clínica e na ação que dela emerge, partindo dos seus conhecimentos e competências, inerentes à sua qualificação profissional, e fruto também da sua experiência. As intervenções de enfermagem podem ainda ser complementadas e interligadas com decisões e ações de outros profissionais de saúde, sendo a responsabilidade partilhada pela equipa multidisciplinar, e neste caso considera-se que a intervenção do enfermeiro é interdependente.

Os enfermeiros têm o dever de cumprir o código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício profissional, tal como vem homologado no art.75 n.º 1 alínea a) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), no decreto Lei n.º 104/98 de 21 de abril (alterado e republicado pela Lei n.º 111/2008 de 16 setembro), tendo por direito exercer a profissão sem nenhum tipo de limitações.

O enfermeiro exerce a sua autonomia ao realizar intervenções em função da sua avaliação clínica e assumindo a responsabilidade pelas suas decisões e ações. A sua prática evolui no sentido da excelência na medida em que o profissional domina conhecimentos científicos técnicos e humanos, e os aplica na prestação de cuidados.

O enfermeiro deve agir de acordo com as orientações e as referências de práticas recomendadas, participando ativamente na identificação e controlo de potenciais riscos no contexto da sua prática clínica. A prestação dos cuidados seguros independentemente do

seu contexto e da relação jurídica existente, obriga ao cumprimento de normas e procedimentos técnicos, éticos, deontológicos.

A *European Operating Room Nurses Association* (EORNA, 2019) apresentou as competências necessárias para o exercício da enfermagem perioperatória, traduzidas num conjunto de habilidades, conhecimentos, atitudes e características individuais, em cinco domínios: prática profissional legal e ética; cuidados de enfermagem aplicados à prática perioperatória; relacionamento e comunicação interpessoal; habilidades de organização, gestão e liderança; desenvolvimento educacional e profissional.

O enfermeiro perioperatório exerce a sua atividade de enfermagem no bloco operatório (BO). A sua ação sustenta-se em conhecimentos científicos e técnicos, os quais lhe permitem identificar as necessidades do utente em ambiente cirúrgico e intervir com segurança, quer em situações de rotina, quer em situações de emergência. Segundo a AESOP (2006, p.172), o enfermeiro perioperatório presta cuidados ao utente cirúrgico e fundamenta a sua tomada de decisão “mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o BO e com os cuidados perioperatórios”. No contexto de BO o enfermeiro atua numa rede multiprofissional, esperando-se que participe ativamente na humanização, organização e gestão do BO.

O enfermeiro perioperatório pode exercer tarefas multifuncionais, ou seja, desempenhar função nas diversas valências perioperatórias (instrumentista, auxiliar de anestesia, circulante e de unidade cuidados pós anestésicos). Cada atividade específica perioperatória está definida nas normas dos regulamentos internos do BO seguindo as recomendações da AESOP e da ordem dos enfermeiros (OE).

O exercício da enfermagem perioperatória está sujeito a dotações mínimas de modo a garantir uma resposta de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança. O cálculo de dotações seguras de enfermeiros nos BO, de cirurgia convencional e de cirurgia ambulatória, segue os mesmos princípios, tendo em conta a complexidade dos cuidados, a capacidade instalada e o modo de organização desses cuidados. Para além da dotação para cada sala cirúrgica e de recobro, é aconselhado incluir a dotação da consulta pré e pós-operatória, admissão pré-operatória e atividades de suporte, nomeadamente: “gestão integrada de cuidados perioperatórios, resposta a necessidades de logística de suporte às salas, substituição de enfermeiros, entre outros” (OE, 2019, p.143).

Segundo Castanheira (2014), a enfermagem tem assinalado avanços consideráveis, no campo da CA. Atualmente, as unidades de CA, fazem uma avaliação pertinente e adequada ao utente em todas as seguintes fases:

- a) Consulta de enfermagem pré-operatória: confirmação dos requisitos clínicos e sociais do utente e informação ao utente/família sobre o funcionamento da UCA.
- b) Consulta de admissão: receção e a preparação do utente para a cirurgia, respeitando a checklist pré-operatória (para maximização da segurança do utente).

- c) Fase intraoperatória: prestação de cuidados ao utente nas valências para as quais desenvolveu competências (instrumentação, anestesia e circulante). Preparação/verificação do material cirúrgico e equipamentos indispensáveis para a cirurgia, fazendo uso das boas práticas de bloco operatório, respeitando os passos da *checklist* da cirurgia segura, de acordo com as recomendações da OMS, e registando todas as suas intervenções em Sistemas de Informação de Enfermagem.
- d) Fase 1 de recobro: vigilância/monitorização da condição clínica do utente, aplicando medidas de conforto e alívio dos sintomas, e outros cuidados em função do tipo de cirurgia.
- e) Fase 2 de recobro: prestação de cuidados em função da recuperação do utente, até à alta da unidade de CA, orientando-se pelos protocolos existentes na unidade, nomeadamente, reforçando o ensino ao utente e acompanhante, sobre os cuidados a ter no domicílio, garantindo assim, a continuidade dos cuidados.
- f) Consulta não presencial às 24 horas: entrevista telefónica para avaliação do estado geral do utente, averiguar sobre possíveis intercorrências no regresso ao domicílio e esclarecer questões ou dúvidas que o utente apresente.

Ao longo das diferentes fases o enfermeiro deve identificar as necessidades do utente, recorrendo a uma avaliação sistemática e aplicando a melhor evidência à sua prática. Todas estas etapas exigem do enfermeiro competências específicas e constituem um desafio, cujo objetivo principal é a melhoria dos cuidados prestados, a segurança e a satisfação do utente (Castanheira, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como outras entidades internacionais e sociedades científicas, recomendam que cada país deve desenvolver estratégias nacionais para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. Não basta produzir normas, é necessário que estas façam parte integrante das atividades diárias das unidades de saúde e que se encontrem reunidas as condições de consenso técnico e científico, para possibilitarem a sinergia entre a maior eficiência, a melhor prática e a maior segurança dos utentes.

A profissão de enfermagem caracteriza-se pela diferenciação técnica, interdisciplinaridade, pela agregação constante de tecnologias e conseqüente necessidade de atualização contínua, sendo particularmente relevante em ambiente perioperatório. No caso concreto da enfermagem perioperatória, o enfermeiro garante a continuidade dos cuidados, aplicando os seus saberes e a sua experiência, com o objetivo final de dar resposta às necessidades de saúde do utente (Castanheira, 2014).

Segundo Castanheira (2014), na prestação de cuidados de enfermagem, é imprescindível a utilização uma linguagem sistematizada e universal (CIPE - Classificação Internacional Prática de Enfermagem). O desenvolvimento e a implementação de Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e a sua relação com os programas de melhoria contínua da qualidade

de cuidados de enfermagem, permitem obter uma maior e significativa visibilidade relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo Baleizão (2019), a CA cada vez mais incorpora cirurgias mais complexas e utentes com condições clínicas também mais complexas. Para dar resposta a esta realidade os profissionais de uma unidade de CA precisam conhecer bem a sua função e dominar os protocolos existentes, assim como, possuir competências que os capacite para intervir nas diferentes cirurgias e procedimentos específicos, bem como, monitorizar o utente no recobro. Toda a atividade descrita exige o domínio de conhecimentos e de competências técnicas, e ainda, a colaboração e coordenação de toda a equipa de saúde.

No relatório da CNADCA (2008) é notória a complexidade da organização e funcionamento de uma unidade de CA, pelo que se torna fundamental a existência de uma equipa de enfermagem com competências para dominar a execução dos procedimentos diários, assegurando com rigor os cuidados ao utente submetido a uma intervenção cirúrgica.

O cuidado de enfermagem, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente ou grupo de pessoas (família ou comunidade). A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional caracteriza-se pela parceria estabelecida no respeito pelas capacidades do utente e na valorização do seu papel, e tem por objetivo, ajudar o utente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. A parceria estabelecida deve envolver a família do utente ou pessoas significativas.

De modo a permitir um efetivo e eficiente desempenho das funções dos profissionais, é necessário que as organizações providenciem os recursos e meios necessários, em benefício do cidadão (Ribeiro, 2015).

Para um desempenho profissional benéfico à prestação de cuidados, deve-se investir em estratégias inovadoras focadas no recrutamento dos profissionais e na sua permanência nas instituições, recompensa aos profissionais, valoração da formação/promoção, e na eleição de ambientes, equipamentos e materiais seguros (ICN, 2007). É fundamental que as organizações adequem os recursos humanos ao tipo de cuidados a praticar, assim como, ao número de horas necessárias para uma prática de excelência, às estratégias para prevenir a taxa de absentismo, à rotatividade de utentes e lotação existente no serviço, à aplicação de protocolos, normas e procedimentos, e à formação dos profissionais.

Segundo a OE (2014), existem fatores que influenciam as dotações e a prestação de cuidados seguros, nomeadamente: a carga e ambiente de trabalho, o estado de saúde dos utentes, o nível de competências dos enfermeiros, a articulação entre profissionais de saúde, entre outros.

Garantir condições de trabalho, a dignidade e a segurança de todas as intervenções, é um direito dos enfermeiros, pois só assim conseguem a promoção da segurança e bem-estar dos

utentes. Deve ser dada ênfase às intervenções de cada profissional independentemente do contexto em que é praticado (OE, 2001).

1.1.3. Formação em enfermagem perioperatória

Hoje a formação é essencial ao Homem, podendo ser considerada uma dimensão da atividade humana ligada à mudança e à adaptação, determinada por fenómenos evolutivos, particularmente associada à atividade profissional. O conceito de formação pode ser definido como um modo de aprendizagem em que se desenvolve um modelo de construção pessoal, assente num processo experiencial, com repercussões em termos de atitudes e de comportamentos (Alarcão & Tavares, 2018). Como referem Nóvoa e Finger (1988) a formação consiste num “processo de modificação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber fazer (capacidades) e do saber ser (atitudes)” (Nóvoa e Finger, 1988, p.128).

A formação pode ser encarada como uma forma de fortalecer aptidões, as quais podem ser adaptadas e adequadas a situações concretas através da aplicação dos recursos teóricos, técnicos e práticos. Pode ainda ser entendida como um conjunto de atividades que visam a obtenção de saberes, capacidades, atitudes e formas de conduta exigidos para o exercício das funções próprias da profissão ou grupo de profissões, em qualquer ramo de atividade (CIME, 2001).

As técnicas em saúde estão em constante atualização fruto da evolução científica, o que se verifica no âmbito da anestesia, das técnicas cirúrgicas, da medicação e dos equipamentos, tornando-se fundamental a atualização de competências e de conhecimentos, por via de atividades de formação contínua (Baleizão, 2019).

O BO é considerado um ponto de convergência de inúmeras atividades ligadas de forma direta ou indireta a serviços e especialidades cirúrgicas. Como já mencionado, o avanço técnico-científico que se tem verificado na área da saúde, exige a definição de regulamentos, normas e procedimentos, de modo a garantir uma dinâmica eficiente do BO, fundamentais na organização do ambiente físico, dos materiais, das instalações e dos equipamentos. Do mesmo modo que o nível de exigência é transversal aos recursos humanos, pois este é um serviço que requer a constituição de uma equipa multidisciplinar, altamente especializada, com necessidade de atualização contínua dos seus saberes técnico-científicos.

O enfermeiro perioperatório necessita dominar um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências para prestar cuidados de qualidade, alinhados com as últimas evidências científicas. Os cuidados de enfermagem perioperatória, sendo curtos em tempo, uma vez

que a permanência do utente é também de curta duração, são exigentes no que respeita aos aspetos técnicos, conhecimentos e organização (Cambotas, 2014).

A oferta de formação especializada na área da enfermagem perioperatória é ainda escassa. O enfermeiro licenciado pode exercer funções no BO sem ter adquirido qualquer formação própria neste âmbito. A formação do enfermeiro em contexto perioperatório é sustentada no plano de integração, definido em cada contexto de BO. Existem algumas instituições de ensino que ministram cursos de pós-graduação e formação avançada, particularmente na área de anestesia. Também, em alguns departamentos de formação de instituições de saúde existem formações de curta duração, integradas na formação em serviço, que complementam a formação académica. Muita da formação específica é proporcionada ainda pela participação dos enfermeiros em congressos e outras atividades de divulgação científica.

Segundo a AORN, a missão do enfermeiro perioperatório é identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do utente/família para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados, que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia (AORN, 2005).

No curriculum para enfermeiros perioperatórios da EORNA (1997) é referido que as pessoas submetidas a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidadas por pessoal qualificado, num ambiente seguro. Segundo esta entidade, o pessoal experiente e qualificado, prestará cuidados com competência, sustentados em conhecimentos atualizados. O utente, os familiares e outras pessoas significativas, têm o direito de receber informação, bem como apoio emocional e físico, que lhes permitam ultrapassar as várias fases dos cuidados peri-operatórios.

A profissão de enfermagem tem, paulatinamente, desenvolvido uma maior aptidão técnico-científica, e a sociedade tem colocado desafios aos profissionais, que implicam mudanças decisivas na obtenção de saberes, capacidades e competências, a fim de responderem às exigências das organizações prestadores de cuidados de saúde. Atualmente, o novo desafio implica a corresponsabilização do próprio enfermeiro na sua formação, de modo a tornar-se eficiente e atualizando-se de forma continuada.

O sucesso da integração e formação do enfermeiro perioperatório não pode limitar-se a uma sessão de apresentação da estrutura do serviço e de caracterização dos utentes atendidos, ou dos tipos de cirurgia realizada, mas também a um intenso procedimento educativo que se suporta por um esforço coletivo da equipa que acolhe o novo profissional e um esforço pessoal deste último. Mesmo quando o enfermeiro já tem experiência na prestação de cuidados, a sua integração no BO é sempre considerada como um enorme desafio profissional, que obriga a uma reaprendizagem, não só a nível de conhecimentos técnico-científicos, como também a um reajustamento comportamental, de práticas, atitudes e de formas de lidar com o utente (Esteves, 2013).

Cada organização de saúde tem as suas particularidades e, assim sendo, também o enfermeiro perioperatório precisa de espaço, tempo e orientação para dominar as rotinas e os procedimentos. No entanto, existem protocolos/procedimentos transversais para auxiliar a integração de novos elementos nos serviços, os quais facilitam que o novo enfermeiro possa pôr em prática os seus saberes de uma forma segura e fundamentada, bem como fortalecer competências para exercer as suas funções com mestria.

Para a OMS, (1990) a formação contínua permite que um profissional se aproprie de conhecimentos, após a formação base e até complementar, com o objetivo de se preparar para uma carreira de generalista ou especialista, e visa melhorar as suas competências na prática dos cuidados, não tendo como objetivo obter um novo diploma ou um título.

A partir do DL n.º 437/91, de 8 de novembro, a formação contínua foi normalizada, passando a ser não só um direito como também um dever, neste DL podemos ler que “a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum e das necessidades individuais de cada membro do grupo”. O DL n.º 9/94, de 13 de janeiro, refere-se à formação contínua considerando que esta tem como objetivo promover a atualização e valorização pessoal e profissional dos funcionários e agentes.

No artigo n.º 88 do Código Deontológico, ao nível da excelência do exercício, é referido que o enfermeiro deve exercer com autonomia as suas funções, procurando “assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitem exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados” (OE, 2015 p.91).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2011), na formação contínua o enfermeiro deve:

- Rever de forma regular as suas práticas;
- Responsabilizar-se pela aquisição de novos conhecimentos durante a vida profissional, gerindo a manutenção das suas competências;
- Atuar com o intuito de responder às suas necessidades de formação contínua;
- Contribuir para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e pares;
- Atuar como mentor /tutor de forma eficaz;
- Aproveitar as oportunidades de formação informal, contribuindo desta forma para os cuidados de saúde.

A formação é uma via para a capacitação dos enfermeiros e vários autores reiteram o peso da capacitação profissional para um atendimento de qualidade no âmbito dos cuidados de saúde (Freitas, Neto, Neto, Albuquerque, & Cunha, 2008). Sustentado nas diretrizes da EORNA, a AESOP em 2006, deu um importante contributo na formação dos enfermeiros, com a criação de um programa de integração dos enfermeiros de BO, podendo este ser ajustado às necessidades da organização.

Os enfermeiros debatem-se com situações particulares, difíceis e incertas, onde a sua atividade diária está em constante transformação e, conseqüentemente, surge o risco de desatualização dos saberes e das experiências adquiridas. É neste âmbito que a formação contínua pode ser um instrumento valioso, desempenhando um papel influente na evolução dos cuidados de enfermagem, sendo geradora de novas condutas, comportamentos e atitudes (Collière, 1999).

Os conhecimentos e as competências dos enfermeiros não podem ficar restritos aos conteúdos abordados na licenciatura. Neste sentido, os enfermeiros podem recorrer a estratégias de atualização e aperfeiçoamento profissional, em diferentes modalidades, e compete às organizações e serviços de saúde, proporcionar estratégias de formação que promovam a qualidade dos cuidados (OE, 2017).

A formação contínua ao promover o desenvolvimento pessoal e profissional, é uma atividade de relevo para as organizações, uma vez que cria oportunidades de adaptação a um mundo em permanente mudança, para alcançar a melhor qualidade dos serviços prestados (Sousa, 2003). A formação em serviço, visa colmatar as necessidades de formação mais específicas considerando o contexto dos profissionais exercem funções.

De acordo com Dias (2009), a formação em serviço adquire, deste modo, uma importância decisiva, pois permite repensar as práticas e os cuidados prestados. Pode, ainda, ser um meio para dar resposta às carências sentidas pelos profissionais, constituindo uma forma de atualização e um momento de sensibilização dos próprios profissionais, para que estes se abram à inovação, à criatividade e à responsabilidade individual.

Lourenço & Mendes (2008, p.43) afirmam que “a organização do modelo de formação deve assim permitir um processo de crescimento socioprofissional e pessoal que resulta do envolvimento e confronto de perspetivas dos formandos, de modo a estimular uma análise reflexiva”.

A enfermagem enquanto profissão complexa exige oportunidades de formação que permita ao profissional desenvolver um conjunto de competências científicas e técnicas. É essencial integrar nesta formação a dimensão existencial, relacional e afetiva. Desta forma, a formação vem acrescentar valor às competências dos enfermeiros, e ainda tornar visível essas competências na qualidade dos cuidados, que se poderá traduzir em ganhos em saúde (Fabião, Magano, Jesus, & Miranda, 2005).

1.1.4. Cuidar da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica

“Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, p.37).

Para Collière (2003) o conceito de cuidar inclui um ato singular, que se presta a si de modo individual quando se tem autonomia e um ato de reciprocidade que se presta ao indivíduo que carece de ajuda temporária ou definitiva.

O cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações que possibilitam ao enfermeiro auxiliar ou sustentar a saúde, respeitando o estilo de vida, a cultura, as crenças e os valores dos utentes (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Apesar das várias conceptualizações, entende-se que cuidar é um conceito basilar na enfermagem, sendo esta uma profissão que tem como alicerce a relação com o outro (Pires & Goes, 2003).

Em contexto de CA, a ação de cuidar permite o sucesso do percurso do utente pelo serviço de saúde, garantindo parâmetros de qualidade, de segurança e de satisfação. Cuidar em CA, pressupõe uma ação interdependente e sequencial da equipa multidisciplinar. Uma equipa que trabalha de forma eficaz em conjunto, que emprega os seus conhecimentos e capacidades em prol do utente submetido a uma cirurgia, pode prevenir um número significativo de complicações potencialmente fatais (OMS, 2010).

A enfermagem atende aos padrões de segurança e qualidade, sendo o utente e a família, dois focos centrais da sua atenção, dado o seu papel na recuperação pós-operatória (Rothrock, 2014). A intervenção do enfermeiro perioperatório deve respeitar um conjunto fundamental de princípios, sedimentados na reflexão contínua, no atual nível científico da profissão e no suporte jurídico da mesma, assumindo um papel fundamental na manutenção da segurança dos cuidados. A prática sistemática de uma cultura de segurança nos cuidados é uma das premissas para a qualidade da CA (Ribeiro, 2014).

O perioperatório é um termo abrangente e que engloba três fases: o pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório (Duarte & Martins, 2014), fases entre as quais o utente em CA transita, num período de tempo relativamente curto.

A fase pré-operatória inicia-se na consulta da especialidade médica, na qual o cirurgião e o utente esclarecem a necessidade de uma intervenção cirúrgica, e termina na admissão do utente no BO, dando-se início ao período intraoperatório, o qual termina com a alta do utente da unidade de CA. A fase pós-operatória tem início após a alta do utente e termina quando o utente recupera da sua intervenção cirúrgica (Duarte & Martins, 2014).

Durante a avaliação pré-operatória, um dos procedimentos mais referidos pelos autores supracitados é a informação a ser comunicada ao utente e ao acompanhante. Esta informação deve incluir: o horário da unidade, a data e a hora de admissão para a cirurgia, o tempo de jejum, a medicação que o utente deve manter ou suspender, o contacto telefónico do serviço, a previsão das limitações pós-operatórias após o regresso ao domicílio/atividade profissional e também informação sobre a consulta não presencial

(*follow-up*) a realizar-se nas 24 horas após a alta da unidade de CA. Deve também ser garantido o transporte em veículo automóvel e a presença de um acompanhante adulto e responsável (Caseiro & Tavares, 2013).

O enfermeiro centra-se na antecipação das necessidades, procurando adequar o ensino, a informação e as orientações, às necessidades dos utentes. Este investimento tem início no período pré-operatório e prolonga-se mesmo após a alta clínica, com a realização do *follow-up*, garantindo que todos os cuidados pós-operatórios são contemplados (Rothrock, 2014). Transmitir informação constitui um princípio fundamental em contexto de saúde (Melo, 2006) e influencia o grau de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde que recebem (Alves, 2011).

Vários estudos têm demonstrado que os procedimentos cirúrgicos induzem stresse e ansiedade nos utentes (Pritchard, 2010; Guo, 2015). Um dos focos da atenção dos enfermeiros relativamente aos utentes propostos para cirurgia programada, é garantir que estes recebam adequada preparação física e psicológica. Segundo Guo (2015) os enfermeiros são responsáveis por fornecer informações gerais e apoiar os utentes no sentido de reduzir as vivências de ansiedade e de depressão pré-operatórias.

No estudo realizado por Guerreiro (2013), são referidos diversos fatores associados ao stresse e à ansiedade, que o utente vivencia no período pré-operatório. De acordo com a autora do estudo, os utentes salientam a importância da informação e da comunicação com os enfermeiros, como um determinante para lidarem de forma eficaz com o stresse e a ansiedade.

Há evidência do benefício de intervenções educacionais no período pré-operatório (Cooke, et al., 2016) e disponibilizar informação é uma das estratégias através das quais os profissionais de saúde ajudam o utente a lidar com o medo e as preocupações face à cirurgia (Guo, 2015).

Na fase pré-operatória, o enfermeiro deve providenciar ao utente informação acerca dos procedimentos, uma vez que esta informação se associa à perceção de maior controlo em relação ao processo cirúrgico, à redução da ansiedade do utente e à redução da morbilidade pós-operatória (Durling, Milne, Hutton, & S.Ryan, 2007).

O estudo de Cooke e colaboradores (2016) evidencia os benefícios físicos e psicológicos de uma intervenção pré-operatória promotora da autoeficácia do utente. Os mesmos autores salientam que a educação pré-operatória incentiva os utentes a assumirem um papel central na sua recuperação, promovendo resultados positivos e sustentáveis a longo prazo.

Num estudo realizado na Finlândia, os utentes mostraram-se satisfeitos com a informação que receberam por parte dos enfermeiros no pré-operatório, referindo sentirem-se familiarizados com os procedimentos, os sintomas e os tratamentos após a alta (Gröndahl et al., 2019). O mesmo estudo revela uma associação entre a qualidade da assistência em

enfermagem e os conhecimentos que os utentes consideram ter adquirido por via da intervenção educacional dos enfermeiros.

Guo (2015) aponta a força das intervenções multidisciplinares nos cuidados aos utentes cirúrgicos, uma vez que a contribuição de diferentes disciplinas amplia as habilidades e os conhecimentos da equipa, que se traduzem em melhores cuidados de saúde aos utentes. Um exemplo da sinergia multidisciplinar é a gestão dos sintomas no pós-operatório, particularmente importante em contexto de CA, uma vez que o utente terá de fazer muita dessa gestão no domicílio.

Há sintomas relativamente comuns no pós-operatório. Por exemplo, a náusea e o vômito, apelidados de “little big problem”, são frequentes após uma cirurgia/anestesia, não só no pós-operatório imediato, como também mais tarde (Öbrink, Jildenstål, Oddby, & Jakobsson, 2015). Öbrink e colaboradores (2015) referem a necessidade de uma intervenção multimodal e concertada, dos profissionais de saúde na gestão destes sintomas, que passa pela administração de doses farmacológicas que permitem uma anestesia e analgesia suficientes, e simultaneamente, minimizem os seus efeitos secundários. Neste contexto, os autores defendem uma analgesia “poupadora” de opioides e terapêutica profilática das náuseas e dos vômitos baseada no risco, de forma a minimizar a sua ocorrência.

Outro sintoma relativamente comum no pós-operatório e que causa inquietação ao utente, é a dor. Daí a importância de melhorar a analgesia após a cirurgia de ambulatório, com recurso a estratégias multimodais (Schug, & Chandrasena, 2015; Elvir Lazo & White, 2010).

A continuidade do tratamento da dor será assumida pelo próprio utente ou familiar cuidador, no domicílio (Hagen & Iohom, 2014), e pode incluir estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Este e outros sintomas, têm de ser alvo da atenção do enfermeiro, não apenas no período pós-operatório, como também antecipadamente no pré-operatório, de forma a capacitar o utente e o seu familiar para melhor gerir os sintomas após a alta clínica.

Empoderar o utente e o seu familiar relativamente à gestão dos sintomas, vigilância pós-operatória e despiste de complicações no pós-operatório, deve ser um objetivo da intervenção dos enfermeiros perioperatórios da CA, e para isso torna-se essencial planear encontros entre os diferentes intervenientes, por exemplo, por via de uma consulta de enfermagem.

1.2. Consulta de enfermagem em cirurgia de ambulatório

O exercício da enfermagem caracteriza-se pela diferenciação técnica, também pelo cruzamento de conhecimentos sustentados em múltiplas disciplinas e incorporação

continuada da nova tecnologia, o que exige ao profissional uma atualização constante, particularmente relevante em contexto de BO (Soares, 2014).

O emergir da CA impôs novos desafios aos profissionais de saúde, quer seja em ambiente hospitalar quer no domicílio, exigindo aos enfermeiros adaptações significativas e a utilização de novas estratégias de intervenção (Leal, 2006).

As cirurgias programadas em regime de CA não exigem a admissão do utente na véspera, no entanto, o utente precisa de cumprir determinados critérios específicos para ser possível a realização da cirurgia no próprio dia em que é admitido (DGS, 2003).

A AESOP (2012) propõe que seja realizada uma consulta de enfermagem pré-operatória, com o objetivo de avaliar as necessidades físicas e psicológicas do utente inscrito, e ainda, informar o utente acerca de todos os procedimentos desde a admissão até à alta (garantindo o envolvimento da família ou de um adulto idóneo e responsável), oferecer informação escrita com as indicações pré-operatórias e iniciar o ensino sobre os cuidados a ter após a alta, devendo estes ser validados posteriormente no *follow-up* após a cirurgia.

Estudos indicam que a consulta de enfermagem traz benefícios à população e oferece diretrizes com dimensões favoráveis que visam uma abordagem adequada às necessidades particulares dos utentes (Bento & Brofman, 2009).

Há evidência de que “manter um contato prévio com a pessoa que se submeterá a uma cirurgia representa um momento muito importante, uma vez que a explicação sobre os procedimentos a que este utente será submetido será de grande ajuda para diminuir os seus receios, a sua insegurança e a apreensão por ele sentida” (Jorgetto, Noronha & Araújo, 2004, p.274).

A atenção principal do enfermeiro numa fase inicial centra-se na preparação física e psicológica do utente para a intervenção cirúrgica, fornecendo-lhe as ferramentas necessárias para gerir as suas emoções (Leal, 2006), uma vez que os utentes tendem a experienciar stresse e sentimentos que podem influenciar o seu estado emocional (Christóforo & Carvalho, 2009). Os cuidados a prestar ao utente que vai ser submetido a intervenção cirúrgica devem ser planeados de forma individual (Christóforo & Carvalho, 2009).

Difícilmente se aborda a CA sem se referir a consulta pré-operatória e, por isso, podemos afirmar que esta consulta é o alicerce para a cirurgia em regime ambulatorio. Embora o procedimento tenha início com a inscrição do utente na unidade de CA, efetivamente, os cuidados diretos ao utente iniciam-se na consulta (Baleizão, 2019).

De acordo com um estudo realizado por Luna (2014), a visita pré-operatória traz vantagens tanto para o serviço como para as organizações, assim como, a transmissão de informação pré-operatória gera benefícios em relação ao tempo gasto, aos custos associados aos cuidados de saúde, traduzindo-se numa rápida recuperação do utente e também numa diminuição de complicações pós-operatórias.

A OE define a consulta de enfermagem como “(...) uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem” (OE, 2013, p.1). Esta consulta é um momento estratégico de avaliação da condição de saúde/doença do utente proposto para cirurgia e de estruturação de um programa individual de acompanhamento (Sousa, Neves, & Carvalho, 2018).

A consulta de enfermagem neste contexto, emerge como uma forma de o enfermeiro fortalecer cuidados orientados ao utente e às suas pessoas significativas, uma vez que este é um espaço para fomentar a participação ativa do utente (Patrão, 2005). O Enfermeiro deve orientar-se por um paradigma holístico, captando junto do utente toda a informação pertinente, o que lhe possibilitará identificar um diagnóstico preciso e iniciar o planeamento de cuidados adequado às necessidades individuais, para obter de ganhos em saúde.

Face à situação de cada utente, o enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação do utente às limitações provocadas pela doença e pelo tratamento (Malhadas, 2005). Na consulta de enfermagem é indispensável propiciar momentos para que o utente verbalize os seus receios e problemas, procurando saber como o utente está a encarar a situação de doença, de forma a encontrar mecanismos de apoio e outros recursos que ajudem o indivíduo e a família a ultrapassar o momento delicado (Malhadas, 2005). Este é um momento de cooperação com o utente, em que o enfermeiro procura que o utente seja ativo e faça uso dos seus recursos e aptidões, de modo a ultrapassar, de forma saudável, a condição de saúde/doença que está a vivenciar.

No estudo de Sousa, Neves, e Carvalho, (2018) realizado na consulta externa de um Centro Hospitalar, os resultados apontam para uma associação positiva entre a disponibilidade dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) e a satisfação dos utilizadores da consulta. Os autores relatam que a orientação e a explicação das dúvidas sobre a doença e o regime terapêutico, foi uma estratégia valorizada, daí que os autores considerem que os profissionais de saúde devem reconhecer que constituem uma fonte de suporte fundamental para os utentes (Sousa, Neves, & Carvalho, 2018).

De acordo com a AESOP (2006) a informação sobre as condições clínicas do utente, recolhidas pelo enfermeiro durante a consulta, deve ser registada, possibilitando uma melhor preparação das suas ações, durante o percurso do utente no processo da cirurgia, ou seja, no pré/intra/pós-operatório.

Segundo Ammenwerth et al., (2001, cit. in Ferreira, 2015), os registos de enfermagem de alta qualidade são fundamentais e uteis para auxiliar no planeamento dos cuidados de enfermagem focados no utente, permitindo uma comunicação e participação entre a equipa multidisciplinar facilitando, deste modo, a avaliação dos cuidados de enfermagem e

garantido os requisitos legais da profissão. Para Donabedian “a qualidade dos cuidados é fortemente influenciada por qualquer atividade que faça com que o trabalho de um seja visível para os outros” (Donabedian, p.103).

Aos gestores de enfermagem compete a supervisão dos registos efetuados pela equipa de enfermagem, com o objetivo de simplificar a forma de documentar, adequar os registos ao contexto específico, monitorizar a sua completude e o rigor com que são realizados, por exemplo, se são legíveis quando efetuados manualmente, se incluem a identificação do enfermeiro. Estes procedimentos podem beneficiar a comunicação entre a equipa multidisciplinar que presta cuidados ao utente. A gestão de uma unidade de CA deve atender ainda às necessidades de formação dos profissionais que assumem este posto de trabalho, de forma a garantir que seja cumprida a finalidade desta consulta.

De acordo com Nunes (2012) existem pressupostos a considerar na consulta, nomeadamente, que o utente tem a capacidade de fazer as suas próprias escolhas e é o principal responsável pela sua saúde. O processo da consulta deve assentar numa relação simétrica, baseada no respeito mútuo entre o enfermeiro e o utente, sendo a confiança a base do processo de capacitação do utente. O recurso a protocolos facilita a organização da consulta de enfermagem, visto que garantem uma atuação sequencial, evidenciam os tópicos principais do problema do utente, permitindo a recolha de informação mais completa para traçar o plano de cuidados (Hastings, Lennon, Redsell, & Cheater, 2003). Esses documentos constituem um recurso para os enfermeiros e ajudam a uma intervenção equitativa e, simultaneamente, permitem a personalização dos cuidados (Oliveira et al., 2012). Outro aspeto importante é a previsão da duração das consultas (Margarido & Castilho, 2006).

A consulta pré-operatória é a porta de entrada para todo o percurso de uma intervenção em CA. Um dos objetivos desta consulta é a avaliação do risco, ou seja, a observação dos critérios de natureza clínica e social. A análise clínica determina o risco clínico, não sendo apenas da responsabilidade do enfermeiro, mas também do médico anestesista. Nesta consulta, ambos os profissionais terão de respeitar os critérios de seleção que cumpram os requisitos para a realização da cirurgia em regime ambulatorio, complementando com uma avaliação geral do utente (Baleizão, 2019).

Num estudo qualitativo com o objetivo de compreender o significado da consulta de enfermagem para o utente e para o seu cuidador, os utentes referiram que na consulta de enfermagem procuravam receber orientação com foco no autocuidado (Araújo & Rosas, 2008). Nas situações em que já existe uma patologia crónica ou doença grave, os utentes procuram a consulta de enfermagem para obter informações acerca da sua situação clínica e conhecer o respetivo tratamento, o que vai ao encontro de uma das funções do enfermeiro que é a de orientar o utente para a promoção e recuperação da saúde, tendo presente as suas necessidades particulares (Araújo & Rosas, 2008).

O rácio de enfermeiros em qualquer posto de trabalho deve ser ajustado em função da complexidade e intensidade dos cuidados, rotatividade ou características específicas dos

utentes. No BO, o rácio é preconizado pelo regulamento da OE, sendo que o enfermeiro deve realizar duas consultas por hora, não havendo distinções entre a consulta inicial e a de seguimento. Portanto, o enfermeiro dispõe em média de 30 minutos para realizar a consulta perioperatória de enfermagem (OE, 2019).

A consulta pré-operatória é um procedimento essencial antes de qualquer cirurgia eletiva que pode realizar-se até um ano a partir do diagnóstico, para efetuar a avaliação dos riscos envolvidos, solicitar exames e avaliações complementares. A falta de conhecimentos clínicos sobre a condição dos utentes, é um dos fatores constantemente apontados como motivo para cancelamento de cirurgias agendadas, fator que pode gerar prejuízos à saúde do utente, além de custos desnecessários e constrangimento entre a equipa multiprofissional e o utente (Oliveira e Mendonça, 2014).

A finalidade da consulta pré-operatória, deve ser clara para todos os profissionais: identificar e reduzir os riscos associados à anestesia e à cirurgia. Por isso, numa avaliação pré-operatória em CA, os critérios de seleção são indissociáveis da avaliação anestésica e de enfermagem, da escolha da técnica anestésica e da adequação à condição do utente. As vantagens de uma seleção criteriosa incluem, para além da redução de efeitos indesejáveis, a diminuição de todo o tipo de complicações e de internamento não planeados, o aumento da confiança dos profissionais de saúde e dos utentes, e a oportunidade de ganhos na economia do processo, refletidos em poupança dos próprios utentes, da unidade hospitalar e do sistema de saúde (Caseiro & Tavares, 2013).

1.2.1. Consulta de enfermagem pré-operatória (presencial)

A consulta pré-operatória de enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório apresenta os seguintes objetivos (AESOP, 2006, p.346):

- Avaliar as necessidades físicas e psicológicas do doente;
- Descrever os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão até à alta;
- Envolver a família/adulto responsável no plano de assistência proposto;
- Fornecer documentação existente (panfleto do utente, indicações pré-operatórias);
- Preparar para a alta e pós-operatório fora da instituição hospitalar.

A avaliação da condição do utente e o seu acompanhamento por um adulto idóneo, deve ser estruturado de forma organizada e rigorosa, de forma a contribuir para a satisfação dos utentes, redução de atrasos no processo e evitar cancelamentos cirúrgicos (Rothrock & McEwen, 2008).

No período pré-operatório, a realização da consulta de enfermagem permite o estabelecimento de uma relação empática e de ajuda com o utente e família. Nesta fase,

os utentes são informados sobre os cuidados a ter em todo o seu percurso, ou seja, na fase do pré, intra e pós-operatório, e é facultada toda a informação útil e necessária, para que o utente possa dar o seu consentimento esclarecido (AESOP, 2012).

Na consulta de enfermagem existe informação que obrigatoriamente tem de ser transmitida ao utente, nomeadamente, aspetos particulares relativos à situação clínica, tempo de jejum antes da cirurgia, remoção de adornos, procedimento face à existência de prótese dentária, ou outros fatores que podem interferir na anestesia e na cirurgia. Estas informações devem ser completas e ficar registadas para prevenir possíveis intercorrências no intra e pós-operatório, a fim de prevenir a exposição do utente a riscos desnecessários e, dessa forma, proporcionar um ambiente cirúrgico mais seguro (Tannure & Pinheiro, 2014).

Resultados de estudos comprovam que os utentes melhor instruídos sobre a sua condição clínica, apresentam um grau de satisfação superior comparativamente aos utentes que receberam pouca informação (Melo, 2006). Há evidência de associação entre o nível de satisfação do utente e a vivência de ansiedade, isto é, a ansiedade tende a ser mais reduzida nos utentes que mostram maior satisfação com a informação recebida (Melo, 2006).

No que concerne à informação a oferecer aos utentes, Gomes (2011) salienta a importância da avaliação prévia dos conhecimentos que o utente detém, para que o enfermeiro possa adequar as informações a transmitir e valide os conhecimentos adquiridos pelo utente após a transmissão dessa informação, o que lhe permite perceber se a mensagem foi compreendida.

O planeamento sequencial da informação a prestar ao utente, é mais vantajosa do que a informação não estruturada, atendendo que o utente compreende melhor e consegue lembrar-se com mais facilidade, quando a informação que recebe segue uma organização prévia (Graham, 2003).

As evidências apontam, que os modelos de informação pré-operatória estruturada nem sempre estão disseminados nas unidades de CA. Torna-se necessário o envolvimento e o esforço da equipa multidisciplinar, com a finalidade de garantir que os utentes, no dia da intervenção cirúrgica, entram na sala operatória devidamente informados e esclarecidos quanto ao percurso e aos procedimentos a que vai ser submetido, para que não se sinta assustado e vulnerável (Garretson, 2004).

A consulta de enfermagem pode realizar-se no mesmo dia que a consulta de anestesia, desde que o tempo que dista entre estas consultas e a cirurgia, seja considerado seguro para o utente (Possari, 2009).

A consulta pré-operatória de enfermagem proporciona oportunidade de o enfermeiro estabelecer uma relação com o utente, permitindo identificar as principais dúvidas do utente e transmitir informação, com a finalidade de aumentar o conforto, a segurança e envolver o utente e a família, em todo o processo (Leal, 2006). Apesar da componente educativa implícita à consulta, é fundamental que se estabeleça uma relação empática com

o utente e a família, uma vez que será a união enfermeiro-utente-familiar ou cuidador, que determinarão os resultados da intervenção (AESOP 2012).

Estabelecer uma escuta ativa, saber interpretar a comunicação verbal e o comportamento não verbal, concretamente: a atitude do utente, o olhar, as roupas e acessórios, o timbre de voz que utiliza, são fatores importantes para o enfermeiro (Possari, 2009), assumindo que estes parâmetros podem ser indicadores relevantes da forma como o utente está a vivenciar a fase pré-cirúrgica (Ramos, Almeida, & Pinheiro, 2003).

Faz parte dos procedimentos da CA, o acompanhamento no período pós-operatório e assim preparar o utente para ter um regresso a casa tranquilo que facilite a sua recuperação cirúrgica (Lima, 2006). Por conseguinte, evidencia-se a importância da informação que os enfermeiros disponibilizam ao utente/família com o intuito de promover a continuidade dos cuidados, imprescindível para facilitar a uma recuperação rápida e saudável (Phipps & Marek, 2004).

Segundo Leal (2006), as temáticas a serem abordadas na preparação pré-operatória, devem ser adaptadas a cada utente. O autor sugere que a consulta pré-operatória de enfermagem seja efetivada cinco a seis dias antes da intervenção cirúrgica, logo após a consulta realizada pelo médico anestesista, na unidade de CA.

Toda a informação comunicada verbalmente durante a consulta deverá ser completada com informação escrita, por exemplo, na forma de folheto informativo, onde se inserem instruções sobre a roupa adequada, tempo de jejum, importância do acompanhamento por um adulto, exames de rotina e outros aspetos (Freire et al., 2010). Estudos apontam que, em situações de stress, apenas 35% a 40% da informação verbal é retida, daí a importância de complementar a informação disponibilizada oralmente ao utente, com informação escrita, uma vez que o processo cirúrgico constitui uma situação stressante (Gomes, 2011).

Os folhetos informativos permitem lembrar as recomendações a seguir antes e após a alta hospitalar, focando a informação essencial e objetiva, nomeadamente, como proceder e onde recorrer em caso de algum tipo de complicação ou de necessidade, no sentido de promover sentimentos de confiança e de segurança no utente (CNADCA, 2008). Santos, Sousa & Turrini (2012) referem que as orientações devem obedecer a uma escrita clara e detalhada, de modo que os utentes e os seus familiares compreendam a informação transmitida.

Paula & Carvalho (cit. in Gomes 2011) referem que a informação a disponibilizar ao utente, pode também ser efetuada através de meios audiovisuais. Neste sentido, realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento dos utentes sobre o processo cirúrgico no período pré-operatório, com e sem recurso audiovisual. Os utentes que receberam informação presencialmente apresentaram um maior nível de conhecimentos, comparativamente com aqueles que receberam informação não presencial. No entanto, as autoras defendem que a utilização de um vídeo pode ser uma estratégia que vai

complementar o ensino efetuado pelo enfermeiro durante a consulta pré-operatória presencial.

Graham (2003) evidencia que a informação visualizada ou explicada em grupo, tem como vantagem a participação da família ou cuidadores, o que facilita a compreensão da mesma.

Na consulta, para além da informação a disponibilizar e de criar espaço para o esclarecimento de dúvidas, é essencial a recolha da história clínica, bem como, a realização do exame objetivo, de forma a garantir a adequada preparação do utente para a cirurgia e o sucesso do percurso cirúrgico.

De acordo com a AESOP (2012, p.123)

“a intervenção cirúrgica impressiona e gera inquietude, não tanto pelo ato cirúrgico em si, mas pelo conceito mais ou menos imaginário do mundo misterioso da sala de operações. A visão que o utente tem de um bloco operatório é de um meio fechado, interdito a todas as pessoas que lá não trabalham, o uso de uniformes especiais e máscaras, por detrás das quais as pessoas não são reconhecidas, equipamento sofisticado, a cor fria do material de inox que predomina (...)”

Tendo em consideração esta descrição, os cuidados de enfermagem realizados no período pré-operatório, devem oferecer o apoio emocional e psicológico, de forma a apaziguar os receios e desmistificar as crenças, para proporcionar ao utente a sensação de algum controlo perante a situação que está a vivenciar. É imprescindível, que o enfermeiro tenha em conta a qualidade e a quantidade de informação a relatar, orientando-a para as dúvidas e interesses do utente, pelo que, o enfermeiro deve elucidar o utente sobre os vários momentos do processo cirúrgico, de forma clara e precisa, através a uma linguagem simples e concomitantemente esclarecedora, evitando ritualização e repetição das mensagens (Baggio, Teixeira, & Portella, 2001).

É fundamental não só assegurar critérios de segurança clínica, mas também pacificar o utente e criar laços de confiança entre este e os profissionais da unidade, para que o utente seja admitido sem medo e tenha alta do serviço com tranquilidade. É primordial que se estabeleça uma relação empática com o utente e família/acompanhante, aspeto que é determinante para os resultados da intervenção, para além da componente educativa (AESOP, 2006). Os profissionais podem deixar claro que estão disponíveis e atentos, e que apesar do utente regressar ao domicílio, mantém-se sempre acompanhado. Nesta consulta, tanto o enfermeiro como o anestesista são a voz amiga do utente (Baleizão, 2019).

A consulta de enfermagem constitui ainda um momento único e privilegiado de partilha e proximidade, durante a qual pode ser possibilitado, ao utente e ao acompanhante, a visita do espaço físico, nomeadamente, o local onde ocorre a recuperação pós anestésica e a preparação para a alta (Lima, 2006).

Tem sido prática da maioria das unidades de CA elaborar um questionário de suporte à consulta de avaliação pré-operatória. Esta prática facilita a exclusão de utentes que não têm critérios para serem submetidos a CA, a referenciação dos que necessitam de uma avaliação mais pormenorizada e a seleção dos que têm indicação para o programa. Critérios cirúrgicos, sociais e médicos são recomendáveis, e o modelo de avaliação utilizado deverá permitir a caracterização do estado de saúde global e do perfil psicológico do utente (Caseiro, 2009).

Impõe-se igualmente a necessidade de confirmar que o utente tem condições de habitação e de acesso ao hospital, e que a sua vigilância permanece assegurada no domicílio, uma vez que o pós-operatório vai decorrer fora do hospital. Caseiro (2009) aponta os aspetos que devem estar assegurados, para que o utente seja intervencionado em regime de CA:

- Aceitar a intervenção cirúrgica neste regime.
- Ter garantida, no mínimo, nas primeiras 24 horas, a companhia de um adulto responsável.
- Estar assegurado o transporte em veículo automóvel.
- Residir ou pernoitar em local com distância do hospital não superior a 1 hora, com boas condições de habitabilidade (uma unidade hoteleira pode constituir solução adequada).
- Disponibilidade de acesso telefónico.

Por mais simples que seja a cirurgia, existem sempre receios, dúvidas, anseios e expectativas, cabendo ao enfermeiro assumir um papel de suporte a fim de ajudar o utente a lidar com os seus sentimentos, quer no pré-operatório, quer ao longo de todo o processo cirúrgico (Ramos, Almeida, & Pinheiro, 2003).

Baleizão (2019) considera fundamental que o enfermeiro auxilie o utente a lidar com as suas expectativas, ajustando-as à realidade, o que pode contribuir para diminuir situações de litígio e de queixas por má prática. Cabe ao enfermeiro a tarefa de informar o utente das limitações e dos sintomas que irá experienciar no período pós-operatório, procurando que a informação seja rigorosa e não existam omissões.

Um dos procedimentos mais referidos por Caseiro & Tavares (2013), aquando da avaliação pré-operatória, é a transmissão da informação ao utente e ao acompanhante. Faz parte da informação: os horários da unidade de CA, a data da intervenção e das consultas de *follow-up* (incluindo o contacto telefónico da consulta a realizar-se 24h após a alta), duração do jejum, medicação a manter ou suspender, contacto telefónico da unidade, quais as limitações no regresso ao quotidiano/trabalho, devendo também ser confirmado o consentimento informado e esclarecido (anestésico/cirúrgico).

Os ruídos de comunicação, as interrupções, as faltas de privacidade comprometem a continuidade da consulta e dificultam a realização de ações educativas (Rios & Vieira, 2007). O tempo disponibilizado para a consulta é variável, uma vez que difere no primeiro

atendimento, nas consultas de acompanhamento e nas admissões (Rios & Vieira, 2007). O grande número de utentes é considerado uma das maiores dificuldades na consulta de enfermagem, resultando num atendimento mais rápido devido à restrição do tempo (Freitas, Neto, Neto, Albuquerque, & Cunha, 2008).

Há estudos que reconhecem como fatores dificultadores da consulta de enfermagem, o espaço físico desajustado (particularmente, portas abertas, salas com mais de uma atividade e disposição dos móveis), a solicitação elevada dos profissionais, as interlocuções interrompidas, as orientações incompletas e os atendimentos em paralelo (Figueiredo & Mello, 2003, cit. in Martins 2016). Segundo a mesma autora, tais aspetos foram considerados negativos por comprometerem a comunicação, considerando que, em algumas situações, não se ouviam as informações, restringiram as respostas e houve afastamento entre os sujeitos.

A prevenção de complicações é outro aspeto a valorizar na CA e na consulta pré-operatória. Esta prevenção deve ter um início precoce e antecipatório, quer no que respeita aos cuidados hospitalares, quer também nos cuidados em continuidade no domicílio. A previsão de uma potencial complicação no domicílio, deverá constituir razão suficiente para a não inclusão de um utente no programa operatório. Esta situação é um dos argumentos mais importante, para que as unidades de CA estejam integradas em unidades hospitalares, já que este contexto permite, mais facilmente, recrutar profissionais de diferentes áreas, para colaborarem na resolução de situações de maior gravidade, que possam eventualmente surgir. Segundo Rothrock e Meeker (2014), as complicações pós-operatórias podem relacionar-se com os procedimentos anestésicos (náuseas e vômitos, disfunção respiratória, hipotensão/hipertensão, retenção urinária) e/ou com os procedimentos cirúrgicos (hipertermia, hemorragia, tromboflebite, infeção cirúrgica, deiscência, evisceração).

A infeção no local cirúrgico, é uma das causas de morbilidade e mortalidade, no utente cirúrgico. Este tipo de infeção acarreta custos diversos, para além dos custos económicos, como por exemplo, a necessidade de internamento hospitalar com implicações na vida pessoal, familiar e socioprofissional do utente. Sendo uma das infeções com uma prevalência elevada, tem sido alvo da atenção das entidades reguladoras da saúde, nomeadamente, com a divulgação de orientações que visam a sua prevenção.

A Direção Geral de Saúde (DGS) emanou a norma “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico”, que orienta os profissionais para a implementação de um conjunto de intervenções de forma integrada. Das intervenções preconizadas destacamos as seguintes: realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e no próprio dia, até 2h antes da cirurgia; evitar tricotomia, e se necessária, restrita ao local da incisão e realizada imediatamente antes da cirurgia com máquina elétrica. Para garantir o cumprimento das duas intervenções referidas, durante a consulta de enfermagem o enfermeiro tem de dar indicações precisas aos utentes e certificar-se da compreensão dessas informações, esclarecendo plenamente as dúvidas do utente, com a finalidade de prevenir

potenciais complicações pós-operatórias causadas por microrganismos. Qualquer exceção à norma carece de uma justificação clínica, com registo no processo clínico (OMS, 2016).

A fim de complementar a fase de preparação pré-operatória, o contacto telefónico realizado pelo enfermeiro, no dia anterior ao ato cirúrgico, é extremamente benéfico uma vez que é uma oportunidade de recapitular com o utente os ensinamentos efetuados previamente e fortalecer a relação terapêutica (Leal, 2006).

1.2.2. Consulta de enfermagem de *follow-up* (não presencial)

Entende-se como consulta de enfermagem *follow-up*, o acompanhamento ou seguimento efetuado ao utente no pós-operatório. Esta consulta, em contexto de CA, pode ser balizado em duas circunstâncias: o momento pós-alta, entendido por alguns autores como pós-operatório, e um segundo momento, que corresponde à vigilância realizada pelos cuidados de saúde primários e consultas pós-operatórias de especialidade com o cirurgião (AESOP, 2012).

Segundo Baleizão (2019), o pós-operatório em CA é como “uma enfermaria”, mas em modo “virtual”, sendo necessário um enfermeiro para monitorizar o utente no pós-operatório, e esse é o papel desta consulta de enfermagem não presencial às 24 horas após a alta.

A consulta não presencial torna-se um instrumento fundamental para assegurar que a continuidade de cuidados seja garantida com a mesma qualidade que seria num internamento e os enfermeiros são os profissionais que estão melhor posicionados para assegurar os cuidados fora do ambiente hospitalar (Leal, 2006).

De acordo com a AESOP (2012), compete ao enfermeiro efetuar a avaliação do pós-operatório nas 24 horas seguintes à alta da unidade de CA, recorrendo à teleconsulta como meio de avaliar a situação clínica do utente que foi submetido a CA. Esta consulta é justificada pela necessidade de continuidade da prestação de cuidados, devendo esta avaliação ficar registada no processo individual do utente. A consulta telefónica estabelece uma relação de proximidade, uma vez que é possível reforçar o ensino realizado anteriormente aquando do circuito do processo cirúrgico e reajustar as orientações para situações mais concretas. É também uma oportunidade de o enfermeiro recolher alguma informação relativa à satisfação do utente face aos cuidados recebidos (AESOP, 2012).

É compreensível que a alta para o domicílio seja um período de incerteza e de sensação de risco para muitos utentes. Nesta fase, qualquer intercorrência pode afetar negativamente e comprometer o bem-estar do utente. O contacto telefónico e a disponibilização de informação, constituem por isso uma prática importante na supressão do medo e da ansiedade. Por via de uma relação empática, as equipas de enfermagem demonstram que,

apesar do utente convalescer no domicílio, mantém uma ligação à unidade de saúde que o atendeu e pode recorrer aos profissionais de saúde dessa unidade, em caso de necessidade (Hodgins, Ouellet, Pond, Knorr, & Geldart, 2008).

O *follow-up* por telefone, segundo McVay et al. (2008), é uma opção segura se os profissionais tiverem como suporte protocolos estruturados, sendo uma alternativa à consulta presencial.

No estudo realizado por Käßmann et al. (2012) há evidência de que o *follow-up* através do contacto telefónico transmite serenidade e confiança, sendo um momento para clarificar inquietações e monitorizar a evolução da recuperação cirúrgica, aliando a contenção de custos para utentes e famílias, e ainda para as instituições de saúde. Por exemplo, em contexto de cirurgia pediátrica de ambulatório, o contacto telefónico realizado por um enfermeiro especialista foi preferido pelos familiares dos utentes, comparativamente à consulta pós-operatória presencial, e foi avaliado pelos pais das crianças como um método muito eficaz, evitando o regresso ao hospital (McVay et al., 2008).

Os estudos têm considerado o *follow-up* telefónico, como o mais usado na atualidade em contexto de CA, sendo este um método de televigilância que garante de forma contínua a prestação de cuidados. Este é um meio de fácil acesso ao utente, sem despesas associadas, e, por conseguinte, uma economia a nível de tempo e recursos, mantendo a qualidade e a segurança indispensáveis na prestação de cuidados cirúrgicos (Miller, Barton, & Hassn, 2012). Numa revisão sistemática da literatura é referido que o telefonema de *follow-up* permitiu uma resposta atempada às necessidades sentidas pelos pais de crianças submetidas a cirurgia em ambulatório, facilitou a gestão da dor pós-operatória e reduziu o recurso a serviços hospitalares (Camarinha, 2020).

Um estudo realizado por Thompson-Coon et al. (2013), não evidencia diferenciação dos níveis de qualidade e de satisfação, entre os utentes atendidos por *follow-up* não presencial e os utentes atendidos por *follow-up* presencial, assim como, não existe evidência de que o número e a gravidade das complicações no pós-operatório estão associados ao tipo de *follow-up* realizado.

A recolha de informação pelo enfermeiro durante o *follow-up* deve ser agilizada com questões simples e recurso a escalas de classificação verbal, que possam indicar ao enfermeiro a necessidade de reavaliação da condição do utente, a necessidade de adequar orientações ou ainda, a necessidade de encaminhar o utente para o serviço de urgência (Caseiro & Tavares, 2013).

O acompanhamento disponibilizado pelo contacto telefónico de *follow-up* parece ter um impacto efetivo na redução da sobrecarga de trabalho para os profissionais dos cuidados de saúde primários (Manley & Beltman, 2009). Se os utentes recorreram aos serviços de saúde da comunidade com muita frequência, na procura de ajuda para resolução de situações previstas e/ou complicações do pós-operatório como por exemplo, dor, náuseas, vômitos,

hemorragias, cefaleias, tonturas e vertigens, então é porque não foram garantidos todos os cuidados inerentes ao processo de uma intervenção em CA (Manley & Beltman, 2009). Uma forma de reduzir a procura dos cuidados primários é garantir que todos os documentos, receitas, títulos de baixa, informação sobre analgesia, atuação em caso de indisposição, data da próxima consulta, sejam entregues no momento da alta e validados com um telefonema de *follow-up*, entre as 24 e as 48 horas após a cirurgia (APCA, 2014).

Resumindo, no dia seguinte à intervenção cirúrgica o utente é contactado telefonicamente para avaliar as primeiras 24 horas do pós-operatório. Ao utente são colocadas um conjunto de perguntas simples, as quais podem seguir uma grelha pré-estabelecida permitindo que o enfermeiro obtenha dados para melhor orientar o utente (Caseiro, 2015). De salientar a importância dos registos de enfermagem na consulta não presencial, uma vez que a descrição das ocorrências é indispensável para garantir a continuidade dos cuidados e contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, podendo também constituir uma forma de dar visibilidade à enfermagem (Martins et al., 2008).

1.3. A gestão em cirurgia de ambulatório

Gerir implica saber trabalhar com pessoas e com elas alcançar os objetivos das organizações. Esta é uma premissa que remonta ao início do século XX com Mary Parker Follet.

Atualmente, as mudanças na sociedade acontecem de forma rápida e mesmo imprevisível. As novas tecnologias, os avanços científicos e a democratização do conhecimento, fazem emergir novas realidades e novas necessidades, bem visíveis no âmbito da saúde das populações. Os serviços da saúde assemelham-se cada vez mais ao sector empresarial em virtude do peso económico que a atividade da saúde apresenta e que é bem visível na pressão crescente do custo-eficácia, a nível mundial (Gilmartin & D'Aunno, 2007).

O bom desempenho de uma organização de saúde é elementar para a promoção do bem-estar social e dessa forma contribuir para a criação de sociedades saudáveis, as quais são reconhecidas como mais produtivas. Contudo, do ponto de vista estratégico, o setor da saúde não pode limitar o seu plano à área económica e financeira, há que integrar os recursos humanos, os quais constituem um pilar para a sua eficiência (Sachs, 2005). Uma organização, independentemente da sua natureza, é formada por ativos tangíveis, o património e ativos intangíveis, os recursos humanos. Os recursos humanos são o que dão movimento àquilo que é tangível e, como tal, têm de ser vistos como os agentes transformadores.

A chave para o sucesso ou insucesso de uma instituição de saúde está intimamente ligada à sua estrutura organizacional e aos seus recursos profissionais (Yang & Lin, 2009), como tal, as carreiras profissionais devem ser consideradas recursos contributivos para a essência da competitividade e do desempenho hospitalar (Faria, 2014).

São diversos os serviços que constituem uma unidade hospitalar, sendo o BO um dos serviços que recebe particular atenção por parte dos órgãos de gestão, uma vez que pode constituir um foco estratégico nas políticas de produtividade e desempenho hospitalar. O financiamento de uma organização hospitalar contempla entre outros, o desempenho do BO, já que o “bloco operatório é um negócio, considerando que o produto deste serviço (...) é o ato cirúrgico”, aplicando-se “os fundamentos básicos da gestão, como os da eficiência, da efetividade e da eficácia” (Kuhn (1996) cit in Pegado, 2010, p.30).

As atividades de gestão em CA são diversificadas e incluem a implementação de sistemas de triagem de utentes, a criação e gestão de equipas, a implementação de métodos de avaliação e a monitorização de práticas e de parâmetros de qualidade e de segurança, a elaboração de planos de formação e de atualização contínua, e a coordenação dos diferentes recursos.

O Regulamento da OE (n.º 100/2015), relativo às áreas de competências acrescidas do enfermeiro especialista, menciona que estas “(...) permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando (...) em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas”. Este regulamento refere que, além das competências comuns e específicas previamente adquiridas, o enfermeiro gestor deve possuir um conjunto de competências que “visam prover o enquadramento regulador para o exercício das mesmas”, nomeadamente no domínio da gestão e da assessoria de gestão (OE, 2015).

Assim sendo, os enfermeiros que desempenham funções de gestão (Regulamento da OE n.º 101/2015), assumem a gestão dos recursos humanos. Nesta área, são também funções do enfermeiro gestor garantir a “existência de dotações seguras”, assegurar “a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho”, gerir conflitos e ainda, promover “o empenho e a motivação do serviço/unidade e equipa”, entre outros (OE, 2015).

Para assegurar o bom funcionamento de um BO, é necessário que as equipas estejam motivadas e satisfeitas a nível profissional, que estejam envolvidas no desempenho das suas funções, com um sentimento de concretização, de modo a tornarem-se cada vez mais produtivas e eficientes. Se a equipa não encontra satisfação profissional, o ambiente organizacional torna-se escassamente produtivo, desencadeando situações de stresse e de conflitos. O enfermeiro gestor tem um papel importante na promoção de um meio motivador da satisfação profissional.

Também se pode ler no Regulamento da OE n.º 101/2015, no artigo 9.º, que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão (...) avaliando e propondo os

recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem” (OE, 2015). Sem dúvida que o campo de ação do enfermeiro gestor é bastante abrangente e exige capacidades de análise dos contextos sociais em termos de necessidades de saúde, e ainda, o desenvolvimento de aptidões de liderança e de gestão de conflitos, no seio da equipa, no sentido de consolidar ambientes benéficos ao exercício profissional, facilitadores de uma prestação de cuidados com qualidade.

Para alcançar níveis de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde, tanto para a população como para as organizações, devem ser aplicadas metodologias e critérios tendo em consideração as necessidades de cuidados da população alvo, sendo fundamental “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos” (OE, 2019, p.128).

Internacionalmente é consensual que na definição de um rácio adequado estejam incluídas medidas como “as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a descentração de serviços, a formação e a investigação”, e, portanto, o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do tempo (horas/dia) dedicado aos cuidados por utente, ou à média do tempo necessário para a realização de determinados procedimentos (OE, 2019, p.128).

Para um sistema de saúde mais eficiente e com capacidade de resposta às necessidades da população, são necessárias a definição de condições «*sine qua non*» quanto às normas e critérios necessários para uma prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, assim, “a forma de cálculo da dotação de enfermeiros e a sua definição, deve ser entendida como uma orientação de natureza técnica” (OE, 2019, p.128).

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da OE, foi englobado na dotação calculada para os enfermeiros do BO, áreas de trabalho além das salas cirúrgicas ou unidade de cuidados pós anestésicos, nomeadamente, as consultas pré e pós-operatórias, e a admissão pré-operatória. As atividades de suporte foram também consideradas, como por exemplo, a gestão integrada de cuidados perioperatórios, a resposta a necessidades de logística de suporte às salas, a substituição de enfermeiros, entre outros. Podemos verificar que o tempo calculado para a consulta pré-operatória é de 30 minutos, no entanto, “o rácio de enfermeiros em qualquer posto de trabalho deve ser ajustado em função da elevada complexidade e intensidade dos cuidados, rotatividade ou características específicas dos clientes” (OE - Regulamento n.º 743/2019, p. 143).

São vários os estudos citados pela OE que apontam a existência de relação direta entre a dotação de enfermeiros e o impacto nos resultados relativos ao estado de saúde do utente, entre os quais se destaca o estudo de Aiken et. al (2012) que envolveu doze países europeus e os Estados Unidos da América (cit in OE, 2014). De acordo com este estudo, o nível de satisfação dos utentes, a qualidade e a segurança dos cuidados, estão relacionados com a dotação de enfermeiros assim como a qualidade do meio envolvente da prática dos cuidados.

Um outro estudo internacional divulgado pelo Karolinska Institut, que incluiu nove países europeus, com uma amostra de meio milhão de utentes cirúrgicos e mais de vinte e seis mil enfermeiros, evidenciou a importância do número de enfermeiros e as suas competências, na redução da mortalidade dos utentes (Tishelman et al., 2014).

De acordo com a OE (2019) cargas de trabalho elevadas conduzem à insatisfação dos enfermeiros, aumentam a desmotivação e podem levar a situações de *burnout* profissional, deixando em risco a qualidade dos cuidados de saúde. Por essa razão, a OE defende que todas as instituições de saúde devem garantir a dotação adequada de enfermeiros, de forma a proteger a segurança dos utentes e também, respeitar a dignidade do exercício profissional dos enfermeiros, até porque este será “um investimento com retorno garantido” (OE, 2019).

1.3.1. Indicadores de qualidade em saúde

A OMS-Euro propõe a implementação de estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde, com especial destaque das medidas que sejam sustentáveis a longo prazo.

A qualidade em saúde pode ser definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e promove a adesão e a satisfação do cidadão” (Saturno et al., 1990, cit. in DGS, 2015, p.16). Ainda de acordo com o Departamento da Qualidade da DGS (2015), os cuidados de saúde devem ser adequados às necessidades das populações e responder às expectativas dos utilizadores, recorrendo ao melhor desempenho que os serviços de saúde possam oferecer.

Os indicadores de saúde, definidos como parâmetros de medição que proporcionam informação sobre diferentes dimensões dos cuidados de saúde e da saúde das populações (Dias, Freitas e Briz, 2007), são uma ferramenta essencial para a gestão nos cuidados de saúde e nos cuidados de enfermagem. Traduzem fenómenos que nos permitem conhecer as particularidades da atividade desenvolvida no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, melhorar os conhecimentos sobre os determinantes da saúde individual ou das populações e, geram ainda, informação essencial para o planeamento de políticas de saúde e gestão do SNS.

Na literatura encontramos referência a indicadores de saúde positivos e indicadores de saúde negativos (Pereira, 2013). Os indicadores de saúde negativos são classificados como indesejáveis, sendo exemplos destes as taxas de mortalidade e morbidade. Os indicadores de saúde positivos integram diferentes dimensões, por exemplo, bem-estar, melhoria da qualidade de vida, entre outros, e associam-se ao conceito de “*ganhos em saúde*” (DGS, 2003).

A qualidade dos cuidados prestados é um desses indicadores, bem como a satisfação dos utentes em relação aos cuidados recebidos. Independentemente do efeito benéfico dos

cuidados na saúde dos utilizadores, é sempre útil conhecer a opinião dos utentes em relação a esses mesmos cuidados, pois existem outros parâmetros importantes na experiência de ser cuidado, que não apenas os resultados fisiológicos e medidas quantitativas.

O despacho n.º 5739/2015 de 29 de maio, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, estabelece a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do SNS, que permita aos cidadãos um maior conhecimento do desempenho do SNS, “reforçando os mecanismos de transparência e de responsabilização, da gestão e da prestação” (Diário da República, 2015 p. 13878).

A estratégia nacional para a qualidade em saúde aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, identifica o dever das instituições e dos profissionais de saúde, de garantirem que os cuidados de saúde prestados aos cidadãos, respondem a critérios de qualidade. O Estado tem o dever de informar o cidadão quanto à qualidade e segurança dos serviços que dispõe, assim como publicar as despesas em saúde, conseqüentemente, a disponibilização desta informação à população, nomeadamente sobre o desempenho das diferentes instituições de saúde, aumenta a clareza da informação em saúde. Segundo o referido despacho, uma das áreas de atuação da DGS por via do departamento da qualidade na saúde, é implementar sistemas de controlo periódico do grau de satisfação dos usuários do sistema de saúde.

A avaliação da satisfação dos utentes é um indicador da qualidade e da eficácia dos cuidados de saúde prestados, pelo que é da maior relevância ter instrumentos válidos para a recolha destes dados. Há evidências de que a melhoria da qualidade está diretamente associada com a satisfação dos utentes.

Nos dias de hoje os cidadãos encontram-se mais elucidados e apresentam expectativas de qualidade quando procuram cuidados de saúde (Chaves et al., 2016). Não é fácil operacionalizar o conceito de satisfação relativo aos cuidados de saúde, sendo este um constructo multidimensional, abrangendo desde variáveis mais centradas nas vivências pessoais, variáveis centradas na relação dos utentes com os profissionais, a variáveis organizacionais e de acesso aos cuidados de saúde (Lobo et al., 2013, in Chaves et al., 2016).

A relação da qualidade dos cuidados com a satisfação dos utentes tem sido um tema investigado no setor da administração e gestão das instituições de saúde (Pimentel, 2010, in Chaves et al., 2016). No sentido de parametrizar a qualidade dos serviços de saúde assim como apreciar a eficiência das medidas implementadas, é valorizado o parecer dos utentes (Chaves et al., 2016). Ao permitir o envolvimento dos utentes na avaliação dos cuidados de saúde, as instituições obtêm contributos reais do ponto de vista do utilizador, que permitem melhorar os seus serviços de saúde (Esther et al., 2012, in Chaves et al., 2016).

Os enfermeiros são os profissionais que mais tempo estão junto dos utentes. Dada a natureza do mandato social da enfermagem, este facto deverá traduzir-se em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (DGS, 2012). Salienta-se a importância de definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Evidentemente, “nem a qualidade em

saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2010, p.6). É responsabilidade das instituições de saúde adaptar os recursos e garantir as estruturas que possibilitem o exercício profissional de qualidade.

A necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros assim como a melhoria dos cuidados de enfermagem, configurou um elevado desafio para a OE que definiu os padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem. Foram consideradas seis categorias de enunciados descritivos “relativos à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem” (OE, 2010, p.13).

No âmbito da CA, consideramos de particular relevância a satisfação dos utentes, porque está relacionada com a prestação de cuidados pré, peri, e pós-operatório, nomeadamente: “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente; a procura constante da empatia nas interações com o utente; o estabelecimento de parcerias com o utente no planeamento do processo cirúrgico; o envolvimento dos conviventes significativos do utente no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista reduzir o impacto negativo no utente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (OE, 2010, p.14).

Também a prevenção de complicações é um parâmetro de elevada importância na CA, pois relaciona-se especialmente com aspetos de segurança em contexto de BO. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro perioperatório, cumpre os critérios técnicos e científicos, identifica os problemas potenciais do utente, prescreve, implementa e avalia as intervenções, que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis, referencia as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, supervisiona as atividades perioperatórias, assim como, responsabiliza-se pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que pelos atos que delega (OE, 2010).

Nos dias de hoje predomina o paradigma da qualidade e da segurança em saúde, pelo que, os serviços de saúde devem incorporar “a qualidade assistencial como a prioridade das suas agendas, anteriormente dominadas por questões económicas”, esta prioridade fundamenta-se “numa cultura de liderança, cooperação, aprendizagem e motivação, na gestão dos processos, na gestão do risco e na transparência e responsabilidade social, com o envolvimento de todos” (Marques, 2011, cit. in Castro, 2018, p.42).

Um dos autores que mais contribuiu para a conceção da qualidade nos cuidados de saúde foi o médico libanês Avedis Donabedian. A qualidade em saúde traduz-se na procura do melhor benefício para os utentes e, simultaneamente, com o menor risco, tendo em conta os recursos disponíveis e os valores defendidos pela sociedade (Donabedian, 2003).

Donabedian (2003) identifica três dimensões quando aborda a qualidade em saúde. A dimensão técnica, a qual corresponde à aplicação dos conhecimentos técnico-científicos na resolução dos problemas de saúde dos utentes. A dimensão interpessoal, a qual corresponde à relação que o prestador de cuidados estabelece com o utente, alvo desses cuidados. A dimensão ambiental, a qual corresponde às condições de conforto e de bem-estar oferecidas aos utentes.

A qualidade inclui os recursos materiais, humanos e físicos da organização; os atributos dos cuidados prestados; o processo de reintegração do utente na comunidade; a gestão das situações de saúde-doença; a educação e a satisfação dos utentes (Donabedian, 2005). A fim de facilitar a avaliação e a implementação da qualidade em saúde, o autor referido, considera a existência de três tipos de indicadores: indicadores de estrutura, indicadores de processo e indicadores de resultado.

Os indicadores surgem como instrumentos importantes para o desenvolvimento da profissão, podendo ser definidos como unidades de medida de uma atividade (Pencheon, 2008). São, portanto, ferramentas empregues para avaliar a performance, visando monitorizar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço e procurando informações fundamentais para a tomada de decisões que reflitam a melhoria da qualidade (Mezomo, 2001).

Uma boa *estrutura* aumenta a possibilidade de um bom *processo*, e um bom *processo* cria a probabilidade de um bom *resultado* (Donabedian, 2005, cit in Castro, 2018).

Indicadores de estrutura

A estrutura é definida como “... *as condições sob as quais os cuidados de saúde são prestados*” (Donabedian, 2005, p. 46). Os indicadores de estrutura procuram medir aspetos referentes aos recursos materiais, recursos humanos e às condições organizacionais. São exemplo de indicadores de estrutura o acesso a determinada tecnologia (Mainz, 2004).

São exemplo de indicadores de estrutura em CA a existência de uma sala de espera exclusiva para a CA, independência da unidade de CA em relação a instalações e equipamentos, existência de um programa de manutenção de todos os equipamentos e materiais de uso clínico (ERS, 2008).

Indicadores de processo

Os processos referem-se “às *atividades que constituem os cuidados de saúde...*” (Donabedian, 2005, p.46), as quais são realizadas pelos profissionais de saúde. Os indicadores de processo referem-se à entrega de cuidados propriamente dita entre profissional de saúde e o utente, como, por exemplo, a proporção de utentes tratados de acordo com as orientações clínicas (Mainz, 2004).

De acordo com Donabedian (2005) esta categoria é importante na medida em que permite perceber se a prestação dos cuidados foi realizada da forma mais adequada. No entanto, a informação obtida não será tão exata, quanto a informação que se obtém por via dos resultados.

Os indicadores de processo, maioritariamente, são fundamentados na evidência para uma determinada intervenção, podendo ser medidas diretas da qualidade dos cuidados de saúde (Knight, et al., 2013).

Na CA, são exemplos de indicadores de processo: a existência e cumprimento de protocolos de atuação, nomeadamente a *checklist* de cirurgia segura, como se processa a higienização dos espaços e das salas operatórias, os registos dos dados de vigilância, etc.

Indicadores de resultado

Os resultados traduzem “*as modificações (desejadas ou indesejadas) nos indivíduos e populações que podem ser atribuíveis aos cuidados de saúde*” (Donabedian, 2005, p.46). Os indicadores de resultado descrevem o resultado ou impacto dos cuidados na condição clínica dos utentes (Lacarte, 2006). Com este tipo de instrumentos consegue-se efetuar uma avaliação global das intervenções em saúde, auxiliando na definição de processos de modo a alcançar os melhores níveis de desempenho, e, portanto, aperfeiçoando a performance em saúde (Lemos, Regalado, Soares & Alves 2006). A satisfação dos utentes ou a medição do estado de saúde dos utentes são exemplo de indicadores de resultado (Lacarte, 2006).

Na CA, são exemplo de indicadores de resultado a taxa de admissão hospitalar até ao 30º dia do pós-operatório ou a taxa de reintervenção no mesmo dia da cirurgia (ERS, 2008).

Os indicadores de resultado têm grande interesse intrínseco apesar de serem, muitas vezes, difíceis de interpretar (Knight, et al., 2013). Existem vários princípios que podem influenciar os resultados, nomeadamente, as condições socioeconómicas dos utentes, a condição clínica, a terapêutica ou a organização de saúde (Lacarte, 2006).

Segundo Donabedian (2005), na cadeia estrutura-processo-resultado, existem muitos fatores envolvidos, quer de natureza institucional, quer de natureza profissional, e inter-relações entre estes fatores, que determinam a qualidade dos cuidados. O mesmo autor, declara igualmente que quando se tenciona avaliar a qualidade, nem todos os componentes são simples de definir e de monitorizar. A fonte dessa informação são essencialmente os registos clínicos, a vigilância direta dos procedimentos e ainda a análise das atitudes e das habilidades dos profissionais (Donabedian, 2005).

Instrumentos como a acreditação apresentam-se com a maior importância para uma boa gestão dos serviços e a garantia da qualidade nos cuidados de saúde prestados. De salientar o programa da *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), que sugere métodos para calcular, certificar e melhorar a qualidade da prestação de cuidados segundo padrões

e princípios fundados por fontes autenticadas “*com recurso às competências de pares externos organizados em equipas de auditores*” (França, 2006, p.333).

O BO é um serviço hospitalar com uma atividade altamente especializada e que comporta custos elevados, nomeadamente, com recursos humanos, materiais, tecnológicos, económicos e, sobretudo, tempo. Aperfeiçoar o desempenho no BO e melhorar os cuidados ao utente cirúrgico, envolve-se num meio totalmente interligado com outros serviços, independentemente do seu contexto exclusivo e da organização onde está inserido. Tendo em conta que o BO é um contexto de permanente mudança e complexidade, os gestores devem assumir uma perspetiva abrangente, flexível e, simultaneamente, integradora (Bilbão, 2006).

Todos os instrumentos para uma gestão que certifique a qualidade e a segurança em todas as ações (preparação, realização, conservação, segurança da área cirúrgica e do utente) são elementares. Os indicadores de qualidade constituem um exemplo que alia valor na gestão das melhores práticas em enfermagem. No âmbito da qualidade, a enfermagem perioperatória apresenta três preocupações fundamentais: a eficiência, a segurança do utente e a gestão de episódios de risco (Qui et al, 2007).

Uma estratégia importante que contribui para os ganhos em saúde, é o uso de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, sendo este um método pertinente, na avaliação dos cuidados prestados pelos enfermeiros assim como, para identificar a necessidade de mudança a nível de atitudes e de comportamentos (Vieira, 2014). Avaliar a prestação de cuidados dos enfermeiros, é um trabalho complexo, uma vez que nem sempre é fácil delimitar quais os fatores que influenciam o seu desempenho e o impacto desses cuidados (NHS, 2005).

CAPITULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase conceptual procura a definição de um tema ou domínio de investigação enquanto fase inicial de um estudo, que no presente trabalho de investigação está relacionada com a CA, área onde se desenvolve o exercício profissional da investigadora, tendo surgido o interesse quanto à percepção que os enfermeiros têm sobre a consulta de enfermagem realizada no pré e no pós-operatório, ou seja, a consulta presencial e não presencial de enfermagem (*follow-up*).

Nesta etapa foi corporizado o enquadramento teórico relacionado com a temática. A partir desse instante, de grande relevância, enquanto suporte da pesquisa, é chegada a fase de selecionar os métodos fundamentais para alcançar os objetivos inicialmente nomeados. São, deste modo, enumerados os objetivos da investigação, o contexto do estudo, a caracterização dos participantes, os procedimentos desenvolvidos na colheita, análise e tratamento de dados, assim como, os aspetos éticos referentes ao estudo.

2.1. Metodologia

O que circunscreve uma correta pesquisa científica é a adoção de uma metodologia de trabalho, que de acordo com Fortin (1999, p 372), “*é um conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica*”.

É fundamental, no contexto da investigação em enfermagem definir com precisão a metodologia, considerando o que se pretende analisar e qual a melhor forma de o principiar, desenvolvendo o estudo integrado com a natureza da problemática em foco (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

A metodologia, em todo trabalho de investigação, é essencial para que o investigador alcance os objetivos propostos. “A fase metodológica consiste em especificar o género de estudo, (...) e em determinar o meio onde serão colhidos os dados” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p. 208). Podemos então afirmar que é percebida como uma estratégia que viabiliza estudar as diferentes opções de estudo, reconhecendo implicações e limitações na sua utilização.

O primeiro passo do método científico é definir a questão de investigação. Cabendo ao investigador decidir qual a melhor forma de responder. Deste modo, é criado um esboço de investigação que, enquanto plano lógico, “(...) constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação” (Fortin, 1999, p. 131). Este plano da investigação não é mais do que a estrutura e a estratégia de investigação com a qual se vai obter uma

resposta válida às questões de investigação, guiando o investigador na planificação e realização do estudo de forma a atingir os seus objetivos, pois define mecanismos de controlo, tendo por objeto, minimizar os riscos de erro (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

2.1.1. Objetivo e questão orientadora

A investigação que desenvolvemos teve como objetivo estudar a perceção dos enfermeiros sobre a dinâmica da consulta de enfermagem pré-operatória (presencial) e de *follow-up* (não presencial), praticada na unidade de cirurgia de ambulatório onde estes profissionais exercem funções. É finalidade deste estudo encontrar contributos para implementar mudanças na prática clínica promotoras da qualidade dos cuidados de cirurgia de ambulatório.

A necessidade de obter respostas baseadas na evidência tem como ponto de partida, em qualquer estudo científico, uma questão que é suscetível de ser estudada. Segundo Fortin (1999, p. 101) “a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.

A questão de investigação que conduziu este estudo foi: Qual a perceção que os enfermeiros a exercerem funções na unidade de cirurgia de ambulatório têm, acerca da dinâmica da consulta de enfermagem pré-operatória e da consulta de *follow-up*?

Partindo do objetivo geral enunciado, formulamos as seguintes perguntas de partida:

- 1- Qual a perceção dos enfermeiros da unidade de cirurgia de ambulatório, sobre a consulta de enfermagem pré-operatória e a consulta de *follow-up*?
- 2 - Como é que os enfermeiros da unidade de cirurgia de ambulatório, gerem as situações críticas (intercorrências/complicações) da consulta pré-operatória e de *follow-up*?
- 3 - Quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, na consulta de enfermagem pré-operatória e na consulta de *follow-up*, em cirurgia de ambulatório?
- 4 - Qual a perceção dos enfermeiros acerca do modelo de organização da consulta de enfermagem (pré-operatória e de *follow-up*), na cirurgia de ambulatório?

2.1.2. Contexto do estudo

Para que o investigador tenha acesso a informação suficientemente pertinente, ao proceder à seleção do contexto do estudo, bem como da população a fim de compreender o seu significado e a sua atuação no contexto de trabalho, importa ter em conta que estes obedeçam a determinadas condições (Carpenter & Streubert, 2013).

Para o efeito, a investigadora considerou como opção uma instituição hospitalar do norte de Portugal, considerando que a mesma exerce a sua atividade profissional em contexto de CA, constituindo um fator facilitador quanto à realização do estudo e à possibilidade de dar contributos para aperfeiçoar as práticas no seu próprio contexto de trabalho.

Segundo Baleizão, o MS no início do século XXI, no ano 2000, convidou algumas instituições de saúde (nacionais) para iniciarem a CA, pelo que apresentou às respetivas administrações, os requisitos necessários à sua implementação. Inicialmente esta unidade de CA (contexto do estudo) iria iniciar o projeto recorrendo a profissionais da própria instituição, contudo no arranque em 2004, para além destes profissionais, foi integrado na equipa um médico anestesista externo. A Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) contemplava uma sala de operações e um recobro, dando respostas cirúrgicas no âmbito da cirurgia geral, contudo rapidamente passou a integrar outras especialidades cirúrgicas.

Atualmente a unidade de CA é constituída por três salas de operações. O volume de cirurgias constitui 65% da CA realizada a nível do hospital, encontrando-se a funcionar em instalações próprias, com circuitos independentes do restante hospital desde setembro de 2004.

Esta unidade, em termos de estrutura física é constituída por dois gabinetes de admissão/consulta, duas salas de preparação, três salas operatórias e uma unidade de cuidados pós anestésicos (recobro fase I e fase II). Tem uma equipa multidisciplinar fixa composta por vinte enfermeiros, sete assistentes operacionais e cinco assistentes técnicas, um enfermeiro gestor e um diretor de serviço.

Os utentes são observados e propostos para cirurgia de ambulatório pelo cirurgião de cada especialidade, sendo marcada a cirurgia de acordo com a lista de espera e a prioridade cirúrgica. Existe uma série de pré-requisitos que têm que ser cumpridos para que o utente possa ser operado em regime de CA.

Antes da intervenção cirúrgica, todos os utentes são observados numa consulta pré-operatória de anestesia e de enfermagem. Esta consulta realiza-se na unidade, diariamente.

Na consulta pré-operatória de anestesia, o anestesista confirma os critérios de admissibilidade para a cirurgia de ambulatório e preenche um impresso próprio que é anexo ao processo do utente. Na consulta pré-operatória de enfermagem, o enfermeiro informa o utente da dinâmica da cirurgia em regime de ambulatório e verifica as condições sociais (acompanhante, transporte próprio e acompanhamento nas 24h) para a intervenção neste regime, assim como efetua a avaliação dos antecedentes pessoais e avaliação ponderal/sinais vitais. Na sala de espera dos gabinetes das consultas é apresentado na televisão um vídeo com as principais informações sobre o acesso do utente e família ao

parque da unidade de CA, o percurso do utente no interior da unidade de CA e outra informação pertinente para o dia da cirurgia.

Na unidade de CA (contexto do estudo) a intervenção cirúrgica é programada, sob anestesia geral, loco-regional ou local, em regime de admissão e alta do utente no mesmo dia.

Nesta unidade funcionam as especialidades médicas de cirurgia geral, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, ginecologia, estomatologia e cardiologia, distribuídas por turnos de 6 horas, de segunda a sexta-feira e com horário de funcionamento das 08.00 horas às 20.00 horas. A unidade de CA não tem estrutura física que permita realizar pernoita, no entanto, está a reorganizar-se para alargar a sua atividade até às 24 horas.

A avaliação pós-operatória é efetuada através de uma consulta não presencial, 24 horas após a cirurgia, a todos os utentes intervencionados.

No momento da alta, o utente leva medicação analgésica para o domicílio. É-lhe também entregue um relatório cirúrgico para o médico de família, um boletim de enfermagem com as indicações necessárias para a prestação de cuidados a realizar pela equipa de enfermagem do centro de saúde da sua área de residência e, caso necessite, o certificado de incapacidade temporária. Fica, igualmente, marcada uma consulta de pós-operatório para o respetivo cirurgião.

O circuito dos utentes a serem submetidos a CA tem início aquando do diagnóstico cirúrgico, pelo cirurgião da respetiva especialidade até ao pós-operatório, como podemos observar no esquema seguinte.

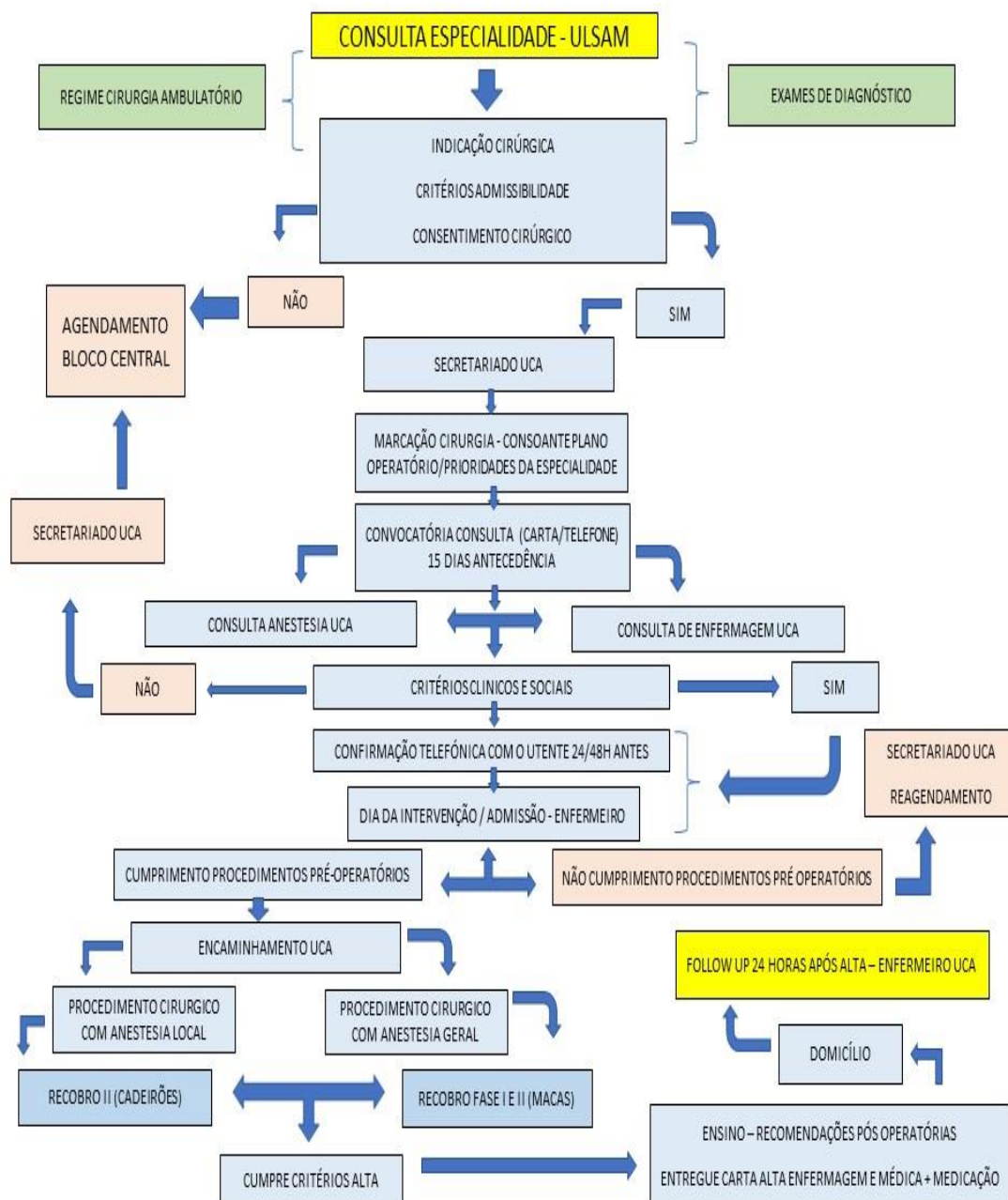


FIGURA 1: Circuito dos utentes a serem submetidos a cirurgia ambulatória

2.1.3. Participantes do estudo

Na realização de um estudo é fundamental definir a população, ou seja, as pessoas que partilham as características definidas nos critérios de inclusão e para as quais procuramos fazer generalizações (Marôco, 2018).

Quanto à seleção dos participantes em estudo, foram considerados como critério de inclusão: os enfermeiros no exercício da prestação de cuidados na unidade CA e como critério de exclusão: enfermeiros que se encontravam em baixa prolongada.

A amostra do estudo foi constituída por dezassete enfermeiros a exercerem funções na unidade de CA de uma instituição hospitalar do norte de Portugal continental. De acordo com Burgess (1977) os investigadores precisam estabelecer relações com vários sujeitos, uma vez que é discutível que cada pessoa esteja perfeitamente ambientada com todas as condições de uma determinada condição social. O mesmo autor sugere que “os investigadores necessitam encontrar informantes que tenham conhecimentos acerca de interesses e preocupações específicas a um dado contexto social” (Burgess, 1997, p.80).

Trata-se de uma amostra intencional, pois, como afirma Carpenter e Streubert (2013), este método de selecionar indivíduos para participar num estudo com base no conhecimento específico de um determinado fenómeno denomina-se por amostra intencional. Com as amostras não probabilísticas, de conveniência, é possível “ao proceder cuidadosamente e com profunda imersão inicial no campo, obter casos (pessoas, contextos, situações) que interessam ao pesquisador e que oferecem uma grande riqueza para a coleta e a análise de dados” (Sampieri, Collado e Lucio, 2013, p. 272).

Aos participantes em estudo, no final do dia e no gabinete da consulta (considerando que este era o local mais reservado), foi explicado detalhadamente o estudo a desenvolver e entregue uma carta de informação sobre o mesmo ao participante (Anexo I) onde, de forma escrita, foram prestadas as informações sobre os princípios éticos a respeitar, assim como também foi solicitado o seu consentimento informado (Anexo II).

Desta forma, os enfermeiros que integraram a amostra deste estudo corresponderam a todos os enfermeiros que exercem funções na unidade de CA da instituição hospitalar, no período de colheita de dados e que respeitaram os critérios de inclusão, perfazendo um total de dezassete enfermeiros.

No quadro seguinte, são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes.

Entrevista	Idade (anos)	Sexo	Formação Académica	Tempo serviço (anos)	Tempo de serviço na UCA (anos)
1	56	Feminino	Licenciatura Pós-Graduação Medicina Tradicional Chinesa	31	17
2	44	Feminino	Licenciatura	21	9
3	49	Masculino	Licenciatura	28	6
4	44	Feminino	Licenciatura	21	3
5	57	Feminino	Licenciatura	34	19
6	48	Feminino	Licenciatura	27	20
7	56	Feminino	Licenciatura	32	10
8	44	Feminino	Licenciatura	23	8
9	61	Feminino	Licenciatura Pós-Graduação Anestesiologia	39	5
10	55	Feminino	Licenciatura	32	9
11	56	Feminino	Licenciatura	30	19
12	35	Feminino	Licenciatura	14	6
13	55	Feminino	Licenciatura	32	3
14	35	Masculino	Licenciatura	14	9
15	45	Masculino	Licenciatura Pós-Graduação Educação Física	21	3
16	46	Feminino	Licenciatura	22	1
17	57	Feminino	Licenciatura	31	2

QUADRO 2: Dados sociodemográficos dos participantes.

A idade dos participantes no estudo varia entre 35 e 61 anos, todos licenciados, dos quais três têm como formação acrescida uma pós-graduação, nomeadamente em Medicina Tradicional Chinesa, Anestesiologia e Educação Física. No que se refere ao sexo, catorze participantes são do sexo feminino e três do sexo masculino. O tempo de serviço varia entre um mínimo de 14 anos e um máximo de 39 anos de exercício profissional.

2.1.4. Procedimento de recolha de dados

O investigador deve, ao principiar a recolha de dados, interrogar-se acerca da informação que quer obter e se esta é a mais significativa para responder aos objetivos do estudo, devendo, nesta perspetiva, conhecer os diversos instrumentos de medida a utilizar (Fortin, 1999).

Como instrumento de recolha de dados e tendo em conta a problemática e as perguntas de partida do estudo, optou-se pela entrevista do tipo semiestruturada. De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2013, p.381), este modelo de entrevista tem como suporte um “guia de assuntos ou questões e o pesquisador tem a liberdade de introduzir mais questões para precisão do conceito ou obter mais informação”. A entrevista semiestruturada é a técnica mais adaptada para a recolha de dados, visto que possibilita contactar com a visão da outra pessoa e adapta-se à exploração de definições particulares e experiências e dá

lugar à verbalização de sentimentos, como é o caso deste estudo ao investigar fenômenos mais subjetivos (Beck, Polit, Hungler, e Thorell, (2004).

Para a concretização da entrevista semiestruturada, o investigador deve realizar um guião com questões de resposta livre ou questões abertas, que deixem o sujeito à vontade para responder sem que tenha de escolher respostas predefinidas. O guião não é um questionário, mas sim um sumário, recorrendo-se a ele sempre que necessário e respeitando ao máximo a ordem de exposição de ideias do entrevistado (Bogdan e Bilken, 2013).

Considerando que, neste estudo, se pretende obter a perspetiva dos enfermeiros sobre a consulta de enfermagem presencial e não presencial, foi elaborado um guião orientador da entrevista para cada uma das consultas de enfermagem (presencial e não presencial - Anexos III e IV, respetivamente), alicerçados nas questões de partida e sustentados no quadro teórico que conduziu o presente estudo. Estes foram similarmente estruturados, sendo constituídos por 3 partes: acolhimento, caracterização do entrevistado e objetivos/questões orientadoras.

Com o objetivo de perceber a clareza e a pertinência das questões, foi realizado um pré-teste com a colaboração de duas enfermeiras que não participaram no estudo, mas com características idênticas, pois, como referem Beck, Polit, Hungler, e Thorell, (2004), o investigador deve averiguar o método, o conteúdo e testá-lo junto de um grupo de sujeitos semelhantes aos da amostra do estudo, de modo a determinar se as questões são claras e se a informação solicitada é a pretendida. Através da aplicação do pré-teste coloca-se em evidência os problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de registar as respostas (Fortin, 1999).

A aplicação do pré-teste possibilita ao investigador auferir um ensaio pois, como referem Sampieri, Collado e Lucio, (2013), o desenrolar da entrevista impõe uma certa preparação pessoal, atendendo a que, na maior parte das conversas correntes, cada pessoa tem propensão a introduzir sinopses de pensamento de outra na sua própria visão de pensamento. Portanto, foi indispensável refletir sobre a postura e atitude do investigador e reformular certas questões do guião de entrevista de modo a conseguir atingir os objetivos delineados.

De modo formal, direta e individual, foi efetuada a obtenção dos dados dos enfermeiros da unidade de CA. As entrevistas foram gravadas, para maior fidedignidade e facilidade na sua transcrição. Para que não se desperdiçassem informações essenciais para o estudo e segundo Bogdan e Biklen (2013), a utilização de um equipamento para gravação de voz é aconselhada quando a entrevista é a principal técnica de colheita de dados.

A entrevista iniciava-se com apresentação do investigador, em que este esclarecia o propósito do estudo. Foram gravadas em suporte de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra, incluindo hesitações, silêncios e estímulos do investigador (Bardin, 2011).

Realizaram-se entre 15 de fevereiro a 03 de maio de 2019, com uma duração que variou entre 11 minutos a 70 minutos.

2.1.5. Tratamento e análise dos dados

Segundo Fortin (1999), na investigação qualitativa, a análise de dados define-se como sendo uma fase, que se encontra integrada no processo de investigação, estando presente sempre que se remete a um período de recolha de dados devendo ser situado em relação aos resultados da mesma. Ainda para a mesma autora, o método de análise deve estar em conformidade com os objetivos e o desenho do estudo.

Tendo em conta as perguntas de partida do estudo, recorreremos à metodologia da análise de conteúdo, examinando rigorosamente os termos e as frases que compõem as entrevistas. A interpretação emergiu, sempre, no sentido da pesquisa, do que se oculta sob a aparente realidade, focando-se, portanto, no discurso declarado.

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

As categorias, porém, provisórias, foram emergindo e à medida que a análise avançava, foram-se consolidando, realizando-se assim uma lista de codificação de categorias e subcategorias, após a recolha dos dados e de se encontrar preparado o dispositivo para os organizar.

De todo este processo resultou um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que manifestam a perceção dos participantes sobre a consulta presencial e não presencial em CA.

2.1.6. Considerações éticas

É imprescindível por parte do investigador reger-se por princípios éticos e legais aquando a realização de um trabalho de investigação, independentemente da natureza da pesquisa.

As questões éticas são transversais a todas as atividades dos enfermeiros assim como a toda a investigação, mas, o facto de ter o ser humano como objeto e objetivo de estudo, ainda mais eleva a preocupação ética (Fortin, 1999).

Neste estudo, teve-se em consideração, evidentemente, o direito à autodeterminação, o direito à privacidade, o direito a um tratamento justo e equitativo, garantindo a confidencialidade dos dados (Fortin, 1999). A mesma autora acrescenta que os participantes devem ser informados sobre os seus direitos, os objetivos, natureza e métodos da investigação e esclarecidos quanto ao uso exclusivo dos dados obtidos para o estudo em causa (Fortin, 1999). Foi nossa intenção, ao longo deste estudo, respeitar todos estes princípios éticos, tendo sido solicitada autorização ao Conselho de Administração da instituição hospitalar e também ao Diretor de Serviço da unidade de CA (Anexo V e VI respetivamente) que, após reunir com o Conselho de Ética, emitiu parecer favorável (Anexo VII). A autorização foi concedida a 14 de fevereiro de 2019.

Foi elaborado o consentimento informado para a participação no estudo (Anexo II) e a carta de informação ao participante (Anexo I), garantido o esclarecimento aos participantes sobre a finalidade do estudo. Procurámos, também, respeitar o princípio da confidencialidade das declarações (pelo que as entrevistas foram codificadas). Foi garantida a possibilidade de os participantes se recusarem a responder a qualquer pergunta ou abandonar o estudo em qualquer momento se assim o desejassem, facto que não se verificou ao longo da investigação.

A transcrição das entrevistas dos enfermeiros que exercem funções na unidade de CA está identificada pela letra “E”, que significa enfermeiro, e com o número correspondente à ordem da sua realização. Considerando todo o processo de investigação, julgámos ter cumprido os pressupostos éticos subjacentes e ter prestado todos os esclarecimentos para que os participantes pudessem tomar uma decisão livre e informada sobre a sua participação no estudo.

CAPITULO 3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procederemos à apresentação e discussão dos resultados obtidos após análise das entrevistas. Com o intuito de facilitar a apresentação dos dados e a sua compreensão, optamos pela descrição, análise e discussão dos temas individualmente. De modo a facilitar a leitura nomeamos cada subcapítulo pela designação da categoria que emergiu dos discursos dos respondentes após a análise de conteúdo realizada.

Na análise das entrevistas, relativas às consultas presenciais e não presenciais, resultaram cinco categorias: informação, suporte e documentação, dificuldades percecionadas pelos enfermeiros, valoração da consulta de enfermagem (presencial e *follow-up*) e perspetiva de mudança. Emergiram também 22 subcategorias, que se encontram discriminadas no quadro 3.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA (PRESENCIAL) E DE FOLLOW-UP (NÃO PRESENCIAL)	
CATEGORIA	SUBCATEGORIA
INFORMAÇÃO	Agentes de informação
	Tipo/Conteúdo de informação
	Replicação da informação
	Meios audiovisuais
SUORTE E DOCUMENTAÇÃO	Cumprimento de normas
	Registo da consulta
	Inquérito satisfação dos utentes
	Indicadores de qualidade
DIFICULDADES PERCECIONADAS PELOS ENFERMEIROS	Gestão do tempo
	Autonomia
	Eficácia da consulta de enfermagem pré-operatória
	Critérios de admissão para cirurgia de ambulatório
	Indicação para suspensão terapêutica
	Reavaliação após consulta de <i>follow-up</i>
	Encaminhamento do utente na consulta de <i>follow-up</i>
	Dificuldades na consulta de <i>follow-up</i>
VALORAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM (PRESENCIAL E FOLLOW-UP)	Perceção dos enfermeiros sobre a consulta (pré-operatória e de <i>follow-up</i>)
	Perceção dos enfermeiros acerca da valoração atribuída pela gestão à consulta de enfermagem
	Articulação da consulta de enfermagem e de anestesia
PERSPETIVAS DE MUDANÇA	Uniformização de procedimentos
	Reestruturação da consulta (pré-operatória e de <i>follow-up</i>)
	Formação

QUADRO 3: *Categorias e subcategorias das entrevistas relativas à consulta pré-operatória (presencial) e de follow-up (não presencial).*

No sentido de agilizarmos a leitura desta dissertação, sem colocar em causa o rigor da análise, optamos por trabalhar conjuntamente o corpus de análise relativo à consulta pré-operatória (presencial) e à consulta pós-operatória ou de *follow-up* (não presencial). Esta opção prende-se com a partilha de questões, de conteúdos e de categorias/subcategorias, nos dois tipos de consulta sobre as quais os enfermeiros foram questionados. A maior parte das questões colocadas relativas quer à consulta presencial, quer à consulta não presencial,

são comuns. Apenas sete questões são diferentes (as quais integram o guião de entrevista da consulta não presencial), das quais emergiram sete subcategorias, que assinalaremos a seu tempo, de modo a perceber-se que as mesmas correspondem à consulta não presencial.

3.1. Informação

Do discurso dos respondentes emergiu a categoria “Informação”. Tal como é apresentado na figura 2, esta categoria inclui os agentes que comunicam a informação, o conteúdo da informação e ainda a forma como essa informação é transmitida.

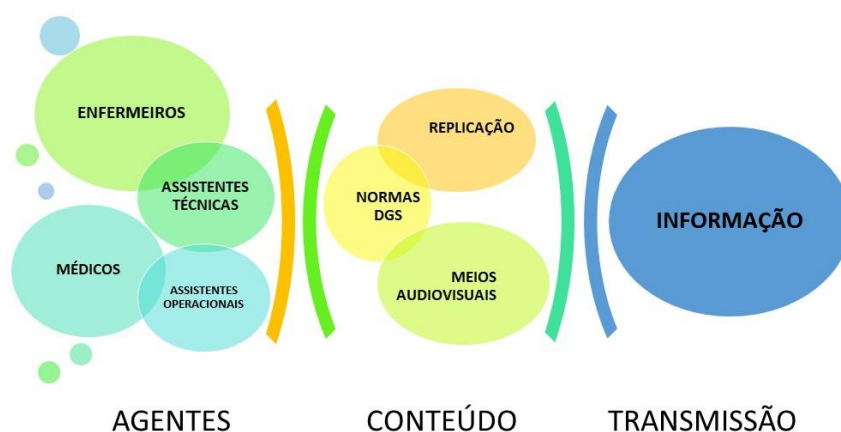


FIGURA 2: Categoria Informação

E1: “(...) dar as informações necessárias para cada tipo de cirurgia”

De acordo com a revisão da bibliografia, a transmissão de informação é fundamental para o êxito da cirurgia e da recuperação do utente. É direito do utente ser informado sobre os aspetos inerentes ao ato cirúrgico a que vai ou foi submetido, bem como, sobre aspetos logísticos do funcionamento da unidade de CA (por exemplo, contactos telefónicos, horário de admissão, acompanhamento por familiar, etc.), e ainda, informações relativas à preparação pré-operatória, desconfortos esperados no pós-operatório e como lidar com as diferentes situações. A disponibilização de informação pelo enfermeiro é uma estratégia imprescindível para garantir a adequada preparação física e psicológica do utente (Gröndahl et al., 2019), proporcionar ao utente uma sensação de controlo sobre o que está a vivenciar (Durling et al., 2007) e ajudar o utente a lidar com o medo, a ansiedade e o stress (Guerreiro, 2013; Guo, 2015).

Transmitir informação constitui um princípio fundamental em contexto de saúde (Melo, 2006). A evidência salienta que a informação que é disponibilizada ao utente, contribui para aliviar o seu stresse e ansiedade, e possibilita ainda que o utente possa colocar perguntas e tomar decisões esclarecidas (Dawson, 2003).

Agentes de informação

Com base nos discursos apurados sobressai que no processo de transmissão da informação participam vários agentes: médicos, enfermeiras, auxiliares e administrativas.

E12: “(...) primeiro o médico anestesista tem de dar as suas orientações, para nós depois darmos o seguimento (...)”

E1: “(...) explicamos ao doente, damos as informações necessárias para vir em condições no dia da cirurgia”.

E14: “(...) porque já me aconteceu, no momento da admissão o utente dizer: «a administrativa deu-me esta informação assim e assim» (...)”

E6: “(...) se o utente depois na altura do contacto [pela administrativa para informar a data/hora] tem dúvidas em relação ao jejum ou medicação, quem lhe dá ou reforça o ensino... não faço ideia (...) Acho que não deveriam ser elas [as administrativas], deviam chamar por nós para falarmos com o doente ao telefone”

E2: “... o mesmo acontece com as auxiliares [quando o utente telefona com dúvidas] (...) não devem responder (...) deve ser o enfermeiro”

Segundo Alves (2011), a satisfação dos utentes está diretamente relacionada com a forma como é transmitida a informação. O mesmo autor considera que a utilização de uma linguagem clara e objetiva, o saber ouvir e dar espaço para o utente se expressar, são intervenções elementares que têm influência na condição clínica dos utentes e sua adesão terapêutica.

A atenção e a relação com os utentes, por parte dos médicos, enfermeiros e restantes profissionais são assim considerados aspetos essenciais ao bom funcionamento de uma organização de saúde.

Do contexto discursivo, relativamente aos profissionais que transmitem a informação ao utente sobre o agendamento cirúrgico, os participantes salientam o papel das administrativas. Apuramos que cinco participantes até sugerem mudanças relativamente à informação que pode ser disponibilizada pelas administrativas, assumindo uma certa atitude crítica face ao que habitualmente acontece no dia a dia.

E7: “são as administrativas. Mas não sei se dão mais informações além da data/hora”

E13: “é a administrativa que faz esse contacto posteriormente e que dá a hora e dia (...) o utente pode perguntar em relação ao jejum (...) nós sabemos que as administrativas dão essa informação”

E14: “(...) nunca me procuraram [administrativas] para dar informação relativamente a dúvidas [do utente] que digam respeito a enfermagem (...) agora no momento de admissão o utente dizer: “ai administrativa deu-me esta informação assim e assim...” para mim está errado, não o deviam ter feito (...) não há um feedback das administrativas connosco”

E16: “(...) também lhes costumo dizer que normalmente depois a administrativa lhe vai dar essa informação [pré-operatória] toda outra vez, e dão (...) mas deveríamos ser nós (...) não acho que deva ser a secretária a dar este tipo de informação”

As falhas no processo de comunicação podem comprometer a segurança do utente, colocando-o em risco. A importância da comunicação entre os profissionais, a coordenação adequada dos respetivos papéis e das suas competências, influenciam os resultados em saúde e a satisfação profissional (Alves, 2011).

Dos discursos analisados depreendemos que se indicia a necessidade de orientação quanto às competências de cada agente de comunicação, emergindo enquanto motivos, uma informação interdependente, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Tipo/conteúdo da informação

A análise dos discursos releva que os participantes atribuem importância à informação acerca dos cuidados pré-operatórios, bem como dos cuidados pós-operatórios, o que vai ao encontro de Lima (2006) cujo trabalho salienta que a preparação do utente para o regresso a casa facilita a sua recuperação.

E11: “está mal estruturado todo o processo de pré-operatório do doente, devia coincidir todos os critérios de cirurgia, deviam ser verificados já os requisitos pré-operatórios para cirurgia ambulatório, digo os requisitos sociais”

E2: “era importante começar-se a preparação da alta (...) preparar o utente para cuidados a ter no pós-operatório, para mim isto é fundamental”

E4: “mais do apoio da preparação para a cirurgia, mais a pensar no pós-operatório”

A informação que é transmitida pelos enfermeiros ao utente, com o intuito de promover a continuidade dos cuidados é essencial para promover uma recuperação rápida e saudável (Phipps & Marek, 2004).

Dos discursos analisados, depreendemos que se indicia a necessidade de orientação quanto à informação a transmitir ao utente que vai ser submetido a CA, emergindo enquanto motivos, uma preparação pré, intra e pós-operatória garantindo a continuidade dos cuidados com qualidade, eficiência e segurança.

Replicação da informação

Do contexto discursivo emerge a categoria “replicação da informação” a qual se ilustra nas unidades de discurso que se seguem.

E7: “(...) a parte da medicação (...) sobrepõem-se à consulta de anestesia (...) muitas vezes podemos repetir perguntas, e esquecer outras extremamente importantes”

E6: “(...) muito repetitivo (...) temos perguntas que vamos repetir aquilo que o médico deveria ter perguntado”

E11: “(...) há coisas que são repetidas e não faz sentido serem repetidas” (...) há áreas semelhantes na consulta do médico (...) há áreas que (...) não é de um lado, nem do outro é para os dois”

E17: “(...) é uma duplicação de informação (...) poderíamos reverter este tempo no ensino ao doente” (...)” É que tu na consulta estás a debitar informação, o tempo é curto, tu debitas a um ritmo rápido”

Verificamos que há uma replicação da avaliação na consulta de enfermagem, comparativamente à anamnese médica.

A repetição pelo utente e/ou familiar da informação recebida poderá integrar uma estratégia de garantir o transfere do essencial face ao que foi ensinado (Engelke, 2012), no entanto, há autores para quem a “repetição de mensagens recebidas previamente não é informação” (Losee, 1997, p.255). Com base no exposto depreendemos da necessidade de rever a informação a transmitir, garantindo que o processo será isento de repetições.

Meios audiovisuais

Após a análise dos discursos das respondentes emergiu a subcategoria “meios audiovisuais” sendo estes materializados no “panfleto” e no “vídeo”, a ilustrar citamos as seguintes unidades significativas:

E1: “Às vezes foco-me noutras coisas e esqueço-me de colocar o vídeo”

E17: “(...) o panfleto no essencial está muito bem, está no aceitável (...)”

Santos (2010, p. 4) refere que os “recursos didáticos disponíveis para realçar o ensino incluem materiais como: livros, panfletos, fotos, filmes, slides, áudio e multimídia, videotapes, modelos, instrução programada e, módulos de aprendizagem assistida por computador”.

Em relação à informação escrita (panfleto) que é entregue ao utente na consulta pré-operatória, podemos afirmar que, quanto mais informação disponibilizada, mais benéfico é para o utente. Apuramos que seis participantes acham que o panfleto que entregam “está bem”. Contudo os outros respondentes sugerem melhorias ou tecem algumas críticas a este recurso.

E3: [panfleto] “acho que também está bem”

E4: [panfleto] “poderia eventualmente ser atualizado”

E5: [panfleto] “desde que eles não o ignorem, ajuda a reforçar a informação que lhe dizemos, que lhe é dada”

O panfleto deve ser um resumo e complemento das informações que são dadas presencialmente nas consultas, e deve constar na informação escrita as alíneas principais a que o utente deve cumprir para poder ser operado em CA.

Rice (2004), explicita que as informações podem ser fornecidas de forma oral ou através de outros meios. Há estudos que demonstram que em situações de stress, como é o caso do procedimento cirúrgico, apenas 35% a 40% da informação verbal é retida (Gomes, 2011), daí que como complemento pode-se recorrer à informação escrita (Garretson, 2004).

Dos discursos analisados depreendemos que se indicia a necessidade da reformulação do panfleto emergindo enquanto motivos, a informação incompleta, número de contactos exagerado, ser mais apelativo à leitura e garantir boa qualidade de impressão.

E10: [panfleto] “(...) é importante dar esse panfleto (...) mas podíamos também melhorar (...) muitas vezes é ilegível o percurso (...) tornar o panfleto mais apelativo à leitura (...) está um bocado incompleto (...) assim como a apresentação (...)”

E16: [panfleto] “muitos contactos exagerados, devia haver um contacto, (...) sublinho (...) porque se não eles também se baralham e ligam não sei para qual (...)”

E6: “agora quando é fotocopiado, que elas [administrativas] não imprimem, só fotocopiam aquilo fica negro, e eu tenho vergonha de dar aquilo”

Outro aspeto que emerge nos discursos dos respondentes é o recurso a um vídeo enquanto meio audiovisual para disponibilizar informação ao utente.

E13: “(...) nota-se nos dias em que a gente coloca o vídeo, aqueles utentes que estão mais atentos ao vídeo já vêm com uma ideia, com uma perceção melhor daquilo que irá acontecer”

Também Paula e Carvalho (1997) referem a utilidade dos meios audiovisuais, explicitando que a implementação do vídeo pode ser uma estratégia complementar ao ensino efetuado pelo enfermeiro na consulta pré-operatória. Todas as informações transmitidas devem estar adaptadas às necessidades específicas de cada utente cirúrgico (Engelke, 2012).

Apesar da existência do vídeo, nem sempre este material é utilizado pelos enfermeiros e são atribuídas diferentes justificações para a não utilização, por exemplo, esquecimento, pouca importância atribuída ao conteúdo do vídeo, repetição da informação dada oralmente, ou mesmo a necessidade de melhorar o conteúdo do vídeo.

E2: [vídeo] “Devíamos melhorar o vídeo, ter informações adicionais sobre os cuidados a ter no pós-operatório das cirurgias (...) uma forma de informar o doente e acompanhante”

E5: [vídeo] “poderia ser reformulado (...) ser alterado de uma forma atualizada” E8: [vídeo] “Quando tenho tempo ponho (...)”

E12: [vídeo] “Não. Porque eu faço a explicação (...) eu explico tudo, o percurso que vai fazer no bloco (...) estar ali [utentes] sempre a ver a mesma coisa [repetição vídeo], que depois já não estão a ver nada, já não ligam àquilo (...) é por isso que eu não coloco”

E13: [vídeo] “(...) no início usava sempre, agora com o computador, esqueço-me, e foco-me nos registos informáticos e não me lembro de colocar o vídeo (...)”

Graham (2003) evidencia, que a informação visualizada ou explicada em grupo, tem como vantagem a participação da família ou cuidadores, o que facilita a compreensão da mesma. E alguns enfermeiros do nosso estudo também referem o uso do vídeo para informar não só o utente, mas também o familiar.

Na perspetiva de Garretson (2004), os programas auxiliares de informação, podem ser usados pelos enfermeiros durante a consulta, ou por outros enfermeiros do serviço, quando o tempo destinado à consulta não permite a visualização do mesmo, mantendo assim a qualidade de atendimento na consulta.

Quanto à relevância da utilização do vídeo, da análise dos discursos emerge que este meio audiovisual é importante enquanto recurso formativo e complementar ao ensino dos enfermeiros.

E6: [vídeo] “(...) eu acho que torna muito mais fácil para algumas explicações”

E7: [vídeo] “se as pessoas estiverem atentas é um vídeo que ajuda imenso na consulta, até a consulta é mais célere”

E15: “(...) noto diferença quando os doentes chegam ao gabinete (...) aquilo que lhes começo a explicar, a informar, já não é novidade para ele [utente] (...) conseguem ser melhor esclarecidos das dúvidas”

E17: [vídeo] “(...) há muitas perguntas que eles nos fazem na consulta porque viram o vídeo, senão tinha-lhes passado ao lado”

Baleizão (2019), afirma que quando os utentes que são instruídos adequadamente sobre o seu percurso na CA e preparados para o pós-operatório, clinicamente necessitam de menos analgesia pós-operatória, menos ansiolíticos e terão uma alta mais precoce, comparativamente aos utentes que não recebem esta preparação pré-operatória, o que leva estes últimos a sentirem-se inseguros e a necessitarem de maiores doses de analgésicos e de ansiolíticos, atrasando a sua alta clínica.

Também Garretson (2004) aponta a necessidade de menores doses de medicação analgésica no pós-operatório, nos utentes que receberam informação adequada no período pré-operatório. No entanto, e segundo o mesmo autor, a evidência nem sempre aponta nesse sentido.

No estudo de Paula e Carvalho (1997) os autores concluíram que o tempo gasto na informação transmitida através da visualização do vídeo foi de 10 minutos, enquanto que a consulta presencial teve a duração de 45 minutos. Apesar de se verificar uma redução do

tempo gasto com a exposição do vídeo, esta estratégia informativa não permite ao utente expor as suas dúvidas. Podemos então concluir que a combinação da visualização do vídeo e da informação prestada oralmente, melhoram a performance da consulta, pois a exposição oral permite ao utente colocar as suas dúvidas. Em suma, a implementação do recurso audiovisual (vídeo) pode ser uma estratégia de ensino na consulta de enfermagem, permitindo uma melhor gestão do tempo dos profissionais.

Cumprimento de normas

Do contexto discursivo, relativamente aos ensinamentos que são efetuados na consulta, percebemos que estes respeitam as orientações da DGS/OMS, no entanto, a maioria dos respondentes desconhecem as atuais recomendações.

E2: [norma da DGS] “sobre estes cuidados, eu não conheço, não sei (...) mando fazer aquilo que a instituição diz para fazer”

E8: “(...) não estamos a cumprir segundo as atualizações”

E11: “não sei responder em concreto (...)”

E16: “acho que são normas do serviço (...) não sei as normas atuais da DGS”

Há informações obrigatórias a transmitir ao utente na consulta de enfermagem, mais concretamente, aspetos singulares da sua situação clínica, o tempo necessário para manter o jejum, remoção de adornos, cuidados relativos a prótese dentária, assim como outros aspetos que se associam ao tipo de anestesia e de cirurgia a que vai ser submetido. Todas estas informações devem ser rigorosamente registadas no processo clínico do utente, de modo a prevenir intercorrências tanto no intra, como no pós-operatório, protegendo o utente de riscos e proporcionando um ambiente cirúrgico mais seguro (Tannure & Pinheiro, 2014).

Os utentes que se preparam para cirurgias devem respeitar as indicações instruídas pelos profissionais de saúde. Instruções estas que devem seguir as recomendações das entidades de saúde competentes e atualizadas sempre que são divulgadas novas diretrizes, com a finalidade de prevenir complicações operatórias (OMS, 2016).

Os discursos dos participantes traduzem um certo desconhecimento das normas ou desatualização das orientações existentes face às *guidelines* divulgadas pelas instituições reguladoras da saúde.

E12: “acho que é segundo as normas do serviço (...) cada um faz como quer (...)”

E15: “estão desajustadas das normas (...) tenho-me regido pela informação dos colegas, daquilo que está escrito (...) se estão de acordo com as normas, não sei”

O não cumprimento das orientações baseadas em evidência e divulgadas pelas entidades competentes pode facilitar o aparecimento de complicações pós-operatórias, sendo a infeção do local cirúrgico um exemplo. Segundo a OMS (2016), as infeções cirúrgicas não ocorrem apenas nos países subdesenvolvidos. Nos Estados Unidos, estudos indicam que as infeções do local cirúrgico (ILC) prolongam o internamento hospitalar, sendo o custo deste tempo de permanência adicional calculado em 900 milhões de dólares por ano.

Marie-Paule Kieny, diretora geral assistente para sistemas de saúde e inovação, afirma que “ninguém deveria ficar doente enquanto recebe cuidados” (OMS, 2016, p.2).

Da análise das entrevistas sobressaem afirmações que reportam à informação transmitida ao utente tendo em conta a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, mais concretamente prevenção da infeção do local cirúrgico, outrora designada por infeção da ferida cirúrgica.

E6: [banho pré-operatório] “(...) não damos nada ao utente para ele fazer o banho com o detergente adequado (...) o banho toma ele em casa com o gel que ele tiver”

E6: [tricotomia] “eu mando fazer com lâmina, no dia anterior aquando o banho à tardinha”

E7: [banho] “não dizemos para comprar nenhum produto especial (...) [tricotomias] se calhar não estão de acordo com as normas da DGS (...)”

E17: “(...) a tricotomia as pessoas em casa não têm máquina, e quando fazem é com gilete (...) o banho não cumprimos porque devíamos entregar ao doente uma esponja com produto clorexidina e não entregamos (...) não há consenso na equipa. Eu acho que não há consenso por interesse próprio. Se há uma norma, mesmo a nível do serviço, eu acho que devíamos cumprir”

A aplicação das recomendações para a prevenção da infeção do local cirúrgico, garante ganhos em saúde, sendo também orientação da OMS “que os utentes que se preparam para cirurgias perguntem a seus médicos se eles estão a seguir as orientações da OMS” (OMS, 2016, p. 3).

A DGS em Portugal emitiu em 2015 uma norma para a prevenção de infeção do local cirúrgico: “feixe de intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico. Da análise dos discursos emerge informação que evidencia alguns conhecimentos por parte dos enfermeiros, relativamente à preparação pré-cirúrgica. Por outro lado, emerge também informação que mostra o não cumprimento das indicações da DGS, nomeadamente nas intervenções de “banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência” e de “evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica”.

E10: [tricotomia] “deve ser feita no bloco (...) antes da cirurgia e não ser feita em casa, nem de Gillette®, que é o que nós dizemos aos doentes para fazer (...)”

E13: “nós não somos tão rigorosos (...) a área da tricotomia não é tão abrangente (...) nós restringimos um bocadinho”

E14 “(...) relativamente à tricotomia, eles [utentes] fazem, mas não no serviço (...) o banho, ainda está muito para cumprir as normas que existem (...) nós dizemos o que o serviço estipulou, e desde a abertura do bloco mantemos a linguagem”

Na consulta pré-operatória de enfermagem é dever do enfermeiro dar orientações precisas aos utentes certificando-se que estas foram assimiladas e mostrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas se existirem (OMS, 2016).

E10 [verniz] “é outra situação, há quem valorize e dê a informação para a utente vir sem verniz nas unhas, mas muitas trazem ou só removem o verniz de um dedo (...) quando um utente não remove o verniz das unhas já sabemos mais ou menos quem fez a consulta (...)”

E11:” (...) há informações contraditórias em relação ao verniz (...) há algumas informações que cada um deixa ao seu critério e não segue as diretrizes do serviço”

E14: “o verniz das unhas, umas [enfermeiras] mandam retirar o verniz, outras [enfermeiras] só dizem para retirar de um dedo, outros [enfermeiros] até nem dizem nada (...)”

E15: “no dia da cirurgia a utente vem com verniz nas unhas, perguntamos porque não removeu o verniz e dizem logo que a enfermeira da consulta disse que não era preciso tirar, (...) o serviço fica mal”

E17: “(...) o verniz das unhas é para tirar (...) não há consenso na equipa. Eu acho que não há consenso por interesse próprio. Se há uma norma, mesmo a nível do serviço, eu acho que devíamos cumprir”

Existem orientações educativas que devem ser respeitadas estando isentas de opinião pessoal dos enfermeiros, devendo estas diretrizes estarem protocolizadas nos serviços de saúde. É boa prática os utentes serem admitidos no BO sem adereços, maquilhagens, ausência de verniz nas unhas, entre outros. Estas orientações independentemente de quem faz a consulta, devem ser uniformizadas (Baleizão, 2019).

De acordo com Veiga et al. (2011) a presença de verniz das unhas e unhas de gel impossibilitam a correta monitorização e vigilância dos sinais de hipoxia no utente operado. O que está em sintonia com o preconizado pela OMS (2009) ao recomendar a visualização do leito ungueal para deteção precoce da hipoxia.

Segundo Henriques, Costa e Lacerda (2016), a aplicação da *checklist cirúrgica* relativa às recomendações da OMS para garantir a qualidade e a segurança nos cuidados ao utente, ainda não é uma realidade nas nossas instituições. Nos estudos realizados por Mazeiro et al. (2015) e Elias et al. (2015) cit in Henriques, Costa e Lacerda, (2016, p.6). não se verificou o cumprimento da *checklist* em relação a “informações sobre jejum, tricotomia, ausência de esmalte e adornos, identificação do utente e do sítio operatório, ...”, entre outros.

Dos discursos analisados depreendemos que se indicia a necessidade de orientação quanto às recomendações para prevenção de infeção de local cirúrgico, emergindo enquanto motivos, uma informação incompleta e díspar entre os profissionais que realizam a consulta.

3.2. Suporte e documentação

Partindo da análise do discurso dos respondentes emergiu a categoria “suporte e documentação”, sumariamente apresentada na figura 3.



FIGURA 3: Categoria suporte de documentação

E4: “a gente faz muito mais do que regista”

E7: “é importante haver uma parametrização”

Florence Nightingale, foi pioneira ao destacar a relevância dos registos de saúde e de enfermagem “nomeadamente como forma de assegurar a continuidade de cuidados, aliada à necessidade de produção de dados estatísticos para diferentes finalidades e utilizações” (Pereira, Nascimento, & Gomes, 2011, p.227).

Os registos de enfermagem permitem partilhar informação, garantir a continuidade dos cuidados, analisar a qualidade dos cuidados, contribuir para a gestão, educação e investigação, entre outros objetivos (Pereira, Nascimento, & Gomes, 2011).

A evolução nos procedimentos para a melhoria da qualidade de registos produzidos pelos enfermeiros tem sido constante. No nosso estudo os participantes atribuem importância aos registos, embora possamos perceber que os registos nem sempre traduzem todas as intervenções realizadas pelos enfermeiros.

Registo da consulta

Com base no discurso dos respondentes sobressai a importância do registo da consulta no processo clínico do utente.

E7: “é importante haver uma parametrização”

E8: “é um registo adequado”

E15: “acho que é um registo adequado”

E16: “é um registo pertinente (...)”

Os registos de enfermagem são, nos dias de hoje, reconhecidos como imprescindíveis para assegurar a continuidade dos cuidados, sendo salientada “... a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados” (Martins et al., 2008, p.52). Amendoeira e colaboradores (2003) consideram ainda que a documentação produzida pelos enfermeiros, a partir do processo de cuidados, constitui um contributo para o desenvolvimento da disciplina e da profissão.

Os registos de enfermagem permitem dar visibilidade à tomada de decisão autónoma dos enfermeiros (Martins et al, 2008), o que não acontecerá se os enfermeiros não registarem as intervenções que concretizam na sua interação com os utentes, tal como é relatado por alguns participantes do nosso estudo. Emerge do discurso dos respondentes a necessidade de efetuarem registos mais completos.

E14: “ensinos que efetuamos (...) não fica registado (...)”

E16: “(...) os ensinos que efetuamos não ficam registados”

E7: “a informação que lá está é necessária (...) temos de fazer a nossa colheita de dados (...) faz parte da colheita de dados do anestesista sobre a medicação e antecedentes cirúrgicos e outros”

“O registo representa a comunicação escrita dos factos essenciais de forma a manter uma história contínua, dos acontecimentos ocorridos” (George, 2015, p.72), pelo que, Rodrigues e Oliveira (2005) destacam a pertinência e transversalidade dos registos nos vários contextos de prestação de cuidados.

Dos discursos analisados salienta-se a necessidade de investir na melhoria dos registos dos enfermeiros de forma a tornarem-se mais fiéis ao real trabalho desenvolvido por estes profissionais.

Inquérito de satisfação dos utentes

Os utentes submetidos a CA respondem a um inquérito de satisfação relativamente ao seu percurso e atendimento na unidade de CA. Este inquérito é entregue aos utentes pela funcionária administrativa. Partindo da análise das respostas acerca deste inquérito de

satisfação, é realizado pelos respondentes o desconhecimento sobre o conteúdo do mesmo bem como, dos resultados obtidos com a sua aplicação.

E1: [consulta não presencial] “Não sei. Já não me lembro. Não sei se existe”

E2: [consulta não presencial] “já não tenho presente os inquéritos”

E6: “(...) não faço ideia” E6: [consulta não presencial] “Não sei”

E15: [consulta não presencial] “Não, eu não sei se há. Eu não vejo ninguém falar disso”

E17: [consulta não presencial] “Eu acho que não. Não me lembro. Não sei.”

A avaliação da satisfação dos utentes é um indicador da qualidade e eficiência da prestação dos cuidados de saúde, pelo que, é significativo ter instrumentos válidos para a colheita destas informações. Os estudos indicam que a satisfação dos utentes se associa à melhoria da qualidade dos cuidados (Esther et al., 2012, in Chaves et al., 2016), sendo um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde.

De acordo com Chaves et al., (2016), nos tempos de hoje, o cidadão apresenta-se mais informado e com expectativas elevadas face aos cuidados de saúde. Contudo, nem sempre é fácil operacionalizar a variável “satisfação com os cuidados de saúde”, dada a sua característica multidimensional (Lobo & Santos, 2014).

Atualmente, Pimentel (2010), in Chaves et al., (2016) considera que existe um interesse das administrações e direções dos serviços de saúde acerca da satisfação dos utentes e a relação desta com a qualidade dos cuidados prestados. A satisfação dos utentes é assim valorizada, porque permite monitorizar o desempenho da instituição e implementar mudanças para obter ganhos em saúde, aspetos que não são destacados pelos participantes do nosso estudo, uma vez que desconhecem os resultados da aplicação do inquérito de satisfação, na sua instituição.

E17: “Existe porque é feita a pergunta se acha que a informação que foi fornecida pelos enfermeiros antes foi suficiente (...) tem a ver com consulta de enfermagem tanto da área pré-operatória do ambulatório como da consulta externa ...”

E17: [consulta não presencial] “Os dados são trabalhados pela qualidade na mesma modalidade da outra consulta”

Existem competências específicas criadas pelo departamento da qualidade na saúde, instituindo a precisão de “gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes (...), e promover a avaliação sistemática da satisfação” (DGS, 2015, p.16).

No âmbito da CA, a instituição só poderá investir na melhoria e na qualidade dos cuidados, se os seus profissionais tiverem retorno acerca do seu desempenho e, de acordo com a evidência, a apreciação dos utentes é um dos indicadores importantes para concretizar essa avaliação.

Dos discursos analisados depreendemos que, apesar dos enfermeiros saberem da existência de um inquérito de satisfação do utente com os cuidados recebidos na CA, transmitem um desconhecimento quanto ao conteúdo e objetivos da sua aplicação. Desconhecem ainda os resultados da aplicação dos inquéritos e de que forma a informação obtida é utilizada pela instituição. Este resultado poderá traduzir a necessidade de a instituição melhor divulgar junto dos profissionais qual o objetivo da aplicação deste instrumento e os dados obtidos.

Indicadores de qualidade

A análise dos discursos revela que os participantes relatam que seria importante conhecerem os resultados da avaliação obtida a partir da aplicação do inquérito de satisfação aos utentes, como forma de obterem feedback das atividades desenvolvidas na consulta. Estes resultados seriam assim um indicador do desempenho da equipa de CA.

E10:” (...) é sempre pertinente.”

E12:” (...) era pertinente, é sempre (...) era importante”

E9: [consulta não presencial] “(...) Toda a nossa prática deveria ser importante, (...)”

E11: [consulta não presencial] é pertinente a nível de gestão (...) ter taxas de indicadores (...)”

Os indicadores de qualidade são uma estratégia fundamental para a monitorização das atividades planeadas e concretizadas no processo de cuidados, permitindo a identificação de necessidade de mudança de determinadas atitudes e comportamentos, contribuindo dessa forma para a obtenção de ganhos em saúde (Vieira, 2014).

Do discurso dos respondentes percebemos que os enfermeiros não têm tido acesso a indicadores do desempenho da CA.

E1: “(...) não tenho conhecimento “

E5: “(...) eu acho que não. Nunca vi nada disso”

E7: [consulta não presencial] “Não existe nada (...)”

E9: “Não. Nunca foi fizemos (...)”

E13: [consulta não presencial] “Não sei, era pertinente, muito importante (...)”

Baleizão (2019) aponta a necessidade de dar feedback aos profissionais acerca do trabalho que realizaram, pois é importante saber se o utente ficou clinicamente bem e com níveis de satisfação aceitáveis. Contudo, quando se pretende avaliar a qualidade dos cuidados praticados pelos enfermeiros, a tarefa não é fácil, uma vez que a sua operacionalização exige um conjunto de variáveis complexas, com interferência de vários fatores (NHS, 2005).

Sobressai dos discursos a importância de colher os dados necessários à produção de indicadores, por forma a que estes possibilitam a avaliação das práticas e permitam a aferir a atividade clínica de enfermagem.

E6: “Eu acho que é importante haver dados de qualquer coisa porque tu mediante os dados é que consegues perceber se estás a trabalhar bem ou mal (...) Por isso eu acho estes dados muito importantes”

E6: [consulta não presencial] “(...) Eu acho que sim, todos os tratamentos de dados são pertinentes, porque nos trazer informações sobre a nossa prestação de serviço”

E9: [consulta não presencial] “(...) toda a nossa prática deveria ser importante, para sabermos, debruçar e fazer estudo sobre como trabalharmos, e se estamos a trabalhar bem (...) nós não temos esses registos. Não há nada.”

Os indicadores surgem como instrumentos importantes para o desenvolvimento da profissão, dado constituírem unidades de medida de uma atividade (Pencheon, 2008). A monitorização e avaliação da assistência e atividades de um serviço de saúde são de utilidade maior para tomadas de decisão que possibilitem, efetivamente, uma melhoria da qualidade (Pereira, 2009). Os indicadores apresentam-se, assim, como instrumentos de importância para o desenvolvimento da prática profissional (Mezomo, 2001).

Torna-se necessário atender à forma como estes indicadores são definidos (o que se pretende avaliar, como, quando e a quem são aplicados) e se os resultados analisados são fiáveis (Pencheon, 2008). A DGS (2003), definiu como qualidades de um indicador a sua utilidade, robustez, acessibilidade e representatividade, entre outros.

Do discurso dos respondentes percebemos que estes consideram que os indicadores poderão sustentar o ajuste interdisciplinar em prol de uma assistência mais profícua aos utentes da CA.

E17: “Se calhar poderíamos dizer, ok, nós fizemos “X” consultas, mas destas 400 consultas só pudemos trazer para o nosso serviço “Y” (...) porque há doentes que não reúnem condições para ambulatório (...) chegar perto das chefias, isto é mais pertinente na cirurgia geral ou na ortopedia (...) era importante chegar esta comunicação aos respetivos diretores dos serviços e dizer, atenção à seleção que fazem dos doentes que enviam para ambulatório porque está a falhar isto e isto”

Segundo Lemos (2010) existem indicadores fundamentais para avaliação da CA quanto à eficiência (taxa de cancelamentos de cirurgia) e à efetividade e segurança dos cuidados (taxa de admissão hospitalar, taxa de reintervenção cirúrgica no mesmo dia, taxa de readmissão hospitalar aos 30 dias do pós-operatório). Daí que, para conseguir superar níveis de excelência na prestação de cuidados em CA, parece ser fundamental a aplicação contínua destes e de outros indicadores.

Compreende-se segundo a OE (2010) que a aplicação de indicadores de qualidade do exercício profissional poderá contribuir para uma reformulação e atualização dos cuidados prestados pelos enfermeiros, através da identificação das áreas a aperfeiçoar.

Dos discursos analisados depreendemos que se indicia a necessidade da monitorização da prestação de cuidados na CA, que se poderá concretizar com a aplicação de instrumentos de avaliação, os quais permitirão a identificação de indicadores. Da análise efetuada emergem alguns tópicos a considerar nessa monitorização, por exemplo, a satisfação do utente, a organização e gestão da atividade cirúrgica, os procedimentos e a avaliação dos resultados.

3.3. Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros

Após análise dos discursos dos respondentes emergiu a categoria “dificuldades percecionadas pelos enfermeiros”. Na figura 4 é apresentado um esquema que pretende resumir a subdivisão das categorias.



FIGURA 4: Dificuldades percecionadas pelos enfermeiros

E9: “(...) eu não me sinto bem não ter tempo para o utente (...)”

E15: “(...) sinto-me stressada nestes dias para tentar gerir tudo isto, não é fácil.”

E6: [consulta não presencial] “Eu devia estar mais tempo a conversar com a pessoa (...) se tivesse mais tempo, porque olho para o lado e vejo a quantidade de processos e despacho-o [ao utente]”

Os participantes do estudo deixam transparecer nos seus discursos a vivência de várias dificuldades no dia a dia da sua prática profissional. Desde dificuldades ligados a gestão do tempo e planeamento dos cuidados, a aspetos mais relacionados com a organização do próprio serviço e protocolos de atuação.

A prática dos enfermeiros deve orientar-se pelo exercício profissional previsto no código deontológico (OE, 2010), privilegiando uma relação com o utente/família de respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel.

Para que o desígnio da qualidade se realize, as organizações devem prover os recursos e meios essenciais aos profissionais, de modo a garantir um efetivo e eficiente desempenho de funções, em benefício do cidadão (Ribeiro, 2015).

Gestão do tempo

Das entrevistas analisadas, emerge a “gestão do tempo”, como uma dificuldade percecionada pelos enfermeiros. Esta subcategoria encerra alguns itens que a caracterizam, os quais interferem inevitavelmente na qualidade dos cuidados. Os itens em causa são: o stress, a dotação de pessoal (rácio enfermeiro/utente), a utilização do sistema eletrónico de documentação e sua parametrização.

E1: “O tempo é um fator que me preocupa, cria-me grandes dificuldades”

E6: [consulta não presencial] “(...) quando tenho tempo, (...) quando tens 40 ou 50 contactos telefónicos para fazer, parece pouco, mas não tens muito tempo”

E6: [consulta não presencial] “Eu devia estar mais tempo a conversar com a pessoa (...) se tivesse mais tempo, porque olho para o lado e vejo a quantidade de processos e despacho-o [ao utente]”

E7: “O tempo dado para fazermos a consulta não é ajustado, assim como a quantidade de consultas que temos”

E17: “(...) a minha dificuldade maior é em termos de tempo (...) é o meu maior stress”

De acordo com Ribeiro et al. (2016, p. 7) “a gestão do tempo é uma área em que as organizações procuram intervir em termos do planeamento e execução de produtos e serviços, procurando adequar os procedimentos aos desempenhos individuais e coletivos dos profissionais nos aspetos formais das questões operacionais, de modo a influenciar os seus níveis de produtividade”.

Verificamos no discurso dos respondentes, que em relação à falta de tempo, esta é causadora de stress e pressão, assim como, o tempo que é disponibilizado para fazerem a consulta é desajustado no que diz respeito ao número de consultas agendadas.

E4: “(...) tens 20 admissões para fazeres (...) stressada (...) os doentes esperem muito tempo” é fazer e mais nada, parar as admissões (...) e avançando as consultas e ir gerindo, não tens muito a fazer”

E5: “se me estão a pressionar porque estão ainda doentes para admitir tenho dificuldade (...) de “timing”

E15: “fazer admissões e consulta (...) em que tens às vezes às duas da tarde 10 ou 15 doentes para admitir e a partir dessa mesma hora tens 15, 16 ou 17 consultas (...) sinto-me stressada (...) não é fácil.”

O Internacional Council of Nurses (ICN, 2007) determina que os ambientes favoráveis à prática de cuidados consideram as dotações de pessoal e políticas que visam o recrutamento, contrariam a rotação de pessoal e ajustam estratégias de compensação e valorização dos colaboradores. Neste sentido “(...) as organizações devem ajustar o seu número de colaboradores, ao tipo de cuidados, ao número de horas de cuidados necessárias, à existência ou não de medidas para prevenção do absentismo, à taxa de rotatividade de utentes e vagas no serviço, ao cumprimento de normas e procedimentos, e às necessidades de formação e treino” (Ribeiro et al., 2016, p.9).

Emerge ainda dos discursos das respondentes a falta de preparação para a utilização do sistema informatizado de documentação. Os enfermeiros referem alguma inabilidade no uso deste recurso informático o que aumenta o tempo despendido na tarefa e é gerador de stress.

E15: “fazer admissões e consulta (...) em modo papel ou informático (...) piora as coisas para quem não está habituado ao sistema informático (...) sinto-me stressada nestes dias para tentar gerir tudo isto, não é fácil.”

Uma das tarefas de cuidados indiretos, em que os enfermeiros gastam mais tempo, são os registos. Apesar de alguma imprecisão no cálculo do tempo despendido, muitos dos autores apontam para 20 a 50% do tempo global “... dependendo das combinações de níveis de formação ou de competências da equipa” (Pereira, Nascimento & Gomes, 2011, p. 230).

Também Ribeiro et al. (2016, p.11) afirmam que com a introdução das novas tecnologias se verifica um aumento do tempo gasto em cuidados indiretos, mais concretamente no que respeita aos registos efetuados. Os autores consideram como causa deste aumento, por um lado a diversidade dos meios informáticos em utilização e por outro lado a falta de conhecimentos pelos profissionais.

E13: “uma coisa é começares a consulta com tempo, com calma (...) preparar os panfletos (...) faço a minha gestão (...) se não tiver esse tempo a consulta vai ser mais a correr com a probabilidade de falhar alguma coisa”

E14: “quando há muitas triagens, em que nós temos de dar vasaão às triagens e temos de interromper as consultas para voltar a fazer as triagens, é muito, muito, muito”

Diferentes investigadores concluíram que a problemática das dotações se situa para além da quantidade de pessoal e “incluíram outras variáveis que afetam as dotações e a prestação de cuidados seguros, tais como: carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos utentes, nível de qualificação dos enfermeiros, a combinação do pessoal de saúde”, entre outros (ICN, 2006, p.5).

De acordo com a OE (2019, p.128) “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde devendo, para isso, serem

utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população”. Daí que a OE (2019) considere que o cálculo da dotação tem que prever um conjunto de fatores e a sua interligação, e não simplificar a tarefa para contemplar apenas o número de horas de cuidados por utente ou por procedimentos.

E10: “se em 6 horas eu tenho de gerir o meu tempo e fazer 18 consultas e 10 ou 15 admissões (...) provoca em nós stress, ansiedade (...) se juntar o número de horas em que o utente esperou para ser visto na consulta de enfermagem (...) a maior parte dos utentes esperam 2 ou 3 horas”

E13: “há dias que se estamos em 2 postos de trabalho (admissão e consulta) é complicado (...) é mais difícil (...) antes de começar a consulta ter de fazer não sei quantas admissões, já vai atrasar todo o processo da consulta (...) se tiver muitas admissões para fazer, é difícil controlar (...) é uma dificuldade (...) tu já não vais estar a 100% concentrado na consulta (...) vou ter de me despachar.”

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da OE “para além da dotação para cada sala de operações e recobro, foi incluído na dotação calculada, postos de trabalho de consulta pré e pós-operatória, admissão pré-operatória e atividades de suporte, como seja: gestão integrada de cuidados perioperatórios, resposta a necessidades de logística de suporte às salas, substituição de enfermeiros, entre outros” (OE, 2019, p.143). Podemos verificar que a dotação calculada pela OE para a consulta perioperatória é de 30 minutos, no entanto, é ressalvada a necessidade de um ajuste deste tempo médio, tendo em consideração aspetos como por exemplo, a complexidade dos cuidados e as características dos próprios utentes.

E6: [consulta não presencial] “(...) tens montes de coisas para registar (...) e depois tens de telefonar (...) quando tenho tempo, (...) não atenderam e volto a fazer as chamadas a seguir. E quando não tens tempo, esquece, eu até agradeço que nem atendam. Quando tens 40 ou 50 contactos telefónicos para fazer, parece pouco, mas não tens muito tempo”

Aiken et al. (2012) afirmam que existe uma relação entre a dotação de enfermeiros, a satisfação destes quanto ao trabalho e a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Das entrevistas emergiu a dificuldade que os enfermeiros sentem em dar resposta aos utentes em tempo útil. Os enfermeiros relatam que o número de utentes a atender ultrapassa o número aceitável para que seja garantida a transmissão de toda a informação essencial e a confirmação da compreensão/integração da informação pelo utente.

Autonomia

A análise dos discursos dos respondentes faz emergir a autonomia como um tópico central no seu desempenho diário.

Encontramos relatos de enfermeiros que manifestam dúvidas sobre o grau de autonomia que podem assumir, por exemplo, em relação aos critérios de admissibilidade para cirurgia ambulatória e em relação às informações relativas à medicação do utente.

E1: “eu não tenho autonomia para dar seguimento”

E6: “Eu não tenho autonomia (...) nem tenho conhecimentos, nem faz parte das minhas funções selecionar doentes e saber se eles têm condições para serem operados, pela patologia, pela medicação (...) não tenho que ter essa responsabilidade (...)”

E10: [sem critérios sociais] “eu acho que não tenho essa autonomia (...) dirijo-me ao anestesista e informo-o e posteriormente também informo a administrativa”

E11: [consulta não presencial] “(...) se é uma dúvida que está dentro daquilo que é da parte de enfermagem, claro, resolvo eu. Quando é uma dúvida que ultrapassa o meu campo de atuação recorro ao médico”

E12: “Autonomia, se me disserem que eu tenho essa autonomia, eu faço isso (...) não faço porque não sei se me dão essa autonomia”

De acordo com o REPE (2016, artigo 4º ponto 2) in Conselho de Enfermagem, (OE, 2016, p.1) “o enfermeiro detém conhecimentos que lhe permitem decidir e usar meios e técnicas próprias da profissão de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes”. São consideradas ações autónomas aquelas em que o enfermeiro se assume como total responsável na sua tomada de decisão e de intervenção. Quando a tomada de decisão e a intervenção implementada é partilhada no seio de uma equipa multidisciplinar, estas ações consideram-se interdependentes, e muitas delas são previamente formalizadas, com prescrições ou orientações.

Apesar da dificuldade que alguns enfermeiros relatam relacionadas com incertezas sobre os limites à sua autonomia, encontramos no discurso de outros enfermeiros uma posição diferente. No discurso destes últimos transparece a perceção de que são autónomos na realização das suas funções. De acordo com as palavras dos profissionais, quando as situações ultrapassam a sua responsabilidade profissional, optam por referenciar o utente para outros profissionais de saúde a fim de dar resposta às necessidades dos utentes. O que vai ao encontro do parecer do Conselho da OE (2016), o qual refere que em determinadas áreas há limites nas aptidões dos profissionais de saúde e a complementaridade dos profissionais deve atender ao interesse e benefícios dos utentes. Segundo o mesmo autor, sempre que necessário o enfermeiro deve referenciar o utente para outro profissional de saúde, em virtude da condição do próprio utente.

E2: “Sim, tenho autonomia” [critérios cirurgia ambulatório]

E2: [consulta não presencial] “Se é coisa que eu saiba resolver eu resolvo”

E5: “Sim, sinto autonomia, se for da nossa área (...) se não houver solução ele [médico] tem de dar a solução”

E6: “Sinto que tenho anatomia para dizer que o doente não tem condições. Se há uma pergunta para eu avaliar, eu acho que tenho essa autonomia.”

E6: [consulta não presencial] “Consoante o que o doente expõe, eu faço a avaliação e tento encaminhar (...) Se for situações que não sei resolver, procuro um médico que esteja no serviço para orientar”

E13: [encaminhamento utente sem critérios] “acho que conseguimos ter essa autonomia”

E17: “acho que sim. Nunca me senti limitada nisso”

A consulta de enfermagem pressupõe uma atividade autónoma do enfermeiro, o qual tem oportunidade de colher dados relativos à condição do utente, a partir dos quais identifica problemas e necessidades de cuidados, e propõe um plano de intervenção de enfermagem.

Do apurado dos discursos revelam-se dificuldades relacionadas com a autonomia percecionadas por alguns dos enfermeiros, o que eventualmente pode traduzir a necessidade de protocolos de atuação que possam orientar as decisões dos enfermeiros, nas situações em que é exigida a complementaridade da equipa multiprofissional, que correspondem a ações interdependentes.

Eficácia da consulta de enfermagem pré-operatória

Do discursivo relativamente à eficácia da consulta de enfermagem, emergem dois focos, um mais centrado na ação dos enfermeiros durante a consulta e outro mais centrado no comportamento dos utentes já na fase pós-consulta.

Encontramos relatos de vivências positivas relativamente à consulta realizada pelos enfermeiros e relatos menos positivos.

Os participantes consideram que os ensinamentos efetuados permitem um percurso cirúrgico mais pacífico para o utente e que existem enfermeiros que imprimem rigor na informação disponibilizada aos utentes. Por outro lado, encontramos referência à existência de práticas menos rigorosas na condução da consulta, seja porque alguns profissionais não cumprem as orientações, seja pela inexistência de protocolos que permitiriam uma certa uniformização das práticas.

E7: “Temos a perceção que [os utentes] perceberam [ensinos pré-operatórios] assim o percurso corre tudo melhor, ...”

E10: “Sabemos que há quem se despache e não dá informação nenhuma, e sabemos que há enfermeiros que vão ao pormenor de cada informação dada.”

E11: “Às vezes surgem dúvidas que por falta de protocolos no serviço (...) há muitas vezes da nossa parte hesitações (...) temos de recorrer a outra pessoa (...)”

E17: [falta de consenso na equipa] “(...) é má imagem para o serviço (...) Se há orientações, devem ser cumpridas!”

Há que ter em conta que o momento em que se realiza a consulta condicionará a forma como esta deverá ser estruturada (Sousa, Neves, & Carvalho, 2018).

Atendendo que os profissionais de saúde constituem um suporte importante para os utentes, será de atender ao potencial da consulta de enfermagem e existe evidência que aponta para uma associação entre a disponibilidade dos enfermeiros e médicos, e a satisfação dos utentes (Sousa, Neves, & Carvalho, 2018).

Na consulta pré-operatória de enfermagem existem procedimentos essenciais relativos à transmissão de informação ao utente e ao acompanhante, mais concretamente: os horários da unidade de CA, data da intervenção cirúrgica e das consultas de *follow-up*, tempo de jejum a cumprir no dia da cirurgia, medicação a manter ou suspender antes da cirurgia, possíveis limitações no regresso ao quotidiano/profissão, devendo também ser confirmado o consentimento informado e esclarecido (anestésico/cirúrgico) (Caseiro e Tavares, 2013).

Relativamente ao comportamento do utente no dia da cirurgia, o discurso dos participantes traduz um certo descontentamento face à constatação de que o ensino realizado na consulta pré-operatória não se espelha no cumprimento de procedimentos pelo utente, no período pré-cirúrgico imediato e pós-cirúrgico.

E7: “(...) no dia da cirurgia [os utentes] não cumprem o que foi dito [no ensino pré-operatório], e são logo capazes de dizer que não sabiam, que o enfermeiro não disse ...”

E15: “[modo geral, utentes] encaram a vinda à cirurgia de ambulatório, como uma ida ao dentista, como ir ao calista, não dão importância e não ligam às coisas que dizemos (...) será que é pela forma como dizemos as coisas? Será que é por ir embora no mesmo dia? Acho que fazia falta aqui ver o porquê, (...)”

Percecionamos através dos discursos dos respondentes que se indicia a necessidade de mudança relativamente ao conteúdo e ao processo de desenvolvimento da consulta pré-operatória, nomeadamente no que toca à uniformização de procedimentos e à identificação dos fatores que podem concorrer para melhor sensibilizar os utentes para os conteúdos abordados na consulta pré-operatória, de forma a tornar mais eficaz esta consulta, com impacto visível no período pré-operatório imediato e pós-operatório.

Critérios de admissão para cirurgia de ambulatório

Da análise dos discursos revela-se a existência de dificuldades relativamente a situações relacionadas com os critérios de admissão do utente ao programa de CA.

E11: “(...) deveria haver outra articulação com o serviço social (...) não está institucionalizado nem está definido (...) o procedimento em vigor e aquilo que toda a gente faz que é enviar o doente para a secretária e ela encaminha-o”

E14: “Nunca ninguém nos informou como devíamos fazer, por isso sinto-me impotente relativamente a isso (...) questionei muitas vezes, se na pergunta do apoio social registo que “sim”, se o utente precisa de apoio social, e quê? Como faço? (...) Não existe nenhuma orientação, nenhum protocolo”

A CA é um protótipo cirúrgico centralizado no utente, com regras nítidas e definidas que visam particularmente a segurança, o conforto e a satisfação.

A CNADCA emanou critérios de admissibilidade à CA, nomeadamente, critérios cirúrgicos, clínicos e sociais. Segundo Caseiro (2009) a aplicação de um questionário de suporte à consulta de avaliação pré-operatória é um procedimento comum nas unidades de CA.

E2: “Quando o problema é médico, é o médico que tem de dizer que não tem critérios”

E7: [sem apoio social] “primeiro informo o anestesista que fez a consulta que não se apercebeu e depois conforme o que decidirmos, falamos com a administrativa e ela orienta”

E8: “(...) ou falo com o anestesista ou vou falar com a administrativa para encaminhar esse doente”

E16: “vou à secretária e digo-lhe a ela, este doente não tem critérios para cirurgia ambulatório, é preciso remarcar para o central”.

Segundo Baleizão (2019), para uma gestão eficiente dos recursos, é esperado numa unidade de CA, um circuito do utente com o início da sua inscrição pelo médico da especialidade, sendo posteriormente convocado para a consulta de anestesia e de enfermagem.

Para a CNADCA a avaliação na consulta deve permitir a caracterização do estado geral de saúde e das condições psicológicas do utente. Esta prática facilita a exclusão de utentes que não têm critérios para serem submetidos a CA, a referenciação dos que necessitam de maior avaliação e a seleção dos que têm indicação para o programa (Caseiro, 2009).

No contexto do nosso estudo todos os utentes que são propostos para CA são avaliados quanto aos critérios de admissibilidade (clínicos e sociais) na consulta pré-operatória de anestesia e de enfermagem. A confirmação das condições sociais, são da responsabilidade do enfermeiro que realiza a consulta. Só se admitem utentes para o regime de CA, quando estes possuem as condições sociais protocoladas (existência de um cuidador adulto disponível para ajudar o utente no domicílio nas primeiras 24 h do pós-operatório, residência ou pernoita a uma distância que permita a deslocação ao hospital no espaço temporal não superior a 60 minutos). Caso o enfermeiro identifique a necessidade de algum apoio social deve encaminhar o utente para a assistente social da instituição.

A avaliação das condições de habitação e de acesso ao hospital é essencial uma vez que o pós-operatório será assegurado de modo virtual no domicílio (Caseiro, 2009).

Dos discursos emergem algumas incertezas relativamente ao procedimento de encaminhamento do utente para o apoio social e perceção de dificuldades na articulação com o serviço social da instituição.

E13: “Quando começo eu [enfermeiro] às veze [a consulta], estamos a trabalhar sem necessidade, ele pode ter condições da parte de enfermagem para ser operado em ambulatório, mas depois chega ao anestesista e não tem critérios anestésicos, e é “barrado” e eu estive a trabalhar para “aquecer” (...) toda a informação e ensino efetuado [pelo enfermeiro] é em vão”.

A consulta pré-operatória de enfermagem deve ser realizada cinco a seis dias antes da intervenção cirúrgica, logo após a consulta realizada pelo médico anestesista, e os tópicos

a serem abordados na preparação pré-operatória devem ser adaptados a cada utente (Leal, 2006) e em conformidade com o tipo de cirurgia.

De acordo com alguns discursos dos participantes do nosso estudo, a ordem de realização da consulta de anestesia e de enfermagem nem sempre é mantida, por vezes a consulta de enfermagem antecede a consulta de anestesia.

Da análise dos discursos identificamos algumas dificuldades experienciadas pelos enfermeiros quanto à articulação com o serviço social e disparidade no procedimento de encaminhamento dos utentes que necessitam do apoio social ou que terão de ser excluídos do programa de CA por não cumprirem o critério social protocolado.

Indicação para suspensão de terapêutica

A análise do discurso dos respondentes revela alguma incerteza sentida pelos enfermeiros em relação à decisão de suspender ou não a terapêutica que o utente faz habitualmente. Os discursos revelam ainda diferentes perspetivas e procedimentos relativamente a este tema.

E6: “Eu acho que nós não devíamos saber a medicação que o doente faz (...) Isto é uma coisa médica”

E11: “(...) confuso em relação aos papéis dos enfermeiros e do médico”

E12: “(...) alguma dúvida em termos da medicação nós vamos perguntar ao anestesista que está de apoio (...) acho que ainda não nos deram autonomia para ser o enfermeiro a mandar suspender esta ou aquela medicação”

E17: “acho que não tenho autonomia para mandar suspender um ou outro medicamento pré-operatório (...)”

Baleizão (2019) afirma que, a nível nacional, estão bem definidas as funções e competências das categorias profissionais (enfermeiros e médicos), pelo que, cada grupo profissional deverá seguir as orientações existentes em Portugal.

Os participantes do estudo também identificam a necessidade de existência de protocolos nos quais poderiam sustentar a sua decisão sobre a suspensão de determinada terapêutica.

E5: “Há uns [médicos] que querem [suspensão medicamentos] de uma maneira, outros de outra ... se houvesse um critério que o doente com determinado medicamento tem de parar aqueles dias (...) um protocolo no serviço que se eles [direção/gestão] definissem como tem de ser, nós assumíamos, tudo bem!”

E11: “dificuldades em determinadas situações sobre medicação a interromper (...) no caso de ser suspensa como é que faz para haver uma substituição por outra (...) os protocolos poder-nos-ia ajudar (...) [protocolos] vai clarificar e definir os papeis da atuação do enfermeiro e vai dar segurança”

De acordo com o REPE (2015) as decisões e ações dos enfermeiros podem ser complementadas e interligadas com as decisões e ações de outros profissionais de saúde.

Neste sentido, poderemos encarar a existência de protocolos, previamente definidos por grupos profissionais que partilham entre si a responsabilidade de certas decisões, como uma solução possível para agilizar o atendimento aos utentes.

Temido (2014) faz referência a estudos sobre o *skill mix* na área da saúde, especificamente entre os profissionais de medicina e de enfermagem, com a transferência de atos considerados médicos a serem realizados por enfermeiros. No entanto, o discurso dos participantes do nosso estudo não segue este paradigma de substituição do médico, mas antes de complementaridade de funções facilitada pela existência de protocolos.

Reavaliação após consulta de *follow-up*

Da análise dos discursos emerge a subcategoria “reavaliação após consulta de *follow-up*”. No contexto em estudo, tal como foi referido no enquadramento metodológico, os enfermeiros procedem a uma avaliação pós-operatória 24 horas após a alta do utente da unidade de CA, por via de uma consulta não presencial realizada telefonicamente. Esta é a consulta de enfermagem de *follow-up*. Nesta consulta e em consonância com a avaliação do enfermeiro, este pode dar indicações ao utente para resolução de problemas ou necessidades que identifica, ou pode encaminhar o utente para serviços específicos como por exemplo, para o serviço de urgência ou para o centro de saúde.

O enfermeiro tem capacidades e competências para realizar a avaliação do pós-operatório (24 horas após a alta) através do contacto telefónico, a qual garante a continuidade dos cuidados e a vigilância pós-operatória (AESOP, 2012). De acordo com McVay et al. (2008) quando os profissionais se apoiam em protocolos estruturados, este *follow-up* é uma opção segura e uma alternativa à consulta presencial. Apesar da convalescença do utente ocorrer no domicílio, é garantida o seguimento pela entidade prestadora de cuidados (Hodgins, Ouellet, Lagoa, Knorr, & Geldart, 2008).

No discurso dos enfermeiros salienta-se que, habitualmente, o contacto com o utente termina nessa consulta não presencial, quer o utente seja ou não encaminhado para algum serviço de saúde.

Na perspetiva dos participantes o contacto às 24 horas é importante pois permite a reavaliação pós-operatória, mas também faria sentido a realização de uma nova avaliação após esta consulta de *follow-up*.

E2: “Era importante haver uma nova avaliação, mas não há essa preocupação (...)”

E5: “não se liga novamente (...) devíamos ter a preocupação de saber o que é que aconteceu àquele doente depois. Qual foi o caminho que seguiu, no meu ver isso era importante”

E13: “(...) não há seguimento. Não sabemos o que acontece a seguir”

Existem questões que devem ser avaliadas aquando o contacto às 24 horas, concretamente, a eficácia da terapêutica prescrita para o pós-operatório, a presença de perda sanguínea ou hemorragia no local cirúrgico, sinais de compromisso neuro vascular, alteração do padrão de eliminação vesical e intestinal, tolerância alimentar e hídrica, cumprimento das restrições inerentes ao tipo de intervenção, e também perceber o nível de satisfação do utente com os cuidados recebidos (Lima, 2006).

A necessidade de um contacto adicional após a consulta de *follow-up*, referida pelos participantes do nosso estudo, está em sintonia com a perspetiva de Ribeiro (2015), o qual defende que as instituições devem providenciar os recursos e meios necessários que permitam o desempenho mais eficiente dos profissionais, em benefício do cidadão.

Por outro lado, esse contacto adicional permitiria obter mais informação sobre o percurso do utente e a existência de complicações, aspetos importantes para avaliar os cuidados cirúrgicos de ambulatório.

A efetividade e a segurança em CA, podem ser avaliadas a partir das readmissões hospitalares, as quais constituem um desvio na normal recuperação pós-alta, pois a readmissão do utente pode significar a ocorrência de um incidente de maior gravidade (Knight et al., 2013) e constitui um indicador de processo quando se pretende avaliar a qualidade em saúde, de acordo com a classificação apresentada por Donabedian (2005).

Os participantes do estudo apontam formas de concretizar uma melhor avaliação da recuperação do utente, a qual é visível nas unidades de registo que focam a consulta dos 7 dias ou dos 30 dias após a alta clínica.

E4: “(...) eu até achava mais importante a dos 30 dias do que a das 24 horas (...)”

E10: “Acho que é importante saber como é que o doente esteve após ter alta. Mas falhamos não ter a consulta de enfermagem aos 30 dias”

E13: “só temos consulta das 24horas que muitas vezes não chega às 24horas, passa 12 horas...também não temos mais consultas, nem dos 7 dias nem dos 30 dias... seria bom.

E15: “(...) tínhamos utilidade de ser feito a [consulta] dos 30 dias, para vermos taxas de infeções taxas de complicações... sem termos mais nada além da consulta de 24 horas não temos dados para isso, e é um trabalho que é um bocado para nós em vão, para o doente não será, mas para nós é”

Na verdade, efetuar apenas uma avaliação às 24 horas após a alta da unidade de CA, poderá não ser suficiente, tendo em conta que o utente se encontra ainda numa fase pós-cirurgia precoce. Tal como é referido nos discursos analisados, existem aspetos específicos relacionados com o desempenho da CA sobre os quais as equipas não obtêm feedback, a título de exemplo podemos referir as complicações pós-cirúrgicas tardias e as infeções associadas aos cuidados de saúde, mais especificamente as infeções do local cirúrgico.

Há unidades de CA que aplicam um questionário de satisfação ao utente, aos 30 dias após a sua intervenção cirúrgica (Caseiro & Tavares, 2013).

Da análise do discurso percebe-se que os enfermeiros procedem ao registo das ocorrências na consulta de *follow-up*, o que vai ao encontro da importância atribuída aos registos de enfermagem salientada na revisão da literatura.

E10: “sim faço o registo (...) e situações de encaminhamento, ficam registados, mas não se volta a ligar...”

E12: “faço o registo. Mas não faço nova avaliação (...)”

E13: “(...) Nós registamos, orientamos da melhor forma, mas depois acabou.”

Os registos constituem uma excelente e permanente fonte de informação, com diversas finalidades, quer para os profissionais de saúde, para a instituição e para a segurança do próprio utente.

Os registos de enfermagem são o reflexo do trabalho realizado pelo enfermeiro (Martins et al., 2008), permitem assegurar a continuidade dos cuidados, contribuem para o desenvolvimento da profissão e para dar visibilidade à Enfermagem (Leal, 2006; Martins et al., 2008).

Apesar de, no contexto em estudo, a consulta pós-operatória se concretizar apenas nas 24 horas após a alta do utente, dependendo das situações e dos profissionais, constatamos que alguns deles decidem repetir o contacto telefónico no próprio dia ou no dia seguinte à consulta de *follow-up*, a fim de averiguar a evolução da condição do utente.

E8: “Se for uma coisa preocupante, eu durante o dia poderei voltar a ligar, se for uma coisa que eu não ache grande valor, que eu encaminhei, que a pessoa percebeu ... penso que o meu trabalho está passado para outro profissional”

E17: “Faço essa avaliação um bocadinho por descargo da consciência. Para ficar tranquila, na segurança do doente (...) se vejo que não fiquei sossegada com a situação, e que poderá surgir dúvidas muitas vezes faço o contacto no dia seguinte. Normalmente combino com o chefe, e alerto-o. Habitualmente no dia a seguir eu peço a quem está nos contactos para lhe ligar para ver como está (...). Mas não fica registado. Eu acho que não fica, e era importante que ficasse. Mas não fica. Habitualmente não fica.”

Dos dados obtidos depreendemos a necessidade de uma reavaliação após a consulta de *follow-up* que, segundo os participantes do estudo, permitiria conhecer o percurso do utente após o evento cirúrgico.

Encaminhamento do utente na consulta de *follow-up*

Na consulta de *follow-up* realizada após 24 horas da alta clínica, por vezes surge a necessidade de encaminhar o utente para um serviço de saúde, em consonância com a

avaliação da sua condição clínica. Os enfermeiros identificam como opções para a referência do utente, o serviço de urgência ou o centro de saúde.

E3: “(...) se virmos que é uma coisa mais grave (..) mandamos vir logo diretamente à urgência (...)”

E7: “eu encaminho: se for um caso que pode ir ao centro de saúde (...)”

E8: “(...) encaminho sempre ou para o médico de família ou ... urgência para ser reavaliado”

E13: “(...) temos de orientar para o médico de família ou se for o caso, serviço de urgência”

A introdução de uma linha de apoio, como o *follow-up* às 24 horas, constitui uma resposta da instituição para tornar mais eficiente o uso de recursos disponíveis, na tentativa de uma melhor racionalização de serviços na área da saúde (Baleizão, 2019).

Os serviços de atendimento telefónico para questões de saúde, quando bem articulados com o SNS de referência, poderão representar uma mais valia para envolver o utente na procura de solução para os seus próprios problemas de saúde. Envolver o utente na tomada de decisão pode promover ganhos em saúde e o uso racional dos serviços de saúde, porém, é imperativo investir na (in)formação dos cidadãos de modo a atingir níveis aceitáveis de literacia (Simão, 2009).

Os participantes também referem a utilidade de orientações para facilitar o encaminhamento do utente, em função de determinados critérios. E sobressai ainda a possibilidade de concentrar uma melhor resposta às necessidades do utente no próprio serviço de CA, poupando assim a utilização do serviço de urgência. Esta última possibilidade está alinhada com a filosofia de centralização dos cuidados, inerente à cirurgia de ambulatório (AESOP, 2012) e garante ainda a continuidade de cuidados num ambiente já familiar para o utente.

E7: “(...) haver orientação tipo um protocolo, como encaminhar o utente”

E9: “O serviço é ambulatório, e se é ambulatório devia ter um apoio, e não devia o doente ir para a urgência, devia ser o ambulatório a orientar...”

E9: “(...) haver um protocolo tipo guia para situações críticas.”

E12:” Era bom haver uma orientação de como encaminhar o utente consoante a queixa”

De acordo com Lopez (2009) é imperativo delinear soluções para racionalizar e otimizar os recursos disponíveis, muitas vezes escassos, priorizando estratégias que efetivamente melhorem a acessibilidade de quem necessita dos cuidados.

Dificuldades na consulta de *follow-up*

Os enfermeiros expressam dificuldades na realização da consulta de *follow-up* associadas à particularidade desta consulta se realizar em regime não presencial, à inadequação do espaço físico dedicado à sua realização e à inexistência de orientações protocoladas.

Do contexto discursivo sobressai a dificuldade que os enfermeiros sentem ao terem de tomar decisões sem uma avaliação presencial.

E4: “dificuldade é nós avaliarmos a gravidade de uma situação sem a estar a ver (...) posição ingrata e às vezes nós pecamos por excesso do que por defeito, porque se calhar mandamos, valorizamos coisas que supostamente não teríamos de valorizar, só pelo que a pessoa nos está a dizer e às vezes o contrário também, desvalorizamos o que se calhar seria de valorizar. As dificuldades maiores são mesmo essas, a gente não ter, não poder estar a ver”

E8: “a distância (...) Não conseguir ver exatamente aquilo que o doente me está a dizer (...) Por isso que na dúvida encaminhar sempre para alguém que consiga ver, ou para enfermeira do centro de saúde ou urgência. Tento valorizar sempre pelo pior dos casos, na dúvida recorrer sempre a outra pessoa”

A avaliação do pós-operatório nas 24 horas seguintes à alta da unidade de CA, recorrendo à teleconsulta, permite manter uma vigilância do estado de saúde do utente que foi submetido a CA (AESOP, 2012).

Vários estudos demonstram as vantagens da teleconsulta, porque permite uma disponibilidade prática e acessível, sendo esta equiparada a uma consulta presencial, com a particularidade de que é evitada a deslocação do utente, o que concorre para a diminuição dos custos sem comprometer a segurança do utente (Miller, Barton & Hassn, 2012; Sousa, 2014).

Para que a estratégia de teleconsulta seja efetiva a OMS recomenda a formação contínua dos profissionais que exercem funções nesta modalidade de cuidados à distância (WHO, 2010).

Outro aspeto que emerge do discurso dos participantes é a inexistência de um local específico para a realização dos contactos telefónicos e um telefone dedicado só para essa consulta de *follow-up*.

E7: “(...) Não haver um local próprio”

E10: “O não ter um computador, local próprio para fazer os contactos é chato (...) o não ter um telefone apropriado é outra dificuldade”

Existem questões ético-legais que têm de ser atendidas para garantir a confidencialidade e segurança da informação transmitida/recebida, devendo estas ficarem disponíveis unicamente no processo clínico do utente. A qualidade dos cuidados deve ser assegurada tal como acontece na consulta presencial e serem garantidas as boas práticas, nomeadamente um registo adequado e completo (Sousa, 2014).

Alguns participantes sentem que deveria existir uma orientação para os apoiar na tomada de decisão durante o atendimento telefónico, no entanto, esta necessidade não é partilhada por todos os respondentes. Encontramos participantes que desvalorizam o seu papel na consulta de follow-up, chegando a verbalizar que esta tarefa não é específica dos enfermeiros.

E5: “(...) quando eu ligo para os doentes, muitas vezes não temos apoio (...) não há uma linha orientadora e acho que devia haver”

E14: “(...) se eu pedir a alguém que não seja enfermeiro, e pedir para ligar ao utente e fazer aquelas perguntas e registar o sim ou não, qualquer um consegue fazer e não precisa ser enfermeiro”

E15: “(...) qualquer um pode preencher este registo, ou mesmo fazendo o contacto (...) estamos aqui com uma trabalhadeira a fazer aquilo [contactos] e depois no fundo não serve para nada”

Há evidência que o *follow-up* contribui para garantir cuidados de enfermagem de qualidade em CA (Duarte & Martins, 2014). A consulta não presencial torna-se um instrumento elementar para assegurar a continuidade dos cuidados e os enfermeiros são os profissionais que melhor conseguem assegurar os cuidados fora do ambiente hospitalar (Leal, 2006).

3.4. Valoração da consulta de enfermagem (pré-operatória e de *follow-up*)

Dos discursos dos respondentes emergiu a categoria “valoração da consulta de enfermagem” e o esquema apresentado na figura 5 retrata as três subcategorias que nela se incluem.



FIGURA 5: Valoração da consulta de enfermagem (pré-operatória e de *follow-up*)

A revisão da literatura aponta para a importância da consulta de enfermagem, quer no âmbito do pré-operatório, quer em relação ao *follow-up*. É considerada uma das funções do enfermeiro perioperatório, com benefícios para o utente/família, e também para o desempenho dos profissionais em termos de planeamento dos cuidados e de continuidade dos cuidados. Neste contexto, a consulta de enfermagem é um dos parâmetros para a garantia da qualidade dos cuidados e um meio de dar visibilidade à Enfermagem.

Os participantes do estudo também valorizam a consulta na sua prática perioperatória, embora considerem que a gestão do serviço não atribui o mesmo valor a este procedimento da CA.

Perceção dos enfermeiros sobre a consulta (pré-operatória e de *follow-up*)

Com base nos discursos apurados revela-se que a maioria dos participantes considera que a consulta é importante, tanto a consulta pré-operatória em regime presencial, quanto a consulta de *follow-up* em regime não presencial.

E1: [consulta presencial] “Tudo aquilo que nós dizemos é importante”; “... é importante para nós e para o doente também” ... [consulta não presencial] “acho que é importante para os doentes, (...) há doentes que ficam sentidos se não lhes ligamos”

E12: [consulta não presencial] “(...) é importante para percebermos se o doente foi bem para casa e se está bem. Se deu seguimento aos cuidados, ensinamentos que efetuamos, ou se ficou com dúvidas (...)”

E14: [consulta presencial] “É extremamente importante sermos nós a preparar o utente para o dia e a alta da cirurgia”

E16: “Este posto de trabalho é muito importante. Se alguma coisa falha lá fora [consulta pré-operatória], tudo falha cá dentro [dia da cirurgia]”

E17: [consulta pré-operatória] “(...) importante tanto para nós como para o doente (...) é o nosso primeiro contacto com o doente (...) é o esclarecer de muitas dúvidas”

Também Jorgetto, Noronha e Araújo (2004) reconhecem o papel primordial da consulta de enfermagem pré-operatória. Os autores consideram que a informação disponibilizada pelos enfermeiros sobre os procedimentos a que o utente será submetido ajuda a diminuir os receios e a sua insegurança que ele possa sentir.

De acordo com Walker (2013) a informação transmitida no pré-operatório conduz a vantagens ao nível dos cuidados de saúde em termos de redução do tempo e dos custos, nomeadamente, porque permite uma recuperação mais célere no pós-operatório, reduz a ansiedade do utente e diminui a incidência de complicações pós-operatórias. Resultados idênticos são referidos por Melo (2006): redução da ansiedade e da dor expressas pelo utente, e recuperação cirúrgica mais rápida.

Em relação à consulta de *follow-up* por telefone, esta é considerada uma ferramenta importante utilizada pelos enfermeiros, os quais disponibilizam ajuda em tempo real e simultaneamente, este contacto telefónico permite a monitorização do desempenho da unidade de CA (Camarinha, 2020).

Os enfermeiros do nosso estudo salientam a exigência colocada nesta função e a pouca visibilidade que é dada às diversas tarefas que realizam no âmbito da consulta de enfermagem, nomeadamente porque o seu registo não reflete todo o trabalho que é realizado.

E4: “é uma consulta que... temos de nos empenhar (...) temos de fazer com que valha a pena esta consulta (...) a pessoa está a pagar [taxa moderadora de enfermagem] e nós temos de fazer que valha a pena esse pagamento”

E5: “nós, devemos-nos focar mais em relação ao próprio doente, às informações que nós damos (...) esta parte [ensinos] é fundamental e não é contabilizada”

E9: [consulta não presencial] “Isto é o que eu dizia, devia ficar registado, é o trabalho do enfermeiro faz muito trabalho (...) não perguntaram se atendeu chamadas, se esteve a orientar, se teve de procurar um médico para esclarecer a dúvida de uma medicação ou indicação clínica, tudo isso fica no ar”

E16: “(...) nós fazemos a consulta e o tempo que dedicamos não se reflete no registo (...) ”

O enfermeiro da consulta de enfermagem desempenha um papel fundamental na ligação do utente/família com toda a equipa multiprofissional, toda a informação obtida na consulta deve ser registada no processo clínico do utente, permitindo um planeamento de intervenções adaptado durante o percurso da cirurgia (AESOP, 2006).

A consulta permite-nos estabelecer um contacto com o utente, sendo um momento oportuno para explicar todo o percurso na unidade de CA e deste modo estabelecer uma relação de ajuda no sentido de promover maior confiança e segurança no utente (AESOP, 2006). Transmitir informação ao utente é um dever do enfermeiro de cuidados gerais, respeitando os direitos dos utentes, com recurso a uma linguagem clara e objetiva (REPE, 2015).

É percecionado no discurso dos participantes um certo desconforto relativamente à baixa uniformização do processo das consultas efetuadas pelos enfermeiros, bem como, da pouca articulação entre a consulta de enfermagem e a consulta de anestesia.

E8: “Eu acho que dentro da consulta cada um faz como quer”

E9: “(...) acabamos por fazer [a consulta] por rotina e não por nos debruçarmos verdadeiramente se aquilo é importante para o doente ou não”

E15: [consulta não presencial] “Parece que muitas vezes trabalhamos, porque temos de trabalhar sem termos um feedback (...) o doente depois de passar na consulta de enfermagem, após toda a informação que damos para o preparar para o dia da cirurgia, sai da nossa consulta e vai para a consulta de anestesia e o anestesista chumba o doente, eu acho que é má imagem para o serviço”

A relevância das consultas de enfermagem é assumida pelos participantes do nosso estudo, deixando transparecer eventuais tópicos de mudança, nomeadamente nos aspetos

relacionados com os registos, uniformização dos procedimentos e articulação entre a consulta médica e de enfermagem.

Perceção dos enfermeiros acerca da valoração atribuída pela gestão à consulta de enfermagem

Apuraram-se da análise dos discursos duas perceções diferentes relativamente à valoração da consulta de enfermagem pelo enfermeiro gestor do serviço. Na voz da maioria dos participantes a consulta não é valorizada pela gestão do serviço, particularmente a consulta de follow-up. No entanto, o discurso de outros participantes é mais ameno relativamente a este tópico.

E4: [consulta não presencial] “Poderia valorizar mais (...) no futuro será um posto de trabalho a valorizar porque gera indicadores”

E9: [consulta não presencial] “Não é valorizado o posto de trabalho, superiormente não dão valor ao papel do enfermeiro, nós fazemos os contactos porque é norma, mas não porque é importante saber como o doente está, isto é a verdade”

E10: [consulta não presencial] “Não valoriza muito, porque quando temos problemas, ou falta alguém, este posto de trabalho não é valorizado (...) Não é um posto de trabalho prioritário. E por isso acho que a nível de valorização... se calhar também não é de grande importância, mas devia ser”

E14: “(...) nenhuma [valorização}. Porque sempre foi assim. Nós enfermeiros nunca nos dão valor, àquilo que fazemos. Destes anos todos é aquilo que eu sinto”

E15: “(...) valorizar? (...) acho que às vezes, fazemos porque somos obrigados a fazer e não há aquela preocupação aqui que seria a informação ao doente, a preparação do doente”

E17: “(...) eu nunca percebi (...) porque é que esta consulta é tão pouco valorizada (...) tenho a noção de que se calhar nunca conseguiram transmitir ou fazer mostrar superiormente, se bem que também acho que devia ser necessário, a importância desta consulta! (...)”

A consulta de enfermagem é segundo Patrão (2005) é uma atividade autónoma, neste âmbito, emerge como um espaço distinto para o enfermeiro fortalecer cuidados orientados ao utente e às suas pessoas significativas.

É necessário criar momentos que permitam ao utente partilhar as suas dúvidas e anseios procurando perceber como o utente está a vivenciar a sua condição de doença, para assim ajudar o utente/família a superarem esta fase (Malhadas, 2005).

Encontramos discursos que contrariam a perceção da maioria dos participantes, assumindo uma postura mais ponderada quanto à valorização da consulta não presencial pelos responsáveis da gestão do serviço.

E6: [consulta não presencial] “(...) eu acho que deve dar alguma importância, (...) Ele [enf.º chefe] criou este posto já pelo aumento da quantidade de doentes (...) para lhe dar [posto de trabalho] alguma importância”

E12: [consulta não presencial] “Acho que valorizam (...) não é por eliminar o posto de trabalho quando falta alguém que não valorize, eu acho que é o posto que dá menos moça à orgânica do serviço (...) mas acho que valoriza (...)”

E14: “(...) porque ele próprio [enf.º chefe] não está sensibilizado para tal”

E16: [consulta não presencial] “Acho que ele [enf.º chefe] valoriza (...) Este posto de trabalho é aquele posto de trabalho que se tiver gente fica, se não tiver, alguém fica com mais esse posto de trabalho (...) tem a ver com gestão, não é não valorizar. Porque efetivamente se estivermos todos este é sempre assegurado por alguém, mas se faltar alguém este é o primeiro a ser eliminado (...) é o único [posto trabalho] que pode ser feito posteriormente sem prejudicar a dinâmica do serviço.

Os enfermeiros verbalizam sentir pouco reconhecimento por parte dos órgãos de gestão relativamente à atividade diversificada que desenvolvem e uma sobrecarga de trabalho, nomeadamente, quando se verifica uma redução do número de elementos no turno resultante da falta imprevista de um enfermeiro. Estes aspetos podem interferir com a satisfação e motivação profissional dos enfermeiros.

E1: [consulta não presencial] “...é um dos primeiros postos de trabalho a ser “saltado” quando falta alguém”

E2: [consulta não presencial] “Há preocupação em que se faça de facto a consulta (...) quando falta alguém o enfermeiro dos contactos deixa de existir e os contactos são distribuído ou feitos mais tarde (...) Como esta é não presencial, faz-se depois”

E8: “(...) desde que as coisas se façam é o objetivo de gestão (...) não interessa acabar às 18h às 19h ou às 20 h o que interessa é que esteja feito (...) é um posto importante agora a nível de qualidade”

E9: “(...) se estamos a fazer admissões e consultas ao mesmo tempo então o que interessa é fazer, apanhar o essencial e despacham (...) demore o tempo que demorar. Importa é no fim ter dados, números”

E16: [consulta não presencial] “Porque se os contactos forem feitos amanhã tudo resto funciona. Se [enf.º gestor] tirar alguém da sala, a sala fecha. E se nós podermos tirar alguém daqui e cobrir outro posto, e este fica sem ninguém, alguém faz este trabalho (...) isto tem a ver com gestão, não é não valorizar”

Segundo diz Donabedian (2003, p.103), “a qualidade dos cuidados é fortemente influenciada por qualquer atividade que faça com que o trabalho de um seja visível para os outros”.

As carreiras profissionais devem ser consideradas recursos contributivos para a essência da competitividade e desempenho hospitalar (Faria, 2014), sendo os recursos humanos um pilar para a eficiência e o sucesso da entidade prestadora de cuidados (Sachs, 2005; Yang & Lin, 2009).

Faz parte da gestão em CA a criação e gestão de equipas, a implementação de métodos de avaliação e a monitorização das práticas, e é também função do enfermeiro gestor garantir a “existência de dotações seguras”, assegurar “a coesão, o espírito de equipa e um bom

ambiente de trabalho” e ainda, promover “o empenho e a motivação do serviço/unidade e equipa” (Regulamento da OE n.º 101/2015).

De acordo com as orientações das entidades competentes, o tempo calculado para a consulta pré-operatória é de 30 minutos, no entanto, o rácio de enfermeiros independentemente do posto de trabalho deve ser adaptado em função do nível exigente dos cuidados, substituição ou particularidades específicas dos utentes.

A OE defende que todas as instituições de saúde devem garantir a dotação adequada de enfermeiros, com o objetivo de manter a segurança dos utentes e também respeitar a dignidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2019).

Para garantir o bom desempenho da CA é importante que os profissionais se sintam motivados e que se envolvam no desempenho das suas funções. A satisfação que encontram permite o emergir de um sentimento de concretização e de pertença à organização, facilitando um melhor desempenho do todo.

Articulação da consulta de enfermagem e de anestesia

Após análise dos discursos dos respondentes emergiu a subcategoria “articulação da consulta de enfermagem e de anestesia”.

Quando questionados acerca da melhor forma de organizar e articular as consultas de enfermagem e de anestesia, os participantes reconhecem a interligação entre a consulta pré-operatória realizada pelo médico anestesista e a consulta pré-operatória realizada pelos enfermeiros. Preferencialmente, segundo os participantes, a consulta de enfermagem deveria acontecer após a consulta de anestesia.

E6: “eu não concordo fazer a consulta antes do médico (...) primeiro pelo anestesista e a seguir a nossa”.

E8: “Elas estão interligadas, acho que faz sentido ser uma seguida à outra (...) no mesmo tempo/dia faz sentido”

E9: “(...) deveriam andar sempre juntas (...) ir primeiro à parte médica e depois ao enfermeiro (...)”

E13: “anestesista é anestesista, enfermeiro é enfermeiro, mas trabalhamos os dois em parceria (...) gosto de fazer a minha consulta depois do anestesista (...) [consulta enfermagem antes do anestesista] toda a informação e ensino efetuado é em vão”

E15: “(...) uma consulta por muito pouco que seja tem de ter uma interligação com outra”

E17: “Acho que não e acho que sim, acho que deviam de ser interdependentes (...) porque há coisas que são nossas, no nosso âmbito, mas há coisas que nós precisamos do apoio deles [anestesistas], nomeadamente, em relação à medicação”

Todo o utente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica deve ser avaliado previamente numa consulta, planeada com rigor e com uma sequência lógica, contribuindo para a satisfação dos utentes (Rothrock & McEwen, 2008).

A consulta pré-operatória, permite estabelecer uma relação inicial com o utente e captar as suas perceções e expectativas, planear os cuidados de forma personalizada e adaptados ao tipo de cirurgia. A consulta de enfermagem é considerada por Leal (2006) enquanto espaço para garantir o conforto, a segurança e o envolvimento do utente-família em todo o processo cirúrgico.

A consulta pré-operatória de enfermagem não deveria ser independente da consulta médica, pois sabemos que o trabalho do enfermeiro não é totalmente independente do médico e vice-versa (Baleizão, 2019). A finalidade desta consulta consiste também na avaliação do risco, e esta avaliação é sempre efetuada pelo enfermeiro e pelo anestesista, tendo em conta a avaliação dos critérios sociais e clínicos, respetivamente (Baleizão, 2019).

No discurso dos participantes também se evidencia a sugestão de realização da consulta pré-operatória centralizada apenas num dia, incluindo nesse dia a consulta do médico de especialidade cirúrgica (habitualmente realizada anteriormente), a consulta de anestesia e a consulta de enfermagem. O que vai ao encontro da sugestão de Possari (2009) o qual considera que a consulta pré-operatória de enfermagem e de anestesia podem ocorrer no mesmo dia, atendendo que é fundamental que a distância (tempo) desta consulta até ao dia da cirurgia seja considerada segura para o utente.

E11: “(...) devia ser tudo uma cadeia (...) de preferência tudo no mesmo dia (...) haver uma sequência (...) especialidade da cirurgia, consulta do anestesista e consulta do enfermeiro (...) tudo no mesmo dia (...) no mesmo tempo”

3.5. Perspetivas de mudança

Do discurso dos respondentes emergiu a categoria “perspetivas de mudança”. Na figura 6 é apresentado um esquema que identifica as subcategorias.



FIGURA 6 - Perspetivas de mudança

A evidência tem demonstrado que a consulta pré-operatória de enfermagem é indispensável à preparação física e emocional do utente. O enfermeiro tem autonomia e competência técnico-científico que lhe permite diagnosticar, planear e intervir, respeitando a individualidade de cada utente (Baggio, Teixeira, & Portella, 2001).

Uniformização de procedimentos

Da análise dos discursos emergiu a subcategoria “uniformização dos procedimentos”, na qual sobressai a diversidade de atuação da equipa durante a consulta, bem visível nas unidades de registo apresentadas.

E12: [normas DGS] “cada um faz como quer (...) Já presenciei várias situações de colegas a fazer os ensinamentos e cada um faz à sua maneira, com ou sem as regras que existem”

E15: “(...) cada um diz o que lhe vem à cabeça (...) conforme há uniformização para oftalmologia porque não há para outras coisas? (...) era importante (...) devíamos ter um protocolo relativamente aos ensinamentos que fazemos aos utentes (...) nós devíamos falar todos a mesma linguagem, sim era importante (...)”

E17: “não há consenso na equipa (...) não há consenso por interesse próprio”

E7: [consulta não presencial] “Cada um de nós faz consoante a nossa experiência ou opinião própria. Uma situação ou complicação de um utente se for eu a fazer os contactos eu encaminho de uma maneira e se for outro colega pode encaminhar ou orientar de outra forma”

E10: [consulta não presencial] “Mais uma vez cada um faz consoante os seus conhecimentos e experiência”

De acordo com a pesquisa realizada por Christóforo e Carvalho (2009) alguns cuidados de enfermagem são realizados com base no conhecimento empírico, há cuidados prestados com maior regularidade em detrimento de outros, o que induz diferenças na preparação pré-operatória dos utentes.

Os participantes do estudo identificam a necessidade de uma maior uniformização dos procedimentos durante a consulta, nomeadamente no que se refere aos registos e à informação a disponibilizar ao utente.

E7: “(...) era importante todos funcionarmos da mesma lógica, manter os mesmos princípios para não haver depois situações diferentes e muitas vezes acabam por ser contraditórias”

E12: “podíamos chegar a uma uniformização e claro, cumprir o que for estabelecido (...) era importante para falarmos todos mais ou menos da mesma forma e não haver discrepâncias tão grandes a nível da instrução ao utente que vai ser operado (...) chegar a um consenso e ver o que é importante focar e o que não é importante”

E17: “Se há uma norma, mesmo a nível do serviço, eu acho que devíamos cumprir”

E5: [consulta não presencial] “não há uma linha orientadora e acho que devia haver”

E12: [consulta não presencial] “Devia também haver uma uniformização a nível do registo e atuação. Há colegas que se calhar apresenta uma queixa e diz logo vai à urgência e outros de nós vamos tentar perceber melhor a queixa (...)”

A existência de um guia de orientação na consulta de enfermagem, permite ao enfermeiro ter um documento de apoio à sua tomada de decisão e intervenção, este documento será também útil no processo de integração de novos profissionais e ainda facilita a tarefa de registar com mais rigor (Faria & Santos, 2009).

Reestruturação da consulta (pré-operatória e de *follow-up*)

Dos discursos analisados emerge a subcategoria “reestruturação da consulta” (presencial e de *follow-up*).

De acordo com o discurso dos participantes dois dos tópicos que carecem de melhoria são os registos e o questionário aplicado na consulta de *follow-up*. Os respondentes equacionam ainda quais os elementos que devem assumir a consulta de *follow-up*, evidenciando-se duas posições distintas.

E1 - “Teria de haver uma reestruturação dos registos (...)”

E5: [consulta não presencial] “Acho que o registo da consulta devia ser estudado e mudado (...) reformular”

E7: [consulta não presencial] “Adaptar, reorganizar o inquérito das 24horas conforme tipo de cirurgias e tipos de anestesia (...) devia haver um registo próprio”

E10: [consulta não presencial] “Adaptar o questionário (...) a folha dos registos que não está adequada às cirurgias que se faz aqui”

E13: [consulta não presencial] “(...) de um modo geral, tem de haver uma adaptação do inquérito quanto à especialidade e quanto à anestesia que foi submetido”

Uma consulta pré-operatória é a “porta de entrada” para um BO, assim, o enfermeiro deve orientar-se por parâmetros rigorosos na avaliação do utente e dos potenciais riscos. Segundo Oliveira e Mendonça (2014) uma anamnese incompleta é um dos motivos para posteriores cancelamentos cirúrgicos evitáveis, sendo esta situação indutora de prejuízos, partilhados pelo utente e pela instituição de saúde.

A consulta pós-operatória não presencial, através de contacto telefónico, constitui uma alternativa segura (equiparada à visita presencial), sendo útil a existência de um documento orientador que facilite a estruturação da intervenção (McVay et al., 2008).

Segundo Collière (1999), os enfermeiros sabem, fazem, e dizem mais do que escrevem.

Toda a informação obtida na consulta, deve ser registada no processo clínico do utente, sendo este um meio de comunicação e interligação entre os profissionais de saúde, de modo a prevenir intercorrências no intra e pós-operatório.

Os enfermeiros do nosso estudo manifestam ainda a necessidade de atualizar o tempo atribuído para a realização da consulta, considerando que este deve ser aumentado. Por outro lado, consideram que, se o enfermeiro é destacado para a consulta, não deveria acumular outro tipo de tarefas.

E1: “(...) aumentar o tempo de consulta para estar com o doente”

E5: “Não estar enfermeiro para dois postos de trabalho: admissão e consulta”

E6: “(...) se quisermos uma consulta mais elaborada com qualidade, nunca poderá ser uma quantidade enorme de consultas para uma tarde (...) Se tu estás para a consulta não tens de fazer triagem/admissão nenhuma, tem de haver um enfermeiro que faça as triagens todas e tem de haver infraestruturas físicas e um enfermeiro só para a consulta e nunca para esta quantidade de doentes”.

A OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem, relativos ao exercício profissional assim como para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, é um dever das instituições de saúde adaptar os recursos e garantir as estruturas que viabilizem o exercício profissional de qualidade.

Outro tópico que carece de reestruturação, na perspetiva dos enfermeiros é o espaço destinado à realização das consultas.

E5: “Termos outro gabinete”

E15: “Aumentar o espaço físico”

E9: “Eu sou da opinião que deveria haver separação do papel do enfermeiro [admissão/consulta] e até deveria haver separação de espaços. O doente devia ter uma consulta não no mesmo local onde estão a ser admitidos os doentes para a cirurgia.”

E17: “(...) idealmente a consulta devia ser feita noutra sítio com alguma proximidade aqui do bloco, no caso de termos alguma dúvida podermos recorrer aqui”

E16: [consulta não presencial] “(...) devíamos ter um gabinete só para nós, nem há privacidade (...)”

E17: [consulta não presencial] “(...) muitas vezes estamos a fazer as consultas num gabinete partilhado por uma administrativa em que muitas vezes estão as duas a falar ao mesmo tempo (...) haver outro gabinete (...)”

Um dos fatores que interfere nas ações dos enfermeiros é o espaço físico, exemplificado por portas abertas, salas compartilhadas, organização dos recursos materiais, interrupção de diálogo, atendimentos em simultâneo, entre outros, os quais comprometem a comunicação (Figueiredo & Mello, 2003).

Quando questionados sobre se a consulta de *follow-up* deveria ser apenas realizada por um número restrito de enfermeiros, existem duas posições assumidas pelos respondentes.

Por um lado, os participantes consideram que é importante que todos os enfermeiros realizem o telefonema de *follow-up*, pois esta é uma das valências da unidade de CA.

E6: “(...) Acho que toda a gente devia passar pela consulta (...) e não só para alguns”;

E13:” Não, não acho. (...) acho que devemos ser todos nós a efetuar esta consulta e não estarmos só 2 ou 3 a fazer a consulta (...)”

E17:” Não. Porquê restrita? Sendo uma equipa que passamos todos pela consulta, passamos todos pelas salas (...) no recobro, a consulta devia ser alargada a todos (...) todos nós fazemos ensinios! (...)

Também de acordo com Duarte e Martins (2014, p.129) a consulta não presencial “contribui de forma inequívoca para o cuidar em enfermagem de qualidade, sendo uma das premissas da enfermagem em CA”.

Por outro lado, encontramos um posicionamento contrário. Na voz de outros participantes a realização da consulta de *follow-up* por um número restrito de enfermeiros poderá trazer benefícios.

E7:” se calhar se fizerem só alguns [a consulta], estes colegas (...) vão fazer sempre da mesma maneira e se calhar vão ficar mais despertos para algumas coisas (...) se for sempre um grupo restrito, acho que era diferente”

E14: “(...) há pessoas que têm mais perfil para estar ao telefone, para saber como fazer as perguntas. Há pessoas mais sensíveis para este tipo de consultas”

E11:” talvez (...) agora há perfis dos enfermeiros, desse tipo de consulta. Tanto para a consulta pré-operatória como para a consulta pós-operatória. Tem de haver algum perfil que as pessoas desenvolvam.

Os enfermeiros consideram a existência de características pessoais que podem facilitar a utilização de teleconsulta, parecendo apontar para certas limitações que este recurso apresenta. Também Martins e Lopes (2010) identificam limitações na teleconsulta, nomeadamente se a informação é excessiva ou carece de detalhe, ou ainda se o discurso do enfermeiro é acelerado, o que pode comprometer a eficácia de transmissão da mensagem.

Neste âmbito há a considerar que a consulta não presencial através do telefone, determina uma relação previamente iniciada entre enfermeiro-utente/família na consulta pré-operatória e mantém-se enquanto seguimento pós-alta, garantindo a continuidade dos cuidados (OE, 2009), pelo que, pode equacionar-se a utilidade da consulta ser assumida por

um dos enfermeiros que esteve presente no dia da cirurgia, para existir uma maior familiaridade com o utente.

Formação

Com base nos discursos apurados emerge a subcategoria “formação”. No contexto discursivo é unânime o interesse dos participantes pela formação.

E3: “(...) era muito bom que houvesse formação”

E9: “O intercâmbio ajudava as pessoas a mudarem mentalidades, a evoluir. Era ótimo (...)”

E2: [consulta não presencial] “Formação é sempre importante para tudo. Qualquer coisa que a gente faça é sempre bom que haja formação”

E4: [consulta não presencial] “A formação é importante para nos formar sobre a forma como é feita a pergunta (...) no sentido de minimizar a influência da resposta do utente (...)”

E9: [consulta não presencial] “(...) uma maior formação (...) para trabalhar termos, linguagem, orientações, como orientar (...) era importante nós profissionais sabermos informar e ouvir o doente”

E10: [consulta não presencial] “Era importante (...) devia haver formação periódica sobre como fazer este tipo de contactos (...)”

A formação em serviço é um momento que permite repensar as práticas e, portanto, uma oportunidade decisiva para identificar a necessidade de mudança. Permite uma atualização de conhecimentos e práticas, convidando os enfermeiros à inovação, criatividade e responsabilidade individual (Dias, 2009).

A formação profissional inicial, por si só não confere ao enfermeiro as competências que vão sendo solicitadas ao longo da sua carreira profissional, particularmente em contexto de bloco operatório, onde se destaca a complexidade e a necessidade de atualização técnica científica permanente (Baleizão, 2019).

A formação contínua permite ao profissional atualizar o seu nível de conhecimentos e dar resposta a necessidades específicas do seu contexto laboral. Sousa (2003) considera que a formação contínua é um fator primordial que as instituições/serviços devem atender para alcançar uma melhoria da qualidade dos serviços prestados, mudança e inovação.

A oportunidade de aprofundar conhecimentos científicos e habilidades técnicas, por via da formação, acrescenta competências e valor ao desempenho dos enfermeiros, o que se traduzirá, indiretamente, em ganhos em saúde (Fabião, Magano, Jesus, & Miranda, 2005).

Em contexto de CA é essencial investir no conhecimento, para que os profissionais acompanhem a evolução das técnicas em saúde (Baleizão, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa análise geral sobre o estudo desenvolvido, podemos apontar a consulta de enfermagem como um processo complexo que é condicionado por uma multiplicidade de fatores e tem na prestação de cuidados de enfermagem a estrutura basilar. Conscientes de que cada passo investigativo será sempre um trajeto inacabado, ainda assim, os resultados obtidos permitem uma reflexão sobre a intervenção profissional dos enfermeiros e identificar eventuais necessidades de mudança para fomentar a melhoria da prática clínica de enfermagem.

No âmbito da cirurgia de ambulatório torna-se essencial sublinhar o papel do enfermeiro na consulta pré-operatória e na consulta de *follow-up*. A este profissional são solicitadas competências de uma especificidade e também de uma amplitude que permitem prestar cuidados de excelência, sustentados numa prática fundamentada na evidência. Nesta dinâmica entre exercício profissional e investigação, podemos encontrar contributos que favoreçam a melhoria da qualidade dos cuidados e otimização dos resultados em saúde.

Este estudo revela as perceções dos enfermeiros sobre a dinâmica da consulta de enfermagem pré-operatória, realizada em regime presencial, e a consulta pós-operatória ou de *follow-up*, realizada em regime não presencial.

A informação disponibilizada ao utente em todo o percurso cirúrgico, carece de uma orientação relativa às competências dos agentes de comunicação possibilitando assim uma informação interdependente, complementar e não redundante. Um acompanhamento de excelência na consulta, requer meios auxiliares de informação (por exemplo, panfleto informativo ou vídeo) apropriados e de qualidade, sendo estes uma estratégia de ensino na consulta de enfermagem presencial, permitindo uma melhor gestão do tempo dos profissionais.

Há informações obrigatórias a transmitir aos utentes na consulta de enfermagem, as quais devem ser registadas de forma rigorosa no processo clínico do utente, pois além de constituir um meio de comunicação entre a equipa multidisciplinar, permite a proteção do utente em relação a potenciais riscos, proporcionando um ambiente cirúrgico mais seguro.

Denota-se que há um certo desconhecimento das normas ou desatualização das mesmas, comparativamente às orientações recomendadas nas *guidelines* divulgadas pelas entidades reguladoras da saúde. Há necessidade de uma orientação quanto às recomendações para a prevenção da infeção do local cirúrgico, tornando-se evidente a necessidade de (in)formação de modo a uniformizar os procedimentos entre os profissionais que realizam a consulta.

No nosso estudo os participantes atribuem importância aos registos, contudo revelou-se a necessidade de os melhorar, devendo estes serem mais rigorosos e completos, pois os registos efetuados nem sempre espelham as intervenções realizadas pelos enfermeiros, o que permitirá que os registos sejam mais fidedignos e possam dar mais visibilidade ao trabalho real desenvolvido pelos enfermeiros na consulta.

Investir na melhoria e na qualidade dos cuidados só é viável se os profissionais, que exercem funções no serviço, obtiverem retorno quanto à avaliação resultante da apreciação dos utentes, o qual é um indicador de desempenho da equipa de cirurgia de ambulatório.

Os enfermeiros têm conhecimento da existência do inquérito de satisfação do utente em relação aos cuidados recebidos, contudo, verificou-se um desconhecimento quanto ao conteúdo e objetivo da aplicação deste inquérito. Assim, podemos deduzir a necessidade de a instituição/serviço divulgar qual o objetivo da aplicação deste instrumento e os dados obtidos, e pugnar pela aplicação do referido instrumento à população alvo.

Pela análise dos discursos sobressaem dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, como exemplo, a gestão do tempo, o planeamento de cuidados, aspetos relacionados com a organização do próprio serviço e com as orientações relativas aos procedimentos.

A gestão do tempo interfere na qualidade dos cuidados, evidenciando-se o stress, a dotação de pessoal, a utilização do sistema informático e a sua parametrização. A falta de tempo é sentida como causadora de stress e pressão. Aparenta estar na sua base o tempo desajustado em relação ao número de consultas agendadas.

Outra dificuldade evidente, revelou-se com a falta de preparação (formação) no domínio dos registos em suporte eletrónico, o que condiciona um aumento do tempo despendido para a consulta sendo este gerador de stress. Sobressai aqui a dificuldade em atender os utentes na consulta respeitando o tempo útil estipulado. Relevamos ainda que o número de consultas agendadas constitui outra dificuldade pois compromete a transmissão de toda a informação essencial e a compreensão/integração da informação pelo utente.

A autonomia é um tópico central no desempenho diário dos enfermeiros. No nosso estudo evidenciou-se que há dúvidas sobre o grau de autonomia que podem assumir nomeadamente em relação aos critérios de admissibilidade para a CA, assim como em relação às informações relativas à medicação do utente. Estas dificuldades podem, eventualmente, traduzir a necessidade de protocolos de atuação que possibilitam orientar as decisões dos enfermeiros, nas situações em que é exigida complementaridade da equipa multidisciplinar.

Os ensinamentos realizados na consulta pré-operatória permitem ao utente um percurso cirúrgico mais pacífico, havendo enfermeiros que imprimem rigor na informação disponibilizada ao utente, contudo, há referência a práticas menos exigentes na condução da consulta, ou porque os profissionais não cumprem as orientações ou então pela inexistência de protocolos de apoio, não se verificando, deste modo, uma uniformização das práticas. Isto faz com que haja descontentamento por parte de alguns enfermeiros face à constatação de um ensino

menos completo na consulta pré-operatória, refletindo-se depois no período pré-cirúrgico imediato, assim como no pós-cirúrgico.

Verifica-se a necessidade de mudanças relativamente ao conteúdo e ao processo de desenvolvimento das consultas, mais concretamente no que diz respeito à uniformização de procedimentos, uma vez que têm impacto visível no processo cirúrgico do utente.

A articulação com o serviço social, é percebida por alguns enfermeiros como uma dificuldade, havendo incertezas quanto ao procedimento no encaminhamento do utente para o apoio social.

No nosso estudo salientou-se que habitualmente o contacto com o utente termina na consulta de *follow-up* (após 24 horas da cirurgia), independentemente de o utente nesse momento ser encaminhado ou não para outros serviços de saúde. Na perspetiva dos enfermeiros, faria sentido a realização de uma nova avaliação após o telefonema de *follow-up*. A necessidade de um contacto adicional, está em sintonia com o paradigma da continuidade de cuidados.

Constatamos que alguns enfermeiros decidem repetir o contacto telefónico no próprio dia ou no dia seguinte à consulta de *follow-up*, com a finalidade de averiguar a evolução da condição do utente.

Também se verificou que os enfermeiros apontam formas de concretizar uma melhor avaliação da recuperação do utente, e assim permitir obter mais informações sobre o percurso do utente e a existência de complicações, aspetos importantes para avaliar os cuidados cirúrgicos ambulatoriais, mais concretamente, através de um contacto adicional aos 30 dias após cirurgia.

Aquando a avaliação do utente na consulta não presencial às 24 horas, por vezes surge a necessidade de encaminhar o utente para um serviço de saúde. Detetamos no estudo que seriam úteis orientações para facilitar o encaminhamento do utente, em função de determinados critérios. Sobressaiu também a possibilidade de concentrar uma melhor resposta às necessidades do utente no próprio serviço de cirurgia ambulatoria, evitando o encaminhamento para o serviço de urgência, que vai ao encontro da centralização dos cuidados defendida pela AESOP (2012).

Deparamos como limitações percebidas pelos enfermeiros, a inexistência de um local privado para a realização da consulta de *follow-up* e de um telefone específico para esta consulta. Também apuramos que há enfermeiros que sentem a necessidade de uma orientação protocolizada para apoiar na tomada de decisão durante o atendimento telefónico. Contudo, verificou-se que há enfermeiros que desvalorizam o seu papel na consulta de *follow-up*, afirmando que não é tarefa específica dos enfermeiros assumirem este tipo de orientação.

Apuramos que os enfermeiros dão grande importância às consultas (presencial e não presencial) e evidenciam a exigência colocada no papel que desempenham e a pouca

visibilidade que é atribuída às várias tarefas que realizam nesta consulta de enfermagem, até porque o registo que é efetuado não espelha todo o trabalho realizado. Também se verificou a necessidade de uma maior articulação entre a consulta de enfermagem e a consulta de anestesia, sendo que os enfermeiros dão preferência à realização da consulta de enfermagem após decorrer a consulta de anestesia.

A consulta de enfermagem é um dos parâmetros para a garantia da qualidade dos cuidados e um meio de dar visibilidade à Enfermagem. Verificamos no estudo, que a consulta de enfermagem é valorizada pelos enfermeiros, no entanto admitem que a gestão do serviço nem sempre lhe atribui a mesma valoração.

Constatou-se no nosso estudo, duas perceções diferentes quanto à valorização da consulta de enfermagem atribuída pelo enfermeiro gestor do serviço. Na voz de muitos dos participantes, a consulta não é valorizada pela gestão do serviço. Contudo, outros enfermeiros fazem uma avaliação mais ponderada do gestor do serviço.

Apuramos, que os enfermeiros sentem pouco investimento na consulta de *follow-up*, por parte dos órgãos de gestão, dado verificarem a redução dos elementos da equipa (quando há falta imprevista de enfermeiros), o que interfere com a sua satisfação e motivação profissional.

Também se evidencia a sugestão da realização da consulta pré-operatória centralizada apenas num único dia, tendo início na consulta do médico especialista (que habitualmente é realizada em dias anteriores), seguida da consulta de anestesia e por fim a consulta de enfermagem.

A necessidade de uma maior uniformização dos procedimentos durante a consulta foi evidenciada neste estudo, nomeadamente no que se relaciona com os registos e a informação a disponibilizar ao utente. Também foi manifestado pelos enfermeiros a necessidade de adequar o tempo atribuído para a realização da consulta, devendo ser aumentado, e o mesmo enfermeiro não deveria acumular outro tipo de tarefas quando está destacado para a consulta.

No contexto de CA, foi considerado fundamental um maior investimento no conhecimento e competências dos enfermeiros com recurso à formação.

Mesmo com as limitações inerentes a todo o trabalho investigativo, este estudo, ao evidenciar a importância da intervenção do enfermeiro no processo cirúrgico e de recuperação do utente, pode contribuir como fio motivacional para um maior investimento da equipa e da gestão do serviço, potenciando a melhoria contínua do desempenho da equipa de enfermagem, elevando assim, a qualidade dos cuidados.

Acreditamos que os resultados obtidos podem constituir um contributo para ajudar os enfermeiros a refletirem sobre as suas práticas e encontrarem subsídios para implementar mudanças. Nomeadamente, alertar os profissionais para a necessidade de se envolverem mais na dinâmica institucional e assumirem uma atitude mais proactiva.

Os resultados podem ainda ser de grande utilidade para os gestores reequacionarem o modelo organizacional vigente e adequarem melhor os recursos humanos, materiais e de formação, ao serviço da melhoria contínua e da qualidade em cirurgia de ambulatório.

No desenvolvimento deste estudo também foram sentidas algumas limitações, por exemplo, quanto à concretização dos objetivos propostos no projeto inicial que eram mais latos e incluíam a análise da percepção dos utentes intervencionados na unidade em estudo, mas por sugestão da própria instituição o projeto foi reformulado. A limitação temporal para a execução desta investigação foi particularmente sentida na difícil articulação entre a exigência do processo académico e a vida profissional e familiar da investigadora.

Este trabalho não é um produto acabado, poderá ter continuidade em termos da sua aplicabilidade como fundamento para a mudança das práticas, por parte da equipa de enfermagem, com o apoio e a orientação da gestão do serviço e da instituição. Poderá ter continuidade em termos de investigação, com trabalhos que completem o estudo da percepção dos enfermeiros, com o estudo das vivências dos utentes que são acompanhados na unidade de cirurgia de ambulatório, e dessa forma melhor focalizar as intervenções dos enfermeiros para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2011). *Os cidadãos no centro do sistema, os profissionais no centro da mudança*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Kutney-Lee, A.. (2012). *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in europe and the united states*. *thebmj*.344: e1717 doi <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2018). *Supervisão da prática pedagógica - Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Alves, A. I. (2011). *Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente em equipa multidisciplinar* (Tese de mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/9585>.
- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, G., ... & G Filipe, D. (2003). *Os Instrumentos Básicos na construção da Disciplina de Enfermagem: Expressões e Significados*. Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém. URI <http://hdl.handle.net/10400.15/88>
- Ammenwerth, E., Eichstädter, R., Haux, R., Pohl, U., Rebel, S., & Ziegler, S. (2001). A Randomized Evaluation of a Computer-Based Nursing Documentation System. *Methods of Information in Medicine*. 40 (2), 61-68. doi 10.1055/s-0038-1634465
- Araujo, C. R., & Rosas, A. M. (2008). A consulta de enfermagem para clientes e seus cuidadores no setor de radioterapia de hospital universitário. *Published*, pp. 364-369.
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. 1ª edição, Lusodidacta. Loures.
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. 2ª edição, Lusodidacta. Loures.
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (2014). *Recomendações para anestesia regional em cirurgia ambulatória - Guidelines*. retirado de: <http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoesAnestesiaRegional.pdf>
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2005). *Standards, Recommended Practices, Guidelines*. 1ª edição. USA: Ramona Conner.
- Baggio, M. A., Teixeira, A., & Portella, M. R. (2001). Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo diferença. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 22 (1) pp. 122-139.
- Baleizão, I. (12 de Julho de 2019). Consulta pré-operatória em cirurgia ambulatório. (Cardante, D., Entrevistador)
- Baleizão, I. (13 Junho de 2019). Cirurgia Ambulatório - História ULSAM. (Cardante, D. Entrevistador)
- Baleizão, I. (16 de Setembro de 2019). Cirurgia Ambulatório - Consulta não presencial. (Cardante, D., Entrevistador)
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Lda., 2011.

- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho em ambiente*. Lisboa: Climepsi Fontes.
- Beck, C., Polit, D., Hungler, b., & Thorell, 2004 *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre. Artmed.
- Bento, V. F., & Brofman, P. R. (9 de Junho de 2009). Insuficiência cardíaca. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba - Paraná. *SciELO*, 92 (6), pp. 1-7.
- Bilbão, M. (2006). Gestão do bloco operatório. In J. Fragata, *Risco clínico complexidade e performance* (pp. 277-296). Coimbra: Almedina.
- Bissonnette, B., & Anderson, B. J. (2011). *Pediatric anesthesia: basic principles, state of the art, future*. USA: Shelton, Conn: People's Medical Pub.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K., (2013) - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Buchan, J., & Calman, L. (Fevereiro de 2005). *Oecd health working papers*. Skill-mix and policy change in the health workforce: *nurses in advanced roles*. OECD health working papers.n.º 17: <https://www.oecd.org/els/health-systems/33857785.pdf>
- Burgess, R. G. (1997). *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta Editora.
- Cabral, D. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória: contributos para a sua implementação*. (Dissertação não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto).
- Camarinha, S. R. F. G. (2020). *O telefonema de follow-up e satisfação do cliente pediátrico, em cirurgia de ambulatório: uma revisão sistemática da literatura*. (Dissertação não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto).
- Cambotas, C. M. (2014). A prática baseada na evidência em contexto da enfermagem perioperatória. (*Relatório de estágio de mestrado em enfermagem perioperatória*, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal).
- Canário, R. (2013). *Educação de Adultos - Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- Carpenter, D.; Streubert, H. (2013) *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Carvalho, A. L., Nobre, R. N., Leitão, N. M., Vasconcelos, C. T., & Pinheiro, A. K. (2008). Avaliação dos registos das consultas de enfermagem em ginecologia. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, pp. 1-12.
- Caseiro, J. M. (2009). Critérios de admissão e alta em cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia, S.I.* (8) 49-57
- Caseiro, J. M. (2015). *Manual de Procedimentos 2016*.- Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Lisboa: Oncoanestesia.
- Caseiro, J. M., & Tavares, J. (2013). *Procedimentos 2014 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa*. Lisboa: Oncoanestesia.
- Castanheira, C. (2014). Da experiência à melhoria dos cuidados. *Jornal do congresso cirurgia de ambulatório*, p. 11.
- Catarro, T. E., & Westphalen, M. E. (2001). *Metodologias para a Assistência de Enfermagem: Teorizações, Modelos e Subsídios para a Prática - Westphalen*. 1ª edição, AB.
- Chaves, C., Duarte, J., Amaral, O., Coutinho, E., & Nelas, P. (2016). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem - amostra da região centro de Portugal. *International journal of developmental and education psychology*, 1 (2), 339-346.

- Christóforo, B. E., & Carvalho, D. S. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43 (1), 14-22.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão Interministerial para o Emprego (CIME). (2001). *Terminologia de formação profissional*. Lisboa: Direção geral do emprego e formação profissional, 71-74.
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória. (2008). *Relatório final - Cirurgia Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente retirado de*: http://www.apca.com.pt/documentos/relatorio_final_CNADCA_20Out08.
- Cooke, M., Walker, R., Aitken, L., Freeman, A., Pavey, S., & Cantril, R. (2016). Pre operative self-efficacy education vs. usual care for patients undergoing joint replacement surgery: a pilot randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30 (1),74-82.
- Corbani, N. M., Brêtas, A. C., & Matheus, M. C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *SciELO*, 62 (3), 349-354.
- Costa, A., & Condença, A. (2005). Cirurgia Ambulatório: papel do enfermeiro. *Nursing*, 38-40.
- Coutinho, S. (2009). Desenho de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório. *Revista Portuguesa de Cirurgia, II Série* (8), 59-64.
- David, C. (2013). *A pessoa submetida a cirurgia: pertinência da consulta pré-operatória de enfermagem*. Monografia. Universidade do Mindelo. 69 pp.
- Dawson, S. (2009). Princípios preparação pré-operatória. Em K. Manley, *Enfermagem Cirúrgica - Prática Avançada*. Lisboa: Lusodidata.
- Decreto Lei n.º 75/2013. D.R. n.º 107, S. I.-0.-0. (04 de Junho de 2013). *Diário da República*. Obtido de Decreto-Lei n.º 75/2013. D.R. n.º 107, Série I de 2013-06-04: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/06/10700/0321803219.pdf>
- Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (08 de Julho de 2010). Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OCDE Health Working Papers*: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en
- Diário da República n.º 10/1994, Série I-A de 13 de janeiro de 1994. Decreto Lei 9/94. Ministério das Finanças. 130-134.
- Diário da República n.º 104/2015, Série I de 29 de maio. 2015. *Despacho n.º 5739/2015*. Ministério das Finanças. 104
- Diário da República n.º 257/1991, série I-A d 1991-11-08. Decreto Lei 437/91. Ministério da Saúde. 5723-5741.
- Diário da República n.º 28/2018, série II de 2018-02-08. *Despacho n.º 1380/2018*. Gabinete do secretário de estado adjunto e da saúde. 4511-4511.
- Dias, C., Freitas, M. & Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de saúde pública, com interesse em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23 (4) 439-450.
- Dias, J. M. (2009). *Formadores*. Lisboa: Lusodidacta.
- Dingley, C., Daugherty, K., & Derieg, M. K. (2008). Improving Patient Safety Through Provider. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*, Volume 3: pp. 1-18.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Saúde na comunidade: guia orientador para elaboração de indicadores*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Direção Geral da Saúde. (2015) Norma n.º 020/15 de dezembro. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Departamento da qualidade:Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Estudo de Satisfação dos utentes do sistema de saúde dos portugueses*. Departamento da qualidade na saúde. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020 - Qualidade na Saúde*. Retirado de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in the Health Care*. Oxford: University Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83 4, 691-729.
- Donoghue, J., Pelletier, D., Duffield, C., & Torres, M. (1998). Australian men's experiences of cystoscopic day surgery, *Ambulatory Surgery*, Volume 5: pp. 189-196.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes - the State of the Science*. 2ª ed. Toronto: Jones & Bartlett Learning.
- Duarte, A. (2016). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Porto: Lidel Enfermagem.
- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa : Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Duarte, M. T., Ayres, J. A., & Simonetti, J. P. (Outubro de 2008). Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação processo de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*: pp. 763-773.
- Durling, M., Milne, D., Hutton, N., & S.Ryan. (2007). Decreasing patient's preoperative anxiety: a literature review. *Australian Nursing Journal*, 14 (11), 35.
- ELKIN, M.K.; PERRY, A.G.; POTTER, P.A., 2005, *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*, 2ª Edição, Lusociência, Loures, p. 490.
- Elvir-Lazo, O. L., & White, P. F. (2010). Postoperative pain management after ambulatory surgery: role of multimodal analgesia. *Anesthesiology Clinics*, 28, (2), 217-224.
- Engelke, Zeena (2012) - Patient Education: teaching the older adult. *Cinahl Information Systems*.65 (4)
- Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Estudo sobre qualidade da cirurgia de ambulatório*. Porto. ERS.
- España, M., (2014). A criança em cirurgia de ambulatório. A propósito de uma mesa redonda. *Jornal do Congresso VII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória*. APCA. NewsFarma, 7.
- Esteves, A. M. (2013) *A construção de identidade profissional do enfermeiro em bloco operatório*. (Dissertação não publicada, Escola Superior de Ciências Empresariais, Setúbal) Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4647/1/AnaEsteves_TeseMestrado_Constr%20Identidade%20Prof%20Enf%20BO.pdf
- Esther, Â., Santos, E. M., Margarinos, T., & Botelho, A, T. (2012). Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (1), 203-214.
- European Operating Room Nurses Association. (1997). *Curriculum Comum Europeu para Enfermeiros Perioperatórios*. Bélgica.
- European Operating Room Nurses Association. (2019). *The EORNA Framework for Perioperative Nurse Competencies*. *Educational committee*. Retirado de <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/05/Competencies-brochure-final.pdf>

- Evanoff, B., Potter, P., Wolf, L., & Grayson, D. (2005). Can We Talk? Priorities for Patient Care, *Advances in Patient Safety*, 1, 1-10.
- Fabião, A. C., Magano, C. O., Jesus, M. D., & Miranda, P. M. (2005). Formação: contributo para a qualidade. *Servir*, 53, (5), 235-247.
- Faria, C., & Santos, J. (2009). Guia orientador para o ensino ao doente traqueostomizado/cuidados. *ONonco.news*, 9 (3), 6-15.
- Faria, J. J. (2014). *A influência do capital intelectual na capacidade inovadora de um hospital*. (Dissertação não publicada, Instituto Superior de Bragança/Viana do Castelo, Viana do Castelo). Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1227/3>
- Ferreira, L. M. (2015). Registos de enfermagem em cirurgia refrativa por laser excimer em regime ambulatorio. (Dissertação não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Recuperado de [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2014_10001822012_21116017_1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2014_10001822012_21116017_1%20(1).pdf)
- Ferreira, R. (2017). Cirurgia de ambulatorio: tudo o que precisa saber. *Ekonomista* 1. Recuperado de <https://www.e-konomista.pt/ambulatorio/>
- Figueiredo, G. L., & Mello, D. F. (2003). A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Revista Latino Am- Enfermagem*, 11 (4), 544-551.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M. F.; COTÊ, J., FILION, F., (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- França, M. (2006). A Acreitação em Saúde. In J, Fragata, *Risco clínico complexidade e performance* (pp. 333-343). Coimbra: Almedina.
- França, M., Fragata, I., Bilbão, M., Ferreira, S., Santos, S., Fragata, J., & Barros, P. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina.
- Freire, A. P., Valente, J. A., Lopes, L. M., Hingá, M. C., Ferreira, M. F., Trovão, M. G., Reis, N. M. (2010). A Unidade de Cirurgia de Ambulatorio do Hospital Santo António dos Capuchos - Intervenção do Enfermeiro. *Enformação* 13, 10-15.
- Freitas, C. A., Neto, A. V., Neto, F. R., Albuquerque, I. M., & Cunha, I. C. (2008). Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da estratégia da saúde da família: percepções de enfermeiro e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (S.I), 757-763. doi.org/10.1590/S0034-71672008000700017.
- Furtoso, C. (2010). *Cuidados pré-operatórios e pós-operatórios*. In C. F. Oliveira, *Manual de ginecologia* (capitulo 53/pp 603-622). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Galvão, C., Sawada, N. O., & Aparecida, R. L. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (5), 690-695.
- Garretson, S. (4 de Agosto de 2004). Benefits of pre-operative information programmes. *Nursing Stand*, 18 (47), 33-37.
- George, J. B. (2015). *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Council of Nurses*, 54 (2), 183-190. doi [10.1111/j.1466-7657.2007.00528.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00528.x)
- Gilmartin, M. J., & D'Annunzio, T. A. (2007). Leadership Research in Healthcare - A Review and Roadmap. *The academy of management annals*, 1 (1), 387-438.

- Gomes, N. C. (2011). *O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas*. (Dissertação não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto).
- Goode, J., Greatbatch, D., O'cthain, A., Luff, D., Hanlon, G., & Strangleman, T. (2004). Risk and the Responsible Health Consumer: The Problematics of Entitlement among Callers to NHS Direct. *Critical Social Policy*, 24 (2), 210-232. doi 10.1177/0261018304041951
- Graham, D. (2003). O serviço de cirurgia hospitalar, o bloco operatório e a unidade de cuidados pós operatórios. In K. Manley, & L. Bellman, *Enfermagem Ciúrgica - Prática Avançada* (pp.275-295). Lisboa: Lusodidacta.
- Graham, D. (2009). Perspectivas dos cuidados intra-operatórios. In K. Manley, *Enfermagem Cirúrgica- Prática Avançada* (pp. 417-430). Loures: Lusociência.
- Grazziano, E. D., Viana, D. L., Haranda, M. J., & Pedreira, M. D. (2016). *Enfermagem Perioperatória e Cirurgia Segura*. São Paulo: Yendis.
- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ Open*, 9, 1-9. doi:10.1136/bmjopen
- Grossbart, S. R., & Agrawal, J. (2012). Conceptualization and definitions of quality. In Nash, D., *Health care quality: the clinician's primer*, (capítulo 2/pp. 9-24).
- Guerreiro, A. (2013). *Stressores no pré-operatório em neurocirurgia: A perspetiva do doente*. Porto: (Tese de mestrado não publicada, Escola Superior Enfermagem Porto, Porto).
- Guo, P. (2015). Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (1-2), 34-46.
- Haeck, P., Swanson, J. A., Iverson, R., Schechter, L., Singer, R., Basu, C., & Damitz, L. (2009). Evidence-based patient safety advisory: patient selection and procedures in ambulatory surgery. *PubMed.gov Advanced*. 124 (41), 6-27
- Hagen, K., & Iohom, G. (2014). Pain Management for Ambulatory Surgery: What Is New? *Curr Anesthesiol Rep*, 4, 326-333.
- Halon, G., Goode, J., & Greatbach, D. (2006). Risk society and the NHS: From the traditional to the new citizen? *Critical Perspectives on Accounting*, 17 (2-3), 270-282.
- Harrison, A. (1999). Literature review for National Guidelines on discharge planning and criteria for day surgery. *Ambulatory Surgery*, Volume 7: pp. 171-174.
- Hastings, A. M., Lennon, M., Redsell, S. A., & Cheater, F. M. (2003). Evaluation of a consultation skills workshop using the Consultation Assessment and Improvement Instrument for Nurses. *Learning in Health and Social Care*. Blackwell Publishing: pp. 202-212.
- Henriques, A. H. B.; Costa, S. S.; Lacerda, J. S. (2016). Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*, 21(4), 1-9.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hobgood, C. D., Riviello, R. J., Jouriles, N., & MSW, G. H. (2002). Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies. *Academic Emergency Medicine*, 9 (11), 1257-1269.
- Hodgins, J.M., Ouellet, L.L, Knorr, S., & Geldart, G. (2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *ScienceDiret*, 21 (4), 218-226.

- Houston, A. M., & Pickering, A. J. (2000). 'Do I don't I call the doctor': a qualitative study of parental perceptions of calling the GP out-of-hours. *Health Expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 3 (4), 234-242.
- Humphrey, S. E., & Morgeson, F. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Design and the Nature of Work. *Journal of applied psychology*, 91 (6), 1321-1339.
- Internacional Council of Nurses (ICN). (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições de trabalho = cuidados de qualidade*. Genebra: Edição Portuguesa.
- Internacional Council of Nurses (ICN). 2006 - *Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de informação e ação. Dia internacional dos enfermeiros 12 maio*. Genebra: Edição Portuguesa.
- Jorgetto, G. V., Noronha, R., & Araújo, I. E. (2004). Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário. *Revista eletrónica de enfermagem*, 6 (2), 213-222
- Kasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant, D., Donald, F., Dicenso, A. (2010). A Historical Overview of the Development of Advanced Practice Nursing Roles in Canada. *PubMed*. Volume 23: pp.35-60
- Käbmann, B.P., Docherty, L. S., Rice, H., Donald, B. & Schweutzer, M. (2012). Telephone follow-up for pediatric ambulatory surgery: parent e provider satisfaction. *Journal of pediatric nursing*. Volume 27: p. 715-724.
- Knight, H., Cromwell, D., Meulen, J. V., Gurol-Urganci, I., Richmind, D., Frcog, T. M., & Johnson, S. (2013). *Patterns of Maternity Care in English NHS Hospitals 2011/2012*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Lacarte, P. R. (2006). Quality issues in day surgery. In P. Lemos, P. Jarret, & B. Philips, *Quality issues in day surgery* (pp. 319-339). Brussels, Belgium : International Association for Ambulatory Surgery (IASS).
- Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B. L., & Telemann, G. P. (2014). Randomized controlled trial of a nurse-led rheumatology clinic for monitoring biological therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (1), 164-175.
- Leal, M. T. (2006). Cirurgia Ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 10 (1), 67-74.
- Lemos, P. (2006). *Historial: objetivos da Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório*. (APCA). Porto.
- Lemos, P. (2010). Grande Crescimento da Cirurgia Ambulatória em Portugal - Resultados do V inquérito nacional. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, 11 (1), 9-20.
- Lemos, P., Jarrett, P., & Philip, B. (2006). *Development and Practice. Day Surgery*. London: Libraries Australia.
- Lemos, P., Jarret, P., & Philips, B., (2006). Quality Issues In, P. Lemos., P. Jarret, & B. Philips, *Day Surgery. Development and practice* (pp. 319-339). Brussels: International Association for Ambulatory Surgery (IASS).
- Lemos, P.; Regalado, A. (2006). Patient outcomes and clinical indicators for ambulatory surgery. In: P. Lemos, P. Jarrett ; B. Philip, B. - *Day surgery development and practice* (pp. 257-280). Brussels: International Association for Ambulatory Surgery (IASS).
- Lima, N. A. (2006). O desafio da cirurgia de ambulatorio. *Revista Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*, 31 (19), 13-20.

- Lobo, A. S., & Santos, M. P. (2014). Acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde: relação com a qualidade de vida e satisfação. In A. S. Lobo, & M. P. Santos, *Satisfação do utentes com os cuidados de saúde* (pp. 69-80).
- López, F. C. (2009). Cuidados de salud basados en la eficiencia. Conceptos generales en evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Enfermería Clínica*, 19 (1), 35-42.
- Losee, R. M. (1997) - A Discipline Independent Definition of Information; *Journal of the American Society for Information Science*, 48 (3), 254 - 269
- Lourenço, C., & Mendes, O. (2008). Pensar a formação em enfermagem. *Revista Nursing*, 18 (233), 38-43.
- Luna, C. (2014). *Importância da visita pré-operatória de enfermagem: a satisfação do cliente*. (Relatório de mestrado não publicado, Escola Superior de Saúde, Instituto politécnico de Setúbal, Setúbal).
- Machado, N. D. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão - ação*. (Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa).
- Magalhães, C. (2014). Estimular a prática da Cirurgia de Ambulatório. *Jornal do Congresso VII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória*. APCA. NewsFarma.
- Mainz, J. (2004). Defining and Classifying Clinical Indicators for Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6), 523-530.
- Malagutti, W., & Bonfim, I. M. (2013). *Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico*. São Paulo: Martinari
- Malhadas, H. J. (2005). Consulta de enfermagem e ensino ao doente. *Nursing*, 16 (195), 41-43.
- Manley, K., & Beltman, L. (2009). *Enfermagem Cirúrgica. Prática Avançada*. Loures: Lusodidacta.
- Margarido, E. S., & Castilho, V. (2006). Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 40, (3), 427-433.
- Marin, H. F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2 (1), 20-24.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber: Pêro Pinheiro.
- Marques, A. (2011, novembro). Guias orientadoras de boas práticas: estratégia profissional para optimização da governação clínica. Comunicação apresentada na . *III Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem*. Lisboa. Portugal.
- Marques, A. R. (2011). *Cuidados de enfermagem pré e pós operatórios em cirurgia de ambulatório: percepção dos doentes*. (Tese de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- Martins, A. A., Alves, C., & Pereira, L. (2013). *Insuficiência respiratória e outras complicações pós operatórias*. Manual de Anestesiologia. Lisboa: Lidel-Edições técnicas.
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., Almeida, M. P., Mendes, O. S., Santos, R. M. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12 (2) 52-61.

- Martins, M. M. (2016). *Consulta de enfermagem estruturada numa unidade dor: a promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor crónica*. (Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa).
- Martins, M., & Lopes, M. D. (2010). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*, 14 (11), 39-47.
- McVay, M., Kelley, K., Mathews, D., Jackson, R., Kokoska, E., Smith, S. (2008). Postoperative follow-up: is a phone call enough?. *Journal of Pediatric Surgery*, 43 (1), 83-86.
- Meeker, M.H.; Rothrock, J.C., (2007) Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Loures: Lusodidacta.
- Melo, M. L. (2006). *Comunicação com o doente - certezas e incógnitas*. Lisboa: Lusociência.
- Mestre, R. (2019). Cirurgia de ambulatório, hospitalização domiciliária e o reforço do SNS. *Jornal Público*. Recuperado de <https://www.publico.pt/2019/05/31/sociedade/opiniao/cirurgia-ambulatorio-hospitalizacao-domiciliaria-reforco-sns-1874805>
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão de Qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Editora Manole.
- Miller, A., Barton, K., & Hassn, A. (2012). Nurse-Led Telephone Follow-Up After Day Case Surgery. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8 (5), 7-8.
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. *Diário da República I série - A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Miranda, G. L., & Bahia, S. (2005). *Psicologia da Educação - Temas de desenvolvimento e aprendizagem e ensino*. Lisboa: Relógio d'Água Editores.
- Moorhouse, M. F., & Doenges, M. E. (2010). *A Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- National Health Service (NHS) (2005). The impact of nursing on patient clinical outcomes: developing quality indicators to improve care. *NHSHealthQuality*, 1-76.
- Nóvoa, A., & Finger, M. (1988). *O método autobiográfico e a formação de adultos*. Ministério da Saúde. Lisboa: D.R.H.
- Nunes, L M., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Nunes, L. M. (2012). Enfermagem Perioperatória: desafios para a viagem. *Revista Enfermagem AESOP*, XIII (37), 19-24.
- Öbrink, E., Jildenstål, P., Oddby, E., & Jakobsson, J. G. (2015). Post-operative nausea and vomiting: Update on predicting the probability and ways to minimize its occurrence, with focus on ambulatory surgery. *International Journal of Surgery*, 15, 100-106.
- Oliveira, M. M., & Mendonça, K. M. (2014). Análise da visita préoperatória de enfermagem: revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 19 (3), 164-172.
- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de enfermagem brasileira REBEn*, 65 (1), 155-161.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: Cadernos OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*. 10087 - 10090.

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual* - Enunciados descritivos. *Divulgar, Conselho de enfermagem*, 1-25.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Ordem Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem. Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos - funcionais*. Ordem dos Enfermeiros: 1-8.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Ordem Enfermeiros: Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Documentos legislativos e regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Código deontológico do enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*. Inserido no estatuto da OE republicado anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2016). Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 42/2017. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 42.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da norma para cálculo de dotações dos cuidados de enfermagem. *Diário da República*, 2ª série - n.º 184 de 25 de setembro de 2019 .
- Ordem dos Enfermeiros (OE).(2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Retirado de Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro: <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Entidades administrativas independentes e administração autónoma. *Diário da República n.º 48/2015, Série II de 2015-03-10*, 5948-5952.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Legislação n.º 100/105. *Diário da República*. Retirado de <https://dre.pt/home/-/dre/66699804/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*. Retirado de <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento. n.º 743/2019. *Diário República*. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (OE). (2011). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil>
- Ordem dos Enfermeiros. (OE). (2011). Regulamento do Perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*, Ordem dos Enfermeiros, 1-28.
- Ordem dos Enfermeiros. (OE). (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (OE). (2017). Parecer n.º 57/2017. *Ninguém está sozinho - autonomia no tratamento ao utente..* Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_57_AutonomiaTratamentoDoente.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (OE). Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2ª série - n.º 79-23 de abril de 2015.

- Ordem dos Enfermeiros.(OE). (2013). Parecer CJ 79/2012. Conselho Jurisdicional. *Autonomia da profissão de enfermeiro relativamente à execução de tratamento*. Ordem dos enfermeiros, 1-3.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1990). *La formation continue des personnels de santé : manual pour ateliers*. Genève: Granchamp.
- Organização Mundial de Saúde, (OMS). (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas*. Lisboa: DGS - Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (OMS). (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura Salva Vidas 2009*. Direção Geral de Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>
- Organização Mundial de Saúde. (OMS). (2016). *OMS publica novas diretrizes para acabar com infeções cirúrgicas*. Retirado de: <https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-diretrizes-para-acabar-com-infeccoes-cirurgicas/>
- Paiva, J. A., Fernandes, P. A., & Silva, M. G., Cruz, A.P. (2015). Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números - 2015. *Direção Geral de Saúde, fevereiro 2016*. Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Parreira, P. (2005). *As Organizações*. Formação e Saúde. Coimbra: Formasau.
- Patrão, I. (2005). Bem me quer, mal me quer Bem nos quer, mal nos quer: a sexualidade, (in) fertilidade e o cancro. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 289-294.
- Paula, A. A., & Carvalho, E. C. (1997). Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. *Revista Latino America de Enfermagem*, 5, (3), 35-42.
- Pegado, A. M. (2010). *Gestão do Bloco Operatório: modelos de gestão e monitorização*. Tese de Mestrado não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa).
- Pencheon, D. (2008). The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators. *NHS - Institute for innovation and improvement*, 1-40.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensee infirmiere*. Québec: Chenelière Education.
- Pereira, D., Nascimento, J. C., & Gomes, R. (2011). *Sistemas de Informação na saúde: perspectivas e desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Silabo 226-241
- Pereira, F. M. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto)..
- Pereira, M. G. (2013). Epidemiologia teoria e prática. *Resenhas Book Reviews*. Guanabara Koogan. Rio Janeiro. pp. 99-101.
- Phipps, W., & Marek. (2004). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa. Lusodidata.
- Pinheiro, M. J. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Pires, A. M., & Goes, M. M. (2003). Cuidar: um conceito central em enfermagem. *Revista Servir*, 56, (5),. 184-188.
- Possari, J. F. (2009). *Centro Cirurgico - Planejamento, Organização e Gestão*. Érica.
- Povo, A. M. (2013). *Satisfação do doente em cirurgia de ambulatório*. (Dissertação de mestrado não publicacda. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto).

- Pritchard, M. J. (2010). Identifying and assessing anxiety in preoperative patients. *Nursing Standart*, 23 (51), 35-40.
- Quintas, H. (2008). *Educação de Adultos: vida no currículo e currículo na vida*. Agência Nacional para a Qualificação. Lisboa.
- Ramos, E., Almeida, J., & Pinheiro, T. (2003). Visita de Enfermagem pré-operatória. *Revista Informar*, IX (30), 5-9.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro* (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril).
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). (2015). *Estatuto. Ordem dos Enfermeiros*, alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015.
- Reiter, K. (2014). A Look at Best Practices for Patient Education in Outpatient Spine Surgery. *AORN Journal*, 99 (3), 376-384.
- Ribeiro, H. (2014). A cultura de segurança nos cuidados de cirurgia de ambulatório. *Jornal do Congresso VII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória*. APCA. NewsFarma: p. 11.
- Ribeiro, J.A.M., Barreto, A.X.D., Varanda, J.A.V., Penedo, J.M.V.S., Calado, J.C.F., Nunes, J.M., Santos, N.S., Bota, R.S., Santos, T.A.C. (2011). *Os cidadãos no centro do sistema, os profissionais no centro da mudança*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Normas.pdf>
- Ribeiro, O. P. (2015). *Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares*. (Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica portuguesa, Porto).
- Ribeiro, O., Vieira, M., Cunha, M., Dias, A., & Martins, R. (2016). Gestão do tempo no planeamento de cuidados de enfermagem. *Revista Servir*, 59 (4), 7-11.
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, A.; Oliveira, M. (2005). Registo intraoperatório: que utilidade na continuidade dos cuidados de Enfermagem. *Revista AESOP*, VI (16), 6-10.
- Rothrock, J. C. (2014). *Alexander'S Care Of The Patient In Surgery*. Elsevier: Health Sciences Division.
- Rothrock, J. C., & McEwen, D. R. (2008). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirurgico*. Loures: Lusodidacta.
- Sachs, J. (2005). The end of poverty: How we can make it happen in our lifetime. *Book Reviews*. London: Penguin Group.
- Sampieri, R., Collado, C., Lucio, M. (2003). *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre: Editora Penso.
- Santos, M. R., Sousa, C. S., & Turrini, R. N. (2012). Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46 (SI), 78-85.
- SANTOS, N. C. M. - Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. 5ª ed. São Paulo : látria, 2009. 184 p.
- Santos, P., & Pacheco, M. (2014). A queda de um mito. *Em: Jornal do Congresso VII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória*. APCA. NewsFarma, 8.
- Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., Vieira, V. (2013). Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória. *Revista da sociedade portuguesa de anestesiologia*, 22 (2) 35-43

- Schug, S., & Chandrasena, C. (2015). Postoperative pain management following ambulatory anesthesia: challenges and solutions. *Achived Journals Ambulatory Anesthesia*, 2015 (2), 11-20.
- Simão, H. (2009). *Cuidados de salud basados en la eficiencia. Conceptos generales en evaluación económica de intervenciones sanitarias*. Lisboa.
- Soares, F. S. (2014). Da prática á qualidade dos cuidados. *Jornal do Congresso VII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória*. APCA. NewsFarma, 11.
- Sousa, B. J. (2014). *O Follow-up e as Complicações Pós-Operatórias*. (Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- Sousa, M. F. (2003). A formação contínua em enfermagem: estudo baseado nas erspectivas dos enfermeiros. *Revista Nursing*, 15,(175), 28-33.
- Sousa, P. A. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem Entre Contextos de Cuidados de Saúde - um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau.
- Sousa, Z., Neves, C.,, & Carvalho, D. (2018). Consulta de Enfermagem: Como, quando e porquê?. *Revista Portuguesa da Diabetes*, 13 (2), 63-67.
- Tannure, M. C., & Pinheiro, A. M. (2014). O que é a *sistematização da assistência de enfermagem (SAE)? - Guia Prático*. São Paulo: Guanabara Koogan.
- Tareco, E. S. (2015). *Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem, revisão sistemática*. (Dissertação de mestrado não publicada. Universidade do Algarve, Faculdade de Economia, Faro)
- Tavares, S. I. (2013). Satisfação do doente em cirurgia de ambulatório. (Tese de mestrado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto).
- Temido, M. (2014). Exequibilidade de uma revisão da combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal. (Dissertação de doutoramento não publicada. Universidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa).
- Thompson-Coon, J., Abdul-Rahman, A.-K., Whear, R., A. B., Vaidya, B., & Stein, C. A. (2013). Telephone consultations in place of face to face outpatient consultations for patients discharged from hospital following surgery: a systematic review. *BMC health services research*, 13 (128), .1-9.
- Tishelman, C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Heede, K. V., Griffiths, P., & Busse, R. (2014). Better nurse staffing and education reduces risk of patient mortality after common surgery. *Karolinska Institutet*, 383 (9931), 1824-1830.
- Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., Coelho, M., Silva, P. (2011). *Manual de normas de enfermagem: procedimentos técnicos*. Lisboa: .ACSS.
- Vieira, J. I. (2014). *Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional : contributo para um programa de supervisão clínica em enfermagem*. (Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto).
- Walker, J. A. (2013). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*, 16, (1), 27-32.
- World Health Organization (WHO). (2010). Telemedicine - Opportunities e developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. *Global obseration for eHealth series*, 2 (SI), 1-96.
- Yang, C.-C., & Lin:, C. Y. (2009). Does Intellectual capital mediate the relationship between HRM and organizational performance? *The International journal of hummam management*. 20 (9), 1965-1984.

ANEXOS

ANEXO I: Carta de informação ao participante

INFORMAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS

Este estudo está enquadrado na dissertação de mestrado direção e chefia em serviços de enfermagem, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto sob orientação da Profª Mª Celeste Bastos e Prof. Paulo Puga. Será realizado pela enfermeira Daniela Cardante, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório da ULSAM, EPE. Venho solicitar a sua colaboração para participar num estudo subornado ao tema “A consulta de enfermagem presencial e não presencial em cirurgia de ambulatório: a perspetiva dos enfermeiros”, com o intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, permitindo a estruturação de um modelo de acompanhamento do utente submetido a cirurgia de ambulatório, desde o período pré-operatório até 30 dias após a cirurgia.

Assim sendo, solicito a sua participação no estudo, sendo que para tal passarei a esclarecer alguns aspetos que facilitarão o seu entendimento do que é pretendido.

PROCEDIMENTO: No que se refere ao enquadramento do estudo, pretendo realizar um entrevista com recurso a um guião. A informação obtida nesta entrevista será única e exclusivamente utilizada neste estudo, sendo que os resultados deste poderão ser consultados publicamente ou diretamente com o investigador.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

- Explorar a perceção dos enfermeiros da unidade de cirurgia de ambulatório sobre a consulta presencial e não presencial.
- Identificar o papel do enfermeiro gestor no âmbito da organização de um modelo de consulta de enfermagem na cirurgia de ambulatório.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: tendo por base as exigências deste tipo de estudo, comprometo-me a salvaguardar a integridade dos utentes envolvidos no mesmo e a garantir a absoluta confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. A sua participação é voluntária, pelo que se aceitar participar neste estudo, agradeço que assine a folha de consentimento informado.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto, ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento. Responda a todas as questões, pois daí resulta a validade do estudo.

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO II: Consentimento informado

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

“Consulta de enfermagem presencial e não presencial em cirurgia de ambulatório, uma realidade ou utopia?”

Investigadora: Daniela Cardante

Orientadores: M^a Celeste Bastos e Paulo Puga

Antes da sua decisão em participar neste estudo (de livre e espontânea vontade) deverá ler e compreender todo o conteúdo. No final, caso pretenda participar, agradeço que assinie e será entregue uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, questione sobre tudo o que não tiver compreendido. A investigadora deste estudo estará disponível para esclarecer todas as dúvidas (antes, durante e após o estudo).

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

—

**ANEXO III: Guião orientador da entrevista sobre a consulta presencial aos
enfermeiros da UCA**

GUIÃO ENTREVISTA CONSULTA PRESENCIAL

ACOLHIMENTO	
<p>OBJETIVO: - Informar O participante do estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do investigador; • Informar acerca do tema, da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade; • Solicitar autorização para a participação no estudo e a gravação da entrevista;
II PARTE – CARATERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO	
<p>OBJETIVO: - Caracterizar o participante do estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo (feminino/masculino) • Formação académica: <ul style="list-style-type: none"> Licenciatura_____ Especialidade_____ Mestrado_____ Doutoramento_____ Outros_____ • Tempo de Serviço_____ • Tempo de serviço na UCA_____
III PARTE – OBJETIVOS/QUESTÕES ORIENTADORAS	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES ORIENTADORAS
<p>Explorar a perceção dos enfermeiros da unidade de cirurgia de ambulatório, sobre a consulta de enfermagem presencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a sua opinião sobre a consulta de enfermagem pré-operatória? • O que pensa acerca do registo desta consulta (folha enfermagem)? • De acordo com a sua prática, quando não há uma data/hora agendadas para informar o utente da cirurgia, como se processa a informação ao utente? • Existe um vídeo sobre o percurso do utente no bloco operatório: • Esse vídeo é habitualmente utilizado por si? • O que acha desse vídeo? (sugestões?) • Em relação ao panfleto, qual a sua opinião?

<p>Perceber a forma como os enfermeiros da unidade cirurgia de ambulatório, gerem as situações críticas (critérios cirurgia ambulatório) da consulta presencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua perspetiva, os ensinamentos que efetua cumprem as normas da DGS (tricotomia, banho, verniz unhas, adornos...)? • Quando verifica que o utente não cumpre critérios para cirurgia de ambulatório, como faz essa gestão? • Sente que há autonomia para fazer essa gestão?
<p>Analisar quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, na consulta de enfermagem presencial em cirurgia ambulatório;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelo enfermeiro, na consulta pré-operatória? • Tem alguma sugestão para ultrapassar essas dificuldades?
<p>Explorar a perceção dos enfermeiros em relação ao modelo de organização da consulta pré-operatória (consulta presencial) na cirurgia ambulatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acha que a consulta de enfermagem devia ser independente da consulta de Anestesia? • Em que medida seria viável agendar uma única data de consulta para o utente, em que no mesmo dia teria oportunidade de ter: consulta com o cirurgião – consulta de anestesia - análises/exames — consulta de enfermagem? • Relativamente à avaliação do inquérito da satisfação dos utentes, existe algum item sobre a consulta de enfermagem presencial? Como são trabalhados esses dados? • Na sua opinião, em que medida seria útil a formação para parametrização da consulta de enfermagem (Sclínico)? • Do registo que é efetuado da consulta presencial, existe algum tratamento de dados? (indicadores de saúde)? • Considera que o tratamento dos dados seria pertinente?

	<ul style="list-style-type: none">• Qual a sua opinião sobre o papel do gestor, relativamente a este posto de trabalho (consulta de enfermagem presencial)?
--	---

ANEXO IV: Guião orientador da entrevista sobre a consulta não presencial aos enfermeiros da UCA

GUIÃO ENTREVISTA CONSULTA NÃO PRESENCIAL

ACOLHIMENTO	
<p>OBJETIVO: - Informar O participante do estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do investigador; • Informar acerca do tema, da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e o anonimato; • Solicitar autorização para a participação no estudo e a gravação da entrevista;
II PARTE – CARATERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO	
<p>OBJETIVO: - Caracterizar o participante do estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo (feminino/masculino) • Formação académica: <ul style="list-style-type: none"> Licenciatura _____ Especialidade _____ Mestrado _____ Doutoramento _____ Outros _____ • Tempo de Serviço _____ • Tempo de serviço na UCA _____
III Parte – Objetivos/Questões Orientadoras	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES ORIENTADORAS
<p>Explorar a perceção dos enfermeiros da unidade de cirurgia de ambulatório, sobre a consulta de enfermagem não presencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a sua opinião sobre a consulta de enfermagem pós-operatória (consulta não presencial)? • Esta consulta devia ser restrita apenas a alguns enfermeiros do serviço? • O que diz em relação ao registo desta consulta? • Que alterações acha pertinente efetuar?
<p>Perceber a forma como os enfermeiros da unidade cirurgia de ambulatório, gerem as situações críticas (intercorrências/complicações) da consulta não presencial;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando um utente refere uma dúvida, ou situação/complicação, como é encaminhado? • Faz o registo e posteriormente é efetuada nova avaliação?

	<ul style="list-style-type: none"> • Quando um utente liga para o BA com dúvidas, há alguém específico para esclarecimento/encaminhamento? Fica registado esse contacto? • Na sua opinião acha que seria pertinente, existir apenas um número (telemóvel/fixo) para facultar aos utentes que são submetidos a cirurgia ambulatória? • O que dizem aos utentes quando o dia seguinte à cirurgia é um fim de semana/feriado...? • A partir das 20h00, se um utente precisar de uma orientação, quem faz este seguimento?
<p>Analisar quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, na consulta de enfermagem não presencial em cirurgia ambulatório;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas da consulta não presencial? • O que sugere para ultrapassar essas dificuldades?
<p>Explorar a perceção dos enfermeiros em relação ao modelo de organização da consulta de <i>follow-up</i> (consulta não presencial) na cirurgia ambulatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relativamente à avaliação do inquérito da satisfação dos utentes, existe algum item sobre a consulta de enfermagem não presencial? Como são trabalhados esses dados? • Na sua opinião seria útil existir formação para parametrização da consulta de enfermagem não presencial? • Que aspetos sugere trabalhar nessa formação? • Do registo que é efetuado da consulta não presencial, existe algum tratamento de dados? (indicadores de saúde)? • Considera que o tratamento dos dados seria pertinente?

	<ul style="list-style-type: none">• Qual a sua opinião sobre o papel do gestor, relativamente a este posto de trabalho (consulta não presencial)?
--	---

ANEXO V: Autorização do Conselho de Administração da [REDACTED]

PEDIDO AUTORIZAÇÃO REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Exmo Sr Presidente do Conselho de
Administração [REDACTED]

Eu, Sandra Daniela de Figueiredo Cardante, com n.º mec 2305, Enfermeira do Bloco Ambulatório, estando a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, e fazendo parte do plano de estudos do curso o desenvolvimento de uma dissertação, escolhi como tema: **“Consulta de enfermagem presencial e não presencial em cirurgia de ambulatório: a perspetiva dos enfermeiros”**. Por este facto, venho o informar que solicitei ao Conselho de Administração [REDACTED] a autorização para realização do estudo no serviço de cirurgia de ambulatório.

Este estudo tem como finalidade contribuir com conhecimento que permita a estruturação de um modelo de acompanhamento do utente submetido a cirurgia de ambulatório, desde o período pré-operatório até 30 dias após a cirurgia.

Inicialmente irá ser aplicado aos enfermeiros a exercerem funções no bloco operatório ambulatório, uma entrevista com recurso a um guião.

Serão respeitados os princípios éticos de investigação em saúde. A população em estudo serão apresentados os objetivos do estudo e solicitada a sua participação voluntária. Assume-se respeitar à autodeterminação dos participantes, ao anonimato e à confidencialidade dos dados colhidos. Os participantes serão devidamente informados sobre a natureza do estudo e os princípios éticos que serão desenvolvidos ao longo do mesmo, no sentido de respeitar os seus direitos. Os resultados serão disponibilizados no final da investigação à Direção [REDACTED]

Com os mais respeitosos cumprimentos

Pede deferimento,

Viana do Castelo, 28 Janeiro 2019

A estudante


Sandra Daniela Figueiredo Cardante

Os orientadores


Mª Celeste Bastos Martins de Almeida


Paulo Alexandre Puga Machado

ANEXO VI: Autorização da direção do bloco operatório ambulatorio

INFORMAÇÃO REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ex^o Sr Diretor da
Unidade Cirurgia Ambulatório [REDACTED]

Eu, Sandra Daniela de Figueiredo Cardante, com n.^o meç 2305, Enfermeira do Bloco Ambulatório, estando a frequentar o 2.^o ano do Curso de Mestrado Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, e fazendo parte do plano de estudos do curso o desenvolvimento de uma dissertação, escolhi como tema: “**A consulta de enfermagem presencial e não presencial em cirurgia de ambulatório, uma realidade ou utopia?**”. Por este facto, venho o informar que solicitei ao Conselho de Administração [REDACTED] autorização para realização do estudo no serviço de cirurgia de ambulatório.

Este estudo tem como finalidade contribuir com conhecimento que permita a estruturação de um modelo de acompanhamento do utente submetido a cirurgia de ambulatório, desde o período pré-operatório até 30 dias após a cirurgia.

Inicialmente irá ser aplicado aos enfermeiros a exercerem funções no bloco operatório ambulatório e utentes que foram submetidos a cirurgia ambulatório, uma entrevista com recurso a um formulário e | **focus group**.

Serão respeitados os princípios éticos de investigação em saúde. A população em estudo serão apresentados os objetivos do estudo e solicitada a sua participação voluntária. Assume-se respeitar à autodeterminação dos participantes, ao anonimato e à confidencialidade dos dados colhidos. Os participantes serão devidamente informados sobre a natureza do estudo e os princípios éticos que serão desenvolvidos ao longo do mesmo, no sentido de respeitar os seus direitos. Os resultados serão disponibilizados no final da investigação à Direção [REDACTED]

Com os mais respeitosos cumprimentos

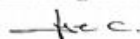
Pede deferimento,

Viana do Castelo, 27 Novembro 2018

A estudante



Sandra Daniela Figueiredo Cardante

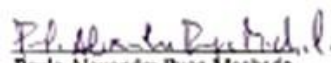


Diretor Unidade Cirurgia Ambulatório
Dr Jorge Correia

Os orientadores




M^o Celesto Bastos Martins de Almeida



Paulo Alexandre Puga Machado

ANEXO VII: Parecer da comissão de ética

	Realização de Projeto de Investigação Clínica	
	Parecer nº 14/2019 -CES	Pág. 1 de 1

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Pedido nº 164 de 10/12/2018_</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p>
<p>Assunto:</p>	<p>Em nome do(s) investigador(es):</p>
<p>Estudo de investigação Exploratório Descritivo de natureza Quantitativa, subordinado ao tema "Consulta de enfermagem presencial e não presencial em cirurgia de ambulatório: a perspetiva dos enfermeiros".</p>	<p>Sandra Daniela de Figueiredo Cardante, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto".</p>

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Solicita autorização para a colheita de dados a informantes enfermeiros por entrevista, com recurso a um guião de entrevista semi-estruturado para a consulta presencial e um guião para a consulta não presencial.

2. Fundamentação

"a aposta da enfermagem no desenvolvimento da cirurgia de ambulatório visa a obtenção de ganhos em saúde para as pessoas que necessitam de intervenções cirúrgicas, bem como as suas famílias, sem abdicar dos elevados padrões de qualidade inerentes a qualquer regime cirúrgico (AESOP, 2012). Conceptualmente a prática de enfermagem peri-operatória inclui todas as atividades, quer autónomas, quer interdependentes, desenvolvidas pelo enfermeiro nas várias fases que envolve uma intervenção cirúrgica (Duarte et al., 2014). Segundo a AESOP (2012, p. 108), o papel do enfermeiro no contexto peri-operatório pode ser referido como "o conjunto de atividades não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar".

3. Conclusão/parecer

O estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES da [redacted] Mod. Q741.pelo que emitimos parecer favorável ao solicitado.

Nota: Referências bibliográficas: