

UNIVERSIDADE ATLÂNTICA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

6.º CURSO COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

***CONSULTA DE ENFERMAGEM NA CIRURGIA DA
CATARATA EM AMBULATÓRIO: EFICÁCIA DA
INFORMAÇÃO FORNECIDA***



Anabela Rodrigues Carvalho Raposo

Professor Orientador:

Mestre Carmo Baltar

Barcarena

2008

AGRADECIMENTOS

✂ À minha família e em especial aos meus filhos, pelo apoio incondicional;

✂ Aos amigos, que sempre acreditaram em mim;

✂ À Prof. Orientadora, Carmo Baltar, pela sua disponibilidade;

✂ À Direcção do Hospital que permitiu a aplicação do questionário, para a realização do estudo.

... a enfermagem, como ciência humana e do cuidar está sempre ameaçada e frágil. Porque o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos, a enfermagem oferece a promessa da preservação do humano na sociedade. (...) O cuidar não é... apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo. Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências.

Jean Watson

RESUMO

A Cirurgia Ambulatória, ao longo das últimas décadas tem vindo a crescer, trazendo vários benefícios para os Clientes, profissionais de saúde e entidades prestadoras de cuidados.

Na Oftalmologia, a realização da Cirurgia da Catarata, é praticada em regime ambulatório, uma vez que é pouco invasiva, de curta duração, normalmente com poucas complicações e com dor facilmente controlável, revelando-se o Ensino de extrema importância para o sucesso da cirurgia da Catarata efectuada em Ambulatório, uma vez que contribui para promover a recuperação do Cliente no seu domicílio.

Desta forma, a Consulta de Enfermagem pré-operatória tem extrema importância para a transmissão ao Cliente, de informações necessárias e imprescindíveis, para o desenrolar do processo cirúrgico e preparação para uma alta responsável e participativa.

Neste âmbito, pretendeu-se com este trabalho de investigação, obter resposta para a questão de investigação **Qual a eficácia da informação fornecida na Consulta de Enfermagem pré-operatória, aos clientes submetidos a cirurgia de catarata em regime ambulatório?** Na sequência da qual se definiu como objectivo geral, **Conhecer a eficácia que tem a informação que é fornecida aos clientes submetidos a cirurgia de catarata em regime ambulatório, na Consulta de Enfermagem pré-operatória** com a finalidade de contribuir para a melhoria da informação que é transmitida na referida Consulta.

Desta forma, foi realizado um estudo de paradigma quantitativo, exploratório transversal, de nível I, não experimental e descritivo simples, a Clientes de um Serviço de Oftalmologia, onde são realizadas cirurgias de Catarata, em regime de Ambulatório.

A colheita de dados foi efectuada a 30 Clientes, através de um questionário que foi preenchido pelo investigador, tendo sido salvaguardados todos os aspectos éticos inerentes a estudos deste tipo.

Em síntese geral, conclui-se que, **60%** (18) dos Clientes eram do **sexo feminino**, e tinham a média de idades de **73,17 anos**. Relativamente ao grau de escolaridade, constatou-se que **53,33%** (16) dos Clientes eram detentores do **4º. Ano**. Verificou-se ainda, no que respeita ao estado civil, que **63,33%** (19) eram **casados**.

Relativamente à análise das dimensões que permitiram estudar a variável de estudo, os resultados mais relevantes foram os seguintes:

★ As dimensões **acompanhamento**, critério “pessoa significativa”; **informações de ordem clínica**, critério “exames pré-operatórios”; **instruções**, critério “alimentação”, obtiveram respectivamente **100%** (30) de respostas positivas;

★ Relativamente à dimensão **conhecimento**, **90%** (27) dos Clientes reconheceram o tipo de cirurgia proposta, seguido de **86,67%** (26) dos Clientes que reconheceram o tipo de anestesia proposta;

★ Apenas **53,33%** (16) dos Clientes **leram o folheto informativo** como complemento de ensino e destes **75%** (12) referiram que **mudavam as figuras**, por não se perceberem bem;

★ De uma forma geral, **66,66%** (20) dos Clientes consideraram, que lhes **foram transmitidas as informações necessárias na Consulta de Enfermagem**.

No que respeita ao **score total** de eficácia da informação transmitida na Consulta de Enfermagem, obteve-se **100%** de **máximo de eficácia**, o que reforça a importância de se manter o funcionamento desta Consulta de Enfermagem.

ABSTRACT

In the last decades one has been assisting a growth of the Ambulatory Surgery in several surgical specialties. This type of surgery brings several benefits to the Clients, health professionals and entities of the cares.

The ophthalmic surgery, namely the Cataract Surgery, presents itself as one of the procedures that can be performed in outpatient since it is somewhat invasive, of short duration, usually with few complications and pain easily controllable.

The process of teaching is revealed of extreme importance for the success of the Cataract Surgery of effectuated in Ambulatory Surgery, as well as for the recuperation of the Client in his home. In this way, the Consultation of preoperative Nursing was revealed of extreme importance for the transmission to a Client, of necessary and essential information's, unrolling the surgical process and preparation for a height participation.

This study of investigation, intended to obtain answers to the question **how effective investigation of the information provided in Consultation of preoperative Nursing, to Clients undergoing to Cataract Surgery in Ambulatory Surgery?** sequence it was established as general objective, **to know how efficient is the information supplied in the Consultation of preoperative Nursing to the Clients undergone to Cataract Surgery in Ambulatory Surgery**, with the finality of contributing to the improvement of the information to transmit in the Consultation of preoperative Nursing, to these Clients.

This is an exploratory study, descriptive and crosses, with quantitative and qualitative approach.

This study was carried out in a Ophthalmology Service of a Central Hospital in Lisbon, taking as target, Clients undergone to Cataract Surgery in Ambulatory regime. The sample was selected according to requisites previously defined and it integrated 30 participants. The collection of data processed in a single moment, the implementation of a questionnaire, filled out by the investigator, constituted by a part of observation and another one of closed and opened questions. There was carried out a daily pre-test that allowed validating the applicability of the questionnaire.

Ethics aspects were taken into account the realization of this investigation study.

In general summary, it appears that **60%** (18) of Clients were **female**, with an average age of **73,17 years**. As level of schooling, **53,33%** (16) of Clients had the 4th. year and **63,33%** (19) had the marital status of **married**.

In the analysis of the dimensions were obtained:

* To the dimension **accompanist**, the respectively criteria was: significant person; to the dimension **medical information**, the respectively criteria was: preoperative testing and to the dimension **instructions**, the respectively criteria was: food, resulting in the outcome of **100%** (30) of responses in each of items;

* For the dimension of **knowledge**, **90%** (27) of Clients recognized the **type of surgery proposal**, followed by **86,67%** (26) of Clients acknowledged that the **type of anaesthesia proposal**;

* However only **53,33 %** (16) of the Clients **read the informative booklet** like complement of teaching and **75 %** (12) of this one were **changing the figures** because of not be realizing well.

* In general conclusions, **66,66 %** (20) of the Clients, finds that **were transmitted the necessary information's in the Consultation of Nursing**.

As the result of the data analysis of the effectiveness of the information conveyed in the Consultation of Nursing, a **total score of 100%**, corresponding to a **maximum of efficiency**, thus reflects the importance of maintaining the functioning of the Consultation of Nursing.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XI
ÍNDICE DE QUADROS.....	XII
ÍNDICE DE TABELAS.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV
INTRODUÇÃO.....	1
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
2.1 - Processo de Envelhecimento.....	7
2.2 - Cirurgia da Catarata.....	12
2.3 – Cirurgia Ambulatória.....	14
2.4 – Consulta de Enfermagem.....	18
2.5 - Enfermagem Peri-operatória.....	19
3 – DECISÕES DE ORDEM METODOLÓGICA.....	24
3.1 – Contexto da realização do estudo.....	24
3.2 - Tipo de Estudo.....	26
3.3 - População e Amostra.....	28
3.4 – Variáveis da Investigação.....	29
3.5 - Instrumento de Colheita de Dados.....	31
3.6 - Considerações Éticas.....	34
3.6 – Pré-teste e Colheita de Dados.....	36
3.7 - Tratamento Estatístico.....	37
4 – APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	41
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA: Género, Idade, Estado Civil, Grau de Escolaridade.....	41
4.1.1. Tempo decorrido entre a Consulta de Enfermagem Pré-operatória e o dia da Intervenção Cirúrgica.....	44
4.2 – EFICÁCIA DA INFORMAÇÃO: Dimensões e Critérios.....	46
4.2.1 Acompanhamento.....	46
4.2.2 Informação de ordem Clínica.....	47
4.2.3 Higiene.....	48
4.2.3 Instruções.....	49
4.2.4 Conhecimento.....	52
4.2.5 Suporte de ensino.....	57

4.3 - SCORE TOTAL DA EFICÁCIA DA INFORMAÇÃO TRANSMITIDA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM	61
5 – CONCLUSÃO	62
6 – LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	68
7– SUGESTÕES	70
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
APÊNDICES.....	76
APÊNDICE 1.....	77
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	77
APÊNDICE 2.....	82
CARTA DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA INSTITUIÇÃO	82
APÊNDICE 3.....	84
CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO.....	84
APÊNDICE 4.....	86
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	86
APÊNDICE 5.....	88
CRONOGRAMA	88
APÊNDICE 6.....	90
MATRIZ.....	90
ANEXOS	97
ANEXO 1	98
DOCUMENTO COMPROVATIVO DOS DADOS ESTATÍSTICOS	98
ANEXO 2	100
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS UTILIZADO NO SERVIÇO.....	100
ANEXO 3	102
FOLHETO INFORMATIVO	102
ANEXO 4	104
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	104

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição dos Clientes de acordo com o Género	41
Gráfico 2 Distribuição dos Clientes de acordo com o Estado Civil	43
Gráfico 3 Distribuição dos Clientes de acordo com o Grau de Escolaridade.....	44
Gráfico 4 Distribuição dos Clientes de acordo com a Dimensão Acompanhamento.....	47
Gráfico 5 Distribuição dos Clientes segundo o cumprimento das indicações fornecidas para a Higiene Corporal e Oral.....	49
Gráfico 6 Distribuição dos Clientes de acordo com os critérios da Dimensão Instruções	52
Gráfico 7 Distribuição dos Clientes pelo reconhecimento dos tipos de Cirurgia e Anestesia propostos.....	53
Gráfico 8 Distribuição dos Clientes que verbalizaram reconhecerem, pelo menos, duas etapas do percurso no dia da cirurgia	54
Gráfico 9 Distribuição dos Clientes que verbalizaram conhecimento da colaboração que têm de prestar, em pelo menos, duas das fases do período peri-operatório	56
Gráfico 10 Distribuição dos Clientes de acordo com o Acompanhamento que têm no domicílio nas 1 ^{as} . 24 horas	57
Gráfico 11 Distribuição dos Clientes que leram, ou deram a alguém para ler, o folheto informativo	58
Gráfico 12 Distribuição dos Clientes sobre a apreciação feita ao folheto informativo	59

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Dimensões e Critérios para medir a variável de estudo	30
Quadro 2 Sugestão de alteração nas Figuras do folheto informativo.....	60
Quadro 3 Conteúdos transmitidos na Consulta de Enfermagem.....	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos Clientes de acordo com a idade	42
Tabela 2 Distribuição dos Clientes de acordo com Tempo decorrido entre a Consulta de Enfermagem e a Cirurgia.....	46
Tabela 3 Distribuição dos valores de score total, atribuídos à eficácia da informação transmitida, na Consulta de Enfermagem Pré-operatória.....	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Catarata senil	10
Figura 2: Visão sem catarata	10
Figura 3: Visão com catarata.....	10
Figura 4: Facoemulsificação da catarata	13
Figura 5: Introdução de Lente intra-ocular	13
Figura 6: Distribuição dos Clientes segundo a Dimensão: Informação de Ordem Clínica	48

INTRODUÇÃO

Estudo de Investigação que foi realizado no âmbito do 6º. Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, da Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica.

O presente estudo foi realizado na área da Oftalmologia uma vez que, é a área na qual a autora exerce a sua actividade profissional, sendo por excelência uma das especialidades que tem como alvo os Clientes idosos.

Assim, o estudo foi realizado, mais concretamente, no Bloco Operatório de Oftalmologia e Consulta de Sub-especialidade, que pela sua proximidade de instalações é considerado um único serviço, do qual fazem parte ainda as Consultas de Anestesia e de Enfermagem, a Unidade de Cirurgia Ambulatória e os Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamento.

Neste âmbito, observa-se pela análise da estatística do serviço, que no ano de 2007, foram realizadas 2386 cirurgias, das quais 1315 foram cirurgias de catarata, atingindo o regime ambulatorio, praticamente, 90% das cirurgias efectuadas, verificando-se que a cirurgia da catarata é aquela que ocorre com maior frequência. (anexo 1)

Face ao exposto, é imperioso que a equipa de saúde conheça os seus clientes, pois só assim poderá proporcionar-lhes cuidados eficazes, implicando-os no tratamento e reabilitação de modo a serem asseguradas e mantidas as suas actividades de vida diária.

Desta forma, constata-se que o ser humano não envelhece de uma só vez, mas de uma maneira gradual e o envelhecimento parece instalar-se sem que se dê por isso. (Berger, Mailloux-Poirier, 1995).

Por seu lado, o Cuidar que está implícito nos Cuidados de Enfermagem, significa ajudar o Homem a ser, isto é, a reconhecer o seu potencial humano, de modo a capacitá-lo para lidar com os problemas com que se depara.

Porém, para que seja possível Cuidar verdadeiramente é fundamental conhecer o outro e no caso da pessoa idosa, é fundamental que os enfermeiros entendam o processo de envelhecimento e a importância de irem ao encontro da pessoa segundo uma perspectiva holística, o que implica respeitar o seu passado, presente e futuro, ter a percepção das suas limitações, necessidades e capacidades, tendo sempre presente como objectivo a promoção da saúde e o bem estar da pessoa idosa. (Correia, Crespo e Ribeiro, 2002).

Por sua vez, constata-se que o percurso do cliente cirúrgico no serviço de Oftalmologia, tem várias etapas, ou seja, na Consulta Geral de Oftalmologia é realizado o diagnóstico e proposto o tratamento cirúrgico e após esta decisão, são solicitados vários exames complementares que contribuem para a selecção da abordagem cirúrgica. Seguidamente o cliente é referenciado às Consultas de Enfermagem pré-operatória e de Anestesia as quais, de uma forma geral, são realizadas a todos os clientes. Estas duas consultas decorrem no mesmo dia, uma após a outra, de forma a minimizar as deslocações do cliente ao Hospital.

Esta Consulta de Enfermagem, foi implementada em 2005, simultaneamente com a implementação do regime de Cirurgia de Ambulatório, tem funcionado ininterruptamente e surgiu por se ter sentido necessidade de complementaridade das acções de enfermagem no peri-operatório, com a finalidade de contribuir para a concretização dos objectivos seguintes:

- ✓ reduzir a ansiedade e clarificar dúvidas relativas à cirurgia e anestesia,
- ✓ promover a rápida recuperação pós-operatória,
- ✓ contribuir para a promoção do auto-cuidado
- ✓ contribuir para reintegração na vida activa da pessoa que vai ser submetida à intervenção.

Assim, nesta consulta é realizada uma entrevista na qual se procede à colheita de dados que é efectuada com base num instrumento que foi elaborado pela equipa de enfermagem e para o qual foram seguidas as recomendações preconizadas para a realização da cirurgia de ambulatório.

A informação fornecida na Consulta de Enfermagem é dividida em duas partes. Na primeira, são abordados essencialmente aspectos informativos de carácter geral relativos ao dia da intervenção cirúrgica, os quais têm como finalidade obter a colaboração do cliente em todo o processo. Na segunda parte inicia-se o ensino de preparação para a alta, o qual contempla os cuidados pós-operatórios que devem ser assegurados no domicílio. O registo desta consulta é feito no instrumento de colheita de dados que faz parte do processo do cliente. (anexo 2)

Neste âmbito, Martins (2007, p.12), afirma que a Consulta de Enfermagem se revela de grande importância e que *«... o discurso do enfermeiro é mais aberto e mais facilmente compreendido pelo doente e família, o que facilita maior número de interacções e com maior qualidade humana»*.

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001, p.8), defende que: *«os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue»*

No que respeita à Cirurgia de Ambulatório, os Hospitais SA-Unidade de Missão (2005, p.8), definem-na como:

. . . a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, que embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia.

Desta forma, é exigido ao cliente e à pessoa significativa uma maior participação no tratamento e na preparação da alta para o seu domicílio, tendo-se optado pela utilização do termo **cliente**, devido a ter-se seguido os critérios emanados pela Ordem dos Enfermeiros, os quais atribui ao termo «Cliente» a noção de participação activa no quadro de relação de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros-Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, 2003, p. 4 e 5)

Nesta sequência, com vista a contribuir para a melhoria e/ou reestruturação do conteúdo da informação a transmitir na Consulta de Enfermagem, pretendeu-se obter resposta para a questão de investigação seguinte: **Qual a eficácia da informação fornecida na consulta**

de Enfermagem Pré-operatória, aos clientes submetidos a cirurgia de catarata em regime ambulatório?

Posto isto, considera-se fundamental clarificar o conceito de **eficácia**, o qual é definido como a medida que expressa até que ponto os objectivos ou metas são atingidos numa determinada actividade. Os indicadores que medem a eficácia estão relacionados com o conceito de qualidade e esta, por sua vez, pretende atender às necessidades dos clientes.

No que respeita à informação transmitida pelos Enfermeiros, constata-se nos diferentes estudos publicados, que de uma forma geral, ocupa um lugar primordial no ensino dirigido ao cliente e/ou pessoa significativa em todas as áreas de intervenção dos enfermeiros.

Neste âmbito Cerejo, (2001, p. 42), concluiu no seu estudo de investigação, que teve como objectivo, *«verificar o impacto de um programa de informação estruturado, . . . , instituído no pré-operatório imediato e avaliado no pós-operatório imediato»*, que quando existe um programa de informação estruturado para a recuperação pós-operatória, este contribui para a diminuição da ansiedade dos clientes, assim como para uma melhor recuperação pós-operatória, dizendo que: *«os utentes apreciam e agradecem que alguém dialogue com eles, numa linguagem que compreendem, com informações precisas sobre a sua situação de saúde, ou simplesmente desenvolvendo um dialogo informal»*. (Cerejo, 2001, p.58)

Desta forma, utilizou como estratégia de avaliação do programa de informação, três grupos de Clientes: o grupo experimental, ao qual foi ministrado o programa de informação estruturada e dois grupos de controlo designados por “experimental 1”, ao qual foi ministrada uma intervenção placebo e o grupo designado “controlo”, o qual não lhe foi ministrada qualquer tipo de informação. A análise dos resultados deste estudo foi efectuada através de estatística descritiva, aplicando o teste de análise da covariância (ANOVA unifactorial) tendo-se verificado que, na resposta à hipótese de existir diferença na condição de recuperação pós-operatória entre os grupos sujeitos a intervenção do enfermeiro (grupo experimental e grupo experimental 1) e o grupo controle, os resultados obtidos foram os seguintes: os elementos do grupo “experimental” evidenciaram melhor recuperação pós-operatória (=25.75), que os elementos do grupo “experimental 1” (=23.26) e estes melhor recuperação que os elementos do grupo de “controlo” (=21.42). (Cerejo, 2001, p. 53)

Nesta sequência, Cerejo, (2001, p.58), concluiu que os clientes que apresentavam «*menor ansiedade foram os dos grupos experimentais e foram também esses utentes que apresentaram melhor recuperação pós-operatória*»

Por seu lado, Almeida (2001, p. 40), desenvolveu um estudo de investigação acerca da “Assistência de enfermagem ao paciente idoso durante o período transoperatório”, verificando que entre os itens negativos apresentados no estudo, se destacavam os que se relacionavam com a categoria de comunicação.

Assim, Almeida (2001), recorreu, às medidas de dispersão, para análise dos dados do seu estudo, tendo verificado que no período referente à recepção do cliente no bloco operatório, o uso da comunicação verbal e não verbal «*olhar, gestos, expressão e toque*», obteve um valor de mediana (me) de 27%, por seu lado, durante a indução anestésica e posicionamento do idoso na marquesa operatória, em que a comunicação verbal é igualmente importante, o resultado obtido na mediana (me), foi de 0%, o que significa que nestes momentos a equipe de enfermagem não realizou nenhum tipo de comunicação.

Desta forma, concluiu-se que se devem criar condições para uma maior humanização dos blocos operatórios, em que a comunicação com o cliente e mais especificamente com o cliente idoso, no período peri-operatório, visa não só a comunicação verbal, mas também a comunicação não verbal, pois há que ter em conta os défices sensoriais já adquiridos ao longo da idade, assim como a aprendizagem de processos novos e a sua capacidade de memorização.

Posto isto, o Enfermeiro não se pode esquecer que a comunicação/informação é um factor importantíssimo que deve ser levado em conta, e mesmo com a escassez de tempo, o cliente deve ser tratado com todo o respeito e dignidade tendo o direito de ser informado acerca da sua situação e do que o espera. Para Martins, (2007), ninguém melhor que o Enfermeiro para gerir este processo de informação, adaptando-o a cada individuo facilitando a sua integração no quotidiano de forma a favorecer as melhores respostas ao processo de doença e a maximizar a sua qualidade de vida.

Assim, o objectivo geral do presente estudo foi: **Conhecer a eficácia que tem a informação que é fornecida aos clientes submetidos a cirurgia de catarata em regime**

ambulatório, na Consulta de Enfermagem pré-operatória com a finalidade de contribuir para a melhoria da informação a transmitir ao Cliente proposto para a Cirurgia de Catarata em regime de ambulatório.

Nesta sequência e de forma a poder responder à questão de investigação e ao objectivo do presente trabalho, foi realizado um estudo exploratório transversal, não experimental descritivo simples de nível I, assentando o seu desenho no paradigma de investigação quantitativo.

Num estudo exploratório-descritivo de nível I, o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, com o objectivo de abarcar os diversos aspectos do fenómeno. Da mesma forma, um estudo não experimental, é realizado no seu meio natural e a descrição duma população permite conhecer as suas características. (Fortin, 2003)

Nesta sequência, um desenho de investigação que assenta no paradigma quantitativo, tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.

Posto isto, a redacção do presente trabalho seguiu as normas preconizadas por Azevedo (2006) e foi organizado em três capítulos distintos, no primeiro consta a revisão da literatura, onde estão abordadas as vertentes relacionadas com a temática em causa, tais como o processo de envelhecimento, a cirurgia de ambulatório, a cirurgia da catarata, a consulta de enfermagem e enfermagem peri-operatória.

Do segundo capítulo consta, uma descrição da metodologia utilizada, salientando-se o tipo de estudo, a questão de investigação, as variáveis, a amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos formais e éticos. Segue-se o terceiro capítulo, no qual se apresenta a conclusão, na qual se evidenciam os resultados mais relevantes. Por último, faz-se referência às limitações, implicações para a prática e sugestões para futuros estudos que poderão desenvolver-se dentro desta área.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo foi reservado à pesquisa bibliográfica que esteve na base da realização deste estudo de investigação, na medida em que num estudo de Paradigma Quantitativo, o propósito do enquadramento teórico é reunir conhecimentos, que permitam construir bases que contribuam para a elaboração do estudo. (Polit et al, 2006)

De acordo com Fortin (2003, p.374), a problemática deve ser actual e dentro da área profissional do Investigador; deve ser do: *«domínio de interesse geral e fonte de questionamento que oferece ao investigador a possibilidade de formular um problema de investigação particular»*.

Assim, para uma melhor compreensão da temática em estudo foram aprofundadas as vertentes seguintes: **Processo de Envelhecimento, Cirurgia da Catarata, Cirurgia Ambulatória, Consulta de Enfermagem e Enfermagem Peri-Operatória**, as quais passam a abordar-se.

2.1 - *Processo de Envelhecimento*

O envelhecimento não é uma doença, pelo contrário é uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma durante o máximo tempo possível. Isto implica uma acção integrada ao nível de comportamentos e atitudes da população em geral, bem como da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social. Estas novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico, implicam a readaptação dos serviços de saúde e das estruturas de apoio social.

Assim, verifica-se que o envelhecimento humano é um processo degenerativo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos.

Este fenómeno é transversal à espécie humana e implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e co-responsabilização na promoção da autonomia, da independência das pessoas idosas, bem como o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados.

Neste âmbito, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (p. 4), no que respeita às Pessoas Idosas visa a: *«implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população»*, o que se torna um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde.

Por seu lado, o conceito de envelhecimento activo é entendido como um processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem, o que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1999), vai depender de uma variedade de influências, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações.

No que respeita à patologia crónica, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), defende que, de uma forma geral, o que afecta mais a pessoa idosa, não sendo habitualmente valorizadas, são as deficiências visuais e auditivas o que se repercutem de forma negativa no isolamento e alteração do equilíbrio bio-psico-social.

O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico, relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta.

A senescência não é sinónimo de senilidade nem deve ser entendida como uma doença, na medida em que não se pode comparar com qualquer estado patológico actualmente conhecido, pois resulta de um processo multifactorial e natural que leva a uma deterioração do organismo. O sinal mais evidente da senescência é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente, acentuando-se com a idade e com o aparecimento de patologias crónicas.

Assim, ao reflectir-se nas dimensões do envelhecimento, constata-se que as modificações fisiológicas do envelhecimento humano, têm efeitos cumulativos, fazendo-se de maneira

progressiva, irreversível e destruidora para todos os seres humanos o que, ao contrário da doença, corresponde a um processo normal e universal. Ao mesmo tempo trata-se de um processo individual, que depende de factores externos como o estilo de vida e os factores internos como a bagagem genética e o estado de saúde. Este varia de população para população, bem como, no interior da mesma população, o que contribui para que se designe de envelhecimento diferencial. (Martin e Junod, 1977)

No que respeita ao envelhecimento orgânico, verifica-se que não é homogéneo, isto porque alguns tecidos não envelhecem, outros renovam-se constantemente e outros não têm qualquer capacidade de renovação.

Deste modo, para melhor se perceber o processo de envelhecimento, deve-se começar por fazer a distinção entre envelhecimento primário e secundário, na medida em que foi esta distinção que permitiu realizar progressos importantes e consideráveis em gerontologia, correspondendo o envelhecimento primário ao processo de senescência normal e ao secundário o aparecimento de lesões múltiplas que surgem com a idade.

Nesta sequência, constata-se que as alterações anatómicas e fisiológicas ligadas à velhice se iniciam muitos anos antes do aparecimento dos sinais exteriores. No plano fisiológico, o processo de senescência causa o envelhecimento das estruturas e do aspecto geral do corpo verificando-se também o declínio das funções orgânicas, nas quais estão contemplados o sistema nervoso e sensorial.

Este processo de declínio inicia-se muito cedo, por volta dos cinquenta anos de idade, afectando todas as estruturas nervosas incluindo o encéfalo e espinal-medula. Aos 80 anos o número de células cerebrais diminuiu para metade comparativamente com os 50 anos, muito embora as reservas do encéfalo possam compensar este défice.

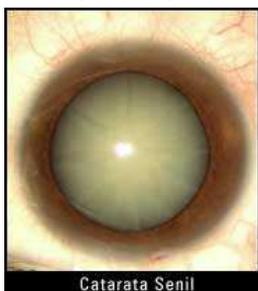
Por seu lado, a atrofia das circunvalações, a redução do aporte sanguíneo e do consumo de oxigénio pelo cérebro e ainda o aumento da resistência vascular, fazem aumentar o tempo de reacção e resposta aos estímulos. Este processo pode ser explicado pela existência de certas perdas de memória, sobretudo a curto prazo, o aumento do tempo de reacção das respostas e a modificação de certos comportamentos.

Relativamente às alterações do sistema nervoso, verifica-se que se reflectem em todos os aspectos incluindo os receptores sensoriais, o que contribui para que a maior parte dos

idosos sofram graves perdas ao nível do paladar, do olfacto, do ouvido, da visão, bem como, da percepção da dor e da temperatura.

Por seu lado, verifica-se que a diminuição do olfacto e das papilas gustativas provocam uma diminuição da sede e por vezes perdas de apetite. No que respeita ao ouvido, as causas de diminuição da audição estão atribuídas à degenerescência das fibras nervosas, espessamento do tímpano, redução da produção de serumen, aumento da rigidez dos ossículos do ouvido médio e atrofia do nervo auditivo. As perdas de audição tornam-se mais evidentes por volta dos cinquenta anos e agravam-se de forma acentuada por volta dos setenta.

Quanto às perdas de visão, constata-se que evoluem de forma muito progressiva, começando geralmente por volta dos quarenta anos e não poupando ninguém. São muito



variadas as alterações encontradas e uma das mais significativas, são as alterações dos meios transparentes, incluindo o cristalino, o qual por volta dos cinquenta anos começa a apresentar alterações degenerativas que poderão evoluir até à formação da catarata. (Brown, 1995)

Figura1: Catarata senil



Figura 2: Visão sem catarata



Figura 3: Visão com catarata

Assim, constata-se que os principais problemas oculares ligados à velhice são as cataratas, a degenerescência macular, as perturbações das glândulas lacrimais, a presbiopia e o descolamento da retina.

A percepção à dor e à temperatura estão sujeitas às diversas mudanças do sistema vascular periférico, dando origem a uma resposta tardia ou inexistente a estes estímulos, constituindo um risco potencial para o desenvolvimento de lesões graves e permanentes.

Outra dimensão que temos de ter em atenção dentro do processo de envelhecimento é a avaliação das funções cognitivas. Assim, a diminuição de certas funções cognitivas são normais dentro deste processo. A avaliação neuropsicológica do cliente idoso deve incluir diferentes aspectos, tais como o funcionamento intelectual e cognitivo, a memória, a linguagem, as funções de percepção e de motricidade, bem como a personalidade. As disfunções cognitivas não são uma doença, mas sim estados fisiológicos que fazem parte no continuum do envelhecimento.

No que respeita às funções intelectuais, verifica-se que declinam de maneira diferente de indivíduo para indivíduo, mas parece ser um factor comum o facto de apresentarem dificuldades ao nível da aprendizagem e do armazenamento de dados, assim como na velocidade de resposta em utilizar as informações já armazenadas.

Para além da má circulação cerebral, o estado geral nutricional parece ser outro factor que está relacionado com o bloqueio das funções cognitivas. Por seu lado, as perdas sensoriais importantes podem modificar a entrada dos dados sensitivos e ser um factor de má condução das percepções, como por exemplo a diminuição da audição e da visão.

O nosso cérebro armazena milhões de informações e realiza um número incalculável de operações. A memória é muitas vezes fonte de preocupação e os esquecimentos são, na velhice, fonte importante de stress e embaraço. A memória está associada à aprendizagem, porque primeiro é preciso aprender para depois poder recordar. Apesar de se tratar de processos distintos, permanecem intimamente ligadas, o que dificulta o estabelecimento das suas fronteiras.

Porém, as perdas de memória nos idosos parecem ser atribuídas a diversos factores, não sendo as suas causas verdadeiramente conhecidas. Relativamente aos factores biológicos, como as alterações químicas, neurológicas e circulatórias, assim como os factores não biológicos atribuídos à falta de motivação, constata-se que o estado de saúde, as experiências passadas e presentes, contribuem igualmente para o envelhecimento das funções cognitivas.

Por seu lado, também o tempo de reacção às respostas e os reflexos se tornam mais lentos à medida que a idade avança.

Esta reflexão, permitiu focar os aspectos mais relevantes sobre o processo de envelhecimento. No item seguinte, considerou-se pertinente abordar o tipo de cirurgia que está na base deste estudo.

2.2 - Cirurgia da Catarata

Dentro da área da Oftalmologia, a Cirurgia da Catarata é aquela que ocupa um lugar primordial na resolução dos problemas ligados aos distúrbios oculares e é a cirurgia de eleição para a integração num programa de cirurgia ambulatória.

A **catarata** consiste na opacificação da lente natural do olho, denominada cristalino, que normalmente é incolor e transparente. O cristalino tem como função contribuir para a focagem das imagens na retina onde através do nervo óptico é levada a informação ao cérebro e executada a sua leitura. (Brown, 1995)

A causa mais comum do aparecimento da catarata é a **senilidade**, ocorrendo geralmente após os 60 anos.

Porém, podem estar associadas outras causas, como por exemplo as **congénitas**, em que a criança nasce já com a catarata podendo ser decorrente de infecções intra-uterinas ou má formação do globo ocular. As **traumáticas**, que ocorrem após acidentes e que geralmente são unilaterais. As cataratas podem aparecer em pessoas com **defeitos metabólicos**, provocados pela diabetes que tem um início mais precoce e uma perda de visão mais rápida que a senil. Existem também cataratas **secundárias**, que habitualmente tem origem medicamentosa, estando associadas ao uso de corticoides em períodos prolongados de tempo. (Brown, 1995)

Os primeiros sintomas são flutuações da visão, em que os objectos podem aparecer amarelados, bassos ou distorcidos. Também é comum necessitarem de melhor iluminação para poderem ver com maior nitidez. A pessoa começa a perceber que mesmo usando óculos é como se as lentes estivessem permanentemente sujas. Outros sintomas referidos são os halos nocturnos em volta das luzes, aumento da miopia, visão dupla unilateral ou

sombras no campo visual e em casos avançados pode ser observada no centro da pupila uma mancha branca ou amarelada (leucócoria).

O único tratamento eficaz para a catarata é a cirurgia, a qual é mais frequente entre pessoas com idade superior a 65 anos. (Brunner et al, 1994)

A cirurgia por Facoemulsificação consiste na técnica mais actual que existe, a qual permite uma maior e mais rápida recuperação visual, trazendo assim um maior número de benefícios para o cliente no mais curto prazo.

Esta técnica baseia-se no princípio de ultra-sons, em que a agulha da ponta de faco através de vibrações desfaz a catarata e aspira ao mesmo tempo.

A incisão no olho para a entrada dos instrumentos cirúrgicos é apenas de três milímetros, no máximo, podendo ser realizada uma cirurgia “selada”, ou seja sem haver mudanças bruscas da pressão intra-ocular.

Após a remoção do cristalino é colocada uma lente intra-ocular dobrável de material acrílico, procedimento que é efectuado através desta micro-incisão.

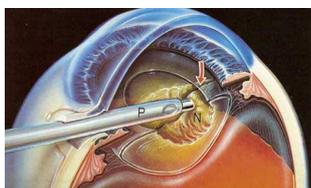


Figura 4: Facoemulsificação da catarata



Figura 5: Introdução de Lente intra-ocular

Para esta técnica cirúrgica, pode recorrer-se, sendo cada vez mais utilizada, à técnica anestésica denominada de anestesia tópica, que consiste apenas na administração tópica de colírios anestésicos.

A cirurgia de Facoemulsificação, em comparação com outras técnicas anteriores permite uma recuperação visual mais precoce, ausência de suturas e na maior parte dos casos, é efectuada apenas com anestesia tópica. (Phipps et al, 1995)

Após um breve período de recuperação o cliente tem alta para o domicílio e a orientação pós-operatória inclui instruções acerca dos medicamentos a aplicar no olho operado,

limpeza e protecção do mesmo, controlo da dor, nível de actividades e restrições, informações sobre posicionamentos e a evolução pós-operatória esperada, consultas de acompanhamento e uma lista de sintomas que podem surgir e que devem ser de imediato comunicados à equipa de saúde. (Brunner et al, 1994)

Uma das vantagens da utilização da técnica de Facoemulsificação é não haver necessidade de se fazer o encerramento da ferida operatória com sutura, pois a incisão é auto selante. Diminui assim, a probabilidade de astigmatismo pós-operatório e proporciona uma recuperação visual muito mais rápida, com um pós-operatório que é indolor.

Terminada a abordagem relativa à patologia que está na base do estudo em questão, passa-se à temática seguinte, que se prende com o tipo de cirurgia realizada neste estudo e suas características.

2.3 – Cirurgia Ambulatória

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma grande expansão na área da Cirurgia Ambulatória, tanto em Portugal como a nível internacional, constatando-se que a História da origem da Cirurgia Ambulatória remonta à 1.^a metade do século XX e é atribuída a James Nicholl, que em Glasgow, no Reino Unido, entre 1900 e 1909 terá operado cerca de 9000 crianças em contexto ambulatório. Todavia, só por volta dos anos 70, com o desenvolvimento da ciência e o crescimento da economia, é que Cirurgia Ambulatória foi redescoberta começando a proliferar e a afirmar-se como especialidade cirúrgica reconhecida. (Michèle & Ângela, 2003)

O objectivo da Cirurgia Ambulatória, visa em primeiro lugar atingir uma maior satisfação dos clientes e uma melhor resposta em termos de saúde comunitária. Isto é conseguido diminuindo o tempo de internamento e o risco de infecção nosocomial reduzindo as listas de espera, as despesas hospitalares e consequentemente contribuir para aumentar a disponibilização de camas para clientes com patologias que exigem o seu internamento.

Deste modo, conclui-se que são várias as vantagens para o cliente, destacando-se como as mais relevantes a desdramatização de acto operatório, o menor afastamento da vida familiar, a personalização da admissão, a aceleração da reinserção familiar e profissional, contexto em que surge a Consulta de Enfermagem pré-operatória, a qual visa promover a capacitação do Cliente e/ou pessoa significativa.

No que respeita às vantagens, elas também se reflectem na instituição, podendo afirmar-se que contribui para que se faça uma melhor gestão dos tempos operatórios, uma vez que possibilita o aumento da actividade cirúrgica, incentiva a criação de novas técnicas e melhora as relações entre profissionais. Dentro destas vantagens destacam-se ainda os custos com os recursos humanos, uma vez que se verifica uma diminuição destes recursos, mais concretamente dos profissionais de enfermagem, nomeadamente nos turnos da noite e fim-de-semana, na medida em que este tipo de cirurgia ocorre de 2^a. a 6^a. feira, das 8.00 às 20.00horas, aspecto que é reforçado por Natário et al, (2000), ao afirmar que o tratamento cirúrgico realizado em regime ambulatório vai contribuir para reduzir os tempos de internamento e as listas de espera, trazendo consequentemente benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o Cliente.

Porém, há riscos e desvantagens, sobressaindo entre estes a sobrecarga para o familiar cuidador, uma vez que este tipo de cirurgia exige o acompanhamento obrigatório do cliente no domicílio e a eventualidade de uma hospitalização pós-operatória imprevista.

No que respeita às desvantagens para a instituição, pode apontar-se a necessidade de esta disponibilizar meios para uma formação adequada da equipa de saúde, representando um aumento de custos em formação. Por seu lado, há uma maior exigência no que respeita à disponibilidade tanto por parte do cirurgião como da equipa de Enfermagem assim como do secretariado.

De entre as várias especialidades cirúrgicas que podem entrar neste programa a Oftalmologia está particularmente indicada nas áreas da cirurgia da catarata, glaucoma e estrabismo.

Assim, o sucesso da cirurgia ambulatória depende de uma cuidadosa selecção dos clientes, bem como dos procedimentos adequados tanto cirúrgicos como anestésicos.

De acordo com as Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório, a selecção do cliente deve obedecer aos critérios seguintes:

- ☞ Idade entre os 6 meses e os 70 anos;
- ☞ Classificação física da A.S.A. (American Society of Anesthesiologists), das classes I e II;
- ☞ Alguns clientes classificados na classe III da A.S.A. como por ex. os com imunossupressão;
- ☞ Domicilio fixo;
- ☞ Ausência de barreira linguística;
- ☞ Telefone, como factor de segurança;
- ☞ Presença de acompanhante que saiba ler;
- ☞ Possibilidade de hospitalização em caso de emergência;
- ☞ Tempo máximo de deslocação domicilio-hospital de 35 a 45 minutos;
- ☞ Consulta pré-anestésica;
- ☞ As intervenções cirúrgicas devem estar compreendidas entre os 30 e os 60 minutos. (Hospitais SA-Unidade de Missão, 2005, p. 28-29)

Desta forma, a selecção dos clientes passa por algumas etapas fundamentais que determinam a sua inclusão ou exclusão no programa. De acordo com as Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório, deverão ainda ser respeitados os seguintes parâmetros:

- ☑ Desejo do cliente;
- ☑ Decisão do cirurgião;
- ☑ Aceitação da Anestesia;
- ☑ Ensino pré-operatório (Hospitais SA-Unidade de Missão, 2005, p. 23-25)

Após ter passado por todo este processo pré-operatório, no dia da intervenção cirúrgica, o acolhimento é feito na Unidade de Cirurgia Ambulatória onde se dá início aos procedimentos necessários para a realização da cirurgia. Terminada a intervenção cirúrgica, o cliente é encaminhado para a unidade de recobro pós-operatória e daqui sai com alta para o domicílio.

No que respeita à alta, de acordo com as Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório, constata-se que está sujeita ao cumprimento dos seguintes critérios:

- ▣ Os sinais vitais devem estar estáveis pelo menos cerca de 1 hora antes da alta;
- ▣ Não pode haver evidência de depressão respiratória;
- ▣ O cliente tem de estar orientado no espaço e no tempo;
- ▣ O cliente tem de estar apto a ingerir líquidos;
- ▣ O cliente tem de estar apto a urinar;
- ▣ O cliente tem de estar apto a vestir-se;
- ▣ O cliente tem de estar apto a andar sem ajuda;
- ▣ O cliente não deverá apresentar náuseas nem dor de cabeça;
- ▣ O cliente não deverá apresentar hemorragia. (Hospitais SA-Unidade de Missão, 2005, p. 38-40)

A alta hospitalar deverá ser dada pelo anestesista e pelo cirurgião, a qual é acompanhada de supervisão por parte do enfermeiro, sendo da sua competência, reforçar/fornecer informações, com vista a garantir o sucesso do pós-operatório.

Assim, o cliente deverá levar consigo as instruções e prescrições medicamentosas para o pós-operatório no domicílio, a descrição sumária do acto anestésico/cirúrgico, bem como o número do telefone do hospital caso haja alguma complicação, só podendo sair se estiver acompanhado por uma pessoa significativa e igualmente informada, para que possa ser assegurada a vigilância pós-operatória do cliente, no domicílio.

Conclui-se assim, que com a alta precoce em Cirurgia Ambulatória o utente é responsabilizado pelo seu auto-cuidado e nesse sentido os Cuidados de Enfermagem são essencialmente dirigidos para a preparação do cliente e pessoa significativa, de forma a que a sua recuperação e reinserção na vida activa também ocorram o mais precocemente possível.

Nesta sequência, no item seguinte aborda-se o contexto em que a informação relevante é transmitida ao cliente e familiar cuidador – A Consulta de Enfermagem.

2.4 – Consulta de Enfermagem

A Consulta de Enfermagem ocupa um lugar privilegiado para a informação e educação para a saúde do cliente em todas as áreas de intervenção dos Cuidados de Enfermagem.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2006), a Consulta de Enfermagem é:

uma actividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas e saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respectiva reformulação das intervenções de enfermagem. (p.1)

Deste modo, enquanto prestadores de cuidados, os Enfermeiros são ética e legalmente obrigados a ensinar, constatando-se que têm sido, desde há longo tempo, prioridades da Enfermagem a prevenção da doença, a informação e educação para a saúde dos clientes. A equipa de Enfermagem deve utilizar mecanismos que lhe permitam determinar cuidadosamente o que o cliente precisa de saber e encontrar o momento em que este está pronto para aprender, assim como utilizar intervenções que assegurem a continuidade do auto-cuidado.

Nesta sequência, verifica-se que o ensino ao cliente é particularmente importante em Cirurgia Ambulatória, uma vez que a preparação Pré-operatória e os cuidados Pós-operatórios, têm ambos lugar no domicílio.

Posto isto, reconheceu-se que a Consulta de Enfermagem Pré-operatória era um elemento essencial na prestação de cuidados ao cliente, pois permite informar, identificar e responder às suas expectativas e necessidades melhorando o seu conforto e contribuindo para a sua segurança, no qual é comum fornecer ao cliente folhetos informativos com as instruções e informações necessárias e pertinentes para o dia da intervenção cirúrgica. Também após a intervenção, devem ser fornecidas instruções por escrito sobre os cuidados a ter em casa e o Ensino deve ser feito em presença do acompanhante que no domicílio lhe vai prestar os cuidados necessários. (Phipps et al, 1995)

Por seu lado, defende o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que:

✿ *Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivos prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (artigo n.º 4);*

✿ *«Os cuidados de enfermagem são caracterizadas por orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias» (artigo n.º 5)*

Assim, o Enfermeiro na Consulta de Enfermagem desenvolve a sua actividade de forma autónoma, responsabilizando-se pelas suas tomadas de decisão baseadas cada vez mais na metodologia científica.

Deste modo, os Enfermeiros são profissionais de saúde cuja carreira e conteúdo funcionais se encontram definidos pelo Decreto-Lei n.º 437/91 (art.º 7, alínea c) parcialmente alterado pelos Decreto-Lei n.º 412/98 e 411/99, os quais salvaguardam no conteúdo funcional de todas as categorias que:

a execução de Cuidados de Enfermagem devem integrar processos educativos, que promovam o auto cuidado do cliente. Esta função aponta claramente para a realização de actividades de Educação para a Saúde. Assim, todo o Enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, sendo esta uma das componentes do processo de educar. (pag. 3)

Nesta sequência, a prática de enfermagem requer o desenvolvimento de habilidades de observação, comunicação e reflexão de modo a poder prestar cuidados individualizados a cada cliente e/ou pessoa significativa, revelando-se fundamental o seu desempenho, numa área muito específica que é o Bloco Operatório.

2.5 - Enfermagem Peri-operatória

Com a introdução das novas tecnologias na área cirúrgica e o desenvolvimento das técnicas anestésicas e cirúrgicas, constata-se que o cliente cirúrgico permanece no hospital por um período de tempo muito curto, verificando-se que, com a introdução da Cirurgia Ambulatória o cliente tem alta no próprio dia da intervenção cirúrgica.

Desta forma, a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente cirúrgico, no período peri-operatório, sofreu também algumas modificações, no sentido de promover um maior acompanhamento dos seus clientes, favorecendo assim a sua integração na vida activa o mais precocemente possível.

Assim, à semelhança das visitas de enfermagem pré-operatória, em que se preconiza que ocorram nos internamentos e que visam responder às expectativas dos clientes perante o processo cirúrgico, melhorando o seu conforto e contribuindo para uma maior segurança num ambiente diferente, também a implementação de Consultas de Enfermagem pré-operatória na Cirurgia de Ambulatório visam uma maior e melhor compreensão da participação do cliente e família em todo o processo terapêutico, vertente que faz parte das atribuições da Enfermagem Peri-Operatória, o que é defendido por Nunes, (2007), ao afirmar que o enfermeiro em contexto peri-operatório:

segue os princípios orientadores da actividade profissional - age no respeito pelos direitos humanos, busca a excelência do exercício e assume a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade – e cumpre os seus deveres, conforme a moldura reguladora da profissão, decidindo com prudência e cuidado. (p.17)

Deste modo, para Udelsman, (2003), o Bloco operatório pode ser definido como um local onde profissionais de três grupos diferentes – enfermagem, anestesia e cirurgia - desenvolvem a sua actividade, prestando cuidados holísticos a um ser, que é o Cliente.

Neste âmbito, cada grupo de profissionais, poderá desenvolver as suas funções de uma forma autónoma dentro do próprio grupo, não esquecendo no entanto que a interligação multidisciplinar é fundamental, pois só assim se poderá prestar cuidados de forma global e individualizada ao cliente cirúrgico.

No que respeita à enfermagem peri-operatória, Nunes (2007), afirma que se constitui:

como um processo sistemático com uma série de passos interligados, seguindo um roteiro para assegurar cuidados de enfermagem, adequados e individualizados, desde o período pré ao pós-operatório. O período pré-operatório inicia-se no momento em que o cliente é informado da necessidade do procedimento cirúrgico e as acções de enfermagem neste período visam objectivar as condições físicas e psicológicas mais adequadas - a figura paradigmática deste período é a visita pré-operatória tendo, entre outros objectivos, a finalidade de esclarecer dúvidas, com vista a evitar enganos ou atrasos e a reduzir a ansiedade dos clientes. A base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem peri-operatória centra-se nesta visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro. Todo o percurso da pessoa, desde a

entrada à saída do Bloco, é acompanhado pelos enfermeiros e hoje, realiza-se em alguns locais a visita pós-operatória na lógica de avaliar o trabalho realizado e recolher elementos que permitam melhorar a qualidade dos cuidados e da intervenção. (p.13)

Assim, no contexto de Cirurgia Ambulatória, a enfermagem peri-operatória constitui uma abordagem individualizada onde o planeamento dos cuidados respeita integralmente as componentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada cliente.

Nesta perspectiva, Watson e Sangermano (1995, p.1059) defendem que, «*os cuidados de enfermagem devem ser consistentes com os padrões da prática de enfermagem peri-operatória estabelecidos e devem incluir os familiares e pessoas significativas durante a experiência cirúrgica*».

Conclui-se assim, que o cliente idoso que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica merece especial atenção por parte da equipa de Enfermagem devendo ter-se em conta as características e necessidades especiais desta faixa etária, sendo o uso da comunicação verbal e não verbal (olhar, gestos, expressão e toque) um aspecto importante para verificar e questionar as condições do idoso, orientando-o e informando-o quanto aos procedimentos a serem realizados porém, é sobretudo o toque o que mais e melhor transmite ao idoso o conforto e a segurança. (Almeida, 2001)

Nesta sequência, pode afirmar-se que, o objectivo do ensino pré-operatório consiste fundamentalmente em ajudar a reduzir a ansiedade do cliente e prepará-lo para a cirurgia, revelando-se fundamental informá-lo sobre o que pode esperar dos procedimentos, rotinas, da cirurgia e das sensações que poderá vir a experimentar; quais as medidas que pode adoptar para reduzir a ansiedade e quais as actividades que poderão promover a recuperação pós-operatória. Deste modo, o ensino pré-operatório ajuda a diminuir a ansiedade do cliente a alterar as actividades desfavoráveis, a influenciar a recuperação pós-operatória e a promover a eficácia dos cuidados. (Phipps et al, 1995)

Neste âmbito, Cerejo (2001), nos estudos que realizou concluiu que:

«Quando se baixa o nível de ansiedade no pré-operatório aos utentes, estes obtêm uma melhor e mais rápida recuperação pós-operatória, para além de melhorar a aderência ao tratamento» (p. 58)

«utente informado sobre os acontecimentos que o aguardam, responde de forma mais eficaz» (p. 42)

Assim, verifica-se que só com clientes informados é que se podem obter respostas responsáveis e conscientes, não esquecendo o respeito pelos seus direitos, pois só desta forma é que podem ser incentivados a participar de forma activa, em todo o processo terapêutico.

A este respeito, o Código Deontológico de Enfermagem, no artigo 84º. defende que o enfermeiro deve:

 *Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (alínea a)*

 *Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem (alínea c)*

Como reforço à importância da informação que deve ser transmitida ao cliente cirúrgico e família, as recomendações da EORNA (European Operating Room Nurses Association) e da AESOP (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses), citadas por Nunes (2007), defendem que contribuem para a redução de erros e preconizam a protecção e segurança no Bloco Operatório, pelo que deve:

incluir, sempre que possível, o cliente e os seus significantes, encorajando a participar activamente no processo de cuidados (e aqui naturalmente, toda a intervenção desde a visita pré-operatória, o consentimento livre e esclarecido, até à manutenção da informação para o exterior da sala enquanto decorre e após o acto cirúrgico). p.16

Posto isto, pode-se considerar que a Enfermagem Peri-Operatória assume cada vez mais um papel primordial dentro do processo cirúrgico. A permanente actualização dos conhecimentos científicos e a introdução de novas técnicas, veio permitir a execução de cirurgias em regime ambulatório, orientando assim a Enfermagem Peri-Operatória para o desenvolvimento de novas competências, de forma a poder acompanhar este processo em contínuo crescimento.

Concluiu-se assim, que o objectivo da Enfermagem Peri-operatória continua a ser a prestação de melhores cuidados de enfermagem aos clientes, não só nos procedimentos

inerentes ao acto operatório mas também, na promoção de cuidados de saúde que visem o auto-cuidado e a sua reintegração na vida activa o mais precocemente possível.

3 – DECISÕES DE ORDEM METODOLÓGICA

É nesta fase da investigação que se procede ao delineamento do seu desenho, o que implica o estabelecimento de um plano onde se definem as estratégias de âmbito metodológico a utilizar para a sua realização, ou seja o: *«conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Também, secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação.»* (Fortin; 2003, p.372)

Por seu lado, Polit et al (2006, p.53), define a Fase Metodológica como: *«o momento em que o Investigador toma decisões sobre os métodos a serem usados para abordar a questão de pesquisa e planeia cuidadosamente a colheita de dados».*

Assim, é nesta fase que se torna necessário definir um desenho de investigação, afirmando Fortin, (2003), que os:

principais elementos que concorrem para o estabelecimento de um desenho de investigação são: o ou os meios onde o estudo será realizado, a selecção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; as estratégias utilizadas para controlar as variáveis estranhas; os instrumentos de colheita de dados; o tratamento dos dados. (p.132)

Nesta sequência, a delineação deste estudo é feita nos sub-capítulos seguintes de forma a descrever os métodos e as técnicas que foram utilizadas no quadro desta investigação.

3.1 – Contexto da realização do estudo

A selecção do meio onde se desenrola o estudo de investigação é um dos principais elementos que convergem para a definição do seu desenho.

Assim, foi seleccionado para o desenvolvimento deste estudo o meio natural, que de acordo com Fortin (2003, p.132), significa que *«se efectua em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios»*.

Desta forma, este estudo foi realizado no contexto do Bloco Operatório de Oftalmologia de um Centro Hospitalar de Lisboa, em que se realiza uma Consulta de Enfermagem duas vezes por semana, a qual coincide com o dia da Consulta de Anestesia.

Após as formalidades de apresentação, a enfermeira dirige a sua entrevista seguindo os itens de um instrumento de colheita de dados que foi previamente elaborado de acordo com os critérios preconizados para a realização de Cirurgia Ambulatória. (anexo 2)

Esta recolha de informação permite que a enfermeira identifique os conhecimentos do Cliente acerca da cirurgia proposta, do tipo de anestesia a realizar e do regime em que é executado o processo cirúrgico.

Seguidamente, fornece-se um conjunto de informações e orientações adequadas às necessidades de cada cliente, reforçando a importância do acompanhamento domiciliário e do transporte adequado para o domicílio após a cirurgia. A informação transmitida inclui ainda a descrição do circuito cirúrgico e outras informações de carácter geral, as quais deverão ser cumpridas no dia da intervenção cirúrgica. Esta informação é complementada com a entrega de um folheto explicativo no final da Consulta de Enfermagem. (anexo 3)

Terminado todo este procedimento da Consulta de Enfermagem, o instrumento de registos, é anexado ao processo do cliente, que o acompanha no dia da intervenção.

Face ao contexto descrito, definiu-se a questão de investigação, a qual de acordo com Fortin (2003, p.40), corresponde a: *«enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem a ou as variáveis em estudo»*.

Assim, pretendeu-se responder à seguinte questão de investigação: **Qual a eficácia da informação fornecida na Consulta de Enfermagem Pré-operatória, aos clientes submetidos a cirurgia da catarata, em regime de ambulatório?**

Identificado o meio onde se desenvolveu o estudo e definida a questão de investigação, no sub-capítulo seguinte aborda-se o tipo de estudo que se realizou.

3.2 - Tipo de Estudo

A realização do presente estudo surgiu duma inquietação pessoal, emergindo da necessidade de **Conhecer a eficácia que tem a informação que é fornecida, aos clientes submetidos a cirurgia de catarata em regime ambulatorio, na Consulta de Enfermagem pré-operatória** com a finalidade de saber se havia, necessidade de melhorar o conteúdo da informação que é transmitida ou minimizar os factores que estivessem na base de uma fraca eficácia desta informação.

Assim, foi realizado um estudo de investigação, de paradigma quantitativo, exploratório transversal, de nível I, não experimental e descritivo simples, o qual de acordo com Fortin (2003, p.22), implica *«um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis.»*

Para Fortin (2003, p.22), a abordagem quantitativa tem como principais características *«a objectividade, a predição, o controle e a generalização. . . tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predezir e de controlar os acontecimentos»*

O processo de investigação quantitativa realiza-se geralmente de forma ordenada, através de uma série de etapas progressivas que conduzem a um fim, correspondendo a primeira à etapa conceptual, a qual começa quando o investigador trabalha uma ideia de modo a orientar a sua investigação, podendo resultar de uma observação, de literatura consultada, ou de uma inquietação pessoal relativa a um domínio ou conceito, a qual dá origem à formulação do problema, devendo o investigador interrogar-se sobre a sua pertinência, originalidade e viabilidade.

A segunda etapa designa-se por metodológica, sendo nesta fase que, o investigador determina os métodos que irá utilizar para obter a resposta à questão de investigação, o que implica a escolha de um desenho metodológico adequado para explorar, descrever um fenómeno, examinar associações e diferenças ou verificar hipóteses. O investigador define a população e os instrumentos mais apropriados para realizar a colheita de dados. Estas decisões são importantes para garantir a fiabilidade e a qualidade do estudo.

Por último, temos a fase empírica que corresponde à execução do plano de investigação o qual passa pela realização da colheita de dados, organização e tratamento dos mesmos, a interpretação e apresentação dos resultados. (Silva, 2002)

Nesta sequência, classificou-se este estudo como exploratório na medida em que, é o primeiro estudo, que foi realizado na vertente em causa, que foi realizado neste serviço, não tendo sido encontrados, também, na literatura consultada estudos semelhantes. Assim, ao ser exploratório, permitiu ao investigador conceptualizar e enquadrar a temática, da mesma forma que, sendo descritivo simples de nível I, permitiu estabelecer as características da amostra estudada. O estudo realizado foi um estudo não experimental, pois o que se pretendeu não foi obter relações de causalidade entre grupos de sujeitos, mas sim conhecer e descrever o fenómeno. A classificação de estudo transversal surge pelo facto de a recolha de dados ter ocorrido num único período de tempo.

Desta forma, de acordo com Fortin (2003, p.137), um estudo exploratório, descritivo simples, nível I, não experimental e transversal, permite *«documentar e comunicar a experiência, explorar conceitos, descrever experiências. . .»*, afirmando Fortin (2003, p. 240), que *«quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno, como no estudo exploratório-descritivo (nível I), o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno.»*

Nesta sequência, um estudo descritivo simples, permite:

descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características desta população. A descrição completa de um fenómeno específico de uma população é importante para o desenvolvimento da teoria e como trampolim para a formulação de hipóteses.
(Fortin, 2003, p.164)

Caracterizado o tipo de estudo que foi realizado nesta investigação, há que identificar a população e a amostra, aspectos que serão abordados no sub-capítulo seguinte.

3.3 - População e Amostra

A selecção da população e da amostra são de extrema relevância num estudo de investigação.

Assim, Fortin (2003, p.41), define população como «*todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo, . . . a população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações*». Por seu lado, considera que a amostra é «*um subconjunto de elementos ou sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica em miniatura, da população alvo*».

Nesta sequência, procedeu-se à definição dos critérios de selecção da amostra, os quais de acordo com Fortin, (2003, p. 202-203), são «*guias importantes para a escolha possível do elemento de amostragem. Certos critérios dizem respeito às características requeridas para que um elemento ou sujeito faça parte da amostra*».

Desta forma, começou-se por analisar os dados estatísticos do Serviço em que se realizou o estudo, permitindo assim, definir os critérios e determinar o tamanho da amostra.

Optou-se por fazer uma selecção dos elementos que integrariam a amostra, obtendo assim, um subconjunto da população alvo, para o qual foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, que de acordo com Fortin, (2003, p. 208), constitui:

um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. A amostragem não probabilística tem o risco de ser menos representativa do que a amostragem probabilística. No entanto, nem sempre é fácil construir amostras probabilísticas em certas disciplinas profissionais, porque o investigador raramente tem acesso a toda a população.

Apesar das desvantagens da técnica de amostragem não probabilística de conveniência, a decisão desta opção prendeu-se com a disponibilidade da investigadora para a realização do estudo, tendo sido salvaguardado que «*as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.*» (Fortin, 2003, p.202),

Assim, a amostra foi constituída por 30 clientes que se encontravam dentro dos critérios seguintes:

- ☞ Serem submetidos a cirurgia de catarata pela primeira vez,
- ☞ Terem idade superior a 65 anos,
- ☞ Estarem orientados no tempo e no espaço.

Definidas as características da amostra e seleccionado o plano de amostragem, o passo seguinte contemplou a definição das variáveis da investigação, aspecto que passa a ser abordado.

3.4 – Variáveis da Investigação

Num estudo de paradigma quantitativo a definição das variáveis é indispensável, afirmando Fortin (2003, p.36), que estas são «*qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação*». Na mesma linha de pensamento, Fortin (2003, p.37), defende que: «*as variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação*».

Nesta sequência, constata-se que as obras metodológicas apresentam correntemente vários tipos de variáveis: variáveis dependentes e independentes, variáveis de atributo e variáveis estranhas.

Deste modo, para a realização da presente investigação, considerou-se como variável de estudo a seguinte:

- 👉 **A eficácia da informação fornecida na Consulta de Enfermagem pré-operatória, aos clientes submetidos a cirurgia de catarata em regime ambulatorio.**

Assim, foi necessário estabelecer os critérios que permitissem medir a variável de estudo, para o que se utilizaram os itens que constam da norma de informação/orientação, que é utilizada na Consulta de Enfermagem pré-operatória, na medida em que, se considera que contempla a informação que é fundamental para o sucesso da cirurgia realizada em regime ambulatorio.

Nesta sequência, transformaram-se os referidos itens em critérios, os quais se organizaram em dimensões, de acordo com a estrutura apresentada no Quadro 1.

Dimensões	Crítérios
Acompanhamento	✓ Pessoa significativa
Informação de Ordem Clínica	✓ Exames pré-operatórios ✓ Listagem da medicação de ambulatório
Higiene	✓ Corporal ✓ Oral
Instruções	✓ Alimentação ✓ Adornos ✓ Valores ✓ Maquilhagem ✓ Próteses ✓ Roupa ✓ Calçado
Conhecimento	✓ Cirurgia ✓ Anestesia ✓ Etapas do dia da Cirurgia ✓ Fases do período peri-operatório ✓ Importância do acompanhamento permanente por parte de um adulto nas 1 ^{as} . 24 horas
Suporte de ensino	✓ Folheto informativo

Quadro 1 Dimensões e Critérios para medir a variável de estudo

Por seu lado, as variáveis de atributo são as que permitem caracterizar a população, ou seja, conhecer «*as características dos sujeitos num estudo. Estas são geralmente variáveis demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil,A escolha das variáveis de atributo é determinada em função das necessidades do estudo.*» (Fortin, 2003, p.37)

Nesta sequência, para o desenvolvimento deste estudo foram definidas as variáveis de atributo seguintes:

- ☞ Género;
- ☞ Idade;
- ☞ Estado civil;
- ☞ Grau de Escolaridade.

Encontradas as variáveis e identificados os critérios que permitem medir a variável de estudo, passou-se à elaboração do instrumento de colheita de dados que se considerou mais apropriado para o estudo em questão, aspecto que vai passar-se a abordar.

3.5 - Instrumento de Colheita de Dados

A fase metodológica inclui também a selecção dos métodos de colheita e análise de dados. É igualmente nesta fase, que o investigador prevê os problemas éticos que podem ser colocados quando se processa a colheita de dados, afirmando Fortin (2003, p.41), que nesta etapa o investigador:

«descreve os métodos de colheita de dados que irão ser utilizados. . . . descreve as características dos instrumentos e trata dos aspectos de fidelidade e validade. . . . O investigador precisa igualmente os tipos de análise estatísticos que serão úteis no tratamento dos dados.»

Neste âmbito, Fortin (2003), refere que:

Quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno, como no estudo exploratório-descritivo (nível I), o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno. São utilizados a este nível as observações, as entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas, os questionários semi-estruturados, o material de registo, etc. (p.240)

Nesta sequência, afirma que as questões são *«os elementos de base a formular tanto num questionário como numa entrevista. As questões devem ser compreendidas pelos sujeitos e estes devem ser capazes de lhes responder.»* (Fortin, 2003, p.250)

Para a realização deste estudo, o instrumento seleccionado para a colheita de dados foi um questionário, preenchido pelo investigador, por observação directa e questões colocadas aos participantes, sendo constituído por 11 questões fechadas de escolha fixa, existindo apenas três questões de resposta aberta. Para Fortin (2003, p.251), as questões fechadas ou de escolha fixa são «*as que fornecem ao sujeito uma série de respostas entre as quais ele faz a sua escolha. São incluídas nesta categoria as questões dicotómicas, as de escolha múltipla ou as de gradação ou em contínuo.*» Dentro desta linha de raciocínio, as respostas devem ser mutuamente exclusivas e inseridas numa ordem lógica.

Desta forma, o instrumento de recolha de dados utilizado foi constituído por duas partes, destinando-se a primeira a obter dados de caracterização da amostra, com cinco questões:

- ✓ Uma questão de observação directa, referente ao género;
- ✓ Uma questão aberta, correspondente à idade;
- ✓ Duas questões de escolha fixa, correspondentes ao estado civil e ao grau de escolaridade;
- ✓ Uma questão de escolha fixa, correspondente ao tempo decorrido entre a Consulta de Enfermagem e a realização da Cirurgia.

Na segunda parte deste instrumento, os dados a recolher prenderam-se com a variável de estudo que emergiu da questão de investigação e do objectivo do estudo. Assim, de forma a obter estes dados foram realizadas oito questões:

- ✓ Seis questões dicotómicas, referentes à informação transmitida na Consulta de Enfermagem;
- ✓ Uma questão mista, com escolha fixa e com um item de resposta aberta, correspondente ao folheto que é entregue na Consulta de Enfermagem para complemento do ensino que é efectuado;
- ✓ Uma questão directa aberta, de forma projectiva, correspondente à informação que o Cliente gostaria que lhe tivesse sido transmitida na Consulta de Enfermagem.

Ao incluir questões abertas num questionário, permite que os sujeitos respondam pelas suas próprias palavras e de acordo com Fortin (2003, p.251), «*os temas a cobrir serão*

apresentados igualmente numa ordem lógica para o sujeito.» Da mesma forma, Fortin (2003, p.251), refere que, o investigador pode «*decidir colocar questões associativas . . . , ou ainda questões projectivas*».

Para a elaboração deste instrumento, houve a preocupação a quando da formulação das questões, de se utilizar uma linguagem que fosse compreensível para todos os participantes, recorrendo-se ao emprego de frases curtas e claras, aspecto que é defendido por Fortin (2003, p.251), ao afirmar que: «*as questões devem ser compreensíveis para todos os sujeitos, independentemente da capacidade de leitura de cada um, isto é, claras e não enviesadas. As frases curtas são mais fáceis de compreender*».

Uma vez que se pretendia conhecer a eficácia da informação no dia da intervenção cirúrgica, a recolha de dados ocorreu no dia da cirurgia no momento da admissão do Cliente na Unidade de Cirurgia Ambulatória, facto que levou a optar-se por o preenchimento do instrumento de colheita de dados ser realizado pelo investigador. (apêndice 1).

Desta forma, o preenchimento deste instrumento não seguiu as recomendações preconizadas por Fortin, (2003, p. 249), quando refere que o questionário é «*habitualmente preenchido pelos próprio sujeitos, sem assistência*», opção que se prendeu com o aspecto anteriormente referido e ainda com os factores seguintes:

- A admissão dos clientes na Unidade de Cirurgia Ambulatória ser um procedimento rápido, na medida em que a duração das intervenções cirúrgicas são de cerca de 30 a 45 minutos e o espaço físico da Unidade só permitir que estejam 5 clientes em simultâneo;
- A realização da cirurgia de catarata necessita que se proceda à midríase pupilar, o que implica que o cliente tenha de permanecer de olhos fechados após a aplicação tópica de colírios midriáticos;
- A midríase pupilar e a cicloplegia associada não permitirem a focagem das imagens, o que constitui uma limitação à visão para perto, dificultando a leitura;
- Em simultâneo com a midríase é necessário realizar outros procedimentos, tais como: vestir roupa adequada à entrada no Bloco Operatório, a

cateterização venosa, administração de fármacos prescritos e ainda a avaliação dos sinais vitais.

Reunidas as condições para se realizar a colheita de dados, houve que respeitar os requisitos éticos preconizados, que foram tidos em consideração ao longo da realização do estudo, tanto em relação à instituição onde o mesmo foi realizado como aos participantes do estudo, aspectos que passam a descrever-se no sub-capítulo seguinte.

3.6 - Considerações Éticas

Os Códigos de Ética, surgiram em resposta à violação dos direitos humanos e à evolução rápida da ciência e da tecnologia.

Desta maneira, Fortin (2003, p.116), afirma que a investigação aplicada a seres humanos pode por vezes, *«causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.»*

Nesta sequência, os princípios ou direitos fundamentais determinados pelos Códigos de Ética são:

☞ O Direito à Autodeterminação;

«Decorre deste princípio que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.» (Fortin, 2003, p.116)

☞ O Direito à Intimidade;

«O investigador, por sua vez, empenha-se em proteger o anonimato da pessoa ao longo de todo o estudo, o que compreende igualmente a etapa de divulgação de resultados.» (Fortin, 2003, p.117)

☞ O Direito ao Anonimato e à Confidencialidade;

«O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.» (Fortin, 2003, p.117)

☞ O Direito à Protecção contra o Desconforto e o Prejuízo;

«O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.» (Fortin, 2003, p.118)

☞ O Direito a um Tratamento Justo e Equitativo;

O direito a um tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo. Estas informações são essenciais a um consentimento ou a uma recusa esclarecida quanto a uma eventual participação na actividade de investigação. (Fortin, 2003, p.119)

Um trabalho de investigação levanta sempre questões éticas e morais, que devem ser levadas em conta ao longo do seu desenvolvimento. Assim, há que estabelecer limites de forma a manter o respeito pelo Cliente, na sua individualidade e dignidade humana.

Neste trabalho, a identidade do Cliente foi inscrita apenas no termo de consentimento informado dado que, este não necessita de estar junto aos dados colhidos, tendo sido guardado em local seguro de modo a que não houvesse violação dos direitos dos participantes.

Os instrumentos de recolha de dados foram guardados sigilosamente até ao tratamento dos dados e ao terminar a investigação foram destruídos assim como os documentos que identificavam os participantes.

Ao considerarmos o cumprimento destes pressupostos, poder-se-á afirmar que foram salvaguardadas as devidas precauções para a realização de um Trabalho de Investigação.

Neste âmbito, foi pedida Autorização à Instituição para se efectuar a recolha de dados, cumprindo todas as normas e procedimentos legais. (apêndice 2)

Como resposta a este pedido, a Comissão de Ética da Instituição deliberou emitir o parecer favorável, para a realização do estudo. (anexo 4)

No que respeita aos participantes, é de referir que a decisão de participarem foi tomada com base no esclarecimento relativo ao estudo em questão, através da Carta de Explicação do mesmo (apêndice 3), na sequência do qual lhes foi pedido para assinarem o Termo de Consentimento Informado. (apêndice 4)

Definidos os requisitos de ordem ética, procedeu-se à colheita de dados, organização e tratamento estatístico dos mesmos, aspectos que passam a ser referidos no sub-capítulo seguinte.

3.6 – Pré-teste e Colheita de Dados

De forma a poder validar as questões do instrumento de colheita de dados, foi realizado um pré-teste a 3 clientes, na medida em que este é: *«indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões.»* (Fortin, 2003, p.253),

Assim, o questionário foi preenchido de forma individual no momento da admissão do cliente na Unidade de Cirurgia Ambulatória e imediatamente após se terem retirado os acompanhantes. Foram feitos os devidos esclarecimentos relativamente aos objectivos a que se propunha o estudo, a participação que era pedida a cada sujeito e quando havia concordância era assinado o Termo de Consentimento Informado.

O preenchimento de cada questionário teve uma duração média de 10 minutos. Realizado o pré-teste efectuou-se a sua avaliação, não tendo sido encontrado nenhum dado que fosse necessário alterar, o que permitiu que se desse início à colheita de dados.

Desta forma, a colheita de dados efectuou-se durante os meses de Abril e Maio conforme o Cronograma que foi elaborado para se proceder à realização do estudo (Apêndice 5), tendo ocorrido em condições semelhantes à do pré-teste, não se tendo verificado qualquer intercorrência.

Realizada a colheita de dados, houve que planejar o seu tratamento, vertente que passa a abordar-se.

3.7 - Tratamento Estatístico

De forma a produzir resultados que possam ser interpretados pelo investigador, é necessário que se proceda à análise dos dados colhidos. Neste âmbito, Fortin (2003, p.42), afirma que: *«os dados são analisados em função do objecto de estudo, segundo se trata de explorar ou de descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre as variáveis.»*

No plano estatístico, uma investigação descritiva *«efectua-se num contexto exploratório, pois que **a priori** o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas são desconhecidas do investigador.»* (Fortin, 2003, p.276)

Desta forma, para o tratamento estatístico dos dados colhidos neste estudo de investigação, foi utilizada a estatística descritiva, a qual permitiu *«descrever as características da amostra . . . e os valores obtidos pelas variáveis. . . . incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão.»* (Fortin, 2003, p.277)

Neste âmbito, a escolha do tipo de estatística descritiva depende do tipo de variáveis, tendo sido utilizadas variáveis do tipo discretas e contínuas, referindo-se Fortin (2003, p.275), às discretas como aquelas em que *«os valores que tomam são facilmente enumeráveis»*, enquanto que as contínuas compreendem as medidas sobre *«as escalas de intervalos, de razão . . .»*

Assim, de forma a organizar os valores obtidos foi feita a sua distribuição em tabelas de frequência que segundo Fortin (2003, p.278), representam *«um método de organização dos dados numéricos . . . pode representar dados provenientes das variáveis discretas nominais, tais como sexo, o estado civil, o grupo étnico»*.

Nesta sequência, foram igualmente utilizadas as medidas de tendência central, que de acordo com Fortin (2003, p.280-281), são: *«a média, a mediana e a moda. . . . calcula-se a média. . . dividindo a soma das observações pelo tamanho da amostra. A mediana é o*

valor que divide em dois a distribuição duma variável. A moda é o valor numérico que aparece mais frequentemente numa distribuição».

Para finalizar esta análise de dados, foi também utilizada a medida de dispersão amplitude, do intervalo de variação. As medidas de dispersão segundo Fortin (2003, p. 282), medem *«diferenças individuais entre os membros de uma amostra»*. Uma das principais medidas de dispersão é a amplitude que para a mesma autora permite *«determinar entre que limites a variável se escalona. A diferença entre o limite inferior e o limite superior é a amplitude da variável.»*

Deste modo, a análise dos dados das perguntas fechadas foi realizada seguindo a ordem do instrumento de colheita de dados, recorrendo à utilização do programa informático de Microsoft Excel, de forma a poder fazer o seu tratamento, registo e justificação. Os dados finais são apresentados sob a forma de gráficos, tabelas e quadros, com o intuito de facilitar a leitura dos resultados obtidos.

A análise dos resultados das perguntas abertas, foi feita de acordo com o método de análise temática de conteúdo de Bardin (2004), que sugere que a ordenação das respostas seja efectuada segundo Unidades de Contexto que definem o tema/categoria dentro do qual se inserem as respostas com o mesmo significado, em Unidades de Registo que são todas as respostas dadas e Unidades de Enumeração que são o número de vezes que foi dada a mesma resposta ou respostas com o mesmo significado ou idêntico. Para Bardin, (2004, p.33), a análise de conteúdo aparece como *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”*.

Assim, as respostas das perguntas abertas foram analisadas entrevista a entrevista e as frases significativas foram assinaladas e agrupadas pelo significado do conteúdo. Destes grupos foi escolhida a frase mais representativa, passando a ser a unidade de registo seguidamente foi enumerado o número de sujeitos que deu a mesma resposta, o que permitiu obter as unidades de enumeração.

Para Fortin (2003), os questionários são utilizados para se obterem dados factuais, no entanto, os investigadores estão simultaneamente interessados, em estudar as opiniões dos participantes. Desta forma, são utilizadas escalas de medida que possam traduzir os resultados encontrados, as quais segundo Fortin (2003, p.254): *«possuem um traço comum:*

o de situar a pessoa num ponto preciso de um contínuo ou numa série ordenada de categorias».

Assim, de forma a analisar-se os dados das questões da II parte do questionário, as que traduzem a **eficácia** da informação transmitida na Consulta de Enfermagem, tornou-se imperioso elaborar uma escala de medida que permitisse fazer a leitura dos resultados obtidos.

Desta forma, analisaram-se as questões dicotómicas de 1 a 6 da II parte do questionário, tendo-se elaborado para o efeito uma escala de medida, tendo sido atribuído ao “**sim**” o significado de **eficácia máxima** com o valor igual a 2 e ao “**não**” o significado de **eficácia reduzida** com o valor igual a 1. A resposta “**Não se aplica**”, foi classificada de forma igual ao “sim”, considerando-se que, a eficácia não pode ser penalizada pelo facto de existirem estas situações.

Nesta sequência, calculou-se o *score* de cada questionário, o que para Fortin (2003, p.254) se traduz por: *«um valor numérico (score) é atribuído à posição que o sujeito escolheu na escala representando um continuum em relação à característica medida.»*

Com base no exposto, calculou-se o *score* total das 17 alíneas, somando-se os valores apresentados nas respostas, tendo-se obtido um *score* máximo de 34 ($17 \times 2 = 34$) e um *score* mínimo de 17 ($17 \times 1 = 17$).

Após os cálculos do *score* máximo e mínimo, definiram-se os intervalos da escala de medida, de forma a poderem-se enquadrar os resultados obtidos, nos intervalos seguintes:

✓ 17 a 25,5 = eficácia reduzida;

✓ 25,6 a 34 = eficácia máxima.

Estes valores obtiveram-se a partir da:

✎ Diferença entre o valor máximo e o mínimo possível, nas respostas ($34 - 17 = 17$);

✎ Divisão entre o número total de alíneas (17) e as possibilidades de escolhas (sim/não = 2). Desta forma, o valor calculado foi: $17 : 2 = 8,5$.

Assim:

$17+8,5 = 25,5$, obteve-se o intervalo $17 - 25,5 =$ eficácia reduzida;

$25,6+8,5 = 34$, obteve-se o intervalo $25,6 - 34 =$ eficácia máxima.

Definido o tratamento estatístico, no capítulo seguinte será feita a apresentação e interpretação dos resultados obtidos neste estudo de investigação.

4 – APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Terminada a análise dos dados, é neste capítulo que se faz a apresentação e interpretação dos resultados obtidos.

Assim, serão apresentados os resultados em gráficos e tabelas e feita a sua análise à luz da bibliografia consultada e traduzida no enquadramento teórico.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA: *Género, Idade, Estado Civil, Grau de Escolaridade*

A análise do gráfico 1, permite-nos verificar que a amostra deste estudo tem **60%** (18) de participantes do **sexo feminino**, aspecto que corresponde às Estimativas da População Residente em Portugal fornecidas pelo Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2006, a qual refere que em 31 de Dezembro de 2005 o número de indivíduos do sexo feminino era de 5 453 850 e do sexo masculino era de 5 115 742.

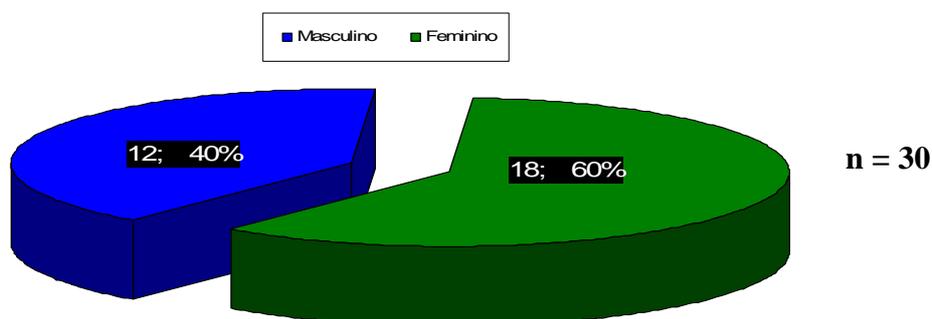


Gráfico 1 Distribuição dos Clientes de acordo com o Género

No que respeita à **idade**, verifica-se, pela análise da Tabela 1, que esta se encontra compreendida entre os 65 e os 85 anos, o que corresponde a uma **amplitude de intervalo de variação de 20 anos**, encontrando-se a **média nos 73,17 anos** e a **moda nos 65 anos**.

Idades	n	%
65	5	16,67%
66	0	0,00%
67	1	3,33%
68	1	3,33%
69	2	6,67%
70	1	3,33%
71	2	6,67%
72	1	3,33%
73	1	3,33%
74	3	10,00%
75	3	10,00%
76	4	13,33%
77	0	0,00%
78	0	0,00%
79	2	6,67%
80	1	3,33%
81	0	0,00%
82	1	3,33%
83	0	0,00%
84	1	3,33%
85	1	3,33%
Total	30	100,00%

n = 30

\bar{x} = 73,17 anos
mo = 65 anos
AIV = 20 anos

Tabela 1 Distribuição dos Clientes de acordo com a idade

Relativamente ao **estado civil**, a análise do Gráfico 2, permite-nos verificar que **63,33%** (19) dos Clientes que integraram a amostra eram **casados**, sendo a **viuvez com 26,67%**, (8) o segundo item mais classificado.

Assim, constata-se que a percentagem dos Clientes viúvos da amostra não está de acordo com os resultados do Censos 2001, realizado a nível nacional pelo Instituto Nacional de Estatística (2002, p.5), em que se verificou que do total de famílias constituídas só por idosos, a sua maioria 50,5%, é constituída só por um idoso.

Desta forma, conclui-se no que respeita ao estado civil, mais concretamente ao estado de viuvez, que a nossa amostra não está em consonância com os resultados estatísticos nacionais, pelo que seria interessante realizar este estudo com uma amostra maior e confrontar os resultados com os do Censos de 2011.

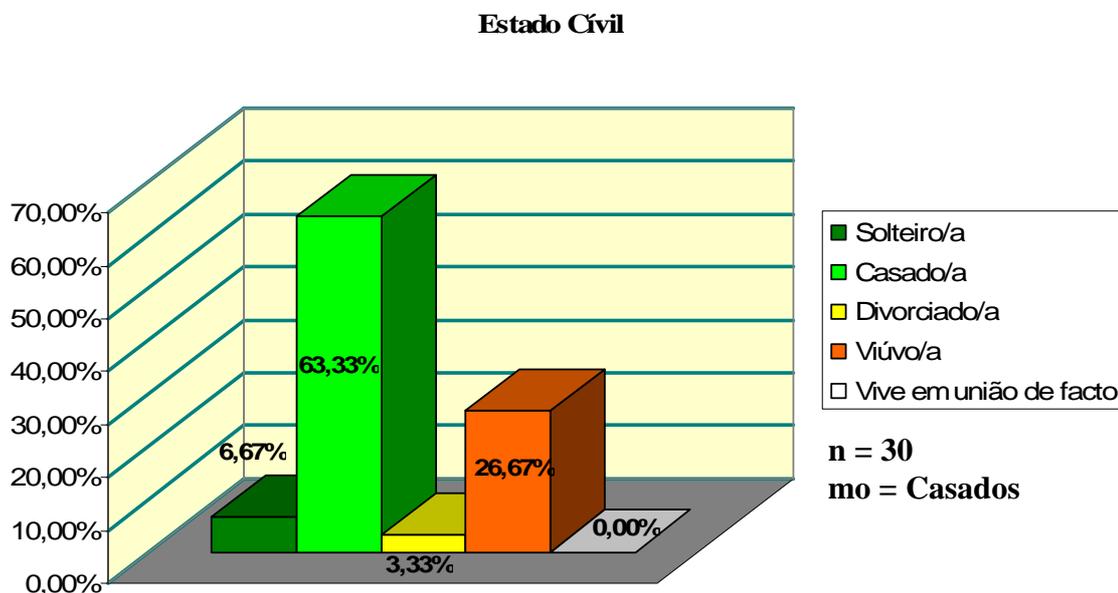


Gráfico 2 Distribuição dos Clientes de acordo com o Estado Cível

No que respeita ao **grau de escolaridade**, verifica-se pela análise do Gráfico 3, que **53,33%** (16) dos Clientes **tem o 4.º Ano de Escolaridade**, confrontando estes resultados com os do Instituto Nacional de Estatística (2002, p. 4), que determinou os níveis de instrução da população idosa com base nas categorias da Internacional Standard Classification of Education, utilizada pelas Nações Unidas, constata-se que a escolaridade da população com mais de 65 anos de idade (55,1%), não tinha qualquer nível de instrução, (nível 0), sendo esta proporção superior no caso das mulheres (64,7%), contra 41,3% nos homens.

Conclui-se assim, que os indivíduos que integram a amostra deste estudo com mais de 65 anos, apresentam, na sua maioria, um grau de instrução de nível 1, o que mais uma vez contraria as estatísticas nacionais do Censos de 2001,

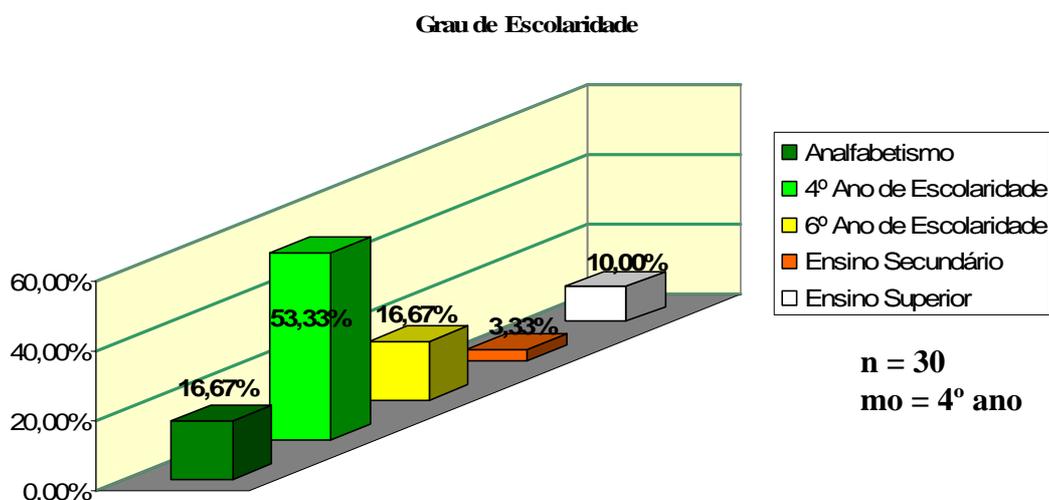


Gráfico 3 Distribuição dos Clientes de acordo com o Grau de Escolaridade

4.1.1. Tempo decorrido entre a Consulta de Enfermagem Pré-operatória e o dia da Intervenção Cirúrgica

É importante reflectir que, o escalão etário a que pertence a população deste estudo, nos remete para um aspecto importante que devemos ter em atenção dentro do processo de envelhecimento que é a avaliação das funções cognitivas, uma vez que a diminuição de certas funções cognitivas são normais dentro deste processo, o que não pode ser menosprezado.

Desta forma, no que respeita às funções intelectuais, verifica-se que declinam de maneira diferente de indivíduo para indivíduo, mas parece ser um factor comum o facto de apresentarem dificuldades ao nível da aprendizagem e no armazenamento de dados, bem como na velocidade de resposta em utilizar as informações já armazenadas.

A memória é muitas vezes fonte de preocupação e os esquecimentos são, na velhice, fonte importante de stress e embaraço. A memória está associada à aprendizagem, porque primeiro é preciso aprender para depois poder recordar.

Por seu lado, a atrofia das circunvalações, a redução do aporte sanguíneo e do consumo de oxigénio pelo cérebro e ainda o aumento da resistência vascular, fazem aumentar o tempo de reacção e resposta aos estímulos. Este processo pode ser explicado pela existência de certas perdas de memória, sobretudo a curto prazo, o aumento do tempo de reacção das respostas e a modificação de certos comportamentos.

Assim, cientes de que «*o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem*», de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (2002, p.2), sabe-se também que é por volta dos cinquenta anos que o cristalino começa apresentar alterações degenerativas que poderão evoluir até à formação da catarata, atingindo a formação de cataratas completas por volta dos 65 anos, diminuindo por sua vez drasticamente a visão, levando assim, a população a procurar os Serviços de Saúde no sentido de solucionar este problema.

Face ao exposto, passa a apresentar-se os resultados obtidos relativos aos conhecimentos que foram adquiridos na Consulta de Enfermagem e a forma como foram interpretados pelos Clientes do estudo, o que levou a considerar importante saber o **tempo que decorreu entre a Consulta de Enfermagem e a realização da cirurgia**, verificando-se pela análise da Tabela 2, que os períodos de tempo “**2 semanas**”, “**1 mês**” e “**mais de 60 dias**”, obtiveram respectivamente, **23,33%** das respostas.

De acordo com os resultados obtidos, o tempo de intervalo entre a Consulta de Enfermagem e a realização da Cirurgia, concomitantemente com o prévio conhecimento das características da população, parece ser um tempo demasiado longo, pois as perdas de memória, sobretudo as de curto prazo, assim como a aprendizagem de novos conhecimentos e a sua aplicação, são factores muito importantes que podem condicionar não só o tipo de respostas que podem dar, mas também comprometer todo o processo cirúrgico.

Tempo entre Consulta de Enf. e Cirurgia	n	%
1 Semana	5	16,67%
2 Semanas	7	23,33%
1 Mês	7	23,33%
Até 60 Dias	4	13,33%
Mais de 60 Dias	7	23,33%
Total	30	100,00%

n = 30

Tabela 2 Distribuição dos Clientes de acordo com Tempo decorrido entre a Consulta de Enfermagem e a Cirurgia

4.2 – EFICÁCIA DA INFORMAÇÃO: Dimensões e Critérios

Para apresentação dos dados relativos à eficácia da informação fornecida na Consulta de Enfermagem, optou-se por fazer a sua organização pelas dimensões e respectivos critérios que permitiram medir a variável de estudo.

4.2.1 Acompanhamento

Um programa de Cirurgia Ambulatória exige ao longo de todo o seu processo o cumprimento de requisitos especiais, pois só dessa forma é que o seu sucesso pode ser atingido em pleno.

Assim, de acordo com as Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório (Hospitais SA-Unidade de Missão, 2005, p. 28), a selecção do cliente deve obedecer a vários critérios, entre os quais está contemplado a obrigatoriedade do acompanhamento do Cliente por um adulto responsável, garantindo-se desta forma a continuidade do

tratamento, o que passa pelo despiste de possíveis complicações e a procura adequada dos Cuidados de Saúde.

Da análise dos dados do Gráfico 4, verificou-se que **100%** (30) Clientes, se fez **acompanhar por um adulto responsável**, o que sugere que houve uma boa compreensão da informação que foi transmitida na Consulta de Enfermagem.

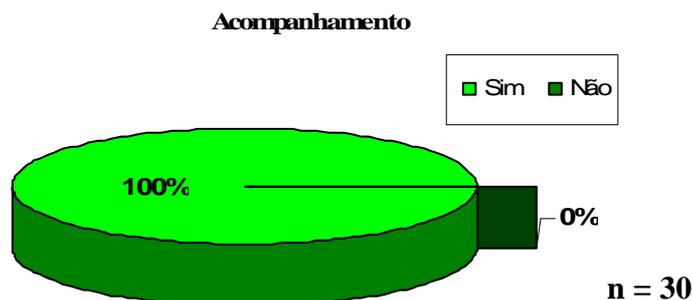


Gráfico 4 Distribuição dos Clientes de acordo com a Dimensão Acompanhamento

4.2.2 Informação de ordem Clínica

Para a análise desta dimensão, incluíram-se dois critérios, que são tão importantes e indispensáveis como o anterior e que se prendem com a realização do acto anestésico/cirúrgico, ou seja, o Cliente deve fazer-se acompanhar da listagem de medicação que faz em ambulatório assim como, dos exames pré-operatórios que realizou previamente, pois de acordo com as Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório (Hospitais SA-Unidade de Missão, 2005, p. 23-24), a decisão do cirurgião para a inclusão do Cliente neste programa vai depender da avaliação dos exames (meios de diagnóstico essenciais) que incluem: «. . .sangue: hemograma, creatinina, glicemia, ionograma; urina: tipo II; . . . Doentes com idade superior a 60 anos: E.C.G. e RX de tórax.»

Da análise dos resultados da Figura 6, verificamos que **100%** (30) Clientes cumpriram as informações de ordem clínica, no que respeita ao fazerem-se acompanhar dos exames pré-

operatórios. Relativamente à listagem da medicação que fazem em ambulatório, **96,67%**, (29) dos Clientes cumpriram este requisito, o que mostra que houve uma boa compreensão da informação que foi transmitida na Consulta de Enfermagem.

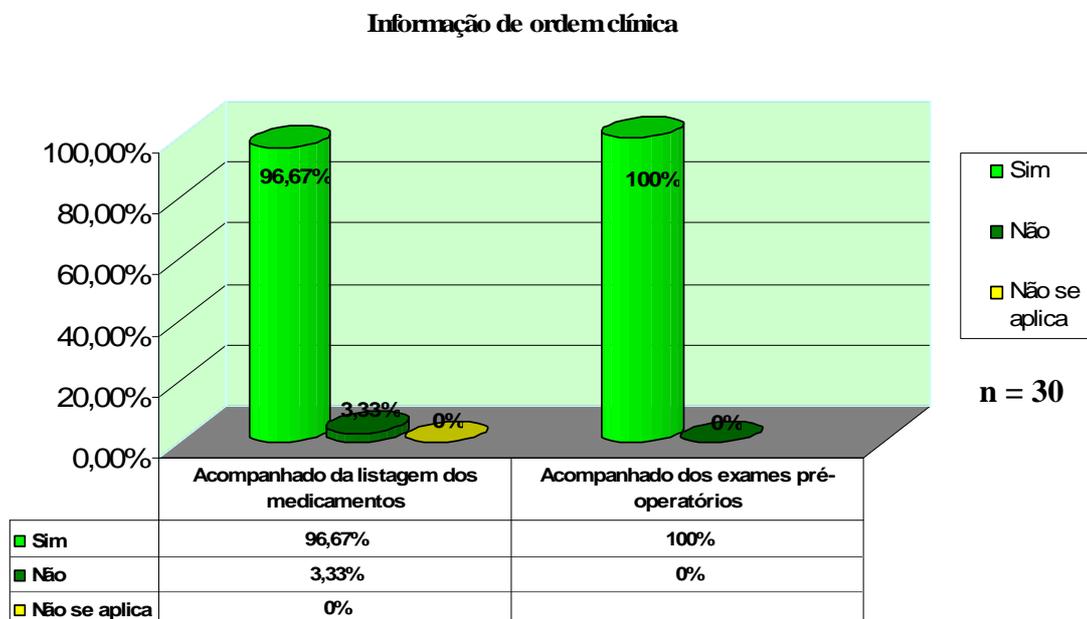


Figura 6: Distribuição dos Clientes segundo a Dimensão: Informação de Ordem Clínica

4.2.3 Higiene

A Higiene, tanto corporal como oral, é um dos pilares fundamentais para a prevenção de infecções, no âmbito da Saúde Pública em geral e muito particularmente relacionada com a área cirúrgica.

Em meio hospitalar, os microrganismos que aí residem são muitíssimo mais virulentos e resistentes, pois a patologia é muito variada e a terapêutica utilizada é cada vez mais diversificada de forma a poder abranger o maior número destes microrganismos.

Nesta sequência, foi realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, o Inquérito de Prevalência de Infecção em 67 hospitais portugueses, no qual se constatou que a infecção cirúrgica representa 13% do total das infecções nosocomiais, sendo mesmo a 3ª. infecção mais frequente.

De acordo com a Norma nº. 4 da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar, do Hospital de Santa Maria (2006, p.1), a infecção nosocomial constitui-se como sendo «uma das infecções com custos humanos e económicos mais relevantes. É importante implementar medidas de eficácia que permitam a sua prevenção».

Nesta sequência, a preparação do Cliente cirúrgico requer uma higiene corporal cuidada, incluindo a do couro cabeludo e da cavidade oral pois esta é uma fonte de microrganismos relevante, pelo que se deve ter especial atenção no cumprimento da sua higiene.

Em cirurgia ambulatória, toda esta preparação é realizada no domicílio, razão pela qual se incluem estes itens no ensino realizado na Consulta de Enfermagem Pré-operatória.

Neste âmbito, a análise do Gráfico 4, permite verificar que **93,33%** (28) dos Clientes, apresentavam uma higiene corporal e oral cuidadas, o que revela que houve uma boa apreensão da informação que foi transmitida na Consulta de Enfermagem.

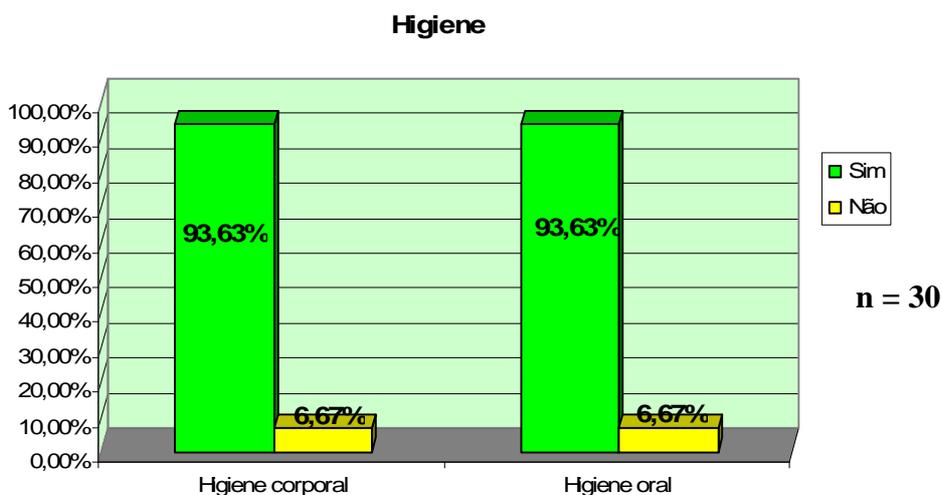


Gráfico 5 Distribuição dos Clientes segundo o cumprimento das indicações fornecidas para a Higiene Corporal e Oral

4.2.3 Instruções

Na dimensão Instruções, foram agrupados vários critérios que permitiram conhecer de que forma tinham sido apreendidas as informações relativas a: **Alimentação, Adornos,**

Valores, Maquilhagem, Prótese Auditiva, Roupa e Calçado de fácil uso, que são transmitidas na Consulta de Enfermagem Pré-operatória.

Assim, os Enfermeiros são profissionais de saúde cuja carreira e conteúdo funcionais se encontram definidos pelo Decreto-Lei n.º 437/91 (art.º7, alínea c) parcialmente alterado pelos Decreto-Lei n.º 412/98 e 411/99, salvaguardando, no que diz respeito ao conteúdo funcional de todas as categorias que:

. . . a execução de Cuidados de Enfermagem devem integrar processos educativos, que promovam o auto cuidado do cliente. Esta função aponta claramente para a realização de actividades de Educação para a Saúde. Assim, todo o Enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, sendo esta uma das componentes do processo de educar. (pag. 3)

Desta forma, o Enfermeiro na Consulta de Enfermagem desenvolve a sua actividade de forma autónoma, responsabilizando-se pelas suas tomadas de decisão baseadas cada vez mais em metodologia científica e muito direccionada para a Educação para a Saúde

Neste âmbito, a Consulta de Enfermagem Pré-operatória é considerada um elemento essencial na prestação de cuidados ao cliente, pois permite informar, identificar e responder às suas expectativas e necessidades melhorando o seu conforto e contribuindo para a sua segurança. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Da análise dos dados do Gráfico 5, verificamos que as instruções dadas relativamente à **alimentação**, foram cumpridas por **100%** (30) dos Clientes, concluindo desta forma, ter sido este o critério que melhor foi apreendido pelos Clientes.

Relativamente à indicação para usarem **roupa e calçado de fácil uso**, constatou-se que **96,67%** (29) dos Clientes cumpriram as instruções dadas, o que se revelou de fácil compreensão, pois além de ser mais facilitador na troca de roupa para entrar no Bloco Operatório, é sem dúvida uma forma de promover o auto-cuidado e a independência do Cliente. Pela obtenção deste resultado, permite-nos considerar que este foi dos critérios mais valorizados pelos Clientes ou o de mais fácil percepção, pois a ausência deste cumprimento poderá comprometer o acto anestésico/cirúrgico, estando o cumprimento deste requisito de acordo com as Recomendações para Programas de Cirurgia do

Ambulatório (Hospitais SA-Unidade de Missão, 2005, p.25) em que refere que, no ensino pré-operatório ao Cliente deverá ser incluída a informação «*não ingestão de alimentos e bebidas nas últimas 6 horas antes do acto operatório*».

Relativamente às instruções sobre a importância de não trazerem **adornos**, constatou-se que **70%** (21) dos Clientes cumpriram as indicações dadas, assim como, **60%** (18) dos Clientes cumpriram as indicações fornecidas acerca de não se fazerem acompanhar de **valores**. Desta análise, podemos concluir que, a informação transmitida poderá ter sido insuficiente ou não ter sido bem compreendida pelos Clientes.

Da amostra feminina que corresponde a 53,33% (18) Clientes, apenas **6,67%** (2) não cumpriram as instruções que foram fornecidas relativamente à **maquilhagem**, podendo concluir-se desta análise que, as instruções fornecidas não foram facilmente perceptíveis por todas as participantes.

De acordo com o processo de senescência, constata-se que é por volta dos cinquenta anos que as perdas de audição se tornam mais evidentes agravando-se de forma mais acentuada por volta dos setenta anos, sendo um factor que pode constituir um obstáculo à compreensão das instruções transmitidas na Consulta de Enfermagem, da mesma forma que, a colaboração que terão de prestar durante o acto operatório poderá ficar comprometida, uma vez que, a cirurgia da Catarata é realizada, na sua maioria, sob anestesia tópica exigindo por parte dos Clientes uma participação muito precisa e activa.

Assim, ao analisarmos os dados do nosso estudo no que respeita à utilização de **prótese auditiva**, constatou-se que **93,33%** (28) Clientes não eram consumidores deste produto, sendo apenas **6,66%** (2) Clientes portadores deste aparelho e **3,33%** (1) trouxe consigo a prótese auditiva, o que permite verificar que, os portadores de prótese auditiva representam um número muito pequeno da nossa amostra, o que revela que se deve melhorar a informação que se transmite no que respeita a este critério.

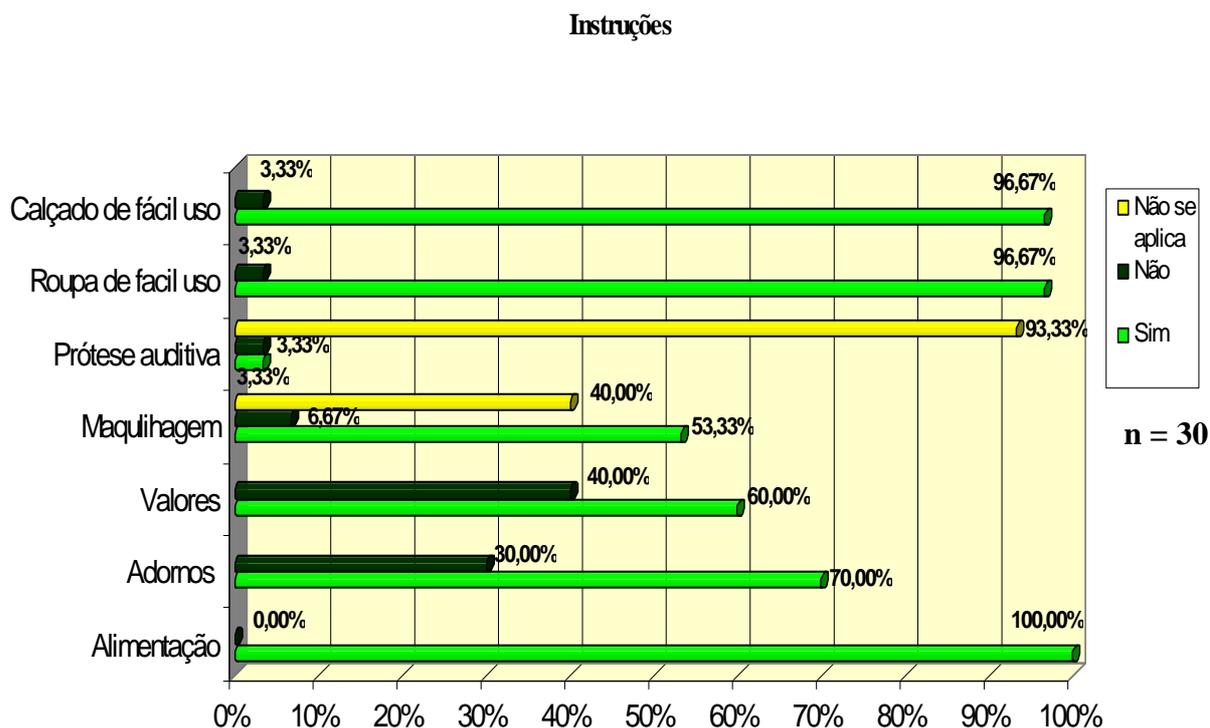


Gráfico 6 Distribuição dos Clientes de acordo com os critérios da Dimensão Instruções

4.2.4 Conhecimento

Com o desenvolvimento das técnicas anestésicas/cirúrgicas, o cliente cirúrgico permanece no hospital por um período de tempo muito curto, constatando-se que hoje em dia, com a introdução da Cirurgia Ambulatória, o cliente é admitido e tem alta no próprio dia da intervenção cirúrgica.

Desta forma, a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente cirúrgico, no período peri-operatório, sofreu também algumas modificações, no sentido de promover um maior acompanhamento dos seus clientes, favorecendo assim a sua integração na vida activa o mais precocemente possível, o que implica que se faça um maior investimento no ensino/informação com vista a capacitar o Cliente para o auto-cuidado.

Assim, todo o processo de ensino visa uma maior e melhor compreensão da participação do Cliente no processo terapêutico e isto só poderá suceder se houver uma estreita interligação da equipa profissional multidisciplinar tendo como objectivos, responder às expectativas dos clientes perante o processo cirúrgico, melhorando o seu conforto e contribuindo para uma maior segurança num ambiente diferente.

Deste modo, no contexto de Cirurgia Ambulatória, a enfermagem peri-operatória constitui uma abordagem individualizada onde o planeamento dos cuidados respeita integralmente as componentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada cliente. Assim, o objectivo do ensino pré-operatório é, fundamentalmente, para ajudar a reduzir a ansiedade do cliente e prepará-lo para a cirurgia e para os cuidados a assegurar no domicílio uma vez que se sabe que um «utente informado sobre os acontecimentos que o aguardam, responde de forma mais eficaz». (Cerejo, 2001, p. 42)

Nesta sequência, para a análise desta dimensão, incluíram-se os critérios que nos permitiram identificar os conhecimentos que os Clientes tinham retido relativamente ao processo cirúrgico.

Concluiu-se pela análise do Gráfico 6 que, **90%** (27) dos Clientes reconheceram o **tipo de cirurgia** que lhes foi proposto e **86,67%** (26) referiram que sabiam qual era o **tipo de anestesia** que lhes tinha sido proposto, o que sugere que a informação transmitida tanto na Consulta Médica de Oftalmologia, como na Consulta de Enfermagem Pré-operatória e na Consulta de Anestesia, foi de fácil apreensão para os Clientes.

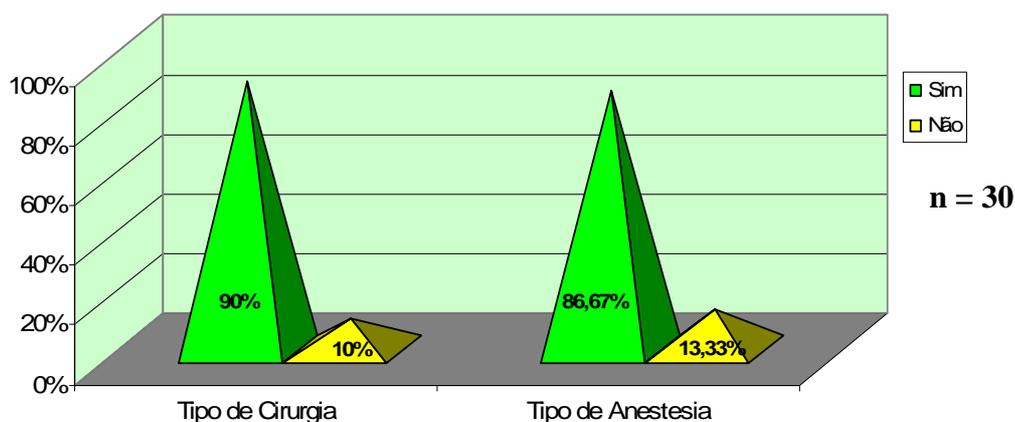


Gráfico 7 Distribuição dos Clientes pelo reconhecimento dos tipos de Cirurgia e Anestesia propostos

Neste âmbito, verifica-se ainda que, durante a Consulta de Enfermagem pré-operatória são dadas informações ao Cliente acerca das **diversas etapas que tem de percorrer no dia da intervenção cirúrgica**, nas quais estão contempladas as **formalidades de admissão**, a necessidade de **troca de vestuário** apropriado para a entrada no Bloco Operatório, a **preparação pré-operatória** que lhe vai ser prestada e o **circuito que vai ter de percorrer** – Unidade de Cirurgia Ambulatória-Sala de Operações-Unidade de Cirurgia Ambulatória-Alta.

Deste modo, o ensino pré-operatório que é realizado na Consulta de Enfermagem tem como objectivos, ajudar a reduzir a ansiedade do cliente e prepará-lo para a cirurgia, o que passa por dar a conhecer as rotinas e o modo como pode participar no processo cirúrgico, isto porque se defende que só com clientes informados é que se podem obter respostas responsáveis e conscientes, para o que se revela fundamental aumentar a sua motivação na participação.

Nesta sequência, considerou-se que seria suficiente para análise deste critério, que o Cliente reconhecesse pelo menos duas das etapas do circuito que tem de percorrer no dia da intervenção cirúrgica.

Assim, pela análise do Gráfico 7, verificamos que **70%** (21) dos Clientes cumprem os requisitos deste critério, na medida em que chegam à Unidade de Cirurgia Ambulatória, aparentemente tranquilos e colaborantes. As etapas que foram mais referenciadas pelos Clientes, foram as que diziam respeito às **formalidades de admissão no Serviço** e o terem de **permanecer na Sala de Operações**.

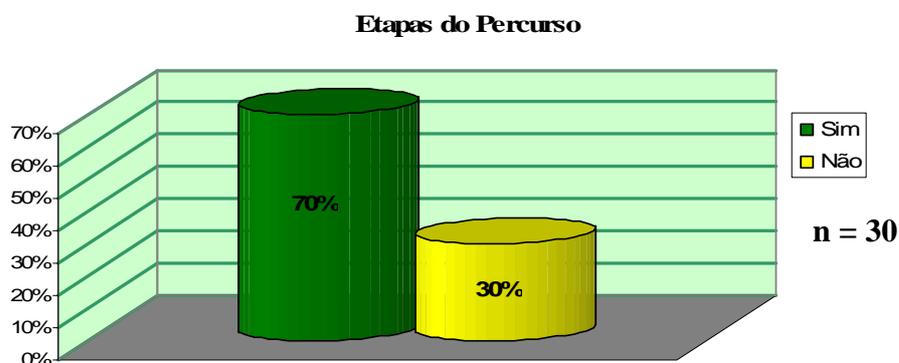


Gráfico 8 Distribuição dos Clientes que verbalizaram reconhecerem, pelo menos, duas etapas do percurso no dia da cirurgia

No âmbito do conhecimento, pode afirmar-se que a Consulta de Enfermagem pré-operatória assume um papel preponderante no ensino ao Cliente, relativamente à colaboração esperada por parte deste, durante as diversas fases do período peri-operatório.

O cliente idoso que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica merece uma especial atenção por parte da equipa de Enfermagem, a qual se deve centrar nas características e necessidades especiais da faixa etária deste grupo de clientes, em que o uso da comunicação verbal e não verbal (olhar, gestos, expressão e toque) constitui um aspecto importante para verificar e questionar as condições do idoso, orientando-o e informando-o quanto aos procedimentos a serem realizados. (Almeida, 2001)

Assim, para a análise deste critério, consideraram-se as seguintes fases ao longo do período peri-operatório: midríase pupilar, punção venosa para administração de soros e outros fármacos, permanecer durante a cirurgia sem movimentar a cabeça e solicitar ajuda para se vestir e calçar no momento da alta da Unidade de Cirurgia Ambulatória.

Desta forma, para análise deste critério considerou-se que seria suficiente que o Cliente conseguisse, verbalizar ter conhecimento na colaboração que têm que prestar, em pelo menos duas das **fases do período peri-operatório**.

Assim, da análise do Gráfico 8, verifica-se que, **66,67%** (20) dos Clientes verbalizaram ter conhecimento da colaboração que têm que prestar, em pelo menos duas das fases do período peri-operatório, sendo as mais referenciadas a **colaboração na midríase pupilar** e a **não movimentação da cabeça durante o acto cirúrgico**, podendo-se concluir desta forma, que conseguiram apreender a informação transmitida na Consulta de Enfermagem, ao mesmo tempo que poderá ser um sinal demonstrativo de interesse em participar no seu próprio tratamento.

Fases do período Peri-operatório

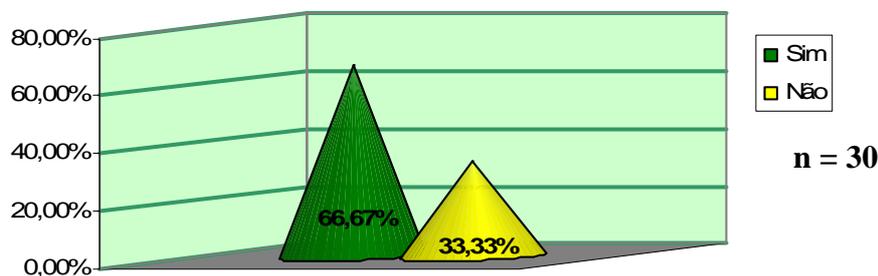


Gráfico 9 Distribuição dos Clientes que verbalizaram conhecimento da colaboração que têm de prestar, em pelo menos, duas das fases do período peri-operatório

O ensino pré-operatório visa também a preparação para a alta. Assim, de acordo com as Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório (Hospitais SA-Unidade de Missão, 2005, p. 25), na alta hospitalar o Cliente «*deverá ser acompanhado ao domicílio pelo adulto responsável, e não deverá ficar sozinho nas primeiras 24 horas*».

Desta forma, na Consulta de Enfermagem Pré-operatória é referida a importância deste aspecto e incentivado ao seu cumprimento.

Da análise dos resultados obtidos, verifica-se que **100%** (30) dos Clientes, irão ficar **acompanhados**, concluindo-se desta forma que houve apreensão total da informação que tinha sido transmitida.

Nesta sequência, da análise do Gráfico 9, constata-se que **63,33%** (19) dos sujeitos ficam **acompanhados** pelo cônjuge, facto que se encontra em consonância com os da caracterização da nossa amostra, uma vez que **63,33%** dos sujeitos são casados.

De acordo com as Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório, o adulto responsável que fica na companhia do Cliente deverá ter a capacidade de prestar ajuda em caso de necessidade e conseguir procurar os Serviços de Cuidados de Saúde, quando necessário, o que implica que se deve estar desperto para a capacidade de ajuda que este acompanhante possa dar, uma vez que na maior parte das vezes, têm idade próxima da dos

Clientes, ou seja, estão igualmente num processo de envelhecimento, devendo ser um aspecto a aferir na Consulta de Enfermagem pré-operatória.

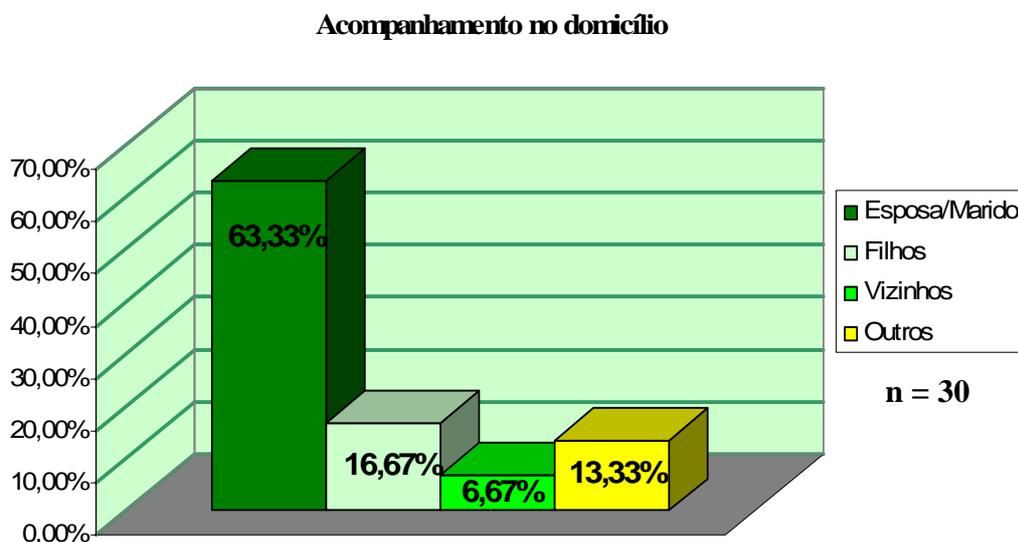


Gráfico 10 Distribuição dos Clientes de acordo com o Acompanhamento que têm no domicílio nas 1ªs. 24 horas

4.2.5 Suporte de ensino

A última dimensão analisada diz respeito ao complemento de ensino que é efectuado com a distribuição de um folheto informativo, o que contribui para consolidar as informações que são transmitidas na Consulta de Enfermagem pré-operatória.

Desta forma, a quando da elaboração deste folheto informativo, foram tidos em consideração vários aspectos, atendendo às características da população a quem iria ser distribuído, ou seja, destinava-se a uma população com baixa acentuada da acuidade visual pela catarata, com níveis baixos de instrução escolar segundo as estatísticas do Instituto Nacional de Estatística (2002) e com idades iguais ou superiores a 65 anos, constituindo as razões que levaram a que se optasse por elaborar um instrumento de complemento de ensino com pequenos textos e figuras pertinentes, de forma a realçar a informação mais pertinente e que se pretendia que fosse retida, o que está de acordo com Phipps et al,

(1995), na medida em que defende que é comum fornecer ao cliente folhetos informativos com as instruções e informações necessárias e pertinentes para o dia da intervenção cirúrgica.

Assim, da análise do Gráfico 10, verifica-se que **53,33%** (16) dos sujeitos **leu** ou deu a alguém para ler, o folheto informativo que é distribuído na Consulta de Enfermagem Pré-operatória, enquanto que **46,66%** (14) dos sujeitos **não leu** nem deu a alguém para ler, podendo concluir-se que, pouco mais do que metade da amostra deu importância à leitura do folheto informativo, o que de alguma forma, vem contrariar o objectivo que se pretendia atingir com a sua distribuição.

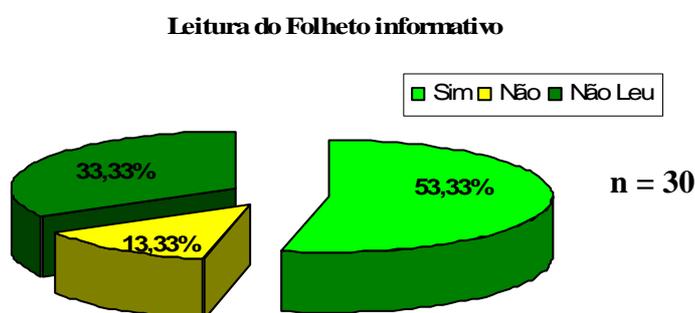


Gráfico 11 Distribuição dos Clientes que leram, ou deram a alguém para ler, o folheto informativo

De forma a poder fazer-se a apreciação do conteúdo da informação do folheto que é distribuído na Consulta de Enfermagem, foram seleccionados alguns critérios que nos permitissem analisar os aspectos fulcrais que deverão estar contidos num instrumento com estas características e para esta finalidade.

Assim, considerou-se que seria pertinente analisar os dados relativos à clareza da informação, à quantidade de conteúdo, às características das figuras e se na opinião dos Clientes, era pertinente proceder a alterações do folheto.

Da análise do Gráfico 11, conclui-se que, a totalidade da amostra **53,33%** (16) dos Clientes que leram ou deram a alguém para ler o folheto informativo, consideram que a informação estava clara e o conteúdo era suficiente, podendo-se dizer que não há necessidade de efectuar alterações relativas a estes aspectos.

Relativamente às características das figuras, **68,75%** (11) dos Clientes consideraram que, as figuras não eram elucidativas e que seria o aspecto que mudariam no folheto informativo. Assim, pode concluir-se que teremos que proceder à alteração de alguns aspectos de forma a poder atender às necessidades dos nossos Clientes e aumentar a eficácia de informação do folheto.

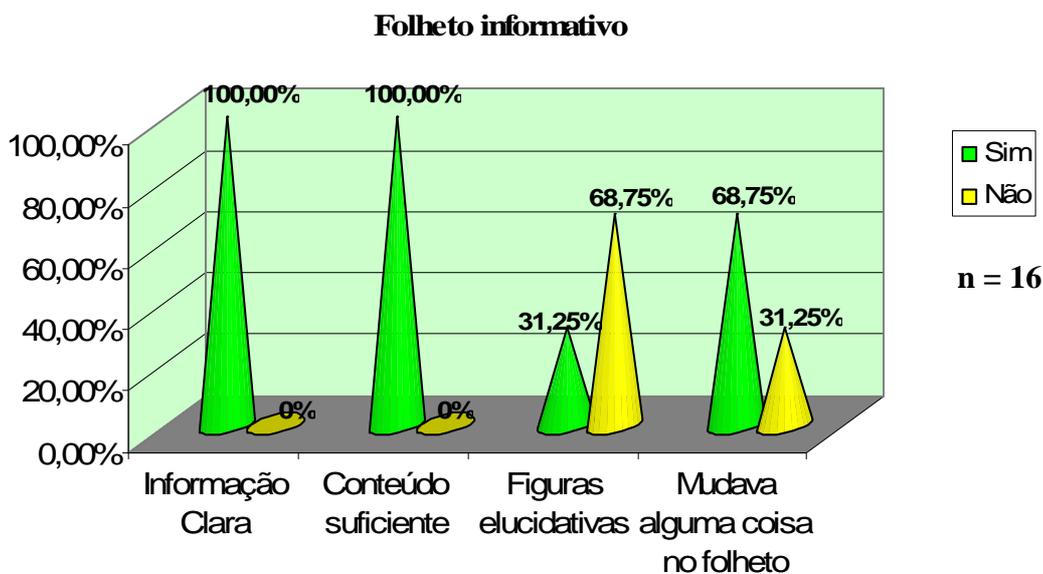


Gráfico 12 Distribuição dos Clientes sobre a apreciação feita ao folheto informativo

De forma a objectivar melhor a opinião dos Clientes relativamente às alterações que consideravam que era pertinente efectuar no folhetos informativo, foi pedido aos Clientes que referissem o que mudavam no folheto e que dessem, no máximo, duas sugestões para serem consideradas nas alterações, tendo sido registadas por escrito nos respectivos questionários.

Assim, da análise de conteúdo da referida questão, verifica-se no Quadro 2, que a sugestão mais relevante foi inserida na Unidade de Contexto **Figuras**, com uma única **Unidade de Registo**, que obteve **12 Unidades de Enumeração**.

Neste contexto, conclui-se que as figuras terão de ser objecto de preocupação da equipa de Enfermagem, a quando da elaboração de novos folhetos de suporte de ensino, de forma a poder ir de encontro às opiniões dos Clientes, uma vez que, o objectivo do nosso trabalho é a sua satisfação.

Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
«As figuras não se percebem bem»	12
Total	12

Quadro 2 Sugestão de alteração das **Figuras** do folheto informativo

Foi ainda solicitada a opinião dos Clientes, sobre se a transmissão de informação da Consulta de Enfermagem, tinha sido pertinente e suficiente, de forma a que pudessem participar no seu tratamento, tanto no dia da intervenção Cirúrgica como no pós-operatório, no domicílio. Desta forma, foram registadas nos respectivos questionários, no máximo duas sugestões.

Assim, da análise de conteúdo da referida questão, verifica-se pelos dados do Quadro 3, que a sugestão mais relevante foi inserida na Unidade de Contexto **Conteúdo**, com uma única **Unidade de Registo** e com **20 Unidades de Enumeração**.

Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
«Transmitiu a informação necessária»	20
Total	20

Quadro 3 Conteúdos transmitidos na Consulta de Enfermagem

Desta forma conclui-se que, a informação que é transmitida foca os aspectos mais importantes e pertinentes, indo ao encontro das expectativas dos nossos Clientes.

4.3 - SCORE TOTAL DA EFICÁCIA DA INFORMAÇÃO TRANSMITIDA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Definido que foi o conceito de **eficácia** e estando este relacionado com o conceito de qualidade, pretendeu-se fazer a análise dos dados obtidos, através da escala de medida escolhida, de forma a determinar-se o seu *score* total.

Assim, da análise dos dados da Tabela 3, verificou-se que se atingiu um *score* total de **100%**, correspondendo ao grau de **eficácia máxima**, concluindo-se desta forma que, as informações transmitidas na Consulta de Enfermagem Pré-operatória, permitiram que os Clientes obtivessem os conhecimentos necessários e imprescindíveis, que resultaram numa participação mais activa em todo o processo cirúrgico, facto que é defendido por Cerejo (2001, p. 42), quando refere que: «*utente informado sobre os acontecimentos que o aguardam, responde de forma mais eficaz*».

Eficácia	n	%
Reduzida (17 – 25,5)	0	0
Máxima (25,6 – 34)	30	100
TOTAL	30	100

Tabela 3 Distribuição dos valores de **score total**, atribuídos à **eficácia** da informação transmitida, na Consulta de Enfermagem Pré-operatória

5 – CONCLUSÃO

A Investigação Científica faz parte da profissão de Enfermagem e como membros integrantes desta profissão, colocam-se-nos diariamente questões que podem ser ponto de partida para a realização de estudos de investigação. Permitir melhorar a prestação de cuidados de Enfermagem aos Clientes, baseados na evidência, melhorar as relações inter-profissionais e rever condições de trabalho, podem ser alguns dos temas que merecem a nossa atenção.

Toda a Investigação Científica assenta os seus princípios numa estrutura própria, que é necessário conhecer para se poder trabalhar.

Nas últimas décadas tem-se assistido a um crescimento da Cirurgia Ambulatória, nas várias especialidades cirúrgicas. Este tipo de cirurgia traz vários benefícios para os Clientes, profissionais de saúde e entidades prestadoras dos cuidados.

A cirurgia oftálmica, nomeadamente a Cirurgia da Catarata, apresenta-se como um dos procedimentos passíveis de serem realizados em ambulatório, uma vez que é pouco invasiva, de curta duração, normalmente com poucas complicações e com dor facilmente controlável.

O Processo de Ensino revela-se de extrema importância para o sucesso da cirurgia da Catarata efectuada em Ambulatório, bem como para a recuperação do Cliente no seu domicílio. Desta forma, a Consulta de Enfermagem pré-operatória revelou-se de extrema importância para a transmissão ao Cliente, de informações necessárias e imprescindíveis, para o desenrolar do processo cirúrgico e preparação para uma alta responsável e participativa.

Desta forma, este estudo foi realizado para responder à questão de investigação **Qual a eficácia da informação fornecida na Consulta de Enfermagem Pré-operatória, aos clientes submetidos a cirurgia de catarata em regime ambulatorio?**

Nesta sequência, pretendeu-se com este estudo, **Conhecer a eficácia que tem a informação que é fornecida aos clientes submetidos a cirurgia de catarata em regime ambulatorio, na Consulta de Enfermagem pré-operatória**, com a finalidade de contribuir para a melhoria da informação a transmitir.

Em termos metodológicos, foi utilizado o paradigma quantitativo e realizado um estudo exploratório, não experimental, transversal e descritivo simples de nível I. Este estudo foi realizado no Serviço de Oftalmologia de um Centro Hospitalar de Lisboa., tendo como população alvo, Clientes submetidos a Cirurgia de Catarata em regime Ambulatório. A amostra foi seleccionada segundo requisitos pré-definidos e integrou 30 participantes.

Assim, uma vez que a eficácia é um conceito que é definido como a medida que expressa até que ponto os objectivos ou metas são atingidos numa determinada actividade e os indicadores que medem essa eficácia estão relacionados com o conceito de qualidade, foi necessário operacionalizar os seus elementos a partir do enquadramento teórico, para que através de dimensões e critérios nos permitisse conhecer o grau de eficácia da informação que é fornecida na Consulta de Enfermagem pré-operatória.

Desta forma, para a elaboração do instrumento de colheita de dados, seleccionaram-se as dimensões que se consideraram mais pertinentes para o estudo em questão, estando estas relacionadas com:

- ✓ Acompanhamento;
- ✓ Informação de Ordem Clínica;
- ✓ Higiene;
- ✓ Instruções;
- ✓ Conhecimento;
- ✓ Suporte de Ensino.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário, preenchido pelo investigador, constituído por uma parte de observação directa e outra de questões colocadas aos participantes. Foi realizado um pré-teste que permitiu validar a aplicabilidade do questionário e foram tidos em conta todos os aspectos éticos inerentes à realização de um estudo de investigação.

Os dados obtidos foram tratados estatisticamente e pelo método de análise de conteúdo, no que respeita às questões abertas.

No que se refere aos resultados obtidos, conclui-se que revelaram que se obteve um elevado grau de eficácia relativamente às informações que são transmitidas, na Consulta de Enfermagem pré-operatória, facto que foi demonstrado pelo desempenho dos sujeitos no dia da intervenção cirúrgica, no entanto, os indicadores seleccionados para a medição desta eficácia, permitiram identificar alguns aspectos em que há necessidade de intervir.

Nesta sequência, passam a referir-se os resultados que se consideraram mais relevantes.

Assim, em relação à **caracterização da amostra**, conclui-se que:

- ✓ **60%** (18) Clientes eram do sexo feminino;
- ✓ A média de idades foi de **73,17 anos**;
- ✓ **63,33%** (19) dos Clientes tinham o estado civil de casado;
- ✓ **53,33%** (16) dos Clientes tinham como grau de escolaridade o 4º. Ano;
- ✓ o tempo decorrido entre a Consulta de Enfermagem e a realização da cirurgia, variou entre “1 semana”, “1 mês” e “mais de 60 dias”, os quais obtiveram respectivamente de **23,33%** (7 Clientes), de respostas.

Em relação à **eficácia da informação** transmitida, verificou-se que:

- ★ para a dimensão **acompanhamento**:
 - ✓ **100%** (30) dos Clientes, fez-se acompanhar por um adulto responsável;

- ★ para a dimensão relativa às **informações de ordem clínica**:

✓ **100%** (30) dos Clientes, cumpriram as informações relativas aos exames pré-operatórios;

✓ **96,67%** (29) dos Clientes, apresentaram-se acompanhados da listagem da medicação de ambulatório;

* para a dimensão **higiene**:

✓ **93,33%** (28) dos Clientes, apresentavam-se com uma higiene corporal e oral cuidadas;

* para a dimensão **instruções**, verificou-se em cada critério o seguinte:

✓ **100%** (30) dos Clientes, cumpriram a orientação relativa à alimentação;

✓ **96,67%** (29) dos Clientes, cumpriram a orientação relativa à roupa e calçado de fácil uso;

✓ **53,33%** (18) Clientes, total da amostra do sexo feminino, **6,67%** (2) não cumpriram a orientação relativa ao uso de maquilhagem;

✓ **6,66%** (2) usavam prótese auditiva e destes **3,33%** (1) Cliente, trouxe consigo a prótese auditiva;

* para a dimensão **conhecimento**:

✓ **90%** (27) dos Clientes reconheceram o tipo de cirurgia proposta;

✓ **86,67%** (26) dos Clientes, reconheceram o tipo a anestesia proposta;

✓ **70%** (21) dos Clientes reconheceram pelo menos duas etapas que tem de percorrer no dia da cirurgia;

✓ **66,67%** (20) dos Clientes verbalizaram ter conhecimento da colaboração que tinham de que prestar, em pelo menos duas das fases do período peri-operatório;

✓ **63,33%** (19) dos sujeitos ficam acompanhados pelo cônjuge;

* para a dimensão relativa ao **suporte de ensino**:

✓ **53,33%** (16) dos sujeitos **leu** ou **deu a alguém para ler** o folheto informativo;

✓ **68,75%** (11) dos Clientes que leram o folheto informativo, consideraram que as figuras não eram elucidativas;

✓ **68,75%** (11), os mesmos Clientes, que leram o folheto referiram que mudavam as figuras no folheto informativo.

Relativamente às alterações que consideram ser pertinentes **mudar nos folhetos informativos**, a sugestão que foi dada pelo maior número de Clientes **75%** (12) prendeu-se com as figuras, tendo referido que «**As figuras não se percebem bem**».

Para a questão relacionada com a **apreciação global da Consulta de Enfermagem**, em termos de **conteúdo transmitido**, não foi referenciada nenhuma sugestão de alteração, tendo **66,66%** (20) dos Clientes referido que, na Consulta de Enfermagem se «**transmitiu a informação necessária**».

Da análise dos resultados obtidos para o **score total da eficácia**, verificou-se que a **eficácia máxima** correspondeu a **100%**.

Pelos resultados obtidos, pode concluir-se que a maioria dos Clientes entendeu de forma eficaz a informação que lhes foi transmitida na Consulta de Enfermagem pré-operatória, o que permite afirmar que esta Consulta se revela de grande importância e que se deverá manter.

No entanto, pelos resultados obtidos relativos ao folheto informativo, conclui-se que deverão ser consideradas as sugestões de alteração dadas pelos Clientes, pois sendo este um instrumento de suporte de ensino dirigido, terá de ser clara para o público a que se destina.

Face ao exposto, conclui-se que os resultados obtidos permitiram conhecer a eficácia da informação que é transmitida na Consulta de Enfermagem pré-operatória, aos Clientes que vão ser submetidos a cirurgia da Catarata em regime de ambulatório e também permitiram identificar os aspectos que necessitam de remodelação e que visam uma maior satisfação do Cliente, promovendo desta forma, uma participação mais activa no seu processo de doença/saúde, donde se pode afirmar que se respondeu atingiu objectivo inicialmente traçado.

Nesta sequência, considera-se que se obteve resposta para a questão de investigação que deu origem a este estudo, contribuindo assim, para a melhoria dos cuidados prestados aos Clientes que procuram os nossos serviços.

Posto isto, no capítulo seguinte serão descritas as limitações sentidas na realização deste estudo, bem como o significado dos seus resultados para a profissão de Enfermagem e as suas implicações actuais e futuras.

6 – LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Durante a realização deste trabalho de investigação, foram surgindo algumas dificuldades inerentes ao normal percurso deste tipo de estudos e para as quais foi necessário utilizar vários recursos de forma a serem ultrapassadas, permitindo em cada um desses momentos adquirir e aprender a gerir novas capacidades na área da investigação.

Assim, as limitações mais relevantes foram as seguintes:

- A inexperiência da autora na área da investigação;
- O tempo disponível para a realização do trabalho;
- O baixo grau de exigência dos critérios, para a colheita de dados;
- O longo tempo de espera para obtenção da autorização, por parte da Instituição, para a realização do estudo;
- O preenchimento do questionário ter sido realizado pelo investigador;
- Não estar incluída a pessoa significativa.

A elaboração de trabalhos científicos, nomeadamente na área das Ciências Humanas, pretende trazer contributos para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos Clientes que procuram os Serviços de Saúde.

Nesta sequência, em termos de implicações para a Enfermagem, os resultados deste trabalho de investigação devem ser utilizados na prática, de forma a contribuírem para elevar a qualidade dos cuidados prestados aos Clientes que procuram os nossos serviços, aumentando também a sua satisfação e facilitando o regresso à vida activa o mais precocemente possível, com autonomia e responsabilidade, promovendo o auto-cuidado dos mesmos.

Assim, as implicações mais relevantes serão as seguintes:

- ✓ Permitir fundamentar a manutenção da Consulta de Enfermagem, uma vez que o *score* total de eficácia que se obteve foi de 100%;
- ✓ Proceder à revisão da informação que é transmitida na Consulta de Enfermagem, nos itens que apresentam taxas de respostas inferiores a 90%;
- ✓ Proceder às alterações sugeridas pelos Clientes, no folheto informativo do complemento de ensino.

7– SUGESTÕES

As sugestões dadas num trabalho de investigação, prolongam o seu objectivo, pois a procura de melhores resultados é uma constante para o conhecimento científico.

Nesta sequência e a partir dos resultados obtidos neste trabalho, deixam-se algumas sugestões para futuros estudos, de modo a que, se possam explorar algumas áreas que não foram aqui contempladas.

Assim, uma das sugestões para um próximo trabalho, é a realização deste mesmo estudo com uma amostra maior de forma a abranger um maior número e mais diversificado de participantes.

Outra sugestão, é poder incluir a pessoa significativa não só no dia da Consulta de Enfermagem pré-operatória, como no dia intervenção cirúrgica, pois de acordo com as Recomendações para a Cirurgia da Ambulatório está contemplada a sua presença como elemento importante e indispensável no apoio ao Cliente.

Nesta sequência, deverá ser aplicado um instrumento de colheita de dados de auto preenchimento ou preenchido pela pessoa significativa, respeitando assim as regras que são preconizadas para a aplicação do questionário e que tem vantagens na obtenção das respostas.

Para um próximo trabalho, deverá ter-se em consideração o aumento do grau de exigência dos critérios que medem a variável de estudo, o que poderá contribuir para aumentar a exigência dos cuidados de enfermagem prestados.

Da mesma forma, é sugerido a realização de um questionário a ser aplicado no final do primeiro mês pós-cirurgia, coincidindo com o dia da consulta médica de avaliação pós-operatória, permitindo assim, analisar a forma como decorreram os cuidados pós-operatórios no domicílio e eventualmente adequar a informação fornecida, bem como os cuidados de enfermagem prestados às necessidades dos clientes.

Atendendo à idade dos Clientes da nossa amostra, conclui-se que é igualmente importante incluir no instrumento de colheita de dados, a idade dos acompanhantes, bem como a capacidade e a qualidade da ajuda que prestam no domicílio.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 AESOP, Recuperado em 2008, Maio 1, <http://www.aesop-enfermeiros.org/index.php?lop=conteudo&op=a5bfc9e07964f8dddeb95fc584cd965d&id=6ea9ab1baa0efb9e19094440c317e21b>
- 📖 Almeida, M.A.R. (2001). Assistência de Enfermagem ao paciente Idoso durante o período trans-operatorio. *Revista Investigação em Enfermagem*
- 📖 Americano, M.(2005) *Recomendações para Programas de Cirurgia de Ambulatório*. Ministério da Saúde. Recuperado em 2008, Janeiro 15 <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>
- 📖 Azevedo, M. (2006) *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares. Sugestões para estruturação da escrita*. (5ª. ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora
- 📖 Bardin, L.(2004). “*Análise de Conteúdo*” (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- 📖 Berger L.; Mailloux-Poirier D.(1995) *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta
- 📖 Brunner, L., Suddart, D.(1994) *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (7ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara/Koogan;.
- 📖 Carvalho, A.; Carvalho, G. S. (2006) *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa, Portugal: Lusociência
- 📖 Cerejo, M. Nazaré R.(2001). Impacto de um Programa de Informação Estruturada na Recuperação Pós-operatória. *Revista Investigação em Enfermagem*

- 📖 Correia, A., Crespo, M. A., Ribeiro, M. F. (2002). *Factores que influenciam o grau de dependência do idoso no desempenho das actividades de vida diária*. Monografia. Leiria, Escola Superior de Enfermagem de Leiria.
- 📖 Decreto-Lei n.º. 437/91, de 8 de Novembro. Recuperado em 2008, Janeiro 20, <http://www.novosdominios.com/legislacao/Omlegis/Exerc%C3%ADcio%20de%20outras%20actividades%20de%20Sa%C3%BAde/Enfermagem/Decreto%20Lei%20437.1991,%20%20%208.11.htm>
- 📖 Decreto-Lei n.º. 412/98, de 30 de Dezembro
- 📖 Decreto-Lei n.º. 411/99, de 15 de Outubro
- 📖 Direcção-Geral da Saúde (2004) *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa n.º. 13/DGCG de 02/07/04
- 📖 Fortin, M. F. (2003) *O processo de investigação: da concepção à realidade*. (3ª ed). Loures: Lusociência
- 📖 Hesbeen, W. (2000) *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- 📖 Hesbeen, W. (2001) *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na Perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência
- 📖 Hospitais SA-Unidade de Missão (2005) *Recomendações para Programas de Cirurgia Ambulatória*. Recuperado em 2008, Janeiro, 20, http://www.hospitalsepe.minsaude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20para%20programas.pdf
- 📖 Instituto Nacional de Estatística (2002) *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Recuperado em 2008, Maio, 21 <http://alea-estp.ine.pt/html/actual/html/act29.htm>
- 📖 Instituto Nacional de Estatística (2006) *Estimativas da População residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios 2005*. Recuperado em 2008, Maio, 30 <http://www.apfn.com.pt/Noticias/Ago2006/indestaque060807.pdf>

- 📖 Martins, J. C. A. (2007). O Enfermeiro na Informação ao Doente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 12, 11-14
- 📖 Michèle, M., Ângela P., (2003). *Enfermagem Cirúrgica. Prática Avançada.* (s/edição). Lisboa: Lusociência. (Trabalho original em Inglês, 2000).
- 📖 Natário, Dr. A. et al (2001) *Cirurgia de Ambulatório: Recomendações para o seu desenvolvimento.* Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento
- 📖 Norma nº. 4 (2006) – *Prevenção da Infecção Cirúrgica.* Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, Hospital de Santa Maria. Recuperado em 2008, Maio, 21 http://www.chln.minsaude.pt/contents/pdfs/CCIH/Prevencao_Infeccao_Cirurgica.pdf
- 📖 Nunes, L. (2007). Responsabilidade Profissional: *cinco estrelas e bandeira azul.* Dos conceitos a um relanceio ao contexto de enfermagem perioperatória. *Revista AESOP, Vol. VII, 23, 5-18*
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (1998) - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Recuperado em 2008, Janeiro, 15 de. http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/98_Padroesqualidade.pdf
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2003) *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.* Recuperado em 2008, Janeiro 15 de http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60_CompeticenciasEnfCG.pdf
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2006). Recuperado em 2008, Março 7 de, <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=103&view=news:Print&id=349>
- 📖 Phipps et al (1995) *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica.* (2ª. ed.). Lisboa: Lusodidacta
- 📖 Polit , D. et al (2006) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização.* (5ª. ed.). Porto Alegre: Brasil. ARTMED EDITORA

- 📖 REPE (1996), *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Decreto-Lei nº 104/98, Artigo 9.º, de 21 de Abril 1996. Recuperado em 2008, Janeiro 15 de <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168>
- 📖 Silva, A.M.S.F. (2002) A Investigação histórico-educativa. *Revista Investigação em Enfermagem*, 6, 61-68.
- 📖 Spalton, D. J., Roger, A. H. & Paul, H. (1995). *Atlas Colorido de Clínica Oftalmológica: O Cristalino* (2ª. ed.). São Paulo, Brasil: Editora Manole Ltda, (Trabalho original em inglês, sem ano de publicação)
- 📖 Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência

APÊNDICES

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

APÊNDICE 2

CARTA DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO NA INSTITUIÇÃO

APÊNDICE 3

CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE 5

CRONOGRAMA

APÊNDICE 6

MATRIZ

ANEXOS

ANEXO 1

DOCUMENTO COMPROVATIVO DOS DADOS ESTATISTICOS

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS UTILIZADO NO SERVIÇO

ANEXO 3

FOLHETO INFORMATIVO

ANEXO 4

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA