

ANABELA MARQUES DE OLIVEIRA

VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES

EM CONTEXTO DE

CIRURGIA AMBULATORIA

A família como suporte ao cuidar.

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientadora:

Professora Doutora Dinora Cabral

Doutora em Ciências de Enfermagem pelo
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
da Universidade do Porto.

Enfermeira Especialista do Mapa de Pessoal
do Hospital Joaquim Urbano – Porto

Aos meus pais por todo o voto de confiança,
permitindo ser o que sou hoje,
pela sua compreensão da minha ausência quando a disponibilidade era escassa
e por me acompanharem nesta caminhada
que é a minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Dinora Cabral, pela orientação, sapiência e acima de tudo pelo voto de incentivo na hora crucial para a efectivação deste trabalho.

Aos familiares dos doentes pela sua contribuição, sem a qual este estudo não teria sido possível.

À Instituição de Saúde onde se realizou o estudo, bem como aos enfermeiros do serviço de Cirurgia Ambulatória, pela sua compreensão e ajuda.

Aos meus familiares pelo incentivo que me proporcionaram nos momentos mais difíceis.

À minha irmã Alcina Oliveira por todo o apoio e encorajamento sempre presente ao longo deste estudo, aos meus sobrinhos Fábio Matias pela sua criatividade gráfica e ao João Oliveira pela sua calma e perícia.

À minha amiga Estela, porque foi sempre o ombro amigo disponível, mesmo nas circunstâncias mais problemáticas da minha vida.

À Doutora Daniela Carvalho, à Doutora Elisabete Lourenço, à Professora Natália Paiva, à Professora Júlia Serra, à Liliana Paiva, ao meu amigo Pedro Silva e ao José Azevedo pela sua preciosa e imprescindível colaboração e estímulo.

A TODOS O MEU OBRIGADA.

RESUMO

A Cirurgia Ambulatória é uma realidade que se torna cada dia mais evidente e significativa na realização das intervenções cirúrgicas, quer pelo seu modelo organizativo, quer pelas vantagens que lhe estão associadas. A maioria das pessoas intervencionadas tem alta para o domicílio no mesmo dia, sendo muito poucas as que pernoitam no hospital, levando a uma necessidade da continuidade de cuidados, que são assegurados, prioritariamente, pelas famílias. Na sequência da constatação da importância e necessidade de conhecer as vivências dos familiares, surgiu este estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório, inserindo-se no paradigma emergente e apresenta traços de um estudo fenomenológico. Definiram-se os seguintes objectivos: identificar as vivências dos familiares durante a realização da intervenção cirúrgica/intra-operatório, no pós-operatório e no domicílio; reconhecer e valorizar a importância dos familiares na continuidade dos cuidados ao doente submetido a Cirurgia Ambulatória.

Para a sua consecução, recorreu-se ao método de entrevistas em dois momentos diferentes: no meio hospitalar e no domicílio. As entrevistas foram efectuadas a quarenta e dois participantes, divididos por três grupos segundo o ciclo vital: familiares da criança; do adulto e do idoso, seleccionados através de uma amostragem não probabilística, tendo sido utilizada no tratamento dos dados a análise de conteúdo.

Da análise do conteúdo transmitido pelos participantes, desfloraram conclusões que, pela sua pertinência, salientamos: a intervenção cirúrgica é geradora de *stress* na família; a família é a peça fundamental no puzzle da continuidade de cuidados no domicílio; há necessidade de cuidados de enfermagem no domicílio aos doentes submetidos a Cirurgia Ambulatória.

Deste modo, pretende-se fornecer um pequeno contributo para a melhoria na prestação de cuidados, no âmbito de Cirurgia Ambulatória, e provocar uma reflexão que passa pelo repensar dos cuidados, numa área plena de desafios que implica mais e melhores competências para o enfermeiro.

Em função dos dados obtidos, sugere-se que haja uma evolução, no sentido de gerar parcerias e uma melhor articulação entre os vários serviços de saúde e a família do doente. É urgente, numa sociedade pautada pela teoria economicista, que os cuidados domiciliários na continuidade do processo cirúrgico em Cirurgia Ambulatória cheguem a todas as casas que deles necessitem.

Palavras-chave: Cirurgia Ambulatória, Vivências familiares, Família, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The Ambulatory Surgery is a reality that becomes ever more evident and significant in surgical procedures, as by its organizational mode, as by the advantages associated with it. Most people who have been operated leave the hospital the same day, only a few have to spend the night there, leading to a need for continuity care, which is mainly insured by the families. This qualitative study, of descriptive and exploratory type, came from the recognition of the importance and need of knowing the experiences of patients' families, inserting itself in the emerging paradigm, and shows traces of a phenomenological study. The following objectives were defined: identifying the experiences of relatives during the course of the surgical procedure/intraoperative, in the postoperative and at home; recognizing and valorising the importance of family in continuity care for patients submitted to Ambulatory Surgery.

To achieve these goals, we went through the interviews' method in two different places: in hospitals and at home. The interviews were made to forty-two participants, divided into three groups according to the life cycle: children, adults and aging people relatives, selected through a non-probability sampling and content analysis was used in the treatment of data.

After analysing the content of the interviews, the following conclusions occurred, that we emphasize, for its relevance: surgical procedures generate stress in the family; family is the fundamental piece in the puzzle of continuity care at home; there's a need of nursing care at home for patients undergoing Ambulatory Surgery.

Thus, it is intended to provide a small contribution to improve continuity care, within the Ambulatory Surgery, and origin a reflection through the rethinking of care, in an area full of challenges that require more and better skills for nurses.

According to the interviews data, it is suggested that an evolution must occur, in order to create partnerships and a better articulation among the several health services and the patient's family. It is urgent, in a society ruled by an economic theory, that home care in the continuity of the surgical process in Ambulatory Surgery reaches everybody who needs it.

Keywords: Ambulatory Surgery, Family Involvements, Family, Nursing Care.

RÉSUMÉ

La chirurgie ambulatoire est, de nos jours, une réalité de plus en plus évidente et significative en ce qui concerne la réalisation d'interventions chirurgicales, autant à cause de son modèle organisationnel comme à cause des avantages qui lui sont associés. La plupart des personnes soumise à une intervention chirurgicale, a le droit de quitter l'hôpital le même jour et rentre chez elle le jour même. Peu sont celles qui ont besoin de passer la nuit à l'hôpital. Ceci implique, donc, qu'il soit nécessaire de continuer les soins et/ou les traitements à domicile. Ces soins et/ou traitements sont souvent octroyer par les parents les plus proches du malade. En conséquence de cette constatation irréfutable de l'importance de la famille pour le rétablissement du malade, surgit le besoin d'étudier les expériences vécues par ces personnes proches du malade d'où cette étude/investigation qualitative du type descriptif e exploratoire, insérer dans le paradigme émergent e présentant les caractéristiques d'une étude du phénomène. Les objectifs suivants ont été ainsi définis : identifier les expériences des parents proches/ famille pendant la réalisation de l'intervention chirurgicale/intra-opératoire, le postopératoire et à domicile, reconnaître et valoriser l'importance de la famille dans la continuité des soins au malade soumis á une chirurgie ambulatoire.

Pour la consécution de cette investigation, on a eu recours à des entrevues à deux moments différents : à l'hôpital et au domicile fixe. Ces entrevues ont été faites a quarante-deux participants, divisés en trois groupes selon le cycle vital : famille de l'enfant, de l'adulte et de la personne âgée, ces personnes ont été sélectionnées à travers un échantillon non probable, et en ayant soin d'utiliser dans le traitement de données, l'analyse de contenus.

De cette analyse de contenus transmise par les participants, surgissent les conclusions suivantes et qu'on rehausse: l'intervention chirurgicale est déclencheuse de stress dans la famille proche du patient ; la famille est une pièce fondamentale dans le puzzle de la continuité de l'administration des soins à domicile ; il y a un grand besoin de soins infirmiers au domicile des malades soumis à une chirurgie ambulatoire.

De cette façon, l'intention de cette étude est de fournir une petite contribution pour l'amélioration de l'administration de soins en chirurgie ambulatoire et inciter une réflexion qui passe par la reformulation des soins/ traitements, dans une filière pleine de défis qui implique plus et de meilleures compétences pour l'infirmier/ infirmière.

En fonction des données obtenues, on suggère qu'il ait une évolution dans le sens d'obtenir et gérer des partenariats et une meilleures articulation entre les divers services de santé et la famille du malade. Malgré la théorie économiste de notre société, il est urgent que les soins à domicile arrivent à toutes les maisons de ceux qui en ont besoin

car il faut donner suite au processus chirurgical de la chirurgie ambulatoire commencé à l'hôpital.

Mot-clé : Chirurgie Ambulatoire ; expériences des parents proches ; famille ; soins infirmiers.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	21
PARTE UM – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
CAPITULO I – PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	27
CAPITULO II – CUIDAR COMO UM MODELO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	30
CAPITULO III – FAMILIA NA PARCERIA DOS CUIDADOS	35
3.1. CONCEITO SISTÉMICO DE FAMILIA	35
3.2. CICLO VITAL DA FAMILIA	40
3.3. FAMILIA DA CRIANÇA	42
3.4. FAMILIA DO ADULTO	46
3.5. FAMILIA DO IDOSO	50
CAPITULO IV – CIRURGIA AMBULATORIA SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDAR EM ENFERMAGEM E NOS FAMILIARES DOS INTERVENCIÓNADOS	58
4.1. CIRURGIA AMBULATORIA	58
4.2. FAMILIA E O PROCESSO CIRURGICO	78
4.3. INFORMAÇÃO/COMUNICAÇÃO	87
4.4. PREPARAÇÃO PARA A ALTA	90
PARTE DOIS – ESTUDO EMPÍRICO	93
CAPITULO V – OPÇÃO METODOLOGICA E TIPO DE ESTUDO	95
5.1. PARTICIPANTES DO ESTUDO E AMOSTRAGEM	97
5.2. PREVISÃO COLHEITA DE DADOS	99
5.2.1. Instrumento de colheita de dados	99
5.2.2. Procedimento de colheita de dados	99

5.3. PROCEDIMENTOS NO TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	100
5.4. CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTIFICO	102
5.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	103
 CAPITULO VI – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	 105
6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	105
6.2. VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES EM CONTEXTO DE CIRURGIA AMBULATÓRIA	106
6.2.1. Análise, interpretação e discussão dos dados: familiar da criança	108
6.2.2. Análise, interpretação e discussão dos dados: familiar do adulto	128
6.2.3. Análise, interpretação e discussão dos dados: familiar do idoso	159
6.2.4. Análise, interpretação e discussão dos dados: familiar da criança, adulto, idoso	174
 CAPITULO VII – CONCLUSÃO	 178
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 187
 ANEXOS	 203
 ANEXO I - Aspectos do desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória em Portugal.	
ANEXO II - Guião da entrevista.	
ANEXO III - Caracterização dos doentes e participantes do estudo.	
ANEXO IV - Matrizes de codificação.	
ANEXO V - Projecto para implementação da consulta de enfermagem em Cirurgia Ambulatória.	

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama n.º 1 – Subcategorias que emergiram da categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar, familiar da criança	108
Diagrama n.º 2 – Subcategorias que emergiram da categoria: dificuldades no pós-operatório no domicílio, familiar da criança	113
Diagrama n.º 3 – Subcategorias que emergiram da categoria: vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar da criança	115
Diagrama n.º 4 – Subcategorias que emergiram da categoria: opinião sobre os aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, familiar das crianças	119
Diagrama n.º 5 – Subcategorias que emergiram da categoria: vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar da criança	120
Diagrama n.º 6 – Subcategorias que emergiram da categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica, familiares da criança	122
Diagrama n.º 7 – Subcategorias que emergiram da categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio, familiares da criança	124
Diagrama n.º 8 – Subcategorias que emergiram da categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar da criança	126
Diagrama n.º 9 – Subcategorias que emergiram da categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar, familiar do adulto	128
Diagrama nº 10 – Subcategorias que emergiram da categoria: dificuldades no pós-operatório no domicílio, familiar do adulto	134
Diagrama n.º 11 – Subcategorias que emergiram da categoria: vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do adulto	140
Diagrama n.º 12 – Subcategorias que emergiram da categoria: opinião sobre aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, familiar dos adultos	144

ÍNDICE DE DIAGRAMAS – CONTINUAÇÃO

Diagrama n.º 13 – Subcategorias que emergiram da categoria: vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do adulto	148
Diagrama n.º 14 – Subcategorias que emergiram da categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica, familiares do adulto	151
Diagrama n.º 15 – Subcategorias que emergiram da categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio, familiares do adulto	155
Diagrama n.º 16 – Subcategorias que emergiram da categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar do adulto	158
Diagrama n.º 17 – Subcategorias que emergiram da categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar, familiar do idoso	160
Diagrama n.º 18 – Subcategorias que emergiram da categoria: dificuldades pós-operatória no domicílio, familiar do idoso	163
Diagrama n.º 19 – Subcategorias que emergiram da categoria: vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do idoso	165
Diagrama n.º 20 – Subcategorias que emergiram da categoria: opinião sobre aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, familiar dos idoso	167
Diagrama n.º 21 – Subcategorias que emergiram da categoria: vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do idoso	169
Diagrama n.º 22 – Subcategorias que emergiram da categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica, familiares do idoso	170
Diagrama n.º 23 – Subcategorias emergiram da categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio, familiares do idoso	172
Diagrama n.º 24 – Subcategorias que emergiram da categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar do idoso	173

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 – Fluxograma de investigação

96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Variação da taxa de Cirurgia Ambulatória de 2005 a 2009 -1º Semestre de 2009	76
--	----

Gráfico n.º 2 – Distribuição das respostas obtidas quanto à dinâmica familiar	107
---	-----

Gráfico n.º 3 – Distribuição número de participantes: apoio no serviço Cirurgia Ambulatória	174
---	-----

Gráfico n.º 4 – Distribuição número de participantes: tempo de espera no serviço Cirurgia Ambulatória	175
---	-----

Gráfico n.º 5 – Distribuição número de participantes: dificuldades sentidas no domicílio	175
--	-----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do estado físico, segundo a “ American Society of Anesthesiologists” (ASA)	66
---	----

Quadro 2 – Sistema de pontuação modificado para alta hospitalar pós anestesia (PADSS)	73
---	----

0. INTRODUÇÃO

Os enfermeiros têm dedicado parte do seu tempo, nos últimos anos, à investigação em Enfermagem, e sendo esta essencial à ciência de Enfermagem, assim como acontece em todas as outras áreas profissionais, para que aconteça o desenvolvimento de um suporte científico que sirva de orientação à sua prática e à sua creditação. Fortin (2003) afirma que “nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação” (p.18). Independentemente do nível de formação do enfermeiro, esta torna-se parte integrante das suas funções, bem como a actualização permanente e participação no desenvolvimento das concepções da sua profissão. O enfermeiro no exercício da sua actividade profissional, munido de um corpo de conhecimentos científicos, tem o dever de desenvolver competências que lhe permita elevar a qualidade da prestação dos cuidados.

A investigação é uma força geradora de mudanças e atitudes, bem como de formas de estar e de agir, perante as diferentes problemáticas desencadeadas pela noção de saúde/doença, num contínuo da vida do ser humano com a qual o enfermeiro deverá desenvolver processos de manutenção e de tratamento adequado, como suporte para o cuidar holístico.

O sistema de saúde a nível mundial tem procurado promover cuidados de saúde abrangendo, preferencialmente, toda a população, de forma equitativa e eficiente. Nas últimas décadas, registaram-se grandes transformações demográficas, sociais, políticas e económicas. Factores como estes, têm forte impacto nas condições de vida e saúde da população, criando desafios para o sistema de saúde e tendo consequências na afectação/distribuição de recursos públicos, destinados a este sector.

Todos os países em geral, nomeadamente Portugal, enfrentam, actualmente, várias dificuldades inerentes a uma sociedade em que o internamento hospitalar não se afigura como resposta mais eficiente, em termos humanos, terapêuticos ou económicos. Em alternativa, as cirurgias realizadas em ambulatório e a continuidade dos cuidados no domicílio pelos familiares, estão a assumir um papel preponderante, apresentando-se como a solução preferencial.

A Cirurgia Ambulatória tem sofrido um grande desenvolvimento nos últimos anos, tanto a nível nacional como a nível internacional, pois actualmente e cada vez mais, é vista como um caminho a seguir para um serviço de saúde mais eficiente e rentável, traduzindo-se num modelo organizativo centrado no doente, direccionado pela e para a qualidade, promovendo a personalização dos cuidados e, ao mesmo tempo, a sua humanização.

A ocasião da alta é decisiva para o doente/família, porque é nessa altura que o doente poderá sentir que está a ser “desamparado” pela Instituição de Saúde, que lhe prestou cuidados.

O doente e os seus familiares devem ter presente de que o regresso ao domicílio, tem como objectivo proporcionar ao primeiro as melhores condições físicas, psíquicas e sociais, de forma a recuperar mais rapidamente da sua operação, mas que, dificilmente se trata de uma alta clínica, que proporciona um imediato regresso à sua actividade profissional. Esta fase será posterior, dependendo, naturalmente, do tipo de intervenção a que foi submetido, e também em parte do tipo de actividade profissional que exerce.

A evidência teórica, a prática e a investigação sobre o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, obriga a considerar-se o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.

Independentemente das revoluções económicas e outras, a família mantém-se como o pilar onde a pessoa, que vai sofrer uma intervenção cirúrgica, se alicerça para a sua recuperação e para enfrentar esse momento.

Embora a literatura exalte e incite cada vez mais a presença e participação da família no processo de cuidar, não há ainda parcerias estabelecidas, nem *guidelines* acerca dos papéis e competências dos familiares neste processo. Neste sentido, e não havendo consensos sobre o desenrolar da continuidade de cuidados, decidimos, através de um processo de análise e interpretação, reflectir acerca das vivências dos familiares no hospital durante a intervenção cirúrgica em Cirurgia Ambulatória e na continuidade dos cuidados no domicílio.

São objectivos deste trabalho: identificar as vivências dos familiares durante a realização da intervenção cirúrgica no intra-operatório, no pós-operatório e no domicílio; reconhecer e valorizar a importância dos familiares na continuidade dos cuidados ao doente submetido a cirurgia em Cirurgia Ambulatória.

Neste estudo com o título **“Vivências dos familiares em contexto de Cirurgia Ambulatória. A família como suporte ao cuidar.”**, Salientam-se as vivências dos familiares, sendo estas abordadas ao nível de três grupos, tendo como base o ciclo vital: familiares do doente criança; familiares do doente adulto e familiares do doente idoso.

Como finalidade do estudo, pretendemos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e apoio aos familiares, do doente cirúrgico em regime de ambulatório, através da análise e reflexão das vivências dos familiares no ambiente hospitalar e no domicílio.

Esta Dissertação de mestrado estrutura-se em duas partes essenciais, donde emergem vários capítulos. Na primeira parte – Fundamentação Teórica: apresentamos quatro capítulos. No primeiro capítulo é referido a problemática do estudo e questões de investigação.

No segundo capítulo é realizada uma breve descrição do conceito cuidar na dinâmica da enfermagem e da família.

No terceiro capítulo faz-se uma abordagem do conceito de família, seguindo o ciclo vital: crianças, adultos e idosos. Apresentamos aspectos concretos das famílias da criança, dos adultos e dos idosos, para melhor compreender a temática estudada.

No quarto capítulo é realizada uma descrição sobre Cirurgia Ambulatória, baseada numa sucinta revisão histórica, justificando e contextualizando a escolha desta temática, assim como estabelecendo a relação do processo cirúrgico com o familiar.

Na segunda parte – Estudo Empírico: é constituído por três capítulos (capítulo V, capítulo VI e capítulo VII). No quinto capítulo aborda-se a metodologia a utilizar neste trabalho, o instrumento de colheita de dados e tratamento dos mesmos; são apresentados também os critérios de rigor científico e considerações éticas.

No sexto capítulo apresenta-se a análise dos dados e os resultados da pesquisa efectuada, para sustentar os resultados obtidos. Também aqui o desenvolvimento da exposição dos dados segue a dinâmica baseada no ciclo vital: as vivências dos familiares das crianças, seguido das vivências dos familiares dos adultos e, posteriormente, as vivências dos familiares dos idosos.

No sétimo capítulo apresenta-se as conclusões do estudo, limitações do estudo, sua implicação na prática, bem como sugestões para a continuidade da investigação nesta área.

Esta Dissertação incita ao debate, à busca de saídas que possam reordenar a actividade de enfermagem, buscando meios para que os enfermeiros desenvolvam uma consciência da sua própria relação com o seu desempenho, com os colegas, com os doentes e suas famílias, sempre na perspectiva de melhorar/proporcionar melhores cuidados de saúde e bem-estar ao doente, no seio familiar e, simultaneamente, contribuir para os objectivos traçados em contexto hospitalar.

PARTE UM

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I – PROBLEMÁTICA E QUESTÕES INVESTIGAÇÃO

*Ao tentar resolver um problema, procuram-se soluções alternativas,
meios diferentes de chegar-se ao núcleo do problema.
(...). Geralmente não se sabe para onde se virar, o que fazer.
Esperam-se ideias, principalmente uma boa ideia.*
Kerlinger

Toda a investigação pressupõe uma conjuntura considerada controversa, que necessita ser explorada. Segundo Fortin *et al* (2003) “ esta situação problemática surge quando é constatada um desvio entre a situação julgada insatisfatória e a situação que se julga desejável (Mace, 1988) e em que se sente a necessidade de suprimir este desvio” (p. 48), através do emprego de procedimentos científicos para descobrir resposta face à situação. A formulação do problema surgiu-nos de uma inquietação baseada na realidade observada e vivenciada na prática de cuidados.

Sendo assim, vários são os argumentos pessoais e profissionais que fundamentam este estudo, que pretendemos desenvolver.

Ao longo da nossa vida pessoal e profissional, temos tido a oportunidade de presenciar e avaliar a importância dos cuidados dos enfermeiros perioperatórios no que diz respeito ao diagnóstico, planeamento e intervenção face às necessidades de cada doente e de acordo com a sua localização no ciclo vital, a diferentes níveis, nomeadamente físico, cognitivo e afectivo e é transmitida através de expressões como estas: “*Não sei bem o que venho fazer. Senhora enfermeira será que posso trabalhar amanhã? Vai doer muito? Eu vou sentir? Porque o Sr. Dr. disse que não vou dormir*”. Estas e muitas outras questões são colocadas pelo doente, muito próximo do acto cirúrgico.

Também no âmbito familiar, se constata falta de informação e de apoio, sobre o que efectivamente o doente vai fazer, assim como a falta de apoio traduzida também por questões que são muitas vezes comuns e manifestam um maior ou menor grau de ansiedade: “*Será que está a correr bem? Demora muito? Ninguém nos diz nada. Quando acabar como vamos saber? Vai para casa hoje? Como é que vou tratar dele?*”

Quando somos nós a vivenciarmos experiências como estas, como doentes ou como familiares, ou como profissionais através da insistência de muitos que nos telefonam ou nos tocam à campainha, com o objectivo de obter informações concretas e simples, mas fundamentais para quem as coloca, sentimo-nos e tornarmo-nos mais despertos para um aspecto comum a todos os seres humanos, que é a necessidade de informação sobre aquele que nos está ligado por laços familiares e que está a passar por um momento que causa sofrimento físico e/ou psicológico.

O Bloco Operatório é um serviço, que pelas suas características físicas, fechado e isolado, onde só entram alguns elementos, é motivo de curiosidade e de receio para as pessoas, quer sejam doentes ou mesmo profissionais de saúde de outras áreas.

Consciencializados que o alvo dos nossos cuidados é o doente e a família, parecem-nos importante estudar a parte a que damos “*menos*” atenção, que é a família, por estarmos envolvidos intensamente com a outra parte, que é o doente. Estamos a prestar cuidados àquele que está *dentro* do Bloco Operatório, esquecendo ou minimizando uma parte integrante do doente que é a família, que muitas vezes está do lado de fora preocupada e relegada para segundo plano, ansiosa por saber notícias e esquecendo-nos que é esta que vai cuidar do seu familiar no domicílio, dando continuidade aos cuidados iniciados por nós.

O doente que é submetido a intervenção cirúrgica em contexto de Cirurgia Ambulatória, tem uma permanência muito curta na instituição, fazendo a sua recuperação no domicílio.

Face ao desenvolvimento da ciência, a Cirurgia Ambulatória é efectivamente um caminho a seguir, em que os cuidados são direccionados para o doente, mas que, também devem ser direccionados para a família, pois é esta quem geralmente assume as responsabilidades de saúde dos seus entes, pós-cirurgia independentemente da sua faixa etária e que, por vezes, fica e sente-se sem preparação e sem qualquer apoio.

A qualidade exige investimento e, sobretudo, coerência em conformidade com os princípios que a enfermagem defende: prestar cuidados à pessoa inserida numa família e numa comunidade.

Podemos assim afirmar, que somos responsáveis tanto pela segurança da pessoa que nos confia o seu bem mais precioso, que é a vida como pelo equilíbrio familiar, no processo de saúde/doença.

A família constitui um núcleo essencial e um valor inalienável da sociedade, assumindo uma importância significativa no desenvolvimento do Ser Humano. Na realidade, ela constituiu desde sempre, o espaço privilegiado de realização da pessoa, da transmissão de valores e influências e do reforço da solidariedade entre gerações. Hoje, mais do que nunca, a sociedade é confrontada com constantes mutações sociais e depara-se com novos desafios que se repercutem no quotidiano da sociedade e das famílias, fazendo surgir novos fenómenos sociais e modificando outros já existentes, que impõem um acompanhamento permanente da evolução. A família desempenha um papel indiscutível e essencial na defesa e promoção do bem-estar dos seus membros, assim como constitui também, um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença. Por isso, para além da promoção de hábitos de prevenção e que fomentem estilos de vida saudáveis, é importante também criar e desenvolver condições

que proporcionem um acompanhamento próximo das famílias, junto dos seus membros assim como a humanização dos cuidados de saúde, pois o acto cirúrgico, revela-se um momento de tensão por parte de todos os intervenientes.

Formulamos as seguintes questões de investigação no sentido de nos servirem de linhas de orientação:

- A intervenção cirúrgica, em contexto de Cirurgia Ambulatória, de um dos membros de uma família, leva a alteração da vida familiar?
- A intervenção cirúrgica constitui problema para a família? Em que sentido?
- Como é que os familiares vivenciam o período cirúrgico do seu membro?
- Como se sentem relativamente ao apoio que tiveram? E nesta experiência, o que é que consideram de positivo e de negativo?

O domínio foi precisado, é necessário agora enunciar o problema de investigação e explorá-lo, de acordo com as nossas inquietações; assim, uma questão de investigação é um enunciado interrogativo e claro, que precisa os conceitos-chave e a especificação da população alvo.

Fortin *et al* (2003) citando Adebo (1974) referenciam que “um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou uma modificação “ (p.48).

Assim, consideramos um problema de investigação, como, uma dificuldade teórica e prática, no conhecimento de algo importante, para o qual se deve encontrar uma solução, contribuindo desta forma, para a aquisição e melhoria de conhecimentos.

A nossa questão de investigação é a seguinte:

Quais as Vivências do familiar em contexto de Cirurgia Ambulatória?

O nosso estudo centra-se nas vivências dos familiares como fenómeno humano, ou seja, nos sentimentos e necessidades sentidas pelos familiares perante a intervenção cirúrgica de um dos seus membros em contexto de Cirurgia Ambulatória, só podendo ser estudado através do ponto de vista daqueles que vivenciam essa experiência.

Estabelecemos como objectivos deste estudo os seguintes: identificar as vivências dos familiares durante a realização da intervenção cirúrgica no intra-operatório, no pós-operatório e no domicílio; reconhecer e valorizar a importância dos familiares na continuidade dos cuidados ao doente submetido a Cirurgia Ambulatória.

... o foco da enfermagem é cuidar de seres humanos.

King

O *cuidar* é um fenómeno universal que influencia a forma como pensamos, sentimos e nos comportarmos em relação aos outros. O cuidar na enfermagem, tem sido ao longo do tempo e especialmente a partir do marco histórico, que foi Florence Nightingale, abordado e estudado sob diversas e diferentes perspectivas filosóficas e éticas. Cuidar, tomar conta da vida está na origem de todas as culturas, como um princípio de sobrevivência, desde o início da história da humanidade. Como afirma Collière (2003) “os cuidados são a garantia directa da continuidade da vida do grupo, da espécie Homo” (p. 25). É esta característica, este modo de ser que sustenta todo o processo de desenvolvimento do ser humano como indivíduo, como grupo, como sociedade. Neste sentido, Collière (2003) defende que a prática de enfermagem tem duas vertentes diferentes:

- Cuidados quotidianos ou habituais – cuidados ligados à continuidade de cuidados;
- Cuidados de reparação – necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida.

Wright e Leahey (2002), referem que: uma parte significativa da história de enfermagem afirma que a participação da família sempre a integrou, contudo, nem sempre com esta designação. Inicialmente os cuidados de enfermagem, desenvolviam-se na casa dos próprios doentes, passando depois para os hospitais, após a Grande Guerra, excluindo de alguma forma as famílias não apenas dos cuidados aos membros doentes, mas também de eventos como o nascimento e a morte.

Na conceptualização de enfermagem e, por conseguinte, nas teorias mais recentes, surge um novo conceito – cuidar (*caring*).

Neste sentido, este trabalho irá debruçar-se no cuidar como uma relação interpessoal, que se define como essência desse mesmo cuidar, da relação entre enfermeiro/família envolvida tanto de sentimentos, como de comportamentos que se estabelecem durante essa relação. A relação interpessoal é, pois, um factor do cuidar, que reúne um conjunto de pressupostos que, necessariamente fazem parte e estão presentes na relação de ajuda salientando-se entre outros, os seguintes: comunicação, diálogo, confiança, respeito e informação.

Cuidar, embora tenha um papel importante na enfermagem, não é exclusivo desta. É próprio de cada ser humano, sendo essencial para o seu desenvolvimento e para a sua

realização, podendo ser aplicado nas diferentes fases da vida das pessoas. Pode-se afirmar que cuidar é tão antigo quanto a raça humana, pois só assim o ser humano cuidando-se, conseguiu chegar aos dias de hoje.

Jean Watson pertence a um grupo de teóricas recentes que se encontra sistematizada na *ESCOLA DO CARING*, termo este que se pretende que seja muito mais do que o cuidar – *TO CARE* – ou cuidado – *CARE*. Watson (2002) acredita que o termo cuidar, tendo uma aplicabilidade nas Ciências das Relações Humanas, é nas Ciências de Enfermagem que atinge o seu expoente máximo, pois proporciona-lhe a base para a prática de Enfermagem. Este modelo é conceptual e pretende ser um quadro de referência para todos os que tendem a aderir a esta forma de pensar, que envolve todo um aspecto transcendente e metafísico do Homem.

Watson baseou-se em quatro metaparadigmas para a elaboração da sua teoria do *Human Care*:

- *Pessoa* – O ser humano, com as suas três vertentes corpo, mente e alma, que interagem e fazem com que cada um tenha uma visão pessoal de como é a realidade e o Mundo que o rodeia, significando que cada um tem um quadro de referência próprio – vivências, experiências, percepções -denominadas de campo fenomenológico. Cada pessoa, na qual se inclui, como é óbvio, o enfermeiro, será pobre se não visualizar a realidade do outro, sendo importante que, para tal, use a empatia;

- *Ambiente* – Este conceito, embora não bem explicito pela autora, sugere que é constituído por um mundo objectivo – físico e material – e um mundo espiritual, dando ênfase à natureza e realidade externa de cada um, ou seja, o seu mundo subjectivo;

- *Saúde* – É a unidade entre corpo, mente e espírito, que só é possível quando se verifica consequência entre o *eu* como é percebido e o *eu* como é experienciado. Existe uma multiplicidade de factores que podem provocar desarmonia dentro das três esferas do indivíduo (mente, corpo, alma) e que podem ser o *stress*, estilo de vida, condições sociais e ambientais. Assim, Jean Watson considera a Saúde como um estado subjectivo de cada indivíduo;

- *Enfermagem* – É a base do *Human Care*, o ideal moral de enfermagem. Este tem como fundamento a protecção, preservação e promoção da dignidade humana. Contudo, estes valores exigem comprometimento social, pessoal e espiritual, para o qual é necessário um valor indispensável: a empatia.

Watson considera que os fundamentos filosóficos para a ciência do cuidar baseiam-se em três factores cuidativos: o enfermeiro deve desenvolver um sistema de Valores Humanista - Altruísta, acreditar na Instilação da Fé e Esperança, e cultivar a Sensibilidade em relação consigo mesmo e com os outros, para desenvolver uma relação de Ajuda - Confiança. Desta forma, o enfermeiro assume o compromisso de ajudar os

outros a atingir a satisfação, a liberdade da dor e do sofrimento, o conforto, o seu bem-estar, ou seja, a melhor qualidade de vida, possível.

Os cuidados que o enfermeiro perioperatório deve prestar não devem ser apenas tecnicistas e mecanizados, mas sim, imbuídos de sensibilidade, podendo estes serem iniciados com a consulta de enfermagem, e consequentemente em todas as outras fases do processo cirúrgico (acolhimento do doente; preparação do doente; intra- operatório; pós-operatório imediato; pós-operatório tardio; preparação para alta, alta e visita domiciliária, se assim acontecer).

Lazure (1999) considera que cuidar é ajudar. Sendo o enfermeiro a pessoa que ajuda, não se pode restringir a ser bom técnico, devendo preocupar-se com os doentes / família na perspectiva holística, ajudando a enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise, com todos os recursos que possui. A mesma autora considera que o enfermeiro que ajuda, deve possuir características essenciais, tais como: Capacidade de Escuta; Capacidade de Respeito; Capacidade Congruência; Capacidade de Empatia; Capacidade de Confrontação; Capacidade de Clarificação.

O enfermeiro deve identificar e relacionar todos os factores que influenciam o funcionamento e a saúde da família, como sejam: a cultura, as crenças, as práticas de saúde, os valores e os papéis familiares, os padrões de comunicação e os mecanismos de enfrentamento que a família dispõe, e interagir com esta, de modo a construir e/ou manter a integridade familiar.

O ser humano é para o enfermeiro o objecto directo da sua competência, por isso, para além do seu saber e do seu saber fazer, deve também preocupar-se com o seu saber ser e saber estar. Nesta relação de ajuda em enfermagem, seja qual for problema de saúde, deve entender-se como uma forma de ajudar a família.

As mudanças e os progressos dos últimos 20 anos no âmbito das famílias também foram influenciadas por mudanças ainda maiores na sociedade. A reestruturação dos cuidados de saúde, no sentido de diminuir o período de internamento, atribuiu directa e indirectamente, maior responsabilidade às famílias nos cuidados. Paralelamente a estas mudanças na demografia, na tecnologia, na prestação de cuidados e na diversidade cultural, estão a ocorrer mudanças, na nossa visão, sobre o mundo, do modernismo ao pós modernismo e do secularismo ao espiritualismo.

A implicação desta mudança induzirá a enfermagem a modificar padrões da prática clínica, desenvolvendo novas competências de avaliação e de intervenção nas famílias.

Nesta abordagem, a família é o principal foco de intervenção de enfermagem. São estudados os padrões de funcionamento e os processos desenvolvimentais da mesma.

Como postulado pela Ordem dos Enfermeiros (2002), a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência

teórica, a prática e a investigação sobre o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, obriga a considerar-se o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. Na abordagem da família é importante referir conceitos principais da disciplina de enfermagem já supracitados.

Para Watson (2002), cuidar implica um relacionamento recíproco entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, o que permite o *cuidar holístico*. Este promove o humanismo, a saúde e a qualidade de vida, essencialmente quando estão em causa comportamentos de pessoas que lidam com *stress*/mudança, conflitos de desenvolvimento ou perda.

Ainda na perspectiva do *cuidar holístico*, Watson (2002) enfatiza a interacção entre variáveis externas, como factores físicos, de segurança e ambiental, e variáveis internas tais como actividades mentais, espirituais ou culturais, as quais a família pode manipular para proporcionar apoio e protecção ao bem-estar físico e mental do familiar, ajudando-o a encontrar a força ou a coragem para enfrentar o momento.

Se lançarmos um olhar à história, vemos que durante séculos, as mulheres foram responsáveis pela prestação de cuidados a crianças e familiares, em fase aguda ou crónica da vida. Porém, apesar do desenvolvimento sócio-económico, verificado no último século, que impulsionou a entrada das mulheres no mundo do trabalho, para além de esposas, filhas, noras, mães, ou irmãs e profissionais, continuam a assumir o papel de cuidadores principais.

Ao cuidador de referência do doente é chamado cuidador principal, ou seja, a pessoa que apoia e presta os cuidados que são necessários no domicílio, seja familiar, amigo ou outro, a quem, são incumbidas as principais tarefas relacionadas com a prestação de cuidados (Martins, 2006).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003) “o papel do prestador de cuidados é interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados” (p. 63). Em que o prestador de cuidados é segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003) “o Indivíduo com as características específicas. Aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (p. 172). Supõe que o cuidador de referência mesmo com pouca formação na área dos cuidados realize e seja responsável por um cuidado necessário não remunerado, sendo pouco visível e reconhecido socialmente, em que o tempo para cuidar não tem limites nem aspectos delimitados, exigindo dedicação total.

Os cuidadores principais assumem a responsabilidade principal dos cuidados. Para estes cuidadores, o tempo para cuidar não tem limites delimitados, com dedicação total, sem remuneração e com pouca formação na área dos cuidados.

Outra preferência para a escolha dos cuidadores informais, recai nos que se encontram afastados da sua actividade profissional ou os que apresentam trabalhos menos diferenciados ou situações sociais mais vulneráveis, visto que, já se encontram por si só numa situação de desvantagem social e encontram aí a sua ocupação (Martins, 2006).

Por outro lado existem situações em que muitos têm que deixar de trabalhar para assistir os seus familiares.

Martins (2004), refere que o prestador de cuidados deve ser envolvido nos mesmos, desde o momento do acolhimento para que, assim, se possa consolidar a parceria e a continuidade dos mesmos. Realiza-se como que um acordo em que, quer os profissionais de saúde, quer o prestador de cuidados tem objectivos comuns como sejam: aumentar e melhorar a qualidade de vida do doente, preservar o seu estado funcional e dessa forma garantir o seu bem-estar aumentando os seus ganhos em saúde, ou seja, um restabelecimento rápido do seu estado de saúde e, conseqüentemente, contribuir para minimizar complicações, em que cada membro tem os seus próprios propósitos, mas contudo têm uma finalidade comum.

Neste acordo cada um dos intervenientes tem as suas responsabilidades e competências, para que possam optar da forma mais conveniente e eficaz, tendo sempre a premissa de não colocar em perigo a vida do doente. Tudo deve ser bem explicado e entendido para que não persistam dúvidas, levando a que a parceria se efective de uma maneira salutar para todos os intervenientes, Martins (2004) defende que o doente deve colaborar e participar no seu restabelecimento de saúde, sendo a enfermeira a guia nas escolhas que este tem que efectivar nos cuidados, tornando-se *co-parceiros* no cuidar. Segundo Christensen (1993), a parceria nos cuidados orienta-se por três componentes basilares: transição, trabalho conjunto e o âmbito, ideias corroboradas por Martins (2004).

É neste contexto de cuidar, que a família se torna como algo imprescindível na continuidade dos cuidados.

Far-se-á ao longo deste estudo uma abordagem da família nas diferentes etapas da vida, face às suas vivências numa situação de intervenção cirúrgica dos seus familiares, em contexto de Cirurgia Ambulatória.

CAPITULO III – FAMILIA NA PARCERIA DOS CUIDADOS

Família é contexto natural para crescer.

Família é complexidade.

Família é teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afectivos.

Família gera amor, gera sofrimento.

A família vive-se. Conhece-se. Reconhece-se.

Relvas

3.1. CONCEITO SISTÉMICO DE FAMILIA

Abordar a temática da família não é uma tarefa fácil. Ao longo da História várias foram as concepções antropológicas e sociológicas que contribuíram para a definição de família, mas esta é complexa, pois depende de vários aspectos culturais, étnicos, religiosos, éticos, crenças, contextualizados em cada país, daí a sua definição ser complexa e vista de forma diferente de pessoa para pessoa.

Para Alarcão (2006), a família é, sem dúvida, o espaço em que nós nascemos, crescemos e morremos. Onde se elabora e se aprende: relações, linguagem, comunicação e, acima de tudo, onde se vivem relações afectivas, contribuindo para a personalidade e autenticidade de cada elemento e de cada família. É o suporte afectivo, psicológico, instrutivo e social de todos os seus elementos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), família é “um conjunto de seres humanos vistos como unidade social ou todo colectivo composto de membros ligados através consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo as pessoas que são mais importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, de relação emocional ou de legal, incluindo as pessoas que são mais importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo” (p. 171).

Hanson (2005), refere que o profissional de saúde, não pode de forma alguma ignorar os cuidados de saúde na vertente da família. Na sua prestação de cuidados, é fundamental centrar-se na família por várias razões: os diversos comportamentos de saúde e doença são aprendidos no contexto familiar; a unidade familiar é afectada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde, e a família é um factor significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos; as famílias afectam a saúde do indivíduo, assim como a saúde e as práticas de saúde do indivíduo afectam a família; os cuidados de saúde são mais eficazes quando dão ênfase à família e não apenas ao indivíduo; a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde são importantes para a sobrevivência da sociedade.

Madalena Alarcão (2006) afirma que “a família é o espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda, o espaço de vivências de relações afectivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade (...) numa trama de emoções e afectos positivos e negativos, que na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos aquela e não a outra família” (p. 38).

Santos (2007) referencia que trabalhos como os de Ludwig Bertalanffy, autora da teoria geral dos sistemas, e o de Robert Wiener sobre cibernética, foram a pedra basilar para se descrever o primordial axioma sistémico em Santos (2007), “o todo é mais do que a soma das partes” (p. 75).

Neste trabalho, o conceito de família será fundamentado essencialmente baseado na teoria sistémica, contudo, fazer-se-á referência a outras. Assim, para Alarcão (2006), família implica uma visão global da sua estrutura (dimensão espacial) e do seu desenvolvimento (dimensão temporal).

De acordo com Relvas (2006), família não é a soma das partes ou dos elementos que a constituem, mas o que cada um deles é, uma vez que cada elemento participa em diversos sistemas e subsistemas, evidenciando vários papéis em diferentes contextos. Cada família é única, não existindo duas famílias idênticas, no entanto, todas funcionam como tal, esta unicidade advém da forma como se organizam, onde se definem papéis e funções.

Também para Bonilla (1989) e Marques (2007) a família não é meramente o equivalente à totalidade dos seus membros é mais do que isso. A plenitude desta envolve regras, normas, interacções, e papéis, que estabelecem uma veracidade desigual da simples adição de pais e filhos.

Para Alarcão (2006), “talvez o mais importante seja vê-la ...como um todo, como uma emergência dos seus elementos, o que a torna una e única” (p. 39).

As novas situações/mudanças da vida para Silva e Pinto (2005) “envolvem uma complexificação do sistema familiar e a consequente redefinição de papéis e tarefas e rotinas” (p.65). Então, se por algum motivo se realizam mudanças de um dos elementos da família, estas vão afectar todos os restantes elementos, conseguindo a família criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade.

Contudo os acontecimentos de vida podem ser assumidos de duas formas (Hanson, 2005):

✓ **Normativo:** acontecimentos prováveis, nas distintas fases de desenvolvimento da vida. Estes acontecimentos, sendo conjecturáveis, levam a etapas de contrariedades

ou de crise, até que se consiga a harmonização (exemplo: casamento; nascimento do primeiro filho....).

✓ **Não normativo:** podem emergir em qualquer período de vida, em que a família não conte. Estes eventos surpresa, podem gerar dentro da família crises e desequilíbrios, até que se esclareçam ideias, posições e, até mesmo, responsabilidades (Exemplo: divórcio, morte, doença grave de um dos progenitores).

Alarcão (2006) considera a família como um modo de relações e interações que ultrapassam no seu meio interno as suas diferentes partes constituintes.

Bolander e Sorensen (1998), Nogueira (2003) consideram vários tipos de famílias, sendo elas:

➤ **Família nuclear** – também denominada de família de casamento ou conjugal, em que a sua composição é feita pelo pai, mãe e filhos biológicos, que monetariamente são independentes;

➤ **Família alargada** – constituída pelo casal, filhos, avós e/ou parentes consanguíneos. Estas famílias são menos frequentes do que no passado, no entanto, as que existem têm um espírito muito coeso e de apoio em situações mais problemáticas;

➤ **Família monoparental** – formada por um dos pais e um ou mais filhos. Anteriormente, este tipo de família era comum quando um dos progenitores falecia, ou quando existia separação ou o divórcio. Na actualidade, este tipo de família tende a desenvolver-se e a ter reconhecimento na nossa sociedade. Pois a mulher solteira tem efectivamente meios para formar uma família quer através de meios artificiais quer através de meios naturais. No entanto, este tipo de família tende a ser vulnerável economicamente e socialmente. Quando são confrontados com uma situação de doença de um dos seus constituintes, são delimitados com um emaranhado de problemas desde económicos, emocionais e mesmo sociais;

➤ **Famílias mistas** – constituídas por um casal com filhos de outra relação e os filhos da sua relação. Poderão ser problemáticas, pois os seus membros têm histórias de vida familiar diferentes, o que pode levar à existência de estratégias e pensamentos divergentes quer para enfrentar problemas de *stress* e de doença, quer para manter a saúde;

➤ **Família combinada** – Inclui padrastos e enteados. Constituir a estabilização destas novas famílias implica grandes esforços, pois também associadas a estas, existem as famílias anteriores em que é necessário inseri-las em toda esta nova dinâmica, o que confere uma duplicação de esforços, no sentido de se constituir a nova família de uma forma estável e equilibrada;

➤ **Família homossexual** – o empenho dos seus membros em serem reconhecidos como família é cada vez maior na sociedade actual, verificando-se que, em alguns países, incluindo o nosso, já conseguiram este reconhecimento a nível governamental.

Independentemente do tipo de família que persiste num determinado contexto, ela vive de uma relação de funções. Ballard (2005) refere que as funções da família podem ser definidas em dois grandes grupos: família como sistema individual e família como sistema social. Assim:

- **Família como sistema individual**, consideram-se factores que interferem tais como: funcionalidade económica, assegurar a procriação, socialização dos procedentes e estabilização das personalidades adultas;

- **Família como sistema social** considera-se apropriação ao ambiente externo e interno, reconhecimento e efectuação de objectivos, integração familiar, conservação de protótipos e controle de tensão.

A família não é mais do que uma instituição formada pelos seus constituintes e que tem funções determinadas, para manter a integridade familiar e dar respostas às necessidades individuais de cada um dos seus elementos respondendo às expectativas da sociedade. Como sistema social é constituída por membros em que uma simples alteração em qualquer um deles, implica inevitavelmente alterações em todo o sistema familiar (Nogueira, 2003).

Alarcão (2006) considera que a família, funcionando como um todo, faz parte de outros sistemas, inserida noutros contextos nos quais evolui e se desenvolve. Relativamente às trocas que efectua com o mundo exterior, a família é um sistema aberto, mantendo com o exterior uma abertura maior ou menor, conforme as suas necessidades e as suas características. Esta é capaz de, autónoma e espontaneamente, alterar a sua estrutura, adaptando-se e criando as condições necessárias ao seu sistema.

O quotidiano da família é muito mais que o somatório das vidas dos seus elementos, sendo interessante verificar o seu desenvolvimento como sistema total. Wright e Leahey (2002) “«totalidade» da família é muito mais que a simples adição de cada membro da família” (p. 40).

Para Hall e Fagen, in Watzlawick *et al* (1993), um sistema “é o conjunto de objectos com as relações entre objectos e entre os atributos acrescentam que em que os objectos são os componentes ou partes do sistema, os atributos são as propriedades dos objectos e as relações dão «coesão ao sistema todo»” (p.109). Considerando as pessoas, os objectos e os atributos vão ser os diferentes comportamentos que as pessoas possuem, através dos quais lhes permite manter relações e comunicação com os outros.

A interligação do sistema deve ser encontrada, não só no próprio sistema, mas, acima de tudo, nas relações que estabelece com o meio ambiente, sendo que estas relações não significam uma dependência, mas sim, uma característica do sistema em si.

Relvas (2006) distingue na família vários subsistemas: **individual**, **parental**, o **conjugal** e o **fraternal**. Seguindo esta terminologia, Alarcão (2006) considera que cada um destes subsistemas consiste:

➤ **Individual** – é constituído pela própria pessoa que, para além da sua posição e papel familiar, integra também funções e papeis noutros sistemas;

➤ **Parental** – habitualmente constituído pelos mesmos adultos, com funções que têm por fim a educação e protecção dos membros mais novos. A sua composição pode variar podendo incluir um avô ou avó ou ambos, uma tia, ou outra pessoa. Os pais podem até não estarem representados neste subsistema;

➤ **Conjugal** – é constituído pelo marido e esposa, em que para o seu funcionamento é essencial a reciprocidade do ajustamento e, ao mesmo tempo, a cumplicidade e a complementaridade. Salientando-se quem tem determinada função e que tarefas lhe são destinadas;

➤ **Fraternal** – constituído pelos irmãos sendo um lugar de partilha e de experimentação de papéis face às vivências externas à família.

A forma como se organizam estes subsistemas, as relações que se estabelecem entre eles e no interior de cada um, combina com a estrutura familiar. Relvas (2006) defini-a como “o modelo de relações definido na e pela família, ou seja a qualidade emergente de processos comunicacionais que fazem nascer, manter ou desaparecer” (p. 13).

Para Martins (2002), a família desempenha um papel de protecção e de cuidadora desde o início do ciclo vital, mas esta função é reforçada sempre que alguma das suas partes necessita de ser cuidada. Tem uma história natural, desde a sua concepção gestacional até à morte, passando naturalmente por todas as fases de crescimento do ciclo vital. Em todo este processo, a necessidade de ajustamento às situações e de encarar a perturbação é uma constante nas vivências das famílias.

Segundo a perspectiva de Relvas (2006), na família, como noutro organismo, a mudança dá-se constantemente, pensa-se que a seguir a momentos de mudanças seguem momentos de sossego, acalmia, o que é compreensível, uma vez que a família está sucessivamente em desenvolvimento.

Martins (2004) salienta que existem mudanças e pressões internas das famílias que desencadeiam momentos de *stress* e, naturalmente, de crise. As pressões internas podem ser desenroladas a partir de um problema de um dos seus membros. Por outro

lado, a família tem inerente outro tipo de pressão, por exemplo o ambiente onde a família está inserida pode levar por si só ao *stress*.

Independentemente das adaptações serem internas ou externas, com objectivo de tornar eficaz a mudança e a continuidade da família, terão sempre uma carga de *stress* que pode ser maior ou menor. Relvas (2006) releva que “Não é portanto o carácter agradável ou desagradável dum acontecimento que o define como crise, mas sim o seu carácter de mudança” (p.27).

3.2. CICLO VITAL DA FAMÍLIA

A contextualização do ciclo vital é efectuada tendo como referência a família nuclear de classe média, na sociedade ocidental, e a definição de critérios de diferenciação das etapas baseiam-se: no aparecimento saúde/doença; na adopção de novas tarefas de desenvolvimento a realizar e no posicionamento dos filhos na família.

Santos (2007) considera que a família “é um conjunto de indivíduos interligados por relações, em constante conexão com o exterior, garantindo o seu equilíbrio no processo de desenvolvimento, através da transição estádios, em que aos estádios corresponde o ciclo vital da família, que expressa e integra uma perspectiva desenvolvimentista da família, representando um esquema de classificação em estádios que marcam a sequência previsível de transformações, na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas, diferenciando fases ou etapas” (p. 75).

O conhecimento do estágio do ciclo vital permite a identificação: das tarefas e funções dos subsistemas; dos modelos de comunicação; das dificuldades da família e facilita o levantamento de hipóteses e planeamento da intervenção.

Analisar o ciclo vital da família, foi preocupação de vários autores, assim seguidamente, efectiva-se uma análise sumária das diferentes fases do ciclo vital da família.

Para Relvas (2006) do ciclo vital da família emerge:

➤ **Formação do casal** (criação do modelo: a nossa família)

Virginia Satir citado por Relvas (2006), “Todo o par tem três partes: tu, eu e nós; duas pessoas, três partes, cada uma delas significativa, cada uma delas com vida própria. Cada parte torna mais possível a outra. Deste modo, eu torno-te mais possível a ti, tu tornas-me mais possível a mim, eu torno mais possível a nós, tu tornas mais possível a nós e, juntos, nós tornamos mais possível um e outro” (p. 54);

➤ **Família com filhos pequenos** (função conjugal move-se para a função parental)

Os novos pais vão ter que estabelecer fronteiras claras com os seus próprios pais e compatibilizar as quatro parentalidades, isto é, a figura maternal e paternal do modelo

materno e a figura maternal e paternal do modelo paterno. Alarcão (2006) “A conjugalidade não pode ser anulada, nem mesmo ocultada, pela parentalidade: tem que ser com ela articulada. Mas também sabemos que a parentalidade é, a todos os títulos, um parceiro muito exigente” (p. 131);

➤ **Família com filhos na escola** (transferência e expansão das normas)

Para Relvas (2006) é o primeiro teste externo à individualização da criança, criada no seio familiar; a autonomia da criança e a separação pais - filho é a grande mudança desta etapa; a criança vai-se deparar com outros valores e outras normas, vai-se confrontar com a autoridade paternal e com a autoridade do professor. Contudo, vai-se reajustar ao subsistema fraternal e viver com os grupos pares (constituindo sub sistemas onde as relações são horizontais);

➤ **Família com filhos adolescentes** (Socialização e individualização dos seus elementos)

Relvas (2006), evidencia que esta etapa se rege pela flexibilidade e continuidade na aquisição de autonomia pelo adolescente, que é, sobretudo, uma autonomia de valores, (para além de autonomia física e económica), assim como na construção de uma identidade, na determinação de um papel e de um lugar no mundo, para assim assumir papéis adultos de carácter social, relacional, afectivo e laboral;

➤ **Família com filhos adultos** (Perspectiva multigeracional: o inter cruzar de gerações)

É a etapa de reajustes, em que novos elementos entram, os parentes por afinidade, os netos e talvez as gerações mais idosas, que voltam depois a sair.

Há, nesta etapa, uma redefinição relacional envolvendo uma renegociação das interdependências que as ligaram e continuam a ligar (Relvas, 2006)

Aqui enumeram-se tarefas básicas como: facilitar a saída dos filhos de casa; renegociar a relação do casal; aprender a lidar com o envelhecimento.

Para além deste factor na abordagem da família, existe outro factor que se encontra incluído que é o tempo. Não sendo este tempo apenas cronológico, pois a idade dos membros é importante, é de realçar o tempo processual, este relaciona-se com os diferentes papéis que se vão adoptando em diferentes momentos estruturais da família.

Como já referimos, a família no seu funcionamento inclui influências externas, sem, contudo, depender delas; para além destas, também sofre pressões do meio interno. Possui uma capacidade auto-organizativa que lhe permite o equilíbrio entre estas forças (Relvas, 2006). Sendo o seu grau de abertura variável conforme a sua organização (Alarcão, 2006).

Pode-se dizer que, as crises familiares não se acabam nas diferentes circunstâncias do ciclo vital, pois estas vão ser as crises esperadas. Contudo, existem

outros episódios da vida que se vão desenrolando ao longo da história familiar e que se poderão converter em crises com todas as suas implicações: o caso da intervenção cirúrgica, poderá transformar-se numa crise, se na sua sequência ocorrer o falecimento ou a invalidez do sujeito. Relvas (2006) “Se alguém da família for sujeito a uma intervenção cirúrgica, há que resolver a situação através de ajustes no quotidiano, que não implicam, contudo, uma nova estrutura relacional” (p 28).

3.3. FAMÍLIA DA CRIANÇA

No que concerne à *criança*, a sua necessidade mais basilar, remete-se para a representação materna, que a alimenta, protege e ensina, assim como concebe um apego individual seguro, cooperando para um bom desenvolvimento da família e, consequentemente, para um bom desenvolvimento da criança. A família é, então para a criança, um grupo significativo de pessoas, de apoio, como os pais, os pais adoptivos, os tutores, os irmãos, entre outros. Aqui, a criança assume um lugar proeminente na unidade familiar, onde se sente segura. A nível do processo de socialização, a família assume, igualmente, um papel muito marcante, já que é ela que delinea e projecta o comportamento e o sentido de identidade da criança. Ao prosperarem próximas, família e criança, promovem a acomodação da família às carências da criança, delimitando áreas de autonomia, que a criança experiencia como separação.

Para Gedaly-Duff e Heims (2005) “Os cuidados centrados na família são uma abordagem de sistema amplo para cuidados de saúde infantil, baseada na ideia de que as famílias são a principal fonte de força e de apoio das crianças” (p. 262).

Qualquer que seja o tipo de família, esta possui uma história própria de vida, que se manifesta através de diferentes fases de desenvolvimento, quer dos indivíduos, quer da própria família, adaptando-se às mudanças.

Quando duas pessoas, homem e mulher, decidem ter um filho, inicia-se o ciclo vital da família, depois surge o momento do nascimento do primeiro filho. O nascimento deste filho vai ser gerador de alterações a nível individual e familiar, surgindo dois novos subsistemas: o parental e o filial. Isto implica uma reorganização da estrutura familiar, no sentido de se definir novos papéis parentais.

O nascimento do primeiro filho vai fazer com que a família estabeleça relações com o exterior, nomeadamente com as famílias de origem, que funcionam como apoio.

Consequentemente, surge a educação dos filhos e a socialização, visualizados através do subsistema parental, em que a criança aprende através dele, negocia dentro do ambiente familiar, assim como se apercebe quais os comportamentos desejados e os

não desejados. Apesar do poder paternal, este não deve limitar a tomada de decisão da criança, deve respeitar, possibilitar e encorajar algumas atitudes e posturas de vida.

Com o nascimento de outros filhos, os interesses familiares são diferentes, reorganizam-se padrões e paralelamente aos subsistemas existentes cria-se um novo subsistema fraternal. A criança, nesta etapa, aprende a socializar com outras pessoas criando amigos e inimigos.

Com o desenrolar da vida e com estes subsistemas (conjugal, parental, filial e fraternal) da família, vão-se efectuando os diferentes momentos do seu desenvolvimento, de acordo com o ciclo vital da família

Mas o ciclo vital da família continua, e o seu desenvolvimento leva ao aparecimento de novos eventos que vão provocar mudanças e alterações na estrutura familiar.

Outra abordagem da criança na família é realizada, segundo o modelo de interacção familiar sendo que, Gedaly-Duff e Heims (2005) “O modelo de interacção familiar utiliza os conceitos de carreira familiar, desenvolvimento individual, e padrões de saúde, doença, e envolvimento da família face à doença” (p. 262).

Este modelo provém da teoria de interacção simbólica e da teoria do desenvolvimento, fundamentado por George Herbert Mead (1934) referenciado por Hanson (2005). Orienta-se por interpretação e tomadas de posições face à saúde, doença e ao envolvimento familiar, sendo estes em parte incutidos pelo desenvolvimento familiar e individual.

As famílias que têm no seu seio membros adultos e pediátricos, tal como nos orienta o modelo do desenvolvimento familiar, (Barros, 2003) passam por diferentes estádios. Paralelamente ao desenvolvimento destes estádios por parte da família; dá-se também a passagem por vários estádios de desenvolvimento face aos seus membros. A perspectiva de desenvolvimento sugere que quer as famílias, quer os seus membros, se modificam no percurso de vida.

Tal como supra mencionado, o modelo de interacção familiar utiliza três alicerces de conceitos (Gedaly-Duff e Heims 2005).

- **Carreira familiar** que se baseia nas vivências activas de desenvolvimento da família face a determinados períodos da vida, interpretando as diferentes etapas e transições;

- **Desenvolvimento individual** características que se relacionam com as alterações sofridas ao longo das diferentes faixas etárias;

- **Padrões de saúde, doença, e envolvimento da família face à doença** estabelecendo as condutas desejadas nesta conjuntura.

A noção destes conceitos e as suas ligações permitem colaborar na compreensão do que pode ser a saúde e doença nas relações familiares.

A carreira familiar, para além de considerar o desenvolvimento do ciclo vital familiar, engloba também as diferentes transições, mudanças ao nível do sistema familiar (exemplo: divórcio, formação de novas famílias...) ou seja, as transições de desenvolvimento ao longo do percurso de vida não acontecem de uma forma linear. Por exemplo, a construção de uma família em que um dos cônjuges tem filhos e o outro pode nunca ter vivenciado o nascimento de uma criança e presenciado todos os estádios de desenvolvimento que lhe estão associados ou, então, uma família que tem no seu meio um dos seus filhos com alterações mentais em que o seu desenvolvimento não vai ser efectuado de uma forma sequencial.

A carreira familiar torna-se um meio vantajoso, permitindo-nos considerar os diferentes tipos de famílias, e a sua dinâmica funcional. Segundo Ausloos (1996) esta orienta-se pelas vivências das famílias.

O desenvolvimento individual é o segundo conceito do modelo de interacção familiar. Considerando que as famílias com filhos são constituídas por adultos e crianças, e face ao seu progresso familiar, é de considerar quer os aspectos inerentes ao progresso do adulto, assim como os relacionados com a criança fazendo o binómio fulcral para um saudável crescimento da família. Assim, alguns estádios de progresso da família estão interligados com o desenvolvimento individual de cada um dos seus constituintes e com as diferentes necessidades de prosperar do ser humano.

A terceira premissa do modelo de interacção familiar focaliza-se nos **padrões de saúde, doença, e envolvimento da família face à doença**. No que concerne à saúde a família adopta medidas de prevenção e promoção. No seu quotidiano elegem comportamentos que lhes permitem definir padrões de saúde para a família, em que o bem-estar físico, psíquico e emocional é fomentado quer por actividades de lazer, quer por medidas que previnem o aparecimento da doença (exemplo as vacinas), e desenvolvem ferramentas de protecção do agregado familiar e bem-estar da família. Todos os dias, as actividades paternais nutrem e socializam as crianças para se tornarem adultos saudáveis.

Uma das funções da família, é criarem filhos saudáveis, proporcionar-lhes um grau de instrução, inseri-los no meio social, protegê-los e cuidar deles, quando na presença da doença. As tarefas familiares diversificam-se desde a prestação de cuidados de saúde para manter o equilíbrio saudável para a criança, pois deste equilíbrio emerge um equilíbrio saudável para a família.

A família é a peça fundamental e determinante no bem-estar das crianças, e a promoção da sua saúde ocorre durante as actividades paternais. No entanto muitas famílias são assistidas na paternidade por outros cuidadores (avós, tios, infantários, escolas...) que ficam com as crianças e contribuem para o seu bem-estar.

As questões da saúde para as famílias com crianças são influenciadas pela dinâmica interactiva dos três princípios do modelo de interacção familiar. A avaliação deste modelo facilita desenvolver intervenções que ajudam as famílias a cuidar da saúde dos seus filhos.

Em caso de doença, pode-se considerar que são padrões anormais, não normativos, que implicam alterações físicas, sociais, económicas e familiares. Torna-se relevante valorizar as atribuições de significado às experiências de saúde e doença, durante o processo de desenvolvimento global. A valorização da componente emocional e diferenças pessoais, perante situação saúde - doença, as próprias crenças e atitudes expressas pelo meio familiar e cultural mais próximo, chamam atenção para os diferentes níveis de significação expressas pela mesma criança em situações diferentes.

A ideia que a criança tem da doença é, na maioria das vezes, influenciada pelos adultos, quer ao nível das diferentes dimensões, quer pelo seu próprio desenvolvimento cognitivo, quer por expectativas dos que lhe são mais próximos, quer ainda pelo que lhe é inculcado pelas próprias crenças (Barros, 2003).

Crianças que vencem outros domínios da sua vida cognitiva, utilizam conceitos característicos do período pré-operatório, quando confrontadas com uma situação de doença ou de tratamentos assustadores.

O reconhecimento das significações na sua complexidade cognitiva e emocional ajuda a compreender o processo de interacção e determinação mútua entre pais e filhos. Ao longo da vida, e por vivências traumáticas, pais e filhos vão-se influenciando mutuamente nos processos de aquisição e transformação de significados sobre saúde e doença, sobre adesão aos tratamentos e sobre as melhores formas de confrontar a ansiedade, o *stress* e o sofrimento. Hanson (2005) “os pais muitas vezes precisam de cuidados especiais quando os seus filhos estavam a passar por procedimentos desagradáveis” (p. 262).

Se consideramos uma situação de hospitalização de uma criança, por vezes, as consequências negativas desta vivência estão associadas a outros factores de risco, tais como: ausência de experiências prévias positivas de separação, perturbação e carências básicas na família anteriores ao processo, ansiedade parental, a separação do ambiente familiar, a interrupção nos cuidados básicos por um adulto responsável. É de todo relevante que se efectue uma preparação prévia de uma situação que gera *stress*, de forma a se definirem conceitos e responsabilidades quer para os pais, quer para as crianças. Hanson (2005) “A hospitalização também causa *stress* e ansiedade nos pais das crianças doentes Melnyk (1998); Miles *et al* (1989); Tiedeman (1997) e nos irmãos Morrison (1997)” (p. 261).

O envolvimento da família face à doença, segundo Hanson, (2005), citando Corbin e Strauss, (1988), “são os processos pelos quais as famílias passam a lidar com um problema de saúde ou doença, e os tratamentos médicos, que se tornam parte integrante das suas vidas diárias. Conforme a gravidade da doença, a família adota comportamentos que adequa face a cada situação, e reorganiza-se para que os problemas sejam minimizados” (p. 270).

Neste contexto de doença surgem, muitas vezes, os avós que, sendo a base para a família nuclear, influenciam com os seus próprios valores, os valores que os pais têm no exercício da paternidade. Contudo, os avós durante uma situação de doença, servem de apoio para acompanharem as crianças com condições de segurança, proporcionando tanto às crianças como aos pais protecção e amparo.

3.4. FAMÍLIA DO ADULTO

A formação do novo casal arrasta consigo as suas famílias de origem. O casamento será um relacionamento de segunda geração com um mínimo de três famílias (família de origem da esposa, família de origem do marido e o novo casal). Nesta fase de crescimento, o casal vai estabelecer a sua identidade, tendo previamente de definir e negociar questões dos dois, em que ambos têm hábitos predefinidos que necessitam de um tempo de adaptação um ao outro (exemplo: alimentares; sono, espaço...). Nesta altura, torna-se premente definirem as suas próprias regras, e quais as que deverão manter das suas famílias de raiz. Cada um deve respeitar o outro nas diferentes interligações. Torna-se necessária uma readaptação dos novos cônjuges com as diferentes famílias de origem. Esta situação é provocadora de *stress* para o casal e famílias envolvidas, pois tudo ou quase tudo pode ser diferente, novo e tornar-se quase que uma obrigação em que uns têm de agradar aos outros.

A parentalidade segundo Guy Ausloos (1996) estabelece-se entre pais e filhos marcando o ciclo da vida da família, e tornando-se universal na medida em que todas as famílias experienciam o processo de Parentalidade.

A inclusão de uma criança no seio familiar traz importantes mudanças à família: exige maturidade intelectual e psicológica dos pais.

Torna-se, sem dúvida, um desafio criar uma criança quando os recursos financeiros são por vezes limitados, dado que a parte profissional exige algum investimento e empenho para se afirmarem.

Tal como o início do casamento nesta fase vão ter necessidade de renovar e readaptar tarefas. É fundamental, delimitar de uma forma saudável e recíproca, como lidar com a responsabilidade da educação de um filho e com as actividades domésticas,

para não haver uma sobrecarga para nenhum dos cônjuges. A reorganização de responsabilidades na dinâmica familiar devem ser assumidas pelo casal e não apenas pela mulher Carter e Mcgoldrick (1995). Pois esta, para além do papel de mãe, desempenha na actualidade a maioria das vezes outros papéis.

O exercício da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, denotando-se que a sua ausência, ou alteração, influencia, podendo mesmo interferir, no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no surgimento de problemas de saúde e sociais significativos Ausloos (1996).

Para Relvas (2006) “Os papéis parentais concretizam-se em função das necessidades particulares dos filhos (de acordo com a idade, por exemplo) mas também procuram responder positivamente às expectativas sociais atribuídas aos pais, enquanto educadores.” (p.16) O domínio da parentalidade é ainda bastante recente, quer no que se refere às análises sociológicas do termo, quer no que diz respeito à abordagem psicológica da questão. Os primeiros reportam-se à década de 70, em que Larrousse (1996) citado por Relvas e Alarcão (2007) procurando apontar o significado de *Parental*, que o definem da seguinte forma “Relativo ao Pai e Mãe: autoridade parental” (p. 266).

A Parentalidade desenvolve-se por meio de quatro fases distintas. Inicia-se com a **fase antecipativa** que se desenvolve ainda durante a gravidez e que evidencia a experimentação do papel parental por parte dos pais, e das mudanças sociais e psicológicas intrínsecas ao processo. A esta fase segue-se a **fase formal**, com o nascimento do bebé e o desempenho do papel parental, propriamente dito, segundo as expectativas dos outros.

Posteriormente e com base nas expectativas dos outros, os pais desenvolvem a sua parentalidade de forma única, procurando adaptar às necessidades e exigências inatas à criança, denominando-se esta **fase informal**. Por fim, e traduzindo uma etapa em que os pais adquirem confiança e competência no desempenho do papel e da sua parentalidade, surge a **fase de identidade do papel** (Lopes e Fernandes, 2005).

Para Silva e Pinto (2005), a parentalidade é um processo que configura um projecto de vida a longo prazo e até mesmo vitalício, também ele sujeito a sucessivas mudanças e tarefas de adaptação, que envolve a necessidade de prestação de cuidados e de afecto.

Cruz (2005) considera que a parentalidade é provavelmente a função mais desafiante da vida adulta, em que os pais, na vida dos seus filhos, vão ser uma das influências mais dominadoras e mais significativas. A mesma autora pondera que de todas as mudanças/transições que se dão durante o desenvolvimento do adulto, a que se distingue das demais é, sem dúvida, a circunstância de se tornarem em pais e mães. Por um lado, constitui a resposta natural ao desenvolvimento da espécie humana, confrontada com a preservação, a continuidade e a procriação. Por outro lado, retribui a

uma esperança social, contribuindo assim para aquilo que a sociedade espera da vida adulta e consecutivamente também faz parte de projectos de vida de alguns casais que optam por este caminho.

Comparada com outras transições da vida adulta, a passagem para a parentalidade tem, no entanto, um traço que lhe é único: a sua irreversibilidade conforme nos é referida por Cruz (2005). Esta implica integrar e equilibrar dimensões que para Silva e Pinto, (2005) parecem contrárias, como apoiar e favorecer a autonomia, estar junto e separado, dar continuidade e favorecer a diferença.

Ordem dos Enfermeiros (2005) refere uma outra definição da parentalidade, “como uma acção de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamento para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (p. 43).

A estrutura familiar é composta por pessoas que apresentam um estatuto social e que interagem regularmente. Quando ocorre ganho ou perda de membros por casamento, divórcio, nascimento ou morte (...), verifica-se uma alteração dessa estrutura e os papéis necessitam de ser redefinidos. Tradicionalmente, a estrutura familiar traduzia-se numa estrutura nuclear ou extensiva.

Recentemente, novas estruturas ganham destaque (família monoparental, família mistas, entre outras) e novas formas de organização familiar foram e vão surgindo.

Segundo Ordem dos Enfermeiros (2005) “Família Monoparental: liderada pela mulher - Família monoparental com características específicas: família constituída pela mãe, avó ou outra mulher e uma ou mais crianças e/ou outros dependentes e ainda Família com características específicas: Família constituída por figura parental única – mãe, pai ou outro cuidador e presença de uma ou mais crianças ou outros dependentes” (p. 171).

Na homoparentalidade, tal como referem Hockenberry e Winkelstein (2006), a família é composta por pares do mesmo sexo, possuindo o casal filhos, quer sejam oriundos do primeiro casamento anterior de um dos elementos, quer sejam adoptados ou acolhidos por estes casais. Em determinadas sociedades, os filhos podem ainda surgir em casais de lésbicas, por fertilização *in vitro* ou em casais homossexuais através das mães de aluguer.

Relvas e Alarcão (2007) definem Co-parentalidade como sendo a relação que se estabelece entre pai e mãe, com o objectivo de partilharem as suas personalidades, bem como a forma mais conveniente para prestar cuidados, educação/formação e apoio

afectivo aos seus progenitores Da junção de parentalidade e co-parentalidade resulta a monoparentalidade, uma vez que a relação é apenas entre pai e filho ou mãe e filho.

Hockenberry e Winkelstein (2006) constataam que a monoparentalidade é um tipo de parentalidade que tem vindo a aumentar, resultando das mudanças de mentalidades, emancipação da mulher, igualdade de géneros, uma vivência mais individualista, entre outros pontos. Todas essas mudanças revolucionaram a percepção do papel que cada indivíduo tem na sociedade, levando a tomar decisões, face às características e capacidades que possui.

Algarvio e Leal (2004) consideram que a prática da parentalidade que compreende as qualidades de parentalidade e os aspectos das relações entre pais e filhos.

A fase da adolescência dos filhos é marcada por mudanças e transformações quer biológicas, emocionais, quer sócio culturais, que acontecem de uma forma muito acelerada. Repentinamente, os filhos crescem e os pais têm de criar alterações no relacionamento pais/filho para permitir que os adolescentes se desenvolvam de uma forma saudável.

Os pais têm agora necessidade de reajustar novamente os seus hábitos, pois o adolescente, já não é aquela criança que necessita de total protecção e dependência. Esta dependência vai dando lugar à independência, levando os pais, por vezes, a terem dificuldade de a aceitarem, porque apesar da independência psicológica, mantém-se ainda a dependência física. Para Wright e Leahey (2002) “Os pais precisam mudar o papel paternal de «protectores» para o de «preparadores» para os desafios da vida adulta” (p. 108).

As sucessivas interrogações dos adolescentes face ao seu desenvolvimento social, sexual, hábitos familiares e opções da carreira profissional, podem contribuir para que os pais repensem as suas próprias ligações conjugais e de trabalho. Assim, para Wright e Leahey (2002), com a evolução natural do ciclo de vida, o envelhecimento dos pais é acompanhado pelo envelhecimento das gerações mais idosas. Emerge para a família duas novas situações, por um lado, os filhos/adolescentes a reivindicarem mais liberdade e, por outro, os avós a suscitarem mais apoio. Os adolescentes vão lentamente cortando alguns laços familiares, para que, de uma forma crescente estabeleçam relações mais duradouras com os amigos.

Na actualidade, e face à crise que a população está a vivenciar com períodos de grandes dificuldades, quer económicas quer mesmo de emprego, os jovens ponderam a situação de sair de casa dos seus pais, optando alguns deles por viverem com os pais e terem outra qualidade de vida. Se noutras alturas tinham incentivos ao empréstimo para habitação, tudo se modificou e a realidade passou a ser bem mais obscura. Os que optam por sair de casa, fazem com que os casais renegociem mais uma vez o seu

sistema conjugal para manterem o equilíbrio entre dependência, independência e interdependência. Velhos papéis devem ser renunciados entre pais e filhos e estabelecidos outros. Os pais reajustam as suas relações também no sentido de incluírem o cônjuge ou companheiro do filho (Wright e Leahey 2002). A parentalidade é para Lopes e Fernandes (2005), influenciada pelo ambiente onde a família se insere.

A naturalidade da «roda da vida» com a dependência ou a morte de um dos pais idosos é encarada pela família como uma ocorrência que segue a lei da vida. Contudo, o que ocasiona os efeitos sobre a família é o grau de dependência do idoso, que pode ser causador de *stress* familiar.

Esta fase inicia-se com a reforma e prolonga-se até à morte de ambos os cônjuges. Estes continuam a manter o seu relacionamento conjugal, mantendo também actividades de ambos. Face ao aparecimento de novos membros na família, devem ajustar-se a esses (cônjuges dos filhos e netos) e adoptarem novos papéis de avós e sogros. Deve a família abrir tempo/lugar, no sistema para o conhecimento dos idosos.

Nesta etapa da vida, lida-se com a perda de um cônjuge, ou até mesmo dos membros da família e muitos idosos consideram a preparação para a morte. Neste momento, revê-se a vida e resolvem-se problemas que, eventualmente, tenham que ser resolvidos.

O filho que criou o seu casamento teve os seus filhos e vê-se agora confrontado com a multiplicidade de papéis, desde de educação e sustento dos filhos, adaptação aos novos membros da família e os pais que se tornaram idosos, invertendo-se agora os papéis. Se noutro tempo eram estes que cuidavam dele, agora é ele que tem que cuidar de seus pais e de todas as responsabilidades familiares, que uma família adulta possa acarretar. Juntamente a esta vertente familiar, tem que conciliar a sua parte profissional, pois as necessidades de apoio aumentam e o tempo para esse apoio também, daí haver necessidade de se relegar para segundo plano o trabalho, implicando, por vezes, a falta ao mesmo.

3.5. FAMÍLIA DO IDOSO

A mudança é a palavra de ordem no tempo que atravessamos, sendo que ninguém ou nada se pode afirmar imune aos seus efeitos. A área da saúde não é excepção e as mudanças no sistema e subsistemas de saúde, nos últimos anos em Portugal, são bem o exemplo disso.

Segundo Costa (2006), o país tende a reproduzir os problemas de saúde das sociedades industrializadas, e aquilo a que hoje assistimos em Portugal, foi o que se verificou há algumas décadas, nos países mais desenvolvidos, nomeadamente a

diminuição da mortalidade associada ao aumento da esperança de vida, e o aumento da mesma, relacionado com as incapacidades causadas pela sinistralidade e pelos problemas relacionados com atitudes e comportamentos sociais desajustados.

As consequências directas em termos de saúde traduzem-se por um aumento considerável da procura de cuidados, sendo os idosos os grandes incapacitados, os maiores utilizadores dos serviços de saúde.

Apesar de historicamente se ter dado pouca atenção às necessidades da família, enquanto prestadores de cuidados (cuidadores), nestes primeiros anos do século XXI, vários têm sido os estudos efectuados neste domínio, tentando de alguma forma encontrar respostas para dúvidas e incertezas, que apesar de antigas, continuam a apoquentar aqueles, que em algum momento necessitam de prestar apoio, cuidar de um dos seus familiares. O regresso a casa, no pós-operatório de uma cirurgia, é uma situação que, de algum modo, acaba por ter repercussões no contexto familiar, sendo a família confrontada com novas exigências, sem que para tal ela fosse, ou estivesse preparada, quando esta deveria constituir uma realidade das nossas práticas.

Todos sabemos que a maioria dos cuidados são prestados pela família e amigos, e que estes desempenham um papel fundamental na continuidade dos cuidados, na medida em que contribuem em grande parte para fazer face à insuficiência dos sistemas de protecção social e de saúde.

A verdadeira promoção da continuidade dos cuidados pode representar uma diminuição significativa de custos pessoais, sociais e económicos, quer para o doente, quer para a família e sociedade, na prevenção de complicações e internamentos recorrentes.

Neste contexto, num modelo adequado de cuidados continuados, as intervenções de enfermagem centradas na família afiguram-se como um instrumento básico em enfermagem. O envolvimento da família no projecto terapêutico da pessoa necessitada, constitui uma ferramenta imprescindível para otimizar a capacidade da mesma para o cuidar e para, simultaneamente, preservar a sua vida familiar e garantir cuidados mais personalizados à pessoa que não está autónoma.

Quando falamos da autonomia da pessoa, Teixeira (2006) refere que devemos focar-nos para além das suas capacidades físicas ou psicológicas, na legitimidade das suas acções, salientando que a pessoa autónoma não age apenas, não controla apenas o que faz, mas estampa a sua autoridade no que faz, empresta às suas acções uma legitimidade particular. Defende ainda que, para se ser autónomo torna-se necessária a existência de um contexto social no qual o indivíduo possa, ao mesmo tempo, ser incorporado e nele actuar. Este conceito difere de responsabilidade, mas a segunda não existe sem a primeira.

O acréscimo da esperança de vida veio provocar um contínuo e evolutivo envelhecimento populacional. As consequências da ancianidade da população fazem-se experimentar não só nas áreas social e político-económica, mas também na área da saúde e nos comportamentos familiares.

Costa (2006) relata que nas últimas décadas, a vida humana prolongou-se não só em consequência dos progressos científicos e tecnológicos da medicina, mas também das transformações sócio-económicas que proporcionaram uma melhoria geral da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas. Este fenómeno, conjuntamente com a baixa taxa de natalidade, está na base do envelhecimento demográfico que se tem verificado nos últimos tempos. Uma maior longevidade, nem sempre corresponde uma vida funcional, independente, autónoma e sem problemas de saúde, pelo contrário, o número de indivíduos com perda de autonomia, de invalidez e de dependência não pára de aumentar, devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes.

O grande número de doentes com elevado grau de dependência que hoje existe na sociedade, faz com que a sua rotatividade pelas camas dos hospitais, seja cada vez mais frequente, atendendo à previsível degradação do seu estado de saúde. No entanto, após a situação cirúrgica que os levou ao hospital, procura-se que os tempos de internamento sejam cada vez mais curtos (melhorar o indicador de demora média) e os doentes retornem ao seu contexto familiar, no mais curto período de tempo - objectivos que são possíveis de alcançar no contexto de Cirurgia Ambulatória. Assim, desde cedo, de preferência desde a preparação pré-operatória, os familiares são, ou deveriam ser, chamados e orientados a colaborar na continuidade da prestação dos cuidados, tornando-os elementos importantes no processo de manutenção do estado de saúde dos seus familiares.

Costa (2006) descreve que demograficamente Portugal é influenciado por vários factores tais como: baixa fecundidade, uma taxa de mortalidade reduzida, emigração e mesmo imigração; estes aspectos contribuem para que a estrutura etária da população se torne mais envelhecida. Outros factores seriam de considerar tais como: desproporção geográfica, que vai colidir com diferença sócio económica, a actividade que essas pessoas levaram ao longo dos seus anos de vida (tempo de trabalho, o tipo de trabalho, a forma como cuidaram de si ...). Por tudo o apresentado, associado a pensamentos sociais em que a pessoa que vai progredindo na idade, se vai tornando menos activa e, consequentemente mais dependente, a sua autonomia fica assim debandada, sendo no seu extremo essas modificações consideradas como doença.

Os idosos são um grupo frágil e pela sua vulnerabilidade Costa (2006), citando Lenoir (1977), CE (1991), Beauvoir (1970), Tabah (1992), são grandes doentes de cuidados de saúde. Costa (2006), citando Campos (1986), Carapinheiro (1990), Dias

(1991), Tabah L. (1992) apesar de no sistema de saúde representarem um lugar não tão central, é premente pensar no idoso, no sentido de melhorar a sua presença nos hospitais, quer pelas diversas patologias associadas, quer pela sua perda de autonomia, quer, muitas vezes, por falta de apoio familiar. A família constitui um órgão de apoio e de saúde, a falta deste apoio poderá levar o idoso a comportamentos alterados.

A velhice traz consigo uma queda da capacidade de acomodação, quer ao nível dos sistemas orgânicos, assim como nas suas características psicossociais. Esta inaptidão fundamenta a pertença ao meio familiar e, por conseguinte, a contrariedade que muitos sentem e têm de se integrar num lar.

Assim, segundo Costa (2006) o idoso é muito dependente do seu meio familiar e adopta melhor qualquer acção diagnóstica ou terapêutica inserido no seio familiar e que tenha em consideração a relação idoso/família. Com as mudanças de perfil social de família (de família alargada para família nuclear) atenua-se a possibilidade desta ser um elemento terapêutico.

No geral, a população idosa é proveniente de uma época marcada por valores culturais, nas quais a família ampliada exercia um importante papel. A convivência com avós e outros familiares mais idosos, fazia parte do dia-a-dia e contribuía para as necessidades das famílias e, consequentemente, para o seu equilíbrio. Como refere Minuchin (1990), a família é um sistema aberto, em que os seus membros, com tudo que lhe é próprio, relacionam-se e interagem entre si e o meio que os rodeia e, de uma forma sequencial, a conduta de um dos membros da família condiciona os restantes e, consequentemente, a família.

Há algumas décadas, que se verifica a certos níveis o desaparecimento da família como estrutura válida, para a sociedade vindoura. Presentemente, já se verifica que em sociedades mais desenvolvidas existem instituições que substituem a família na sua vertente histórica.

O meio familiar é, sem dúvida, um ambiente íntimo, propício à partilha de experiências e vivências. Neste contexto, o filiado mais idoso tem muito a passar aos restantes constituintes da família, pois tem uma história de vida pessoal mais rica e representa a pedra pilar da história da estrutura familiar. Por vezes, esta partilha leva a que o idoso se sinta valorizado, útil no seu seio familiar.

Torna-se relevante que dentro desta estrutura familiar, os mais jovens convivam com os idosos que valorizem as diferenças entre as pessoas e, consequentemente, as diferentes necessidades de cada um.

A transição de um estilo de vida independente para um estilo de vida dependente (exemplo: Lar da terceira idade), compromete a autonomia do idoso, que se movia por posições pessoais e passa a ser impulsionado por propósitos institucionais.

As modificações podem ser mais ou menos imperceptíveis, no entanto leva a que a família se readapte. Desde que determinada ocorrência suceda e se efectue a mudança, há necessidade da família manter hábitos de vida saudáveis de interação e de reajuste.

Richards e Lilly (2005) referem dois modelos, que permitem estudar, perceber e laborar com famílias idosas. O primeiro é o modelo do ciclo de vida da família: que permite ter uma concepção acerca das mudanças que as famílias vão sofrendo ao longo do tempo. O segundo é o modelo de McCubbin e McCubbin (1993) “de resiliência ao stress; ajuste e adaptação da família” (p. 354). Esta abordagem expõe como a família se molda e organiza perante ocorrências mais desfavoráveis.

O ciclo de vida da família engloba os diferentes estádios de progresso do sistema familiar, no percurso de vida.

Os estádios dividem a vida familiar em distintas etapas, que são ligados por modificações de hábitos e de funções. Estes têm o seu princípio em acontecimentos que podem ter proveniência interna ou externa ao sistema familiar. As ocorrências internas na família idosa abarcam: retomar a vida a dois depois do último filho se ter ausentado do domicílio; serem avós; confrontarem-se com a falta de autonomia física e, por vezes, cognitiva do seu parceiro; a morte de um dos cônjuges. Os ocasionados externamente podem estar aglutinados com a educação ou vida profissional, reforma, início de uma segunda actividade profissional (Richards e Lilly 2005).

Contudo, a vida familiar não é linear - as etapas do ciclo vital não surgem arrumadas umas a seguir às outras, nas diferentes classificações, porque as famílias não transitam duma etapa para outra quando já resolveram a anterior - os estádios de desenvolvimento sobrepõem-se uns aos outros, tal como as tarefas características de cada etapa não cessam, quando mal se inicia a seguinte: por exemplo, a formação do casal ou a parentalidade que são tarefas sempre presentes ao longo do tempo de vida família. As tarefas de desenvolvimento da família, para além de se relacionarem com as características individuais dos elementos que a compõem, têm que ver com a pressão social para o desempenho adequado de tarefas essenciais à continuidade funcional do sistema - família.

Richards e Lilly (2005), citando Duvall e Miller (1985), reconhecem oito tarefas do desenvolvimento da família do casal idoso: habitação que se vai adoptar, face ao envelhecimento; harmonizar-se economicamente à reforma; determinar hábitos acomodáveis; auxiliar a robustez física e mental; acalentar o amor, o sexo e as relações conjugais; permanecer em convivência com outros membros da família; prosseguir ágil e participativo; descobrir uma orientação e gosto para a vida.

Hanson (2005), salienta que conforme se vão realizando as sucessivas tarefas, vai surgindo um novo estádio. Cada um dos factos exige que cada membro da família se

interesse e colabore na cooperação da mudança. Os episódios são: a aposentação laboral dos cônjuges ou só de um; doença em que torne a pessoa dependente ou que seja necessário o recurso ao internamento; a cisão da família face á morte; adaptação das condições habitacionais ou mudar de habitação, face às condições de saúde ou ao grau de dependência.

As transições dentro das famílias idosas começam à medida que os sinais de declínio físico ou cognitivo ameaçam o auto cuidado do idoso.

Ao nível da estrutura, podem surgir mudanças no sentido de alterar a autoridade e a influência parentais, provocando declínio e alterações de funções.

Para Hanson (2005), citando Blenkner (1965), “Os filhos adultos são confrontados com a crise filial, no sentido de cuidarem estes dos pais. Invertendo a situação já não são os pais que cuidam dos filhos, mas sim, os filhos que cuidam dos pais” (p. 355). A noção de responsabilidade por parte dos filhos, aliada ao reconhecimento por parte dos pais idosos da sua perda de autonomia. Hanson (2005), citando King *et al* (1990), “necessidades de alguém para que o ajude” (p. 355).

Por vezes, Hanson (2005), citando Brody (1981), cuidar dos pais idosos leva a que os filhos, na maioria das vezes, as filhas (se as houver) assumam papéis ambíguos e difíceis, denominado esta geração *sanduíche*. Contudo Hanson (2005), citando Bunting (1989), referem que estes membros da família constituem um grupo vulnerável, porque as necessidades cada vez maior de cuidados por parte dos outros, levam, por vezes, a que estes descuidem com frequência as suas próprias.

McCublin e McCublin (1993) in Hanson (2005) que desenvolveram o modelo de resiliência ao *stress*, ajuste e adaptação, permite ter suporte para compreender a reacção, acerto e, por conseguinte, acomodação da família ao *stress*, Hanson (2005) refere que “Um factor de stress é uma exigência colocada á família, que produz ou que tem potencial para produzir mudanças dentro do sistema familiar” (p. 356).

O modelo de resiliência ao *stress*, ajuste e adaptação, fundamenta que o *stress* conjuntamente com a sua gravidade se relacionam com a vulnerabilidade da família, face a eventos de apuro e o consequente desenvolvimento do duplo modelo ABCX do *stress* familiar e do modelo de adaptação amplificado por McCublin e Patterson (1993), citado em Hanson (2005). O modelo alicerça-se na adaptação, sendo esta a premissa resultante de formas de superar determinado acontecimento, fazendo surgir um novo modelo de equilíbrio, saudável durante um evento de crise familiar. Sobre este modelo interferem determinado número de elementos que se relacionam, e levam ao sucesso ou insucesso da adaptação da família ao período de crise. Assim e sucintamente, o aparecimento de um acontecimento que gera *stress*, com a severidade que lhe está associado, inter-relaciona-se com a vulnerabilidade da família, e mesmo com o seu sistema

organizacional, podendo esta ser também influenciada por necessidades intrínsecas e extrínsecas. Cada família rege-se por padrões que favorecem o equilíbrio, contudo é essencial que a família se guie pela maleabilidade, facilitando a coadjuvação, a negociação face à mudança provocada pelo evento. Estes vão interagir com os recursos que identificaram como recursos elementares da família: o equilíbrio financeiro, a união, a maleabilidade, a defesa, a partilha de crenças religiosas, a conversa franca, as tradições, as comemorações, os hábitos e a estrutura de defesa familiar, características e momentos consistentes, que contribuem para que a família lide com o *stress*, evitando grandes sobressaltos na sua dinâmica funcional.

Estes recursos elementares interagem consequentemente com a validação familiar face ao acontecimento gerador de *stress*. Assim, a avaliação interage com estratégias de resolução de problemas e *coping*.

Segundo Ordem dos Enfermeiros (2005), *Coping* define-se como: “atitude com as características específicas: Disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico” (p. 80).

Considera-se *coping* da família, recursos que a família tem e tenta manter, de forma a fundamentar as suas raízes, fazendo com que os seus constituintes se sintam satisfeitos e, desta forma, conseguem colmatar as carências da família. Todos estes componentes em conjunto vão influenciar o ajuste da família.

Enfrentar o factor *stress* da família depende, da configuração como esta o identifica, dos recursos que disponibiliza para a resolução dos problemas e de que modo o equilíbrio familiar se restabelece. Contudo, se a família encara o evento como difícil de superar, pode não ter estrutura para se adaptar ao momento de crise.

Existem estratégias que contribuem para que a família contorne o *stress* como: converter as condições de *stress* em elementos alcançáveis, reconhecer estratégias de procedimentos opcionais, utilização do processo de resolução de problemas.

No decorrer da vida familiar a ocorrência de um evento gerador de *stress*, eleva os seus níveis de tensão, e cria uma maior necessidade de adaptação à mudança, podendo incrementar um desequilíbrio, quer pelas exigências do acontecimento, quer pelos recursos disponíveis e mesmo pela capacidade de resolução dos problemas. Se esta situação se mantiver pode gerar-se, no seio familiar uma aflição, uma amargura e níveis de stress aumentados, colocando todo o sistema familiar em causa.

A década de 90 foi marcada por um acentuar de mudanças rápidas na modernização da vida familiar, visível na crescente informalização da conjugalidade, na

descolagem entre parentalidade e casamento, no aumento do divórcio e das famílias recompostas, no aumento continuado de actividades femininas e na dinâmica da taxa de natalidade.

O modo como evoluíram, as formas de organização da vida privada depende muitíssimo da fase etária em que se está, correspondendo as transformações mais marcantes às etapas de passagem para a vida adulta e de retirada da vida activa, épocas que implicam normalmente reconfigurações significativas dos quadros de vida, como descritas anteriormente.

Pode-se referenciar que as tendências actuais se direccionam face a: alterações de papéis femininos e masculinos, aumento dos divórcios, aumento da esperança de vida, aumento dos valores de coabitação, entre outros.

Relativamente a alterações ocorridas ao nível da estrutura familiar, pode-se referenciar a diminuição da sua dimensão e complexidade, novas formas de viver em casal, aumento das famílias monoparentais e recompostas, aumento das pessoas a viverem sozinhas.

As relações familiares constituem um apoio fundamental para os indivíduos em várias vertentes: nas ajudas materiais e financeiras, na prestação de serviços, como a guarda de crianças e nos cuidados aos idosos, que compensam a ausência de políticas sociais fortes.

A família é o lugar primordial das trocas intergeracionais. A solidariedade familiar é uma fonte inesgotável de entreajuda, apesar de se encontrar exposta às mudanças. As famílias modernas organizam-se em torno de laços de parentesco, construindo redes de relação das quais circulam ajustes, bens e afectos.

Relativamente aos cuidados prestados, a circulação processa-se generalizadamente nos dois sentidos. Entre gerações extremas as trocas são menos frequentes mas continuam a ser apreciáveis e vão normalmente dos jovens para os mais velhos. A rede familiar é estruturada em linha vertical, entre pais e filhos, situando-se, preferencialmente, na linhagem matriacal.

As trocas intergeracionais continuam a ser um aspecto importante das relações familiares nas sociedades modernas e pós-modernas. Realizam-se em torno do domínio afectivo, de ajuda doméstica e financeira, da guarda das crianças e dos cuidados gerais em caso de doença ou incapacidade.

CAPITULO IV – CIRURGIA AMBULATORIA SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDAR EM ENFERMAGEM E NOS FAMILIARES DOS INTERVENCIÓNADOS

Os cuidados de Enfermagem em Cirurgia Ambulatória regem-se pelos mesmos princípios que os realizados em qualquer Bloco Operatório. Devem basear - se na aplicação do conceito de Enfermagem Perioperatória.

AESOP

4.1. CIRURGIA AMBULATORIA

Em 1997, O Conselho Superior de Estatística definia simplesmente a Cirurgia Ambulatória (C.A.) referenciado pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória - CNADCA (2008) “intervenção cirúrgica programada que não requer a permanência do doente no estabelecimento de saúde durante a noite” (p.46). Mais tarde na Portaria nº132/2009 de 30 Janeiro, definia-a como “intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco - regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas.” (p.660).

Para Alvarez *et al* (2002) Cirurgia Ambulatória define-se como “Atenção a processos subsidiários de cirurgia realizada com anestesia geral, local, regional ou sedação que requer cuidados pós operatórios pouco intensivos e de curta duração pelo que não necessitam de internamento hospitalar e cuja alta pode ser dada poucas horas após a realização do procedimento “ (p. 24).

Considerada por muitos autores a escolha cirúrgica mais vantajosa, e como um magnífico modelo organizativo, permitindo cuidar doentes de forma segura e eficaz sem ter que recorrer ao internamento.

Seca *et al* (2001) mencionam que cuidar de um determinado número de doentes, por um preço inferior, levando à libertação de camas para situações que exigem um internamento e, conseqüentemente, libertando tempos operatórios para patologias mais agressivas, contribuindo também para uma redução das listas de espera, estes são alguns dos aspectos que promovem o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória.

Segundo a International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), “C.A. consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efectuada em regime de internamento, cuja alta ocorre poucas horas após o procedimento, sem necessidade de pernoita hospitalar. Quando o doente tem necessidade de, no pós-

operatório, ficar a primeira noite no hospital, tendo alta até 24 horas após a operação, então passa a designar-se por cirurgia ambulatoria com pernoita hospitalar (ou seja, segundo a terminologia anglo-saxónica, «ambulatory surgery with extended recovery» “ (APCA, 2010).

Apesar das definições do século passado e início deste século, já em 3000 a.C. é referenciada em papiros egípcios, na bíblia, em escritos da Índia, dos Hindus, da Grécia e Roma antiga, onde se registava a importância dos templos e dos lares, como locais não só de adoração mas também de cura. Na Idade Média, também a igreja contribuiu para os cuidados através de financiamentos aos mais necessitados.

Os sucessivos avanços tecnológicos e científicos vieram influenciar fortemente os cuidados cirúrgicos e, conseqüentemente, os efectuados em regime de Cirurgia Ambulatoria, contribuindo para uma recuperação mais rápida.

Fazendo referência a nomes da Cirurgia Ambulatoria como, Gerard Parmanter para que a Cirurgia Ambulatoria não seja uma invenção mas sim uma inovação, e Paul Jarret que afirma que Cirurgia Ambulatoria não deve ser a outra forma de tratar os doentes mas sim a melhor maneira de os tratar, será fundamental o empenho de todos, para prestar um serviço de elevada qualidade com uma excelente relação custo – eficiência. (Lemos, *et al* 2006).

Nos Estados Unidos relata-se que Edwin Smith já incrementava técnicas no âmbito de Cirurgia Ambulatoria, no entanto, a abordagem do conceito de Cirurgia Ambulatoria, inicia-se em 1818, quando no Massachusetts General Hospital se estabeleceu o primeiro centro de Cirurgia Ambulatoria. (Meeker e Rothrock, 2007). Nicole considerado um dos pioneiros nesta área, realizou 8988 intervenções em 1909 e Herzfeld, 1000 cirurgias em 1938, nestas circunstâncias.

Meeker e Rothrock (2007), referencia que David Cohen, nos anos 60, introduziu o princípio fundamental da “segurança”, sendo este a base da Cirurgia Ambulatoria, mais tarde John Dillon associou-se a este como evidencia Vaz *et al* (2006). Surgem entretanto dois centros de Cirurgia Ambulatoria, o de Cohen e Dillon na Universidade da Califórnia, Los Angeles, e a unidade cirúrgica de «entre e saia» da Universidade George Washington, em Washington, DC.

Elkin *et al* (2005), referem que o primeiro centro cirúrgico gratuito, Phoenix Surgicenter, foi fundado pelo Dr. Wallace Reed e John Ford.

Meeker e Rothrock (2007) relevam que Phoenix Surgicenter tornou-se um marco de referência nos Estados Unidos, dando origem a conceitos e práticas que actualmente ainda influenciam a Cirurgia Ambulatoria.

No entanto, só na década de 70 a Cirurgia Ambulatoria se tornou uma realidade como é constatado por Lemos (2001). Este incremento deveu-se, segundo Meeker e

Rothrock (2007), em parte pela evolução dos fármacos, usados a nível anestésico, que permite uma recuperação mais rápida, e com efeitos secundários mais reduzidos, associado ao desenvolvimento da ciência médica e ao desenvolvimento tecnológico, que permitiu quer à anestesia, quer à cirurgia, a execução de procedimentos com mais segurança.

A nível anestésico, surge introdução de novos fármacos cuja reversibilidade se dá com mais facilidade associada a equipamentos, como por exemplo, a máscara laríngea, cuja abordagem da via aérea muitas das vezes é efectuada com menor morbilidade, o que veio a reduzir os tempos de recuperação.

Lemos (2003), considera que a nível cirúrgico, o uso de equipamentos como a videocópia; laser; radiofrequências; ultrassons entre outros, permitem ao cirurgião exercer a sua actividade com mais segurança.

Assim avanços na área da farmacologia e das técnicas anestésicas - cirúrgicas, levam à popularidade da Cirurgia Ambulatória na década de 70, como é referido por Smeltzer *et al* (1994) e Brockway (1997), com um crescimento significativo dos procedimentos efectuados em ambulatório, quando se comparam estas com as cirurgias convencionais Brockway (1997), sendo classificado por alguns autores a opção que dá certo. (Silva *et al*, 1997; Lemos *et al*, 2006).

No Reino Unido, o início da Cirurgia Ambulatória remonta aos inícios do século XX, e as suas raízes são atribuídas a James Nicholl, citado por Lemos *et al* (2006), que exercia funções em Glasgow, operando cerca de 9000 crianças no período de 1900-1909 neste âmbito, como é sustentado em Manley e Bellman (2003).

A fundação da moderna *day surgery* foi liderada por James Nicoll referenciado por Lemos *et al* (2006) com o trabalho que desenvolveu em *Sick Children's Hospital and Dispensary* em Glasgow, Escócia, em que operou muitas crianças com diferentes diagnósticos e, em 1909, no *British Medical Journal* referenciou que tinha efectuado tratamentos com sucesso em 8988 casos pediátricos, dando origem à Cirurgia Ambulatória no Reino Unido, em 1948.

O progresso viria efectivamente acontecer em 1955, quando Farquharson, exercendo actividade em Edimburgo, fundou aí o Serviço Ambulatório, efectuando nomeadamente cirurgias de hérnias em adultos, Lemos *et al* (2006).

Entre 1970-1980 houve um aumento das unidades de Cirurgia Ambulatória, particularmente, nos Estados Unidos da América, Canadá e Austrália. Isto provocou uma série de notícias em revistas médicas sobre as vantagens da Cirurgia Ambulatória, bem como um conjunto de procedimentos que podem ser realizados neste âmbito cirúrgico.

Em Portugal, os procedimentos que se realizam mais são os descritos no Anexo (I).

Os custos /benefícios da Cirurgia Ambulatória contribuíram e contribuem para a sua implementação e organização, como nos é referenciado por Lemos *et al* (2006). No entanto, esta implementação pressupõe um Serviço Nacional de Saúde organizado e estruturado, daí a dificuldade em implementar esta modalidade em alguns países.

Portugal, apesar de ter as condições para a sua implementação, o seu desenvolvimento, por outro lado, tem efectivamente ocorrido de uma forma lenta. Contudo, o desenvolvimento em Portugal tem sido, nos últimos anos, sido mais expressivo. Teve o seu início, um pouco mais tarde relativamente, a países mais desenvolvidos tais como: Estados Unidos da América, Canadá; Austrália entre outros, contudo as referências existentes delimitam o seu início na década de 90, em que se destacaram essencialmente duas instituições hospitalares com regimes cirúrgicos de Cirurgia Ambulatória foram elas: Hospital Geral de Santo António (actual Centro Hospitalar do Porto), como nos é lembrado por Seca *et al* (2001), “ A Unidade de Cirurgia Ambulatória, primeira a nível nacional a funcionar segundo as regras que hoje definem a Cirurgia Ambulatório, iniciou a sua actividade em Fevereiro de 1991” (p. 23) e o Hospital São Pedro em Vila Real (actualmente inserido no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro).

Mais tarde, a criação da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) veio dar um contributo imprescindível para o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória em Portugal, incentivando também o envolvimento dos profissionais da saúde nesta área, que, entre nós, ainda não era muito aceitável, cooperando com dinamismo e empenho neste desflorar da Cirurgia Ambulatória.

A APCA foi constituída em 15 de Setembro de 1998, sem fins lucrativos. Os seus objectivos principais centralizam-se na formação e promoção da Cirurgia Ambulatória, e é membro da International Association for Ambulatory Surgery (ISAAS). A nível nacional tem-se incentivado os profissionais de saúde para as vantagens e importância da Cirurgia Ambulatória no Sistema Nacional de Saúde Português que procura também que órgãos gestores, como Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde entre outros, se envolvam nesta filosofia de cuidados. A APCA tem desenvolvido actividades tais como organização de congressos, elaboração de revista Científica - Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (publicação anual, desde 2000), Base de Dados Nacional criada em 2000 com apoio do Ministério da Saúde e colaboração de 71 Instituições de Saúde, que constituíram um elo de ligação, em que a sua missão seria contribuir para o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória na sua instituição, bem como colaborar na realização dos inquéritos lançados pela associação.

A APCA realizou também, a convite de alguns Conselhos de Administração, sessões de esclarecimento, com o objectivo de incentivar a implementação e

desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória nessas instituições. Entre outras actividades que foram desenvolvidas destaca-se nomeadamente na pessoa do Presidente da Associação Dr. Paulo Lemos, também Membro da Comissão Executiva da Associação Internacional de Cirurgia Ambulatória e Presidente IAAS - International Association for Ambulatory Surgery.

A nível internacional e face ao aumento da Cirurgia Ambulatória, um grupo de entusiastas juntou-se para formar associações e promover qualidade *standard*, expansão e pesquisa neste campo científico. A primeira foi Society for the Advancement of Freestanding Ambulatory Surgery Centers (FASC) agora Ambulatory Surgery Association (FASA) que foi fundada nos Estados Unidos da América, em 1974.

Em 1995, doze associações de diferentes países associaram-se e tornaram-se membros da International Association for Ambulatory Surgery (IAAS). Esta associação tem, neste momento, 24 países membros e um internacional membro (SAMBA). A IAAS é uma associação multidisciplinar que envolve cirurgiões, anestesistas e enfermeiros. Para Lemos *et al* (2006), a visão optimista destes profissionais é essencial para o sucesso da Cirurgia Ambulatória.

A saúde é uma grande fonte de custos para todos os governos, o que tem conduzido a que estes fomentem o desenvolvimento de reformas e modelos organizacionais que contribuam para minimizar os custos, sem contudo colocar em causa a segurança e qualidade dos cuidados prestados. A Cirurgia Ambulatória é consequência do progresso das técnicas cirúrgicas e anestésicas, face ao desenvolvimento científico e tecnológico, que contribuem para alterações de reformas governamentais.

Contudo a importância da Cirurgia Ambulatória não pode estar circunscrita apenas aos factores económicos e organizacionais. Existem um conjunto de factores que levam ao maximizar da Cirurgia Ambulatória, nomeadamente o doente em Cirurgia Ambulatória que é um fim em si mesmo. Todo o planeamento dos cuidados, gira em torno deste e da sua família e a equipa multidisciplinar, programa todos os cuidados de forma a serem prestados de uma forma individualizada.

Como refere Morales *et al* (2002) “é um campo onde se estabelece uma relação com o doente mais em consonância com a realidade actual, menos paternalista e mais negociada [...] A possibilidade de informação ao doente, a capacidade de decisão, de eleição e consideração pelas suas condições sociais e psicológicas constituem a pedra angular desta modalidade assistência” (p. 4). Segundo este, citado por Lima (2006) pode-se considerar a passagem do doente por uma Unidade de Cirurgia Ambulatória como uma «viagem», em que tudo deve ser planeado e organizado, permitindo cuidados seguros e de qualidade e, se possível, facultar a oportunidade ao doente e família de conhecer todo o percurso antecipadamente.

A Cirurgia Ambulatória é a mais prometedora quer para os doentes/família, quer para as próprias instituições e mesmo para questões governamentais. Diminui as complicações pós operatórias nomeadamente, ao nível da dor, do risco de trombo embolismo, e uma mais rápida normalização da função gastrointestinal. Um outro aspecto diz respeito às infecções cruzadas, pois no processo cirúrgico em Cirurgia Ambulatória, a possibilidade de as contrair é menor, visto não haver internamento, em que o possível contacto com doentes infectados, também seja proporcional. Na possibilidade de ocorrerem, respondem facilmente com a administração de antibioterapia.

Além de tudo, a Cirurgia Ambulatória provoca menos *stress* para os doentes comparativamente aos submetidos a cirurgia em regime de internamento, e especialmente para as crianças pela separação possível dos pais, pois esta deve ser a mínima possível.

P. Alderson (1993) in The European Charter of Children`s Rights refere que apenas as crianças deviam ser admitidas no hospital, apenas aquelas que não podem ser cuidadas no domicílio, Lemos *et al* (2006).

Em 1993, Association of Operating Room Nurses (AORN) elaborou recomendações sobre a prática de Enfermagem em Cirurgia Ambulatória. Refere que a associação de aspectos legislativos, modificações tecnológicas, uma sociedade mais convicta e uma formação profissional mais acentuada, contribuíram para alterações nos cuidados de saúde, provocando modificações do género, AORN 1993 citada por Meeker e Rothrock (2007) “maior qualidade dos cuidados, qualquer preço para melhores cuidados pelo menor preço ” (p.1059). A Cirurgia Ambulatória resulta em parte destas alterações.

Reiling (1990) citado por Meeker e Rothrock (2007) descreveu que as perguntas que se realizavam para determinada adequação dos doentes à Cirurgia Ambulatória incluíam as seguintes: “Existem equipamentos para se lidar com situações de emergência relacionados ao procedimento cirúrgico, condição do paciente e medicação antecipadas?; O procedimento pode ser feito sem hospitalização?; O risco para o paciente é mínimo se o procedimento for feito nestes serviços?; Será necessária uma longa recuperação?; As disponibilidades são adequadas aos padrões de qualidade?; O Paciente precisa de algum cuidado especial (por exemplo, equipamento) que possa não estar disponível?; O paciente e sua família /pessoas próximas compreendem e aceitam o conceito de Cirurgia Ambulatória?”(p. 1060).

Labajo e Garcia (2002) orientando-se por premissas de segurança e qualidade, considera que estas são o ponto fulcral do sucesso de um programa de Cirurgia Ambulatória, para tal, segundo este, deve basear-se no controle de dois pontos chaves: Lima (2006) “em primeiro lugar é fundamental a organização correcta de uma unidade multidisciplinar onde o pessoal deve ser qualificado e motivado, em segundo lugar deve

existir o controle rigoroso e criterioso dos seguintes passos: selecção criteriosa do cliente; selecção criteriosa do procedimento cirúrgico e anestésico; ensino adequado ao cliente/pessoa cuidadora dos cuidados pós operatórios e dos procedimentos perante eventuais complicações; programação da alta e seguimento pós-operatório” (p.19).

A Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses - AESOP (2006), descreve três modelos estruturais e funcionais de unidades de Cirurgia Ambulatória:

➤ **Centro Autónomo:** funciona exclusivamente para doentes do foro cirúrgico do ambulatório, implica o apoio de uma estrutura hospitalar, para dar respostas a situações de possíveis internamentos, para além do tempo de actividade do serviço;

➤ **Centro Adjacente:** é criado e preparado unicamente para a realização de cirurgias no âmbito de Cirurgia Ambulatória, localiza-se dentro do hospital, estabelecendo com este interligações funcionais;

➤ **Centro Misto:** permite a realização de Cirurgia Ambulatória e cirurgia convencional. Este modelo estrutural apresenta vantagens como: custos iniciais baixos; rentabilização das salas operatórias, utilização conjunta de meios humanos e técnicos disponíveis tem também desvantagens que foram referidas pela Direcção Geral da Saúde como: difícil acessibilidade; prioridade para internamento; staff não preparado para o ambulatório e critérios de alta mal identificados.

A CNADCA (2008) considera que o modelo mais vantajoso é aquele que funciona com unidade própria e recursos próprios, “Encarar a autonomia da Unidade de Cirurgia Ambulatória como factor imprescindível para o sucesso, com pessoal de enfermagem, administrativo e auxiliar próprios e pessoal médico dedicado...separar de forma transparente, as estruturas da cirurgia ambulatória da cirurgia convencional, considerando que tal é crítico para o processo ” (p. 11).

Mathias (1987), citado por Elkin *et al* (2005), mencionam que o Dr. Reed descreveu os primeiros critérios de segurança de Cirurgia Ambulatória: triagem de doentes; tipos de procedimentos; anestesia; cirurgia delicada; critérios bem definidos da alta e acompanhamento apropriado.

A triagem dos doentes de Cirurgia Ambulatória deve obedecer a critérios. No passado, eram considerados para a Cirurgia Ambulatória as pessoas saudáveis, jovens, e sem qualquer patologia associada. Com os sucessivos desenvolvimentos, os procedimentos tornaram-se mais complexos e os doentes com mais idade e com mais patologias associadas.

Pode-se, de uma forma sintetizada, definir que os doentes seleccionados para Cirurgia Ambulatória devem ser: pessoas saudáveis clinicamente; de preferência segundo a classificação “American Society of Anesthesiologists”- ASA, os de ASA I e II;

a duração da cirurgia inferior a 2 horas; Intervenções cirúrgicas cujas perdas sanguíneas previsíveis sejam até 500ml; a possibilidade da dor ser controlada no pós-operatório com medicação oral; área de residência ser inferior a 1 hora; possuírem condições sanitárias; ter um contacto telefónico (não é contudo considerado critério de exclusão) ou a possibilidade de ter acesso a uma forma de resolver a situação; a necessidade de um adulto responsável para acompanhar o doente, no dia da cirurgia, no seu regresso a casa e que se responsabilize por este nas primeiras vinte e quatro horas após a cirurgia; providenciar transporte para o seu regresso a casa, sendo que o transporte público deve ser evitado, Lemos (1999).

Para Rola *et al* (2000), os critérios dos doentes cuidados em regime de Cirurgia Ambulatória, são diferentes dos cuidados em regime de internamento, no entanto, os riscos cirúrgicos e anestésicos devem ser tomados em consideração e com os mesmos cuidados que se adoptam num doente submetido a cirurgia em regime de internamento, pois, para além dos riscos perioperatórios, têm ainda o condicionalismo da alta para o domicílio, e o afastamento dos cuidados hospitalares e de todo o apoio que estes traduzem. Meecker e Rothrock (2007) consideram que “A responsabilidade pela maioria dos cuidados pré-operatórios e pós operatórios é assumida pelo paciente e seus familiares ou pessoas mais próximas” (p. 1064).

A AESOP (2006), defende que para se alcançar os objectivos de Cirurgia Ambulatória, é imperioso recorrer a critérios de selecção que se dividem em clínicos e sociais reforçando a ideia do supra mencionado. Assim:

➤ **Critérios Clínicos:** preferencialmente doentes ASA I ou II; previsão do tempo cirúrgico inferior a 60 minutos; possibilidade da dor ser controlada no pós-operatório com medicação oral; equilíbrio físico e emocional; sem contudo se dispensar os resultados dos exames complementares de diagnóstico e a possibilidade do doente recuperar no domicílio;

➤ **Critérios Sociais:** acompanhamento do doente por alguém responsável nas primeiras 24 horas; telecomunicação disponível; local de residência ou local da pernoita a menos de 60 minutos do hospital; transporte assegurado para o domicílio.

Segundo Meecker e Rothrock (2007), os responsáveis pela triagem dos doentes incluem o cirurgião o anestesista e a enfermeira perioperatória.

O cirurgião é responsável pela avaliação de problemas que podem levar a complicações cirúrgicas durante o procedimento, o anestesista responsável por avaliar qualquer patologia que possa condicionar a técnica anestésica e responsável por complicações anestésicas e a enfermeira perioperatória é responsável por factores que podem contribuir para um pós-operatório mais saudável, rápido e seguro.

A prática de enfermagem perioperatória, em contexto de Cirurgia Ambulatória, é constituída por uma abordagem individualizada, onde o planeamento dos cuidados inclui o doente em todas as suas vertentes bem como o cuidador responsável (familiar ou outro).

Segundo Watson e Sangermano (2007) “os cuidados de enfermagem devem ser consistentes com os padrões de prática de enfermagem perioperatória estabelecidos, e devem incluir os familiares e pessoas significativas durante a experiência cirúrgica” (p. 1059). Tal como na cirurgia convencional, também a Cirurgia Ambulatória é constituída pelo período perioperatório englobando: o pré operatório (consulta de enfermagem, contacto telefónico pré operatório), o intra-operatório e o pós-operatório (contacto telefónico pós 24 horas; contacto telefónico pós 72 horas e disponibilidade de um contacto telefónico), bem como a consulta de enfermagem no pós-operatório.

Meecker e Rothrock (2007) reconhece que a American Society of anesthesiologists (ASA) possui um sistema de classificação frequentemente usado, em que os doentes considerados ASA 1 e 2 são os ideais para a Cirurgia Ambulatória, os ASA 3 devem ser submetidos a estudos mais rigorosos no sentido de se avaliar a probabilidade de ocorrência de situações que sejam prejudiciais para o todo o processo cirúrgico e fundamentalmente para o doente.

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO SEGUNDO A “AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS” (ASA)	
CLASSE ASA	DESCRIÇÃO
I	Doente sem doença sistémica
II	Doença sistémica leve sem limitação funcional
III	Doença sistémica moderada ou grave com limitação funcional definida
IV	Doença sistémica severa que é constante ameaça de vida
V	Doente moribundo improvável de sobreviver 24 horas com ou sem operação.

Quadro nº 1: Classificação do estado físico, segundo a “American Society of Anesthesiologists” (ASA).
(Adaptado de Lemos, 1999)

Em termos anestésicos, as técnicas usadas devem sempre ter em consideração a brevidade das altas, a necessidade de uma recuperação rápida para o doente, para que este siga para o domicílio em condições de segurança. Para Meecker e Rothrock (2007) a Cirurgia Ambulatória é atraente para o doente, seus familiares e pessoas próximas porque causa pouca perturbação das actividades rotineiras, menor separação da família ou pessoas próximas, menor tempo de afastamento do trabalho, e menos preocupações financeiras. O doente de Cirurgia Ambulatória, seus familiares e pessoas próximas são participantes activos no plano de cuidados do doente.

Devido à contenção de custos, na oferta dos serviços de saúde, os procedimentos cirúrgicos deixam cada vez mais de ser efectuados em regime de Cirurgia Convencional, mas sim em regime de Cirurgia Ambulatória como argumentado por Meeker e Rothrock (2007). Lemos (2001) refere que “O desenvolvimento de programas de C. A. tem como objectivo principal a substituição de intervenções cirúrgicas que até hoje se faziam em regime clássico, de internamento, por cirurgias em regime ambulatorio, reduzindo o custo da intervenção de *per si* mas também os custos globais da instituição” (p. 44-45).

Com o empenho da AORN na prestação de cuidados perioperatórios, vão-se desenvolvendo estratégias para o incremento da Cirurgia Ambulatória. Meeker e Rothrock (2007) referem que “a enfermagem perioperatória gira em torno de cada paciente que é submetido à intervenção cirúrgica “ (p.5) é praticada em Cirurgia Ambulatória, visando o ensino, o auto cuidado, a responsabilidade e inclusão de familiares e pessoal de apoio, nos cuidados.

O aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, o aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde, a grande transformação no âmbito da anestesia e da cirurgia, fomentaram o desenvolvimento e a expansão de programas de Cirurgia Ambulatória de elevada qualidade, segurança, eficiência e racionalidade económica, (traduzida em benefícios para o doente, familiares e comunidade) quando se assiste cada vez mais a um gasto acentuado com a saúde nas diferentes sociedades, e quando cada vez mais se questiona a boa relação custo-eficiência.

A AORN (1913) *in* Meeker e Rothrock (2007) definiu o que os doentes de Cirurgia Ambulatória esperavam desta “Cuidados eficientes, convenientes e de baixo custo; cuidados assistenciais com padrões aceitáveis de prática, reconhecendo os direitos dos pacientes em participar activamente em seus planos de cuidados; educação perioperatória sucinta envolvendo os familiares/pessoas próximas” (p.1060).

Os profissionais de saúde e os próprios serviços de saúde, são resistentes à comutação de práticas e procedimentos tradicionais, provenientes de muitos anos, contudo quando as certezas são tão claras em prol do crescimento, designadamente em procedimentos em Cirurgia Ambulatória, é de aguardar que sejam incrementadas de uma forma rápida, para benefício dos doentes e da instituição.

A AORN citada por Meeker e Rothrock (2007), o serviço de Cirurgia Ambulatória “serve como modelo para a prática de enfermagem perioperatória, é como um laboratório clínico ideal na visualização da totalidade de processo de enfermagem em poucas horas” (p. 1060).

Torna-se necessário fazer uma pequena reflexão sobre o facto de se associar erradamente a Cirurgia Ambulatória a pequena cirurgia (cirurgia minor - responsabilidade

única do cirurgião) porque, por vezes, estas pequenas cirurgias são realizadas em unidades de Cirurgia Ambulatória, mas são-no apenas para rentabilização desta e realizadas no final do plano cirúrgico de cirurgia maior.

Para Smeltzer et al (1994), os procedimentos em Cirurgia Ambulatória são idênticos aos realizados em cirurgia convencional, com a diferença da alta ocorrer no mesmo dia do procedimento, o que implica uma série de vantagens: diminui o tempo de ausência familiar; diminui ansiedade; menor risco de se contrair infecção hospitalar; diminui tempo de recuperação além de ser economicamente mais rentável para o hospital; instituições de saúde e governamentais.

A AESOP (2006) refere que no âmbito cirúrgico muitas das cirurgias realizadas podem ser efectuadas em regime de Cirurgia Ambulatória, com vantagens quer para o doente e família, quer para a instituição e sociedade. Segundo Porrero e Dehesa (2002) “40-60% das intervenções cirúrgicas podem ser realizadas em regime ambulatorio em centros específicos - As Unidades de Cirurgias Ambulatórias desde que organizadas adequadamente” (p. 31).

Para a CNADCA (2008), as vantagens da Cirurgia Ambulatória são mencionadas como:

a) Clínicas - baixa incidência de complicações, quer sejam decorrentes do ambiente em que os doentes se encontram (menor possibilidade de contraírem infecções de origem hospitalar, por menor contacto com outros doentes que possam ser portadores de infecções graves), quer sejam resultantes da própria operação (recuperação mais rápida dos doentes, evita que estes fiquem tempos prolongados retidos, no seu leito, reduzindo a incidência de complicações cardiovasculares; respiratórias, gastrointestinais, etc.);

b) Organizativas - melhoria do acesso dos doentes à cirurgia, através da redução das listas de espera cirúrgica, sobretudo, quando o programa se desenvolve em unidades Cirurgia Ambulatória especialmente desenhadas para esse fim, facilitando o processo de agendamento e permitindo o aumento significativo da eficiência hospitalar relativamente à cirurgia de internamento;

c) Sociais - permite uma mais rápida recuperação pós operatória dos doentes com início precoce das suas actividades diárias, da vida familiar e da actividade profissional em comparação com os doentes que ficam internados e uma menor alteração da vida quotidiana dos doentes em virtude de reduzir o tempo de afastamento destes do seu ambiente familiar e social, situações de maior importância nas faixas etárias de pediatria e geriatria;

d) Económicas: permite uma forte racionalização da despesa em saúde com uma correcta reorientação dos custos hospitalares, em especial quando na presença de

elevados índices de substituição de Cirurgia Convencional, dita de internamento, pela Cirurgia Ambulatória.” (p.28).

A CNADCA (2008) relata que a Cirurgia de Ambulatória tem sofrido um grande desenvolvimento nos últimos anos, tanto a nível nacional como a nível internacional, esta é vista, actualmente, como um caminho a seguir para um serviço de saúde mais eficiente e rentável, traduzindo-se num modelo organizativo centrado no doente, direccionado pela qualidade, aumentando a personalização dos cuidados e, ao mesmo tempo, a sua humanização. O seu desenvolvimento é uma realidade com resultados de sucesso e que remontam a mais de trinta anos de evolução nos países desenvolvidos

Segundo a CNADCA (2008) nos “Estados Unidos da América mais de 20 milhões de doentes operados em 4618 centros de Cirurgia Ambulatória durante o ano de 2005, terá resultado na realização de mais de 75% de toda a cirurgia programada em regime de Cirurgia Ambulatória, Suécia (70%); Canadá (65%); Noruega (61%); Dinamarca (61%); Reino Unido 60% e Holanda (58%). Outros encontram-se bem perto desse objectivo: Itália (49%), Finlândia (47%); Austrália (47%) ou Bélgica (43%) “ (p. 32).

Em Portugal, a taxa de ambulatorização tem assistido a uma evolução positiva, aumentando de 27% em 2004, para 30% em 2006. De salientar que este progresso tem sido efectivamente de uma forma crescente e, conforme o relatório do 1º Semestre de 2009, da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória, atingiu valores acima dos 50% nalgumas instituições hospitalares (Anexo I).

A CNADCA (2008) no estudo realizado relativamente à percepção e satisfação que os doentes tinham da Cirurgia Ambulatória concluiu: na sua maioria cerca de 44% dos casos, ouviram falar de Cirurgia Ambulatória através de meios de comunicação, 27% por meio de familiares/amigos e 22% por meio de um profissional de saúde. Dos inquiridos apontaram que as maiores vantagens da Cirurgia Ambulatória, comparativamente com o internamento, se centralizavam em 47% no desconforto do internamento; 37% possibilidade de ter um familiar acompanhar e 21 % a possibilidade de recuperação conjunta da actividade profissional com a vida familiar. No entanto, cerca de 51% optaram pela cirurgia de internamento, pelo medo de terem complicações no pós-operatório e 15 % por não possuir condições similares às dos hospitais.

Quer a informação, o esclarecimento, o ensino e o acompanhamento, são os meios mais eficazes e mais convenientes na formação de uma opinião do doente acerca da Cirurgia Ambulatória. Manley e Bellman (2003) citando Malin (1991) “ uma das principais causas de insatisfação do doente com a prestação de cuidados de saúde é a preparação inadequada “ (p.315). Manley e Bellman (2003), consideram que o enfermeiro deve utilizar uma linguagem explícita na descrição da experiência a que o doente se vai submeter na Cirurgia Ambulatória, para que o mesmo que vai vivenciar esse momento,

esteja mais preparado. Isto torna-se extremamente necessário, quando o contacto com os profissionais de saúde se considera breve e intenso.

Os sucessivos aumentos de custos ao nível da saúde têm levado os governos a implementar medidas, que sem pôr em risco a segurança e qualidade dos cuidados, diminuam esses gastos. A impotência de dar respostas às sucessivas listas de espera, a falta de recursos humanos e físicos (números de camas...) podem ser minimizados com o desenvolvimento de Cirurgia Ambulatória (Portaria nº132/2003 de 5 de Fevereiro).

A elevada adesão a este modelo organizativo, por parte da população utilizadora dos serviços de saúde, leva a que a equipa multidisciplinar invista na Cirurgia Ambulatória. Os enfermeiros têm nesta equipa uma representação significativa, uma vez que os doentes passam as diferentes fases, do processo cirúrgico (entrevista de enfermagem, admissão, preparação pré, intra operatório, o recobro imediato, recobro tardio, ensino para alta ao doente e cuidador informal) na sua companhia.

Para Meecker e Rothrock (2007) “A meta final da educação do paciente e seus familiares ou pessoas próximas é facilitar a preparação adequada para atingir as necessidades de cuidados pós operatórios e a procura de ajuda adicional, caso necessária” (p. 1064).

É com a consulta de enfermagem que o doente tem o primeiro contacto com os enfermeiros. Elkin *et al* (2005), também corrobora esta ideia, “ Para os clientes em regime de Cirurgia Ambulatória avaliação pré-operatória pode começar alguns dias antes da cirurgia e ser completada na manhã do próprio dia” (p.490). A enfermagem perioperatória prevê nesta intervenção, a preparação para a cirurgia, com esclarecimento sobre procedimentos, desmistificação do acto cirúrgico, o que levar, se deve ir em jejum ou não, se precisa de alguma medida especial, vir acompanhado, tempo previsto para estar no hospital e outras dúvidas.

Apesar das vantagens difundidas da Cirurgia Ambulatória, o nosso país ainda não está ao nível de alguns países europeus e da América do Norte, quer em número, quer em aspectos organizacionais.

Face a isto e com o intuito de promover a Cirurgia Ambulatória, o XVII Governo constitucional; criou a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (CNADCA) por despacho do Senhor Ministro da Saúde Professor Doutor António Correia de Campos, Despacho n.º 25832/2007, de 19 de Outubro de 2007, publicado no Diário da República, 2.ª série, nº218, de 13 de Novembro de 2007, “com a finalidade de estudar e propor uma estratégia e as correspondentes medidas, de forma a promover o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória no Serviço Nacional de Saúde” (p. 10)

A criação da CNADCA teve como principal propósito CNADCA (2008) “identificar os constrangimentos e propor medidas que, de uma forma sustentada permitissem o crescimento da Cirurgia Ambulatória para níveis semelhantes aos praticados, noutros países Europeus” (p.15).

Neste âmbito, a CNADCA (2008) definiu treze primazias no seu exercício “levantamento Nacional da Cirurgia Ambulatória; o acesso a cuidados de saúde - lista de espera para cirurgias; estudo sobre percepção e satisfação com a Cirurgia Ambulatória; planeamento de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória; avaliação da viabilidade económica da construção/remodelação de uma unidade Cirurgia Ambulatória; contratualização e financiamento; taxas moderadoras; sistemas de Informação; qualidade na Cirurgia Ambulatória; formação na Cirurgia Ambulatória; sugestões e reclamações; visitas às instituições hospitalares do Sistema Nacional de Saúde e comunicação social” (p. 15-21).

Esta comissão era constituída por profissionais de várias classes profissionais, 37 no seu total, sendo eles dos mais variados pontos geográficos do país, de hospitais de diferentes tipos, com o intuito de uma maior representatividade da realidade do nosso país exercendo em plenário. A comissão teve apoio de outras organizações tais como: Direcção Geral da Saúde (DGS); Administração Central do Sistemas de Saúde; entre outras.

O processo que a CNADCA (2008), desenvolveu, impunha vários desafios como: “Alteração da filosofia hospitalar” - Em que o desempenho hospitalar não se avalia por números de camas, mas sim pela quantidade de produção e dentro desta pela qualidade; “A inversão clínica do Ónus” - No futuro terá que ser obrigatório justificar o internamento de doente submetido a intervenção cirúrgica, pois iniciamos com o princípio de quase se ter que justificar, o porquê de se realizar em Cirurgia Ambulatória; Perceber a necessidade de Unidades de Cirurgia Ambulatória com autonomia - Unidades com recursos materiais e humanos próprios, com espaços físicos com as diferentes áreas bem definidas, como sendo essenciais para o desenvolvimento da C.A.; Desmistificar que a Cirurgia Ambulatória não deve ser exercida pelos grandes cirurgiões - Os cirurgiões com mais experiência sabem e executam as técnicas cirúrgicas de forma a antever possíveis complicações, tomando para isso medidas para as minimizar, enquanto um cirurgião mais novo, ainda não possui a destreza e a prática necessárias para actuar da forma mais rápida e ágil e além disso é consensual que as cirurgias que se realizam em ambulatório não são inovadoras, ou mesmo diferentes, das que se efectivam em cirurgia com internamento.

Com a finalização deste trabalho, foi entregue um relatório à Senhora Ministra da Saúde Dr.^a Ana Maria Teodoro Jorge, considerando desta forma o término desta primeira

fase do projecto. O resultado do trabalho desta Comissão culminou que com o Despacho da Ministra da Saúde, que foi aberto à discussão pública entre 12 de Setembro e 3 de Outubro de 2008.

A divulgação deste Relatório Preliminar no portal da Saúde, possibilitou que todos os profissionais e organizações bem como os cidadãos, pudessem ter acesso a esses resultados e orientações que a CNADCA preconizava, permitindo dessa forma uma participação de toda a população em geral e de forma particular dos profissionais de saúde que, directa ou indirectamente, têm contactado com a Cirurgia Ambulatória, levando, a possíveis melhorias com as suas sugestões e críticas, em todo este processo de crescimento da Cirurgia Ambulatória.

Segundo a CNADCA (2008), desta apresentação pública resultaram a participação de 13 observações individuais e organizativas, contribuindo para acrescentar novos pressupostos, nomeadamente 16, que valorizaram o documento inicial, suprimindo assim algumas lacunas iniciais.

A combinação destes contributos com o relatório preliminar da CNADCA culminou no relatório final desta, a 5 de Outubro de 2008, servindo de pedra basilar para a conferência nacional de Cirurgia Ambulatória, realizada a 20 de Outubro de 2008, no Palácio da Bolsa, na cidade do Porto.

Com envio do relatório final para a Senhora Ministra da Saúde Dr. Ana Jorge e a realização da conferência cessam as tarefas da CNADCA, para as quais tinha sido nomeada, dando-se a sua abolição.

A CNADCA considera fundamental a existência de protocolos, nomeadamente os de apoio ao doente /família no pós-operatório, argumentando que alguns deles deviam de ser mesmos obrigatórios na prática de Cirurgia Ambulatória. Refere como indispensável a disponibilidade de um contacto telefónico de um dos elementos da equipa multidisciplinar e a realização do contacto telefónico 24 horas pós-operatório, como medidas que traduzem mais segurança para o doente/família ou cuidador informal, como forma de garantir a continuidade de cuidados e, ao mesmo tempo, permitir o retorno de informação face à situação do doente, possíveis dúvidas e opinião acerca do processo cirúrgico.

Realça também a necessidade de existir uma informação que seja clara esclarecedora e que ajude os familiares e pessoas cuidadoras, a enquadrar-se nesta perspectiva de cuidar em Cirurgia Ambulatória, levando à sua dinâmica participação.

Esta informação deve ser cedida não apenas de uma forma oral mas associada à escrita, através de boletins informativos, chamando atenção para que sejam valorizados ou desvalorizados determinados sinais ou sintomas.

Assim, no seu estudo, exalta a importância de critérios necessários para o funcionamento de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória, considerados como critérios básicos e desejáveis.

Relativamente aos critérios básicos, estes relacionam-se como o circuito dos doentes que deve ser efectuado de forma sequencial e independente, dos outros doentes do Hospital.

É primordial que numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) os critérios de alta estejam definidos. Chung 1995 introduziu estes critérios da alta modificada (Lemos, 1999). Essa definição baseia-se na PADSS (Post Anesthesia Discharge Scoring System), Vieira *et al* (2006) refere que é “universalmente conhecida e validada para a alta definitiva (para o domicílio) do doente. O valor somatório da escala deve ser igual ou superior a 9” (p. 27).

SISTEMA DE PONTUAÇÃO MODIFICADO PARA ALTA HOSPITALAR PÓS ANESTESIA (PADSS)		
SINAIS VITAIS	2	ENTRE 20% DOS VALORES PRÉ-OPERATÓRIOS
	1	ENTRE 20-40% DOS VALORES PRÉ-OPERATÓRIOS
	0	> 40%DOS VALORES PRÉ-OPERATÓRIOS
AMBULAÇÃO	2	PASSO FIRME/SEM TONTURAS
	1	DEAMBULA COM AUXILIO
	0	NÃO CONSEGUE DEAMBULAR /COM TONTURAS
NAUSEAS /VÔMITOS	2	MINIMO
	1	MODERADO
	0	SEVERO
DOR	2	MINIMA
	1	MODERADA
	0	SEVERA
HEMORRAGIA CIRÚRGICA	2	MINIMA
	1	MODERADA
	0	SEVERA
A PONTUAÇÃO MÁXIMA É DE 10. DOENTES COM PONTUAÇÃO MAIOR OU IGUAL A 9, SÃO CONSIDERADOS APTOS PARA TER ALTA HOSPITALAR.		

Quadro nº 2: Sistema de pontuação modificado para alta hospitalar pós anestesia (PADSS). (Adaptado de Lemos, 1999)

Assim, o doente pode sair da UCA após uma avaliação clínica objectiva, e fundamentando-se no supra citado quadro, critérios que consistem em um índice acumulativo baseado em cinco critérios: sinais vitais (estáveis, de acordo com a idade e sexo e com valores de base pré operatórios); capacidade de deambular (doente deve andar como antes da cirurgia); náuseas e vômitos (toleráveis se considerados ligeiros);

dor (mínima e controlável por analgésicos, identificável pelo doente como suportável) e hemorragia (aquela que era previsível para o acto cirúrgico). Este sistema de escala foi elaborado para permitir analisar a evolução e a alta do doente de Cirurgia Ambulatorial.

O doente que atinge valores entre 9-10 e tem um acompanhante adulto e responsável, está em condições para ter alta para o domicílio. Contudo, se existir história clínica de fazer retenção urinária e se submetido anestesia raquidiana ou epidural, o doente deve urinar espontaneamente antes de ter alta para o domicílio, considerada boa prática clínica. Em suma, a recuperação do doente de Cirurgia Ambulatorial deve ter metabolizado os agentes anestésicos, normalizado as funções fisiológicas, despiste de possíveis complicações e, finalmente, terá a sua alta para o domicílio. Para Vieira *et al* (2006) “o uso de critérios de alta definidos, testados e aprovados internacionalmente representa um indicador de boa prática clínica exigido pela maior parte das instituições da acreditação e traz vantagens em termos de conforto e segurança dos doentes. É também uma defesa de natureza médico-legal para todos os profissionais de saúde” (p. 27).

A ocasião da alta é decisiva para o doente/família, porque é nesta altura que ele poderá sentir que está a ser *desamparado* pela Instituição de Saúde que lhe prestou os cuidados. Convém desmistificar esta ideia, transmitindo ao doente e familiares elevada confiança no pós-operatório, que será seguido pela equipa de saúde, abrangido por contactos telefónicos ou das consultas médicas subsequentes, para além de toda a informação oral e escrita que lhe será facultada no momento da alta, e que o ajudará a ultrapassar mais facilmente os primeiros momentos após a operação.

Face ao Decreto-lei n.º 13/2009 de 12 de Janeiro em que “considera que o fornecimento de medicação para o ambulatório, no pós-operatório, pela instituição hospitalar, constitui uma prática aconselhável, com vantagens evidentes para os utentes e para o Sistema Nacional de Saúde” (p.232) e mais tarde Despacho nº 10302/2009 de 13 de Abril. Neste sentido, é também fornecido ao doente a medicação que foi anteriormente prescrita pelo médico, obedecendo a protocolos. Esta é, sem dúvida, uma mais-valia quer para o doente, quer para o Sistema Nacional de Saúde, pois o doente não terá necessidade de se deslocar a um estabelecimento para efectuar aquisição dos fármacos, diminuindo assim o seu desconforto, bem como as suas despesas.

No que concerne ao Sistema Nacional de Saúde, isto contribui para uma diminuição dos fármacos, pois, muitas vezes, os doentes compram caixas de fármacos mas não as utilizam implicando isto aplicando um custo acrescido.

O Decreto-lei supra citado menciona os fármacos passíveis de serem fornecidos: “... possíveis de serem administrados por via oral pertencentes aos seguintes grupos farmacológicos:

- a) Analgésicos, com excepção dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos;
- b) Anti-inflamatórios não esteróides;
- c) Antieméticos” (p.232).

A quantidade de fármacos cedida é a necessária para cinco dias pós cirúrgicos, e juntamente com a medicação, é fornecida documentação necessária para a continuidade de cuidados (por não haver rede informática), carta para o médico assistente; carta para enfermagem do Centro de Saúde, marcação da próxima consulta e, se assim o exigir, conforme protocolos hospitalares e médicos, indicação da realização do primeiro penso.

A realização de um telefonema nas primeiras 24 horas de pós-operatório possibilita possíveis esclarecimentos de dúvidas, receios e medos dos doentes, bem como avaliar a satisfação destes, face à prática de Cirurgia Ambulatória.

Para além dos critérios básicos referenciados, a CNADCA (2008) preconiza ainda a criação de “protocolos clínicos (critérios selecção e alta dos doentes); Indicadores Clínicos (taxas cancelamento da cirurgia; taxa admissão Hospitalar); criação de registos específicos do programa de Cirurgia Ambulatória (informáticos). Estes são os critérios considerados obrigatórios, para além destes define também os critérios desejáveis: B8- Implementação do circuito bem estabelecidos; B9-Logística; B10-Recursos humanos; B11-protocolos clínicos; B12-Informação clínica escrita; B13-Indicadores Clínicos; B14-Grau de satisfação “ (p. 40-41).

Defende que um modelo organizativo de Cirurgia Ambulatória deve fundamentar-se nestes sete critérios básicos e nos sete critérios desejáveis para que as boas práticas de Cirurgia Ambulatória atinjam níveis de excelência e de qualidade de boas práticas.

Por tudo o referido, podemos realçar que a Cirurgia Ambulatória tem-se desenvolvido de uma forma significativa, atingindo mesmo valores importantes no que concerne aos doentes operados neste regime, nos últimos anos, constatando-se uma grande aceitação quer pelos doentes/família ou pessoa cuidadora, quer pelos profissionais de saúde, quer mesmo pelas políticas governamentais, porque permite cuidar dos doentes de uma forma segura, eficiente, personalizada, humanizada e acima de tudo com qualidade e a custo baixo.

Não sendo uma panaceia para todos os casos cirúrgicos, a implementação da Cirurgia Ambulatória pode prover o nosso Sistema Nacional de Saúde de mais ganhos em termos de saúde.

Com as políticas e programas incentivadores do Ministério da Saúde aos hospitais públicos, alguns deles baseados no relatório apresentado pela CNADCA, o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória tem, sem dúvida, sido efectuado de uma forma reveladora. Assim, como podemos constatar no gráfico apresentado abaixo, nos últimos

anos a Cirurgia Ambulatória atinge valores muito próximos dos 50% das cirurgias efectuadas a nível Hospitalar.

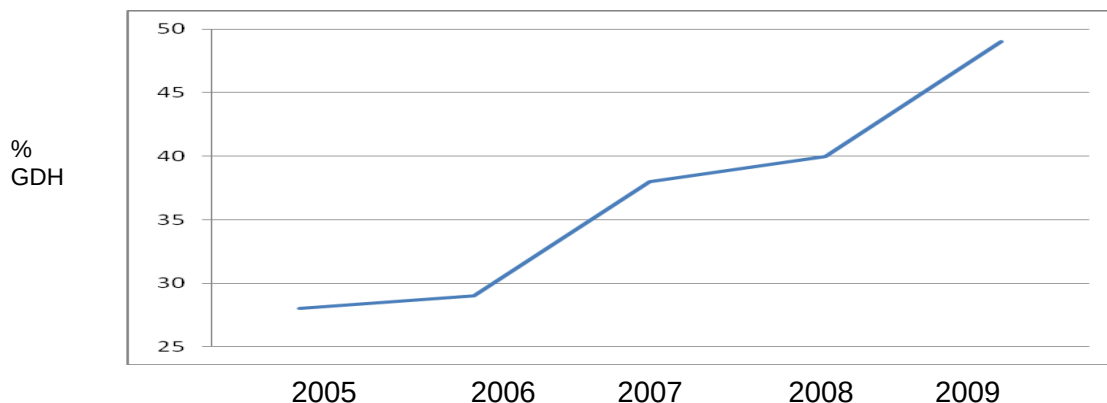


Gráfico nº 1: Variação da taxa de Cirurgia Ambulatória de 2005 a 2009 (1º Semestre). (CNADCA 2009, 1º Semestre)

Algumas das medidas governamentais passaram por incluir no orçamento de estado de 2009, verbas para financiamento das instituições (Despacho nº 3673/2009) e desta forma fomentar o desenvolvimento de Cirurgia Ambulatória (Anexo I).

Portugal não tem conseguido dar respostas a uma crescente lista de espera cirúrgica, onde os sucessivos governos têm tentado reduzir através de programas especiais de redução de lista de espera cirúrgica, nomeadamente com projectos como: P.E.R.L.E (Projecto Especial de Redução de Listas de Espera); P.P.A. (Programa de Promoção de Acesso); P.E.C.L.E.C. (Programa Especial de Combate às Listas de Espera); S.I.G.I.C. ADICIONAL (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para a Cirurgia). Estes programas contribuíram para a melhoria de respostas às referidas listas e consequentemente, estes programas especiais de redução de lista de espera, permitem uma diminuição de tempos de espera e de custos mais reduzidos, quando realizados em regime de Cirurgia Ambulatória.

A revisão da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro, pela Portaria nº 132/ 2009 de 30 de Janeiro, em que delibera os preços a cobrar nos cuidados de saúde prestados, veio incentivar a produção e consequentemente a diminuição das listas de espera. Assim o número de GDH (Grupo de Diagnóstico Homogéneo) com preço atribuído em ambulatório aumenta 280 % (Crescimento de 160 GDH), em termos percentuais o GDH cirúrgico em ambulatório teve um incremento de 53% (passou de 29% para 82%), 14% dos casos tinham o mesmo preço de GDH quer em internamento, quer em ambulatório (12/89) e em 4% de todos os GDH cirúrgicos (12/303).

Com a revisão da Portaria, o mesmo preço do GDH em ambulatório ou internamento passa a acontecer em 34% dos casos com valor em ambulatório (84/249) e em 28% de todos os GDH cirúrgicos (84/303). De uma forma sumária relativamente aos últimos anos, pode-se constatar que o número de GDH cirúrgicos com preço em ambulatório reflectiu-se sucessivamente num aumento: em 1998 existiam 33 GDH cirúrgicos com o preço em ambulatório; em 2001 -50; 2003-71; 2006-89 e em 2009- 249 GDH cirúrgicos.

Mais tarde, a Portaria nº 852/2009 de 7 de Agosto veio rever o Despacho nº 24036/2004 – Produção Adicional e Convencionada em que: relativamente ao despacho 2004,78 GDH codificados para Cirurgia Ambulatória e 34% dos GDH de Cirurgia Convencional. O Despacho 2009 verifica-se que 249 GDH codificados para Cirurgia Ambulatória e 82% dos GDH de Cirurgia Convencional.

As sucessivas medidas governamentais que se têm verificado ao longo dos últimos anos, quer ao nível de financiamentos e valor de GDH, tal como referido anteriormente, quer com a criação da CNADCA e também pela campanha de sensibilização no sentido de promover a Cirurgia Ambulatória, conforme a resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2009 de 17 de Outubro em que “Estabelecer a realização de uma campanha de sensibilização para a cirurgia de ambulatória, visando a dar a conhecer aos profissionais e à população em geral a importância e vantagens da implementação *deste regime de cirurgia nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.*” (p.7458) - contribuições como estas, entre outras, foram fulcrais e vieram fomentar o avanço de Cirurgia Ambulatória em Portugal.

Em 2009, já cerca de 21 instituições hospitalares apresentavam valores superiores a 50 % dos seus doentes operados em Cirurgia Ambulatória (Anexo I).

No início, eram realizáveis em Cirurgia Ambulatória apenas alguns procedimentos, com o passar dos tempos estes têm aumentado significativamente, procurando-se características gerais de procedimentos que possam ser realizados em ambulatório. Assim, a decisão de efectivar um determinado procedimento deve considerar as particularidades do mesmo, a experiência da equipa e, acima de tudo, as condições gerais do doente. Contudo, todos os doentes admitidos para Cirurgia Ambulatória sob anestesia geral requerem pré admissão, os submetidos a cirurgia sob anestesia local nem sempre necessitam de pré admissão tão detalhada. Sendo a avaliação individual de todos os doentes obrigatória, não devendo os procedimentos planeados para a Cirurgia Ambulatória interferir com a independência dos doentes. A decisão de admitir um doente para Cirurgia Ambulatória, pressupõe que a recuperação seja segura e o risco de complicações o mínimo possível, tanto no contexto hospitalar como no domiciliário.

Uma premissa importante na Cirurgia Ambulatória, é que seja dada oportunidade de escolha ao doente e que, acima de tudo, este se sinta confiante e confortável por ser cuidado em regime de ambulatório. Reforçando e esclarecendo, os mais renitentes e inseguros pelo facto de não ficarem internados sobre: a intervenção; o tempo de permanência na unidade; rotinas; ensino pós-operatório e a evolução da sua recuperação. Em suma, com a informação correcta e o apoio adequado, uma grande parte dos doentes indecisos na possibilidade de escolha optarão pela Cirurgia Ambulatória.

Todos os doentes são candidatos para a Cirurgia Ambulatória, contudo as crianças e idosos podem ser os ideais, pois têm necessidades idênticas, e psicologicamente sofrem menos, regressam rapidamente a casa, ao seu ambiente familiar. O factor idade é importante, no entanto, não é determinante, pois a idade cronológica é superada pelo estado geral do doente. Existindo um limite de idade aconselhado para os doentes a serem submetidos a Cirurgia Ambulatória, contudo, doentes com idades avançadas têm sido cuidados com sucesso, como por exemplo no caso dos doentes submetidos a cirurgia da catarata.

Neste processo de Cirurgia Ambulatória é fundamental uma consulta pré-operatória, prestando informação e conhecimento ao doente e família, pois estes devem ser envolvidos nas decisões tomadas, aumentando a confiança para a continuidade dos cuidados no domicílio.

Em sùmula, no princípio são somente algumas gotas, na curva seguinte um ribeiro e é assim até formar um rio com força e movimento organizado. Assim também se passa com a intervenção do homem. Começa ténue com um ou outro exemplo, até se formar em algo com força, orientado, organizado e profícuo. A Cirurgia Ambulatória poderá ser disso um adágio.

4.2. FAMÍLIA E O PROCESSO CIRÚRGICO

O acolhimento é uma fase do processo cirúrgico de primeira importância quer para o serviço cuidador, quer para o doente/família e permite estabelecer um primeiro contacto, contribuindo para que a família se aperceba da dinâmica do processo cirúrgico. Espera-se que, acima de tudo, possibilite que as dúvidas/receios e os medos sejam minimizados.

Os familiares neste momento necessitam de um apoio mais atento e os profissionais de Enfermagem têm aqui um papel relevante, transmitindo compreensão e confiança, ajudando-os a verbalizar as suas dúvidas e receios.

Neste sentido, medidas de conforto tais como, salas de espera para relaxar e descansar, instalações de telefone e casas de banho, são pontos essenciais para que a família se sinta acolhida no ambiente hospitalar.

Cruz e Varela (2002) referem que o acolhimento do doente/família para ser submetido “a intervenção cirúrgica é sempre precedida da sensação de medo.” (p. 51), pois manifestam entre outros, medo do desconhecido, do ambiente estranho, da cirurgia, do resultado, medo anestesia, das alterações que possam surgir na sua imagem corporal, medo da dor entre outros. Por vezes é relegada a avaliação dos aspectos psicossociais, mas é de todo pertinente que a avaliação da situação familiar seja efectuada, nomeadamente no que se refere à condição financeira que, para Phipps *et al* (2003) “pode ter implicações consideráveis tanto na intervenção cirúrgica imediata como nos cuidados de acompanhamento” (p. 532).

O enfermeiro que efectua o acolhimento do doente/família deve efectuá-lo o mais natural possível, sem máscara, com empatia e com atitudes empáticas facilitando a comunicação, para que se transmita serenidade e, acima de tudo, para que a humanização dos cuidados seja efectiva. Desta forma, o acolhimento assume um realce no processo de cuidar cirúrgico.

De acordo com Gonçalves, (2001) qualquer situação que exija uma estadia no hospital é um acontecimento que altera profundamente os hábitos de vida diários do doente e conseqüentemente da família, daí que o envolvimento desta no processo de cuidados ao doente seja fundamental, de forma a minimizar essas alterações. O mesmo se passa com uma estadia ainda que curta/internamento numa unidade hospitalar como é descrito pela mesma autora como uma situação que desencadeia “uma crise emocional, não só para o doente como para a sua família.” (p. 11).

A permanência numa instituição hospitalar de um familiar é uma situação que altera a rotina diária, não só do doente, mas sobretudo dos seus familiares, Filipini *et al* (2006). É uma situação que gera angústia uma vez que os familiares se vêem separados de uma pessoa próxima, ao mesmo tempo que vêem limitada a possibilidade de planearem as suas actividades, uma vez que têm de incluir, nas mesmas, esta nova situação, Filho *et al* (2004), ainda que durante pouco tempo, de permanência hospitalar.

A cirurgia invariavelmente associa-se a uma situação de algum *stress*, Elkin *et al* (2005) considera que “uma cirurgia é uma experiencia stressante para o cliente, tanto psicologicamente como fisicamente” (p. 490). Em termos psicológicos e emocionais, movimenta sentimentos extremos como o medo da anestesia, ansiedade do processo cirúrgico ocorrer sem intercorrências, qual será o prognóstico, serviço estranho, medo da morte, entre outros.

Também o clima organizacional do serviço, por apresentar características bastante específicas, leva a evidenciar emoções e sentimentos de ressentimento, abandono, e de apreensão.

Os familiares dos doentes que estão a ser submetidos a cirurgias, são muitas vezes vistos em situação de *stress* emocional, devido ao acto cirúrgico.

A comunicação com a família torna-se um vector importante no minimizar das suas vivências, pois esta não funciona apenas como um sistema de suporte, mas como uma componente central no processo cirúrgico.

Para Abreu, (1997), citado por Freitas (2002) a vivência “é como uma sequência de estados de espírito relacionados com o mundo e seus objectos. Os sentimentos são os estados de espírito mais complexos. As sensações, as recordações ou as ideias, são os estados de espírito mais elementares... mas sempre em relação com algum objecto, porque ter consciência é ter consciência de alguma coisa. Os objectos significativos constituem, para cada indivíduo o seu perimundo, um universo próprio que ele conforma em razão da cultura, educação e experiência.” (p. 24)

A integração da família/pessoa significativa nos cuidados ao doente, é fundamental, uma vez que a família é considerada um auxílio essencial e decisivo no acompanhamento do doente na alta.

A intervenção cirúrgica constitui um momento particular de cada família, em que cada um a vive de acordo com os seus princípios, valores e crenças. É inevitavelmente um factor desencadeador de *stress* quer do doente, quer da família, uma vez que esta é uma organização e para que o seu equilíbrio se mantenha é fundamental o equilíbrio de todos os seus membros. Na sua dinâmica familiar, a família molda-se ao *stress*, permitindo manter a sua continuidade. Geralmente a conduta de um filiado interfere com os restantes membros e o *stress* num membro individual entoa rapidamente nos outros subsistemas.

Os processos de adaptação a novas situações, sejam de carácter interno ou externo à família, com a finalidade de manter a coesão desta, serão envolvidos de mais ou menos *stress*, conforme o significado que lhe atribuem.

Salvador Minuchin (1990,) refere que o *stress* num sistema familiar pode resultar de 4 fontes. Pode existir uma convivência stressante de um dos membros da família ou de toda a família com forças extrínsecas à família. Assim, como os momentos de mudança/transição, no próprio desenvolvimento da família, podem também provocar *stress*, bem como problemas idiossincrásicos. Considera que as fontes são: “Contacto estressante de um membro com forças extra-familiares; Contacto estressante de toda a família com forças extrafamiliares; Estress em pontos de transição na família; Estress em torno de problemas idiossincrásticos” (p. 65-69).

Face ao exposto, consideramos que o *stress* desencadeado por situações de mudança/transição da família, será o que mais se relaciona com o nosso estudo, pois a intervenção cirúrgica constitui nitidamente uma causa de *stress*, não apenas para o indivíduo que está a ser intervencionado, mas também para a sua família, que tem um papel significativo e importante que é o de apoiar os seus membros. Nesta linha de pensamento para Martins (2002), quando um dos constituintes da família sofre uma situação de *stress*, os seus pares sentem como que uma solidariedade, ou seja uma necessidade de se ajustarem ao novo momento.

O *stress* é um factor que provoca múltiplas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. Neste estudo focar-se-á mais a parte psicológica e social, pois a parte fisiológica está directamente interrelacionada com o próprio doente, sem contudo sublinhar que a família também como seres humanos que são, também têm alterações fisiológicas. Segundo Manley e Bellman (2003), existem diferentes modelos de *stress*: **Modelo do Estimulo** (Stokes e Kite, 1994; Montagne, 1987) - “aquilo que gera *stress* para um indivíduo pode não o fazer para outro” (p.160); **Modelo Resposta** (Selye, 1956) – “consistindo em respostas fisiológicas a uma ameaça ou desafio” (p. 160); **Modelo Transaccional** - Cox e Mackay 1976, consistindo nas percepções individuais da situação stressante e nas possibilidades de lidar com isso, relevando mais o estado psicológico das pessoas (Lazarus, 1996).

O *stress* da família e os seus níveis de ansiedade, podem ser variados consoante a operação em causa, podendo levar à crise. Torna-se importante que o enfermeiro saiba, ao identificar o/os factores desencadeadores do *stress*, responder aos mesmos de feição mais ajustada. A gestão do conhecimento passa por um boa noção de si mesmo e das situações stressantes. Manter uma atitude positiva, face aos eventuais problemas, resolvê-los oportunamente através do diálogo com calma e seriedade, estabelecendo ligações durante o acto cirúrgico e partilhando com os familiares esses momentos, será por ventura, a forma mais adequada e promissora para minimizar o *stress* e ansiedade vivenciados por estes. O enfermeiro perioperatório, com o seu conjunto de saberes será a peça essencial neste puzzle.

O enfermeiro perioperatório para Cabral (2004), citando Cadete (2000), “tem a seu cargo a prestação de cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico. O termo perioperatório utiliza-se como uma expressão genérica para incluir as três fases da experiencia cirúrgica do doente: o período pré-operatório, o intra-operatório e o pós-operatório” (p.180), deve englobar nessa prestação a família do doente, e fazer uma avaliação completa das necessidades desta. Pitrez e Pioner (1999) partilham também a esta ideia.

Ladden (2007) menciona que a enfermagem perioperatória é um processo profissional e dinâmico. Os modelos de enfermagem podem servir de orientações para esta avaliação numa perspectiva holística, mas torna-se necessário e fundamental desenvolver-se ferramentas que permitam avaliar o nível de ansiedade da família no intra operatório, às quais os enfermeiros tenham acesso, permitindo estabelecer estratégias para minorar esses níveis de ansiedade e consequentemente todos os outros medos e receios.

A enfermagem perioperatório é definida pela AESOP (2006) como um “Conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos de trabalho realizado” (p. 7).

Podemos considerar que nós, enfermeiros perioperatórios, que cuidamos de pessoas por vezes de uma forma *rotinizada*, na realidade, essa prática desenrola-se baseada em normas, procedimentos e técnicas que estão já sustentados, e utilizamo-los de forma a prestar cuidados de qualidade e, acima de tudo, seguros. Para EORNA-European Operating Room Nurses Association (1997) in AESOP (2006) “Os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos tem o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória. Esse pessoal experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o Bloco Operatório e com cuidados perioperatórios.” (p.7-8).

No entanto, para a pessoa que vai ser submetida a cirurgia, não deixa de ser uma experiência única, mesmo que já tenha sido intervencionada, para ela é sempre uma experiência nova. Também para a família que vivencia esta situação, é algo novo e inovador é acima de tudo, diferente. Por vezes, o doente aceita de uma forma positiva a cirurgia, na esperança que lhe seja melhorada a qualidade de vida.

Reforçando esta ideia, Cabral (2004), citando Holden (1992), refere “que o enfermeiro perioperatório assume a responsabilidade dos cuidados perioperatórios individuais, requerendo para isso conhecimento de enfermagem científicos e humanos, através de um processo programado e personalizado” (p.94).

Ao longo dos tempos, a enfermagem perioperatória tem evoluído e vindo a dar progressivamente maior ênfase ao atendimento holístico da pessoa, para a satisfação das suas necessidades e da sua família, em substituição de uma relação exclusivamente técnica.

O enfermeiro deve humanizar os seus cuidados cirúrgicos, para Vilaça (2004) cuidar só é global e completo, quando a execução de qualquer técnica se encontra intrinsecamente ligada à dimensão relacional que a suporta e lhe dá sentido.

A componente ética é indissociável da conduta do enfermeiro no cumprimento das suas funções. Para Queirós (2001), cuidar é o núcleo da enfermagem e é desenvolvido através do suporte e da protecção da dignidade do doente/família.

Silva (2002) realça que cuidar da pessoa que é submetida a intervenção cirúrgica impõe, da parte do enfermeiro, um conhecimento de todo o processo cirúrgico, e particularmente a forma como o doente/família conceptualiza e relembra experiências anteriores.

As funções que um enfermeiro perioperatório executa numa unidade cirúrgica, são cruciais para o êxito de todos os períodos do processo cirúrgico. Assim a enfermeira assume o papel de mãe, de *psicóloga* no conforto do doente/família; *assistente social* na identificação dos seus problemas/necessidades, ajudando a resolvê-los ou a criar recursos para que eles os resolvam e de *mensageira* sendo o elo de ligação com o exterior, nomeadamente com a família, como referem Cruz e Varela (2002).

A intervenção cirúrgica afecta a actividade profissional da pessoa (quer pela falta ao trabalho, quer pela incapacidade de cumprir as tarefas que lhe cabem ainda que por pouco tempo), e por arrasto da família, que é colocada numa situação com alguma similaridade, pois ainda que, por um período ínfimo, um dos familiares terá que faltar à sua actividade profissional.

A cirurgia pode por si só marcar as relações, quer pela ansiedade associada ao facto de não saber o que está acontecer, quer pelo próprio momento de espera.

Ter alguém a ser submetido a intervenção cirúrgica, pode levar a questões sobre a vida, pois quando sabemos que existe a possibilidade de intervenção cirúrgica, na realidade é bem diferente ao se ser confrontado com esse facto concreto, no momento exacto.

Phipps *et al* (2003) referem que o passado cultural pode influenciar as reacções a saúde/doença e cirurgia. Ainda, os mesmos autores alertam para a importância das experiências cirúrgicas vividas anteriormente, como uma situação que pode afectar positivamente ou negativamente o nível de ansiedade, quer do doente, quer da família.

Vários estudos vieram comprovar que a preparação pré-operatória é, sem dúvida, uma atitude que minimiza o *stress* no doente. Podendo este manifestar-se de várias formas e de diferentes graus de intensidade, alguns dos quais são abaixo mencionados. Linden e Engberg 1996 in Manley e Bellman (2003), constataam que “os doentes ansiosos podem sentir-se insatisfeitos com a informação que lhes é dada, e podem também ter mais sintomas no pós-operatório” (p. 305), o que vem efectivamente reforçar a

necessidade de uma preparação pré operatória eficaz, que na área das competências de Enfermagem é minimizada com a consulta pré operatória.

Cerejo (2000) alude que, o doente cirúrgico no período pré-operatório requer que lhe seja fornecida informação fundamental e necessária, acerca da intervenção cirúrgica, nomeadamente do que se irá passar no período intra e pós-operatório. Ressalva também que os principais receios do doente/família se relacionam com o “acordar” da anestesia e o “nível de dor” que irão percepcionar e como cuidar do seu familiar no domicílio, face a eventuais intercorrências.

Manley e Bellman (2003) referindo Manyande *et al* (1995) constataam que a preparação pré-operatória para minimizar a ansiedade pode sintetizar as respostas de adrenalina e cortisol à intervenção cirúrgica. Jonhson (1988) estudou a relação entre a ansiedade pré operatória e a repercussão pós operatória. Estes modelos dividem-se em **cognitivo comportamental** (motivação, estratégias de lidar com a ansiedade, emoções em jogo), **comunicacional** (relação entre ansiedade tal e qual como é percebida pelos outros, ansiedade comunicada ao pessoal de enfermagem pelos doentes e recuperação pós operatória que se segue às intervenções de enfermagem) e **psicofisiológico**. Manley e Bellman (2003) “adopta estratégias mais holística” e o **modelo transaccional** “avalia a percepção das emoções que os doentes evidenciam «como ansiedade» e mede, ao mesmo tempo, as alterações fisiológicas daí decorrentes” (p. 161).

Estudos mais recentes de Boore (1976) e Hayward (1978) in Manley e Bellman (2003), “identificou que a informação fornecida pré-operatória pode reduzir o *stress*, a ansiedade e a dor do doente.” (p.397)

Para Johnston (1988), Manley e Bellman (2003), foram sempre as questões práticas ou psicossociais da operação que geraram mais preocupação nos doentes. Em 9 estudos que mediram os efeitos do fornecimento de informação na redução da ansiedade, só um deles encontrou uma relação positiva.

Manley e Bellman (2003,) refere que “Parece estar generalizada a presunção de que a Cirurgia de Ambulatório gera menos *stress* para o doente o que dispensaria a pré medicação” (p. 304). Contudo estudos de investigação referidos pelos autores supra citados, concluem que os doentes da Cirurgia Ambulatória têm de facto níveis significativos de ansiedade (Mac Kenzie 1989, Young e Munro 1995) e que a pré-medicação na Cirurgia Ambulatória poderá ter várias vantagens, sem atrasar a alta (Shafer *et al*, 1989).

As acções que se possam efectuar com a família podem destinar-se a alterar o nível de *stress* ou de outras sensações associadas a este momento (ansiedade, fadiga...). O *stress* familiar está intimamente relacionado com a falta de informação. Um dos aspectos fulcrais que, pela nossa experiência e mesmo referenciados por autores já

mencionados por nós, centra-se na necessidade de informação aos familiares, que deve ser mantida, desde que o doente é admitido e preparado, até à alta. Concomitantemente para aumentar ainda mais o *stress*, é separado do ambiente familiar, assim que entra no hospital. Para a EORNA (1997) referenciado pela AESOP (2006) “O doente, os familiares e outras pessoas significativas tem o direito de receber informações necessárias, bem como apoio emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatório ” (p. 8).

Gonçalves (2003), considera que é imprescindível que o enfermeiro, ao cuidar do doente/família, tenha conhecimento e consciência que deve suavizar, minimizar e se possível eliminar o processo ansioso que estes vivenciam, fundamentalmente através do estabelecimento de uma boa relação enfermeiro/doente/família, tríade fundamental no processo cirúrgico em Cirurgia Ambulatória, permitindo o esclarecimento atempado de todos os seus medos e dúvidas, e ajudar a encarar a experiência, vivida como mais uma etapa da vida.

A AESOP (2006), denota que a nível organizacional mencionam-se algumas estratégias que podem contribuir para minimizar as causas provocadoras de *stress*: espaço de descanso que proporcionem conforto ambiental; adequação dos recursos humanos face às necessidades dos familiares; melhorar a comunicação com os familiares.

Muitas vezes, é-lhes solicitado que aguardem numa sala “apinhada” de gente, que a ocupa por variadíssimas razões, e daí não haver um ambiente tranquilo. Aí esperam horas a fio por alguém que lhes dê informação, enquanto lidam com emoções como o medo, a ira e a culpa. Leila Clark (1903) citando a AESOP (2006) escreve “A enfermagem cirúrgica é uma matéria tão vasta e ilimitada que daria para se escrever muitos livros sobre o assunto. [...] Regra geral, a preparação do doente e o ambiente estranho desta área do hospital colocam os doentes muito apreensivos e num deplorável estado de espírito. Uma boa enfermeira de sala de operações, com tacto, palavras de encorajamento e animadoras pode reverter o pensamento do doente ou minorar os seus medos (...)” (p. 5).

Dependendo de anteriores experiências e de recursos da família, alguns membros podem ser mais vulneráveis a factores de *stress*.

Com o processo cirúrgico, algumas alterações são produzidas a nível familiar, como por exemplo, as rotinas da casa ficam interrompidas e alguns membros da família podem ter de assumir responsabilidades e funções que nunca tiveram.

Silva e Pinto (2005), referem que no contexto familiar, o processo de *coping* pode ser entendido como a gestão de um acontecimento por parte da família enquanto unidade, sem efeitos negativos em qualquer membro individual do sistema. Dito de outra

feição, o *coping* familiar será a associação dos processos cognitivos, afectivos e comportamentais, através dos quais a pessoa e o sistema familiar lidam com as situações provocadoras de *stress*.

Para Hanson (2005) de acordo com Lazurus e Folkman (1984) coping consiste em “mudar constantemente os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências externas e/ou internas específicas, avaliadas como estando a sobrecarregar ou exceder os recursos da pessoa ” (p. 101).

No que respeita á família, esta possui estratégias de *coping*, que podem eventualmente ser ou não adequadas em situações de *stress*.

Peralin e Shooler (1982) in Hanson (2005) consideram que as estratégias podem ser agrupadas em três secções: refutações que modificam as ocorrências desencadeadoras de *stress*; refutações que conferem o significado das ocorrências desencadeadoras de *stress*; refutações que controlam o próprio *stress*.

Os problemas familiares podem ser influenciados por características tais como: a estrutura, a função e processo familiar, recursos de tempo, dinheiro e experiências anteriores.

Independentemente do factor idade, o Bloco Operatório pode ser intimidativo e ameaçador à auto-estima e ao sentimento de segurança, quer dos doentes, quer da família.

A recuperação pós operatória dos doentes submetidos a cirurgia em Cirurgia Ambulatória não será provavelmente diferente daquela que seria de esperar da mesma cirurgia em contexto de cirurgia programada com internamento.

Para cuidar do outro, tem que se estar desperto para a «arte de cuidar». Podemos dar uma dimensão completamente diferente daquilo que fazemos, se formos de encontro às necessidades do outro, atendendo à sua globalidade.

Os enfermeiros perioperatórios, não podem ser apenas os enfermeiros que estão camuflados atrás de uma máscara cirúrgica, mas sim, uma mão amiga, uma palavra de apreço, um olhar carinhoso e, assim, *cuidar* em Cirurgia Ambulatória será uma realidade. Queremos ser os autores e actores da nossa própria história e com ela garantir que a enfermagem seja cada vez mais um espaço de humanização e um instrumento importante na resposta às necessidades da população

Cuidar é intrínseco ao ser humano: cuida-se em casa, cuida-se na intervenção cirúrgica, cuida-se os doentes/familiares em qualquer contexto; conclusivamente, o enfermeiro perioperatório também cuida na Cirurgia Ambulatória nas suas diferentes fases, bem como nos cuidados aos seus familiares em todo o processo cirúrgico.

4.3. INFORMAÇÃO /COMUNICAÇÃO

Quando no nosso dia-a-dia questionamos alguém, está-se a solicitar informação, quando assistimos um filme no cinema, está-se a absorver informação. Quando lemos um livro, um jornal, uma revista estamos usando algum tipo de informação, ou seja, em qualquer situação da nossa vida estamos constantemente a absorver, assimilar, transformar, produzir e a transmitir informação. No entanto, constata-se que não temos uma definição concreta do que é o conceito de informação. Sabemos o que é informação, mas defini-la é complicado, para Lussato (1995) “é a coisa mais difundida e menos definida do mundo” (p. 35).

Loureiro (2003) diz que a informação é a interpretação que é edificada com base nos dados e que, inversamente aos dados, a informação possui significação. Quando os dados são ordenados, agrupados, analisados e interpretados, convertem-se em informação; esta pode ser descrita como uma mensagem, que geralmente é documentada.

Lussato (1995) refere que as informações são o resultado do encontro de uma situação de decisão com um conjunto de dados, ou seja, são dados contextualizados que visam fornecer uma solução para determinada situação de decisão.

Um dos grandes desafios da tomada de decisão, é o de transformar dados em informação e informação em conhecimento. Este é uma mistura de experiências, valores, informação e «saber fazer», que serve como um marco para a incorporação de novas experiências e informação, sendo útil para a acção, minimizando as interferências individuais nesse processo de transformação.

A informação resulta de uma atribuição de significação, contextualização e acima de tudo da compreensão dos dados, face àquilo que cada indivíduo sabe. Em suma, pode ser considerada como os dados processados e contextualizados. Contudo, a compreensão das relações entre os dados e a informação, e o que ela pode provocar, constitui a matéria para a formalização do conhecimento, para Serrano e Fialho (2003) “O conhecimento é a interpretação dos dados e da informação. É a informação aplicada à acção” (p. 50).

Informação sem ser comunicada de nada vale, desaparece, no entanto, assume na actualidade uma importância crescente.

O conceito de informação deriva do latim *informationem* e significa um processo de comunicação ou algo relacionado com comunicação, Zhang, (1988) in Pereira (2001), mas, na realidade, existem muitas e variadas definições cada uma mais complexa que a outra. Podemos também dizer que informação é o processo que visa o conhecimento, ou, mais simplesmente, informação é tudo o que reduz a incerteza.

Para Lussato (1995) “A informação é o conteúdo da comunicação na medida em que a comunicação é um acto de transmissão cujo produto é a informação (...) se a informação é medida de complexidade, a comunicação é o transporte dessa complexidade.” (p. 95).

A informação tornou-se uma necessidade crescente, para qualquer sector da actividade humana e é-lhe indispensável mesmo que a sua procura não seja ordenada ou sistemática.

A enfermagem enquanto actividade que assenta na interacção humana caracteriza-se, assim, por uma riqueza informativa notável, em que os enfermeiros/família prestam cuidados de enfermagem ao longo de contínuo comunicativo com os seus doentes/família e restantes membros da equipa multidisciplinar.

Segundo Serrano e Fialho (2003) “o atribuir de sentido, a contextualização, a compreensão de dados à luz de que cada um sabe, é que constitui informação” (p. 50)

No desempenho diário, os enfermeiros devem certificar-se de que os doentes têm conhecimento e percebem de facto a informação que lhes é fornecida, e particularmente quando é necessário um consentimento informado; assim como certificar-se da aprendizagem e compreensão das directrizes e orientações transmitidas aos que necessitam de apoio. O profissional deve estabelecer algumas linhas condutoras quanto à quantidade de informação necessária, para que o doente possa decidir de acordo com os seus valores/necessidades.

A informação é valiosa, precisamente porque alguém lhe deu um contexto, um significado, acrescentou-lhe sua própria sabedoria, considerou suas implicações mais amplas, gerando o conhecimento, que varia de indivíduo para indivíduo, quando influenciados por estes factores.

Segundo Phaneuf (2005), para amenizar essas distorções, devemos ter consciência de que: existem diferenças entre o que queremos dizer e o que realmente dizemos; entre o que dizemos e o que os outros ouvem e o que escutam; entre o que entendem e lembram; entre o que lembram e retransmitem; as pessoas só escutam aquilo que querem e como querem de acordo com as suas próprias experiências, paradigmas e pré-julgamentos; existem informações que os indivíduos não percebem e não vêem, informações que vêem e não ligam; informações que vêem, e não entendem ou não descodificam, informações que vêem e usam; informações que procuram; informações que adivinham; nosso estado de espírito e humor pode afectar a maneira como lidamos com a informação.

Paiva (2006) refere a sua preocupação com a forma como os enfermeiros utilizam os dados, a informação e o conhecimento para tomar decisões e prestar cuidados.

Assim, quando o termo informação é utilizado genericamente, representa os três conceitos, em que os dados são objectivamente descritos, sem qualquer tipo de interpretação; informação são os dados que foram interpretados, organizados e estruturados e o conhecimento relaciona-se com a informação que foi sintetizada, interrelacionada e formalizada.

A informação é peça basilar para que se efectue a comunicação, e tal como descreve Phaneuf (2005) “É fácil pensar que a comunicação supõe a troca de informação” (p. 23).

Wright e Leahey (2002) consideram que “o foco do estudo da comunicação é a maneira pela qual os indivíduos interagem uns com os outros.” (p.45).

Uma das prestações mais completa para o *entendimento dos processos interpessoais* apresenta-se no trabalho “Pragmatics of Human Communication” de Waltz Lawick, Beavein e Jackson, em 1967, em que os conceitos que utilizaram foram mais tarde actualizados por Janet Beaven Bavelas (1972).

A comunicação é intrínseca à própria vida da pessoa, sucede naturalmente e é essencial em todos os níveis, quer profissional, quer social e individual. É um processo através do qual as pessoas se relacionam, podendo ser um processo verbal e não verbal. Este último assume uma importância significativa, substitui a linguagem, transmite atitudes e emoções e acima de tudo pode apoiar ou contrariar a comunicação verbal. Evidencia-se com um simples olhar, um sorriso, uma expressão facial, o tom de voz empregue no discurso, da postura, entre outras (Pinto, 2003).

Autoras como Wright e Leahey (2002), consideram que “Toda a comunicação não verbal é significativa” (p. 46), porque se deve considerar o contexto, sendo importante no conhecimento do comportamento. Neste sentido as mesmas autoras constataam que toda a comunicação tem dois principais canais de transmissão: digital e analógico. O digital, comunicação verbal em que consiste no conteúdo real da mensagem, o analógico, em que se considera a postura, expressão facial, o tom. O conjunto de diferentes canais de comunicação torna a comunicação mais eficaz.

O enfermeiro perioperatório na sua prática diária, tem na comunicação a base das relações que estabelece com o doente /família, adquirindo habilidades para compreender e ajudar. Neste contexto cirúrgico, o doente/família vivencia uma situação de *stress* e, por conseguinte, as suas dificuldades de comunicação são mais notórias, neste sentido o enfermeiro deve ter em atenção a forma de comunicar verbal e não verbal, pois o seu comportamento pode ser mal interpretado e provocador de *stress*, ideia está sustentada por Pinto (2003).

Para Wright e Leahey (2002) um “relacionamento dialéctico tem vários graus de simetria e complementaridade” (p. 47). Estes termos são considerados por estas autoras

como essenciais para definir os “padrões típicos de interacção familiar”. A complementaridade no sentido de que um membro dá ao outro e o outro recebe, em que um deles inicia o processo e o outro acompanha (exemplo da relação mãe/filho) e a simetria que consiste no relacionamento entre dois elementos em que o seu comportamento se assemelha (exemplo entre dois adolescentes), em que um refere que teve uma experiência positiva e o outro constata que a dele foi ainda melhor, podendo por vezes levar mesmo à criação de conflitos. Consideram ainda que todas as comunicações têm dois níveis: conteúdo e relacionamento, em que não é significativo apenas o que se diz, mas a forma como se diz (exemplo a entoação que se dá a determinado conteúdo, pode levar a uma interpretação mais positiva ou mais negativa).

A disposição dos processos de comunicação convém ser conhecida, enquanto conjunto de regras subentendidas e tacitamente respeitadas, por todos os elementos do sistema, já que ela constitui a matriz de base dessas mesmas interacções.

De acordo com Watzlawick *et al* (1993), a interacção pode ser definida como uma série de mensagens trocadas entre pessoas.

Transmitir informações aos doentes/familiares é sempre factor gerador de algum stress/preocupação para quem transmite (enfermeiros) e para quem recebe (doente/família), porque por vezes a sobrecarga de trabalho, do primeiro leva à não disponibilidade de tempo para se estabelecer diálogo, e, conseqüentemente transmitir informações concretas e bem definidas, torna-se efectivamente complicado.

Por outro lado, o receptor da mensagem encontra-se na grande maioria das vezes sobre stress e ansiedade, daí que devia de existir um elemento responsável por transmitir as informações nas diferentes fases do perioperatório, considerando os diferentes factores, tal como refere Manley e Bellman (2003) “a quantidade de informação; a oportunidade para dar a informação; a relevância; o método de comunicação; as barreiras à comunicação (perdas de acuidade entre outros) e o idioma” (p. 307).

A transmissão de informações deve ser iniciada, no primeiro contacto que o doente/família efectue com a equipa multidisciplinar. No caso da enfermagem esta deve ser iniciada na consulta pré operatória, em que a enfermeira conjuntamente com a informação oral, deverá associar a informação escrita, através da entrega de panfleto com algumas considerações a ter no dia antes da cirurgia, no próprio dia e também na preparação para a alta.

4.4. PREPARAÇÃO PARA ALTA

O planeamento da alta hospitalar e a conseqüente abertura à participação da família no processo de cuidados, apoiando-a e integrando-a na dinâmica do plano

terapêutico, de forma a reforçar as suas capacidades, conhecimentos e competências para cuidar dos seus familiares no domicílio, apresenta-se como uma estratégia a desenvolver no sentido de promover a continuidade e a dignidade da assistência do indivíduo doente até à sua máxima recuperação.

Urge reflectir e encontrar soluções capazes de reintegrar a pessoa no seu meio sócio familiar ou proporcionar outro tipo de apoio articulado com os meios disponíveis no seu contexto social, permitindo assim a continuação dos cuidados.

Sendo o enfermeiro um elemento privilegiado na equipa multidisciplinar, este deverá acolher o doente e envolver o prestador de cuidados no processo de tratamento e reabilitação, garantindo, assim, a continuidade de cuidados.

No entanto, questionarmos: Como planear alta? Preparar o regresso a casa? Ou, Quando começar a planear?.

Sarah Jewell (1993), investigadora do Department of Nursing Studies da Universidade de Southampton cita Armitage: “Discharge Planning refers to the period of preparation necessary for arrangements to be made and embraces adequate notice of discharge”. Esta autora caracteriza o planeamento como um processo necessário para que a alta seja eficaz. Em reflexão, afirma que o planeamento da alta ideal começa na admissão do doente e termina quando este deixa o hospital, sendo este, no entanto, um processo muito vulnerável e sujeito a readaptações constantes.

Como ela, a grande maioria dos autores defendem também como ponto de partida o momento de admissão, e a envolvência, para além da estrutura familiar, social e comunitária do doente, de todos os elementos da equipa multidisciplinar, quer dos cuidados diferenciados quer dos cuidados primários.

Martins (2003), sustenta que o prestador de cuidados tem que ser assumido como um parceiro na preparação do regresso a casa do doente. Os cuidados prestados no domicílio são a continuidade de cuidados, permanecendo em casa, no seu conforto ambiental, integrado na sua família, aumentando a sua qualidade de vida, preservando o seu estado funcional e dessa forma garantir o seu bem-estar e o familiar, aumentando os seus ganhos em saúde.

O enfermeiro deverá proporcionar ao doente/família/prestador de cuidados, apoio através do ensino e de instruções de como lidar com o doente. Como referem os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001) “Os cuidados de enfermagem tomam foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a de

adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (p. 8-9). Ainda segundo os padrões de qualidade de enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001) um dos enunciados descritivos consiste na Readaptação funcional “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. São elementos importantes face à readaptação funcional, entre outros: (...) o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.” (p. 14-15).

A Organização Mundial de Saúde apresenta [on-line], um protocolo de actuação de boas práticas sob o título de: *Preparing the patient for discharge*, de onde se pode também tirar partido das recomendações feitas. Se o planeamento da alta é uma necessidade fundamental para o doente e prestador de cuidados, é necessário utilizarmos uma norma de procedimentos.

Existe hoje uma exigência de evidência objectiva que os cuidados de saúde devem ser de qualidade; apropriados e efectivos, com baixo risco e de custo socialmente suportáveis. Os enfermeiros têm lugar privilegiado na avaliação das necessidades e em preparar o doente/família para a transição dos cuidados.

A preparação e formação dos prestadores de cuidados para as possíveis complicações e evolução natural na recuperação, são importantes para uma assistência eficiente e para a redução dos níveis de ansiedade, que poderão fazer com que a troca de nada, os familiares levem a pessoa para o hospital, ou seja ao mínimo sinal que lhes surge como adverso.

Os serviços de saúde deverão assegurar apoio e vigilância aos prestadores de cuidados, promovendo para o efeito programas de assistência adaptados às suas necessidades e limitações. É importante que os enfermeiros mostrem disponibilidade e abertura para dialogarem com os prestadores, e os ajudarem a resolver conflitos e dificuldades decorrentes do processo de cuidar, respeitando o seu sistema de valores e conceitos culturais associados a todo o processo.

Deveria haver um plano de apoio na retaguarda que efectuasse o seguimento dos prestadores de cuidados informais e doente que lhes proporcionasse aconselhamento, e assistência, os alertasse para as dificuldades ou problemas em determinados aspectos específicos, após a alta.

PARTE DOIS

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V – OPÇÃO METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO

Obviamente, aqueles que gostam de «fazer» ciência para descobrir e viver nas fronteiras do conhecimento deverão ser investigadores qualitativos.

Morse

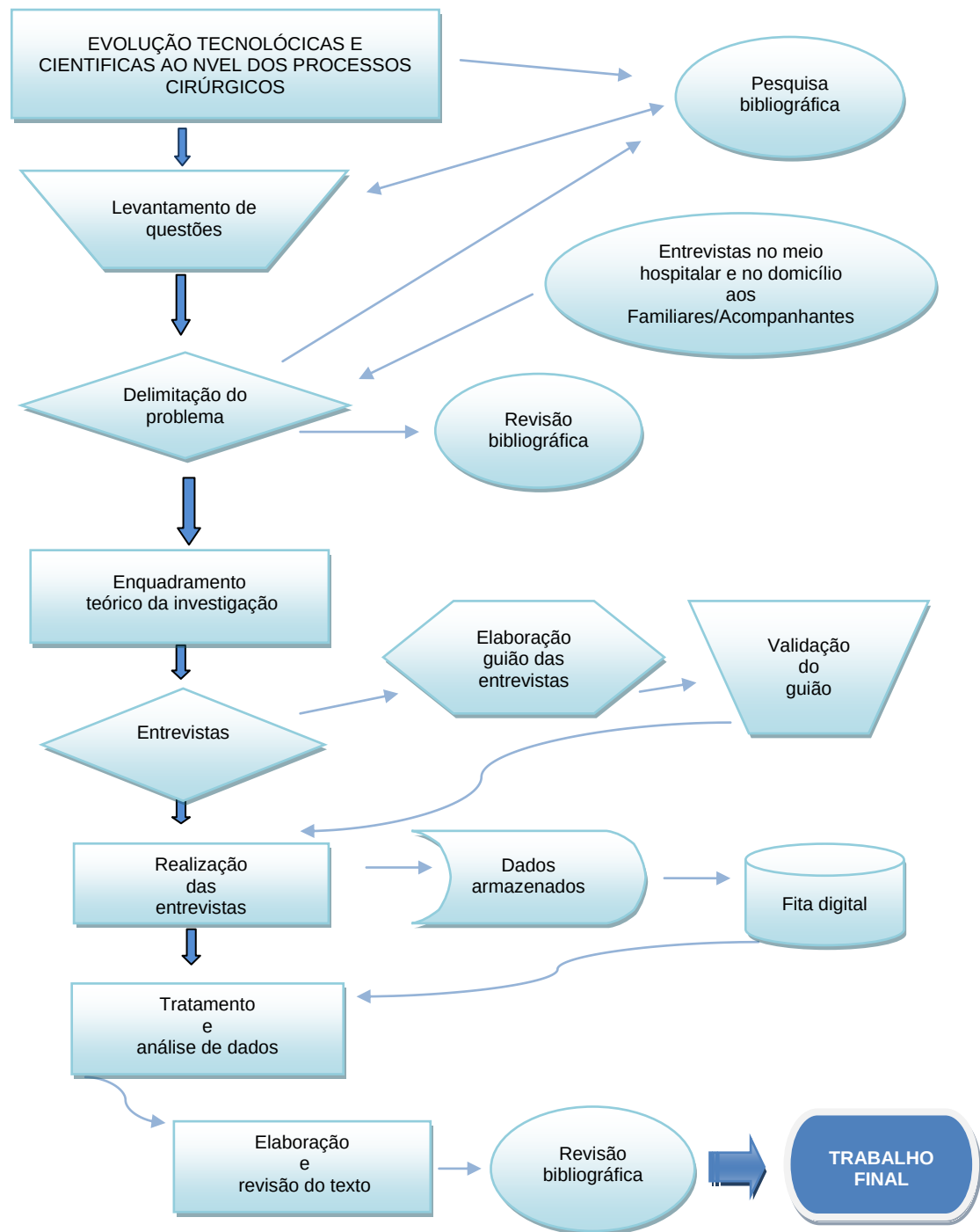
A metodologia é a fase do processo investigação que pretende descrever o modo como o trabalho é conduzido. Assim, e de acordo com Fortin *et al* (2003) nesta fase o investigador decide sobre os métodos a utilizar, de modo a obter as respostas às questões de investigação inicialmente colocadas.

A fase metodológica ou desenho de investigação, de acordo com Fortin (2003) "é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas" (p. 132). O desenho de investigação permite que o investigador deslumbre e planeie a sua investigação, contribuindo também para que o estudo se efectue de uma forma sequencial e correcta.

Atendendo ao tema do nosso estudo, o qual está centrado nas vivências dos familiares em contexto de Cirurgia Ambulatória, entendemos que a abordagem qualitativa, foi a opção mais correcta e mais adequada, uma vez que é nosso intuito compreender o fenómeno a partir dos discursos dos participantes, mediante a pretensão de descrever os fenómenos que compõem a experiência dos familiares durante o processo de intervenção cirúrgica.

Foi utilizado um estudo qualitativo, descritivo - exploratório e transversal, cujos participantes foram os familiares dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica em contexto de Cirurgia Ambulatória. Desta forma, foi estabelecido que a amostragem para o presente estudo, fossem os familiares dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica neste serviço.

Segundo Murphy, Dingwall, Greatbatch, Parker, e Watson (1998) referenciado por Ribeiro (2007) alvitram que a abordagem qualitativa deve considerar cinco pontos fulcrais para a sua prática: a opinião dos participantes deve ser a valorizada; o ambiente de estudo deve ser relatado; interessam-se mais pelo processo, do que simplesmente pelos resultados ou produtos segundo Bogdan e Biklen (2003); o desenho de investigação é adaptável e repugnam a ideia de imputar limites.



Simbologia do Fluxograma

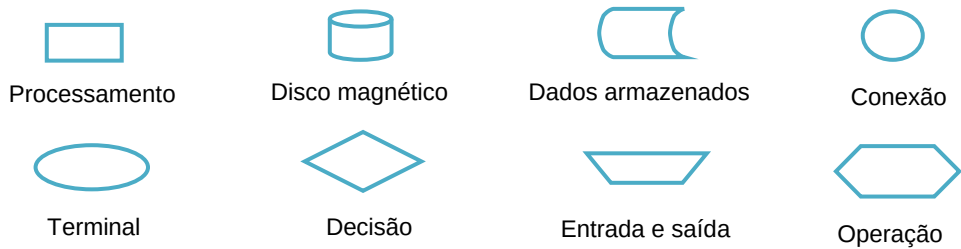


Figura n.º 1 - Fluxograma da investigação.

Neste sentido, consideramos que o nosso estudo assume um carácter descritivo, uma vez que, e de acordo com Fortin (2003), pretendemos discriminar os factores determinantes ou os conceitos que de algum modo possam estar relacionados com o fenómeno em estudo. Por outro lado, entendemos que o mesmo assume características de um estudo exploratório. Através deste procuramos descobrir problemáticas novas, sugerir questões de investigação e descrever a sua relação com a problemática de estudo.

Segundo, Quivy e Campenhoudt (2008) o trabalho exploratório, tem vários objectivos, como sendo: constituir novos conhecimentos tendo como referencial outras investigações e reflexões desenvolvidas por outros autores; revelar outras dimensões do problema e permitir ampliar as perspectivas de análise. Para além disso, e dado que procuramos estudar a experiência vivida pelos familiares dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica em contexto de Cirurgia Ambulatória, assumimos que se trata ainda de um estudo com contornos fenomenológicos, na medida em que pretendemos segundo Streubert e Carpenter (2002) “o propósito da pesquisa fenomenológica é explicar a estrutura ou a essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado o qual é a identificação da essência de um fenómeno e da sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana ” (p. 55).

Em suma, este estudo é exploratório dirigido por uma metodologia qualitativa e inserido numa abordagem fenomenológica.

Deste modo, atendendo a que o nosso estudo está direccionado para as vivências dos familiares em contexto de Cirurgia Ambulatória, afigurou-se-nos ser adequada esta abordagem, pois permitirá ter acesso a aspectos subjectivos relacionados com as experiências de vida dos sujeitos e, assim, alcançar resultados verdadeiramente interessantes para o conhecimento em Enfermagem.

5.1. PARTICIPANTES DO ESTUDO

A selecção dos participantes correspondeu a todos familiares dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica em contexto de Cirurgia Ambulatória, que se adequaram aos seguintes critérios de elegibilidade: aceitar participar no estudo após ter assinado o consentimento informado; ter idade superior a 18 anos, (legalmente é a partir desta idade que o indivíduo é considerado autónomo e responsável pelas suas decisões; ser capaz de se expressar verbalmente, porque a técnica de colheita de dados a utilizar será a entrevista). A decisão e escolha dos participantes foi feita de acordo com a proximidade e intervenção directa que os familiares têm no fenómeno em estudo, visto todos vivenciarem experiências neste contexto cirúrgico.

Tendo em conta as características do nosso estudo, utilizaremos o termo participante ao invés de sujeitos para designar os indivíduos que farão parte da investigação, pois tal como refere Morse, citado por Streubert e Carpenter (2002), a posição dos investigadores qualitativos é de que “não se age nas pessoas que tomam parte da investigação mas que estas são activas no estudo.” (p. 25).

No estudo participaram 44 pessoas. A recolha de dados foi efectuada durante os meses de Abril e Maio de 2010.

Foram elaborados os seguintes critérios para selecção dos familiares participantes: *familiares* em que os seus entes são submetidos a cirurgia em regime de Cirurgia Ambulatória. A selecção destes familiares neste contexto deve-se às particularidades da Cirurgia Ambulatória; *Familiares Portugueses* – com a finalidade de se obter um processo de comunicação o mais eficaz possível; *Familiares de crianças* – considerando as crianças a partir dos 4 anos e com pais participativos; *Familiares do adulto* - com mais de 18 anos e menos de 65 anos e com familiares presentes no processo cirúrgico; *Familiares do idoso* – considerando o idoso com mais de 65 anos e com familiares interessados e presentes no processo cirúrgico;

Com a finalidade de compreender a essência do fenómeno utilizou-se este número de participantes, não com a finalidade de generalizar os dados, mas para perceber o cerne do nosso fenómeno, para o compreender e não efectuar a sua extrapolação. Deve incluir-se tantos os sujeitos, quantos os necessários para se atingir a «saturação de dados». Assim optou-se para este estudo 44 participantes: 12 familiares de doentes crianças; 22 familiares de doentes adultos e 10 familiares de doentes idosos.

Podemos dizer que o tipo de amostragem é não probabilística, na medida em que, e de acordo com Polit *et al* (2004) nem todos os indivíduos da população têm a oportunidade de serem incluídos na amostra. Para além disso, e dentro deste tipo de amostragem, utilizou-se a amostragem intencional segundo Patton (1990), citado por Streubert e Carpenter (2002) “a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade. Os casos ricos de informação são aqueles a partir de quem se pode aprender muitos assuntos de importância central para a finalidade da investigação, daí o termo amostra intencional.” (p. 66), pois os participantes serão seleccionados após uma análise crítica dos seus perfis e da identificação de características que se poderão constituir como uma mais-valia na compreensão do fenómeno em estudo.

5.2. PREVISÃO COLHEITA DE DADOS

A natureza da indagação da pesquisa, determina o tipo de método a utilizar no procedimento de colheita de dados. Tendo em conta o estudo que nos propomos realizar, consideramos o método de auto-relato, assim descrito por Polit *et al* (2004), como aquele que nos permitirá colher informações significativas acerca das experiências pessoais dos participantes da nossa amostra. A corroborar esta ideia, Streubert e Carpenter (2002), acrescentam que “o método primário de colheita de dados é a voz das pessoas que experimentam um determinado fenómeno” (p. 64).

5.2.1. Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados pode ser realizada de diversas formas, tendo o investigador o dever de seleccionar o melhor método e instrumento de acordo com o tipo de estudo que está a efectuar, de forma a atingir os seus objectivos.

Neste sentido, utilizamos a técnica da entrevista. Fortin *et al* (2003) referenciam que esta tem a vantagem de ser mais eficaz na descoberta de informações sobre temáticas complexas e repletas de emoções e sentimentos, como é exemplo o fenómeno que nos propomos compreender. Utilizamos como instrumento de colheita de dados, entrevistas aos familiares dos membros que estão a ser submetidos a cirurgia.

A estruturação da entrevista decorreu em diferentes fases: desde o planeamento dos assuntos a tratar, elaboração do guião (Anexo II) para orientação, à pré-testagem.

No nosso entender, a entrevista semi-estruturada possibilitará uma recolha de informações pertinentes acerca das experiências dos participantes de uma forma livre e espontânea sem, no entanto, permitir um discurso desviante e pouco focalizado naquelas que são as temáticas a explorar.

5.2.2. Procedimento colheita de dados

O local onde decorreram as entrevistas também constituiu um factor importante a termos em conta. Neste sentido, e como afirmam Streubert e Carpenter (2002) “Para facilitar a partilha da informação pelos participantes, é boa prática entrevistar quando e onde for mais confortável para eles. Quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada” (p. 26-27).

Iniciamos a primeira fase de colheita de dados (intra-operatória), num consultório sem barulhos a interferir e sem interrupções, visto que se pretendia que esta fase fosse efectivamente realizada durante a intervenção cirúrgica do familiar que ia participar na

entrevista, daí a opção pelo consultório, devido à sua proximidade com o serviço de Cirurgia Ambulatória.

Numa segunda fase, utilizou-se o domicílio dos participantes, pois pretendíamos que estes transmitissem as suas vivências no pós-operatório.

Sempre que possível as visitas domiciliárias, foram efectivadas no pós-operatório mais imediato possível, cerca de uma semana após a alta hospitalar, com o objectivo de apelar à memória dos participantes, pois, de outro modo, o processo de recordar enfrentaria sérias dificuldades.

Para realizar as entrevistas, optamos pela elaboração de um guião, que foi submetido a uma validação, através da realização de entrevistas a dois elementos representativos de cada grupo dos familiares. A fase de validação da entrevista torna-se indispensável, pois permite verificar se as questões são bem compreendidas pelos participantes e possibilita, se necessário, a sua modificação.

Para além dos grupos consultados, ainda ouvimos a análise de peritos na área da investigação em enfermagem, a fim de obter o seu parecer acerca da pertinência e clareza do guião da entrevista, bem como a validação por parte da Orientadora.

Para assegurar a preservação dos dados e a sua posterior análise, recorremos ao gravador digital. A esse respeito, Bogdan e Biklen (2003) referem que entrevistas longas são mais difíceis de captar de forma completa, pelo que a gravação das mesmas se afigura como essencial para garantir um registo fiel de todas as conversas entre o investigador e o participante.

Foram realizadas, como foi referido, um total de 44 entrevistas efectuadas no meio hospitalar e 44 no domicílio, divididas pelos três grupos previamente definidos a família das crianças, a família dos adultos e a família dos idosos. Com uma duração aproximadamente de 15 minutos para cada entrevista, realizada no meio hospitalar e de 10 minutos para a realizada no domicílio.

5.3. PROCEDIMENTOS TRATAMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

Após a colheita de dados, procedeu-se a um processo de preparação e organização da informação, com a finalidade de se proceder à análise de dados. Tal como refere Polit *et al* (2004) esta análise “é uma actividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo” (p. 358).

A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo, tratando-se de descobrir e explorar factores.

Assim, o primeiro passo foi a transcrição das entrevistas, após audição integral de cada uma, o que permitiu um maior conhecimento da informação colhida. Posteriormente, organizou-se, ordenou-se e codificou-se as informações colhidas, procedendo-se à análise do conteúdo da informação do tipo indutivo interpretativa.

Vala (2005) “A análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais”p.101. Para Berelson citado por Bardin (2008) “é uma técnica de investigação que tem como finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação ” (p. 16).

Neste sentido, o conteúdo das entrevistas registadas foi analisado e tratado segundo a temática de Bardin (2008), assim, e segundo a autora, esta técnica deve percorrer as seguintes fases: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados e a interpretação.

A exploração e tratamento do material implica a sua codificação, porque tratar o material é codificá-lo, ou seja, como nos refere O. R. Holsti in Bardin (2008) “a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.” (p. 97)

No nosso processo, procuramos, uma unidade de registo de natureza semântica, a clarificação dos temas emergentes foi feita com recurso, a unidades de contexto, que funcionaram como nos diz Bardin (2008) “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às das unidades de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo.” (p. 133)

Explicitados alguns traços essenciais do trabalho que esteve na base da categorização, Bardin (2008) “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”. E de acordo com o autor supra citado “as categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (p. 111).

Assim, seguindo esta ordem de ideias, neste estudo, o sistema de categorias foi definido tendo como base o quadro teórico do estudo. Após definidas as categorias foi necessário a criação de subcategorias que nos permitiram codificar informações importantes para o estudo e que não se encontravam no sistema de categorias inicial.

Após a leitura das entrevistas e codificadas de E1 a E44, constituintes da primeira fase de colheita e, V1 à V44 entrevistas efectuadas no domicílio. Foram definidas as

unidades de registo, posteriormente transcreveu-se e enquadraram-se estas unidades segundo categorias e subcategorias.

Para análise de conteúdo, foi necessário, neste estudo, a transcrição das entrevistas, a exploração das informações nelas contidas, a organização e interpretação semântica destas, segundo as categorias e subcategorias. Face a estas breves referências conceptuais, procedeu-se à nossa análise de dados.

5.4. CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTIFICO

O rigor científico de um estudo investigação é obtido quando os dados colhidos são confiáveis e reproduzem, por si a veracidade do fenómeno tal como ele é vivenciado pelo participante. Lincoln e Guba in Polit *et al* (2004) constataam a existência de quatro critérios que suportam o rigor científico de uma investigação, que são: credibilidade, confiabilidade, confirmação e transferência.

Credibilidade deve ser demonstrada pelo investigador, existindo várias técnicas para que tal seja evidenciado salientando-se: observação persistente, verificações externas com os participantes, triangulação, a procura da evidência, entre outras, realçando-se a credibilidade do investigador. No presente estudo salienta-se na fase de colheita de dados o envolvimento do investigador, assim como as sucessivas orientações da orientadora nas diversas reuniões efectuadas, contribuindo para uma interpretação mais fiável do fenómeno em estudo, assegurando desta maneira a credibilidade do mesmo.

No que concerne ao critério da confiabilidade, este manifesta a firmeza dos dados nas diferentes condições e nos diferentes momentos ao longo do tempo. A auditoria de investigação é uma das técnicas que permite assegurar este critério, como referem Polit *et al* (2004) “*análise dos dados e dos documentos de apoio relevantes por um revisor externo.*” (p. 298) Nesta ordem de ideias, a confiabilidade desta investigação foi assegurada pela orientadora, que depois de ter consigo toda a documentação e submetendo-a à sua avaliação, validou os passos que o investigador principal adoptou para a análise dos dados.

O critério de confirmação, permite que outras pessoas que não estejam directamente envolvidas no estudo de investigação, obtenham epílogos similares relativamente à importância e interpretação dos dados. Realçando-se a objectividade e neutralidade dos dados. Também aqui, a confirmação foi efectivamente obtida através da auditoria pela orientadora do estudo.

Relativamente ao critério transferência, na visão de Lincon e Guba citado por Polit *et al* (2004) equivale à aptidão de generalizar os dados recolhidos noutras realidades.

Contudo realçam que este critério não é directamente obtido pelo investigador, só os consumidores sustentados na descrição do autor /investigador, podem definir se as conclusões da investigação podem ser aplicadas a outros grupos ou em outros contextos. O investigador tem a tarefa árdua de descrever com todo o pormenor todos os caminhos seguidos para que assim possam ser analisados por outros e estes possam verificar a sua adequação a outras realidades. Neste sentido para se conseguir assegurar este preceito, seguiu-se o caminho da descrição minuciosa e pormenorizada do fenómeno em estudo, bem como todas as fases e procedimentos conduzidos no desenvolvimento da investigação.

5.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A enfermagem tem como essência cuidar de pessoas. Todos os dias nesse acto de cuidar, depara-se com situações que urge optar. Na sua teoria de cuidar, Jean Watson considera que o cuidar humano, está recheado de considerações com relevância moral e ética. No seu desempenho profissional, o enfermeiro rege-se por um sistema que regulamenta o seu exercício profissional - Código Deontológico de Enfermagem.

Da sua análise surge o contributo para a prestação de cuidados de forma uniforme e responsável, baseado em princípios que orientam o cuidar. Ao mesmo tempo dever-se-á, promover o respeito por um conjunto de regras morais, contempladas no exercício profissional, voltadas para a humanização dos cuidados. Assim na relação que se estabelece com o doente/família o enfermeiro deve ter em atenção valores universais tais como: a igualdade, a justiça, a verdade, solidariedade e a competência.

O que separa o ser humano do animal é a capacidade de raciocinar, avaliar e depois agir. O *Consentimento Informado* resulta essencialmente da qualidade da informação prestada de forma compreensível, promovendo desta feição uma participação esclarecida, voluntária e activa na investigação, contudo deve-se ter em conta aspectos importantes tais como: se a informação foi adequada, averiguar se a pessoa entendeu, sem se colocar de parte a hipótese de que o familiar tem o direito a recusar a sua participação no estudo de investigação. Ponderações essas que foram efectivamente tidas em consideração, no início da participação dos familiares no estudo. Salienta-se que o Consentimento Informado só existe quando é resultante de uma informação adequada tendo a plena consciência que é esclarecendo que se promove a liberdade de escolha, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (artigo 84º, alínea b) no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009).

Segundo Beauchamp e Chiedress (1994), citados em Serrão e Nunes (1998) “o consentimento informado é constituído por cinco elementos distintos: Competência,

Comunicação, Compreensão, Voluntariedade e Consentimento.” (p. 18). Neste sentido foi elaborado o consentimento informado para os participantes (Anexo II) que depois de seguidos todos os princípios, assinaram o referido documento, concordando em colaborar no estudo de investigação. Tal como referem Fortin, Brisson e Coutu-Wakulczyk (2003) a formalização deste consentimento é feita através da assinatura de um documento escrito, o qual é imprescindível para a manutenção da ética na condução da investigação.

Beauchamp e Childress (1994) idealizaram um conjunto de princípios, mencionados em Serrão e Nunes (1998) que seriam “o pilar estrutural da ética nos cuidados de Saúde” (p. 14) - Respeito pela autonomia, Beneficência; Não maleficência, Justiça e Vulnerabilidade.

Neste contexto, qualquer que seja o estudo de investigação, que abarque seres humanos, o âmbito ético deve ser salvaguardado de forma a acautelar os direitos dos participantes. Foi, então, solicitada autorização à Comissão de Ética do meio onde se desenvolveu a recolha de dados, dando esta, o seu parecer de *nada a “opor”*, bem como seguindo as premissas de estudo de investigação. Também se solicitou autorização ao Conselho de Administração para recolha de dados e aos participantes, junto destes foi elaborado um documento de Consentimento Informado para adesão á entrevista, onde foram informados: da natureza da investigação; da liberdade de participar na entrevista; da garantia de confidencialidade e anonimato e do pedido de autorização para gravação das entrevistas em fita digital.

Para garantir confidencialidade das famílias serão usados códigos A1-A44, nas entrevistas realizados no período intra-operatório, e nas entrevistas realizadas no pós-operatório no domicílio, serão codificadas de V1-V44 de modo a facilitar a sua localização ao longo do texto. Posteriormente far-se-á uma protecção dos dados obtidos, através da sua destruição.

Tal como é descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2009, artigo 85º, alínea d) o enfermeiro deve “Manter o anonimato da pessoa sempre que o caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.” (p. 76)

CAPITULO VI – ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (« falantes ») e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise factorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

Bardin

6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Verificamos que a maioria dos familiares que acompanharam o doente ao hospital para cirurgia, tanto em doentes adultos (n=9) como crianças (n=12), são as mães em 40,9% e 100,0% dos casos respectivamente.

No caso em que são as esposas a realizar a cirurgia, em 27,3% dos casos quem acompanha é o marido, enquanto que, no casos dos doentes idosos submetidos a cirurgia, em 70,0% dos casos são os filhos que os acompanham ao hospital.

Analogamente, a distribuição por género é maioritariamente do género feminino, em todos os grupos. 100,0% (n=12) para as crianças, 80,0% (n=8) para os idosos submetidos a cirurgia e 63,6% (n=14) para os adultos.

O papel da mulher continua ligado ao cuidar. Pessoa de referência que vem desde há séculos, independentemente do seu estado civil. À mulher cabe o papel do cuidar, talvez por ser a pessoa que mantém as características psicológicas de disponibilidade para o outro.

Relativamente ao estado civil dos familiares dos doentes constata-se que a grande maioria dos entrevistados eram casados, 81,8% (n=18) dos familiares dos adultos, 83,3% (n=10) dos familiares das crianças, e 90,0% (n=9) dos familiares dos idosos. Destaca-se ainda que, a maioria dos familiares dos doentes adultos têm mais de 50 anos de idade em pelo menos 40,9% dos casos, comparativamente com os familiares das crianças, em que a maioria, apresenta idades superiores aos 35 anos de idade. No que respeita aos dos idosos, 50,0% dos familiares com idades superiores aos 50 anos enquanto que, 30,0% dos casos as idades encontravam-se entre os 45 e 49 anos.

Em termos de habilitações literárias, destaca-se que a grande maioria independentemente do grau de parentesco com o doente, tendem a apresentar habilitações inferiores ao 9º ano de escolaridade, destacando-se apenas, dois entrevistados licenciados.

No que concerne às profissões dos participantes elas são diversas, podendo ser observadas na tabela apresentada em Anexo III.

Quando questionados sobre a necessidade de atestado médico para poderem acompanhar o doente ao hospital e cuidar do mesmo no domicílio, os resultados revelam que, 95,5% dos familiares do doente adulto não tiveram necessidade de alterar a sua vida profissional enquanto que, 41,7% das mães das crianças optaram por fazer férias durante o período de cirurgia e convalescença dos filhos, assim como, 10,0% dos familiares dos idosos que também optaram por fazer férias.

Concluímos a abordagem descritiva dos entrevistados, com as questões associadas às condições sociais dos mesmos, onde de uma forma global, podemos constatar que: entre 90,0% a 95,5% dos entrevistados apresentam meio de transporte próprio de forma a efectuar o transporte do seu familiar; todos os familiares, 100,0% têm contacto telefónico; todos os familiares, 100,0% apresentam habitações com condições sanitárias; todos os familiares, 100,0% apresentam condições de acompanhamento do doente no domicílio e em todos os casos, 100,0%, a área de residência é a menos de 60 minutos do hospital.

A caracterização gráfica relativa aos doentes e participantes estão apresentadas no Anexo III.

6.2. VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES EM CONTEXTO DE CIRURGIA AMBULATÓRIA

Com esta recolha de dados, ambicionamos compreender as vivências dos familiares dos doentes que são submetidos cirurgia, em Cirurgia Ambulatória. Assim, neste espaço descrevemos os significados atribuídos pelo familiar participante à vivência do familiar cirúrgico, no contexto referido anteriormente, quer em termos de vivências hospitalares, quer em termos das vivências de cuidar no domicílio, procurando espelhar a experiência vivida pelos quarenta e quatro participantes no estudo.

Nos seus testemunhos, diligenciamos conhecer e perceber as realidades vivenciadas pelos familiares, no empreendimento de tentar chegar ao cerne da parte interna do fenómeno, que, provavelmente, alguns de nós de uma forma ou de outra já experienciamos.

Proferir vivências, reporta-nos à interpretação dos dados de um modo criativo, onde se tentam elaborar explicações para decifrar os dados obtidos. Van der Maren citado por Lessard-Hébert *et al* (2008), utilizando uma analogia, refere, nesta fase da interpretação, o investigador ao invés de apenas traduzir dados, “(...) introduz o comentário e instala a emoção do intérprete na transmissão da mensagem, (encenação)” (p.124). Para além disso, o investigador cumpre a função de adivinhação, que consiste em revelar aquilo que está oculto e que, numa primeira análise, pode não ser acessível ou perceptível à consciência.

Na dinâmica da família é difícil estabelecer relações individuais, o quotidiano da família é muito mais que a soma das vidas dos seus elementos. Os acontecimentos de vida, que a família vai enfrentando, podem surgir em qualquer período, levando a que esta utilize estratégias adaptativas.

Assim, face às implicações da cirurgia na dinâmica familiar, cujos resultados abaixo estão anunciados, podemos acrescentar pela nossa observação que, alguns dos participantes não tendo referido nenhuma implicação, na realidade não foi o observado, pois no momento de se efectuar a entrevista no domicílio, a vivência era algo diferente, alguns referenciavam que afinal tiveram de alterar os hábitos familiares, quer a nível alimentar, quer, por vezes profissionais, e mesmo a nível da estrutura familiar, pois tiveram necessidade de recorrer aos diversos subsistemas familiares.

Quando abordados sobre as implicações que a cirurgia poderia provocar na dinâmica familiar, globalmente, constatamos, que para 29 dos participantes, a cirurgia não causou implicações na dinâmica familiar, enquanto que, os restantes 15 participantes referem que sim.

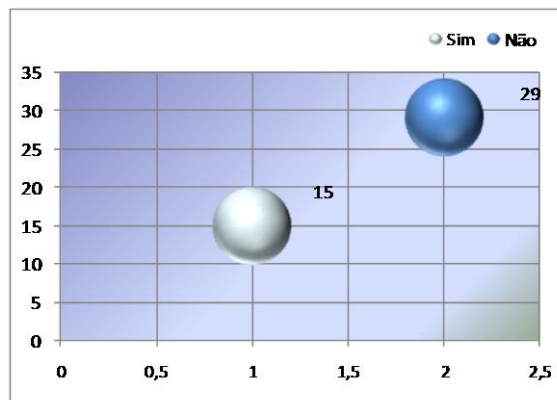


Gráfico n.º 2 – Distribuição das respostas obtidas quanto à dinâmica familiar.

A análise das categorias e respectivas subcategorias serão apresentadas em diagramas, com extractos dos textos, efectuados das transcrições das entrevistas. Esta apresentação será acrescida da nossa análise subjectiva, baseada na observação em campo, do enquadramento conceptual anteriormente referenciado e da revisão de literatura, realizada após a recolha de dados.

A apresentação dos dados será efectuada tendo como base o ciclo vital dos participantes dos familiares da criança, do adulto e do idoso. Em cada uma destas partes serão analisadas as vivências dos participantes, tendo como base esta dinâmica, apresentando-se inicialmente os dados relativos às entrevistas efectuadas no hospital e à *posteriori*, os dados relativos às entrevistas realizadas no domicílio. De ressaltar que a visita (V 42) não se efectuou, porque o participante por motivos de doença teve que se

ausentar para Trás-os-Montes, sem aviso prévio, pelo que após diversas tentativas foi impossível realizar a colheita de dados. Relativamente às primeiras três primeiras perguntas realizadas no domicílio, os resultados destas serão apresentadas na parte final, procedendo-se então a uma análise conjunta dos três grupos de trabalho.

6.2.1. Análise, interpretação e discussão dos dados: familiar da criança.

Face às entrevistas efectuadas no hospital aos familiares dos doentes - crianças, e após análise pormenorizada e tratamento dos dados recolhidos, passamos à exposição dos mesmos. Nesta primeira fase, faz-se o desenvolvimento dos dados relativos aos familiares do doente criança, das entrevistas realizadas no meio hospitalar, numa segunda fase, os dados recolhidos em entrevista no domicílio.

Assim, e face à primeira pergunta, em que se questionava, se a cirurgia tinha implicações na dinâmica familiar surgiram: a categoria e as subcategorias seguidamente referenciadas.

CATEGORIA: Implicações da cirurgia na dinâmica familiar.

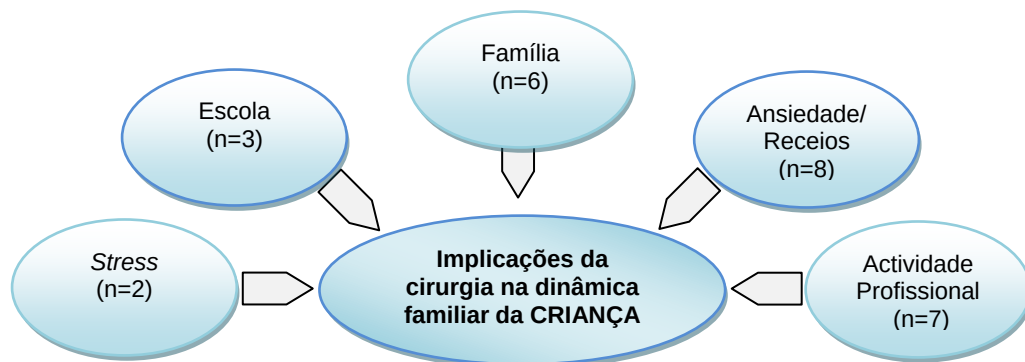


Diagrama n.º 1 - Subcategorias que emergiram da categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar, familiar da criança

No que concerne à *criança*, a sua necessidade mais basilar, remete-se para a representação materna, que a alimenta, protege e ensina, assim como concebe um apego individual seguro, cooperando para um bom desenvolvimento da família e, consequentemente, para um bom desenvolvimento da criança. A família é, então, para a criança, um grupo significativo de pessoas, de apoio, visto que uma cirurgia implica alterações na sua rotina tal como, a escola.

A família é a peça fundamental e determinante no bem-estar das crianças, a sua promoção da saúde ocorre durante actividades paternas, e muitas famílias são assistidas na paternidade por outros cuidadores (avós, tios, infantários, escolas...) que ficam com

as crianças e contribuem para o seu bem-estar. Daí que a escola funcione como suporte à dinâmica familiar, e, neste sentido, os pais planearam férias para estarem com os seus filhos.

Assim, verificou-se que a cirurgia não implicou de uma forma predominante na escola, porque as mesmas encontravam-se em período de férias escolares

Ou seja: *"...fosse agora nas férias ...mesmo ele também para faltar à escola, também não necessita, portanto acabo por ter mais disponibilidade"* (E2); *"...limitava um bocadinho na educação física ou em situações em que ela tivesse de estar mais sentada"* (E4); *"Anda num colégio, num colégio, num jardim-de-infância, na escola, pronto, já não vai também, também já não vai à escola, já tem de ficar em casa até curar"* (E24).

A cirurgia programada, nestes casos, torna-se muito favorável a uma boa gestão do tempo por parte da família, nomeadamente da mãe, no sentido de minimizar os efeitos da mesma. Tal como podemos verificar, em três casos a cirurgia da criança foi programada no sentido desta ocorrer durante o período de férias escolares e cujas mães conseguiram gerir a sua actividade profissional no sentido de tirarem férias também.

Na situação de hospitalização de uma criança, por vezes, as consequências negativas desta vivência estão associadas a outros factores de risco, tais como ausência de experiências prévias positivas de separação, a perturbação e carências básicas na família anteriores ao processo, ansiedade parental, a separação do ambiente familiar, a interrupção nos cuidados básicos por um adulto responsável. É de todo relevante que se efectue uma preparação prévia a uma situação que gere *stress*, de forma a se definirem conceitos e responsabilidades, quer para os pais, quer para as crianças. *"Fico sempre um bocadinho, angustiada, mas acho que já vai passando um bocadinho, se calhar porque já vou lidando com estas coisas mais facilmente"* (E2); *".... é muito stress, muito mesmo..."* (E10).

Em ambos os registos, denota-se um grande *stress*, que não se consegue dissociar da ansiedade que estas mães vivenciam quando o seu filho(a) está no Bloco Operatório. Apesar deste tipo de cirurgia ter associada uma data estipulada, o momento em que tudo acontece gera inevitavelmente muito *stress*. Por mais acesso que haja à informação de todo o processo, existe o factor aleatório que condiciona a segurança do familiar neste caso, o da mãe.

Gedaly-Duff e Helms (2005), consideram que a "hospitalização também causa *stress* e ansiedade nos pais das crianças doentes (Melnyk, 1998; Miles *et al*, 1989; Tiedeman, 1997) e nos irmãos (Morrison, 1997)" (p. 261). Por vezes determinadas reacções relacionam-se com determinadas expectativas, crenças, ou ideias, ou seja, significações que a criança e a família vão construindo.

O reconhecimento das significações na sua complexidade cognitiva e emocional, ajuda a compreender o processo de interacção e determinação mútua entre pais e filhos. Ao longo da vida, e por vivências traumáticas, pais e filhos vão-se influenciando mutuamente nos processos de aquisição e transformação de significados sobre saúde e doença, sobre adesão aos tratamentos e sobre as melhores formas de confrontar a ansiedade, o *stress* e o sofrimento. Para Callery (1977) in Gedaly-Duff e Helms, (2005), “os pais muitas vezes precisam de cuidados especiais quando os seus filhos estavam a passar por procedimentos desagradáveis.” (p.262).

A partir do discurso dos participantes, podemos inferir que estes tiveram percepção de estarem ansiosos e com receios no decorrer da cirurgia: “*Era mais a preocupação de ele já ter feito uma cirurgia em Setembro, portanto era tudo muito próximo, não é? Até ele, se mentalizar que ia fazer uma nova operação, mas em termos de ambiente, acho que não considero grandes problemas.*” (E2); “*Uma ansiedade bastante grande e, é isso que nós precisávamos era que, antes das coisas acontecerem nos sentirmos mais seguros.*” (E4); “*Não sei, mas estou assim aqui, estou preocupada, porque eu tenho medo que não corra as coisas bem, não é? Por muito que confie nas mão que ela está, estou um bocadinho preocupada.*” (E16).

Os receios e ansiedade estão muito presentes, a preocupação com os filhos, nomeadamente, os que, foram acompanhados pelas mães, as respostas dadas às questões, são de mães ansiosas e preocupadas com a cirurgia dos filhos. “*(...), um bocadinho de tensão, não é? É uns minutos, se vai correr tudo bem ou não, mas...*” (E17); “*...Tive ansiedade que corresse depressa, não sei.*” (E19); “*..., senti assim uma angústia, aquele medo, que acontecesse, que ficasse pior, pronto, aquele medo ali, a mexer comigo, na barriga era tudo, por isso que não era para ficar eu, era o meu marido, mas como eu antes queria estar à beira do menino, fiquei eu. Aquele medo, estava assim, era tudo, era nervos, era medo, era tudo. Uma dor de barriga, aquela ansiedade de estar com o menino.*” (E24); “*..., tenho um bocadinho de receio, não é?*” (E35); “*..., um bocado ansiedade, mas já passou. Custou mais ouvi-lo a chorar ao princípio, mas depois passa.*” (E36).

As questões de saúde para as famílias com crianças são influenciadas pela dinâmica interactiva dos três princípios do modelo de interacção familiar (carreira familiar; desenvolvimento individual, padrões de saúde/doença, e envolvimento da família face à doença). A avaliação deste modelo facilita desenvolver interacções, que ajudam as famílias a cuidar da saúde dos seus filhos (Hanson, 2005). Partindo desta condição, o envolvimento face à doença, neste caso à cirurgia, levam a família mais concretamente as mães, a evidenciarem as suas preocupações e receios, pois os filhos estão expostos a

uma nova situação da qual as mães são intervenientes, mas de uma forma passiva e indirecta, o que as limita.

O envolvimento da família face à doença, segundo Gedaly-Duff e Helms (2005), citando Corbin e Strauss, 1988, “são os processos pelos quais as famílias passam a lidar com um problema de saúde ou doença, e os tratamentos médicos, que se tornam parte integrante das suas vidas diárias” (p. 270). Conforme a gravidade da doença, a família adopta comportamentos, que adequa face a cada situação, e reorganiza-se para que os problemas sejam minimizados *“era mesmo só a situação que era um bocadinho desconfortável para ela, ..., mas tem o irmão, tem o meu companheiro, portanto não haverá assim, ..., para tomar conta dela, mas não é nada de especial.”* (E4); *“O tempo de espera... nós viemos a casa, fiz o almoço, almoçamos, voltamos a ir, ..., andei ocupada, não é?”* (E10); *“..., a gente quer é que o miúdo fique bem.”* (E18); *“..., tenho tempo para estar com a menina, o pai não está cá...”* (E19); *“...eu acho que até, vai melhorar é a vida dela, da gente de casa...”* (E16).

Os avós durante uma situação de doença servem de apoio para acompanharem as crianças com condições de segurança, proporcionando tanto às crianças como aos pais protecção e amparo. *“.... A avó é que vai dar mais apoio, sim, ..., o mais importante vai ser a higiene, de certeza, ter que controlar, porque ouvi dizer que, ele a nível de higiene tem que ter mais coitadito, é, é, porque de resto, acho que não vai ter...”* (E40); *“Ah sim, alterar como é que hei-de explicar, ele deve ficar a ouvir melhor, não é? É o que nós queremos porque a gente chamava por ele e ele não ouve, não é?”* (E23).

Relativamente à doença, pode-se considerar que são os padrões anormais, não normativos, que implicam alterações físicas, sociais, económicas e familiares. Torna-se relevante valorizar a atribuição de significado às experiências de saúde e doença durante, o processo de desenvolvimento global. A valorização da componente emocional e diferenças pessoais, perante situação saúde/doença, mas também consoante as próprias crenças e atitudes expressas pelo meio familiar e cultural mais próximo - chamam atenção para os diferentes níveis de significação expressas pela mesma criança em situações diferentes.

Uma das funções da família, é criar filhos saudáveis, dar-lhes um grau de instrução, inseri-los no meio social, protegê-los e cuidar deles especialmente quando em presença de doença. Os pais para que economicamente possam suportar as despesas que daí advêm, necessitam de terem uma actividade profissional.

Da análise dos testemunhos, constatamos que a nível da actividade profissional, em alguns casos, recorrer às férias foi a alternativa para não terem de faltar. Muitos justificaram que não podiam faltar porque punham em causa o emprego, visto os nossos participantes estarem inseridos geograficamente numa zona em que as profissões eram

de cariz fabril, e em que, na grande maioria, as fábricas fecharam levando ao desemprego e à precariedade do trabalho; *“...neste momento estamos de férias, eu também pedi que fosse agora nas férias, porque assim podia estar com ele e acompanhar melhor, ..., mesmo ele também para faltar à escola, também não necessita, portanto acabo por ter mais disponibilidade.”* (E2); *“Sim, temos um bocado de transtorno, faltamos, mas, por acaso, não é? Já lhe tinha dito, temos férias a dar em atraso e, pronto, não há problema de maior “* (E17); *“..., eu como vivo com a minha sogra, ela fica-me com ele e eu só perdi o dia de hoje, não é? ..., se não fosse a avó, tinha de ser eu, mas já que nós vivemos na mesma casa e ela é reformada e não se importa nada, não é? Então eu aí...”* (E40).

Ou então, simplesmente houve necessidade de recorrer a baixa médica: *“..., eu, disse logo no trabalho que o miúdo ia ser operado e prontos, eles têm que compreender, é meu filho, não é? ..., Tive de faltar claro, ..., e vou, vou meter baixa algum tempo, até ele recuperar, sou mãe, a gente é mãe e ele, com quem é que ele se sente melhor? É com a mãe. “* (E18); *“Em termos profissionais, em termos de ter que faltar ao emprego... Sim, sim, foi, foi, nisso, constituiu, ..., pelo menos tenho de ficar, até ele ficar bom, tenho que ficar em casa. Tenho que meter um atestado, ..., vai alterar, os trabalhos, não é? Tanto na firma, como em casa, tenho que ter, deixar certos trabalhos, para cuidar mais do menino”.* (E24); *“..., só vou ter é que ficar em casa a cuidar dele, por alguns dias, depois todos os dias a minha mãe fica com ele. Vou ter que faltar durante os primeiros dias, à escola, ..., a tirar o curso de empregada de bar e dão-nos o 9ºano de equivalência.”* (E36).

A falta de emprego, nestes momentos acaba por ser um elemento facilitador na recuperação do familiar, mesmo com o seu carácter negativo. *“Eu estou no fundo desemprego, não é? E enquanto não for chamada, eu estou a olhar por ela, não a entrego a ninguém não é?”* (E16).

Em termos globais, tal como se encontra esquematizado no diagrama n.º 1, a dinâmica familiar das crianças, que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, sofreu algumas implicações a nível de ansiedade e receios (n=8), assim como na actividade profissional (n=7), ao nível da família (n=6), escola (n=3), e, por último, situações de stress (n=2).

Quando questionados os nossos participantes sobre as dificuldades pós-operatórias que iriam ter no domicílio surgiram a categoria e as subcategorias a seguir apresentadas.

CATEGORIA: Dificuldades no pós-operatório no domicílio.

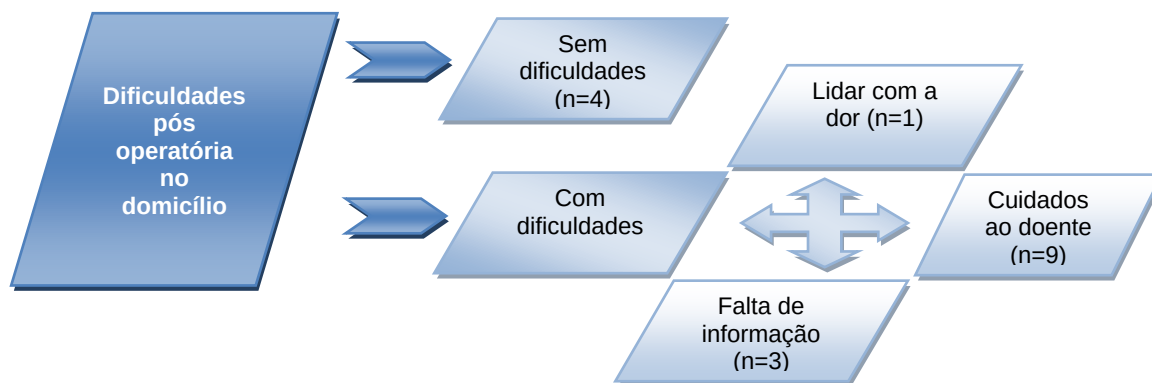


Diagrama n.º 2 – Subcategorias que emergiram da categoria: Dificuldades no pós-operatório no domicílio, familiar da criança.

Harticker (1998), referido por Hanson (2005), “Os cuidados centrados na família é uma abordagem de sistema amplo para cuidados de saúde infantil, baseada na ideia de que as famílias são a principal fonte de força e de apoio das crianças.” (p. 262).

A família tem, uma atribuição fundamental para com a criança, que é o da afectividade, a sua importância é primordial, pois sem o sustento afectivo de um adulto, o ser humano, enquanto criança, não desenvolve a sua aptidão de acreditar e de se relacionar com o outro. “O temperamento dele, em primeiro lugar, porque é um bocadinho difícil e, por muito que tenhamos em conta isso e tentamos sempre despreocupá-lo e dizer que as coisas estão bem, é sempre mais complicado, mas penso que se consegue “ (E2); “Em termos de cuidados, só me assusta se houve assim alguma infecção, ou alguma coisa que, pronto... A dor, eu acho que ela vai ter...” (E4).

O cuidar como relação interpessoal, define-se como essência desse mesmo cuidar. A relação entre enfermeiro/família deve estar envolvida tanto de sentimentos, como de comportamentos que se estabelecem durante a relação. A relação interpessoal é, pois, um factor de cuidar que reúne um conjunto de pressupostos que necessariamente fazem parte e estão presentes na relação de ajuda salientando-se entre outros, os seguintes; comunicação, diálogo, confiança, respeito e informação “É claro que ela vai ser medicada, não é? E para estar atenta, ela vai ser agora acompanhada diariamente, para fazer o penso e portanto também vou estar a ser acompanhada, não é?” (E4); “Sim, eu estou com um bocado de receio, estou com um bocadinho de receio. Não sei, porque... eu tenho três filhas, nunca passe por uma situação destas, mas eu acho que, de ela

comer, se ela começa a sangrar, acho que para mim vai ser um pânico, mas vou tentar o meu melhor.“ (E16).

A dificuldade de não saberem como actuar gera, muitas vezes, situações de *stress*. Este é, por vezes, desencadeado por situações de mudança/transição da família, pois a intervenção cirúrgica constitui nitidamente uma causa de *stress* não apenas para o indivíduo que está a ser intervencionado, mas também para a sua família, que tem um papel significativo e importante que é o de apoiar os seus membros. Nesta linha de pensamento quando um dos constituintes da família sofre uma situação de *stress*, os seus pares sentem como que uma solidariedade ou seja uma necessidade de se ajustarem ao novo momento (Martins, 2004). *”A única dificuldade, que eu acho que vou ficar assim um bocado mais aflita é derivado ao problema dele da asma, porque é assim, o problema não está controlado, ele só tem a asma há pouco tempo e ele, e ele está em estudo ainda da asma e agora é isso que eu tenho um bocadito de medo. O problema é esse, acho que de resto, ele, prontos, é uma criança como as outras.”* (E18); *”Sei lá, tenho medo que corra alguma coisa mal, de resto... Não sei, eu como tenho problemas, tenho medo, não...não poder ajudar a minha filha.”* (E19); *”Olhe, sei lá, é diferente, não é? Se a gente trabalhasse estava sempre preocupada e assim estou em casa, estou com ele...”* (E23); *”Não, porque prontos, já, além de ser mãe, já é aqueles prontos, tenho uma menina de 14 anos e o menino já tem 8, e o menino, trata do menino, e é o carinho que já tem dele...”* (E24).

Paralelamente: *”Acho que não, não deve ser tão difícil... acho que não, se me explicarem tudo direitinho...”* (E35); *”Talvez nos primeiros 2 dias. Para ele comer, ele faz muita birra e assim como vai saber que é operado vai ser um bocadinho birrento que é para conseguir as coisas que ele quer.”* (E36).

Para estes participantes só sentirão dificuldades, se não houver por parte dos profissionais de saúde, informação. Ou seja, a informação transmitida pelos profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros, constitui um factor determinante designadamente a nível de gestão, por parte da família, das necessidades do doente durante o período pós-operatório, e no domicílio.

Serrano e Fialho (2003), considera que o conhecimento é “a interpretação que muda algo ou alguém, quer por transformar-se em base para acção, quer por fazer um indivíduo ou uma organização ser capaz de acções diferentes e mais afectivas” (p. 51). O conhecimento existe nos indivíduos e é concebido pelos indivíduos, através do acto, daquilo que realizam, Serrano e Fialho (2003), considera que “os dados transformam-se em informação e a informação em conhecimento” (p.51).

A autonomia familiar, encontra-se condicionada pelo factor, falta de informação sobre como intervir, *”Mais hemorragias. Sim. Houve uma altura qualquer que estive cá no*

hospital, também com uma das irmãs, quando era pequenina e também porque assisti a um miúdo que também teve uma hemorragia durante a noite, pronto, assustou um bocadinho, pensei pronto, vamos lá ver se não há o mesmo problema. “ (E2); “Oh, está na casa dele, não é? Com a mamã, é mais por aí.” (E10); “É assim, medo que às vezes ele chore e eu, que se queixe e eu não saber lidar com a situação, tenho esse receio, mas isso se me explicarem aqui como tenho que fazer e assim...” (E35).

Verifica-se, nos excertos apresentados, que a família apresenta muitos receios sobre como agir com a criança que fez uma cirurgia. Receios que carecem de informação, denota-se uma grande falta de segurança em como agir, pouca informação acerca de como intervir.

Por último, referem que: *“Eu acho que não vou ter problemas, uma cirurgia simples, não vou ter problemas” (E17); “Não porque já foi, já a segunda vez que ele é operado, portanto eu já sei como é, estas coisas. Porque já foi ele e a outra irmã mais velha, que também já foi, portanto...” (E23); “Não, não.” (E24); “Acho que não, porque a operação não é assim de nenhum risco, não é? Acho que não vai haver problema nenhum “ (E40).*

Estes extractos são reveladores de que, nestes casos, não apresentam dificuldades em gerir a recuperação da criança no domicílio.

Em termos globais, tal como se encontra esquematizado no diagrama n.º 2 constata-se que os familiares das crianças, que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, e relativamente às dificuldades sentidas no domicílio durante o período de recuperação dos doentes, referiram dificuldades em, como prestar cuidados ao doente (n=9), no que concerne á falta de informação (n=3), lidar com a dor (n=1) e sem dificuldade (n=4).

Da questão efectuada sobre as vantagens do familiar, regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, os nossos participantes enumeraram aspectos que agrupamos na categoria e respectivas subcategorias infra – citadas.

CATEGORIA: Vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia.

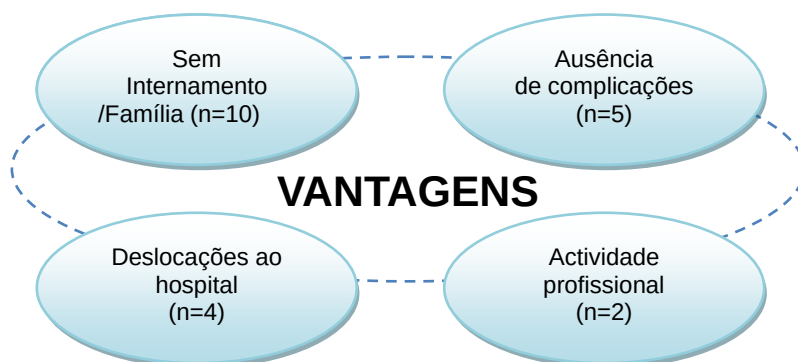


Diagrama n.º 3 – Subcategorias que emergiram da categoria: Vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar da criança.

A principal vantagem que a família indica, prende-se com o facto de não existir internamento.

O facto de entrar e sair no mesmo dia, não ter de ficar no hospital e as crianças não terem de correr riscos de saúde, é descrito como uma vantagem pela CNDCA (2008) que salienta “ Permite uma mais rápida recuperação pós operatória dos doentes com início precoce das suas actividades diárias, da vida familiar e da actividade profissional em comparação com os doentes que ficam internados e uma menor alteração da vida quotidiana dos doentes em virtude de reduzir o tempo de afastamento destes do seu ambiente familiar e social, situações de maior importância nas faixas etárias de pediatria e geriatria ” (p. 28).

Constata-se que o facto da criança não ficar no hospital exposta, a rapidez da cirurgia confere na opinião do familiar, um grau de complexidade menos preocupante assim como, a rapidez produz menos ansiedade, afinal a família quase que não está sem a sua criança.” ... *as vantagens é que, primeiro vai estar muito menos tempo no hospital, não é?,..., é poder ser tudo muito mais rápido.*” (E2); “... *Eu, acho óptimo!*” (E4); “*Em cirurgia de ambulatório...mas é assim, pelo menos, eu tenho aqui vizinhos que já fizeram uma, ..., e correu tudo bem. Por isso é que eu também, já estou um bocadinho familiarizada com esta cirurgia, por isso é que eu não estou assim um bocado...*” (E10); “*Sei lá, não se está tanto tempo no hospital, ...*” (E16); “*É muito bom, é muito bom*”. (E17); “*É bom de uma maneira, é sinal que está em casa e que está a correr bem, ...*” (E19).

Assim como, de os pais poderem estar por perto, “...*vantagem é ele estar ao pé dos irmãos e da mãe. Acho que...*” (E23).

Revê-se uma grande tranquilidade por as crianças poderem ir para casa, estarem perto da família; o facto de estar junto da família, em casa, minimiza as dificuldades quer relativamente à preocupação quer relativamente à gestão de tempo em deslocação, quer ainda em como se deslocarem. Estes aspectos também são referidos como vantagem. “*Aí é tudo, prontos, em casa, enquanto estava em casa, olhava por ele, fazia o meu trabalho, já era, ..., mas saber que ele estava em casa, para mim já era bom, já não me interessava o resto.*” (E24); “*Por exemplo, também é um transtorno estar sempre muito tempo no hospital e ele também não se ajeita muito com os cateteres, porque quando uma pessoa fica no hospital sem sempre o cateter, depois as mãos dele incham e ele tem que estar sempre a mudar e custa um bocado ver ele a chorar muito, só mais por isso, depois ele também não gosta de estar preso*” (E36); “*Uma maravilha, não é? No mesmo dia, vir no mesmo dia e logo a seguir ir embora.*” (E40).

A família é, então, para a criança, um grupo significativo de pessoas, de suporte, como sendo: os pais; os pais adotivos; os tutores, os irmãos; entre outros. Aqui, a criança assume um lugar proeminente na unidade familiar, onde se sente segura.

Paralelamente, o conceito de Cirurgia Ambulatória mostra que as crianças não estão tão expostas a riscos, nomeadamente, o de contraírem doenças/infecções.

A CNADCA (2008) “considera que baixa incidência de complicações, quer sejam decorrentes do ambiente em que os doentes se encontram (menor possibilidade de contraírem infecções de origem hospitalar, por menor contacto com outros doentes que possam ser portadores de infecções graves), quer sejam resultantes da própria operação (recuperação mais rápida dos doentes, evita que estes fiquem tempos prologados retidos, no seu leito, reduzindo a incidência de complicações cardiovasculares; respiratórias, gastrointestinais, etc.) ” (p. 28).

Uma das preocupações evidenciadas prende-se mesmo com as complicações que um internamento pode causar. Desta forma, a cirurgia em regime de ambulatório é apontada como uma grande vantagem nesse sentido, porque o tipo de cirurgia a que estas crianças são submetidas, não carece de um período de vigilância por parte dos profissionais de saúde no hospital. *“Quer dizer, em situações menos complicadas como é o caso dela, agora em relação às outras não faço ideia.”* (E4); *“Mediante os cuidados que ela também no hospital, era capaz de ser melhor, não é? Mas, também os médicos, também sabem o que fazem, não é? Eles também vão dar a informação que vai ser necessária.”* (E16); *“...por mim, eu até disse à médica, antes queria que ele ficasse aqui a noite, por causa do problema da asma, de resto, se ele não tivesse o problema da asma, eu acho que não tinha problema nenhum, ia logo embora.”* (E18); *“O correr bem, ..., É que corra bem e que não tenha dificuldade nenhuma. Se ele vai para casa é sinal que ele não necessita de ficar aqui, que está bom, não necessita daquelas preocupações nem de ser vigiado dentro do hospital, nós em casa, podemos fazer isso”* (E35); *“Para já, se ele ficasse aqui, eu tinha que arranjar também alternativa para ficar com ele, porque ele, pronto, tem 14 anos, mas não se sentiria muito bem, não é? E depois é assim, a gente gosta de os ver em casa, operar tudo bem, tem alta é muito melhor. E mesmo eles próprios, se não exige ficar no hospital, acho que é uma coisa muito boa, não é? É uma situação boa.”* (E40).

Outra vantagem apontada, foi a deslocação ao hospital, que em alguns casos, sendo necessária, tornar-se-ia dispendioso e difícil para a família. Desta forma, a cirurgia em regime de ambulatório, é apontada como uma vantagem a esse nível, *“Tinha que gastar dinheiro em combustível, tinha que despender tempo nas visitas, ..., o não estarmos sempre a deslocarmo-nos para lá, porque ainda é longe”* (E10); *“..., é mais o*

caminho, sempre viagens para lá e para cá, está mais reunida a família, acho que está melhor em casa, não é?” (E16).

Onde a família, tende a não ter tantos gastos, porque a criança entra, faz a cirurgia e sai no mesmo dia. *“É bom porque não nos causa transtorno também, tínhamos de vir para casa e tornar, voltar e pronto eu acho que...” (E17); “Já é mais complicado, em casa está melhor. Por exemplo, se eu precisar de ir a algum lado posso ligar para a minha mãe ou assim, ela vai lá a casa e assim eu já posso sair para algum lado. Ela vir para aqui também já era mais complicado também, porque ela não tem transporte, tinha de vir de camioneta.” (E36).*

Outra vantagem mencionada pelos nossos participantes relaciona-se com a actividade profissional.

Para a CNADCA (2008) como “Permite uma mais rápida recuperação pós operatória dos doentes com início ...da actividade profissional” (p. 28) é considerada uma vantagem não só para o doente mas também para os familiares visto que nas relações familiares em determinadas situações da vida os seus elementos dependerem uns dos outros internamente e a dinâmica familiar é influenciada por tal, porque, na maioria dos casos os pais teriam de faltar ao emprego, accionar atestado médico ou então usar as férias para poderem estar presentes, assim:” *Não, porque trabalho por conta própria e está lá a miúda na loja...” (E10), “Pronto e também tive um bocado de sorte, porque é nesta altura que temos no trabalho aquela pausa porque como é têxtil, acaba-se uma época de inverno, trabalhamos, depois para a próxima época e aí a pausa, correu bem”. (E17).*

Em termos globais, pelo diagrama n.º 3, constata-se que os familiares das crianças que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, como vantagens apontadas, encontram-se distribuídas da seguinte forma: sem internamento/família (n=10), ausência de complicações (n=5), deslocações ao hospital (n=4) e actividade profissional (n=2).

Relativamente aos aspectos positivos e/ou negativos da cirurgia ambulatória os participantes referiram o esquematizado no diagrama n.º 4.

CATEGORIA: Opinião sobre os aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória.

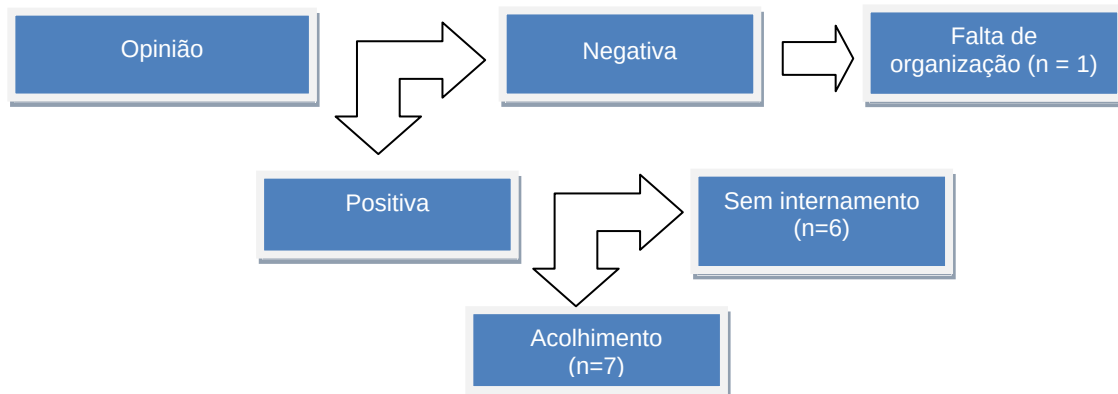


Diagrama n.º 4 – Subcategorias que emergiram da categoria: Opinião sobre os aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, familiar da criança.

Como refere CNADCA (2008) refere “*melhoria do acesso dos doentes à cirurgia*” (p. 28), a Cirurgia Ambulatória veio permitir uma diminuição no tempo de espera da cirurgia, possibilitando a realização do acto cirúrgico sem internamento e com uma recuperação também mais rápida. “*Quando eu disse que o... estava no ambulatório, Ah então ele logo vem embora*” (E10); “*Positivo, eu quero é que o meu filho fique bem, não é? E, mais depressa, ...*” (E18); “*...que corresse depressa, não sei*”. (E19); “*É, é mais por receio de saber que está ali, está um bocado aflito, é só mais por isso*” (E36); “*... se não exige ficar no hospital, acho que é uma coisa muito boa, não é? É uma situação boa.*” (E40).

Lazure (1999) considera que cuidar é ajudar, sendo o enfermeiro a pessoa que ajuda, não se pode restringir a ser bom técnico, devendo preocupar-se com os doentes/família na perspectiva holística, ajudando a enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise, com todos os recursos que possui “*... acho que, está a correr tudo muito bem, tudo aquilo que eu precisar ou que ele está a precisar, acho que está a ser atendido da melhor maneira possível, portanto não tenho nada a apontar.*” (E2); “*Olhe, o atendimento eu gostei muito, mesmo a pessoa que está lá, cumprimenta, mesmo as enfermeiras gostei muito, deixaram-me entrar...É assim, não há visitas, mas deixaram-nos estar com ele.*” (E10).” *Eu vou lhe ser sincera desde que entrei aqui, eu não tenho nada que aponte, fui muito bem atendida.*” (E16); “*...achei, pronto, que são todos muito, muito simpáticos, isso gostei. Gostei da atenção das enfermeiras, com os médicos não falei, não é?*” (E17); “*Não tenho queixa, eu gostei muito porque a senhora Dra. ao fim veio ter comigo, explicou, pronto, gostei.*” (E23); “*Sim, se me derem explicação.*” (E35); ”

Ora bem, mais que ele agora já está a recuperar e eu também vou já, se o vir assim mais descansadinho, já fico melhor da minha cabeça, já tento acalmar mais um bocado...” (E24) ;” Em termos positivos, tenho, tenho, o atendimento é bom, as pessoas são muito atenciosas, as perguntas que fiz deram-me logo respostas, ...” (E40).

Dentro de uma instituição de saúde, a estrutura organizacional é de extrema importância, porque daí advém a ideia que o doente vai adquirir dessa organização. “O atendimento, por exemplo, aconteceu-me de eu ligar para cá, antes nas consultas e de terem passado a não sei quem e não sei quem mais e de estar não sei quanto tempo ao telefone e pronto, há assim uma coisa, acho que há um bocadinho de falta de organização... Uma falta de informação num sentido, uma falta de acolhimento, uma falta de... mas lá está...” (E4).

Em termos globais e pelo diagrama n.º 4, constata-se que os familiares das crianças que realizaram cirurgia em regime de ambatório, os aspectos positivos que mais destacaram, encontram-se distribuídos em diferentes níveis: sem internamento (n=6), acolhimento (n=7), falta de organização (n=1), que foi referido como um aspecto negativo.

Nesta segunda fase passaremos à interpretação dos dados recolhidos no domicílio, iniciamos com a primeira pergunta em que se questionava as vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia.

CATEGORIA: Vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia.



Diagrama n.º 5 – Subcategorias que emergiram da categoria: Vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar da criança.

Na teoria de Watson e Leininger, cuidar assume uma importância central e o conforto é um componente do mesmo. O termo latino *confortare* significa fortalecer de forma intensa, restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar. Baseado na sua etimologia, conforto é o acto ou efeito de confortar; fortalecer ou revigorar; de dar auxílio ou consolo nas aflições; de proporcionar comodidade e bem-

estar (Kolcaba, 1991). Face ao exposto, onde é que poderemos encontrar todas estas condições senão junto do meio familiar, salvo se este não funcionar bem.

O conforto é experimentado em quatro contextos: físico; “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 1991; 2003). O conforto ambiental é a chave para a promoção do conforto físico e das funções cognitivas (Kolcaba, 2003).

No que respeita à família das crianças, o conforto manifesta-se como uma vantagem pois mesmo assim o tempo de espera foi desgastante, “... *pronto é a vantagem de não ficarmos tanto tempo à espera, não é? Portanto aquela situação de ser internado e depois ao fim de 2, ou 3 dias ou 4, depende agora da cirurgia é que poderá regressar a casa para poder...*” (V2).

O facto de regressar a casa, conduz à tranquilidade que a família necessita, sendo a tranquilidade uma condição mais longa, duradoura e positiva, conotada com contentamento, paz e descanso, tem assim uma natureza pacífica (Kolcaba e Kolcaba, 1991). Em situação de saúde, o corpo sente-se tranquilo, este modifica-se com a doença (Bottorff, 1991), “... *é um sossego, do que eu ir lá não é? Lá, eu tenho ele aqui à minha beira, sempre pronto, é bom eu estar em casa e ele estar aqui também à minha beira, ...*” (V24).

As forças facilitadoras existentes no ambiente familiar, são para o doente que requer cuidados de saúde, um estímulo (Hanson, 2005). “*Se precisar de alguma coisa, de ir a algum lado, vem aqui alguém num instante, fica com ele e já posso ir e lá no hospital já era mais complicado.*” (V36).

O conforto holístico pode ser analisado segundo duas dimensões: estados de satisfação das necessidades (alívio, tranquilidade) e ao nível do contexto nos quais o conforto ocorre (físico; *psicoespiritual*; sociocultural e ambiental). “*Por um lado foi bom, a gente, porque eu tenho o outro irmão mais pequenino e eu assim, fiquei, consegui os dois, não é?*” (V23).

A família assume um papel muito marcante, já que é ela que delinea e projecta o comportamento e o sentido de identidade da criança. Ao prosperarem próximas, família e criança, promovem a acomodação da família às carências da criança, delimitando áreas de autonomia, que a criança experiencia como separação. O ambiente familiar permite que as relações da afectividade, de confiança e segurança sejam mais eficazes num ambiente familiar. “*É o facto de ela estar comigo e de estar em casa e de estar a ser tratada de outra forma...*” (V4); “*...aquela coisa de ver, os nervos, o menino foi para a sala de operação, foi isso, de resto...*” (V18); “*Eu tinha medo que ele de noite, ficasse agitado assim mais um bocadito, mas de resto...*” (V23); “*Ora bem, quando ela entrou para dentro, claro que sim, senti assim aquela coisa.*” (V35); “*Está mais confortável, está mais à vontade e acho que está mais alegre*” (V36); “*É assim podemos acompanhá-lo,*

porque se ele estivesse lá, às tantas nem podíamos estar todos com ele e pronto e acho que é essencialmente isso, não é? E tê-lo em casa é bom.” (V40).

Uma das funções da família, é criar filhos saudáveis, dar-lhe um grau de instrução, inseri-los no meio social, protege-los e cuidar deles quando na presença da doença. As tarefas familiares diversificam-se desde a prestação de cuidados de saúde para manter o equilíbrio saudável para a criança, pois deste equilíbrio emerge um equilíbrio saudável para a família.” *é mesmo o facto, eu estou a falar especificamente desta cirurgia, poderá haver outras que tenham situações pós-cirúrgicas que sejam complicadas”.*(V4);” *Bom, é ele estar em casa, é sinal que correu tudo bem, não é?”* (V10); *“A vantagem é que vimos para casa, ficamos logo aliviadas daquele compromisso, isso é a primeira coisa”.* (V17); *“...é uma vantagem boa tê-lo aqui à minha beira. Se é que me estou a fazer perceber.”* (V24); *“Darmos o apoio, porque ele no final até disse, “oh mãe o melhor disto tudo foi tu esta noite dormires comigo”, porque eu na primeira noite, fiquei com ele, ele estava todo contente, dar mais apoio, eu acho que isso é muito importante, ter mais apoio em termos de família.”* (V40).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 5, constata-se que os familiares das crianças que realizaram cirurgia em regime de ambatório, e relativamente às vantagens que apontaram para o regresso a casa no mesmo dia, as que mais destacaram, encontram-se distribuídas ao nível do conforto (n=2), ao nível de acompanhamento (n=6) e de ausência de complicações (n=7).

Quando questionados no sentido de manifestarem opinião sobre, a intervenção cirúrgica constitui problema para a família, gerar-se a seguinte categoria.

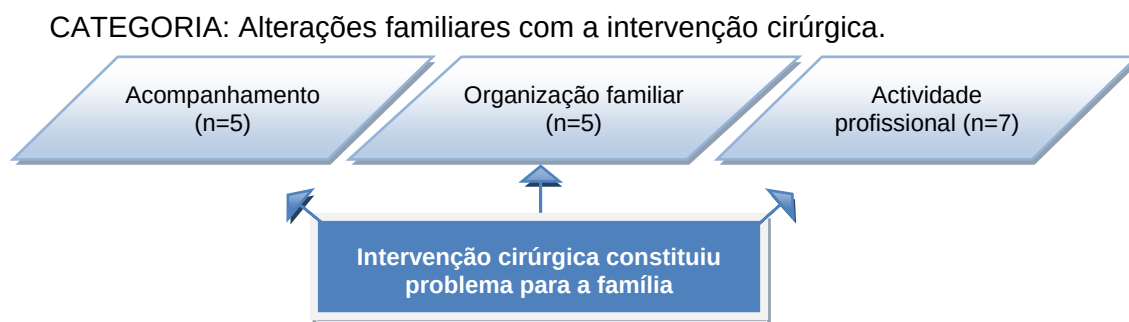


Diagrama n.º 6 – Subcategorias que emergiram da categoria: Alterações familiares com a intervenção cirúrgica, familiar da criança.

De acordo com Relvas (2006), família não é a soma das partes dos elementos que a constituem mas, o que cada um deles é, uma vez que cada elemento participa em diversos sistemas e subsistemas, evidenciando vários papéis em diferentes contextos. Cada família é única, não existindo duas famílias idênticas, no entanto todas funcionam

como tal, esta unicidade advém da forma como se organizam, onde se definem papéis e funções.” ... *são mais irmãos, é...e tem de ser um bocadinho...Tem de ser um bocadinho para cada um.*” (V2); *“E assim, dá para ajudar, ..., nós queríamos era o bem do filho, porque eu já ando aqui á um ano e tal, ...”* (V23); *“Tenho a minha mãe, a minha mãe mora ali em baixo, também tem os problemas dela, tem doenças e assim e nem sempre está disponível também...”* (V35); *“Só um pouquinho de contra-tempo, ..., o apoio a minha mãe.”* (V36); *“...o apoio da sua sogra, ..., porque ela está sempre em casa, não mas neste caso cuidou mais dele, com mais pormenor, com mais cuidado...”* (V40).

Na dinâmica da família é difícil estabelecer relações individuais, pois o comportamento de cada um dos seus membros está interligado com o comportamento dos restantes elementos e por consequência aquilo que lhe ocorre de mal, prejudica a família inteira.

A família desempenha um papel de protecção e cuidadora desde o início do ciclo vital, mas, contudo, esta função é invocada sempre que alguma das suas partes necessita de ser cuidada. Em todo este processo o alcance de ajustamento às situações e de encarar a perturbação é uma constante nas vivências das famílias (Martins, 2002).” *...eu estou a olhar por ela, não a entrego a ninguém não é?* “ (V16); *“...prontos a gente vinha para casa, vinha preocupada, se não pudesse ficar lá com ele, ia-se preocupar mais um bocado, pronto, enquanto não passasse.”* (V17); *“... , é que eu tenho que estar em casa uns dias para cuidar melhor dele, não é? Mais atenção, de resto não constituiu problema nenhum.”* (V18); *“...eu não tenho quem tome conta do menino, porque o meu marido foi trabalhar, eu não tenho familiar nenhum para tomar conta, tenho que estar eu em casa, por isso...”* (V24); *“Enquanto que eu fui trabalhar, ele teve sempre alguém...”* (V40).

A família não é mais do que uma instituição formada pelos seus membros e que tem funções determinadas, para manter a integridade familiar e dar respostas às necessidades individuais de cada um dos seus membros, respondendo às expectativas da sociedade. *“...como sou trabalhadora independente é mais fácil de gerir o meu horário, mas de qualquer forma, pronto é como eu digo, ...”* (V2); *“profissional, principalmente. Porque hoje tive de ir trabalhar mais tarde, depois tive de ir novamente ao centro de saúde, depois tive de sair mais cedo para a acompanhar à consulta...Essencialmente nesse sentido.”* (V4); *“Ora bem, nós os dois, faltamos, como lhe disse ontem, a gente faltou os dois, de resto ele já foi, ele hoje e eu é que fiquei em casa com ele...”* (V10); *“Se fosse numa altura de muito trabalho, ia ser, ia ser complicado, mas tudo tinha que se arranjar.”* (V17); *“Claro, tive que faltar ao trabalho, mas é assim, em primeiro lugar está a saúde do meu filho depois está o resto.”* (V18); *“ah nessa coisa tive de faltar, tive que tanto é, que hoje até fui lá levar a baixa, tive que levar a baixa lá á*

firma e a firma até disse, “ah você se pudesse vir, se não ficamos sem uma funcionária e tudo mais” (V24); “Eu vou ficar em casa com ele, por causa de ele não poder ir à escola” (V35).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 6, constata-se que os familiares das crianças que realizaram cirurgia em regime de ambatório, a mesma causou na dinâmica familiar alterações em termos da organização familiar (n=5), de acompanhamento (n=5) e actividade profissional (n=7).

Quando solicitadas sugestões sobre o apoio no domicílio surgiram as apresentadas abaixo.

CATEGORIA: Sugestões sobre o apoio no domicílio.



Diagrama n.º 7 – Subcategorias que emergiram da categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio, familiar da criança.

Urge reflectir e encontrar soluções capazes de reintegrar a pessoa no seu meio sócio familiar ou proporcionar outro tipo de apoio articulado com os meios disponíveis no seu contexto social, permitindo assim a continuação dos cuidados. Para Rice (2004), “Enfermagem domiciliária consiste em prestar cuidados de enfermagem de qualidade a utentes no seu ambiente domiciliário, numa base intermitente ou parcial.” (p. 14).

Os cuidados de enfermagem domiciliários são uma necessidade, que têm como finalidade a prestação de cuidados de qualidade ao doente/família no ambiente familiar e social; é essencial que os enfermeiros reconheçam o seu papel na continuidade de cuidados no domicílio, pois, na actualidade, torna-se cada vez mais necessário a sua intervenção face ao estado actual da arte e da ciência.

Rice (2004), constata que a enfermagem praticada no domicílio deve ser apoiada quer pelo doente, quer pelos prestadores de cuidados e para tal torna-se imprescindível a formação destes, para que na ausência dos enfermeiros sejam capazes de dar respostas

às necessidades que possam emergir. Nesse sentido, o enfermeiro que presta cuidados no domicílio deve elaborar um plano de cuidados, apoiado por informação clara, sistematizando a prestação de cuidados, para que a orientação /conhecimentos que transmita à família, sejam os mais adequados à sua situação. *“No apoio ao domicílio, provavelmente que viesse mais informação já de lá, não é? Do que quando saiem e depois serem eventualmente serem seguidos em casa, que viesse cá alguém que os pudesse...”* (V4); *“...nos primeiros dias, depois acho que não valia a pena, mas nos primeiros, era bom.”* (V10).

O primeiro passo na ajuda aos prestadores de cuidados informais, começa pela informação da oferta de serviços disponíveis. O acesso a esta informação não implica que a família e o prestador de cuidados tenham e a passem a usar esses mecanismos, no entanto, a sua divulgação pode ajudar o prestador de cuidados a sentir-se mais apoiado. As pessoas não podem fazer escolhas ou tomar decisões correctas se não dispõem de informação credível. *“Acho que, vão ter informação, que me vão dar aqui, mediante como me vão dizer também...”* (V16); *“Sim, se alguém viesse a casa sentia-me mais segura...”* (V19)

Sendo o enfermeiro um elemento privilegiado na equipa multidisciplinar este deverá acolher o doente e envolver o prestador de cuidados no processo de tratamento e reabilitação, garantindo, assim, a continuidade de cuidados. Com esta proximidade e com as suas competências o enfermeiro, é o elo de ligação para a continuidade de cuidados no domicílio. *“... enfermagem, ..., sim, sim. Se eu precisasse de alguma coisa”* (V23).

A CNADCA (2008) considera indispensável a disponibilidade de um contacto telefónico de um dos elementos da equipa multidisciplinar e a realização do contacto telefónico 24 horas pós-operatório, como medidas que traduzem mais segurança para o doente/ família ou cuidador informal, como forma de garantir a continuidade de cuidados. *“...no caso de, ele ficava doente por qualquer motivo, relacionado, ou por qualquer motivo, nós poderemos contactar com as pessoas que o assistiram e essas poderem vir a casa...”* (V40).

Cuidar, embora será um papel importante na prática de enfermagem, não é exclusivo da mesma. No entanto, é reconhecido como a essência de enfermagem, e pode ser aplicado nas diferentes fases da vida da pessoa humana. É próprio de cada ser humano, sendo essencial para o seu desenvolvimento e a sua realização. *“ ... se calhar era que conseguir gerir com o hospital ou com o centro de saúde, uma forma de termos enfermeiro, pronto se calhar, nos dias em que fosse necessário, vir...”* (V2).

Os serviços de saúde deverão assegurar apoio e vigilância aos prestadores de cuidados, promovendo para o efeito programas de assistência adaptados às suas necessidades e limitações. É importante que os enfermeiros mostrem disponibilidade e

abertura para dialogarem com os prestadores, e os ajudarem a resolver conflitos decorrentes do processo de cuidar, respeitando o sistema de valores e conceitos culturais associados a todo o processo. Deveria haver um plano de apoio de retaguarda que fizesse o seguimento dos prestadores de cuidados informais, que lhes desse aconselhamento, e assistência às famílias que mostrassem dificuldades ou problemas em aspectos específicos, após a alta “...que poderia vir um enfermeiro ao domicílio e tentar perceber... porque muitas vezes, ..., mas há pessoas que vão para casa e nem sequer têm o mínimo de condições para serem bem acolhidas nos próximos dias e se calhar, o facto de vir uma enfermeira e de ver as condições das pessoas.” (V4); “...mas acho que há operações mais graves aí, podia às vezes haver acompanhamento de enfermagem em casa, isso podia.” (V10); “A fazer os curativos e dar conselhos, como é que havia de fazer ou não, neste caso era uma coisa simples, mas ia gostar muito “ (V17); “...enfermeiras virem a casa, pronto, porque é assim, há crianças umas que precisam mais que outras. Neste caso, é assim, o meu filho, hoje até penso acho que está assim um bocadito mais dorido, mas por exemplo, quem é operado às amígdalas, no sistema disto, ...” (V18).

Contudo podemos constatar que: “correu tudo bem, está a reagir bem, que não precisa de acompanhamento de enfermeiros nem nada.” (V35).

Em termos globais e pelo diagrama n.º 7, constata-se que os familiares das crianças que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, sugerem que o apoio ao domicílio deveria passar pela visita domiciliária (n=5), pelo contacto pós-operatório (n=1) e pelos cuidados de enfermagem no domicílio (n=6) sendo cotados como aspectos importantes, de referir que dois participantes não apresentaram sugestões.

Questionados os nossos participantes sobre como melhorar a prestação de cuidados em cirurgia emergiu a seguinte categoria

CATEGORIA: Como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória.

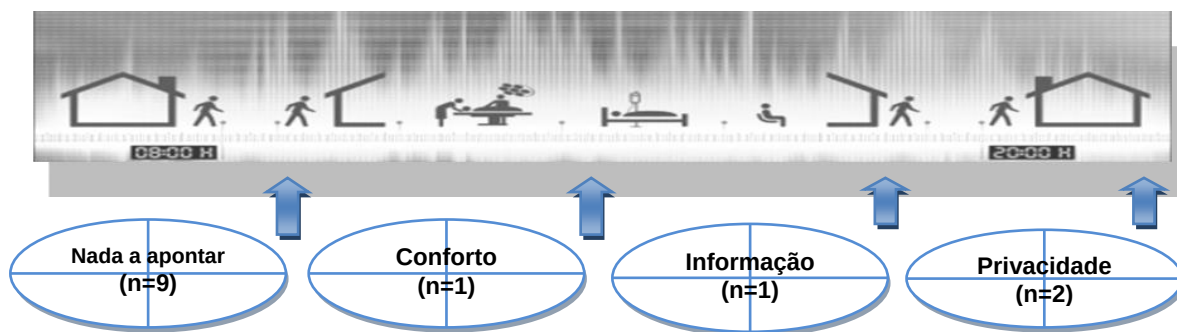


Diagrama n.º 8 – Subcategorias que emergiram da categoria: Como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar da criança.

As mães referem a possibilidade de mais conforto para elas passarem a noite, havendo a existência de uma cama perto do seu filho, pois a noite é longa e o cansaço, associado ao *stress* provocado pela cirurgia é arrasador.” ... *os pais como estão a acompanhar, fazer parte da noite, que é fazer parte do descanso também, não é? Se calhar essa parte, poderia ser melhorada. Penso que agora já melhorou, já temos os cadeirões que são muito mais confortáveis...*“ (V2).

Referem como sugestão a melhoria do espaço em que se encontram a acompanhar os seus filhos, evidenciando que é um pouco limitado, que este poderia ser mais amplo, visto que a proximidade com outras pessoas, podem causar alguns constrangimentos e mesmo invasão da privacidade. Mencionam também, que as crianças deviam ser separadas por idades, as mais pequenas não deviam permanecer tão perto das com idade mais avançada, isto porque durante a noite torna-se factor incomodativo, pela sua agitação e impossibilitando o descanso dos restantes. “*Que tivesse mais espaço, não é? Mas se calhar em cada hospital, tem aquele espaço disponível e não deve ter...*“ (V18).

Mesmo sendo uma cirurgia cujo tempo de estadia no hospital se prevê apenas por um dia, uma das sugestões que o familiar da criança aponta como forma de melhorar a qualidade dos serviços prestados, prende-se com a privacidade, referindo que, a área onde a criança se encontra com o familiar deveria ter mais espaço.

A CNADCA (2008) realça a necessidade de existir uma informação que seja clara, esclarecedora e que ajude os familiares e pessoas cuidadoras, a enquadrar-se nesta perspectiva de cuidar em Ambulatório, levando à sua dinâmica participação.

Esta informação deve ser cedida não apenas de uma forma oral mas associada à escrita, através de boletins informativos, chamando atenção para que sejam valorizados ou desvalorizados determinados sinais ou sintomas. “*Há realmente, estes lapsos da má gestão, não é? Da falta de informação, das pessoas andarem aqui meias desorientadas e de se perder tempo, não é?*” (V4).

Para Rice (2004), as significações do doente/família sobre a continuidade de cuidados são fortalecidas, fomentadas ou justificadas, se a comunicação efectiva entre ambos for eficaz. O profissional de saúde pretende que o cuidador preste cuidados seguros no domicílio, responsabilizando-se por essa prestação. Para isso, o profissional tem de comunicar com o cuidador principal, tendo noção que dessa comunicação depende também a forma como o cuidador percepção a informação. Se ambos os interlocutores comunicarem segundo as mesmas regras, a comunicação é com certeza adequada à continuidade dos cuidados. A responsabilidade maior da qualidade da comunicação, cabe ao profissional de saúde. Ele tem que entrar na realidade do cuidador principal e comunicar com ele de acordo com essa realidade.

Em termos globais, a maioria dos participantes não apresentaram qualquer tipo de sugestão para melhorar a qualidade dos serviços prestados. Contudo, de referir que, na sua grande maioria consideraram os serviços prestados sem nada a apontar (n=9).

6.2.2. Análise, interpretação e discussão dos dados: familiar do adulto.

Nesta primeira fase far-se-á, o desenvolvimento dos dados relativos aos familiares do doente adulto, das entrevistas realizadas no meio hospitalar e numa segunda fase os dados recolhidos em entrevista no domicílio.

Assim, e face à primeira pergunta, em que se questionava, se a cirurgia tinha implicações na dinâmica familiar do adulto, surgiram: a categoria e as subcategorias seguidamente referenciadas.

CATEGORIA: Implicações da cirurgia na dinâmica familiar.

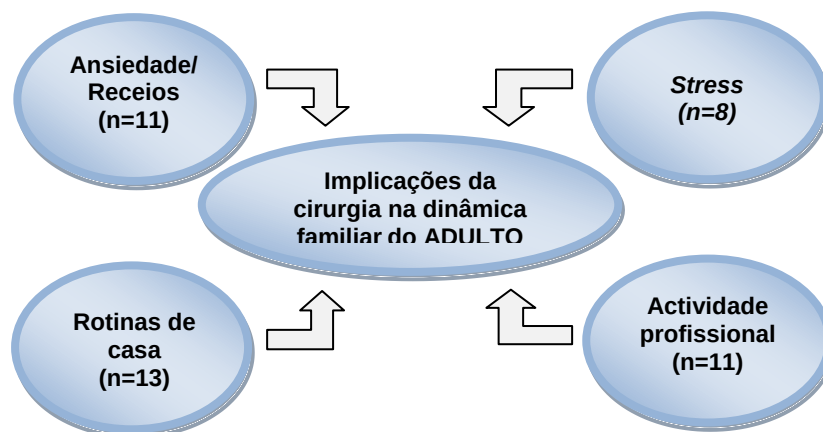


Diagrama n.º 9 – Subcategorias que emergiram da categoria: implicações da cirurgia na dinâmica, familiar do adulto

A intervenção cirúrgica, mesmo sendo programada leva a que a família, mesmo aceitando-a, deixe transparecer sentimentos e reacções ambivalentes face aos seus resultados. Acrescentando-se a este facto, a incerteza e ansiedade que sempre acompanham uma intervenção cirúrgica, seja ela minor ou major muito importante e também o grau de compreensão e de aceitação do que está acontecer ao seu familiar, a sua capacidade de falar livremente sobre os seus receios, ou mesmo por outro lado, utilizar a estratégia de se fechar em concha, o que nos leva a perceber porque é que não se pode generalizar os comportamentos humanos. Cada ser é único e imprevisível.

Os participantes, mostraram-se muito ansiosos e com receios típicos de quem muitas vezes, se encontra assustado, como é no caso de um familiar próximo que é

submetido a uma cirurgia em que a ansiedade e nervosismo se evidenciam: *“Andamos todos mais nervosos e pode correr mal, e ficamos sempre naquela, mas...”* (E1).

O facto de os participantes acreditarem em Deus, Entidade Suprema, levam a que estes o invoquem para os ajudar a superar o seu momento de *stress*, pois é consensual, o peso que a religiosidade e a espiritualidade têm no bem-estar da pessoa. *“Há muitos doentes, ..., ela podia ser a primeira como podia ser a segunda, ..., estava mentalizada, mas claro, aquele nervoso veio, que corresse mal, ..., graças a Deus acho que correu tudo bem”* (E2);

As entrevistas deste grupo de indivíduos revelam que, independentemente do grau de parentesco com o doente, há uma forte preocupação, e uma ansiedade muito clara relativa ao desenrolar da situação, sendo mais evidente para quem tem um familiar directo que pela primeira vez vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica. *“O que é que eu senti, ..., não dormi nada esta noite, porque fico muito ansiosa, ...porque a primeira intervenção, ..., foi bastante difícil a recuperação dela...esta está me a tornar ainda mais ansiosa, ...”* (E5);

Santos e Luiz (1999) citados por Silva (2006), “referem que a família é o primeiro elemento da apoio do cliente, razão pela qual este se mostra ansioso devido à separação que a hospitalização implica. Por este motivo, estes autores consideram que a presença da família é fundamental para que o cliente se sinta mais seguro face ao ambiente hostil.” (p. 2).

Verifica-se também nas entrevistas, uma grande preocupação com o que pode suceder durante e após a cirurgia, o medo da perda do ente querido, a tristeza que se apodera do familiar e a sensação de incapacidade do mesmo em não poder fazer mais nada a não ser, simplesmente esperar. *“É assim, quando o deixei fiquei, um bocadinho triste e a pensar, ..., é uma sensação, nem sei explicar, é...era sempre aquele receio, é só”* (E6).

Verificamos que a cirurgia, apesar de ser efectuada em regime de ambulatório, *“É claro, está-se sempre com aquela ansiedade e se corresse bem...”* (E11).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), ansiedade é um Foco da Prática de Enfermagem em que é “um tipo de emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor...” (p.47), *“ansiedade, ..., um bocado de nervosismo, claro aquela preocupação, ..., ele já foi operado uma vez, ..., e antes de vir não lhe pegou muito bem, ..., eu estava com muito medo que isso voltasse a acontecer.”* (E12); “na maioria dos casos, torna-se um momento de grande tensão familiar. Nuns casos menos significativa, tendo em linha de análise a gravidade do motivo que conduziu

à cirurgia, *Ora bem, como é, ..., a gente julga que é uma operação simples, ..., não estou assim muito aflita, mas (...), eu por ele não sei, eu por mim a gente está sempre com aquela ansiedade de ser operado, para ficar, para acabar com tudo não é?* “ (E15); *“Eu, nervosa, um bocadinho ansiosa também, um bocadinho isso...”* (E20).

De acordo com Marantides e Cassmeyer (2003), perante situações de ameaça, o ser humano tende a utilizar estratégias conscientes ou inconscientes - mecanismos de defesa - para dissipar emoções /sensações incómodas, minimizando desta maneira, a ansiedade e a angústia, transformando a realidade vivenciada menos intimidadora. “ ... *não me senti muito em baixo,..., faço por ser forte, do que a pessoa que vai entrar. Faça-lhe como gostar, ..., quando sair, a gente fica um bocadinho, quando vi sair, saber que o doente ficou aqui, mas eu sei que tem de ser mesmo assim, ..., desejei-lhe boa sorte é como se costuma dizer, ..., finjo-me de forte, ...* “ (E21).

O facto do ser humano não manifestar os sentimentos negativos, não significa que não esteja a vivenciar emoções negativas. Contudo, Ballone (2005) considera que as tentativas para camuflar esses sentimentos nem sempre têm êxito, pois as pessoas que aparentemente revelam uma certa tranquilidade estão experienciar uma alta reactividade fisiológica. “ *Não sei, não sei como é que vai ser, pois é que se vai ver, o que vai acontecer.*” (E44); *“A ansiedade, o receio misturam-se quando a situação se torna mais delicada e em que o prognóstico pode ser menos favorável. Ora bem, vamos lá ver se sei explicar, ..., quando ela disse que era um peito comecei a ficar um bocado preocupado...”* (E13).

Manley e Bellman (2003) descrevem estudos de investigação que concluem que os doentes da Cirurgia Ambulatória têm de facto níveis significativos de ansiedade por MacKenzie (1989), Young e Munro (1995) e que a pré medicação na Cirurgia Ambulatória, Shafer *et al* (1989) poderá ter várias vantagens, sem atrasar a alta.

A cirurgia invariavelmente se associa a uma situação de algum *stress*. Segundo Elkin *et al* (2005) uma “cirurgia é uma experiência stressante para o cliente, tanto psicologicamente como fisicamente.” (p. 490). O que influencia o doente influencia a família, *“A comida nem tinha paladar, eu vinha pelo caminho e já vinha aos soluços, é minha filha, ..., sou um bocadinho mãe galinha, é a minha menina.”* (E2).

Em termos psicológicos e emocionais, movimenta sentimentos extremos como o medo da anestesia, ansiedade do processo cirúrgico ocorrer sem intercorrências, qual será o prognóstico, serviço estranho, medo da morte entre outros. Também o clima organizacional do serviço, por apresentar características bastante específicas, evidencia emoções e sentimentos de ressentimento e abandono, e de apreensão. “ (...) *necessidade, a primeira necessidade é ver a pessoas, mais nada! Pronto!... Acreditar, que..., ressuscitam novamente...*” (E5); *“Não estava com ideia que pudesse acontecer*

alguma coisa de errado, ..., anestesia geral... “ (E6);” ... enquanto estava a ser operado, ..., sente-se claro ele sofreu... “ (E11).

Slepoj (1998) constata que a angústia é um estado emocional semelhante ao medo, mas ao contrário deste, é desencadeado no momento de um acontecimento real, produzindo na pessoa um *stress* emocional. “ *Sente-se angustia, ..., é sempre aquele impacto de saber o que é que vai acontecer, o que é que não vai.*” (E12).

Na maioria dos casos, este *stress* está associado, à falta de conhecimento do que se está a passar, dentro do Bloco Operatório, gerando inquietude e ansiedade, porque apesar do facto de ser uma cirurgia em regime de ambulatório à qual os entrevistados associam grau de risco baixo, está patente a preocupação. Todos os receios estão associados muitas vezes ao desconhecimento e ao medo de perda, ao medo que o seu ente esteja a sofrer “*...., sempre a esperança de que tudo vai correr bem. Muito stresse, ..., é que tudo vai correr bem, ..., é evidente que ao saber que é uma coisa fácil, deixamos mais à vontade, ...*” (E37); “*Assim, pronto, o que eu sinto mais é, ver a pessoa ali e não estar, estar um bocado preocupado. Um bocadinho de stress, ...*” (E41).

A intervenção cirúrgica constitui um momento particular de cada família, em que cada um a vive de acordo com os seus princípios, valores e crenças. É inevitavelmente um factor desencadeador de *stress* quer do doente, quer da família, uma vez que a família é uma organização e para que o seu equilíbrio se mantenha é fundamental o equilíbrio de todos os seus membros. Marques (2007) relata que a família adapta-se ao *stress* de modo a manter a continuidade familiar, permitindo, ao mesmo tempo, reestruturações. Se uma família responde com rigidez manifestam-se disfunções.

Com o processo cirúrgico algumas alterações são produzidas a nível familiar, como por exemplo as rotinas da casa ficam interrompidas e alguns membros da família podem ter de assumir responsabilidades que nunca tiveram.

Como é referido pelos participantes, “*Ora bem, ela, quem mais sente sou eu, a mãe é que, ..., talvez tenha mais preocupação a ver se ela come...*” (E2).

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), consideram que, embora as mulheres prestem mais cuidados, os homens não devem ser subestimados, são eles que muitas vezes dão o apoio e afecto ao principal cuidador, para além de assumirem o papel de prestador de cuidados e quando as suas esposas adoecem ou ficam incapacitadas, satisfazem as necessidades de cuidados pessoais e assumem as tarefas da casa.

Contudo, a relação de inter-ajuda que os familiares entrevistados revelam, é muito acentuada, apesar das dificuldades de alguns, existe sempre uma forte ligação e apoio, “*... neste momento estou no desemprego, ..., o que ela não puder fazer, faço eu, ..., fazer uma limpeza, que é para fazer, não é?... , assim limpo o pó no meu quarto e no quarto do rapaz, ..., vou ter mais coisas, ..., vou ter de trabalhar a dobrar*”.(E13); “*O que for*

preciso, desde arrumar a casa, até fazer o almoço, o jantar, o que for preciso, não é? “ (E14); “... embora faça em casa umas coisitas, mas isso se não fizer tem tempo de fazer “ (E15).

Há uma grande disponibilidade por parte da família no âmbito da gestão das tarefas de casa, nos cuidados a ter com o doente. A divisão de tarefas passa a ser uma das soluções, destacando-se um certo à vontade, não constituindo problema. *“Ai isso sim, sim, exactamente, só nesse sentido, ..., mas talvez eu, o pai, a irmã, independentemente de ser casada vive na mesma casa, ..., não é nenhum sacrifício que não se possa fazer.” (E29); “Sim, existem sempre, mas, não complica em nada a vida, porque o agregado de família agora é pequenino, tenho uma irmã que já é maior, por isso não vai haver complicação nenhuma.” (E30).*

Verificou-se também que, existe um elevado número de pessoas cuja actividade profissional encontra-se temporariamente interrompida, por desemprego, o que obviamente gera muito mais disponibilidade, flexibilizando o desempenho das actividades de casa quer o doente seja do género masculino, quer seja do género feminino, isto é, *“... há coisas que poderá não fazer, mas há outras que eu poderei fazer, ..., vai alterar a minha vida, mas eu também estou em casa, estou no fundo desemprego, não há problema. Tenho uma filha, ..., e ela naquilo que for mais próprio para ela fazer, faz, aquilo que eu poder fazer eu faço.” (E37); “... não temos filhos e portanto sobrecarrega-me mais um bocadinho no trabalho, em casa, em casa, ..., somos só os dois.” (E38); “Ora bom, em termos familiar, vai haver alteração, ..., uma só mão só não pode fazer as coisas, como deve fazer com as duas, não sei, julgo eu. Naquilo que eu puder fazer, vou fazer, acho que é justo. Cozinhar, botar comida aos animais, organizar um pouco a casa” (E39); “Ajudar, a dar comida a ela, também faço comida em casa e estou com ela. Vai ser mais um bocadinho de trabalho, ..., tem que ser. É a vida. Não custa nada “ (E41).*

Paralelamente, verificamos que, na opinião de alguns dos participantes, a cirurgia do familiar não constitui propriamente um problema. Ou seja, *“... temos as coisas mais ou menos adiantadas, não constitui problema nenhum.” (E20); “Ora bem, eu não estou bem dentro do assunto dela, mas em princípio acho que não, não sei, vamos ver. Para eu ir, porque eu estou em Trás-os-Montes e vim de casa cá passar aqui, uns dias com ela, para ajudar no que for preciso.” (E42); “Se tiver que ser... O que ela não puder fazer, vou ter que ser eu.” (E43); “Pois, ela está lá em casa, está na minha casa, se eu precisar, é ela que também dá a mim.” (E44).*

A facilidade de gestão familiar de toda a dinâmica familiar está bem patenteada. O facto de ser uma cirurgia programada, uma cirurgia que não exige internamento, torna mais fácil á família encarar a situação e encontrar soluções imediatas.

Em termos de actividade profissional, dos participantes, os resultados revelaram que para a maioria dos participantes, a cirurgia do familiar não constituiu problema a nível profissional e que independentemente da situação profissional, o facto de ser uma cirurgia sem internamento, torna mais fácil a deslocação e acompanhamento do doente e faltar ao emprego não constitui problema, porque é uma situação que, o familiar consegue gerir. *“... eu tenho empregada na loja, e depois fica tudo acumulado.”* (E1), *“... como trabalho pertinho, ..., vou ver se é para ir de vez em quando, ela como tem telemóvel, num instante liga., ..., Se ela tivesse febre ou assim, eu teria que ficar em casa para cuidar dela (...) eu se tiver de ficar em casa para cuidar dela para mim vai ser ... ”* (E2), *“... eu é que tenho, vou meter mesmo baixa, por ele, ..., durante uns dias”* (E11).

Tal como acontece com os familiares das crianças, também alguns dos familiares dos adultos, planearam férias nessa altura. *Neste momento não, porque eu estou de folga e o meu marido está de férias, portanto temos as coisas mais ou menos adiantadas,” ..., no pós, eu vou trabalhar, mas tenho sempre a minha sogra que poderá ir lá... “* (E20).

Outros faltam ao serviço, visto a relação que tem com entidade patronal assim o permitiu *“..., eu trabalho duas tardes por semana, numa padaria, ..., tenho de comunicar a ele, tenho o filho não é? ..., para me dispensar aqueles primeiros dias, não é? Ou a primeira semana, ou a segunda se for preciso claro!”* (E21).

No entanto, em alguns casos, houve necessidade de organizar os horários para que a actividade profissional não fosse lesada, *“ Eu tive faltar ao emprego, quando ele veio á consulta e agora quando veio á anestesista, quando tive que o acompanhar como mãe, não é?”* (E22),

A intervenção cirúrgica afecta a actividade profissional do doente, e por arrasto a da família, que é colocada numa situação com alguma similaridade, pois ainda que por um período ínfimo, um dos familiares terá que faltar também à sua actividade profissional.

Ainda nesta mesma linha de opinião, e das necessidades que os participantes tendem a expressar, verificamos que a cirurgia cria obstáculos a nível profissional, *“ altera, alterou, ..., tive de vir de manhã com ele, estar aqui desde as 8:00h até á hora de ele entrar, ..., só fui trabalhar da parte da tarde...”* (E22); *“... estou também a trabalhar, tenho que ir trabalhar, ..., tive que pegar no carro, vir busca-la, ..., vou deixar em casa, ..., vou trabalhar novamente. Ter que ir, ..., se no serviço nos facilitassem mais, nos desse um bocadinho de flexibilidade, ...”* (E38).

Outros referenciam que não provoca alteração a nível da actividade profissional. *“Ora bem, penso que não, só pode provocar é se calhar, um, maiores tarefas diárias, tirando isso, a vida profissional penso que não vai alterar grande coisa.”* (E29).

Por vezes recorrem dentro da família aos diferentes subsistemas, "... não, até porque neste momento, estou eu e a minha irmã de baixa. Eu sou licença maternidade e a minha irmã está de baixa por ter o bebé, por isso também é fácil de coordenar a situação." (E30).

Os horários de trabalho também são elementos facilitadores. "Não. Eu, trabalho, só trabalho de noite. E tenho, de manhã e a tarde toda, ..., De manhã e de tarde e depois só trabalho à noite, até às duas menos um quarto." (E 41).

Para EORNA (1997) referenciado pela AESOP (2006), "O doente, os familiares e outras pessoas significativas tem o direito de receber informações necessárias, bem como apoio emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios." (p. 8) " Em princípio não, ..., nós somos duas irmãs já adultas e tentamos conciliar, uma à hora de almoço, uma ao final do dia, para chegar à noite, por isso à partida, não haverá, com informação prévia, conseguimos conciliar..." (E31).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 9 constata-se: os familiares dos adultos que realizaram cirurgia em regime de ambatório, referem que a dinâmica familiar sofreu algumas implicações a nível de rotinas de casa (n=13), da ansiedade e receios (n=11) assim como na actividade profissional (n=11) e por último situações de stress (n=8).

Quando questionados no sentido de manifestarem as dificuldades que teriam no pós-operatório no domicílio, gerou-se a seguinte categoria.

CATEGORIA: Dificuldades no pós-operatório no domicílio.

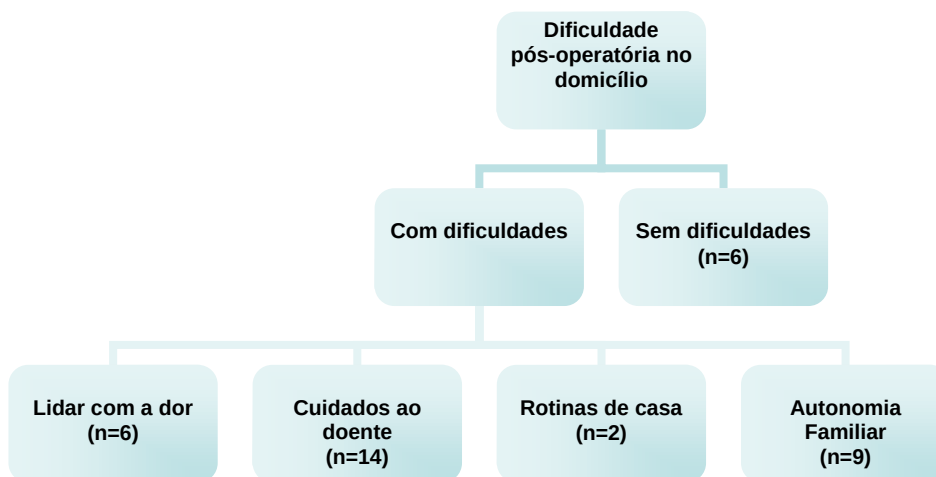


Diagrama n.º 10 – Subcategorias que emergiram da categoria: Dificuldades no pós operatório no domicílio, familiar do adulto.

Para Brunner *et al* (1985), a construção de significados é abordada pela psicologia cultural, valorizando o comportamento e realçando a acção inserida em determinado

contexto cultural, o que origina a construção social do significado, que se concretiza através da acção humana.

A família é a primeira fonte de aprendizagem social, com influências determinantes na atenção prestada ao estímulo doloroso. A expressão, percepção e controlo da dor advém de comportamentos que são aprendidos e manifestados na sua diversidade sociocultural, *“Um be-nu-ron...”* (E1).

As respostas à dor podem ser influenciadas por outros factores que não os patológicos e o tratamento físico directo (Turner e Chapman, 1982). O facto de se dar informação melhora o ajustamento e a recuperação assim como a tolerância à dor. *“Quais são os meus receios...Sinceramente posso dizer é as...o que eles disseram e todos disseram é que ela vai ter muitas dores, portanto, é a dor, mas como ela, ela faz, ou fazia amigdalites constantemente e já bastante dolorosas, eu penso que esta, apesar da dor ser forte, ela vai-se superar, porque as outras já foram tão fortes, sempre, sempre. É a dor, talvez seja a dor.”* (E5).

A dor tal como o processo cirúrgico, é modulada culturalmente e assume significados diferentes para o indivíduo, para a família e para os profissionais de saúde. As crenças relativas à situação de doença, aos comportamentos da pessoa que necessita de cuidados, à cirurgia, e a maneira como os familiares lhes dão resposta, são aspectos da realidade social, dependendo muito do contexto cultural onde estão inseridos (Kleiman, 1986). *“Ah, sim. Às vezes penso também que isso não vai acontecer, aliás tenho, ..., também acho que estar com dores, não acho que é uma bomba.”* (E11); *“Sei lá, que às vezes ganhe febre ou alguma infecção que possa ganhar, esse medo é que eu tenho porque, já é um momento que passou, mas, ainda está ali alguma coisa em que possa infeccionar...”* (E12); *“Ora bem, sei lá, ela pode ter dores, durante a noite, ...”* (E13); *“Só se for mesmo por causa de dor, porque de resto, penso que não vou ter grandes dificuldades, porque ele não é muito, não é um homem muito mimado, não. Nesse aspecto, eu já sou pior.”* (E20).

Renaud (1995), refere que todas as pessoas são afectadas pela experiência de dor e de sofrimento de outrem, que embora nem sempre se torne consciente, atinge o âmago do ser humano, através da consciencialização da sua finitude.

Como se pode constatar dos diferentes relatos, enquanto uns tratam da dor como algo que tratam no dia-a-dia, para outros a dor torna-se uma preocupação.

A evolução e desenvolvimento da Enfermagem, é devido em parte à participação das famílias nos cuidados de saúde, tendo por base um conhecimento mais profundo das dinâmicas estruturais e relacionais destas. Feetham, Meister, Bell e Giliss (1993), Friedman (1992), Whall e Fawcett (1991), Giliss (1991), Giliss, Highley, Roberts e Martison (1989), Lansberrey e Richards (1992), citados por Wright e Leahey (2002) são

exemplo de autores que têm dado um contributo inestimável para a evolução e desenvolvimento teórico da Enfermagem de Família, através da contextualização dos cuidados de Enfermagem junto das famílias.

Assim: *“Se ela estiver bem, se não estiver, se houver alguma alteração de febre, eu acho que...”* (E3).

Efectivamente, cuidar do doente no domicílio, implica em alguns casos, medidas especiais independentemente do carácter da cirurgia, *“E em casa esteve bem. Dantes não teve nada e não, por isso é que eu digo, não estou com aquele receio de levar para casa, embora eu ache que eles deviam ficar cá mais umas horas, mas mais por não saber ao certo o tipo de problema que ele tem, não é? E ainda por cima repetir, ao fim de 2 anos, nunca tive uma pessoa da área da medicina que me dissesse, olha é isto, ele tem esta fragilidade...”* (E6).

Os cuidados evoluem paralelamente à diminuição do período de internamento e uma recuperação mais precoce no domicílio, daí que o modelo de parceria de cuidados de Christensen (1993) seja um modelo adoptar-se, cada vez mais. *“É assim, eu para já, vou bem, tenho aquela coisa se ele não ter mais dificuldades de lhe dar, ..., mas...”* (E11).

Segundo Martins (2004), os profissionais de saúde ao apoiarem as famílias, orientam as suas tomadas de decisão em duas vertentes: um esforço para se efectivar uma relação de parceria com cada família, proporcionando-lhe informação para que possa actuar e por outro lado, os profissionais que cuidam, reconhecem na família uma autonomia para a continuidade dos cuidados. *“Ora bem, após uma cirurgia há sempre alguma coisa que fique, não é? Há sempre alguma coisa, pelos menos os primeiros dias, temos sempre medo que às vezes alguma coisa não corra bem”* (E12).

Para Watson (2002) cuidar implica um relacionamento recíproco entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, que transporta para os cuidados as pessoas saudáveis ou doentes, permitindo o cuidar holístico. Este promove o humanismo, a saúde e a qualidade de vida, essencialmente quando estão em causa comportamentos de pessoas que lidam com *stress*/mudança, conflitos de desenvolvimento ou perda.

O familiar cuidador acaba por evidenciar receios em cuidar do doente, *“O receio foi da operação, quando disse que estava outra coisa, mas como não é...”* (E13); *“Em princípio só se for por causa da anestesia, que ela tem, ..., mas eu acho que não é nada, acho que não tem...”* (E14).

Paralelamente, opinam de uma forma menos preocupada quando atribuem à Cirurgia Ambulatória um carácter de pouca gravidade, ou seja, *“Ora bem, acho bom, vêm que está bem, mandam-no para casa, em casa também se for preciso alguma coisa ou assim, acho que a gente mora perto, também vinha aqui, não é?”* (E15); *“Portanto, acho*

que não vou ter grandes dificuldades, só se for alguma medicação que ele tenha de fazer, que tenha que ser eu administrar, que de resto, não tenho, não tenho problema nenhum.” (E20).

Para Gameiro (1992) “a família é uma rede complexa de relações na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelos estudos dos indivíduos isolados a simples descrição da família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional dessa estrutura.” (p. 187) *“Ora bem, as dificuldades que eu vou ter em casa, em coiso, não sei como é que vai ser com os curativos, se eu tenho que vir aqui trazê-lo, aqui, ou levar um enfermeiro a casa. Se for, tenho que o acompanhar, que já tenho dificuldades, tenho que pedir alguém, ou chamar um táxi, porque ele não se vai, não vai poder andar, subir um autocarro, não é? É mais isso que eu tenho dificuldade...” (E21).*

Na parceria de cuidados organiza-se um género de acordo, em que é fundamental que tudo seja explicado, e compreendido, para que esta resulte de forma positiva. *“...Claro, a gente tem que ter sempre alguns cuidados, depois de uma cirurgia, como agora a enfermeira disse que ele não se pode sentar normalmente como a gente e ainda agora lhe comprei uma almofada, para ele se sentar melhor e isso claro, muda um bocadinho, mas nada de especial.” (E22).*

As preocupações aumentam, quando não existe preparação adequada Sendo a prática de Enfermagem individualizada e personalizada, há a necessidade de ser planeada e orientada para objectivos baseados no ser humano como ser holístico, em que se deve considerar as vertentes física, psicológica, espiritual e social de cada um.” *A gente, não, pronto, nisso preocupamo-nos porque, até porque já não é a primeira vez que ela é operada e tudo, e como ela é muito, anda muito, não se, não fica muito quieta, a gente também preocupa-se mais, não é? É assim “ (E30).*

Estabelecer a relação enfermeiro/doente/família, implica uma comunicação eficaz e segura, para que haja um aumento da qualidade dos cuidados prestados. Para Meecker et al (2007) “A meta final da educação do paciente e seus familiares ou pessoas próximas é facilitar a preparação adequada para atingir as necessidades de cuidados pós operatórios e a procura de ajuda adicional, caso necessária.” (p. 1064) ” *Aí é que me preocupa, porque a gente não sabe até que ponto ela, porque isto agora no mês de Março aparece tanto, ..., Ora bem, aí, claro que fico preocupada, não é? Mas creio que se isto acontecer, dirigir-me ao hospital mais próximo, ou vou a algum lado assim. Claro que sim, qual é a mãe que não se preocupa. Claro que a gente se preocupa, mas temos que nos...” (E42).*

É com a consulta de enfermagem, que o doente/família têm o primeiro contacto com o enfermeiro. Elkin et al (2005) considera que “para os clientes em regime de

Cirurgia Ambulatória avaliação pré-operatória pode começar alguns dias antes da cirurgia e ser completada na manhã do próprio dia.” (p. 490) *“Não sei, não sei, depende dos cuidados que for preciso.”* (E44).

Para Silva e Pinto (2005) “as mudanças envolvem uma complexificação do sistema familiar e a consequente redefinição de papéis e tarefas e rotinas.” (p. 65). Então, se por algum motivo se realizam mudanças num dos elementos da família, estas vão afectar todos os restantes elementos, conseguindo a família criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade, podendo confiar que os diferentes comportamentos dos elementos da família, abrangem com mais facilidade uma perspectiva de causa circular do que linear.

Quanto às possíveis alterações das rotinas da vida familiar, nomeadamente as associadas às tarefas de casa, os participantes não tenderam a revelar grande preocupação, *“Não, não altera nada...A miúda, portanto a Teresa, é uma miúda que se, que vive os seus estudos, ela está no 2º ano de saúde ambiental, portanto ela dedica-se praticamente a estudar, neste momento, mais basicamente neste tempo, lê, de resto a rotina dela vai ser a mesma.”* (E5); *“ É assim, de momento não me ocorre nenhuma, mas, é assim, se a cirurgia correr bem, acho que será esta parte só inicial em que, em que ela terá alguma dificuldade em fazer as suas actividades diárias e...”* (E31).

Existindo contudo, uma forte tendência para que haja e se encontre sempre solução para este tipo de questão, sendo primordial a preocupação com a recuperação e bem-estar do doente, em sobreposição às tarefas domésticas.

Sendo o cuidar um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia e segundo Morin (1992) in Alarcão (2006) “a noção da autonomia humana é complexa pois dela depende de condições culturais e sociais. Para sermos nós próprios é necessário que aprendamos uma língua, uma cultura, um saber e é necessário que essa cultura seja variada para que possamos fazer uma escolha no stock das ideias existentes e para que possamos reflectir de forma autónoma. Esta autonomia alimenta-se, pois de dependência.” (p.50), cuidar é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, carece de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Quando abordados relativamente á autonomia do doente enquanto em recuperação, as principais preocupações centram-se na autonomia do mesmo e como a família poderá interagir, *“..., se ela tivesse febre ou assim, eu teria que ficar em casa para cuidar dela, porque, uma pessoa com febre... Agora, eu, se fosse eu, era capaz de ser melhor, ser tratada na minha casa, ...”* (E3).

De uma forma geral, *“...e vou ter que andar a pé, pode ter alguma coisa, sei lá pode querer alguma coisa de noite e eu vou ter que andar a pé, é só isso, de resto”* (E13); *“Acho bem, como, quer dizer, não é preciso ficar aqui...”* (E15).

Verificou-se que, na maioria dos casos a relação de ajuda está muito presente, “...*, em casa, se ele não se puder sentar, estar sentadinho que não vai poder, tenho que o ajudar. Pela mãozinha dele, come, como se costuma a dizer, não é? E sobre fazer a higiene, se ele vir que não pode, tenho que lha, auxiliá-lo, eu, não é?*” (E21); “*Não, cuidados assim não, vou ter que ter cuidados ao dar...vou ter que o chamar a atenção, para ele ter mais cuidados, por exemplo, ao sentar-se, a ver se ele está bem, se está confortável, essas coisas todas, não é? Vou estar sempre a chamá-lo à atenção*” (E22).

Desta forma, a família funciona como um forte pilar de recuperação, a atenção que prestam, os cuidados que põem em prática, no sentido de conforto e bem-estar, são muito evidentes. “*Não, não. Mas eu justifico isto facilmente. A minha mãe não é uma pessoa muito dada à doença, como está, mesmo com a mão assim, que ela já é a segunda vez que é operada, ela mesmo tenta ser autónoma, com a outra mão, fazer e, é. Por isso não constitui problema nenhum, porque ela própria, não é muito, não se dá muito à doença, ela própria puxa por ela, não se deixa ficar muito.*” (E30); “*Acho que não. Eu julgo que é assim, a cirurgia não é muito complicada, penso que eu, ser capaz de lhe dar os cuidados que ela necessita.*” (E38).

Por outro lado, a actividade profissional dos familiares, “*Se calhar tempo. Tenho pouco tempo, sabe que eu trabalho das 8h às vezes até às 20h ou 21h e pronto, tudo se há-de resolver.*” (E39), também influencia todo este processo.

Slepoj (1998) citando Joseph Toynbee, salienta que “uma sociedade se desenvolve em respostas às dificuldades que o ambiente coloca e aos desafios que o homem enfrenta para os superar, o medo é um dos incentivos para se precaver, e ao mesmo tempo, mobilizar as forças necessárias para vencer o obstáculo.” (p. 103), “*Da maneira que realmente aquilo avançar, se vai avançar, se vai estagnar, a gente não sabe, não é? E a gente fica sempre preocupado, porque é uma moça nova e eu tenho medo, já que não tinha nenhum. E gostava que as coisas, prontos, que corressem bem.*” (E42).

Muitas são as definições de família, mas o que se pode realçar é a noção de que ela é como um todo, com a sua unicidade, liberdade e independência.

Por último, quando abordados sobre, as dificuldades que poderão ter ao cuidar do doente em casa, verificamos que, não sabem quais vão ser as maiores, “*Não faço ideia, eles nunca foram operados, nem o outro, não faço ideia.*” (E1), “*Eu acho que, sei lá, pelos medos, pelas coisas que a gente ouve, muitas histórias, e tinha medo de anestésias, teve uma anestesia geral, qualquer um com uma anestesia geral, não é? A gente fica sei lá onde, vai a outro mundo e volta, não faço a mínima ideia. É mais por aí, é assim, da outra vez eu estava menos elucidada, desta vez eu sei mais ou menos o que foi feito, porque ele próprio explicou.*” (E6), “*Não. Não. Nunca me surgiu nada.*” (E29), “*Nesta fase em que ela está? À partida acho que nenhuma*” (E31).

Considerando que, serão mínimas as dificuldades no domicílio, *“Acho que não, acho que não, não é coisa que tenha para preocupar muito, aquilo que ela vai fazer.”* (E37), *“Eu penso que não, mas pode surgir, não é? Pode surgir, mas não vou dizer, assim à primeira vista, que as dificuldades que não vão ser assim...grandes.”* (E38).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 10, constata-se que os familiares dos adultos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, no que concerne às implicações no domicílio durante o período de recuperação do doente - adulto, sofreram algumas implicações ao: lidar com a dor (n=6), assim como com os cuidados ao doente (n=14), rotinas de casa (n=2) e por fim a autonomia familiar (n=9).

Relativamente às vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, adveio a categoria a seguir mencionada.

CATEGORIA: Vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia.

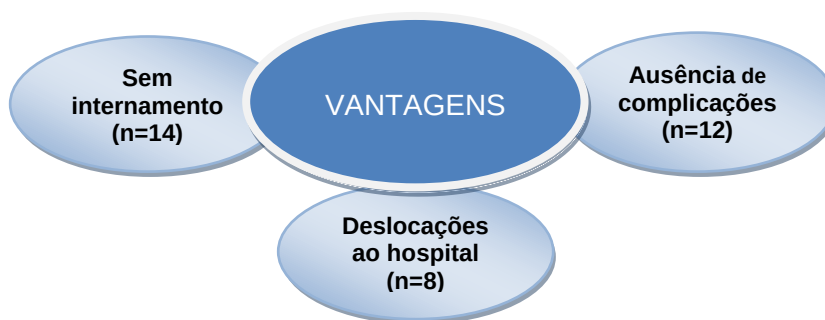


Diagrama n.º 11 – Subcategorias que emergiram da categoria: Vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do adulto.

Em termos anestésicos, as técnicas utilizadas devem sempre ter em consideração a brevidade das altas, a necessidade de uma recuperação rápida para o doente, para que este possa seguir para o domicílio em condições de segurança. Para Meecker e Rothrock (2007) *“A Cirurgia Ambulatória é atraente para o paciente, seus familiares e pessoas próximas porque causa pouca perturbação das actividades rotineiras, menor separação da família ou pessoas próximas, menor tempo de afastamento do trabalho, e menos preocupações financeiras. O paciente de cirurgia ambulatória e seus familiares e pessoas próximas são participantes activos no plano de cuidados do paciente ”* (p. 1064).

A principal vantagem, é mencionada como sendo a rapidez, *“Eu achei, achei rápido, foi rápido. Eu perguntava, os clínicos, “ah não se preocupe”, foram muito atenciosos...”* (E1),

A Cirurgia Ambulatória é um serviço que minimiza a ruptura com vida quotidiana do doente, sendo mais natural que os doentes queiram o regresso à normalidade o mais precoce possível (Buckley, 1993 citado por Manley e Bellman 2003), contudo outros

doentes e familiares preferiam outra prestação de cuidados. *“Acho, em certas coisas, acho que é uma vantagem irem embora, pelo menos, eu acho que pelo menos uma noite toda a gente havia de ficar, nunca haviam de mandar mesmo no próprio dia, pessoas muito debilitadas, depois os familiares não sabem como hão-de fazer.”* (E3), *“Eu acho que existe uma vantagem. A vantagem é fazer as coisas mais rápidas, não é?”* (E6), *“Olhe passa-se melhor se calhar, aqui do que ali, ali eu estou ali com ele...”* (E11), *“É poder ir levá-lo hoje para casa”* (E12), *“É vir e ir no mesmo dia, muito bem, uma vantagem, ...”* (E13).

Estando também associada ao facto de que, se a cirurgia é rápida, então, não carece de grandes cuidados, nem de internamento logo não está associada a gravidade. *“Sim é mais rápida, portanto é mais rápido, veio de manhã e à tarde já vai embora.”* (E14), *“...demorou pouco tempo, ..., não esteve muito tempo à espera, não é?”* (E15), *“Sim, neste tipo de cirurgias acho que sim, quando é uma cirurgia pequena, agora em grandes cirurgias...”* (E22).

Assim como é menor a separação da família. *“Ora bom, eu tenho, não só aqui, mas a nível geral, tenho notado que os hospitais, não têm os doentes muito tempo internados, ..., A vantagem é ter perto da família.”* (E39) *“Ora bem, por outro lado, ela está mais, está mais aconchegada, está mais dentro do ambiente dela, não é? Tudo tem os seus prós e os seus contras, ...”* (E42), *“É tê-la à minha beira.”* (E43).

Labajo e Garcia (2002), orientando-se por premissas de segurança e qualidade, considera que estas são o ponto fulcral do sucesso de um programa de Cirurgia Ambulatória, para tal, segundo este, deve basear-se no controle de dois pontos chaves Lima (2006) *“em primeiro lugar é fundamental a organização correcta de uma unidade multidisciplinar onde o pessoal deve ser qualificado e motivado, em segundo lugar deve existir o controle rigoroso e criterioso dos seguintes passos: Selecção criteriosa do cliente; selecção criteriosa do procedimento cirúrgico e anestésico; ensino adequado ao cliente/pessoa cuidadora dos cuidados pós operatórios e dos procedimentos perante eventuais complicações; programação da alta e seguimento pós-operatório.”* (p.19).

Tal como se referiu anteriormente, não se dissocia, a Cirurgia Ambulatória, sem internamento, como sendo de carácter menos grave. *“É assim, para ele é bom, porque ele prefere estar em casa.”* (E1).

Aliado ao facto de que, uma das vantagens deste tipo de sistema de cirurgia, ser também considerado como um factor de minimização de riscos acrescidos para quem permanece muito tempo num hospital e como tal, sem riscos de contágio de doentes. *“Pois, e o meu medo é esse, ..., internamento e mesmo em termos de infecções, não é? ..., É o meu regresso a casa mais cedo e estando internada no hospital não é assim um hotel muito bom, não é?”* (E3).

Outro aspecto importante é o retorno ao ambiente familiar, *“acho vantagem tê-lo no ambiente familiar, ..., o meu filho foi vista e está em condições para ir para casa, logo eu posso ir descansada, penso eu.”* (E6); *“Já é bom. Se ficasse aqui era pior, ..., ele estava sempre a pedir-me para ir embora.”* (E11); *“lá...É uma cirurgia, uma coisa mais pequena, mais...”* (E14).

Assim como a ideia que os familiares atribuem à Cirurgia Ambulatória, *“ O facto de ser operado, se calhar, neste regime de ambulatório, é porque realmente é uma cirurgia simples, ...”* (E20).

E ainda o acompanhamento familiar, *“Ao menos ele está ali ao pé de mim, que eu sei como ele está, contacto com ele, a toda a hora e sei que ele está bem, estando confortável eu acho que ele está melhor em casa do que está aqui, não é?”* (E22); *“Ora bem, porque ele estava mais próximo de mim, já sabia que ele estava lá em casa á minha beira. E no caso de ele, poder ir, ...”* (E21); *“Ai, é uma vantagem a respeito de ela ir para casa o mais depressa possível, ai é uma vantagem, ..., o que eu estava a dizer, isso já, já, já não há problema nenhum.”* (E37); *“Ora bem, eu acho que ficamos sempre, desejosos, que ela venha o mais depressa possível, que é normal, é visível do momento que as coisas estejam bem, que os profissionais de saúde nos digam que vai e que em princípio não há contratempo, claro que aí, a gente fica, por isso que a gente quer que ela regresse o mais rápido possível.”* (E38); *“É bom de ela ir para casa, ..., que as coisas que corra bem”* (E41); *“eu penso que as vantagens será mesmo, voltar para o domicílio, eu acho que a pessoa quanto menos tempo ficar no hospital, melhor, porque é um bocadinho incomodo e se calhar sente-se mais confortável na própria casa.”* (E29).

Outro aspecto tem haver com a influência negativa da hospitalização sobre a recuperação do familiar, *“É bom porque, primeiro acho que o próprio hospital em si, não ajuda muito à recuperação, porque a pessoa fica mais, para mim acho que as pessoas ficam muito deprimidas e ao chegar agora para casa, tem a pessoa, toda a gente de volta, ...”* (E30).

No entanto os doentes que pernoitam no hospital, é para os familiares uma base de segurança de cuidados. *“Vejo que, não é ruim ela ficar aqui, assim que ela está melhor”* (E43).

Os critérios dos doentes cuidados em regime de Cirurgia Ambulatória são diferentes dos cuidados em regime de internamento, no entanto os riscos cirúrgicos e anestésicos, devem ser tomados em consideração e com os mesmos cuidados que um doente submetido a cirurgia em regime de internamento, pois, para além dos riscos perioperatórios, têm ainda o condicionalismo da alta para o domicílio, afastados dos cuidados hospitalares e de todo o apoio que estes traduzem. Assim Meecker *et al* (2007) refere que “A responsabilidade pela maioria dos cuidados pré-operatórios e pós

operatórios é assumida pelo paciente e seus familiares ou pessoas mais próximas.” (p.1064).

O facto de não haver a necessidade de, ter de fazer visitas, associado à circunstância dos familiares não se deslocarem ao hospital, coloca este tipo de cirurgia como sendo vantajosa. Os familiares que carecem de ajuda de deslocação ao hospital dos diversos meios possíveis ao seu alcance, coloca este tipo de cirurgia como sendo muito mais fácil de gerir. *“Penso eu, portanto que, como demora menos tempo, portanto, não é necessário fazer visitas, não é? Porque é rotina normal, não é? ... não teria de se deslocar tantas vezes ao hospital”* (E5); *“Primeiro o facto de, eu também não estar aqui no hospital, para mim é uma vantagem óptima e depois, por um lado é bom porque tenho-o em casa, ...”* (E20); *“Para mim é melhor, porque se eu tivesse que vir aqui todos os dias, era mais chato, para mim, ...”* (E22); *“Aliás ter de vir aqui, coisas há que...pronto, em casa está-se melhor, não é? Não haja dúvida, está em família, isso é.”* (E37); *“..., trazia-me mais complicações, relacionado com o meu trabalho e tudo, trazia-me muito mais complicações. E não faltar tanto ao trabalho, exactamente. Não ter tantas faltas no trabalho, sem dúvida”* (E38); *“ ..., também é bom termos uma pessoa em casa, porque não temos que, por exemplo, não estamos ausentes todos os dias e não há aquele problema de deslocação para vir visitar. “* (E29); *“Então, são várias. É assim, se calhar se não tivesse em casa, teríamos que, teríamos mais trabalho, ou seja, mais trabalho em orientar, mais trabalho em ter que saber se ela está bem, se não está e o facto de estar, acho que nos dá uma tranquilidade”* (E31); *“Pode ser bom noutro aspecto de a ter em casa, mas...”* (E44).

A Cirurgia Ambulatória é considerada por muitos autores a escolha cirúrgica mais vantajosa, e como um magnífico modelo organizativo, permitindo cuidar doentes de forma segura e eficaz sem ter que recorrer ao internamento. Lima (2006) menciona que “tratar um número significativo de patologias e de clientes, por um custo significativamente inferior, libertando camas e tempos operatórios no Bloco Operatório Central que deverão ser utilizados para o tratamento de patologias mais graves contribuindo de forma significativa para a redução das listas de espera” (p.14). Também para Seca *et al* (2001) estes são alguns dos agentes que promovem o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória.

Em termos globais, pelo diagrama n.º 11 constata-se que os familiares dos adultos que realizaram cirurgia em regime de ambatório, relativamente às vantagens apontadas, estas, encontram-se distribuídas da seguinte forma, sem internamento (n=14), ausência de complicações (n=12) e deslocações ao hospital (n=8).

No que concerne à opinião acerca dos aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, salientou-se a categoria infra-citada.

CATEGORIA: Opinião sobre aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória.

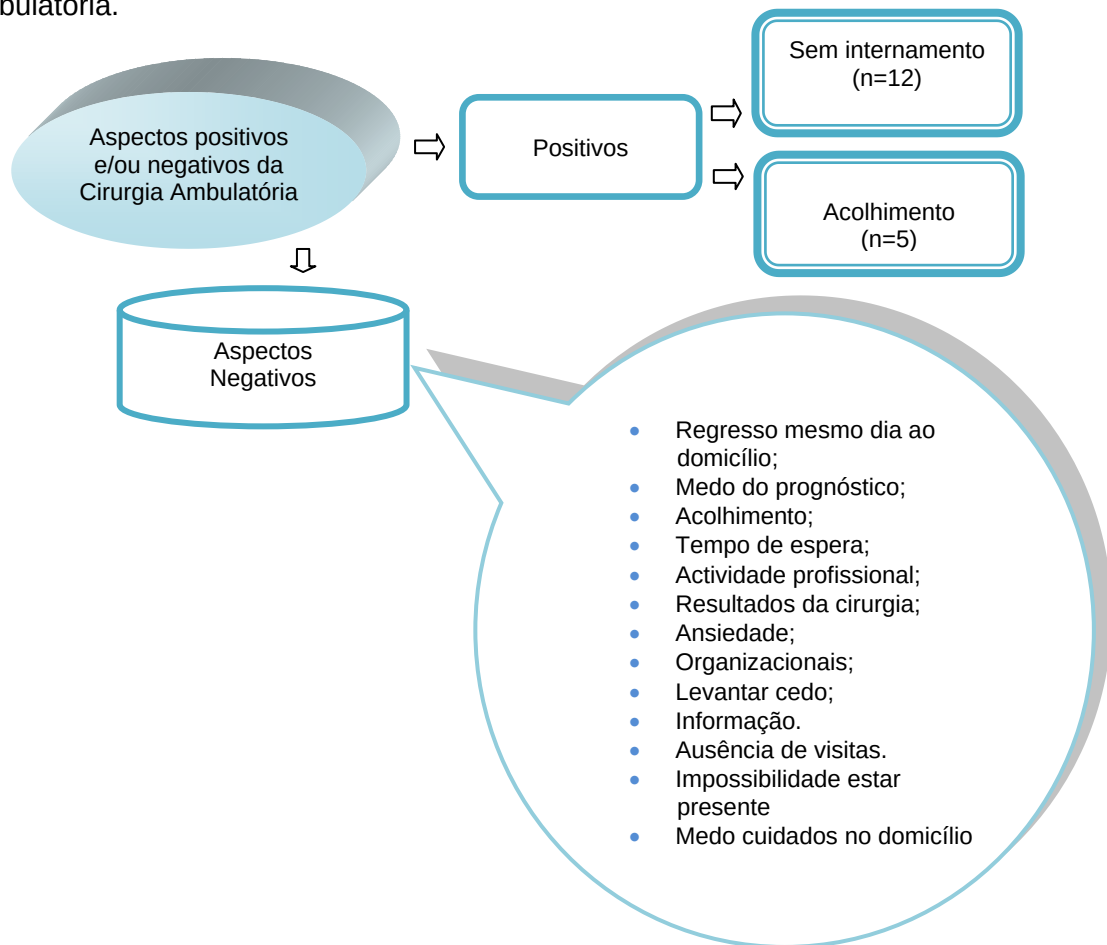


Diagrama n.º 12 – Subcategorias que emergiram da categoria: opinião sobre os aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, familiar do adulto.

Para Alvarez *et al* (2002), a Cirurgia Ambulatória define-se como “Atenção a processos subsidiários de cirurgia realizada com anestesia geral, local, regional ou sedação que requer cuidados pós operatórios pouco intensivos e de curta duração pelo que não necessitam de internamento hospitalar e cuja alta pode ser dada poucas horas após a realização do procedimento.” (p. 24).

Incondicionalmente, os familiares apontam o facto do familiar cirúrgico não ficar internado associado à rapidez, como sendo o aspecto positivo da Cirurgia Ambulatória, a destacar, “É assim, eu penso, que para o mandarem embora, é porque pode, não é? Acho eu.” (E1); “A positiva é que ele está bem, vai para casa...” (E12); “Mais rápida, mais, sei lá...É uma cirurgia, uma coisa mais pequena, mais...” (E14); “Não estive muito tempo à espera, nem que estivesse, meu amigo, é a nossa obrigação.” (E15); “...tirar o quisto, nem sei que era um quisto, ao tirar-lhe, se ele não estivesse muito fundo, era

muito, melhor, que era para ele não sofrer tanto, não sofrer na parte de operação, não é? Mas, para ele ficar com uma coisa mais levezinha”. (E21); “Pode ser positivo, no sentido de ser uma solução, ..., Se correr bem, se for resolver o problema...” (E29); “não tenho nada, a gente quer é que ela seja operada logo, porque para recuperar rápido, mas não, não vejo nada, transtorno nenhum” (E30); “Eu estive aqui muito pouco tempo, não é?” (E31); “Resolve logo a situação, porque vem esta coisa da praia e isso não é nada aconselhado, nesta altura do verão, não é nada aconselhado e é quando lhe agrava mais a variz, por isso acho que no fundo...” (E37); “...positivo é sempre que uma cirurgia é feita o mais rápido possível, como eu acho que ficou, acho que não vai repetir, mas...” (E38); “Não foi muito tempo, mas...” (E41); “Sim, se tivesse ficado internada, era pior, já tinha que ficar sozinho, ela assim à minha beira e mesmo os próprios filhos também, não a tinham á beira deles, ..., o positivo foi quando eu cheguei, vi aqui e vi que ela estava bem” (E43).

Para Cardoso e Pinto (2002) “O processo de acolhimento vai condicionar, em grande” (p. 11) a opinião dos familiares/doente. O sucesso do atendimento passa pelo acolhimento, como refere Osswald (Neves e Pacheco, 2004) e este sucesso depende da ideia inicial de quem se enfrenta num ambiente desconhecido, como é o meio hospitalar, podendo influenciar o parecer sobre determinado serviço”...*sempre fui bem atendida.”* (E3), com que fica a pessoa que enfrenta uma situação cirúrgica.

Podendo esse acolhimento influenciar o doente sobre determinado serviço. Por analogia podemos de certa forma, dizer que o atendimento está directamente relacionado com o acolhimento, sendo que este é um cuidado de enfermagem, que está orientado por competências que permitem estabelecer uma relação de segurança com o doente/família baseada em conhecimentos técnico-científicos. *”O que eu acho importante é dizer que realmente sabem de quem estão a falar, que estão a falar daquela pessoa, que estão ligados aquela pessoa e que sabem realmente de quem...”* (E6).

Assim, seguindo a ideia anterior, o acolhimento é importante porque permite numa primeira abordagem em que o enfermeiro pode proporcionar determinadas informações, fazendo que o familiar reconsidere a sua opinião face a determinado facto. *“Que devia haver visitas ou não? Se aquelas pessoas reflectirem e me disser que, ele vindo para casa e não estando tanto no ambiente de hospital e isso, então também não preciso receber visitas, visto que também diminui ainda mais o risco de contágio, não é?”* (E11).

As pessoas concedem uma conotação positiva, ou de esperança, como refere Rodrigues (1999), quando atribuem à necessidade de permanecer em determinado serviço hospitalar, possibilidade do doente ficar bom, isto leva a que aceitem este, como o local necessário para melhorar a saúde dos seus familiares. *“O positivo para mim neste momento, é saber se realmente ele está bem ou não, porque de resto, acho que depois o*

tempo o fará...” (E20). *“...fui bem atendida, mas também pouco conversei com as pessoas, só foi mesmo quando ele chegou...”* (E22).

O acolhimento para doente/família é entendido como um momento singular, ou como refere Watson (2002), uma transacção intersubjectiva, pois segundo a autora, um acontecimento que implique a aproximação entre o prestador de cuidados e o receptor, implica uma ocasião actual de cuidar. *“(...) o positivo, se a gente tem confiança, nos enfermeiros e nos médicos, acho que está sossegado, penso eu, não é?”* (E39).

Vários foram entretanto os aspectos negativos referenciados pelos familiares dos adultos. Descriminou-se de uma forma generalizada os seguintes aspectos: **ausência de visita**, *“Nós como familiares dele, temos de ficar com ele, estar ali com ele, não é? Mas só podemos estar um bocadinho, ..., Ali no internamento, podemos vir das 7h às 20h acho eu”* (E1); **organizacionais**: *“Às vezes, acontece as demoras em certas coisas, mas até nem é bem aqui, prontos, às vezes acontece, já me aconteceu de estar á espera la em baixo nas consultas externas e estar 7 pessoas à minha frente porque não havia la nenhum exame para o médico ver.”* (E3); **acolhimento**: *“Talvez ali, deviam dar mais tempo à despedida do familiar, porque o entrar deste...lá fora, com aquele, com certas pessoas que estavam à espera, depois o estar aqui ao corredor foi a entrega, como quando se entrega o filho no infantário e depois não deixam entrar mais. Ali, uma pessoa sente-se um bocadinho...”* (E5); **ansiedade**: *“..., a negativa foi a ansiedade que passamos e o medo antes da cirurgia”* (E12); **regresso no mesmo dia ao domicílio**: *“Não eu acho que, uma pessoa também quando é operada tem que ter um tempo, não é chegar aqui, pronto, e ir embora, acho que há um tempo, para ver se o operamento depois correu bem ou se não correu, não pode ser acaba e vamos embora, depois chega a casa, e... assim uma pessoa sempre está aqui, chama os médicos para ver se está tudo bem, eles vêm que está, e prontos, já estou mais descansado”* (E13); **informação**: *“a informação o que é que poderá fazer no caso de ele ter dor, porque é a primeira vez que ele faz uma intervenção cirúrgica... É só o tempo de espera, mais nada, é, só mesmo isso, de resto, não tenho que dizer”* (E20); **tempo de espera**: *“Ai não, não tenho, é de esperar, é de esperar, sabia que ele que realmente só à tarde é que eu podia ter o contacto, ...”* (E21); *“Não, negativo só foi o tempo de espera que estive aqui. O tempo de espera das 8h que eu acho que foi o que eu falei aqui de manhã, acho que, por exemplo, em vez de chamarem toda a gente para vir às 8h, ... uma coisa que eu não gostei aqui, quando eu cheguei? ... mas passaram pelo corredor onde estão as pessoas aqui á espera para ser operadas, acho que, o vir por aqui fora, acho que não, para quem vai ser operado, acho que é assim um incómodo, eu pelo menos, eu não gosto.”* (E22); **resultados da cirurgia**: *“A não ser que a cirurgia não tenha os efeitos que...”* (E29); **levantar cedo**: *“Se calhar, não tinha necessidade de se levantar tão cedo, pronto e*

porque eu acho que, quando se está neste tipo de coisas, o tempo em que se espera, desespera, não é?” (E31); medo do prognóstico: “só de a gente pensar que ela que teve este problema que eu, ainda não estou muito bem dentro do assunto, não é? Eu só de pensar que ela teve este problema todo, isto, mais hoje, mais amanhã, se chegar mesmo a ser uma fase ruim, claro que a gente, não vê nada positivo.” (E42); impossibilidade de estar presente: “O negativo, foi eu não poder ir com ela, que ela veio por um lado e eu tive que vir para outro.” (E43); medo dos cuidados no pós-operatório: “Porque se calha de acontecer um problema qualquer, eu já tenho que vir com ela às costas por aí a baixo outra vez.” (E44); actividade profissional: “Tive que pegar no carro, vir e vir buscá-la, porque estava no meu trabalho e agora vou deixar em casa, se ela não necessitar assim de cuidados, eu ainda vou trabalhar, novamente.” (E38).

A CNADCA (2008) considera fundamental a existência de protocolos, nomeadamente os relativo ao apoio ao doente/família no pós-operatório, argumentando que alguns deles deviam ser mesmos obrigatórios na prática de Cirurgia Ambulatória.

Facilitar informação face à situação do doente em todo o processo cirúrgico, clarificando possíveis dúvidas e opiniões acerca do processo cirúrgico, bem como criar condições para que o familiar possa acompanhar o doente em alguns patamares do processo cirúrgico e fomentar a preparação pré operatória, seriam sem dúvidas aspectos a considerar e que os nossos participantes também os consideraram.

Em termos globais, pelo diagrama n.º 12 constata-se que os familiares dos doentes-adultos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, relativo aos aspectos positivos que mais se destacaram, encontram-se distribuídos: sem internamento (n=12), acolhimento (n=5) e aspectos negativos da cirurgia (n=14).

Nesta segunda fase far-se-á a interpretação dos dados recolhidos no domicílio, cuja recolha de dados foi iniciada questionado pelos participantes sobre as vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia aparecendo a categoria apresentada de seguida.

CATEGORIA: Vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia.

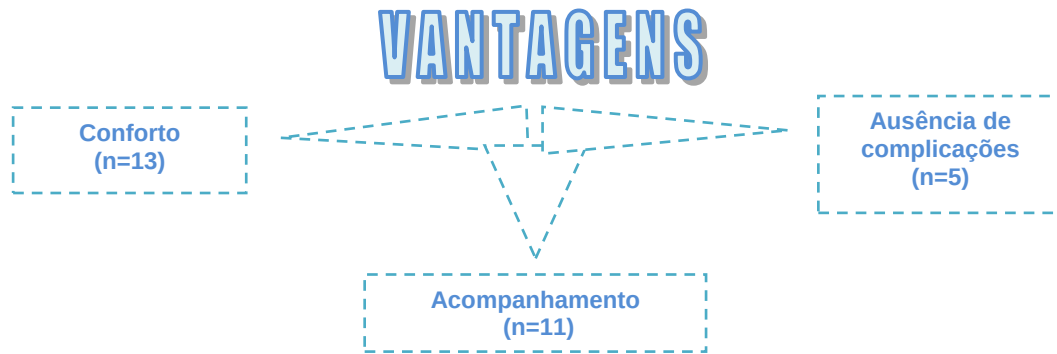


Diagrama n.º 13 – Subcategorias que emergiram da categoria: Vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do adulto

Na teoria de cuidar de Watson, o conforto é designado como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo da pessoa, o conforto sendo o mesmo uma variável externa que o familiar pode controlar.

Os diferentes estados de conforto desenvolvem-se no contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 1991; 2003). Pela abordagem dos nossos participantes, salienta-se o contexto sociocultural em diz respeito às relações familiares e sociais, e o contexto ambiental: que envolve aspectos como o mobiliário; temperatura, luz, barulho e elementos naturais ou artificiais do meio que é familiar ao doente. “*Oh, está na casa dele, não é? Com a mamã, é mais por aí*”. (V1).

O conforto promovido pelo familiar deverá ajudar a pessoa a funcionar de uma forma eficaz e promover o seu bem-estar. Watson (2002) considera que as actividades de conforto podem ser de suporte, de protecção ou de correcção.” (...), *primeiro porque já está junto da família* (V6); *Para além de não ter as deslocações, ele está no meio familiar...* (V12); *“Porque, não se sente tanto a falta, não é? E isso é sempre muito bom, tem-se a pessoa mais à beira.*” (V14).

Kolcaba (1991;2003) considera o conforto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas relativamente ao alívio e tranquilidade nos quatro contextos da experiencia: físico; psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. A tranquilidade corresponde, a um estado de

calma ou de satisfação e é necessária para uma recuperação mais eficiente.” (...) *Mais tranquilidade, mais ou, menos descanso. Se ficasse lá, se calhar não descansava tanto.*” (V20).

O estado de alívio é também congruente com o significado de conforto referido por Bottorff (1991) e por Morse, Bottorff e Hutchinson (1995) “... *Bom, é assim, se estava, se correu bem, eu sou sincera, em casa sempre estava melhor, que estava à minha beira e eu não estava com aquela preocupação.*” (V21).

O conforto é um resultado holístico porque designa um estado das pessoas multifacetado e dinâmico (Kolcaba, 1994). Quando o conforto é alcançado os doentes/família sentem-se mais fortalecidos e portanto mais empenhados nos comportamentos de saúde. “*As vantagens? As vantagens são boas, porque a gente está sempre ansiosa que eles venham embora, em casa estão mais confortáveis, não é?*” (V22),

O conforto pode considerar-se como resultado de intervenção do familiar para aliviar ou eliminar o stress, “...*estar em casa, as pessoas fazem as coisas, mesmo que não saibam fazer, tem-se sempre orientação e isso é muito mais fácil. Sempre é muito, e está em casa, é diferente, não é tão stressante...*” (V30),

A dor e o sofrimento parecem estar de alguma forma, ligados ao conforto. Uma pessoa que está com dores, não está confortável. O ambiente familiar vai permitir-lhe ter os recursos necessários para a sua recuperação: o mobiliário, os ruídos, a companhia, a comida, em suma um ambiente em que a pessoa se sente bem, visto ser este o seu ambiente do quotidiano, “ (...) *não terá aquelas condições talvez lhe doa mais, não tem aquelas condições para poder estar á vontade, que em casa.*” (V37), “...*está junto da família, ...*” (V39).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005) o conforto é um foco para a prática de enfermagem em que “é um tipo de sensação com as seguintes características específicas: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.” (p. 40). “*É bom, ela estar à minha beira, porque se eu estivesse aqui em casa e ela lá eu ficava mais preocupado.*” (V41),

O conforto pode ser considerado como um estado último da saúde e consequentemente um objectivo do cuidar. “*É bom, porque nós a encontramos e do outro lado a perderam. Ela em casa, sempre satisfaz mais a família.*” (V43).

O conforto é importante, como um meio para alcançar a performance durante uma situação. Uma reflexão sobre o ajustamento da pessoa ao ambiente em que este pode ser avaliado através da correlação com as características do ambiente (Kolcaba, 1991; Kolcaba e Kolcaba, 1991).

A importância da Cirurgia Ambulatória, não pode estar circunscrita apenas aos factores económicos e organizacionais. Existe um conjunto de factores que levam ao maximizar da Cirurgia Ambulatória, nomeadamente o doente em Cirurgia Ambulatória que é um fim em si mesmo. Todo o planeamento dos cuidados gera, em torno do doente e família efectuado pela equipa multidisciplinar, que programa todos os cuidados de forma a serem prestados de uma forma individualizada. *“As vantagens, talvez sejam as de ter perto o familiar. Pronto, talvez a ausência que me custou, ou que me custa sempre, pronto.”* (V5); *“tenho - o aqui à minha beira e tudo o que ele precisa, ...”* (V11); *“...a pessoa está sempre com aquela coisa, parece que a casa está vazia, parece que falta uma pessoa, ela depois voltou no mesmo dia, nós estamos aqui todos em casa, ...”* (V13); *“Porque, não se sente tanto a falta, não é? E isso é sempre muito bom, tem-se a pessoa mais à beira.”* (V14); *“A gente acompanha-os e a gente não pensa que não vai correr nada mal, eu acho que é bom.”* (V22); *“...acaba por estar ao pé de nós e ela também sente-se muito melhor.”* (V29); *“...estar em casa, as pessoas fazem as coisas, mesmo que não saibam fazer, tem-se sempre orientação e isso é muito mais fácil. Sempre é muito, e está em casa, é diferente, não é tão stressante.”* (V30); *“É assim, como lhe disse na altura, acho que é sempre uma mais-valia ter o familiar em casa, em todos os sentidos, em todos os aspectos. Até porque se o doente vai para casa, à partida está, estável, está fora de perigo e pronto, acho que é sempre uma mais-valia.”* (V31); *“se realmente vem para casa, em condições que não requer assim uns cuidados e para isso o médico, naturalmente, o profissional de saúde, sabem perfeitamente, se mandam um doente para casa, é porque ele à partida não vai ter problemas, para nós é muito melhor.”* (V38); *“...e há outra a nível do vírus lá dos hospitais que geralmente as pessoas entram boas e às vezes saem doentes, penso que é bom, ela regressar a casa”* (V39); *“Porque tem mais o apoio da família e tem mais o apoio de que precisarem”* (V44).

A triagem dos doentes de Cirurgia Ambulatória, deve obedecer a critérios. No passado, eram considerados para a Cirurgia Ambulatória as pessoas saudáveis, jovens, e sem qualquer patologia associada. Com os sucessivos desenvolvimentos, os procedimentos tornaram-se mais complexos e os doentes com mais idade e com mais patologias associadas, também se tornaram alvo desta área cirúrgica. *“...Que estando no ambiente de casa já não há os tais, já não está em contacto com outros doentes, já há menos perigo de contágio de doença, é isso pronto.”* (V6); *“...porque está lá, está mais exposto aos vírus, a tudo que possa lá aparecer e em casa já não”* (V12); *“...a minha filha, trabalha às duas, sai às duas, já estava a dizer, a mãe ainda não está em casa, é sempre a mesma coisa. Pronto, não te preocupes que ela logo quando chegar, ela vai estar em casa vai correr bem.”* (V13); *“...ele chegou ali não me viu, veio para casa, a andar.”* (V15); *“É rápido, ..., porque se calhar se fosse uma cirurgia em que ele tivesse*

que estar no internamento, mais que um dia, era pior, eu penso que sim.” (V20); “...mas é assim, o eles vir embora, é bom, mas às vezes não sei...” (V21).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 13 constata-se que os familiares dos adultos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, referem vantagens para o regresso a casa no mesmo dia, e o que mais destacaram, encontram-se distribuídas a nível de, conforto (n=13), ao nível de acompanhamento (n=11) e por fim à ausência de complicações (n=5).

Quanto às alterações familiares que a intervenção cirúrgica poderia provocar, os nossos participantes referiram o que apresentamos esquematicamente no diagrama abaixo.

CATEGORIA: Alterações familiares com a intervenção cirúrgica.



Diagrama n.º 14 – Subcategorias que emergiram da categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica, familiar do adulto.

Para Alarcão (2006), existe uma articulação entre a estrutura e a organização da família. A estrutura é entendida como sendo o conjunto de relações que são constituídas ao longo das diferentes etapas da vida da família e que lhe conferem determinadas configurações específicas sem no entanto, alterar a sua identidade particular. Por sua vez a organização consiste no conjunto de relações que constituem o edifício familiar nos seus componentes básicos.

Jenkins (2004) define família como “Unidade familiar, que representa um grupo de indivíduos que vive junto ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que deles dependem e uns aos outros.” (p. 49) “ (...) *a gente faz assim, sai às quatro e vem logo, logo, o pai na hora de almoço passa por aqui, sai daqui por volta das 20:30, 21h, entre a meio da manhã eu venho aqui, ...*” (V3)

Minuchim (1990) considera “a estrutura da família é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem.” (p. 57) “.... todos a girar, a família, agora vai um, agora vai outro, agora enquanto nós jantamos e almoçamos vamos sempre para a beira dela, não é? Temos que nos redussar uns aos outros, mesmo.” (V5); “...foi a avó que acabou por dar um bocadinho de apoio. (V6); vai porque a gente, claro, tem a nossa vida, ...” (V11); “Algumas, tenho que fazer algumas. É as mais pesadas, prontos. O que é mais pesado, por causa das dores, faço eu mas de resto, ela lá faz.” (V13).

Passar do sistema individual para o sistema familiar leva-nos a definir fronteiras que delimitam o meio envolvente. Estas direccionam-se mais para a vertente emocional e psicológica, em que as famílias têm fronteiras relativamente impenetráveis, muito isoladas do ambiente social em que se encontram,” *eu estou sempre preocupada, vou para a fisioterapia, olha que eu vou para tal parte, deixo-te aqui tudo, tu faz por não te mexer muito, porque estás sozinho, aquele bocadito, mas eu acho que não me deu, não, não.* “ (V21); “É, é, isso é. Tenho que organizar pelo menos entre eu e a minha filha, temos, organizar-no”. (V22).

A família organiza-se e cria estratégias capazes de ajudar ultrapassar e a colmatar as necessidades inerentes ao processo de cuidar do seu familiar, bem como para assegurar a manutenção do ambiente familiar,” *houve alterações, sim porque normalmente as tarefas domésticas era feitas pela... Mãe. Outras por mim, pelo meu pai, às vezes a irmã que vive também aqui, mas tem a família dela, mas foi-se assim dividindo por nós, não é?* “ (V29); “*como lhe digo, tem muito, é mais direccionado para a minha irmã e para o meu pai, ficaram mais e eram mais...é como a minha mãe agora estava a dizer que, ela não consegue, tem alguma mobilidade...* “ (V30).

A organização familiar no processo de cuidar é, sem dúvida, uma mais-valia para a satisfação das necessidades do doente e consecutivamente para a família. “ (...) somos 3 pessoas adultas, estão uma criança e uma pessoa idosa em casa, mas estas pessoas que ficaram, excluindo a mãe e excluindo também a possibilidade, porque prontos, ela tem 90 anos e não vamos estar a...precisa que faça alguma coisa, tentamos gerir da melhor forma. Uns fazem a manhã, outros fazem o almoço, outros fazem o jantar...” (V31); “*Ela é uma mulher de vida, já tinha tudo organizado (...) Ajudamo-la, ajudamo-la, mas ela já tinha tudo organizado, para os outros fazerem.*” (V43).

Os familiares que experienciam esta situação de cirúrgica de um dos seus membros, enfrentam a situação lado a lado, centrando nele as suas vivências. Estão disponíveis para ele, tentando encontrar uma compreensão da realidade vivida, avaliando os seus recursos na tentativa de encontrar uma forma de o ajudar. “*No sentido de, de ter que fazer as coisas, e nem sempre me podia aguentar, por causa dela. Tinha e tenho que*

estar aí, enquanto ela não puder mobilizar-se à vontade, a pessoa tem que estar sempre, para chegar isto ou aquilo, ou aquilo que for preciso” (V37); “Tenho feito tudo. Ela também era muito dinâmica, não era daquelas pessoas assim perras e mesmo com um bocadinho de limitação ela também me vai dando uma ajuda e uma orientação” (V38).

Algumas vezes os familiares têm necessidade de reestruturar e adaptar a sua vida à nova condição de cuidador. *“Claro, as tarefas são agora divididas pelos filhos e pelo pai. Exactamente. É um trabalho de família. Exactamente. Quando todos ajudam, nada custa.” (V39); “Eu ajudo mais quando é coisas pesadas e quando é coisinhas leves, também ajudo”. (V41).*

Para Guerreiro (2004), o modo como a alteração de saúde, é vivenciada pelo doente e pela família é, na maioria das vezes, um acontecimento, no seu modo de vida, de se relacionar e de ser, este ser, que dará à doença/situação e às vicissitudes desta, um sentimento particular, que só pode ser entendida dentro da sua história de vida familiar.

Ao afirmamos as noções de papel e função inerentes ao conceito de família, por um lado independentemente da sociedade, cada membro ocupa um determinado estatuto ou posição (os habitualmente denominados papeis),” (...) *depois vem a outra amiga na hora de almoço, por isso a gente sempre que pode acompanha-a mais, mas sei que se ela estivesse no hospital sempre esse problema que lhe aconteceu, ... “ (V3);* por outro, a família deve dar resposta às necessidades quer dos seus membros, quer da sociedade – as designadas funções”...*fomos à consulta, viemos, ele está muito bem, tirou o penso, já foi até lá cima, aos colegas, está muito bem. “ (V15).*

Ballard (2005) define papel como, “um conjunto de expectativas sobre o que cada um *deve fazer*” (p. 94) e dentro da família existe uma serie de papéis como por exemplo o de marido, ou de filha.” *Organizar porque é assim, se eu não tivesse a minha filha, enquanto a minha mãe está comigo, eu tinha que meter atestado, mas não sabia na altura se ia ter atestado, se não, sem a ajuda da minha filha estava em casa e da minha mãe.” (V22).*

Duvall e Miller (1985) citados por Stanhope (1999) definem “os papéis como sendo as expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que estão associados a uma determinada posição na família” (p. 502) ”... *Ela fez o normal, mais ou menos, ..., eu fui ajudando...* “ (V44).

Johnson (1992) citado por Stanhope e Lancaster (1999) relativamente às funções internas da família, e especialmente à função relativa à saúde, cabe à família, através de cuidados prestados, promover o crescimento biofísico e psicossocial dos seus membros, sendo que é também na família que se transmitem os conceitos e são adquiridos os hábitos de saúde.

Bosse (2002) define família, como o modo em que a forma de ser de cada um interage sucessivamente com o outro, com finalidade comum, unidos a maior parte das vezes por cultos e normas que partilham, do que propriamente por factores biológicos . Esta natureza de interagir permite também a sobrevivência da família em que todos os recursos se juntam e que muitas das vezes, mesmo após essa junção, são escassos. “ (...) *além de não ter baixa, trabalho aqui, a chefe, pronto, cedeu me assim um espaço para vir a casa, depois ou venho eu, ou vem uma amiga que esteve com ela... Como ela vem almoçar, vem aqui, pronto e...*”(V3); “*eu fui trabalhar hoje, ele ficou com o pai, com a mana em casa e com a minha sogra, que vive aqui em cima, ela só desce as escadas e vem trazer o almoço.*” (V6).

Por vezes a solução para evitar gastos, passa por se efectivar um planeamento da vida, em que o mal seja o menor. Daí a opção de tirarem férias no período em que os seus familiares são intervencionados, permitindo um acompanhamento mais próximo deste, não despendendo os recursos resultantes da actividade profissional.” *Por enquanto, não veio alterar nada porque estou de férias, porque se não tinha que...* “ (V12); “*Isto já foi assim programado para esse mesmo, pedi férias de propósito mesmo por causa de, da cirurgia dela.*” (V14).

Faltar ao emprego é algo que não pode acontecer, pois isto implica na sua relação com o emprego, e que face há realidade actual é difícil conseguir-se um novo “ *E o facto de faltar ao trabalho era muito complicado, pelo menos eu por mim falo.*” (V20); “*Claro que íamos ter uma vida muito mais, ocupada, mais stressante, se calhar o trabalho em casa iria ser um bocadinho mais complicado...*” (V31); “*... se eu andasse nesse trabalho hoje, era um problema. Aí é que eu sentia muito mais dificuldades.*” (V37).

A Cirurgia Ambulatória permite também que o familiar organize a sua vida profissional sem que tenha que fazer alterações. “*Na hora de a ir buscar, de contrário, não. Ela estava bem, ficou bem, eu pude voltar novamente para o meu serviço...* “ (V38).

Tal como nos referem Willis *et al* (1997) “num estudo realizado concluíram que 13% dos prestadores de cuidados não foram trabalhar, com perdas de rendimento em 7% dos casos” e um estudo de uma semana de Malster *et al* (1998) in Manley e Bellman (2003) “revelou que 35% dos prestadores de cuidados pediram licença sem vencimento para cuidar dos doentes.” (p. 317-318). Também no nosso estudo evidenciaram-se casos semelhantes, desde o planeamento de férias, para esse momento pois faltar ao emprego na actualidade financeira que o nosso país atravessa, torna-se problemático para gerir os recursos.

Em termos globais, pelo diagrama n.º 14 constata-se que os familiares dos adultos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, a mesma causou alteração na

dinâmica familiar, em termos de organização familiar (n=17), em termos de acompanhamento (n=3) e na actividade profissional (n=7).

Quando questionados no sentido de manifestarem opinião sobre, como melhorar o apoio no domicílio, emergiu a categoria referida abaixo e explanada mais adiante.

CATEGORIA: Sugestões sobre o apoio no domicílio.



Diagrama n.º 15 – Subcategorias que emergiram da categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio, familiar do adulto.

Os familiares, neste momento, necessitam de um apoio mais atento. Os profissionais de Enfermagem têm aqui um papel relevante, transmitindo compreensão e confiança, ajudando-os a verbalizar as suas dúvidas e receios.

Neste sentido, medidas de conforto tais como, salas de espera para relaxar e descansar, instalações de telefone e casas de banho, são pontos essenciais para que a família se sinta acolhida no ambiente hospitalar.

Os cuidados de saúde implicam custos elevados, associados a desenvolvimento técnico científico, que contribui para que as estadias nas instituições hospitalares sejam cada vez mais reduzidas, tal como acontece na cirurgia efectuada em contexto de Cirurgia Ambulatória, em que a recuperação do doente acontece no domicílio.

O enfermeiro que presta cuidados no domicílio, deve reconhecer as fontes de energia no núcleo familiar, para poder colmatar as necessidades do doente/família. Deve efectuar uma abordagem holística dos cuidados domiciliários, que permita responder às necessidades de cuidados de saúde do doente/família. Sendo que a família é uma peça indispensável no puzzle da prestação dos cuidados de enfermagem no domicílio, esta é um recurso que a enfermagem pode e deve utilizar para melhorar e para gerir os cuidados no domicílio, pós cirurgia.

O doente que recebe cuidados domiciliários deve ser visto no contexto de ambiente domiciliário e no contexto da comunidade que está inserido “...*eu acho também, havia pronto...no terceiro ou segundo dia, assim vir assim ver...*” (V3); “...*um contacto até de telefone, se a senhora estiver muito mal, se a filha estiver mal, ou o familiar a quem foi a intervenção, telefone, pronto, ...*” (V5).

Segundo Bolander e Sorensen (1998) “a enfermagem ao domicílio é de âmbito geral, isto é centrada holisticamente, tanto no indivíduo que requer cuidado, como na família ou sistema de suporte” (p. 494) “ (...) *acho que essa visita no dia seguinte, a visita neste caso de um enfermeiro, não é? Não é necessariamente ter que ser um médico, acho que é importante*” (V6); “...*que tivéssemos alguém de assistente cá em casa, isso seria muito bom, porque agora, a deslocação que eu tenho de o levar, amanhã é obrigado a ir ao...*” (V12).

Os cuidados domiciliários como argumentam Bolander e Sorensen (1998) são um serviço de saúde prestado no domicílio e é aquela componente dos cuidados globais de saúde através do qual, se proporciona assistência a indivíduos e famílias nos seus locais de residência, com o fim de promover, manter ou restaurar a saúde ou minimizar os efeitos da doença ou incapacidade. “*Mas se às vezes ficasse bem, com um telefonema, a pessoa dizia assim, assim a assado e uma pessoa via o que dizia e aos bocadinhos ia lá ter. A seguir, logo ao outro dia, para ver se estava tudo bem? Acho que devia ser melhor, no mesmo dia que ela vinha...*” (V13).

Informação é um termo com muito significado, dependendo do contexto, mas como regra é relacionada com o conhecimento, instrução, comunicação, representação e estímulo mental, ou seja enquanto definição tem inerente uma variedade de significados, desde o seu uso mais técnico ao mais cultural. Esta constitui a matéria-prima do conhecimento.” (...) e *acho que também cabe aos técnicos de saúde, informar e esclarecer aquilo que é mais importante, para o doente. Poderia sim, haver um telefonema a perguntar, como passou o primeiro dia, como se está a sentir...*” (V31).

O enfermeiro perioperatório para Cabral (2004), citando Cadete (2000), tem a seu cargo a prestação de cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico, “O termo perioperatório utiliza-se como uma expressão genérica para incluir as três fases da experiência cirúrgica do doente: o período pré-operatório, o intra-operatório e o pós-operatório” (p. 180), deve englobar nessa prestação a família do doente, e fazer uma avaliação completa das necessidades desta.” ...*uma enfermeira ou assim como você está, está a vir aqui e sabe me responder mais ou menos a algumas coisas, mas se você tivesse especialidade em, tivesse algum conhecimento pós-operatório era capaz de me dizer, “olhe isso é normal”. Mas se vocês quando viessem aqui eram capaz de já trazer*

algumas coisas estudas, não é? Para saber, será que me vai fazer, então eu vou...eu acho que é assim.” (V3).

Os modelos de enfermagem podem servir de orientação para esta avaliação numa perspectiva holística, mas torna-se necessário e fundamental desenvolver-se ferramentas que permitam avaliar o nível de ansiedade da família no intra-operatório, às quais os enfermeiros tenham acesso, permitindo estabelecer estratégias para minorar esses níveis de ansiedade e consequentemente todos os outros medos e receios.” *la trazer um bocado de segurança, como é que está e verificar se o penso realmente está bem, eu acho que nas horas...que nas horas a seguir à operação, acho importante, esse apoio.” (V6).*

O enfermeiro deve identificar e relacionar todos os factores que influenciam o funcionamento e a saúde da família, como sejam a cultura, as crenças, as práticas de saúde, os valores e os papéis familiares, os padrões de comunicação e os mecanismos de defesa ou de adaptação /coping que a família dispõe, e interagir com esta de modo a construir e/ou manter a integridade familiar. *“Era preciso mais enfermeiras ao domicílio porque, se ele está aqui, mas ele não convém conduzir, para não fazer esforços, é obrigado a ir, ...” (V11); “...a enfermeira, eu acho que a enfermeira é que devia vir cá a casa fazer o tratamento, necessário, para eu não ter que o meter dentro de um carro e levar e trazer e levar, que a estrada aqui é...não é cómoda, na situação que ele está...” (V12); “ Um profissional de saúde, isto numa situação de uma cirurgia, talvez se calhar mais, num grau mais elevado.” (V38)*

Para AESOP (2006) a enfermagem perioperatório é definida como “Conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos de trabalho realizado” (p. 7), *“...era o que era mais certo, vir uma enfermeira, vinha a casa e explica, você faça assim, faça de outra maneira, ou lá que era ou assim e uma pessoa, como ela já está mais dentro do assunto, frente a frente é mais fácil de falar, ...” (V13); “...há certas cirurgias que seria capaz de, se houvesse outras coisas, ...” (V14); “Vocês virem cá, os enfermeiros virem cá fazer apoio ao domicílio.” (V20); “...viesse alguém a casa, ele tem que ir todos os dias ao curativo, não é? No caso para ele não ficar todos os dias a pagar o táxi..., a minha maneira, eu acho que era um enfermeiro, julgo eu, não é? Que é a parte de enfermagem, não é? “ (V21); “...uma enfermeira fazer domicílio, vinha a casa, não sei se eles fazem a pessoas jovens, se não fazem, não sei, não faço ideia.” (V22); “...só se fosse fazer o penso aqui, mas relativamente a um telefonema, ao apoio de um enfermeiro, ou seja quem fosse, acho*

que, neste caso em concreto...“ (V29); *“Sinceramente uma coisa que ajudava, da minha mãe porque é longe, e não tem transporte, era os pensos serem feitos mais perto de casa. Por exemplo, ser aqui perto e não tão longe, como é ter que ir para (...).”* (V30); *“...claro que era uma boa ideia terem que vir a casa, alguém fazer penso ao domicílio.”* (V37); *“... depende das circunstâncias que for, não é? Se for em termos de fazer os curativos, acho bem. Acho que devia, ...”* (V39); *“ Sim, aos doentes em casa, ...”* (V43).

Não existem dúvidas quanto à importância de perspectivar a família como unidade central dos cuidados de enfermagem. O significado atribuído pelos membros da família ao seu bem-estar, exerce uma influência primordial ao longo do processo saúde/doença. Deste modo, o conhecimento e utilização de metodologias de avaliação e intervenção na família são fundamentais na Enfermagem.

Em termos globais, pelo diagrama n.º 15 constata-se que os familiares dos adultos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, sugerem que o apoio ao domicílio deveria passar pela visita domiciliária (n=3), contacto pós-operatório (n=4) e cuidados de enfermagem no domicílio (n=14).

Quando entrevistados no sentido de manifestarem opinião sobre, quais as sugestões para melhorar a prestação de cuidados, surgiu a categoria abaixo mencionada bem como as sub-categorias resultantes que serão interpretadas de seguida.

CATEGORIA: Como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória.

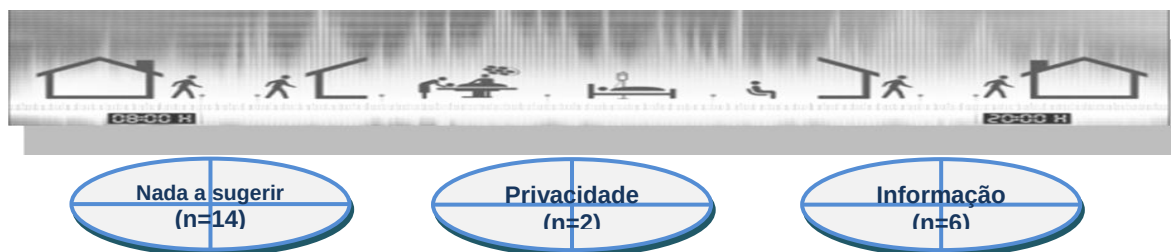


Diagrama n.º 16 – Subcategorias que emergiram da categoria: Como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar do adulto.

Muitas vezes, é solicitado aos familiares que aguardem numa sala *apinhada* de gente que a ocupa por variadíssimas razões e, daí não haver um ambiente tranquilo. Aí esperam horas a fio por alguém que lhes dê informação, enquanto lidam com emoções como o medo, a ira e a culpa. Leila Clark (1903) citado pela AESOP (2006) escreve “A enfermagem cirúrgica é uma matéria tão vasta e ilimitada que daria para se escrever muitos livros sobre o assunto. (...) Regra geral, a preparação dos doentes e o ambiente estranho desta área do hospital colocam os mesmos muito apreensivos e num deplorável

estado de espírito. Uma boa enfermeira de sala de operações, com tacto, palavras de encorajamento e animadoras pode reverter o pensamento do doente ou minorar os seus medos.” (p. 5). “... *O espaço, acho que é um bocado pequenino, é pequenino, ...*” (V3);

Os familiares, neste momento, necessitam de um apoio mais atento. Os profissionais de Enfermagem têm aqui um papel relevante, transmitindo compreensão e confiança, ajudando-os a verbalizar as suas dúvidas e receios.

Neste sentido, medidas de conforto tais como: salas de espera para relaxar e descansar, instalações de telefone e casas de banho, são pontos essenciais para que a família se sinta acolhida no ambiente hospitalar.”... *aquela sala está muito vazia, a sala da recepção, está muito, está assim, não está aconchegada. Eu acho que falta ali um bocado de aconchego.*” (V6).

Os familiares dos doentes que estão a ser submetidos a cirurgias, são muitas vezes vistos em situação de *stress* emocional, devido ao acto cirúrgico.” *Acho que era, o familiar, um dos familiares, por exemplo neste caso, um acompanha o doente, está ali um bocadinho com ela, ...*” (V5); “*eu acho que a gente poderia lá estar, assim por perto e poder chegar até à pessoa, claro, não é só estar na recepção então para isso estava cá em casa, não é? ...*” (V6); “*depois ele foi operado e aquele tempo que ele estava lá em espera, eu estar ao pé dele, só isso.*” (V11).

A comunicação com a família torna-se um vector importante para minimizar as suas vivências, pois a mesma não funciona apenas como um sistema de suporte, mas como uma componente central no processo cirúrgico. “... *dizer, olhe você pode assistir à operação, se ele deixasse, até era uma coisa mais, uma pessoa via o que é que se estava a passar.*” (V13); “*Nunca pensei que tivesse de estar tanto tempo à espera, foi só mesmo nesse sentido, tornou-se mais chato...*” (V29) “...*para melhorar, só se fosse para nós ir à beira dela.*” (V43).

A enfermagem, enquanto actividade que assenta na interacção humana, caracteriza-se, por uma riqueza informativa notável, em que os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao longo de contínuo comunicativo com os seus doentes/familiares.

6.2.3. Análise, interpretação e discussão dos dados: familiar do idoso.

Nesta primeira fase far-se-á, o desenvolvimento dos dados relativos aos familiares do doente idoso, das entrevistas realizadas no meio hospitalar e numa segunda fase os dados recolhidos em entrevista no domicílio.

Assim, e face à primeira pergunta, em que se questionava, se a cirurgia tinha implicações na dinâmica familiar do idoso surgiram: a categoria e as subcategorias seguidamente referenciadas.

CATEGORIA: Implicações da cirurgia na dinâmica familiar.



Diagrama n.º 17 – Subcategorias que emergiram da categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar, familiar do idoso

Marantides e Cassmeyer (2003) definem a ansiedade como uma reacção psicológica a factores de *stress*, com componentes fisiológicas e psicológicas, caracterizada por um sentimento de apreensão que surge quando a pessoa tem a percepção da existência de uma ameaça. No entanto, para a pessoa que vai ser submetida a cirurgia não deixa de ser uma experiência única, mesmo que já tenha sido intervencionada, para ela é sempre uma experiência nova. Também para a família que vivencia esta situação, é algo novo, inovador e acima de tudo diferente. “*Acho que se sente um bocadinho a ansiedade, não é? Aquela sempre a ver se corre tudo bem, não é?*” (E9). Nesta altura surge a ansiedade e receio nomeadamente pelo decurso da cirurgia, o receio de que alguma coisa corra mal; apesar de, os participantes terem noção de que não é uma cirurgia de grande risco. Contudo, os que já experienciaram uma cirurgia idêntica, não valorizam a intervenção. “*Eu só tenho que por as gotas ali certinhas, ali assim, de resto, é igual, ela está comigo, é igual*” (E27).

Enfrentar o factor *stress* da família depende: da configuração como esta o identifica, dos recursos que disponibiliza para a resolução dos problemas e de que modo o equilíbrio familiar se restabelece. Contudo, se a família encara o evento como difícil de superar, podem não ter estrutura para se adaptar ao momento de crise. “*Uma angústia, mas olhe eu hoje estou bem, porque portanto, primeiro fiquei angustiada, será que vai correr bem, porque às vezes a gente ouve dizer, ...*” (E7).

Existem estratégias que contribuem para que a família contorne o *stress* como: converter as condições de *stress* em elementos alcançáveis, reconhecer estratagemas de procedimentos opcionais, utilização do processo de resolução de problemas (Hanson, 2005) “..., *ele entrou e fica-se sempre um bocado preocupada, mas sinto-me, sinto-me bem, sinto-me segura, pronto, é o que eu digo, como da outra vez correu tudo muito bem...*” (E8). Está bem patente o *medo* de que algo corra mal, a cirurgia em regime ambulatorio, neste grupo de participantes, apresenta duas vertentes, por um lado, o facto de entrar e sair no próprio dia, torna a cirurgia menos perigosa, com menos risco; por outro lado, permanece a angústia de ver um familiar a ser submetido a uma cirurgia.

Relativamente á rotina das tarefas de casa, a incidência de implicações menos positivas na dinâmica familiar faz-se sentir, “*Da outra vez ele já fez a uma vista e continuou com a vidinha dele, só precisava de mim, pronto para a cozinha.*” (E7); “*Fica tudo normal, ..., há sempre tarefas que são mais do marido, não é? ..., Não mas eu faço, também faço de tudo, ele não faz nada...*” (E8).

A gestão de tarefas é feita de uma forma cuidadosa para que, o doente recupere sem se preocupar com as tarefas da casa nomeadamente o doente feminino. “*Tenho que fazer o que eu puder, não é? ..., Sabe como é, é preciso de fazer de comer, é preciso de fazer tudo, mas ela está lá e assim eu vou fazendo. Tenho que fazer. Não há hipótese, eu não tenho filhos nenhuns aqui, não tenho nada, não tenho ninguém*” (E25). “*Não porque ele já faz, porque ele já não fazia nada, mas mesmo assim qualquer coisita, porque eu também, tenho problemas de coração e ele às vezes ajuda alguma coisa, não é? Mas também o trabalho é pouco, que eu tenho lá uma mulher que me faz tudo.*” (E9).

O subsistema parental, visa essencialmente, a educação e protecção das gerações mais novas, desenvolvendo o sentido de filiação e de pertença familiar, “... *a minha mãe vive sozinha, precisa de cuidados obviamente que tenho que a levar para minha casa, não é? E vai-me criar, transtornos, situações que, tanto que eu tenho 3 filhos e está complicado, mas lá vai ter que ser, portanto as complicações que vai, é mais um bocado de trabalho.*” (E33). A sobrecarga de tarefas, caí obrigatoriamente sobre os filhos (as), a idade avançada limita em alguns aspectos, apesar de estarmos perante idosos que, apresentam ainda muita autonomia e vivem sozinhos. No entanto, são os filhos (as) que, na fase de recuperação do pai/mãe, têm de gerir eficientemente todos os aspectos da rotina do idoso.

Constata-se em dois casos, que o idoso, independentemente da cirurgia, é muito autónomo e as suas limitações estão presentes apenas na fase pós operatória imediata, “*Autónomo, trabalha, faz a sua vidinha, não precisa de ninguém. E, não pára, é uma pessoa muito activa.*” (E7); “*Ele tem uma lojinha por baixo da casa, entretém-se, é entretém-se, ..., Está lá entretido, que é muito importante, com a idade que tem, ...*” (E8).

As implicações na dinâmica familiar relativamente à autonomia do idoso, não está muito posta em cheque, contudo, a sua *supervisão* é determinante. Tal como se referiu para a subcategoria anterior, gera-se uma *dependência* em termos de rotinas,” *Não altera porque tem disponibilidade para estar com o meu pai, não é?*” (E26).

Para Blenkner (1965) in (Richads e Lilly, (2005), “Os filhos adultos são confrontados com a crise filial (p. 355), no sentido de cuidarem estes dos pais. Invertendo a situação já não são os pais que cuidam dos filhos, mas sim os filhos que cuidam dos pais.” *Ora bem, há sempre alguma coisa que realmente nos pode afectar, prontos, em princípio, temos de falhar ao trabalho, temos prontos, andar com os pais, não é? Porque realmente, quem tem que andar com eles agora são os filhos e mais ninguém. Uma vez que nos apoiaram a nós, quando nós necessitamos, agora temos nós que os apoiar a eles, que eles agora, estão eles a necessitar*” (E28).

A noção de responsabilidade por parte dos filhos, aliada ao reconhecimento por parte dos pais idosos da perda de autonomia, e da necessidade de ter alguém que o ajude (Hanson, 2005) “*É assim ele vive sozinho, mas ele está à noite, está na casa dele não é? Mas á noite ele vai dormir a casa da minha irmã, é a minha irmã que está com ele. Eu por exemplo de manhã ou estou eu ou está o meu irmão, lá por perto, de tarde estão os outros dois meus irmãos também não há problema*” (E32), também está bem patente neste estudo.

Se consideramos como padrão a idade, podíamos pensar que a autonomia surge com a idade adulta, contudo, mesmo nos adultos, pode ocorrer dependência e exemplos são as situações de doença/cirurgia, o que nos leva a partilhar a opinião de Roper (1990) in Tomey e Alligood (2003) não existe, portanto um estado absoluto de independência.

Com a evolução da idade, é de esperar que os idosos iniciem processos de dependência em algumas das suas actividades, contudo não podemos generalizar nem associar idade com dependência. “*Tudo irá ditar conforme vai correr agora o processo. Para ir a consultas, com certeza que irei ter que faltar, à partida não sei, todos os cuidados que a minha mãe precisar vou ter que ser eu a...*” (E33).

Richards e Lilly (2005) salientam que a família presta 80 a 90% dos cuidados e assistência aos seus membros idosos, inicia e mantém laços com os sistemas de cuidados formais, quando necessário. Para além disso, os autores referem ainda que quanto mais frágil se torna o membro idoso, maior a responsabilidade da família pelos cuidados. “*Sim, sim, sim, eu estou com baixa, como sabe e a minha mãe também está sempre em casa, como sabe, também moro à beirinha deles é um instantinho, estou, estou.*” (E34); “*Acho que uma pessoa podendo estar sempre ao pé deles, também é muito bom a presença da família e todos juntos, acho que isso também conta muito, acho que é bastante importante*” (E34).

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), salientam que, apesar de as mulheres integrarem, hoje mais do que nunca, o mercado, do trabalho, continuam a oferecer mais de 2% dos cuidados prestados aos seus familiares mais próximos, nomeadamente aos membros idosos da família. As filhas ultrapassam os filhos como prestadoras de cuidados, numa proporção de quatro para cem. As mulheres além de prestarem mais horas de cuidados, ajudam ainda nas tarefas domésticas, entre outras.

Em termos globais, pelo diagrama n.º 17 constata-se que os familiares dos idosos, que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, a sua dinâmica familiar sofreu algumas implicações a nível de, ansiedade e receios (n=2) como angustia (n=2), da autonomia familiar (n=7), e por último rotinas de casa (n=5).

Quando questionados os nossos participantes sobre as dificuldades pós-operatórias que iriam ter no domicílio surgiram a categoria e as subcategorias a seguir apresentadas.

CATEGORIA: Dificuldades no pós-operatório no domicílio.

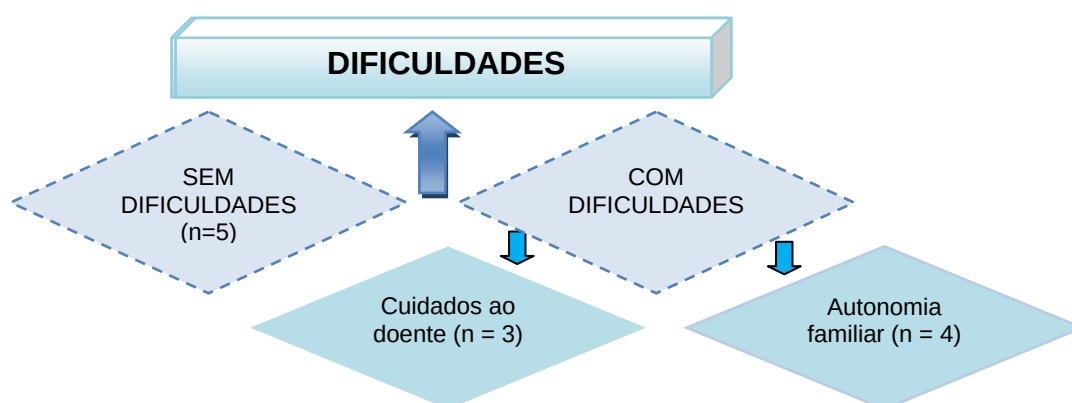


Diagrama n.º 18 – Subcategorias que emergiram da categoria: dificuldades no pós-operatório no domicílio, familiar do idoso.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), Richards e Lily (2005) baseando-se em inúmeros trabalhos de investigação desenvolvidos nesta área, referem que habitualmente cabe às famílias tratarem dos seus idosos, em especial as familiares mais próximas, (esposas, filhas e noras), que ficam sobrecarregadas, ao tentarem cumprir as tarefas de cuidar como mãe, esposa, dona de casa e trabalhadora. *Não tenho dificuldade nenhuma.* “ Eu é que no que eu puder, faço tudo o que eu puder. (E25); *Eu espero que não. Que não vou ter dificuldades.* “ (E27).

A presença da família poderá constituir uma importante fonte de apoio para a recuperação do doente, sendo para isso fundamental que a equipa de saúde estabeleça uma interacção com os familiares, de modo a minimizar a ansiedade e a angústia destes

e, assim, potenciar a sua participação na recuperação do doente (Hanson, 2005). *“Não sei, ela sente-se um bocado, como é que eu hei-de explicar, um bocado, traz-me um bocado de ansiedade, porque acho que é assim muito...”* (E33).

Pease (2002) in Hanson (2005), afirma que a família é responsável pela educação das gerações mais jovens e por prestar cuidados aos mais idosos.

Relativamente à autonomia familiar, *“Para mim é melhor ela ir hoje para casa, porque eu tenho casa e ela não tem problema nenhum estar em casa.”* (E25); *“Não, não. Da outra vez ele já fez a uma vista e continuou com a vidinha dele, só precisava de mim, pronto para a cozinha.”* (E7); *“Não, tenho a minha esposa que está em casa, é reformada, já é reformada, desde os 38 anos, prontos, é uma pessoa que se dá muito bem com a minha mãe e, a minha mãe com ela, penso que não há dificuldade alguma.”* (E28); *“Não, porque, eu sinceramente, ele disse que ia ser operado, por causa de depois de ter tido aquelas diabetes na vista, foi operado às cataratas, foi o que ele me disse, eu pensei que ia ficar tudo bem.”* (E32).

Neste contexto, num modelo adequado de cuidados continuados, as intervenções de enfermagem centradas na família afiguram-se como um instrumento básico em enfermagem. O envolvimento da família, no projecto terapêutico da pessoa necessitada, constitui uma ferramenta imprescindível para otimizar a capacidade da mesma para o cuidar e para, simultaneamente, preservar a sua vida familiar e garantir cuidados mais personalizados à pessoa que não está autónoma.

Alguns participantes referem que não terão dificuldades, pois para uma parte deles, já o seu familiar tinha sido intervencionado ao outro olho. *“Não, que ele tem saúde, não tem problemas.”* (E8); *“Não, não...”* (E9), *“Não, acho que não. Para agora não. Não tenho dificuldade nenhuma.”* (E26); *“Não, na minha casa, não. Não prevejo nada, de dificuldade. Agora, eu lhe sei dizer, que eu tenho um bocadinho de dificuldade que, já houve uns contratemplos lá em casa, em casa da minha mãe e ela já lá esteve em minha casa 8 dias, mas...”* (E28); *“Não, acho que não, acho que é, prontos, assim, como ele é a segunda vez, já estamos dentro do, ambientados, não é? E mesmo ele é uma pessoa que lida bem com essas coisas, nunca andou com esses problemas.”* (E34).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 18 constata-se que os familiares do idoso, que realizou cirurgia em regime de ambulatório, no âmbito de dificuldades sentidas no domicílio durante o período de recuperação do doente, sofreram dificuldades a nível de, cuidados ao doente (n=3), da autonomia familiar (n=4) e sem dificuldades (n=5).

No que diz respeito às vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, os participantes alegaram algumas que apresentamos e analisamos de seguida.

CATEGORIA: Vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia.

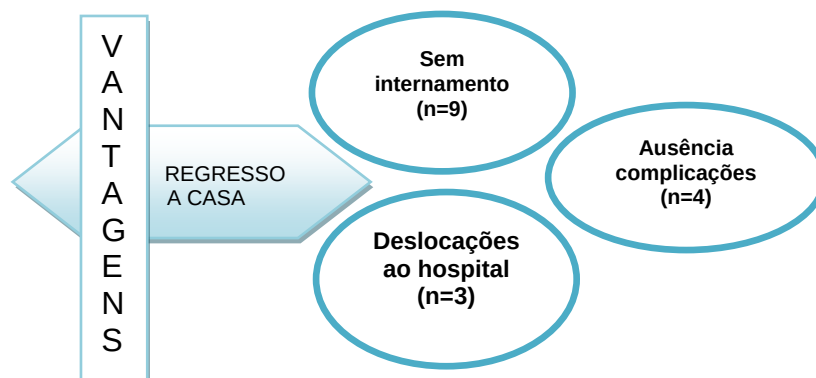


Diagrama n.º 19 – Subcategorias que emergiram da categoria: Vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do idoso.

Hanson (2005) concorda que a família se apresenta como o melhor meio para cultivar os afectos, receber apoio e dar segurança. O que faz com que algumas pessoas assumam como valor prioritário a sua entrega à família, a qual se transforma no mito de dar sem receber ou de sofrer para o bem da família.

Lemos (2001) considera que a “menor ruptura do normal ambiente sócio - familiar dos doentes em especial nas faixas etárias extremas, na pediatria e na geriatria” (p. 42), sendo esta a força essencial para a recuperação mais rápida da pessoa. “Acho bem, só que eles vêm e vão no mesmo dia...” (E7); “Oh filha, assim é que é bom! Ser no mesmo dia e ir para casa, só não pode guiar por causa da vista, de resto ele até ficou muito bem.” (E8); “Eu acho bem, o que é que eles estão aqui a fazer, não é, quando eles podem estar com a família.” (E9); “... Para mim é melhor ela ir hoje para casa, porque eu tenho casa e ela não tem problema nenhum estar em casa.” (E25); “As vantagens? Sei lá são boas, ..., como é que eu hei-de dizer, por causa de tratar dele em casa...” (E26), “o facto de saírem no mesmo dia tranquiliza os familiares. É bom, é muito bom, porque após de uma cirurgia, ir para casa, acho que é espectacular, acho.” (E28).

De forma idêntica e referenciando Lemos (2001) no que respeita às vantagens económicas “Indirectas, resultante da menor morbilidade ou da reintegração sócio profissional mais rápida, entre outras” (p. 28), “..., já tinha que deixar de trabalhar para vir cá, estar com ele, pelo menos as horas que pudesse ser, entretanto ele indo para casa, sempre tem alguém em casa com ele”. (E32); “Ah eu acho que isso é muito bom, eu falo por mim, mas eu ficar internada num hospital e o meu pai, que é muito nervoso, acho que

isto, acho que ia piorar até a situação, para ele é, que ele é muito nervoso e mesmo assim, acho que uma cirurgia, portanto ele só entrar amanhã e sair no mesmo dia é bom...” (E34); *“As vantagens, talvez sejam as de ter perto a família. Pronto, talvez a ausência que me custou, ...”* (E27); *“Não eu acho que, quer dizer, eu acho que era pior, dava-nos muito mais transtorno se ele tivesse que ficar, não é?”* (E32), constata-se que o facto de não existir internamento é mais satisfatório para os participantes.

A ausência de complicações, é uma das características apontadas como vantagem da cirurgia em regime ambulatorio, associada ao facto de não ter de ficar internado. O ambiente hospitalar influencia o ser humano quer pela sua organização, quer pela sua finalidade. Para este, o facto de ter de ficar internado, implica gravidade. *“...foi só à vista não é aos órgãos por isso, tem que...pode comer tudo na mesma.”* (E9).

Para o familiar o regresso a casa, no mesmo dia é indicador de que a cirurgia correu sem intercorrências, *“...veio fazer uma cirurgia, vai para casa, é porque a cirurgia correu bem, o paciente está bem, prontos, é muito bom”* (E28).

A influência do parecer médico também é muito importante para os familiares *“...desde que tudo esteja sob controlo por parte dos médicos, devem saber o que estão a fazer, não é?”* (E32), o facto de não ficar internado *“...a pessoa já vem com aquele mais à vontade, percebe? Uma pessoa que vai ter que ficar ali, dias e dias, é diferente não é? Mas acho que é muito bom.”* (E34).

Lemos (2001) refere que “ao nível das vantagens sanitárias que ... menor incidência de infecções adquiridas em meio hospitalar, menor incidência de complicações pós operatórias.” (p. 42), estas também são premissas valorizadas pelos nossos participantes.

Deslocação ao hospital, torna-se uma vantagem económica em termos familiares, porque a Cirurgia Ambulatória contribui para diminuir as despesas associadas a deslocações ao hospital, nomeadamente gastos em transportes, assim como reduz as faltas ao trabalho. Muitas das vezes os horários de visitas instituídos pelo hospital, não são os convenientes para a família, obrigando esta a efectuar ajustes para que o seu familiar não permaneça sozinho nas horas das visitas. Em Cirurgia Ambulatória estes aspectos são sem dúvida minimizados, pelo tempo que o doente permanece no serviço.

Por vezes, noutros regimes cirúrgicos está patente a necessidade de se recorrer a amigos, ou vizinhos, enquanto que na Cirurgia Ambulatória há uma minimização desses pedidos de ajuda. *“É, eu prefiro. É que eu tenho a pessoa que me trouxe, tem que estar no aeroporto e ele não me podia trazer sempre...”* (E25). *“Não ter necessidade se deslocar várias vezes ao hospital, Pronto, como é que eu hei-de dizer, ..., não andar, de trás para a frente. Não andar de transporte para um lado para o outro.”* (E26).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 19 constata-se que os familiares dos idosos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, como vantagens apontadas, estas encontram-se distribuídas a nível de, sem internamento (n=9), ausência de complicações (n=4) e deslocações ao hospital (n=3).

Relativamente aos aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória os participantes referiram o esquematizado no diagrama n.º 20.

CATEGORIA: Opinião sobre os aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória.

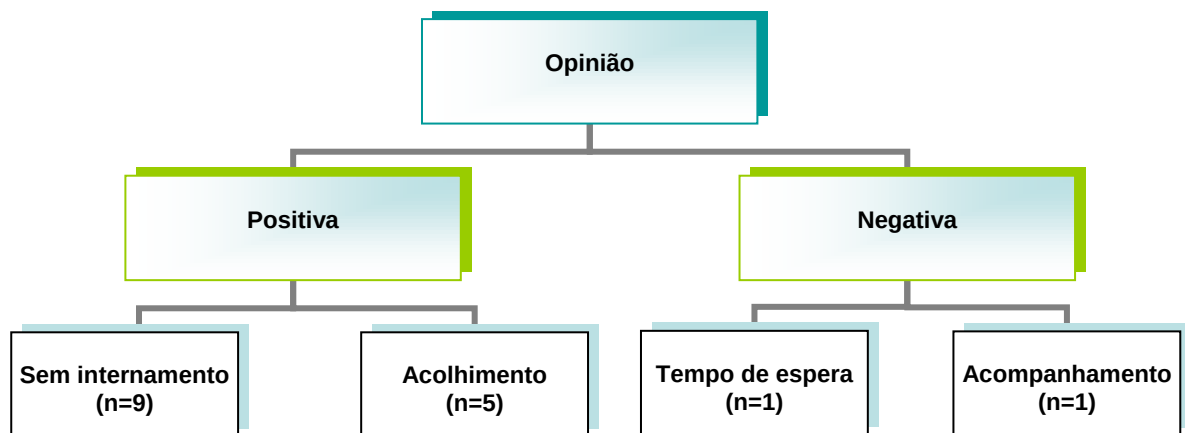


Diagrama n.º 20 – Subcategorias que emergiram da categoria: opinião sobre os aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, familiar do idoso.

Em enfermagem, e face à evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, ou seja da ciência, os doentes são encaminhados para o domicílio mais rapidamente, tal como acontece nos doentes submetidos a cirurgia em Cirurgia Ambulatória. Torna-se fundamental a parceria da família nos cuidados, reconhecendo a esta autonomia, autodeterminação e responsabilidade podendo considerar que está aqui subjacente uma forma de cuidar em Enfermagem. *“Eu sinto, eu acho que as pessoas são competentes, não é? (E8); “Foi bom, porque ele via mal, não é? E agora ficou a ver bem.” (E9); “E positivo, pronto, que ele fique bom, não é? Que fique a ver bem, mais nada.” (E26); “O que seria de positivo nisto tudo. Pronto, o que é positivo nisto tudo, é levar realmente a minha mãe embora” (E28); “... foi tudo muito rápido, acho que não se pode esperar mais.” (E32).*

Cirurgia Ambulatória na sua forma organizativa, permite que as cirurgias se realizem de uma forma mais rápida sendo o tempo de espera relativamente reduzido *“... acho que foi muito rápido até, não estava à espera disto tão rápido. Fui apanhada mesmo de surpresa porque ela foi á consulta e disse que ia ser operada á vista, mas eu nunca*

imaginei que fosse tão rápido” (E33); “ (...) para o meu pai também é muito bom, acho que tem tudo positivo e para ele não tem nada contra.” (E34).

Tal como referimos anteriormente, nos familiares dos adultos o acolhimento é importante no quotidiano das nossas relações, sendo ainda mais importante quando um indivíduo se dirige a uma instituição hospitalar, *“Eu acho que foi boa, estava ali uma menina atenciosa. E ele, deu-lhe logo o nome, não é? E...foi logo chamado, nós até nem esperamos nada, ...” (E9).*

O acolhimento ocorre num primeiro momento em que alguém tem contacto com a nova realidade, e com pessoas diferentes, em que uma destas (o profissional) tem conhecimentos do contexto do espaço e que outra (familiar) desconhece. *“ ...Ambiente, eu acho que é... está mais ou menos...” (E26).*

Rodrigues (1999) reforça que o acolhimento carece do cumprimento de atitudes próximas de empatia, das quais se poderão destacar: a demonstração de interesse e de disponibilidade, a capacidade de ouvir, a simpatia e a afabilidade, mas para além destas, devem ser também empregues atitudes positivas, tal como refere Jorge (2004) *“as atenções positivas ...interesse...” (p.73). “... mas depois acho que foi tudo muito bem informado, eles foram muito bem recebidos, acho que correu tudo bem...” (E32).*

Para, Cardoso e Pinto (2002), o processo de acolhimento transporta a capacidade de condicionar em grande parte o decurso do processo cirúrgico e a atitude do familiar em relação á avaliação de toda a dinâmica cirúrgica. *“Até fui bem atendida, em todos os aspectos, até agora fui, não tenho nada a reclamar...” (E33); “não tenho nada a apontar. De positivo, acho que as coisas, correram bem e estando a correr bem, por isso não tenho nada a apontar de negativo.” (E27).*

Quando o resultado cirúrgico que se espera obter é satisfatório, a opinião do familiar tende a ser positiva, porque é isso que lhe interessa, relegando e não valorizando aspectos que eventualmente foram menos positivos e de algum relevo para a satisfação global.

Analisando a sabedoria popular em que considera que *“quem espera desespera”*, também o nosso participante assim o interpretou. A espera é, sem dúvida, provocadora de cansaço, desespero e, muitas vezes, camuflada sendo provocadora de stress e consequentemente torna-se num aspecto negativo. *“Negativo é ter que se esperar muito tempo, ..., Estou aqui desde as 8h, já esperei muito tempo, não é “ (E26).*

Também um dos nossos participantes descreve *“..., eu acho que o mau nisto é uma pessoa não estar sempre ao pé deles.” (E7).*

Em termos globais, pelo diagrama n.º 20 constata-se que os familiares dos idosos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, e no que concerne aos aspectos positivos que mais se destacaram, encontram-se distribuídos a nível de, sem

internamento (n=9), acolhimento (n=5). Relativamente aos aspectos negativos: tempo de espera (n=1) e acompanhamento (n=1).

Nesta segunda fase far-se-á a interpretação dos dados recolhidos no domicílio, iniciando a nossa entrevista com a questão relativa às vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, para os participantes.

CATEGORIA: Vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia.



Diagrama n.º 21 – Subcategorias que emergiram da categoria: Vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do idoso.

Hanson (2005), citando Corbin e Strauss (1988), afirma que são os processos pelos quais as famílias passam a lidar com um problema de saúde ou doença, e os tratamentos médicos, que se tornam parte integrante das suas vidas diárias. Conforme a gravidade da doença, a família adota comportamentos que adequa face a cada situação, e reorganiza-se para que os problemas sejam minimizados. *“Olhe é bom, porque assim evita de a gente andar sempre a correr para o hospital e para eles também é bom, porque estão, passam aquela noite com a família e tudo e para mim também foi bom, ...”* (V7); *“Importante porque, é uma coisa rápida, assim e já não faz tanto descontorno, não é?”* (V8); *“Estar em casa, sim. (V26); Uma pessoa está em casa, até para a própria pessoa que está com os familiares, quando são aqueles casos difíceis que não pode ser, não pode ser.”* (V27); *“São boas, porque, por um lado são boas, porque, prontos ele veio logo para casa e estamos mais descansadas.”* (V32).

A presença da família poderá constituir uma importante fonte de apoio para a recuperação do doente, sendo para isso fundamental que a equipa de saúde estabeleça uma interacção com os seus familiares, de modo a minimizar a ansiedade e a angústia destes e, assim, potenciar a sua participação na recuperação do doente. *“Uma pessoa já assim, já á nossa beira, parece que não conta muito. A primeira vez, sentiu-se assim, com medo, mas agora já foi mais à vontade.”* (V8); *“Assim está connosco não é? Com a*

família, eu acho que sim, é melhor para ele, acho que sim, que assim tem os miminhos da mulher, não é?” (V9); “Foi bom, foi bom. Claro que se ficasse internado era outras canseiras, não é? A gente em casa, sempre consegue facilitar melhor.” (V33); “Ai, eu acho que é muito bom. Porque pelo menos tem-lo ao pé de nós, já não é aquela coisa, de estar lá, não está, está bem e ele aqui ao pé de nós...” (V34).

O modo como se entende o acto cirúrgico no processo de saúde/doença, permite que quando a cirurgia é vista como uma possibilidade de recuperar a saúde e regressar às actividades de vida do quotidiano, livre dos desconfortos, causados pela doença, então o momento da cirurgia e a sua recuperação serão vivenciados com serenidade, sem medos ou receios. “Não é, eu acho que não é uma operação muito delicada que, para estar lá, não é?” (V9); “...eu achei que isso é o normal da operação da vista, eu tenho a minha mãe com 96 anos, 96 e também fez em (...).” (V25); “quer dizer, são boas, sendo, a pessoa estando bem e podendo vir para casa, são boas, não é?” (V27); “É bom, porque prontos, fez a operação, correu tudo bem e regressou a casa, muito bom.” (V28); “é sinal que correu tudo bem e que estava tudo bem. Por outro lado, fica-se sempre com aquela preocupação se acontecer alguma coisa o que é que vamos fazer...” (V32); “é assim, tem as suas vantagens, num caso destes que é uma cirurgia simples, agora, se fosse uma cirurgia complicada, era melhor deixá-lo estar lá” (V34).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 21 constata-se que os familiares dos idosos que realizaram cirurgia em regime de ambatório, as vantagens que apontaram para o regresso a casa no mesmo dia, e que mais destacaram, encontram-se distribuídas a nível de, conforto (n=5) de acompanhamento (n=4) e ausência de complicações (n=6).

Quando questionados no sentido de manifestarem opinião sobre, a intervenção cirúrgica constitui problema para a família, gerar-se a seguinte categoria.

CATEGORIA: Alterações familiares com a intervenção cirúrgica.

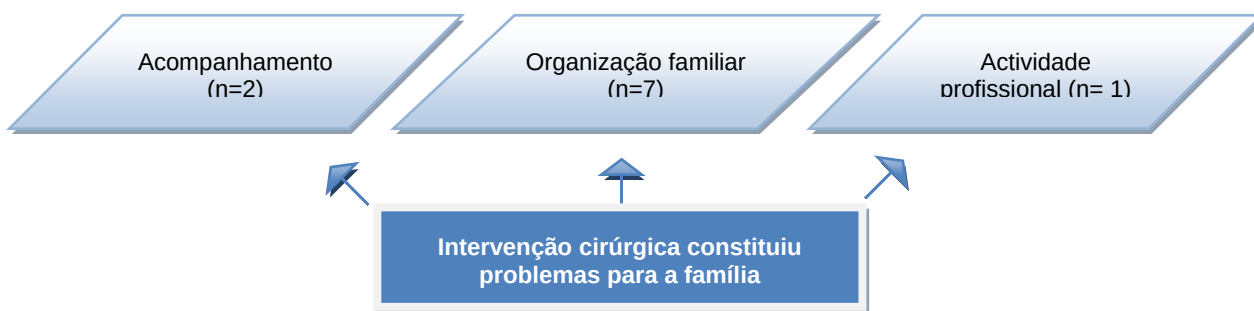


Diagrama n.º 22 – Subcategorias que emergiram da categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica, familiar do idoso.

Cada família tem sua organização, apresentando-se com um dinamismo que lhe é próprio, capaz de conceber a sua autonomia e de enfrentar as situações mais adversas, *É, mas pouco. “Só quando sair daqui vê, daqui em diante não sei. Até aqui é assim, até aqui não tenho problema nenhum, ...”* (V25) propiciando soluções de ajuste de acordo com a sua percepção, a sua capacidade de gestão dos recursos e de novas dotações. A família, no seu funcionamento, integra as influências externas mas não está dependente delas...; *“Estou por casa, eu agora não trabalho, para agora”.*(V26) ...há forças internas que contribuem para a sua «regulação», conferindo-lhe uma capacidade auto-organizativa... *“estou em casa, e prontos, tinha que estar lá às 15h mas depois uma pessoa chegou a casa e arranjou as coisas, ..., chegamos a casa na hora do almoço, eu arranjei qualquer coisa para aquele dia e as coisas organizaram-se.”* (V27) ... e uma coerência e consistência no jogo de equilíbrio dinâmico interior – exterior, *“... Foi só realmente levá-la e esperar e trazer”* (V28).

Ripper (2005) faz alusão à teoria de sistemas da família, referindo que os membros da família encontram-se interligados e dependentes uns dos outros.” *Eu e o meu irmão estamos de manhã e depois os outros meus irmãos, nós somos 6, os outros meus irmãos de tarde também estão em casa e talvez venham cá.”* (V32).

Neste sentido, quando surge uma alteração na saúde de um dos membros, todos os outros serão afectados e a unidade familiar sofre alterações.” ... *conciliamos porque entre a família, uns e outros ajudaram e conciliou-se bem,...* “(V33); *“Exacto, tem a mãe que também colabora um bocadinho, está sempre ao pé, está sempre por perto e isso no caso, de, mas graças a Deus...”* (V34), e sendo assim a organização familiar vai-se mantendo com a colaboração de todos os seus membros.

A família tem como função essencial e inerente, a sobrevivência dos seres humanos, mas tem sofrido alterações ao longo dos tempos, ao sabor das mudanças sociais, económicas e tecnológicas. Em tempos distantes, garantir a sobrevivência era um facto quotidiano, sendo também, e tal como hoje a expressão *tomar conta*, *velar* ou simplesmente *cuidar*, representativas de um conjunto de actos que tem como finalidade principal manter a vida dos seres vivos. *“...dou o apoio ao meu pai. Se eu trabalhasse era mais complicado, por causa das gotas, tinha que recorrer a uma pessoa, fora da família, ou um vizinho ou coisa assim, porque ele acho que não conseguia lá chegar para por as gotas, assim como estou em casa, dou-lhe apoio e qualquer coisa.”* (V7).

A família desempenha um papel fundamental na manutenção do bem-estar físico e psicológico, do doente cirúrgico, assumindo, por excelência um ponto de apoio, *“... Pronto, consigo, o que for preciso ajudar...”* (V8).

A integração da família/pessoa significativa nos cuidados do doente é fundamental, uma vez que a família é considerada um auxílio fulcral e decisivo no acompanhamento do doente na alta.

Novamente a actividade profissional não foi afectada, reforçando a ideia já mencionada, que a Cirurgia Ambulatória é uma mais-valia por não alterar a dinâmica familiar, a este nível.” ...*não tive de faltar ao trabalho*”. (V33).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 22 constata-se que os familiares dos idosos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, a mesma causou alterações na dinâmica familiar em termos de organização familiar (n=7), ao nível de acompanhamento (n=2) e da actividade profissional (n=1).

Quando solicitadas, aos participantes, sugestões para melhorar o apoio no domicílio surgiram as apresentadas abaixo.

CATEGORIA: Sugestões sobre o apoio no domicílio.

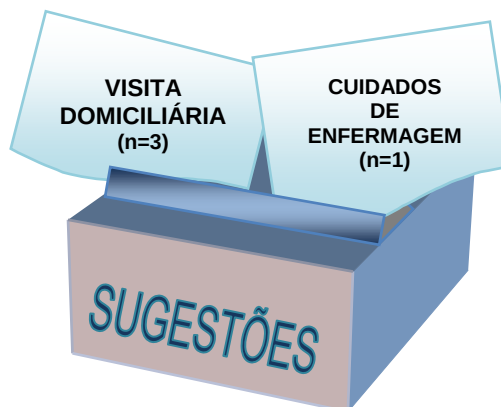


Diagrama n.º 23 – Subcategorias que emergiram da categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio, familiares do idoso.

Nem toda a ida ao domicílio pode ser considerada uma visita domiciliária. Para que tal aconteça, esta actividade tem que compreender um conjunto de acções. A sua execução pressupõe o uso de técnicas de entrevista e de observação sistematizada, e a sua realização requer um profissional habilitado com conhecimentos específicos, como a de um enfermeiro. “*Só se fosse pessoas a vir, enfermeiros, ...*” (V7).

Pode considerar-se a visita domiciliária, como um instrumento fundamental na estratégia da saúde da família na prestação dos cuidados, “*Sim, só se fosse uma coisa muito importante...*” (V8).

Bull *et al* (2000) encontraram relação entre a preparação do regresso a casa, que engloba visitas domiciliárias após a alta, com a satisfação das pessoas doentes e prestadores de cuidados, sobre adequação da intervenção às suas necessidades. Referem ainda, que a percepção por parte das pessoas doentes e/ou prestadores de

cuidados, da continuidade de cuidados e da sua preparação, são os melhores indicadores de satisfação do processo de preparação do regresso a casa.

A recepção de informação sobre a condição de saúde da pessoa idosa, medicação entre outros, contribui para a satisfação com os cuidados prestados, permitindo às pessoas idosas e prestadores de cuidados o sentimento de estarem melhor preparados para gerir os cuidados após a alta. *“Apoio em casa, o hospital, não dá apoio em casa.”* (V25).

O enfermeiro deverá proporcionar ao doente /família/prestador de cuidados, apoio de forma a ensinar e instruir sobre a forma de lidar com os doentes. Como é referido nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001) *“Os cuidados de enfermagem tomam foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a de adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”* (p. 8-9) , *“...enfermagem, ..., no caso, podia muitas pessoas em vez de estar no hospital, e que podia estar em casa, se houvesse...mas eu, não tenho problema nenhum, ...”* (V25).

Em termos globais, pelo diagrama n.º 23 constata-se que os familiares dos doentes idosos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, sugerem que o apoio ao domicílio deveria passar pela visita domiciliária (n=3), cuidados de enfermagem no domicílio (n=1) sendo que, a maioria dos participantes considera que não há nada a acrescentar (n=7)

Na finalização da nossa entrevista questionamos acerca de como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, verificando-se poucas sugestões como se pode constatar nos dados apresentados baixo.

CATEGORIA: Como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória.

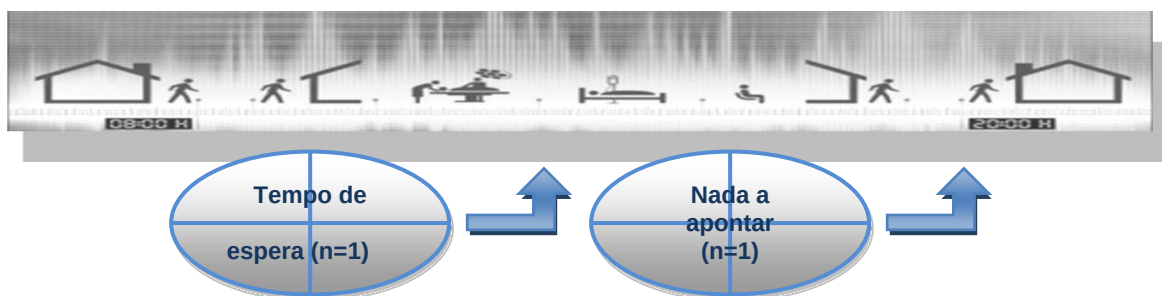


Diagrama n.º 24 – Subcategorias que emergiram da categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar do idoso.

“Acho que, não esperar tanto, acho que a gente, acho que espera muito, ainda é duas horas...” (V26).

Tal como a matriz 24 (anexo IV) nos permite constatar, a grande maioria dos familiares dos idosos, não apresentaram qualquer sugestão de forma a melhorar a prestação de cuidados no serviço de Cirurgia Ambulatória, no entanto, não se mostraram insatisfeitos com o serviço que lhes foi prestado quer de apoio directo quer a nível de informação prestada.

6.2.4. Análise, interpretação e discussão dos dados: familiar da criança, adulto, idoso.

Quando questionados sobre como definem o apoio no serviço Cirurgia Ambulatória, durante a permanência do seu familiar no serviço e pelo gráfico abaixo apresentado, o apoio que o serviço de Cirurgia Ambulatória presta ao familiar do doente, é considerado pela maioria dos familiares como muito bom, na opinião dos familiares, do adulto (n=11), familiar da criança (n=8) e familiar do idoso (n=5). As maiores oscilações positivas detectaram-se nos familiares dos idosos em que consideraram o apoio também bom (n=5), metade considerou o apoio como bom.

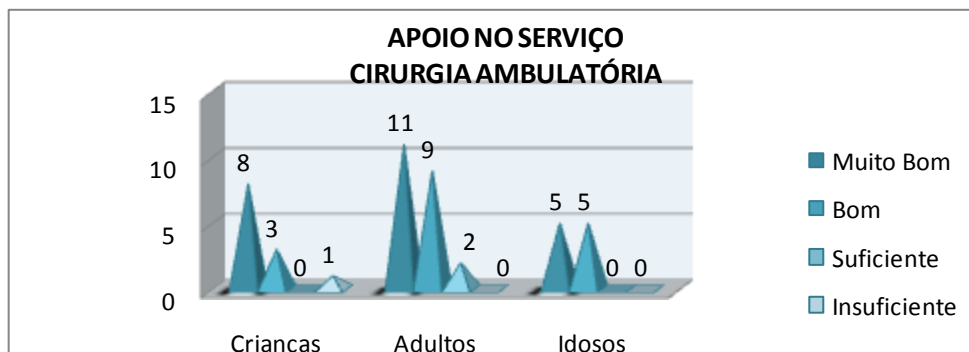


Gráfico n.º 3 – Distribuição número de participantes: apoio no serviço Cirurgia Ambulatória.

Quando questionados sobre como definem o tempo de espera, durante a permanência do seu familiar no serviço de Cirurgia Ambulatória, verificamos que a maioria dos participantes, independentemente do grau de parentesco com o doente, consideraram esse tempo de espera *stressante*. A referir: familiar da criança (n=12), do adulto (n=11) e do idoso (n=4) assim como o consideraram inquietante, familiar da criança (n=7), do adulto (n=9) e do idoso (n=5) representando 50% dos familiares dos idosos.

Em termos de tempo de espera, as incidências são ligeiramente inferiores, destacando-se apenas os familiares dos adultos (n=9) que consideraram o tempo de espera demorado.

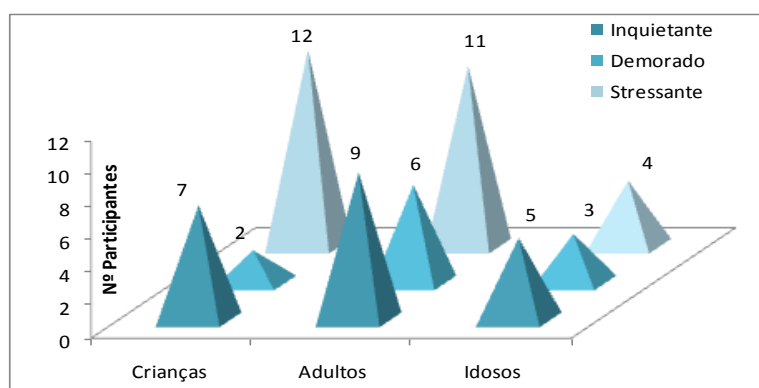


Gráfico n.º 4 – Distribuição número de participantes – Tempo de Espera no serviço Cirurgia Ambulatória.

Quando questionados sobre as dificuldades que sentiu no domicílio, os familiares referem que as dificuldades que sentiram no domicílio, relacionaram-se com: penso (n=31); dores (n = 30); alimentação (n=18) e por último mobilização (n=5).

Destaca-se também, os familiares das crianças que sentiram dificuldades no domicílio, relativamente como agir quando a criança apresenta dor (n=20), cuidados com o penso (n=10) e alimentação (n=10).

Paralelamente, os familiares dos adultos, indicaram como maior dificuldade, como agir nos cuidados com o penso (n=15) e com as dores (n=10). Por último, os familiares dos idosos indicaram como maior dificuldade no domicílio, a mobilização (n=5) e penso (n=6).

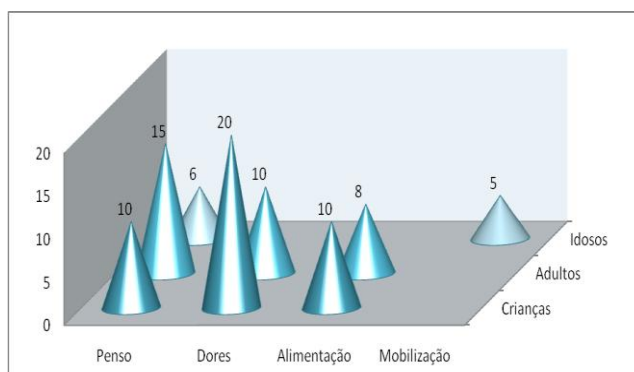


Gráfico n.º 5 – Distribuição número de participantes: dificuldades sentidas no domicílio.

CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO

Todo o trabalho de investigação passa por um processo complexo, e desde as primeiras ideias e reflexões sobre o que viria a constituir este trabalho, foi percorrido um longo caminho, no entanto sempre com o objectivo de que com esta investigação, pudesse trazer alguns contributos para a qualidade dos cuidados em Cirurgia Ambulatória.

A curiosidade de encontrar algumas respostas às questões em reflexão, foi ganhando forma, tornando-se num trabalho científico sobre as vivências dos familiares em Cirurgia Ambulatória, que se concretiza nesta Dissertação, onde se sistematiza as ideias principais deste estudo.

No decorrer deste longo percurso de investigação, e aquando do contacto com os participantes no estudo, surgiram oportunidades privilegiadas de momentos de reflexão e de aprendizagem, que contribuíram de uma maneira indescritível, para o crescimento pessoal, profissional e desta forma, colaborou para nos sentirmos ainda com mais segurança para o bom desempenho da prática dos cuidados de enfermagem.

A intervenção cirúrgica é um factor que, de acordo com os autores consultados, influencia quer o doente, quer a sua família.

Numa sociedade cada vez mais desenvolvida cientificamente, grande parte das intervenções cirúrgicas são tendencialmente realizáveis em Cirurgia Ambulatória, permitindo que os familiares assumam a maior parte da responsabilidade dos cuidados pós operatórios.

Os cuidados no âmbito cirúrgico, foram alvo de significativas mudanças e disso mesmo demos prova nesta Dissertação.

As conclusões que tirámos do nosso estudo emergem, dos objectivos propostos, do enquadramento estruturador da investigação, das questões formuladas e da análise e interpretação dos dados. A base do trabalho centrou-se no regime de ambulatório em cirurgia, e o grupo estudado, nos doentes que aí acorrem, tendo em consideração as especificidades de cada grupo etário.

Este estudo permitiu ao investigador ter uma nova perspectiva sobre as vivências dos familiares, nomeadamente no seu domicílio, e este desafio de descoberta permitiu construir uma reflexão que, certamente, terá repercussões futuras.

Não se pretendeu com este trabalho realizar grandiosas descobertas nem universalizar efeitos. A investigação em enfermagem tem como objectivo aumentar o estado de conhecimentos sobre o fenómeno em estudo e devolver à profissão novos conhecimentos sobre o fenómeno estudado.

Em função dos dados obtidos neste sentido, as sugestões mais pertinentes a fazer para a realização de trabalhos de investigação futuros, prendem-se com a obtenção da perspectiva da parceria, enfermeiro/familiar nos cuidados pós cirurgia em regime ambulatorio.

Temos noção que ainda fica muito por estudar e por aprofundar nesta área, e especialmente no conhecimento das vivências dos familiares em contexto de Cirurgia Ambulatória.

O tipo de estudo que se adoptou teve uma finalidade precisa, e foi realizado em determinados contextos, envolvendo um grupo de participantes que partilham uma dada realidade. As opções seguidas, proporcionaram-nos a noção de que este estudo não permite nenhuma generalização de resultados, mas a identificação de algumas premissas, que podem vir a ser desenvolvidas em investigações futuras. Ao longo dos tempos a permanência dos familiares junto dos doentes aquando do seu processo cirúrgico e especialmente durante o seu internamento, foi variando, no entanto actualmente as Instituições de Saúde são mais permissivas nesse acompanhamento, às famílias

Este trabalho, desenvolvido com o intuito de cumprir os objectivos previamente traçados, permitiu a redacção das conclusões que se seguem e pelo carácter descritivo do estudo, de índole qualitativo, não é propósito da fase conclusiva proceder a uma generalização de conclusões, mas simplesmente proceder à sua exposição.

REFLEXÕES

Hoje em dia, a criança é vista como um ser indissociável da família, que tem necessidades inerentes de proximidade com os seus familiares e especialmente quando está doente. O mesmo sucede com os familiares que têm necessidade de os acompanhar a par e passo, e se possível fisicamente em todo o seu processo cirúrgico. Toda esta situação de proximidade tem contornos especiais neste âmbito, todo o processo cirúrgico releva a teoria geral dos sistemas.

Esta teoria contribuiu para verificar, que a família é mais que a soma das partes, e que as alterações surgidas num elemento da mesma, implica alterações nos restantes elementos (tal como referem autores citados na fundamentação teórica).

No entanto também aos familiares do doente adulto e idoso, passam pela mesma situação e actualmente cada vez mais é-lhes permitida a espera num espaço junto das salas de operações, sendo desta forma possíveis terem acesso a notícias mais rapidamente, à evolução da própria cirurgia e especialmente estarem e sentirem-se mais próximos.

Na perspectiva da família das crianças, que realizaram cirurgia em regime de ambatório, a sua dinâmica familiar sofreu algumas implicações relativamente à ansiedade e receios, assim como teve repercussões na actividade profissional, na escola, e, por último, surgiram também situações de *stress*.

As implicações no domicílio, durante o período de recuperação dos doentes, manifestaram-se nas dificuldades em: como prestar cuidados ao doente, e também na informação necessária aos cuidados no pós-operatório. A cirurgia em regime de ambatório, causou também alterações na dinâmica familiar, dentro da sua própria organização, não só ao nível de acompanhamento mas também ao nível da actividade profissional.

As vantagens apontadas relacionam-se com a não existência de internamento, com a maior probabilidade de ausência de complicações pós cirúrgicas, com a necessidade de deslocação ao hospital só no próprio dia e por fim não causar grandes incómodos na sua actividade profissional.

Os aspectos positivos que mais se destacaram, foram a ausência de internamento e o acolhimento. Relativamente ao regresso a casa no mesmo dia, as vantagens que mais destacaram, são as relativas ao conforto, acompanhamento próximo e ausência de complicações.

Os familiares das crianças, que realizaram cirurgia em regime de ambatório, sugerem que o apoio ao domicílio deveria passar pela visita domiciliária, contacto pós-operatório e cuidados de enfermagem no domicílio, sendo estes cotados como aspectos importantes. Na sua grande maioria, o grupo estudado considerou os serviços prestados, sem nada a apontar.

Relativamente aos familiares dos adultos, que realizaram cirurgia em regime de ambatório, referiram que a dinâmica familiar sofreu algumas transformações no âmbito das rotinas de casa, na ansiedade e receios, na actividade profissional, relevando por último situações de *stress*.

As implicações que surgiram no domicílio durante o período de recuperação do adulto, relacionaram-se em como lidar com a dor, assim como com cuidados ao doente, e ainda com a autonomia familiar e com as rotinas de casa.

As vantagens apontadas, encontram-se associadas ao facto de não existir internamento, a ausência de complicações e a deslocação ao hospital. Os aspectos positivos que mais se destacaram, incidem na ausência de internamento, e no acolhimento tido.

Por outro lado, os aspectos negativos, encontram-se distribuídos e directamente associados ao impacto da cirurgia no doente, às consequências da cirurgia, ao desconhecimento, ao temp de espera assim como a factores a nível organizacional.

Paralelamente, as vantagens que apontaram para o regresso a casa no mesmo dia, e que mais destacaram, encontram-se distribuídas no âmbito do conforto, no acompanhamento e ausência de complicações.

Relativamente às alterações que a cirurgia causou na dinâmica familiar, as destacadas relacionam-se com mudanças em termos de organização familiar, bem como de acompanhamento e actividade profissional.

Na maioria da opinião dos familiares dos doentes adultos, que participaram no estudo, sugerem que o apoio ao domicílio deveria passar pela visita domiciliária, contacto no pós-operatório e através de cuidados de enfermagem no domicílio, deixando como sugestão, melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Os familiares dos doentes idosos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, e no que respeita à dinâmica familiar, sofreram algumas implicações relativamente à ansiedade e receios assim como à angústia da família, sua autonomia, e, por último, nas rotinas de casa. Nas dificuldades sentidas no domicílio, durante o período de recuperação dos doentes, referem as ligadas com os cuidados ao doente, com a própria família e autonomia.

As vantagens apontadas pelos familiares dos doentes idosos que realizaram cirurgia em regime de ambulatório, encontram-se distribuídas com o ser desnecessário internamento, não ter havido interferência com a estrutura familiar, assim como a ausência de complicações e deslocação ao hospital.

Sobre os aspectos positivos que mais destacaram, encontram-se o não internamento e o acolhimento. Como vantagens, indicaram o regresso a casa no mesmo dia, destacando o conforto a nível do acompanhamento e a ausência de complicações.

A dinâmica familiar dos doentes idosos, sofreu alterações em termos de organização e de acompanhamento. Sugerem contudo, que o apoio ao domicílio deveria passar pela visita ou contacto pós-operatório, sugerindo cuidados de enfermagem no domicílio sendo que, a maioria dos entrevistados considera não haver nada a acrescentar.

Apesar dos participantes nos seus relatos não evidenciarem alterações na dinâmica familiar, através da análise dos dados sugere-nos que houve alterações na mesma ainda que por um período de tempo reduzido, existindo a necessidade de recorrerem a outros subsistemas familiares. Mesmo a nível do seu próprio sistema, a família teve que se reorganizar, existindo tarefas que teriam que ser realizadas por outros por impossibilidade do familiar habitualmente responsável por elas. Existiu também alterações ao nível profissional, o que implicou mudanças significativas nomeadamente na assiduidade, tendo que faltar ou mesmo recorrer ao uso/gozo do período de férias,

antecipadamente, alguns para não perderem a situação profissional, e devido a precariedade de emprego, tiveram mesmo que pedir ajuda a pessoas extra família.

Envolver a família nos cuidados ao doente submetido a cirurgia em contexto de Cirurgia Ambulatória, é uma premissa que os enfermeiros/familiares tem que atender e, neste sentido, face à falta de informação referenciada pelos participantes quer no intra operatório, quer no pós-operatório, seria uma mais-valia para esta parceria que os enfermeiros apostassem mais na informação/formação relativas aos cuidados no domicílio, visto serem os aspectos onde sentem mais dificuldades e receios.

A intervenção cirúrgica foi geradora de *stress* nos três grupos de participantes em estudo, pois mesmo quando estes referem não terem sentido *stress*, a sua voz trémula, a sua postura, o medo do diagnóstico, são indicadores de alterações do seu estado.

Os cuidados de enfermagem são vistos como uma mais-valia quer no hospital, quer na continuidade dos cuidados no domicílio, pois o conhecimento da evolução do estado de saúde do seu familiar e a habilidade no desempenho das técnicas cuidativas são reduzidos e limitativos por parte dos familiares, pelo medo que têm em errar, levando-os a recorrer ao serviço de Urgência e aos Centros de Saúde ao minimo sinal de alteração que, com mais conhecimentos em termos da evolução normal pós cirurgia, esse medo seria ultrapassado sem maiores dificuldades.

LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

Grande parte dos achados na investigação, têm algumas limitações que o investigador reconhece. Estas não devem ser admissão de fracasso, mas sim um limite que os leitores aquando da sua investigação, devem reflectir, ao examinar as suas descobertas e conclusões.

O investigador deve ter consciência que ao verificar essas limitações na investigação, para além de identificar outras áreas de estudo, poderá estar abrir caminhos para possíveis estudos subsequentes. Pode-se considerar que, o que é limite para um investigador, pode ser o início para outro investigador e motivador de novas abordagens.

Na elaboração desta Dissertação algumas foram as limitações com as quais nos deparamos e salientamos:

➤ A impossibilidade de conhecer, na totalidade, as vivências e sentimentos dos participantes neste estudo, se considerarmos que o processo comunicacional depende de muitas variáveis.

Nota 1: Muitas das vezes que os participantes permaneciam em silêncio, como que intimidados em relação ao que poderiam exprimir, esta comunicação não verbal,

constituiu uma forma dos mesmos se manifestarem, sendo assim neste sentido, há uma perda de informação que é essencial para a compreensão do fenómeno das vivências e, por isso, torna-se difícil de quantificar e de analisar.

Nota 2: Face á teoria da aprendizagem de William Glasser, citado por Sprinthall e Sprinthall (1999, p.533), nós retemos 20% do que ouvimos, 30% do que vemos, 50% do que vemos e ouvimos em simultâneo, 80% do que dizemos e 90% do que dizem e do que fazemos; ao mesmo tempo, seria uma ambição grandiosa compreender e conhecer as vivências dos nossos participantes na sua globalidade, não só porque o investigador não esteja apto a capturar a plenitude dos relatos da informação, mas também pelo facto do participante não comunicar e transmitir na universalidade a realidade que vivencia, omitindo reacções e pensamentos.

➤ Uma outra limitação do estudo, foi o tempo estipulado para o término do estudo de investigação. O facto da maioria das vezes o investigador se encontrar em “contra-relógio” para a entrega da Dissertação, acaba por apressar a realização de todos os passos do processo de investigação. Contudo consideramos que apesar desta limitação o estudo de investigação seguiu os diferentes passos e fases.

➤ Outra situação que pode ser considerada como limitação, foi o facto sendo o investigador parte integrante da equipa que cuida dos familiares dos participantes do estudo, estes podem ter-se sentido intimidados e com receio de serem punidos e, por isso, terem respondido de forma politicamente correcta e limitarem a sua participação, omitindo factos.

Nota 3: Por muito que se tenha estudado e investigado, na realidade ainda se verifica que a relação que se estabelece profissional de saúde/doente/família ainda é uma relação que se orienta pela relação de paternalismo, provavelmente justificado pelo nível cultural, pela dependência monetária, visto que geograficamente os participantes estarem inseridos numa região em que o desemprego tem vindo sucessivamente a aumentar levando à sua precariedade, havendo falta de recursos para recorrerem a outras instituições.

Estamos convictas de que, apesar de tudo o que referimos, houve sempre a boa vontade de fazer o melhor possível, aprender fazendo, rigor científico e uma luta constante contra a desmotivação e cansaço, que um trabalho desta natureza muitas vezes induz, devido à dificuldade na conciliação da prática dos cuidados/vida familiar/investigação.

Deste esforço resulta um trabalho, que esperamos ser um contributo para a prática dos cuidados no sentido de a melhorarmos e de sobretudo vermos o doente/família mais satisfeitos com esses cuidados, reconhecendo o Enfermeiro, como um prestador fundamental no seu bem mais precioso, que é a Vida.

Nunes (2003) considera que a enfermagem só pode evoluir se existir investigação feita por enfermeiros. Tendo em conta o rápido crescimento da ciência, a investigação em enfermagem, tem um papel primordial na promoção de uma melhor resposta às necessidades da população em matéria de saúde. Esta autora refere que a investigação numa dada disciplina, visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão.

Na construção da disciplina, a influência de saberes que se desenvolveram e cimentaram no contexto extra disciplinar, fez com que existisse uma enfermagem teórica e uma enfermagem prática, o que levou ao aparecimento duma relação dicotómica entre uma orientação profissional e uma orientação académica (Amendoeira, 2004).

Contudo, esta relação complementa-se, visto que a investigação é essencial para a enfermagem, quer para o próprio profissional, quer mesmo para a contribuição do conhecimento das vivências e, conseqüentemente, das necessidades de quem recorre aos cuidados de saúde, permitindo-nos, desta forma, gerir adequadamente os cuidados, de modo a colmatar as necessidades e a satisfazer os nossos doentes, preocupando-nos cada vez mais com qualidade de cuidados.

IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

De forma resumida, gostaríamos de deixar algumas das implicações e sugestões que o nosso estudo poderá ter no domínio dos cuidados, na formação, na gestão e na investigação, tendo como premissa que este estudo será um contributo ainda que singelo para a melhoria dos cuidados em enfermagem.

Relativamente aos **cuidados de enfermagem**, abordaremos o acolhimento; no intra-operatório, na alta e no pós-operatório.

➤ No que respeita ao acolhimento, o momento de admissão do doente e do seu familiar deverá ser efectuado de uma forma individualizada e personalizada, o local de admissão do doente/família deverá ser acolhedor, livre de grandes confusões, de barulhos e acima de tudo com privacidade, permitindo que a pessoa significativa/acompanhante esteja presente até ao momento da passagem para a sala de preparação.

Antes da intervenção devem ser dadas informações escritas e verbais ao doente, acerca dos requisitos para a sua alta (se não existir avaliação pré-operatória), ceder contacto telefónico directo aos familiares e entregar guia de acolhimento.

➤ No intra-operatório, criar espaço para que familiares possam contactar com o familiar/doente porque, apesar de não existir internamento, a ansiedade por eles

manifestada e também referida, é que após verem o seu familiar ficam mais tranquilos e mais descansados.

➤ Na alta, entregar folhetos informativos sobre o pós-operatório e informações específicas do estado do doente para cada intervenção, indicar um número de contacto a quem podem recorrer caso tenham alguma dúvida, verificar se a consulta de pós-operatório está marcada.

➤ No pós-operatório, efectivar o contacto telefónico conforme indicação CNADCA, para determinadas cirurgias efectuar-se visitas domiciliárias, continuidade de cuidados em parceria com os Centros de Saúde (através de correio electrónico, fax, para permitir o envio de documentação relativa ao processo cirúrgico e não ter esta de ser fornecida ao doente, para que a entregue à equipa de enfermagem do Centro de Saúde ou outra instituição no seguimento destes cuidados)

➤ Relativamente à **formação em enfermagem**, cada vez mais, as instituições hospitalares são confrontadas com grandes desafios em matéria de recursos humanos. A diversidade e complexidade das actividades, bem como a qualidade do pessoal utilizado, exige uma gestão permanentemente preocupada com a sua formação em aspectos adequados às características e aos problemas concretos de cada organismo. Ela não pode ser orientada por padrões uniformes, mas como resposta às situações concretas de cada serviço.

As exigências de trabalho dos profissionais de enfermagem são muitas, devido à grande complexidade e diversidade de áreas, sendo conveniente não esquecer que os avanços tecnológicos e científicos, são cada vez mais e mais rápidos. Torna-se imperioso que, ao longo de toda a sua vida profissional, o enfermeiro tenha formação para que os cuidados de enfermagem sejam cada vez mais qualificados e para que, as dificuldades sejam colmatadas no seu desempenho. Só assim, conseguiremos excelência do cuidar.

A enfermagem é, talvez, das profissões que mais têm evoluído ao longo dos tempos e, por conseguinte, a necessidade de formação também tem aumentado, para superar e dar respostas em parte a esta evolução. Para que os profissionais de enfermagem valorizem mais os seus conhecimentos, torna-se premente e imperioso a actualização permanente. Neste sentido e enquadrado no âmbito do nosso estudo, seria pertinente referir o seguinte, a Cirurgia Ambulatória tal como outras áreas cuidativas em enfermagem, tem algumas especificidades quer ao nível do conhecimento, quer ao nível das relações, quer ainda ao nível ético, e, concomitantemente ao nível de cuidados.

O enfermeiro que desempenha funções num serviço de Cirurgia Ambulatória tem de ser possuidor de conhecimentos técnicos, científicos de diversas áreas desde cuidados gerais, a cuidados especializados e cuidados específicos, porque tem de estar apto assegurar as valências correspondentes ao Enfermeiro Anestesia; Enfermeiro

Circulante; Enfermeiro Instrumentista; Enfermeiro de Cuidados Pós Anestésico – Fase 1:Recobro Imediato; Enfermeiro de fase 2-Recobro Tardio; e Enfermeiro de Fase 3 -Alta. Por tudo isto, direccionar as formações de enfermagem nestas temáticas seria de todo benéfico, pois como se constata a nível nacional e internacional, as cirurgias efectuadas em Cirurgia Ambulatória serão cada vez mais, e existindo profissionais de saúde com saberes próprios nestas áreas o seu desempenho e a sua motivação será com certeza mais eficaz. Assim, a divulgação dos resultados deste estudo de investigação aos profissionais onde se realizou o mesmo, a publicação destes resultados, na revista Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória e/ou numa revista de Investigação em Enfermagem, podem dar o seu contributo para o crescimento da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

➤ No que concerne à **gestão em enfermagem**, face à situação actual de crise do país e consequentemente das unidades hospitalares, numa fase inicial, algumas das sugestões, serão difíceis de concretizar por falta de recursos humanos. No entanto, a criação da consulta de enfermagem - Anexo V, em que o doente deve receber por escrito ou verbalmente, uma descrição dos efeitos secundários pós operatórios possíveis de acontecer, por exemplo, referentes à anestesia geral, entre outros. Estas informações deverão ser dadas na avaliação pré-operatória: Contacto telefónico pré-operatório; contacto telefónico pós-operatório às 24 horas, 48 horas e um mês após; visita domiciliária; criação de um contacto directo telefónico; criação de um endereço electrónico; criação de um blogue; abertura do serviço ao público (permitindo que as pessoas ao mesmo tempo que efectivam a visita, pudessem usufruir de determinados cuidados de enfermagem, tais como: despiste de algumas doenças, avaliação de tensão arterial ...); Criação de espaços específicos para as crianças, com decoração própria, criar tempos cirúrgicos só para as crianças, criar tempos cirúrgicos para homens separados das mulheres, criar espaço para as visitas estarem com os seus familiares, criar site (com espaço para perguntas e respostas....), promover o início da formação na comunidade no âmbito dos cuidados primários, através de acções de formação, permitir que os profissionais de saúde usem nos períodos cirúrgicos das crianças, " fardas " mais acolhedoras; proporcionar acompanhamento dos pais, no período nocturno, tendo para tal uma cama; criar vestuário especial para as crianças; criar e-mail para comunicação e continuidade de cuidados entre a unidade hospitalar e a instituição que vai continuar a prestação de cuidados; criar correio electrónico para os doentes.

O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem, é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Qualquer estudo de investigação em enfermagem tem como finalidade suprema, contribuir para a valorização e consolidação da autonomia da profissão, pois é sabido que uma profissão constitui o seu corpo de conhecimentos e encontra o foco dos seus cuidados que a distingue das outras profissões através da pesquisa e da investigação.

Nesta orientação do saber, cremos que efectivamente as vivências dos familiares no contexto de Cirurgia Ambulatória são múltiplas, e pelo que constatamos seria pertinente associar á recolha de dados a comunicação não verbal. Tal como nos é constatado por Annick Oger Stefanink, 1987 in Phaneuf (2004) “A informação não verbal é superior à informação verbal: o seu impacto é imediato. Quer seja consciente ou inconsciente, intencional ou não intencional, ela não pode ser anulada por palavras” (p.69). Esta ideia foi reforçada, durante as entrevistas que se efectuaram, quer no meio hospitalar, quer no domicílio, pois verificou-se dificuldade das pessoas se exprimirem por palavras, associando, por vezes, linguagem não verbal, que não é possível recolher por gravação em fita digital, devendo-se associar a esta técnica de recolha de dados, outras técnicas para assim se conseguir analisar essa informação.

Seria também pertinente **desenvolver uma investigação** em que abrangesse todo o processo perioperatório, pois na nossa investigação estudamos a fase intra e pós-operatório, e, quiçá, realizar investigação nesta temática noutras instituições hospitalares.

*Na procura permanente da excelência no exercício profissional,
o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.*

Ordem dos Enfermeiros

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M., 2006, *(Des) Equilíbrios família: Uma visão sistémica*, 3ª Edição, Quarteto Editora, Coimbra.

ALGARVIO, S.; LEAL, I., 2004, *Preocupações parentais: validação de um instrumento de medida*, Psicologia, Saúde e Doença, 5 (2): 145-158.

ALVAREZ, S. R. et al, 2002. *Cirurgia Mayor Ambulatoria Cirurgia de corta estancia. Planteamiento actualizado de dos programas complementarios*. In *Cirurgia Mayor Ambulatória*, 2ª Edição, Masson, p. 2.

AMAZONAS, M.C.; BRAGA, M. G. ,2006, *Reflexões acerca das novas formas de parentalidade e suas possíveis vicissitudes culturais e subjectivas*, 9 (2), p. 177-191. Disponível em www.scielo.br, consultado a 30 de Abril 2010.

AMENDOEIRA, J.. ,2004, *Enfermagem em Portugal. Contextos, actores e saberes*, *Enfermagem*, Lisboa, 2 (35-36), p. 13-22.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES, 2006, *Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*, Lusodidacta, Loures.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRÚRGIA AMBULATÓRIA, 2010, *Carta do Presidente*, disponível em <http://www.apca.com.pt/ver.php?cod=1F0A>, consultado a 4 de Março 2010.

AUSLOOS, G., 1996, *A competência das famílias; tempo, caos e processo*, 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa.

BALLARD, N.R., 2005, *Estrutura, função e desempenho familiares*. In HANSON, S.M. *Enfermagem de cuidados de saúde á família: teoria, prática e investigação*, 2ª Edição, Lusociência, Loures, 85-107.

BALLONE, G. J., 2005, *Da emoção à lesão*, Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=117&sec=22>, consultado a 7 de Junho de 2010.

BARKER, P., 2000, *Fundamentos da terapia familiar*, Climepsi, Lisboa.

BARDIN, L., 2008, *Análise de conteúdo*, 4ª Edição, Edições 70, Lisboa, p. 16, 97, 111.

BARROS, L., 2003, *Psicologia Pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista*, 2ª Edição, Climepsi, Lisboa, p. 31-39.

BARROS, L.; MONIZ L.J. ,2005, *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e Intervenção*, ASA Editores, S.A., Porto.

BENTO, M.C., 1994, *Cuidados e Formação em Enfermagem que identidade?* Horizontes Pedagógicos, Lisboa, 59-70.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S. ,2003, *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto Editora, Porto.

BOLANDER, V. E.; SORENSE, L. ,1998, *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiologia*, 1ª Edição, Lusodidacta, Lisboa, p. 494.

BONILLA, A.R., 1989, *A família do doente: leitura psicológica*, Hospitalidade, 53 (208).

BOSSE, P., 2002, *Family stress management*, London Sage Publication.

BOTTORFF J.L., 1991. *The lived experience of being comforted by a nurse*, Disponível em www.phenomenologyonline.com/articles/bottrof.html, consultado a 12 de Junho de 2010.

BRITO, L., 2001, *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*, Editora Quarteto, Coimbra.

BRUNNER, L. et al, 1985, *Nova prática de enfermagem*, 5ª Edição, Interamericana, Rio de Janeiro.

BULL, M.; HANSEN, H.; GROSS, C., 2000, *Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning*. Journal of Cardiovascular Nursing, 14, p.76-87.

CABRAL, D. M., 2004, *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória – Contributos para a sua implementação*, [Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, p. 88-89;181.

CARDOSO, A. B.; PINTO, P. ,2002, *Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem*, Revista Nursing, 170, p. 11-14.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. ,1995, *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar*, 2ª Edição, Artes Médicas, Porto Alegre.

CECIL, G.H., 2003, *Cultura, Saúde & Doença*, 4ª Edição, Artmed, Porto Alegre.

CEREJO, M., 2000, *Impacto de um Programa de Informação Estruturado na recuperação Pós operatória*, [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

CERQUEIRA, M., 2005, *O cuidador e o doente paliativo*, Formasau, Coimbra.

CHRISTENSEN, J., 1993, *Nursing Partnership. A model for Nursing Practice*, Churchill Livingstone, London.

COLLIÉRE, M. F., 2003, *Promover a Vida*, 2ª Edição, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, p. 15-38.

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO, 2008, *Relatório Final – Cirurgia Ambulatória: um modelo de qualidade centrado no utente*, Ministério da Saúde, Porto, p. 13-27.

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO, 2008. *Sumário Executivo do Relatório Final Elaborado pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (CNADCA)*, Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 9 (1), p. 13-21.

COSTA, M., 2006, *Cuidar idosos, formação, práticas e competências dos enfermeiros*. 2ª Edição, Formasau, Coimbra, p.15-38.

CRUZ, E.A.; VARELA, Z.M.V. ,2002, *Admissão em Centro Cirúrgico como espaço de cuidado*. Revista Electrónica de Enfermagem, 4 (1), p. 51-58. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>, consultado a 26 de Junho de 2010.

CRUZ, O., 2005, *Parentalidade*, 1ª Edição, Edições Quarteto, Coimbra.

DEL REY, C.F.; ALVEAR, L.M. ,1995, *Cuidados informales*, Revista Rol de Enfermeria. 18 (202), p. 61-65.

ELKIN, M.K.; PERRY, A.G.; POTTER, P.A., 2005, *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*, 2ª Edição, Lusociência, Loures, p. 490.

FERNANDES, J.A.C.; VENÂNCIO, D.M.G. ,2004, *Um olhar sobre o cuidar em contexto cirúrgico*, INFORMAR – Revista de Formação Continua em Enfermagem, X (32), p. 4-9.

FIGUEIREDO, M., 2002, *Contributos para a Clarificação do conceito de Enfermagem de família*, Revista Sinais Vitais, 45, p. 31-34.

FORTIN, M., 2003, *Métodos de amostragem*. In FORTIN, M. *O processo de investigação: da concepção à realização*, 3ª Edição, Lusociência, Loures, p. 201-214.

FORTIN, M.; BRISSON, D.P.; COUTU-WAKULCZYK, G., 2003, *Noções de ética em investigação*. In FORTIN, M. *O processo de investigação: da concepção à realização*, 3ª Edição, Lusociência, Loures, p. 113-130.

FORTIN, M., CÔTE, J.; VISSANDJÉE, B., 2003, *A investigação científica*. In FORTIN, M. *O processo de investigação: da concepção à realização*, 3ª Edição, Lusociência, Loures, p. 15-24.

FORTIN, M., CÔTE, J.; VISSANDJÉE, B., 2003, *As etapas do processo de investigação*. In FORTIN, M. *O processo de investigação: da concepção à realização*, Lusociência, Loures, p. 35-43.

FORTIN, M.; GRENIER, R.; NADEAU, M., 2003, *Métodos de colheita de dados*. In FORTIN, M. *O processo de investigação: da concepção à realização*, 3ª Edição, Lusociência, Loures, p. 239-265.

FREITAS, M., 2002, *Vivências dos Enfermeiros no envolvimento da Família nos Cuidados*, [Dissertação de Mestrado] Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, p. 17-23.

FILIPINI, R. et al, 2006, *Relacionamento enfermeiro, paciente e família: factores comportamentais associados à qualidade da assistência*, Arquivos Médicos ABC. 31 (2), p. 73-77, Disponível em <http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf>, consultado a 28 de Abril de 2008.

FILHO, W. D. L. et al, 2004, *As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais*. Família, Saúde e Desenvolvimento, 6 (2), p. 100-109. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/8061/5682>, consultado a 22 de Abril de 2008.

GAMEIRO, J., 1992, *Voando sobre a Psiquiatria*, Afrontamento, Porto.

GEDALY-DUFF, V.; HEIMS, M.L., 2005, *Enfermagem de Família em Saúde Infantil*. In HANSON, S. *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*, 2ª Edição, Lusodidacta, Loures.

GEORGE, J. B. et al, 2000, *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*, 4ª Edição, Artmed, Porto Alegre.

GONÇALVES, A. et al, 2001, *O enfermeiro e a família: parceiro de cuidados?* Revista Nursing, 12 (151), p. 11-17.

GONÇALVES, R., 2003, *Controlo do stress no acolhimento do doente cirúrgico no bloco operatório*, Informar, 30, p. 14-18.

GOOD, M.J.D. et al, 1992, *Pain as a human experience: an anthropological perspective*. Berkeley University of California Press, California.

GUERREIRO, T., 2004, *Relação enfermeiro – família*. In NEVES, M.C.P.; PACHECO, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*, Gráfica de Coimbra, Coimbra.

HANSON, S., 2005, *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*, 2^a Edição, Lusodidacta, Loures.

HÉBERT, M.L. et al, 2005, *Investigação Qualitativa - Fundamentos e Práticas*, 2^a Edição, Lisboa.

HELMAN, C.G., 2003, *Cultura, Saúde & Doença*, 4^a Edição, Artmed, Porto Alegre.

HESBEEN, W., 2000, *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*, Lusociência, Loures.

HOCKENBERRY, M.J.; WINKELSTEIN, W., 2006, *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 7^a Edição, Mosby Elsevier, Rio de Janeiro.

HOFFMAN, A.C. et al, 2005, *A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no quotidiano dos profissionais de saúde*, Família, saúde e desenvolvimento, 7 (1), p. 75-88.

JENKINS, R. L., 2004, *Cuidar das famílias no ambiente domiciliário*. In RICE, Robyn. *Práticas de enfermagem nos cuidados domiciliários*, 3^a Edição, Lusociência, Loures, p. 49-60.

JORGE, A.M., 2004, *Família e Hospitalização da criança (Re) pensar o cuidar em Enfermagem*, Lusociência, Loures.

KEPA, R. et al, 2004, *A universal definition of life: autonomy and evolution of the biosphere*, 34, p. 323 – 346.

KERLINGER, F.N., 2003. *Metodologia da Pesquisa em Ciências sociais – Um tratamento conceitual*, Editora Pedagógica e Universitária, São Paulo.

KLEINMAN, A., 1986, *Social origins of distress and disease*, Yale University Press.

KOLCABA, K.Y., 1991, *A taxonomic structure for the concept comfort*. Image, 23 (4), p. 237-240.

KOLCABA, K.Y., 1994, *A theory of holistic comfort for nursing*, Journal of Advance Nursing, 19 (6), p. 1178-1184.

KOLCABA, K.Y., 2003, *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. Springer, New York.

KOLCABA, K.Y.; KOLCABA, R.J., 1991, *An analysis of the concept of comfort*, Journal of Advanced Nursing, 16 (11), p. 1301-1310.

LABAJO, A.D.R.T.; GARCIA J., 2002, *Recupercion Postanestésica em Cirurgia Mayor Ambulatória*. In *Cirurgia Mayor Ambulatoria*, 2ª Edição, Masson, p. 113-117.

LADDEN, C., 2007, *Conceitos Básicos de Enfermagem perioperatória*. In MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. *Cuidados de enfermagem ao Paciente Cirúrgico*, 13ª Edição, Lusodidacta, Loures.

LAZURE, H., 1999, *Viver a relação de ajuda*, Lusodidacta, Lisboa.

LE BOTERF, Guy., 2000, *Competence et navigation professionnelle*, 3ª Édition, Éditions d'organisation, Paris, p.108.

LEITE, S., 2003, *Famílias em Portugal: breve caracterização sócio – demográfica com base nos censos 1991e 2001*, Revista de Estudos demográficos, 33, p.23-38.

LE MOS, P., 1999, *Opiniões & Realidades – Cirurgia Ambulatória: a aposta do fim de século*, Revista Enfermagem da Associação Portuguesa de Enfermeiros e da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2ª Série, 13, p. 5-10.

LE MOS, P., 2001, *A análise da Cirurgia Ambulatória em Portugal um desafio ou uma ilusão*, Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2 (1), p. 41 -42.

LE MOS, P. et al, 2001, *A expressão da Cirurgia Ambulatória em Portugal*, Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2 (1), p. 5-15.

LE MOS, P., 2003, *Porque não apostamos na Cirurgia Ambulatória em Portugal?*, Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 4 (1), p. 53-64.

LEMOS, P; JARRET, P; PHILIP, B., 2006, *Day Surgery - Development and Practice*. Clássica Artes Gráficas, Porto, p. 21-31.

LIMA, N., 2006, *O Desafio da Cirurgia Ambulatória*, Revista Associação dos Enfermeiros de Sala Operações Portugueses, VII (19), p. 13-18.

LOPES, S.; FERNANDES, P., 2005, *O papel Parental como foco da atenção de Enfermagem*, Sinais Vitais, p. 36-42.

LESSAR-HÉRBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G., 2008, *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*, 3ª Edição, Epistemologia e Sociedade, Lisboa.

LOURENÇO, M., 2004, *Cuidar no bloco operatório*, Revista Nursing, 187, p.25-28.

LOURENÇO, H.V., 2004, *A satisfação do utente face ao acolhimento*, [Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde] Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.

LOUREIRO, J., 2003, *Gestão do conhecimento*, 1ª Edição, Centro Atlântico, Vila Nova de Famalicão.

LUSSATO, B., 1995, *Informação e sistemas*, Dinalivro, Lisboa, p. 95.

MARCOS, A. et al, 2009, *Unidade de Cirurgia Ambulatória do Centro Hospitalar Gaia / Espinho E.P.E*, Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 10 (1), p. 11-15.

MARSHALL, S.; CHUNG, F., 1997, *Assessment of 'Home readiness': discharge criteria and post discharge complications*, Curr Opin Anaesthesiol, 10, p. 44.

MARTINS, M. M. F. P. S., 2002, *Uma crise acidental na família - o doente com AVC*. Formasau, Coimbra, p. 109-127.

MARTINS, M. M. F. P.S., 2004, *O adulto e a família uma parceria de cuidados*. [Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

MARTINS, T., 2006, *Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*, Formasau, Coimbra.

MANLEY, K; BELLMAN, L., 2003, *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*, Lusodidacta, Loures, p. 297-319.

MARANTIDES, D.K.; CASSMEYER, V.L. ,2003, *Stress, factores de stress e gestão do stress*. In PHIPPS, W. J.; DANDS, J. K; MAREK, F. *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*, 6ª Edição, Lusociência, Loures, p. 121-143.

MARQUES, S. C. L., 2007, *Os Cuidadores informais de doentes com AVC*, Formasau, Lisboa, p. 52-69.

MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C., 2007, *Cuidados de enfermagem ao Paciente Cirúrgico*, 13ª Edição, Lusodidacta, Loures, p.1059-1077.

MINISTROS, Presidência do Conselho de, 2008, *Resolução do Conselho de Ministros nº159-A/2009*, Diário da República, 1ª série, Nº 202, 17 de Outubro de 2008, p.7458-(2).

MINUCHIN, S.(1990) *Famílias, funcionamento e tratamentos*. Porto Alegre: Artes Médicas;

MINUCHIN, S., & FISHMAN, H.(1990) *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas;

MORAES, L; PENICHE, A., 2003, *Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais*, Revista da Escola Enfermagem da USP. 37 (3), p. 54-62.

MORALES, J. M, et al, 2002, *Antecedentes Históricos y evolucion de la Cirugía Mayor Ambulatorial en España*. In *Cirurgia Mayor Ambulatoria*, 2ª Edição, Masson. p. 1- 8.

MORREIRA, I.M.P.B., 2006, *O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiencia de cuidar vivenciada pela família*, 2ª Edição, Formasau, Coimbra, p. 19.

MORSE, J.M.; BOTTORFF, J.L.; HUTCHINSON, S., 1995, *The paradox of comfort*. Nursing Research, 44 (1), p. 14-19.

MORSE, H. M., 2007, *Aspectos essenciais da Metodologia de Investigação Qualitativa*, Formasau, Coimbra, p. 12.

NEVES, M.C.P.; PACHECO, S. ,2004, *Para uma Ética em Enfermagem: Desafios*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, p. 363-374.

NOGUEIRA, M. A. A., 2003, *Necessidade da família no cuidar: papel do enfermeiro*, [Dissertação de Mestrado] Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, p. 20-31.

NUNES, L., 2003, *Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Lusociência, Loures, p. 375.

ORDEM DE ENFERMEIROS, 2002, *Divulgar: Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*, Ordem dos Enfermeiros, Grafinter, Lisboa, p. 8-9; 14-15.

ORDEM DE ENFERMEIROS, 2003. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

ORDEM DE ENFERMEIROS, 2005, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

ORDEM DE ENFERMEIROS, 2009, *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, p. 75-76.

OSSWALD W., 2004, *Entre o “curar” e o “cuidar”: a humanização dos serviços de saúde* In NEVES, M.C.P.; PACHECO, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*, Gráfica de Coimbra, Coimbra.

PAIVA, A., 2006, *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*, Formasau, Coimbra.

PALMA, E.M.C., 1999, *Enfermagem Agora. A família com idosos dependentes - Que expectativas?*, Enfermagem, 15, p. 27-40.

PEREIRA, F., 2001, *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, p. 22-25.

PHANEUF, M., 2005, *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*, Lusociência, Loures, p. 22-23.

PHIPPS, W. J.; DANDS, J. K; MAREK, F., 2003, *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*, 6ª Edição. Lusociência, Loures.

PINHEIRO, M.D., 1999, *Opiniões & Realidades – O desafio de cuidar doentes idosos submetidos a cirurgia*, Revista Enfermagem da Associação Portuguesa de Enfermeiros e da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 15, p. 5-11.

PINTO, I.S.; MIRA, P.C., 2003, *Comunicação: Barreiras existentes entre o doente /profissional de saúde perioperatório*. Revista da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, IV (10), p. 8-12.

PINTO, T. V.; ARAÚJO, I.; GALLANI, M. C. ,2005, *Enfermagem em Cirurgia Amulatorial de um Hospital Escola: Clientela, Procedimentos e Necessidades Biológicas e Psicossociais*, Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13 (2), p. 208-15.

PITREZ, F.; PIONER; S. ,1999, *Pré-operatório cirúrgico geral e especializado*, Artes Médicas, Porto Alegre.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. ,1999, *Investigación científica en ciencias de la salud*, 6ª Edição, McGraw- Hill.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P., 2004, *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*,5ª Edição. Artes Médicas, Porto Alegre.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2003, Portaria nº132/2003 de 5 de Fevereiro, publicado no Diário da República, 1.ª série – B, Nº30,de 5 de Fevereiro de 2003.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2006, Portaria nº 567/2006 de 12 Junho, publicado no Diário da República, 1.^a série - B, Nº113,de 12 Junho de 2006,p.4174.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2007, Despacho n.º 25832/2007, de 19 de Outubro de 2009, publicado no Diário da República, 2.^a série, Nº218,de 13 de Novembro de 2007,p.10.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2009, Decreto-lei nº 13/2009 de 12 de Janeiro, publicado no Diário da República, 1.^a série, Nº7, de 12 de Janeiro de 2009,p.232.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2009, Portaria nº132/2009 de 30 Janeiro, publicado no Diário da República, 1.^a série, Nº21,de 30 de Janeiro de 2009,p.660.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2009,Despacho nº 3673/2009, publicado no Diário da República, 2.^a série, Nº 20,de 20 de Janeiro de 2009,p.4368.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2009,Despacho nº 10302/2009 de 13 de Abril, publicado no Diário da República, 2.^a série, Nº 76,de 20 de Abril de 2009,p.15843.

PORRERO, J., DEHESA, A., 2002,*Calculos de espacios. Tipos de unidades. Ventajas e inconvenientes*, In *Cirurgía Mayor Ambulatoria*, 2.^a Edição Masson, p 31-39.

PRETO, L., 2003,*O desenvolvimento da autonomia como factor de adaptação ao Ensino Superior*, Revista Referência, 10,p.67-68.

QUEIRÓS, A. A., 2001, *Ética e Enfermagem*,Quarteto Editora, Coimbra.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. ,2008, *Manual de investigação em ciências sociais*, 5.^a Edição,Gradiva, Lisboa.

RELVAS, A. P.; ALARCÃO, M., 2007, *Novas formas de família*, 2.^a Edição, Quarteto Editora, Coimbra, p. 250-268.

RELVAS, A. P., 2006, *O ciclo vital da família – Perspectiva Sistémica*, 4.^a Edição, Edições Afrontamento, Porto.

- RENAUD, M., 1995, *Eugenismo e Mito da Perfeição*, Cadernos da Bioética, 9, p. 61-66.
- RIBEIRO, J. L. P., 2007, *Metodologia de Investigação: em psicologia e saúde*, Legis Editora, Porto, p. 65; 67.
- RICHARDS, B.S.; LILLY, M.L., 2005, *Enfermagem Gerontológica da família*. In HANSON, S. *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*, 2ª Edição, Lusodidacta, Loures, p. 354.
- RICE, R., 2004, *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*, Lusociência, Loures.
- RIPPER, M.V., 2005, *Factores determinantes na função familiar e na saúde dos membros da família*. In HANSON, S.M. *Enfermagem de cuidados de saúde à família*, Lusociência, Loures, p.131-154.
- RODRIGUES, V., 1999, *A complexidade dos problemas humanos no hospital*, Edições do Norte, Lda, Vila Real, p. 93.
- ROGER, M. R.; BONET, I. U. ,2000, *Atención domiciliaria*. In MORENO, A.S. *Enfermería Comunitaria*, McGraw–Hill, Madrid, p. 195-211.
- ROLA, J. et al, 2000, *Particularidades do doente em ambulatório*, Revista da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. 1 (3), p. 5-7.
- SAMPAIO, D.; GAMEIRO, J., 1985, *Terapia familiar*, Edições Afrontamento, Porto.
- SANTOS, J., 2007, *PARA-SUICIDIO – o que dizem as famílias: A emoção Expressa*, Formasau, Coimbra, p. 75-82.
- SCOTT, R.S., 2006, *Ambulatory Anesthesia – The Requisites in Anesthesiology*, 1st Edition, Mosby, p. 109-117.
- SECA, J.M. et al, 2001, *A Cirurgia de Ambulatório no Hospital Geral de Santo António, 2000*, Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. 2 (1), p. 23-27.

SERRANO, A.; FIALHO, C., 2003, *Gestão do Conhecimento: O novo paradigma das organizações*, Lidel – Editora de Informática, Porto, p. 47-54.

SERRÃO, D.; NUNES, R. ,1998, *Ética em Cuidados de Saúde*, Porto Editora, Porto, p. 13-27.

SEVERINO, A. J., 2007, *Metodologia do trabalho científico*, 23ª Edição, Cortez Editora, São Paulo, p. 119.

SILVA, A.L; PINTO, A. M., 2005, *Stress e Bem-estar: modelos e dominós de aplicação*, 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa.

SILVA, A.S.; PINTO, J.M., 2005, *Metodologia das ciências sociais*, 13ª Edição, Edições Afrontamento, Porto, p. 128.

SILVA, João F., 2006, *Quando a vida chegar ao fim: Expectativas do idoso hospitalizado e família*, Lusociência, Loures.

SILVA, M. 2002, *Vivências do doente cirúrgico no perioperatório da cirurgia programada*, [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

SILVA, M.D.A.A.; RODRIGUES A.L.; CESARETTI, I.U.R. ,1997, *Cirurgia ambulatorial*. In SILVA, M.D.A.A.; RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I.U.R. *Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico*. 2ª Edição. São Paulo EPU, p. 161-6.

SLEPOJ, V., 1998, *Compreender os sentimentos: para se conhecer a si e aos outros*, Edições Presença, Lisboa, p. 103.

SMELTZER, S.C. et al, 1994, *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico*, 8ª Edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

SOUSA, L; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M., 2004, *Envelhecer em família*, Editora Âmbar, Porto.

SOUSA, L., 2005, *Famílias multiproblemáticas*, Quarteto, Coimbra.

SPRINTHALL, N.A.; SPRINTHALL, R. C., 1993, *Psicologia Educacional: uma Abordagem Desenvolvimentista*, McGraw-Hill, Lisboa, p. 636.

STANHOPE, M; LANCASTER, J., 1999, *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*, 4ª Edição, Lusociência, Loures.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R., 2002, *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista*, 2ª Edição, Lusociência, Loures, p. 1;25-27;55;64.

TEIXEIRA, João. 2006, *Inimputabilidade e imputabilidade diminuída – considerações sobre a aplicabilidade destas noções em psiquiatria forense (II)*, Revista de Saúde Mental. VIII (5).

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD M.R., 2003, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem*, 5ª Edição, Lusociência, Loures.

TORRANCE, C.; SERGINSON, E., 2001, *Surgical Nursing*, 12th Edition, Baillière Tindall, London.

TURNER, J.A.; CHAPMAN, C.R. , 1982, *Psychological interventions for: a critical review*. Pain, Vol.6, p. 23-46.

WATSON. J., 2002, *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*, Lusociência, Loures.

WATSON, J., 2002, *Enfermagem Pós Moderna e Futura - Um novo paradigma da enfermagem*, Lusociência, Loures.

WATSON, D.S.; SARGERMANO C.A. ,2007, *Cirurgia ambulatorial*. In WATSON, D.S.; SARGERMANO C.A. *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*, 13ª Edição, Lusodidacta, Loures, p. 1059-1077.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D. D., 1993, *Pragmática da comunicação humana – Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da interação*, 9ª Edição, Editora Pensamento, São Paulo.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. ,2002, *Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*, 3ª Edição, Roca, São Paulo, p. 37-61; 93-165.

VALA, J., 2005, *Análise de conteúdo*. In SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira. *Metodologia das ciências sociais*, 13ª Edição, Editora Afrontamento, Porto, p.101.

VAZ, P.S. et al, 2006, *A Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital Amato Lusitano*, Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 7 (1), p. 31-35.

VEIGA, J., 2006, *Ética em enfermagem - Análise, problematização e [re]construção*, Climepsi, Lisboa, p. 52; 73-86.

VIEIRA, V. L.M. et al, 2006, *A Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital de São Marcos – Braga*, Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 7 (1), p. 23-29.

VILAÇA, I., 2004, *Relação de ajuda no âmbito do cuidar em enfermagem*, Pensar em Enfermagem, 8 (1), p. 14-28.

.

ANEXOS

ANEXO I

ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA AMBULATORIAL EM PORTUGAL

ARTROSCOPIA DO JOELHO
EXCISÃO DE CARTILAGEM SEMILUNAR DO JOELHO
EXTRACÇÃO CIRURGICA DE DENTE
CIRURGIA DA CATARATA
REPARAÇÃO DE HERNIA INGUINAL
REPARAÇÃO DE HERNIA FEMORAL
REPARAÇÃO DE HERNIA UMBILICAL
REPARAÇÃO DE OUTRO TIPO DE HERNIA
DILATAÇÃO E CURETAGEM DO ÚTERO
LAQUEAÇÃO E STRIPING DE VEIAS VARICOSAS
AMIGDALECTOMIA (SEM ADENOIDECTOMIA)
AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA
ADENOIDECTOMIA SEM AMIGDALECTOMIA
MIRINGOTOMIA COM INSERÇÃO DE TUBOS
DESTR/OCCLUSÃO ENDOSCÓPICA BILATERAL DAS TROMPAS DE FALÓPIO
OPERAÇÃO NOS MUSCULOS EXTROCULARES (ESTRABISMO)
REPARAÇÕES E OPERAÇÕES PLÁSTICAS NO NARIZ (RINOPLASTIA)
EXCISÃO LOCAL DE LESÃO DA MAMA
HEMORROIDECTOMIA
EXCISÃO DE QUISTO OU SINUS PILONIDAL
CIRCUNSIÇÃO
LIBERTAÇÃO DE CONTRACTURA DE DUPUYTREN (FASCIOTOMIA DA MÃO)
LIBERTAÇÃO DE TUNEL CÁRPICO
ORQUIDECTOMIA E ORQUIDOPEXIA
VASECTOMIA E LAQUEAÇÃO DO CANAL DEFERENTE
EXCISÃO E REPARAÇÃO DE CALO E OUTRAS DEFORMIDADES DEDOS PÉS
EXTRACÇÃO DE PROTESE DE FIXAÇÃO INTERNA DE OSSO
EXÉRESE DE QUISTO DE BAKER
ABORTAMENTO CIRÚRGICO
FISTULA OU FISSURA ANAL
INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININO
HISTEROSCOPIA

Tabela nº 1: Procedimentos de grupo A

Fonte: CNADCA 2009, 1º Semestre

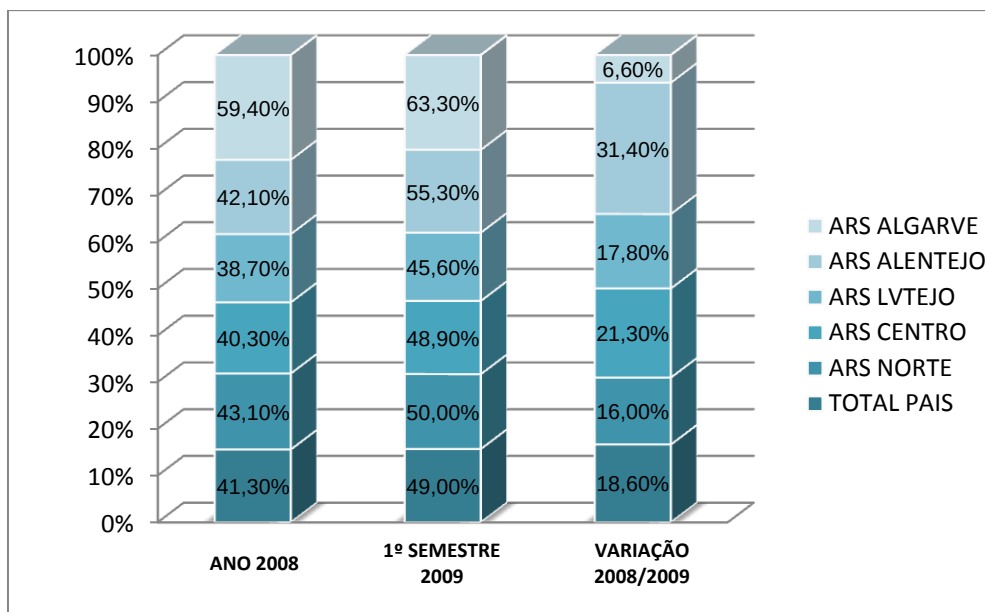


Gráfico nº 1: Taxa da Cirurgia Ambulatória -Variação 2008/2009

Fonte: Adaptado CNADCA 2009, 1º Semestre

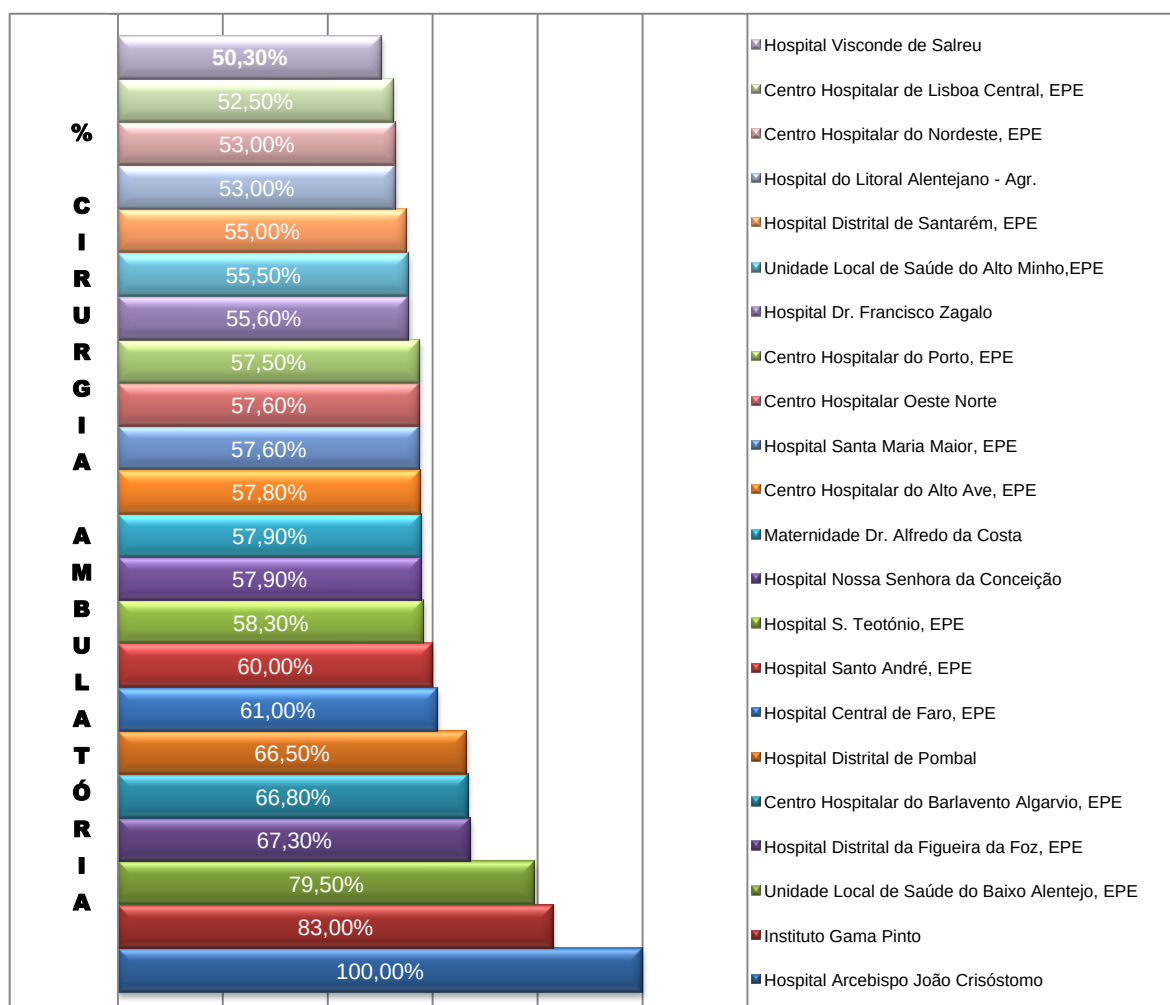


Gráfico nº2: Instituições Hospitalares com mais 50% Cirurgia Ambulatória em 2009

Fonte: Adaptado de CNADCA 2009, 1º Semestre

ANEXO II

GUIÃO DA ENTREVISTA

NOTA INTRODUTÓRIA

O instrumento de colheita de dados, para o qual lhe pedimos a sua colaboração, são duas entrevistas divididas em dois momentos: o primeiro será efectuada no hospital e o segundo no domicílio, cujos objectivos principais são o permitir conhecer as vivências dos familiares das pessoas submetidas a intervenção cirúrgica em contexto de Cirurgia Ambulatória.

Serão utilizadas as entrevistas no âmbito do trabalho de Dissertação de mestrado **“Quais as Vivências do familiar em contexto de Cirurgia Ambulatória?”** elaboradas por Anabela Marques de Oliveira, Enfermeira Especialista e Mestranda do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, sob orientação da professora Doutora Dinora Cabral.

Solicito a vossa preciosa colaboração, para a concretização deste trabalho, como os relatos que darão, estará a dar o seu contributo para melhorar a assistência em saúde.

Estas entrevistas são anónimas, de participação voluntária, e serão respondidas pelo familiar do doente que o acompanha no processo cirúrgico, quer no hospital, quer no domicílio.

Dado que se trata de um estudo de investigação, é necessário o seu consentimento para a colheita dos dados e seu tratamento. Por isso torna-se necessária a assinatura do consentimento informado.

**Tendo a noção do tempo que despendeu para o efeito,
desde já o meu sincero obrigado,**

(Enf.^a Anabela Marques de Oliveira)

GUIÃO DE ENTREVISTA NO HOSPITAL E NO DOMICILIO

Assunto:

Vivências dos familiares em contexto de Cirurgia Ambulatória.

Problema:

Quais as vivências do familiar em contexto de Cirurgia Ambulatória?

Estabelecendo como objectivos:

- ✓ Identificar as vivências dos familiares durante a realização da intervenção cirúrgica e no pós-operatório no domicílio;
- ✓ Reconhecer e valorizar a importância dos familiares na continuidade dos cuidados ao doente submetido a Cirurgia Ambulatória.



U. PORTO

Entrevista nº _____ Hora do início _____ Hora do fim _____

GUIÃO DA ENTREVISTA NO HOSPITAL

Tema	Objectivos	Orientações	Observações
Legitimação da entrevista.	Motivar o participante	1 – Informar o familiar sobre o tema e objectivos da pesquisa; 2 – Esclarecer que, caso aceite participar no estudo serão respeitados os princípios éticos; 3 – Garantir a confidencialidade da informação e o anonimato (consentimento informado) 4 – Entregar o documento do consentimento informado (Anexo I) e fornecer o contacto telefónico ao participante.	Estar atenta à vontade livre e esclarecida do interveniente, assegurando-lhe todo o sigilo da investigação.
Caracterização do participante.	Conhecer em termos gerais as características do participante e condições sociais.	1 – Caracterizar os participantes quanto à: idade; sexo; grau de parentesco com o doente; profissão; habilitações literárias; estado civil. 2 – Caracterizar as condições sociais: meio de transporte próprio; contacto telefónico; condições sanitárias; acompanhamento no domicílio; área de residência (Anexo II).	Estar atenta ao estado interessado e à veracidade do participante.

Entrevista no hospital.	Conhecer as vivências do familiar durante o processo cirúrgico.	1 – A intervenção cirúrgica constitui problema para a família? Em que sentido? 2 – Que dificuldades prevê sentir com o seu familiar no domicílio? 3 – Como acha que se poderia diminuir as dificuldades? 4 – Quais as vantagens do seu familiar, regressar a casa no mesmo dia da cirurgia? 5 – Durante a cirurgia do seu familiar, diga o que considerou para si de positivo e de negativo (Anexo III).	Estar atenta ao estado psicológico do participante.
Entrevista no domicílio.	Conhecer as vivências do familiar no pós-operatório.	As orientações são as que estão referenciadas no Anexo IV.	

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

XIV CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

ASPECTOS RELATIVOS AO CONSENTIMENTO INFORMADO

Os itens abaixo mencionados servem para esclarecimento do consentimento informado que irá assinar à posterior. Assim:

- 1) O uso da informação que vai fornecer é apenas para este estudo e não será facultado ou divulgado a pessoas que não estejam directamente relacionadas com o mesmo;
- 2) Os dados serão colhidos através de entrevista gravada, sendo depois destruídos;
- 3) Após a realização das entrevistas, se assim o achar pode alterar algo que ache pertinente;
- 4) Os benefícios que puderam advir destas entrevistas, relacionam-se com uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem em Cirurgia Ambulatória;
- 5) A decisão de participação no estudo é autónoma e voluntária, ficando salvaguardado que em qualquer momento do estudo poderá recusar a participação;
- 6) A privacidade será salvaguarda ao longo do estudo, assim como o anonimato, em que para a entrevista efectuada no hospital será atribuído E.... e para a entrevista no domicílio V....

CONSENTIMENTO INFORMADO

E

☐

V

☐

Eu _____, declaro que autorizo a utilização da informação prestada em entrevistas gravadas em fita magnética, para estudo de investigação inserido no XIV Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Santo Tirso, _____ de _____ de 2010

(Assinatura)

ANEXO II

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

E

1-DATA DA CIRURGIA	2-CIRURGIA

INFORMAÇÃO DADA PELO:

	PAI	MÃE	AVÓ	AVÔ	OUTRO
ACOMPANHANTE	☐	☐	☐	☐	
GRAU					
PARENTESCO					

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:

1-Sexo:

1.1. Masculino

☐

1.2. Feminino

☐

2-Estado civil: _____

3-Idade:

3.1.[20-24[anos

☐

3.2.[25-29[anos

☐

3.3.[30-34[anos

☐

3.4.[35-39[anos

☐

3.5.[40-44[anos

☐

3.6.[45-49[anos

☐

3.7. Igual ou superior a 50 anos

☐

4-Habilitações literárias: _____

5- Profissão: _____

6- Necessidade de recorrer ao atestado médico:

Sim ☐ Não ☐

7- Condições sociais	SIM	NÃO
7.1.Meio de transporte próprio		
7.2.Contacto telefónico		
7.3.Condições sanitárias		
7.4.Acompanhamento no domicílio		
7.5.Área de residência a menos de 60 minutos do hospital ou possibilidade de pernoitar nessa área		

ANEXO III

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA NO MEIO HOSPITALAR

QUESTÕES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA NO MEIO HOSPITALAR

- 1- A intervenção cirúrgica constitui problema para a família? Em que sentido?
- 2- Que dificuldades prevê sentir com o seu familiar no domicílio?
- 3- Como acha que se poderia diminuir as dificuldades?
- 4- Quais as vantagens do seu familiar, regressar a casa no mesmo dia da cirurgia?
- 5- Durante a cirurgia do seu familiar, diga o que considerou para si de positivo e de negativo?

ANEXO I V

GUIÃO DA ENTREVISTA NO DOMICILIO



U. PORTO

Entrevista nº _____ Hora do início _____ Hora do fim _____

GUIÃO DA ENTREVISTA NO DOMICILIO

V

☐

1-Relativamente ao apoio que teve no serviço Cirurgia Ambulatória, como o considera?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

Outro _____

2-Como define o tempo de espera, e como se sentiu durante a permanência do seu familiar no serviço de Cirurgia Ambulatória?

Inquietante ☐ Demorado ☐ Stressante ☐

Abandonado ☐

Outro: _____

3- Relativamente às dificuldades que sentiu no domicilio relacionaram-se com:

Penso ☐ Dores ☐ Alimentação ☐ Mobilização ☐

Outra: _____

4- Quais as vantagens do seu familiar, regressar a casa no mesmo dia da cirurgia?

5- A intervenção cirúrgica constituiu problema para a família? Em que sentido?

6- Se assim o achar, dê sugestões para nos ajudar a melhorar o apoio no domicílio.

7- Sugestões para melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória.

ANEXO III

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES E PARTICIPANTES DO ESTUDO

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES

⇒ IDADE

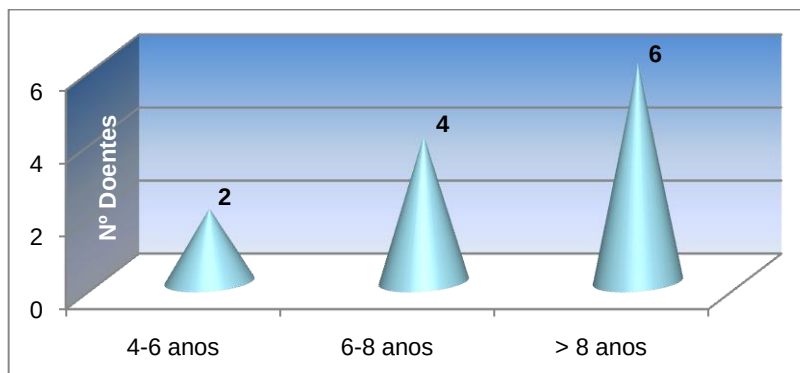


Gráfico n.º1 - Representação segundo a idades dos doentes – **CRIANÇAS**.

A distribuição das idades das crianças oscilam entre 4 e 16 anos respectivamente com média registada em 7 anos $\pm$ 4,379 desvio padrão. Registando-se também que dos 12 doentes crianças, 8 apresentam mais de 8 anos de idade enquanto que entre os 6 e os 8 anos registaram-se 4 doentes e com idades entre os 4 e os 6, registaram-se 2 doentes.

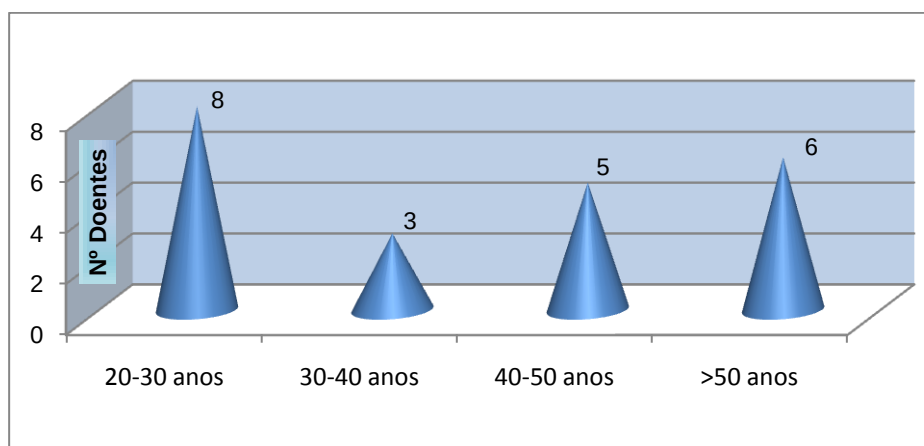


Gráfico n.º2 - Representação segundo a idades dos doentes – **ADULTOS**.

A distribuição por idades dos doentes adultos, revelou que, a maioria dos doentes apresentavam idades entre os 20 e os 30 anos ($n=8$) enquanto com mais de 50 anos de idade registou-se ($n=6$) e com idades compreendidas 40-50 anos ($n=5$), entre 30-40 anos apenas ($n=3$) doentes. Os doentes adultos apresentavam idade média de 39,50 anos de idade $\pm$ 15,255 desvio padrão com mínimo registado de 19 e máximo de 65 anos de idades.

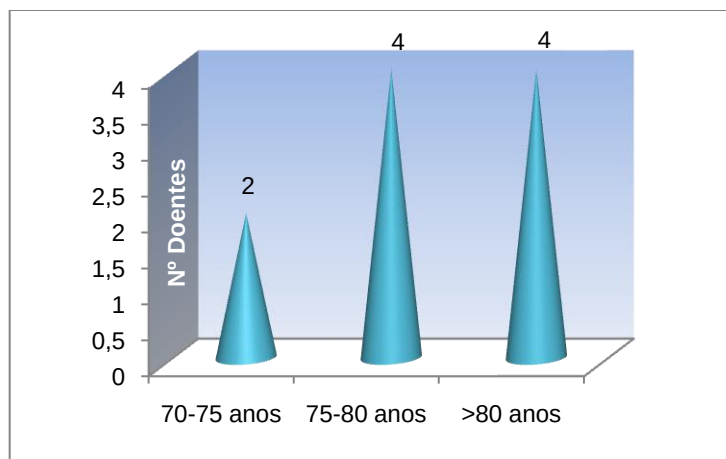


Gráfico n.º3 - Representação segundo a idades dos doentes – **IDOSOS**.

A distribuição por idades, doentes idosos, revelou uma tendência semelhante nos doentes com 75-80 anos de idade ($n=4$) e com mais de 80 anos ($n=4$). Sendo de ($n=2$) o número de doentes com idades entre os 70-75 anos de idade. Por último, a idade dos doentes idosos oscila entre 73 e 83 anos com média de 78.50 anos de idade ± 3.665 desvio padrão.



TIPO DE CIRURGIA

CIRURGIA	n	%
Amigdalectomia	6	49,8
Electro Cauterização Cornetos e Tubos (E.C.C.)	1	8,3
Estrabismo	1	8,3
Fimose	1	8,3
Freio Pénis	1	8,3
Quisto Sacro Coccígeo	1	8,3
Turbenectomia	1	8,3
Total	12	100,0

Tabela n.º1 - Distribuição de frequências absolutas e relativas quanto ao tipo de cirurgia – **CRIANÇAS**.

Quanto ao tipo de cirurgia que os doentes efectuaram, os resultados revelaram que 49,8% das crianças foram submetidos a cirurgia de Amigdalectomia, as restantes crianças foram submetidas a diversas cirurgias em conformidade com os resultados apresentados na tabela nº1.

ADULTO	CIRURGIA	n	%
	Amigdalectomia e Electro Cauterização dos Cornetos (E.C.C.)	1	4,5
	Catarata	1	4,5
	Conização	2	9,1
	Exérèse fibroadenoma mama; nódulo mama	2	9,1
	Exérèse granoloma corpo estranho mão	1	4,5
	Exérèse Nódulo Axila	2	9,1
	Hérnia Inguinal	2	9,1
	Histeroscopia	2	9,1
	Laringoscopia de suspensão	1	4,5
	Quisto Sacro coccígeo	2	9,1
	Septo e Electro Cauterização dos Cornetos	2	9,1
	Túnel Cárpico	4	18,2
	Varizes	1	4,5
	Total	22	100,0

Tabela n.º2- Distribuição de frequências absolutas e relativas quanto ao tipo de cirurgia – **ADULTOS**.

O tipo de cirurgias que os doentes adultos foram submetidos, pela tabela n.º 2, verificou-se uma grande variedade no tipo de cirurgia, destaca-se contudo, 18,2% dos doentes submetidos a cirurgia do túnel cárpico enquanto que, conização, exérèse de fibroadenoma e granoloma, exeresse de nódulo na mama e na axila, hérnia inguinal, histeroscopia e cirurgia ao Septo e E.C.C. assim como Laringoscopia de suspensão apresentam incidências de 9,1% de casos.

IDOSOS	CIRURGIA	n	%
	Catarata	10	100,0

Tabela n.º3- Distribuição de frequências absolutas e relativas quanto ao tipo de cirurgia – **IDOSOS**.

Por último, todos os doentes idosos, 100,0% foram submetidos a cirurgia da catarata tal como a tabela n.º 3, acima apresentada nos permite constatar.



TIPO DE ANESTESIA

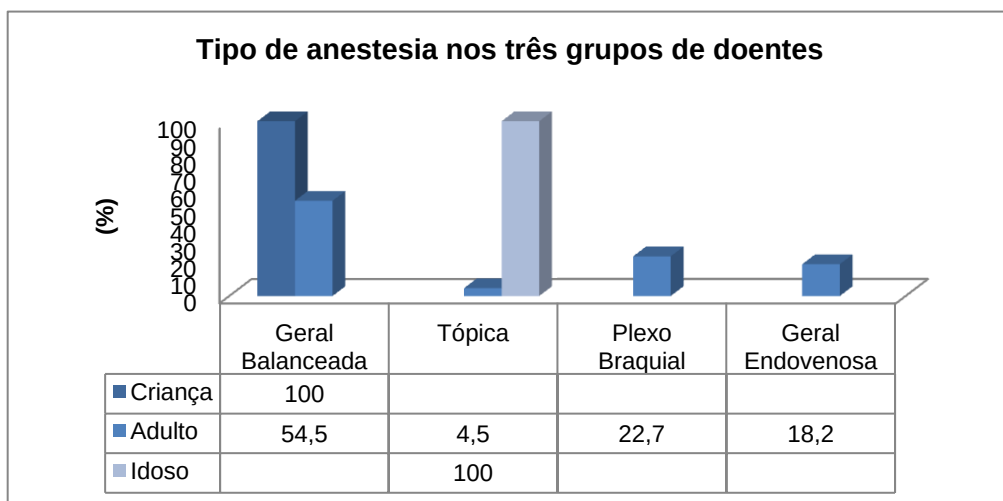


Gráfico n.º 4 - Incidência quanto ao tipo de anestesia nos três grupos dos doentes.

O tipo de anestesia administrada, verificou-se que, em todas as crianças (100,0%) foi-lhes administrada Anestesia Geral Balanceada (AGB) enquanto que, em todos os doentes idosos foi-lhes administrada anestesia tópica tendo em linha de análise o facto de que a cirurgia efectuada foi às cataratas. Em termos de doentes adultos, 54,5% AGB, 22,7% plexo braquial e em apenas 4,5% anestesia tópica.



PERNOITAS

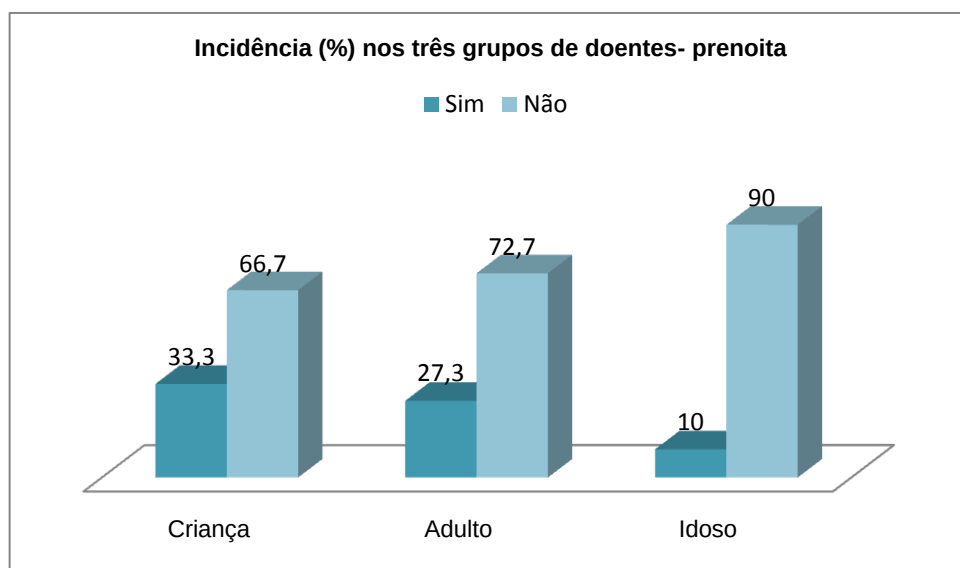


Gráfico n.º5 - Incidências quanto à pernoita nos três grupos dos doentes.

Verificamos que, apenas 10% dos idosos pernoitaram no hospital assim como, 33.3% das crianças e 27.3% dos adultos.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

➡ GRAU DE PARENTESCO COM O DOENTE

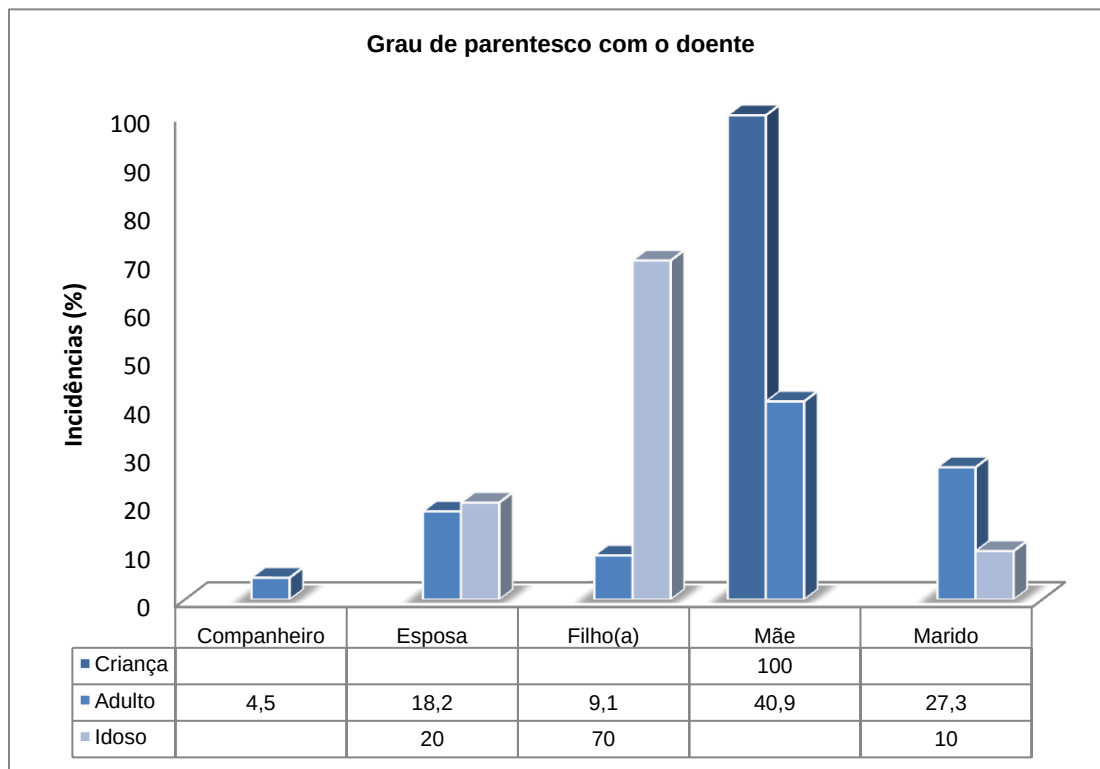


Gráfico n.º6- Distribuição quanto ao grau de parentesco do familiar.

Verificamos que a maioria dos familiares que acompanharam o doente ao hospital para cirurgia, tanto em doentes adultos (n=9) como crianças (n=12), são as mães em 40,9% e 100% dos casos respectivamente. No caso em que são as esposas a realizar a cirurgia, 27,3% dos casos quem acompanha é o marido, enquanto que, no caso dos doentes idosos submetidos a cirurgia, em 70% dos casos são os filhos que acompanham ao hospital.



GÉNERO

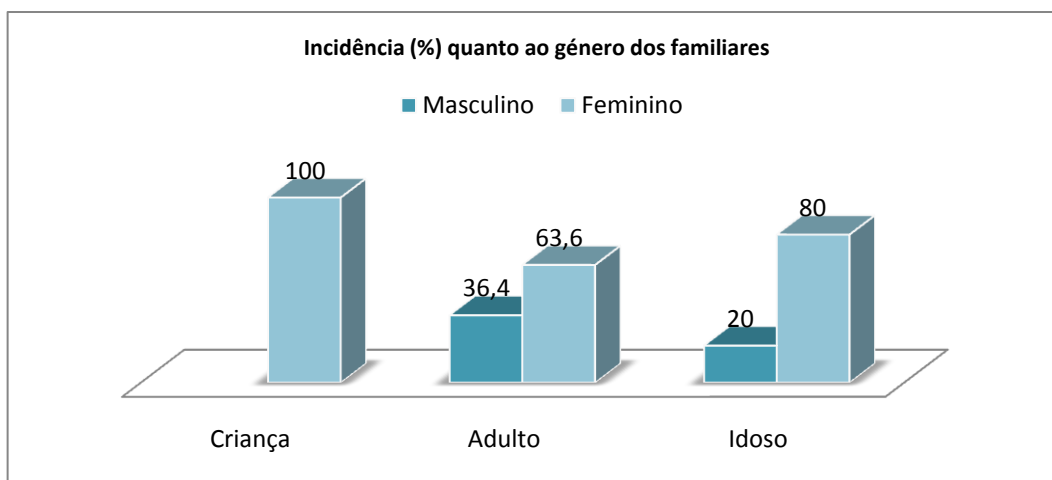


Gráfico n.º7- Distribuição quanto ao género dos familiares.

Analogamente, a distribuição por género é maioritariamente do género feminino, em todos os grupos. 100% (n=12) para as crianças, 80% (n=8) para os idosos submetidos a cirurgia e 63,6% (n=14) para os adultos.



ESTADO CIVIL

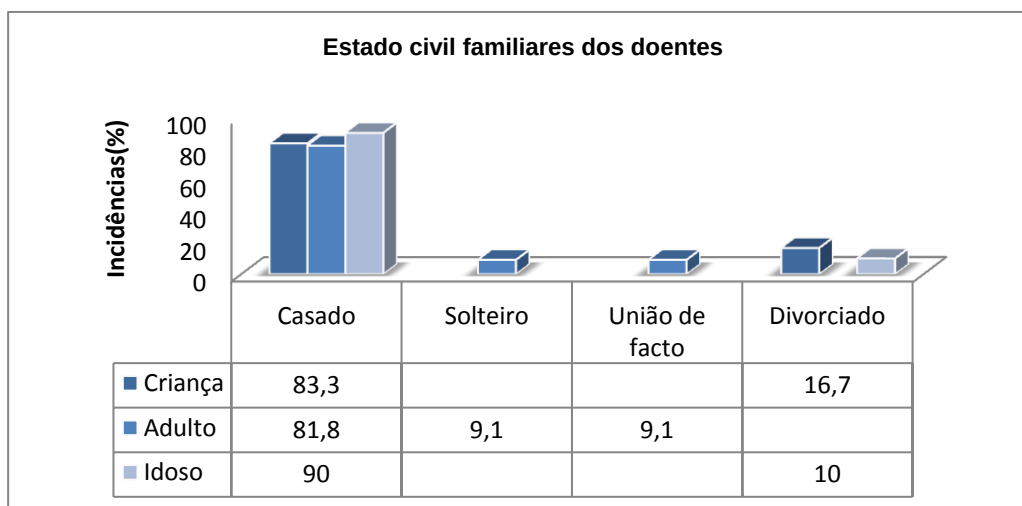


Gráfico n.º8 - Distribuição quanto ao estado civil dos familiares dos doentes.

Verificamos pelo gráfico acima apresentada que a grande maioria dos participantes são casados, 81,8% (n=18) dos familiares dos adultos, 83,3% (n=10) dos familiares das crianças, e por último 90,0% (n=9) dos familiares dos idosos.



IDADE

FAMILIAR DO DOENTE			n	%
CRIANÇA		20-24 anos	1	8,3
		30-34 anos	2	16,7
		35-30 anos	4	33,3
		40-44 anos	5	41,7
		Total	12	100,0
ADULTO		25-29 anos	4	18,2
		30-34 anos	2	9,1
		35-30 anos	1	4,5
		40-44 anos	3	13,6
		45-49 anos	3	13,6
		≥50 anos	9	40,9
		Total	22	100,0
IDOSO		35-30 anos	1	10,0
		40-44 anos	1	10,0
		45-49 anos	3	30,0
		≥50 anos	5	50,0
		Total	10	100,0

Tabela n.º4- Distribuição de frequências absolutas e relativas quanto à idade dos familiares.

A distribuição das faixas etárias segundo o grau de parentesco com doente, revela que, a maioria dos familiares dos doentes adultos têm mais de 50 anos de idade em pelo menos 40,9% dos casos comparativamente com os familiares das crianças em que a maioria, apresenta idades superiores aos 35 anos de idade. Ao nível dos idosos, os familiares apresentam 50% dos casos idades superiores aos 50 anos de idade enquanto que em 30% dos casos as idades encontra-se entre os 45 e 49 anos respectivamente.



HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

FAMILIAR DO DOENTE		n	%
CRIANÇA	12º Ano	3	25,0
	1º Ano	1	8,3
	4º Ano	2	16,7
	6º Ano	2	16,7
	9º Ano	3	25,0
	Licenciatura	1	8,3
	Total	12	100,0
ADULTO	11º Ano	1	4,5
	12º Ano	3	13,6
	4º Ano	8	36,4
	6º Ano	5	22,7
	7º Ano	1	4,5
	8º Ano	1	4,5
	9º Ano	2	9,1
	Licenciatura	1	4,5
	Total	22	100,0
IDOSO	12º Ano	1	10,0
	4º Ano	5	50,0
	6º Ano	2	20,0
	9º Ano	2	20,0
	Total	10	100,0

Tabela n.º5 - Distribuição de frequências absolutas e relativas quanto às habilitações dos familiares.

Em termos de habilitações literárias, a grande maioria independentemente do grau de parentesco com o doente, tendem a apresentar habilitações inferiores ao 9º ano de escolaridade, destacando-se apenas, dois participantes licenciados.



PROFISSÃO

FAMILIAR DO DOENTE		N	%
CRIANÇA	Outras profissões	2	16,7
	Desempregada	2	16,7
	Doméstica	1	8,3
	Estudante	1	8,3
	Industria Têxtil/Comércio	4	33,4
	Professora	1	8,3
	Reformada	1	8,3
	Total	12	100,0
ADULTO	Administrativo	1	4,5
	Agente PSP	1	4,5
	Industria Têxtil/Comércio	8	36,1
	Industria Hoteleira	2	9,1
	Doméstica	2	9,1
	Motorista	2	9,1
	Professora	1	4,5
	Reformada	3	13,6
	Outras profissões	2	9,1
	Total	22	100,0
IDOSO	Reformada	3	30,0
	Desempregada	1	10,0
	Doméstica	2	20,0
	Gestão Condomínio	1	10,0
	Industria Têxtil/Comércio	1	10,0
	Outras profissões	2	20,0
	Total	10	100,0

Tabela n.º6 - Distribuição de frequências absolutas e relativas quanto às profissões dos familiares.



ATESTADO MÉDICO

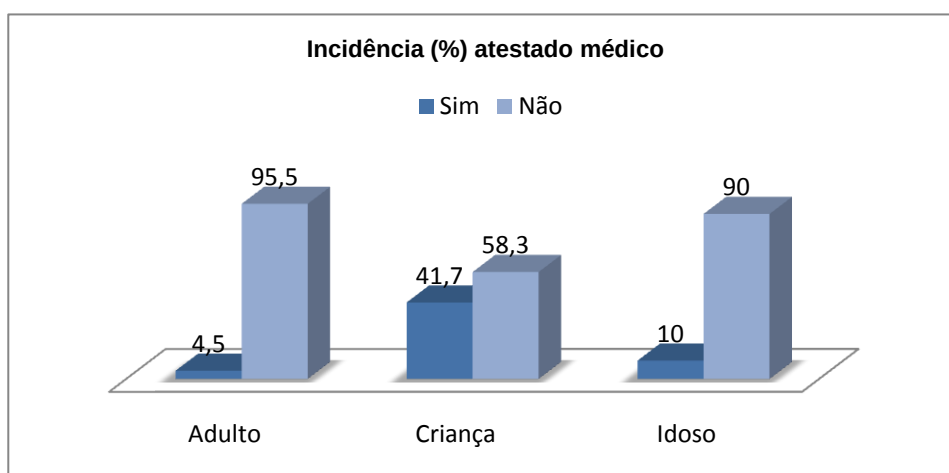


Gráfico n.º 9 - Incidências quanto á necessidade dos familiares em recorrerem ao atestado médico.

Quando questionados sobre a necessidade de atestado médico para poderem acompanhar o doente ao hospital e cuidar do mesmo no domicílio, os resultados revelam que, 95,5% dos familiares do doente adulto não tiveram necessidade de alterar a sua vida profissional enquanto que, 41,7% das mães das crianças optaram por fazer férias durante o período de cirurgia e convalescença dos filhos, assim como, 10% dos familiares dos idosos também optaram por fazer férias.



CONDIÇÕES SOCIAIS

CONDIÇÕES SOCIAIS	CRIANÇA		ADULTO		IDOSO	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Meio de Transporte Próprio	91,7% (n=11)	8,3% (n=1)	95,5% (n=21)	4,5% (n=1)	90% (n=9)	10% (n=1)
Contacto Telefónico	100,0% (n=12)		100,0% (n=22)		100,0% (n=10)	
Condições Sanitárias	100,0% (n=12)		100,0% (n=22)		100,0% (n=10)	
Acompanhamento no domicílio	100,0% (n=12)		100,0% (n=22)		100,0% (n=10)	
Área de residência a menos de 60 minutos do hospital	100,0% (n=12)		100,0% (n=22)		100,0% (n=10)	

Tabela n.º7- Distribuição de frequências absolutas e relativas quanto às condições sociais dos doentes (distribuído por doentes adultos, crianças e idosos).

Concluimos a abordagem descritiva dos participantes com as questões associadas às condições sociais dos mesmos, onde de uma forma global, podemos constatar que:

- Entre 90,0% a 95,5% dos participantes apresentam meio de transporte próprio de forma a efectuar o transporte do seu familiar;
- Todos os familiares, 100,0% têm contacto telefónico;
- Todos os familiares, 100,0% apresentam habitações com condições sanitárias;
- Todos os familiares, 100,0% apresentam condições de acompanhamento do doente no domicílio;
- Em todos os casos, 100,0%, a área de residência é a menos de 60 minutos do hospital.

ANEXO IV

MATRIZES DE CODIFICAÇÃO

DOMÍNIO CRIANÇA

Categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar.					
Subcategoria	Escola	Ansiedade/ Receios	Stress	Família	Actividade Profissional
Entrevistas					
E2	x	x	x		x
E4	x	x		x	
E10			x		
E16		x		x	x
E17		x			x
E18				x	x
E19		x		x	
E23				x	
E24	x	x			x
E35		x			
E36		x			x
E40				x	x
Unidades de quantificação	3	8	2	6	7

Quadro1: Matriz 1 - Categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar, familiar da criança.

Categoria: dificuldades no pós-operatório no domicílio.				
Subcategoria	Com dificuldades			Sem dificuldades
	Lidar com a dor	Cuidados ao doente	Falta de informação	
Entrevistas				
E2		x	x	
E4	x	x		
E10			x	
E16		x		
E17			x	x
E18		x		
E19		x		
E23		x		x
E24		x		x
E35		x		
E36		x		
E40				x
Unidades de quantificação	1	9	3	4

Quadro 2: Matriz 2 - Categoria: dificuldades no pós-operatório no domicílio, familiar da criança.

Categoria: vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia.				
Subcategoria Entrevistas	Sem internamento /Família	Ausência de complicações	Deslocação ao hospital	Actividade profissional
E2	x			
E4	x	x		
E10	x		x	x
E16	x	x	x	
E17	x		x	x
E18		x		
E19	x			
E23	x			
E24	x			
E35		x		
E36	x		x	
E40	x	x		
Unidades de quantificação	10	5	4	2

Quadro 3: Matriz 3 - Categoria: vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar da criança.

Categoria: opinião sobre os aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória.			
Subcategoria Entrevistas	Positivos		Negativos: falta de organização
	Sem internamento	Acolhimento	
E2		x	
E4			x
E10	x	x	
E16		x	
E17		x	
E18	x		
E19	x		
E23		x	
E24	x		
E35		x	
E36	x		
E40	x	x	
Unidades de quantificação	6	7	1

Quadro 4: Matriz 4 - Categoria: opinião sobre aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, familiar da criança.

Categoria: vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia.			
Subcategoria Visitas domicílio	Conforto	Acompanhamento	Ausência de complicações
V2	*		
V4		*	*
V10			*
V16			
V17			*
V18		*	
V19			
V23		*	*
V24		*	*
V35			*
V36	*	*	
V40		*	*
Unidades de quantificação	2	6	7

Quadro 5: Matriz 5 - Categoria: vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar da criança.

Categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica.			
Subcategoria Visitas Domicílio	Organização familiar	Acompanhamento	Actividade profissional
V2	*		*
V4			*
V10			*
V16		*	
V17		*	*
V18		*	*
V23	*		
V24		*	*
V35	*		*
V36	*		
V40	*	*	
Unidades de quantificação	5	5	7

Quadro 6: Matriz 6 - Categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica, familiar da criança.

Categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio.				
Subcategoria Visitas domicílio	Com sugestões			Sem sugestões
	Visita domiciliária	Contacto pós-operatório	Cuidados de enfermagem	
V2			x	
V4	x		x	
V10	x		x	
V16	x			
V17			x	
V18			x	
V19	x			
V23	x			
V24				x
V35			x	
V36				x
V40		x		
Unidades de quantificação	5	1	6	2

Quadro 7: Matriz 7 - Categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio, familiar da criança.

Categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória.				
Subcategoria Visitas domicílio	Conforto	Privacidade	Informação	Nada a apontar
V2	x			
V4			x	
V10				x
V16				x
V17				x
V18		x		
V19				x
V23				x
V24				x
V35				x
V36				x
V40				x
Unidades de quantificação	1	2	1	9

Quadro 8: Matriz 8 - Categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar da criança.

DOMÍNIO ADULTO

Categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar.				
Subcategoria Entrevistas	Ansiedade/ Receios	Stress	Rotinas da Casa	Actividade Profissional
E1	x			x
E3	x	x	x	x
E5	x	x		
E6	x	x		
E11	x	x		x
E12	x	x		
E13	x	x		
E14			x	
E15	x		x	
E20	x		x	x
E21	x			x
E22				x
E29			x	x
E30			x	x
E31				x
E37		x	x	
E38			x	x
E39			x	
E41		x	x	x
E42			x	
E43			x	
E44	x		x	
Unidades de quantificação	11	8	13	11

Quadro 9: Matriz 9 - Categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar, familiar do adulto.

Categoria: dificuldades no pós-operatório no domicílio.					
Subcategoria Entrevistas	Com dificuldades				Sem dificuldades
	Lidar com a dor	Cuidados ao doente	Rotinas da Casa	Autonomia/Família	
E1	*	*			*
E3		*		*	
E5	*		*		
E6		*			*
E11	*	*			
E12	*	*			
E13	*	*		*	
E14		*			
E15		*		*	
E20	*	*			
E21		*		*	
E22		*		*	
E29					*
E30		*		*	
E31			*		*
E37					*
E38				*	*
E39				*	
E41					
E42		*		*	
E44		*			
Unidades de quantificação	6	14	2	9	6

Quadro 10: Matriz 10 - Categoria: dificuldades no pós-operatório no domicílio, familiar do adulto.

Categoria: vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia.			
Subcategoria Entrevistas	Sem internamento	Ausência de Complicações	Deslocações ao hospital
E1	x	x	
E3	x	x	
E5			x
E6	x	x	
E11	x	x	
E12	x		
E13	x		
E14	x	x	
E15	x		
E20	x		x
E21		x	
E22	x	x	x
E29	x		x
E30		x	
E31			x
E37		x	x
E38		x	x
E39	x		
E41		x	
E42	x		
E43	x	x	
E44			x
Unidades de quantificação	14	12	8

Quadro 11: Matriz 11 – Categoria: vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do adulto.

Categoria: opinião sobre os aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória.			
Subcategoria Entrevistas	Positivos		Negativos
	Sem Internamento	Acolhimento	
E1	*		*
E3		*	*
E5			*
E6		*	
E11		*	
E12	*		*
E13			*
E14	*		
E15	*		
E20			*
E21	*		*
E22		*	*
E29	*		*
E30	*		
E31	*		*
E37	*		
E38	*		*
E39		*	
E41	*		
E42			*
E43	*		*
E44			*
Unidades de quantificação	12	5	14

Quadro12: Matriz 12 – Categoria: opinião sobre aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, familiar do adulto.

Categoria: vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia.			
Subcategoria Visitas domicílio	Conforto	Acompanhamento	Ausência de Complicações
V1	x		
V5		x	
V6	x		x
V11		x	
V12	x		x
V13		x	x
V14	x	x	
V15	x		
V20	x		x
V21	x		x
V22	x	x	
V29		x	
V30	x	x	
V31		x	
V37	x		
V38		x	
V39	x	x	
V41	x		
V42	IMPOSSIBILIDADE DE RECOLHA DADOS		
V43	x		
V44		x	
Unidades de quantificação	13	11	5

Quadro 13: Matriz 13 – Categoria: Vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do adulto.

Categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica.			
Subcategoria Visitas Domicílio	Organização Familiar	Acompanhamento	Actividade profissional
V3	x	x	x
V5	x		
V6	x		x
V11	x		
V12			x
V13	x		
V14	x		
V15		x	
V20			x
V21	x		
V22	x	x	
V29	x		
V30	x		
V31	x		x
V37	x		x
V38	x		x
V39	x		
V41	x		
V42	IMPOSSIBILIDADE DE RECOLHA DADOS		
V43	x		
V44	x		
Unidades de quantificação	17	3	7

Quadro 14: Matriz 14 - Categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica, familiar do adulto.

Categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio.				
Subcategoria Visitas Domicílio	Sugestões			Sem sugestões
	Contacto pós-operatório	Visita domiciliária	Cuidados de enfermagem	
V1				*
V3		*	*	
V5	*			
V6		*	*	
V11			*	
V12	*		*	
V13		*	*	
V14			*	
V15				*
V20			*	
V21			*	
V22			*	
V29			*	
V30			*	
V31	*			
V37			*	
V38	*			
V39			*	
V41				*
V42		IMPOSSIBILIDADE DE RECOLHA DADOS		
V43			*	
V44				*
Unidades de quantificação	4	3	14	4

Quadro 15: Matriz 15 – Categoria: sugestões sobre o apoio no domicílio, familiar do adulto.

Categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória.			
Subcategoria Visitas domicílio	Privacidade	Informação	Nada a sugerir
V1			x
V3	x		
V5		x	
V6	x	x	
V11		x	
V12			x
V13		x	
V14			x
V15			x
V20			x
V21			x
V22			x
V29		x	
V30			x
V31			x
V37			x
V38			x
V39			x
V41			x
V42	IMPOSSIBILIDADE DE RECOLHA DADOS		
V43		x	
V44			x
Unidades de quantificação	2	6	14

Quadro 16: Matriz 16 - Categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar adulto.

Categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar.				
Subcategoria Entrevista	Ansiedade/ Receios	Angustia	Rotinas Da casa	Autonomia/Família
E7		x	x	x
E8		x	x	x
E9	x		x	
E25			x	
E26				x
E27	x			
E28				x
E32				x
E33			x	x
E34				x
Unidades de quantificação	2	2	5	7

Quadro 17: Matriz 17 - Categoria: implicações da cirurgia na dinâmica familiar, familiar do idoso.

Categoria: dificuldades no pós-operatório no domicílio.			
Subcategoria Entrevista	Com dificuldades		Sem dificuldades
	Cuidados ao doente	Autonomia familiar	
E7		x	
E8			x
E9			x
E25	x	x	
E26			x
E27	x		
E28		x	x
E32		x	
E33	x		
E34			x
Unidades de quantificação	3	4	5

Quadro 18: Matriz 18 - Categoria: dificuldades no pós-operatório no domicílio, familiar do idoso.

Categoria: vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia.			
Subcategoria Entrevista	Sem internamento	Ausência de complicações	Deslocações ao hospital
E7	x		
E8	x		
E9	x	x	
E25	x		x
E26	x		x
E27	x		
E28	x	x	
E32	x		x
E33		x	
E34	x	x	
Unidades de quantificação	9	4	3

Quadro 19: Matriz 19 - Categoria: vantagens de regressar a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do idoso.

Categoria: opinião sobre os aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória.				
Subcategoria Entrevista	Positivos		Negativos	
	Sem internamento	Acolhimento	Tempo de espera n=1	Acompanhamento n=1
E7	x			x
E8	x	x		
E9	x	x		
E25	x			
E26	x		x	
E27		x		
E28	x			
E32	x	x		
E33	x	x		
E34	x			
Unidades de quantificação	9	5	1	1

Quadro 20: Matriz 20 - Categoria: opinião sobre aspectos positivos e/ou negativos da Cirurgia Ambulatória, familiar do idoso.

Categoria: vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia.			
Subcategoria Visitas domicílio	Conforto	Acompanhamento	Ausência de complicações
V7	x		
V8	x	x	
V9		x	x
V25			x
V26	x		
V27	x		x
V28			x
V32	x		x
V33		x	
V34		x	x
Unidades de quantificação	5	4	6

Quadro 21: Matriz 21 - Categoria: vantagens do regresso a casa no mesmo dia da cirurgia, familiar do idoso.

Categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica.			
Subcategoria Visitas Domicilio	Organização familiar	Acompanhamento	Actividade profissional
V7		x	
V8		x	
V25	x		
V26	x		
V27	x		
V28	x		
V32	x		
V33	x		x
V34	x		
Unidades de quantificação	7	2	1

Quadro 22: Matriz 22 - Categoria: alterações familiares com a intervenção cirúrgica, familiar do idoso.

Categoria: sugestões para o apoio no domicílio.			
Subcategoria Visitas Domicílio	Com sugestões		Sem sugestões
	Visita domiciliária	Cuidados de enfermagem	
V7	x		
V8	x		
V9			x
V25	x	x	
V26			x
V27			x
V28			x
V32			x
V33			x
V34			x
Unidades de quantificação	3	1	7

Quadro 23: Matriz 23 - Categoria: sugestões para o apoio no domicílio, familiar do idoso.

Categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória.		
Subcategoria Visitas Domicílio	Tempo de Espera	Nada a apontar
V7		x
V8		x
V9		x
V25		x
V26	x	
V27		x
V28		x
V32		x
V33		x
V34		x
Unidades de quantificação	1	9

Quadro 24: Matriz 24 - Categoria: como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar do idoso.

ANEXO V

PROJECTO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA AMBULATORIA

**PROJECTO PARA IMPLEMENTAÇÃO
DA
CONSULTA DE ENFERMAGEM
EM
CIRURGIA AMBULATORIA**

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA AMBULATORIA

Um dos aspectos mais relevante no desempenho diário é o trabalho em equipa. Para o atendimento global ao doente é importante, de acordo com Diogo (1996), a actuação de equipas multidisciplinares voltadas para a saúde do indivíduo, onde cada profissional desenvolva o seu trabalho de maneira complementar e não competitiva. Desta forma ficarão claras as actividades que competem á enfermeira e as que devem ser realizadas pelo próprio doente, como agente importante e responsável pela própria saúde, bem como de outros profissionais.

Sendo a prática de Enfermagem individualizada e personalizada, há a necessidade de ser planeada e orientada para objectivos baseados no ser humano como ser holístico, em que se deve considerar as vertentes física, psicológica, espiritual e social de cada um.

Estabelecer a relação enfermeiro/doente/família, implica uma comunicação eficaz e segura, para que haja um aumento da qualidade dos cuidados prestados. Phaneuf (2004) “A comunicação é uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem. Com efeito, esta relação não se pode desenvolver senão a partir de trocas calorosas e eficazes entre enfermeira e a pessoa cuidada, o que confere uma importância capital ao conhecimento de alguns princípios de comunicação.”

É com a entrevista que o doente/família tem o primeiro contacto com o enfermeiro, em que lhe é prestado ensino relativamente a todo o processo cirúrgico, poderá ser este o momento ideal para se iniciar a relação terapêutica. Phaneuf (2004) refere “a primeira entrevista, como qualquer primeiro contacto, reveste-se de uma enorme importância [...] É também importante por outras razões, especialmente porque permite conhecer as expectativas da pessoa em relação ao contexto de cuidados, precisar o seu pedido de ajuda, e compreender a dificuldade que ela vive e a forma como esta dificuldade a afecta.”

Cabral (2004) “pensamos que esta consulta poderá ser importante em instituições que usem uma metodologia de internamento idêntica á do nosso estudo de investigação acção ou na Cirurgia Ambulatória”.

A entrevista é uma intervenção autónoma, focalizada no indivíduo/família, independentemente da fase do ciclo vital em que se localize.

Tem sido uma temática que já alguns autores se propuseram estudar, pois sendo uma actividade recente, é necessário avaliá-la no sentido de consolidar metodologias e desenvolver competências no enfermeiro que lhe permitam desenvolver esta actividade de forma autónoma e reconhecida.

Vários estudos efectuados nomeadamente Barros e Fernandes (2004), concluíram que 65,85 % dos inquiridos concordaram que a consulta de enfermagem, é uma mais valia para a profissão e contribui para reforçar a área autónoma da mesma. Para realizá-la 68,29 % defendem ser necessário ter formação específica, 60,90 % que ajuda na tomada de decisão, 70,73 % concordaram que a consulta de enfermagem permite individualizar e personalizar os cuidados prestados ao doente e 73,71% concordam que a forma como está organizada permite a sistematização dos registos, citado por Barcelos (2005).

O enfermeiro deve utilizar uma linguagem explícita na descrição da experiência ao doente/família que se vai submeter na Cirurgia Ambulatória, para que estes estejam mais preparados e sejam mais ajudados. Isto torna-se necessário visto que o contacto com os profissionais de saúde se torna breve e intenso (Neve, 1995) citado por Manley e Bellman (2003)

Para Lazure (1999), o acto de ajudar impõe exigências às quais o enfermeiro que escolheu esta profissão não se pode abstrair, onde se realça: -dar o seu tempo. a sua competência, o seu saber, o seu interesse e a sua capacidade de escuta e compreensão ,ou seja ,dar ,uma parte de si. Para concretizar a ajuda necessária, o enfermeiro deve primeiro saber e acreditar que o doente/família independentemente do seu problema de saúde, são os únicos detentores de meios de base para resolver esses problemas, e que devem procurar promover uma utilização mais funcional dos seus recursos internos

Para Virgínia Henderson, o cuidar afecta ser hábil não só de enaltecer as necessidades básicas das pessoas mas também as condições e estados psicológicos que os alteram.

Cuidar é algo que é necessário à própria vida, como sendo um meio activo, em constante desenvolvimento e ascensão uma vez que cuidar, requer atenção e aprendizagem para enfrentar as diferentes situações apresentadas. Cuidar passa pela educação e promoção da saúde, e segundo as suas ideias, ajuda-se mais as pessoas a serem saudáveis do que a preparar terapêutica, Tomey et al (2003).

A enfermagem perioperatória prevê esta intervenção (consulta de enfermagem), como preparação para a cirurgia, esclarecimento sobre procedimentos, desmistificação do acto cirúrgico, o que levar, se deve ir em jejum ou não, se precisa da alguma medida especial, vir acompanhado, tempo previsto para estar no hospital. Relativamente aos familiares será que pode aguardar no hospital, até ao fim da intervenção, quanto tempo tem que ficar o doente no hospital, tem visitas, pode comer, etc.

Já se efectua em alguns hospitais nacionais, sendo já a nível europeu um procedimento normal. Estamos a dar os primeiros passos em práticas que pertencem aos enfermeiros e que até agora eram delegadas a outros que não tem competências para tal, no entanto ao nível de apoio às famílias, constata-se que este elo não tem qualquer suporte.

A consulta de enfermagem, é uma das actividades que envolve competências quer científicas, quer de carácter relacional, contribuindo para o maior auto cuidado e satisfação do doente/família.

De acordo com o Departamento dos Recursos Humanos da Saúde (1999), a consulta de Enfermagem é uma actividade autónoma da enfermagem, sendo definida como: “ ...uma actividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem, baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar um plano de cuidados ...”

Um plano de cuidados consiste em estabelecer objectivos e as actividades cuja execução resolverá os problemas previamente identificados. Para que o plano de cuidados tenha êxito é conveniente que seja elaborado conjuntamente com a enfermeira e o doente/família, com o que se obterá uma maior implicação e compromisso parte a parte, especialmente dos últimos.

A utilização correcta da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem na consulta de enfermagem, proporciona um vocabulário e uma estrutura adequados para a descrever, assim como proporciona maior consistência na continuidade de cuidados na consulta e facilita a colheita de dados para a avaliação da qualidade.

Ferreira (2001) estudou o enfermeiro e as consultas de enfermagem aos jovens, analisando 60 registos efectuados por enfermeiros na consulta de enfermagem e verificou que os enfermeiros registam e abordam maioritariamente os aspectos físicos.

Relativamente à experiência e à satisfação do doente na consulta de enfermagem de saúde infantil, Ribeiro *et al* (2005) verificaram que todos os doentes se encontravam satisfeitos, estando 80 % satisfeitos e 20% moderadamente satisfeitos. Os aspectos em que os doentes demonstraram maior insatisfação foram em relação ao indicador característica do edifício (28,57) e com as interrupções (telefone, etc) que ocorrem durante a consulta 28,57% coincidindo com o estudo de Ribeiro (2000).

Como referência Manley e Bellman (2003) citando Malin (1991) “uma das principais causas de insatisfação do doente com a prestação de cuidados de saúde é a preparação inadequada”.

Arando (2000) também aborda a importância do processo de enfermagem, para uma concretização mais eficiente da consulta de enfermagem.

A consulta de enfermagem em Cirurgia Ambulatória permite desenvolver esta actividade de uma forma autónoma e reconhecida. Sendo esta promotora da autonomia de enfermagem, a sua gestão é da exclusiva responsabilidade do enfermeiro.

Esta autonomia é reconhecida pelo Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE 1996-2961), no seu “Artigo 9º – As intervenções dos enfermeiros
“1-As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

2-Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade acordo com as respectivas qualificações profissionais, ou seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

3- Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.”

A consulta de enfermagem será desenvolvida segundo as directrizes institucionais, passará a ser uma prática diária dos enfermeiros que exercem funções na Cirurgia Ambulatória e serão distribuídos boletins informativos (Anexo I) para reforço de informação.

Posteriormente será efectuada formação sobre metodologia da consulta de enfermagem a todos os enfermeiros e avaliações periódicas aos registos efectuados (realização de auditorias mensais).

Recentemente Barcelos (2005) realizou estudo de investigação (Dissertação de Mestrado) sobre a “Representação Social da Consulta de Enfermagem “.Da análise descritiva das respostas sobre o grau de importância desta consulta revela que apenas 4,2% do total dos participantes não consideraram importante, enquanto que 15,8 % consideram-na relativamente importante. A maioria dos participantes cerca de 80% da população em estudo atribui importância à consulta de enfermagem: importante (45,8) e muito importante (33,9%).

Para a realização da consulta de enfermagem 68,29 % dos inquiridos defendem ser necessário ter formação específica 60,90% ajuda na tomada de decisão, 70,73% concordaram muito quer a consulta de enfermagem permite individualizar e personalizar os cuidados prestados ao doente e 73,71% concordaram que a forma como estava organizada permite a sistematização dos registos,

conclusões de Dissertação de mestrado sobre “Representação Social da Consulta de Enfermagem” por Barcelos (2005).

Também se pode constatar no referido trabalho, que os aspectos em que os doentes demonstraram maior satisfação foram: o enfermeiro explica os cuidados antes de os prestar e o enfermeiro valoriza os seus conhecimentos para cuidar da criança, ambos com 100%, Barcelos (2005).

A consulta de enfermagem é uma das actividades desenvolvidas pelo enfermeiro.

Estabelecendo-se como objectivos desta consulta de enfermagem, os seguintes:

- Planear os cuidados de enfermagem perioperatória de forma individualizada e humanizada;
- Promover uma relação terapêutica;
- Minimizar as angústias, os medos e ansiedade provocados pela cirurgia prevista;
- Proporcionar apoio necessário ao utente/família /cuidador informal;
- Consciencializar os conhecimentos e expectativas do doente/família/cuidador informal face a todas as fases do processo cirúrgico;
- Reforçar informações e ensino face à Cirurgia Ambulatória;
- Diminuir adiamentos cirúrgicos.

Em anexo segue planeamento de consulta de enfermagem (ANEXO II).

As normas da qualidade em saúde, a definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, já publicadas pela Ordem dos Enfermeiros, as competências dos enfermeiros especialistas que estão a ser alvo de estudo e de encontros por parte da Ordem dos Enfermeiros, estão prestes a serem definidas e concerteza que redefinirão o campo de intervenção dos enfermeiros.

A qualidade exige investimento, e sobretudo coerência, em conformidade com os princípios que a enfermagem defende. Somos responsáveis pela segurança da pessoa que nos confia o seu bem mais precioso que é a sua vida. O enfermeiro, independentemente da área de cuidados onde desenvolve a sua prática tem como dever, zelar pelos interesses da pessoa, promover a sua saúde, prestar os cuidados que ela necessita, ajudar e promover a sua reinserção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELOS, Maria Olívia -Representação Social da Consulta de Enfermagem
Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto. 2005;

CABRAL, Dinora – Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatoria :
Contributos para a sua implementação. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor
em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar,
Universidade do Porto. Porto. 2004;

LAZURE, Hélène – Viver a relação de ajuda: Abordagem teórica e prática de um
critério de competência da Enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1999;

MANLEY, Kim, BELLMAN, Loretta – Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada.Loures:
Lusodidacta, 2003;

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Regulamento do Exercício Profissional dos
Enfermeiros. Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro;

PHANEUF, Margot : Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.
Lusociência, Loures, 2004;

TOMEY, Ann Marriner, ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a sua
obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2003.5.^a Edição;

ANEXOS

ANEXO I

BOLETINS INFORMATIVOS

CIRURGIA AMBULATÓRIA

GUIA DO DOENTE

"Segundo a IAAS (International Association for Ambulatory Surgery), Cirurgia Ambulatória consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efectuada em regime de internamento, cuja alta ocorre poucas horas após o procedimento, sem necessidade de pernoita hospitalar..."

<http://www.apca.com.pt/>

Sendo o objectivo primeiro da Unidade Cirurgia Ambulatória, promover a qualidade do bem-estar da sua saúde, esperamos que a sua passagem por este serviço seja a mais positiva possível.
Estamos sempre ao seu dispor.

O presente guia pretende informar os seus doentes sobre os cuidados prestados pelo serviço Cirurgia Ambulatória, assim como alguns aspectos importantes, que irão contribuir para o sucesso da sua cirurgia.

Aspectos importantes a ter em conta na preparação pré-operatória do doente.

Na véspera da cirurgia:

Deve fazer uma refeição ligeira;

Não comer nem beber a partir da meia-noite.

No dia da cirurgia deve

Estar em jejum;

Tomar banho completo ou duche;

Trazer bilhete de identidade, cartão utente e da segurança social, e todos os exames que tenha em seu poder;

Vestir roupa confortável e de fácil remoção;

Trazer chinelos;

Trazer toda a medicação que toma habitualmente;

Deixar valores ou jóias em casa; Evitar trazer maquilhagem ou verniz nas unhas;

Trazer contacto telefónico;

Apresentar-se com um adulto responsável.

No acolhimento:

○ Por volta das 08:00 h, dirija-se à secretária da Unidade de Cirurgia Ambulatória (Junto às Consultas Externas).

○ As crianças até aos 15 anos podem ficar acompanhadas por um dos Pais ou outra pessoa responsável.

○ Será dada informação sobre o seu tempo de permanência na unidade.

Na alta:

○ Só sai do serviço na companhia de alguém responsável, sendo obrigatório esse acompanhamento até casa.

○ Não pode conduzir, sendo o transporte assegurado pelo seu acompanhante em viatura própria.

○ Nas primeiras 24 horas deve permanecer em repouso e sempre acompanhado.

○ Ser-lhe-á entregue por escrito, informações sobre a dieta, medicação, actividade física e outras informações importantes.

Nota: Não tome decisões importantes nas primeiras 24 horas após a cirurgia.

Outras considerações muito importantes:

Aquando da sua entrada, deve indicar um familiar da sua preferência, no caso de haver necessidade de efectuar um contacto.

Deve ainda avisar a família que nos pode contactar para saber informações do seu estado de saúde, não sendo no entanto possível receber visitas durante este período

Após a cirurgia, a equipa de enfermagem irá contactá-lo telefonicamente nas primeiras 24 horas e depois nas 72 horas, para avaliar o seu estado pós-operatório

Caso não possa comparecer, no dia (___/___/2009) marcado para a cirurgia, pedimos o favor de avisar o serviço de Cirurgia de Ambulatório, utilizando para tal o nº de telefone [] extensão 370, das 08:00 horas às 12,30 e das 14 horas às 16,30.

CIRURGIA AMBULATÓRIA

GUIA DO UTENTE

PÓS -OPERATÓRIO

Aspectos importantes a ter em conta no pós-operatório do cliente:

- No dia da cirurgia faça refeições leves (líquida ou mole);
- Caso seja submetido a cirurgia anal (hemorroides, fístula, fissura), faça nos primeiros dias uma dieta rica em fibras (frutas, vegetais, pão integral) e líquida;
- Permaneça em repouso no leito no dia da cirurgia e evite ficar sozinho nas primeiras 48h caso tenha sido submetido a anestesia geral;
- Não conduza, nem tome decisões importantes nas primeiras 24h;
- Evite esforços, nas cirurgias de hérnia deve ter cuidado durante um mês;
- O primeiro penso será realizado na consulta externa do hospital??. os restantes serão realizados no centro de saúde da sua área.
- Leva carta de alta para o Médico Assistente e para o Enfermeiro do Centro de Saúde;
- Em determinadas cirurgias (fimose, patologia anal) os doentes não levam penso, pelo que só recorrerão ao centro de saúde se alguma complicação surgir.
- Terão que fazer em casa cuidados de higiene;
- Irá ser contactado telefonicamente nas 24h e 72h ??? após a cirurgia.

Caso surjam complicações tais como: vómitos persistentes, hemorragia, dor intensa, edema (inchaço), contacte o serviço de Cirurgia de Ambulatório pelo telefone: [REDACTED] para extensão 587 até as 20h. Após as 20h deverá recorrer ao serviço de urgência (CONTACTO DE QUEM ???)

ANEXO II
PLANEAMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

PLANEAMENTO DO FUNCIONAMENTO
DA
CONSULTA DE ENFERMAGEM CIRURGIA AMBULATÓRIA

QUESTÕES	CONSULTA ENFERMAGEM CIRURGIA AMBULATÓRIA
Quem realiza?	Todos os elementos da equipa de enfermagem de Cirurgia Ambulatória por rotatividade, ficando destacado um elemento por turno.
Onde se realiza?	Gabinete de consultas do serviço de Cirurgia Ambulatória.
Periodicidade?	Todos os dias.
Horário?	Das 8 H às 13 H.
Que doentes?	Todos os doentes propostos para Cirurgia Ambulatória.
Boletim informativo?	Distribuídos a todos os doentes. Às crianças e pais será apresentado um filme com o circuito da Cirurgia Ambulatória, bem como folheto informativo.
Actividades associadas	O enfermeiro que efectuar a consulta de enfermagem realiza paralelamente os telefonemas para os doentes: - 24 Horas antes do acto cirúrgico; - 24 Horas após o acto cirúrgico; - 72 Horas após o acto cirúrgico. Para além do mencionado este enfermeiro realizará uma consulta pós operatória, sempre que seja possível coincidindo com a realização do primeiro penso.
Registos	Será elaborada uma base de dados, permitindo efectuar registos no pré operatório (consulta de enfermagem), e posteriormente no intra e pós-operatório.

CIRURGIA AMBULATÓRIA

CONTACTO TELEFÓNICO PRÉ – OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:

DATA DA CONSULTA	DATA DA CIRURGIA	CIRURGIA

Hora do contacto: _____	DATA: ____/____/____
-------------------------	----------------------

ITENS ORIENTADORES	EFFECTUADO
1-Informação do dia da cirurgia.	
2-Esclarecer dúvidas acerca do que vai efectuar.	
3-Reforçar necessidade de trazer medicação crónica.	
4-Apresentar-se em jejum.	
5-Relembrar a informação cedida no GUIA DO UTENTE.	
6-Realçar importância e indispensabilidade de se acompanhar de adulto responsável.	

Observações:

ENFERMEIRO: _____

CIRURGIA AMBULATÓRIA

CONTACTO TELEFÓNICO PÓS – OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:

DATA DA CONSULTA	DATA DA CIRURGIA	CIRURGIA	TIPO DE ANESTESIA

HORA CONTACTO	DATA CONTACTO	CHAMADA ATENDIDA POR:

Como se sente?	1-Não muito bem		No regresso ao domicilio como se sentiu?	1-Não muito bem	
	2-Razoável			2-Razoável	
	3-Bem			3-Bem	
	4-Muito bem			4-Muito bem	

Se respondeu 1, qual a justificação?

CONTACTO TELEFÓNICO PÓS – OPERATÓRIO

	RELATIVAMENTE A :			
VÓMITOS	Mínimos		Moderados	Severa
NAUSEAS	Mínimas		Moderadas	Severa
DEAMBULAÇÃO	Passo firme/sem tonturas		Deambula com auxílio	Não consegue deambular com tonturas
DOR	Mínima		Moderada	Severa
HEMORRAGIA	PRESENTE		AUSENTE	
PENSO	LIMPO		SUJO	MANCHA DE SANGUE: PEQUENA ☐ GRANDE ☐ REPASSADO ☐ SUBSTITUIÇÃO DE PENSO? _____ _____ ONDE E POR QUEM? _____ _____
MEDICAÇÃO	SUFICIENTE		INSUFICIENTE: MOTIVO? _____ _____	
ÁREA OPERADA (PERIOPERATÓRIA?)	EDEMA: SEM EDEMA ☐ COM EDEMA: LIGEIRO ☐ MODERADO ☐ ACENTUADO ☐		SENSIBILIDADE: COM SENSIBILIDADE ☐ SEM SENSIBILIDADE: LIGEIRA ☐ MODERADA ☐ ACENTUADA ☐	

ENFERMEIRO _____

