

A ALTA DO PACIENTE CIRÚRGICO NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE*

*Olga Maimoni Aguillar***

*Emília Luígia Saporiti Angerami****

AGUILLAR, O.M.: ANGERAMI, E.L.S. A alta do paciente cirúrgico no contexto do sistema de saúde. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v. 26, n. 3, p. - , dez., 1992.

Partindo-se da premissa de que o paciente cirúrgico e a sua família, têm assumido a responsabilidade do seu cuidado após a alta hospitalar é que propusemos o presente trabalho. Tivemos como objetivos, estudar os problemas apresentados pelos pacientes cirúrgicos relativos à alta hospitalar e conhecer o processo de atendimento a estas pessoas no contexto do sistema de saúde. Participaram do estudo pacientes que foram submetidos à cirurgia eletiva de médio porte, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto—USP, no primeiro semestre de 1989. Através de visitas domiciliárias, foram entrevistados 50 pacientes sendo que destes, 42 do sexo feminino e 08 de sexo masculino, das diversas especialidades cirúrgicas.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e tendo como base o referencial teórico de Lalonde, que vê a saúde como resultante de um processo dinâmico de integração do indivíduo com o seu meio ambiente. Dessa forma, chegou-se a algumas conclusões a respeito do grupo estudado.

Concluiu-se o estudo apresentando sugestões, abordando aspectos de administração de saúde e de assistência de enfermagem.

UNITERMOS: *Paciente Cirúrgico. Alta hospitalar. Avaliação pós-operatória de pacientes no domicílio.*

Introdução

Como estabelecido nas várias décadas pela Organização Mundial de Saúde, a saúde é um direito humano básico e um bem valorizado socialmente. Neste sentido, a saúde tem sido discutida amplamente durante os últimos anos, em numerosos países, na tentativa de se encontrar alternativas que apontem para a melhoria dos níveis de saúde da população.

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata — URSS(17), em 1978, ficou evidenciada a necessidade de reo-

* Resumo de Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1990.

** Professr Doutor — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — Universidade de São Paulo.

*** Professor Titular — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — Universidade de São Paulo.

rientação das políticas governamentais, não só do setor saúde, mas dos demais setores que se encontram relacionados na determinação da qualidade de vida das populações(16). Desta forma, dentre outros aspectos abordados, passa a preocupação universal com a racionalização dos recursos em saúde, numa tentativa de controle de custos sem detrimento da assistência devida à população.

No Brasil, a lei número 6229, dispendo sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, data de 1975, entretanto, os serviços nesta área não atendem ainda às expectativas da população. Atualmente o setor enfrenta uma série de problemas de ordem político-administrativa, que tem colaborado para o distanciamento das metas propostas em Alma-Ata(14,21). Observa-se no atual sistema, inapropriada distribuição geográfica dos serviços de atendimento, que por sua vez estão inadequadamente aparelhados, observando-se a tendência à utilização de tecnologia sofisticada. A alta tecnologia tem motivado gastos elevados e muitas vezes supérfluos, principalmente no atendimento hospitalar, que não tem sido acompanhada de melhoria significativa nos níveis de saúde da população(14,21).

As ações básicas de saúde vêm se mantendo em nível secundário de prioridade e se desenvolvem de forma desvinculada do atendimento hospitalar(1). Têm se limitado a campanhas eventuais e a programas que não atendem às reais necessidades da população pois, não têm como base os dados epidemiológicos locais e não contam com a participação da comunidade no seu planejamento.

O contingente de recursos humanos também constitui um problema básico em saúde que não tem sido devidamente priorizado(7). Na área específica de enfermagem, força de trabalho essencial do setor, observa-se a discrepância representada pela escassez de pessoal de nível médio e superior e o grande número de pessoas não habilitadas, de nível elementar, sendo treinadas pelos próprios serviços.

Estes fatores têm colaborado para a ineficiência e ineficácia na resolução dos problemas de saúde da população.

A atual política de saúde, vem propondo a racionalização de recursos e a melhoria da assistência a ser prestada. Para alcançar seus objetivos, uma das estratégias propostas é o atendimento por níveis de atenção, ou seja, por níveis de complexidade crescente. Assim, Serviço de Atenção Primária é onde se dá o primeiro contato do cliente com o sistema formal de saúde. Serve como triagem e referência para os demais serviços. Serviço de Atenção Secundária, fornece atendimento nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. A clientela referida a estes hospitais pelos níveis primários de atenção, para eles deve retornar. E finalmente, Serviço de Atenção Terciária é a assistência mais complexa com alto grau de especialização em recursos humanos e materiais(12).

Atuando no setor saúde e convivendo com suas muitas limitações, passamos a refletir a respeito da reorganização pela qual está passando o sistema e consideramos oportuno estudarmos a forma pela qual vem se dando a assistência à saúde em nossa cidade.

Trabalhando na área de enfermagem cirúrgica, setor secundário e terciário da assistência, a nossa preocupação se voltou mais especificamente para o atendimento ao paciente cirúrgico e para a questão da alta hospitalar destes pacientes.

Nós, profissionais da área da saúde, freqüentemente vemos a alta hospitalar como o final triunfante de uma longa série de sofisticados cuidados médicos e de enfermagem. Na realidade, a alta é uma ponte entre os cuidados hospitalares e os domiciliares(19).

A alta freqüentemente é considerada sinônimo de sucesso e de missão cumprida, entretanto, sabe-se que é grande o número de pessoas que retornam ao hospital com problemas que poderiam ter sido prevenidos ou controlados(4).

Enfoques recentes, têm considerado a alta hospitalar como um processo de transferência da responsabilidade do cuidado ao paciente, família ou outros profissionais de saúde(6).

Neste sentido, consideramos potencialmente crítico o processo de alta hospitalar do paciente cirúrgico, tendo em vista as suas especificidades e o fato de que dentro do processo cirúrgico, o pós-operatório é o período de restabelecimento do indivíduo frente à agressão sofrida pela cirurgia.

Neste período, uma série de fatores estarão influenciando no sentido de favorecer ou não a sua recuperação e podendo inclusive colocar em risco a efetividade do tratamento realizado.

A partir destas considerações, algumas questões vêm nos inquietando enquanto enfermeira e pesquisadora: Quem tem assumido a responsabilidade da assistência ao paciente que sai de alta hospitalar e ainda necessita de cuidados? Que problemas têm sido vivenciados pelo paciente e família ao realizarem estes cuidados? Que sistema de apoio à saúde dispõem para auxiliar em suas dificuldades? Como ocorre a recuperação do paciente no seu domicílio? Quem tem colaborado para facilitar essa recuperação?(8,9,13,19).

A literatura internacional, tem mostrado que em países onde a assistência à saúde é melhor estruturada, é grande a ênfase que é dada à alta hospitalar, que é programada desde a internação do paciente, por grupos multiprofissionais, a fim de que seja assegurada a qualidade da assistência no pós-operatório.

No Brasil, são praticamente inexistentes programas sistematizados para a alta, tanto a nível hospitalar como extra-hospitalar.

Objetivos do Trabalho

O presente trabalho tem como objetivos:

1. Detectar de que forma está se dando o acesso de pacientes cirúrgicos ao serviço de atenção terciária, tendo em vista as mudanças que vêm ocorrendo no Sistema Nacional de Saúde e a proposta de atendimento por níveis de atenção.
2. Conhecer as características do grupo de pacientes que procuram este serviço.
3. Conhecer os problemas enfrentados pelo paciente cirúrgico após a alta hospitalar e as soluções que tem sido dadas a eles.
4. Saber quem efetivamente tem assumido a responsabilidade do cuidado após a alta e qual o sistema de apoio para o seu seguimento.
5. Obter informações a respeito do preparo do paciente e da família para a alta.
6. Conhecer a percepção do paciente cirúrgico frente ao atendimento recebido.

Tendo em vista estes objetivos, utilizamos para o nosso estudo, o referencial teórico de Lalonde(3,5,18), que vê a saúde como resultante de um processo dinâmico de integração do indivíduo com o seu meio ambiente, visto sob quatro dimensões fundamentais: a) o indivíduo, como ser biológico, com um potencial genético e seus aspectos físicos e mentais para a saúde; b) o meio ambiente em que esse indivíduo vive, considerado na sua dimensão ecológica e social, que se localiza fora do corpo humano e sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle (qualidade do ar, saneamento básico, alimentação, transporte, trabalho, etc.); c) estilo de vida, seu modo especial de interagir com o meio ambiente, se compõe do conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre as quais o indivíduo pode exercer um certo grau de controle (hábitos higiênicos, sono/reposo, lazer, etc.) e, d) organização da atenção à saúde, ou seja, o grau de suporte que o indivíduo recebe de um serviço de atenção à saúde.

Metodologia

A nossa população constitui-se de pacientes cirúrgicos atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP. Hospital escola, destinado ao ensino e à pesquisa, compartilhado por estudantes e profissionais de enfermagem, farmácia, nutrição, medicina, psicologia e outras áreas ligadas ao setor saúde.

Nossa amostra constou de pacientes cirúrgicos, atendidos no 1º semestre de 1989, adultos, residentes em Ribeirão Preto, que foram submetidos à cirurgia eletiva de médio porte e orientados auto e halopsiquicamente. O grupo constituiu-se de 50 pacientes, sendo 42 do sexo feminino e 08 (oito) do sexo masculino. A coleta de dados se deu em 05 (cinco) fases: 1ª) consulta diária à escala de cirurgia; 2ª) consulta ao prontuário do paciente selecionado na escala de cirurgia; 3ª) visita ao paciente na unidade de internação; 4ª) confirmação da alta e programação da visita domiciliar e 5ª) visita domiciliar, entre o 5º e o 10º dia após a alta hospitalar.

As visitas domiciliares constaram de dois momentos: o primeiro onde se dava uma entrevista semi-estruturada, com o paciente e familiares e o segundo que constava de exame físico do paciente em pós-operatório.

Para a realização da entrevista semi-estruturada, utilizamos um roteiro (anexo), que foi adaptado de instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, para o desenvolvimento de trabalho(22), abordando as necessidades de cuidados de enfermagem de pacientes cirúrgicos internados em instituições de saúde.

O referido roteiro divide-se em três partes: a primeira aborda os aspectos social/ambiental como a educação, habitação, trabalho e família, a segunda aborda as relações da pessoa com o serviço de saúde como, forma de acesso, admissão, dificuldades após a alta e qualidade de atendimento e a terceira parte, refere-se mais especificamente aos aspectos biológicos da saúde do indivíduo, levantando alterações ocorridas mediante a intervenção cirúrgica.

Desta forma, foram levantados os dados necessários a nossa análise. A seguir passamos aos resultados e discussão.

Resultados e Discussão

Os resultados encontrados e a sua análise, estão apresentados de forma descritiva e levando-se em conta o nosso referencial teórico, extrapolam as questões estritamente do setor saúde e avançam no sentido de apontar caminhos na área social, econômica e cultural.

A partir dos dados obtidos pudemos traçar um perfil geral do grupo estudado. Um grupo predominantemente do sexo feminino, 84,0%, com 60,0% das pessoas na faixa etária de 30 a 50 anos; com escolaridade de 1º grau incompleto 68,0%; casados ou amasiados, 78,0%; religião católica, 68,0%; desempenhando atividades de trabalho de mão de obra não qualificada 72,0% e morando na periferia da cidade em casas parcialmente ou totalmente inadequadas, 80,0%.

Observamos, que apesar de existirem serviços de atenção primária próximo à residência das pessoas que participaram do estudo, a maioria, 64,0%, dirigiu-se diretamente ao serviço de atenção terciária. Esta inversão no fluxograma proposto para a assistência à saúde foi justificada pelos pacientes com os seguintes argumentos: desconhecer a dinâmica de atendimento do setor, ter tido experiências negativas anteriores com relação ao atendimento da rede de atenção primária, já possuir registro no serviço em que foi atendido (HCFMRP-USP) e ser parente ou amigo de pessoas que trabalham no referido serviço e que portanto facilitaram o seu atendimento.

A nosso ver, este dado reflete a desinformação da população quanto ao funcionamento dos serviços de saúde, o baixo grau de resolubilidade e de organização que caracteriza o sistema de saúde em processo de transição e também a resistência a mudanças e à assimilação de novas diretrizes de atendimento.

Observamos no grupo estudado, que apesar da maioria, 56,0% (figura 1) ter tido uma média de hospitalização, dentro do esperado para cirurgias eletivas de médio porte, de 3-6 dias, uma porcentagem expressiva (30,0%), teve mais que dez (10) dias de internação. Esta ampliação do tempo de permanência, diminui a rotatividade dos leitos cirúrgicos e portanto aumenta a demanda reprimida, ou seja, aumenta o nº de pessoas que aguardam pelo tratamento cirúrgico. O adiamento da alta hospitalar deveu-se em parte pelas complicações pós-operatórias, outras vezes conseqüências das condições gerais precárias das pessoas que procuram o serviço ou mesmo decorrentes da qualidade de assistência prestada.

Abordando mais especificamente as questões ligadas à intervenção cirúrgica e à hospitalização, consideramos segundo FEIX(10), como um período de crise para o indivíduo pois altera seus ajustamentos normais nos vários setores da vida. Torna o indivíduo dependente da equipe de saúde e diminui sua capacidade de autodeterminação (estilo de vida). É um processo agudo que debilita a pessoa num imediato.

Dentro do processo cirúrgico, o pós-operário é o período em que ocorre o restabelecimento do indivíduo submetido a este tratamento. Parte do restabelecimento se dá ainda no hospital e se complementa em casa após a alta. No hospital, existe todo um aparato de recursos humanos e materiais para detectar precocemente sinais e sintomas na prevenção de possíveis complicações, entretanto, no domicílio, os pacientes já não dispõem desses recursos para assisti-los.

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CIRÚRGICOS SEGUNDO TEMPO DE INTERNAÇÃO

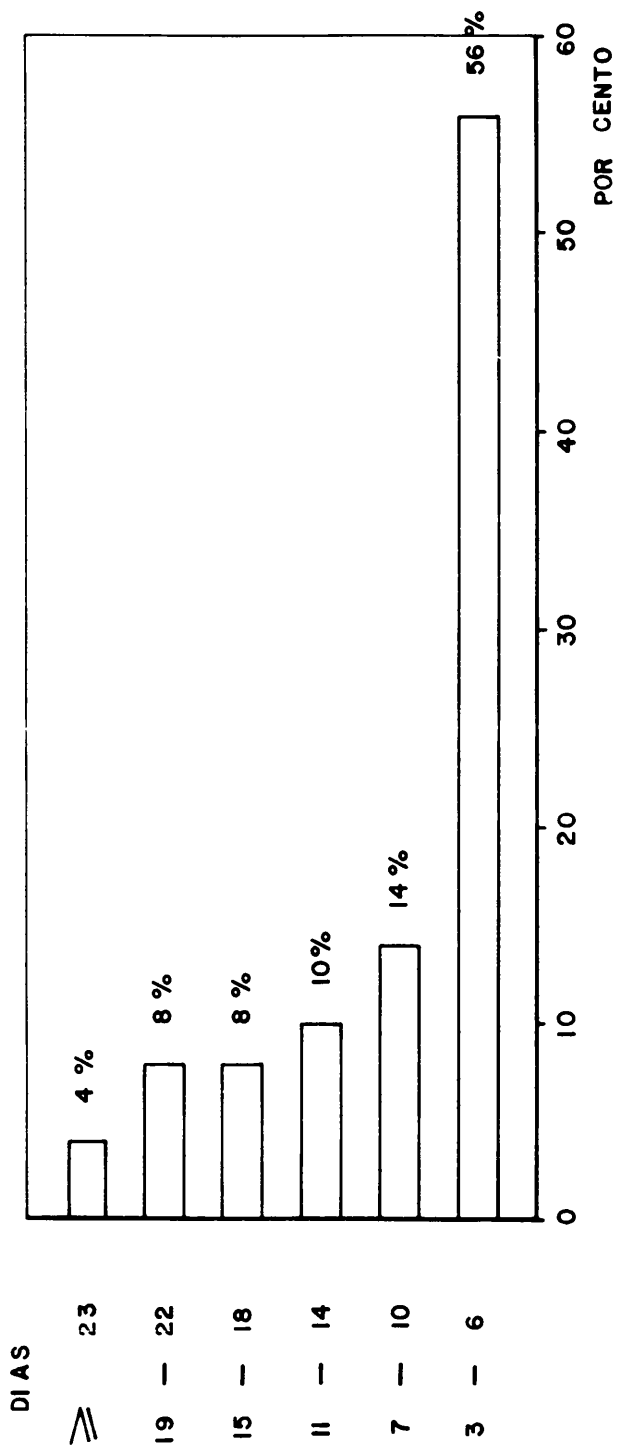
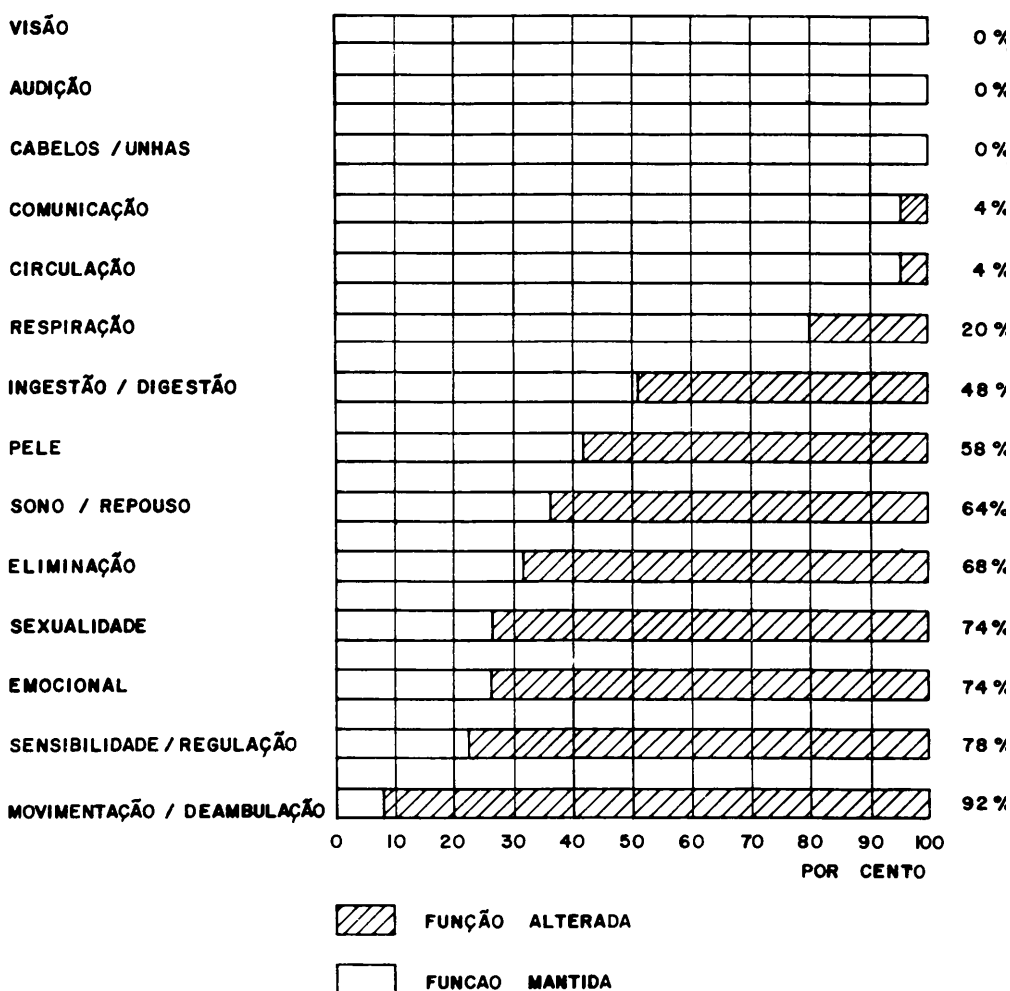


FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE APRESENTADAS PELOS PACIENTES CIRURGICOS APOS ALTA HOSPITALAR



O retorno da pessoa para o seu domicílio, ocasiona a reestruturação da organização familiar, pois, é a família que passa a assumir a função assistencial, neste sentido, são muitas as dúvidas apresentadas por elas, sobre a forma pela qual lidar com as alterações decorrentes da cirurgia e mesmo que sinais e sintomas são esperados e quais são indicativos de complicações.

Na figura 2, podemos observar o tipo e a incidência das alterações apresentadas pelo grupo estudado.

A restrição à movimentação foi a alteração mais referida pelos pacientes (92,0%) e deveu-se principalmente à desinformação à respeito de quando e como poderiam retornar às atividades, assim como ao receio da dor e da abertura da ferida cirúrgica.

As alterações de sensibilidade e regulação, que dizem respeito à dor e hipertermia, sintomas comuns no pós-operatório, foram referidos por 78,0% dos pacientes e tiveram como solução em grande parte dos casos a auto-medicação.

Em relação às manifestações emocionais, referidas por 74% das pessoas e segundo SOARES(21), uma reação comumente apresentada pelo paciente cirúrgico, teve como causas manifestadas; a incerteza quanto à evolução e prognóstico do tratamento, complicações pós-operatórias, situação irregular no trabalho e situação econômica instável. As alterações de sexualidade, foram referidas por 74,0% do grupo. Há que se lembrar, que o grupo se constituiu em sua maioria por adultos jovens, que se supõe em fase sexualmente ativa e preocupados em retornar às atividades normais também neste aspecto.

Problemas de eliminação, foram apresentados por 68,0% das pessoas e o mais comum foi a constipação intestinal, que determinou a auto-medicação ou a utilização de dietas laxativas para solucioná-la. Em trabalho(11) realizado a respeito das alterações de hábito intestinal de pacientes internados, observou-se que 67,0% das pessoas apresentaram constipação intestinal. No paciente cirúrgico, esta alteração está associada à mudança de dieta, à permanência no leito por longo período ao estresse e ao tipo de cirurgia(2).

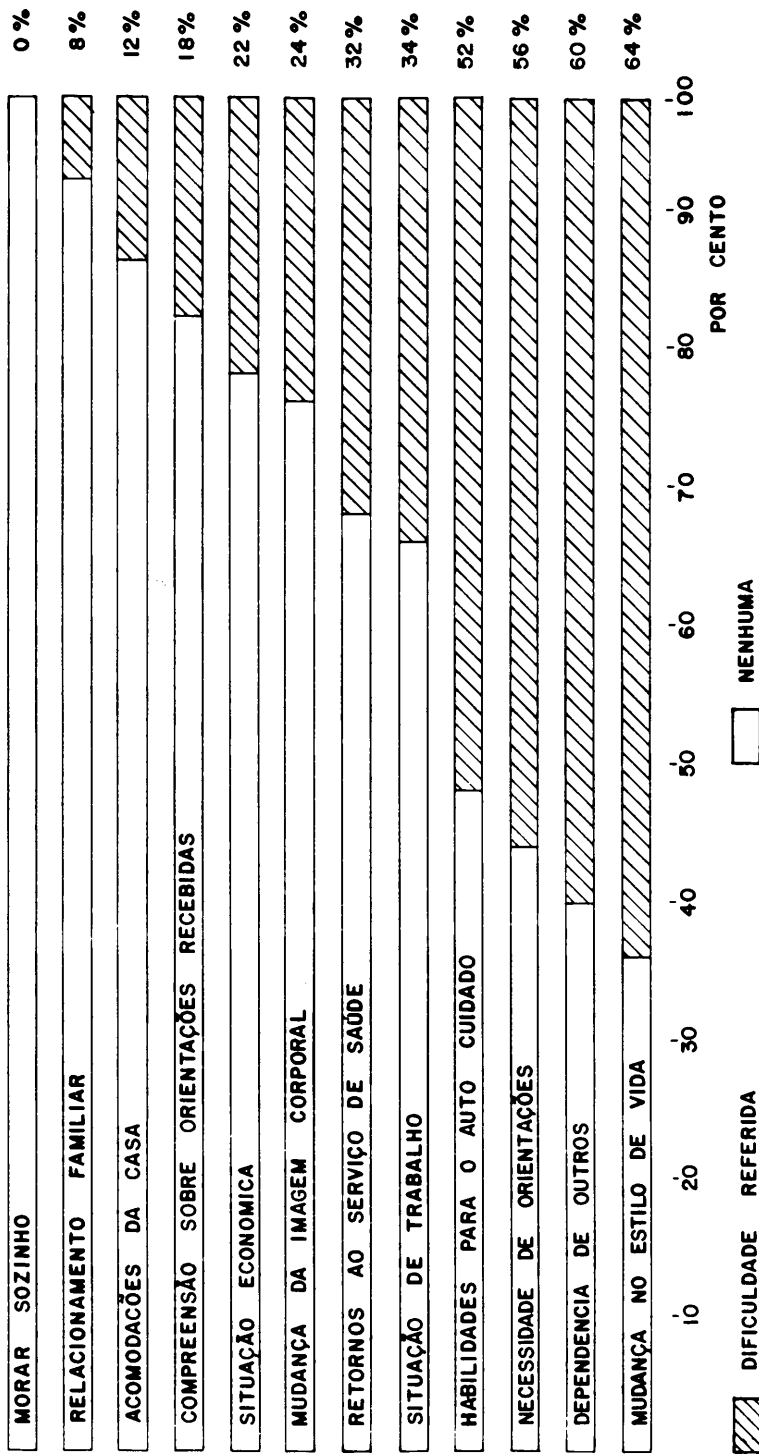
As dificuldades apontadas para o sono e repouso, tiveram frequência de 64,0% e foram identificadas como causas básicas a dor, a restrição à movimentação e o emocional. A solução mais frequentemente dada, também foi a auto-medicação. Os hematomas nos membros superiores, decorrentes de soroterapia, o edema e a dor no local cirúrgico, queimaduras por causas inespecíficas e a deiscência de sutura, foram as alterações de pele apresentadas por 56,0% do grupo. '

Estas foram as alterações mais frequentes no pós-operatório dos pacientes em estudo e foram fontes geradoras de problemas tanto para o paciente como para a família que não se sentiram devidamente preparados para enfrentá-los, quando no domicílio.

Passando à análise das percepções dos pacientes frente à experiência cirúrgica temos que, em resposta à questão: que dificuldades encontrou após a alta hospitalar? As pessoas se colocaram e puderam mostrar como estavam vivenciando o fato de terem sido operadas e estarem retornando para suas casas (figura 3).

As dificuldades relacionadas à mudança do estilo de vida, referidos pela maior parte das pessoas, refletiram o desconforto da diminuição do poder de decisão individual frente às limitações decorrentes do processo cirúrgico, levaram à limitação na auto-determinação, modificando hábitos e relações e ficaram muito evidentes no pós-operatório no domicílio.

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS DIFICULDADES MANIFESTADAS PELOS PACIENTES CIRÚRGICOS APÓS A ALTA HOSPITALAR



Estas mudanças se evidenciaram tanto no relacionamento social e familiar como nas acomodações da casa que se viram alteradas para atender da melhor forma à pessoa no seu restabelecimento, assim não só os familiares se reorganizaram como também o ambiente.

Na mesma linha das alterações do estilo de vida, estão as referências à dependência de outros, da equipe de saúde e dos familiares. Nenhuma pessoa que retorna do hospital, estará totalmente independente, algumas retornam com relativa independência enquanto outras podem nunca mais serem independentes. Em ambas situações, as pessoas necessitam compreender e aceitar as mudanças provisórias ou definitivas em suas vidas(9).

As dificuldades apontadas para o auto-cuidado, estão relacionadas à necessidade de orientação de maneira geral e foram expressadas pelo grupo com perguntas como: o que estou sentindo é normal? aonde me dirigir em caso de urgência? ou, quando poderei voltar às minhas atividades e ao trabalho?

O conhecimento dos sinais e sintomas comuns no pós-operatório, das possíveis complicações; das orientações sobre o auto-cuidado e da prevenção de futuras complicações, devem fazer parte de um plano para a alta. Segundo CLAUSEN(6), o planejamento para a alta encoraja o paciente e a família a enfrentar os problemas oriundos da cirurgia e promove o crescimento para a independência, dentro das condições possíveis.

Passando às dificuldades apontadas em relação às atividades de trabalho, elas são praticamente o reflexo da situação precária em que se desenvolvem estas atividades (tabela 1).

Em relação aos retornos, a maior parte dos pacientes foi atendida no próprio serviço onde transcorreu a cirurgia (HCFMRP-USP) e não nos serviços da rede básica de saúde próximos às suas residências, o que foi referido como problema pelos pacientes em relação a distância e ao transporte, extremamente precário para uma situação de pós-operatório. Ainda quanto à dificuldade de retorno foi colocado o problema das filas e da demora no atendimento.

No que se refere à percepção dos pacientes quanto a qualidade de atendimento, 78,0% considerou ter sido positiva, o que a nosso ver, não reflete os problemas enfrentados por eles, desde o acesso ao serviço, o tempo de espera, as complicações, as dificuldades de retorno, a desinformação e a ansiedade. Isto nos leva a crer que estas pessoas desconhecem seu direito à saúde e dessa forma não esperam e nem reivindicam por melhor qualidade de assistência, principalmente se levarmos em consideração a quantidade de recursos para a saúde, existentes hoje no município de Ribeirão Preto, que estão além dos preconizados pela OMS. Existe um (01) trabalhador de saúde para cada 65 habitantes e 6,3 leitos hospitalares para cada 1000 habitantes, quando o preconizado é de 3 a 5 leitos/1000 habitantes(15). Desta forma, a partir dos dados levantados, pudemos chegar a algumas conclusões:

TABELA 1. Distribuição das atividades de trabalho dos pacientes cirúrgicos e formas de afastamento

AFASTAMENTO ATIVIDADE DE TRABALHO	REMUNERADO		NÃO REMUNERADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Do Lar	—	—	16	32,0	16	32,0
Pequeno Comerciante	—	—	6	12,0	6	12,0
Servente	4	8,0	1	2,0	5	10,0
Doméstica	—	—	4	8,0	4	8,0
Escriturária	2	4,0	—	—	2	4,0
Auxiliar de Enfermagem	1	2,0	—	—	1	2,0
Bancário	1	2,0	—	—	1	2,0
Oficial de Justiça	1	2,0	—	—	1	2,0
Cozinheira	1	2,0	—	—	1	2,0
Artesão	—	—	1	2,0	1	2,0
Manicure	—	—	1	2,0	1	2,0
Costureira	—	—	1	2,0	1	2,0
Operário	—	—	1	2,0	1	2,0
Aposentado	8	16,0	—	—	8	16,0
Desempregado	—	—	1	2,0	1	2,0
TOTAL	18	36,0	32	64,0	50	100,0

Conclusões e Considerações Finais

Apesar do presente trabalho ter sido realizado com uma amostra de pacientes do HCFMRP-USP, consideramos que muitas das suas conclusões possam ser extensivas à outros pacientes que passem por experiência semelhante.

Neste estudo, pudemos observar que; o grupo caracterizou-se em sua maioria, pelo baixo nível instrucional, pelas condições precárias de moradia, transporte e instabilidade no trabalho.

Precisando de assistência à saúde , a maioria das pessoas do grupo dirigiu-se diretamente ao serviço de atenção terciária, invertendo-se assim o fluxo-grama proposto pela atual política de saúde, que prevê a entrada do indivíduo no sistema pelos serviços de atenção primária.

Observamos também que quando de alta, estes pacientes não são encaminhados ao serviço da rede básica de saúde mais próximo à sua residência, para continuidade do tratamento, configurando-se assim a desarticulação ainda existente entre atendimento hospitalar e extra-hospitalar.

Dessa forma, ao sair de alta, o paciente e a família assumem a responsabilidade do cuidado pós-operatório, evidenciando-se então o seu despreparo para assumirem o cuidado. Os problemas enfrentados pelo paciente e família, nem sempre tiveram uma solução adequada, deixando clara a necessidade de um acompanhamento, pós-operatório destes pacientes, por profissionais de enfermagem.

Diante destas conclusões, consideramos oportuno fazer algumas sugestões, tanto à nível administrativo, como à nível de assistência de enfermagem. São propostas alternativas para a assistência hospitalar e para o incentivo às estruturas extra hospitalares de apoio à saúde.

Sugestões

01. Implantação, nas unidades de internação cirúrgica, de sistemática de assistência de enfermagem, que permita o levantamento de problemas potenciais dos pacientes, que avalie a sua prontidão para o auto cuidado e para a alta.
02. Tendo em vista que a alta é uma transferência da responsabilidade do cuidado, para o paciente e sua família, necessário se faz a implantação de programas sistematizados de orientação para alta, individualizados. Programas estes, que contemplem os aspectos gerais, a serem abordados com todos os pacientes e que culminem com aspectos específicos da cirurgia a que o paciente foi submetido.
03. Tendo em vista a quantidade de informações para a alta e a dificuldade de memorização por parte do paciente e da família, devido à ansiedade apresentada nesta situação, consideramos oportuna a elaboração de folhetos informativos simplificados, a serem entregues no momento da alta. Este folhetos devem conter orientações gerais e específicas a respeito do pós-operatório, assim como informações a respeito do retorno e as formas de acesso ao serviço de saúde quando necessário.
04. Atendendo às diretrizes propostas para o setor saúde, fazer o encaminhamento do paciente de alta, para os serviços da rede básica com vistas à continuidade do atendimento. O paciente deverá ser encaminhado levando consigo um resumo do atendimento efetuado na área hospitalar e as indicações para os cuidados a serem prestados.
05. Considerando-se a necessidade de articulação entre os hospitais e a rede básica de saúde, é importante que as unidades de internação possuam um guia de informações com o mapa de localização dos postos de atendimento, assim como a relação das modalidades de atendimento que os mesmos realizam. Este instrumento facilitará o encaminhamento dos pacientes.
06. Tendo em vista esta dinâmica, consideramos imprescindível uma avaliação do aparelhamento material e dos recursos humanos da rede básica de saúde,

afim de viabilizar o atendimento dos pacientes referenciados pelos hospitais.

07. Estabelecer um esquema de visita domiciliária para pacientes cirúrgicos pós alta, afim de que se possa realizar a avaliação de qualidade do serviço prestado e detectar problemas que não foram resolvidos e que necessitam de reorientação.
08. Que seja estimulada a formação de grupos de pacientes, com sequelas funcionais permanentes decorrentes de intervenção cirúrgica, a exemplo do grupo de colostomizados e de mastectomizadas em funcionamento na Escola de Enfermagem R. P. USP contando com a participação de enfermeiros do Hospital das Clínicas.
09. Que as consultas e retornos ambulatoriais sejam efetuados com hora marcada, afim de que o paciente não passe pelo desconforto de permanecer várias horas à espera do seu atendimento.
10. Que a enfermagem faça uma triagem dos pacientes que chegam para consulta ou retorno, afim de dar prioridade de atendimento para aqueles que se encontram em situação mais crítica.
11. Que a "sala de espera", para a consulta ou atendimento, seja utilizada como oportunidade de educação para saúde.
12. Que, no sistema telefônico, seja implantado um ramal "disque dúvidas", para pacientes que saindo de alta, apresentem necessidade de alguma orientação.
13. Que se estude a possibilidade de criação de uma unidade de cuidados intermediários de enfermagem, para pacientes com alta mas, que ainda não estejam preparados para deixarem o hospital. Este serviço se torna muito útil, principalmente para aquelas pessoas que apresentam sequelas funcionais ou que necessitam desenvolver habilidades específicas de auto cuidado.
14. Que no processo de formação dos profissionais da área de saúde, seja dado enfoque não só às questões biológicas da assistência mas uma visão do homem como um todo, inserido num dado contexto sócio-econômico e cultural.

Nossas conclusões não pretendem ser definitivas e acreditamos que futuros trabalhos possam vir corroborar as idéias aqui contidas. Esperamos, entretanto, podermos com o presente estudo, contribuir para o dimensionamento da atuação de enfermagem tanto a nível hospitalar como extra-hospitalar, busca da melhoria da qualidade de assistência prestada à população.

Based on the assumption that surgical patients, together with their families, take responsibility for their own care after being discharged from the hospital and that they are not duly prepared for this task, we undertook the present study to investigate the problems of surgical patients related to discharge and to determine the type of care offered to these individuals within the context of the health system.

The study included patients submitted to elective, medium surgery at the University Hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, USP, during the first semester of 1989. Fifty patients (42 women and 8 men) of the various surgical specialties were interviewed during home visits. The instrument for data collection consisted of three parts: the first involved social and environmental aspects such as housing, job, family and others, the second involved the relationship of the individual with the health system, his/her perceptions and difficulties, and the third involved the biological aspects related to the surgical process. The data were analyzed in a descriptive manner on the basis of the theoretical referential of Lalonde, which sees health as the result of a dynamic process of individual integration with the environment.

UNITERMS: *Surgical Patients. Discharge from Hospital. Assessment of Postoperative Outpatient.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *O INAMPS na Nova República*. Brasília, s. d.
2. BRUNNER, L. S.; SUDDART, D. S. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
3. BUCK, C. Después de Lalonde: hacia la generación de salud. *Bol. Epidemiol.*, v. 6, nº 1, p. 10-5, 1986.
4. CALDERA, K. Exploration of the effect of educational level on the nurse's attitude toward discharge teaching. *J.Nurs.Educ.*, v. 19, nº 8, p. 24-32, 1980.
5. CHAVES, M. M. Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência. /Apresentado ao Seminário sobre Hospitais de ensino, Rio de Janeiro, 1975/.
6. CLAUSEN, C. Staff. RN: a discharge planner for every patient. *Nurs.Manage*, v. 15, nº 11, p. 58-61, 1984.
7. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *O Exercício da enfermagem nas instituições de Saúde do Brasil 1982/1983: força de trabalho em enfermagem*. Rio de Janeiro, ABEn, 1985. v. 1.
8. DREW, L. A.; BIORDI, D; GILLIES, D. A how discharge planners and home health nurses view their patients. *Nurs. Manage*, v. 19, nº 4, p. 66-70, 1988.
9. FAULKNER, A. *Nursing: a creative approach*. London, Bailliere — Tindall, 1985.
10. FEIX, M. A. F. *O paciente hospitalizado e a incisão cirúrgica abdominal: problemas, percepções e expectativas*. São Paulo, 1984. 84p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
11. HARDER, L. M. *Alterações dos hábitos de eliminação intestinal em pacientes hospitalizados*. São Paulo, 1982, 83p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
12. KISIL, M. *Níveis de atenção num hospital-escola: avaliação através da complexidade tecnológica dos métodos diagnósticos*. São Paulo, 1977. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

13. LONG, B. C.; GOWIN, C. Y.; BUSHONG, M. E. Surgical intervention. In: PHIPPS, W. J. et al. *Medical-surgical nursing-concepts and clinical practice*. 2. ed. London, Mosby, 1983. p. 401-62.
14. MAHLER, H. El sentido de "la salud para todos en el año 2000". *Foro Mund. Salud*, v. 2, nº 1, p. 5-25, 1981.
15. MISHIMA, S. M. *Recursos humanos em saúde na implantação das ações integradas de saúde no município de Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 1988. /Mimeografado/
16. MISHIMA, S. M.; SILVA, E. M.; ALMEIDA, M. C. P. Recursos médico-sanitários do município de Ribeirão Preto. *Rev. Med.*, v. 21, nº 1/2, p. 23-42, 1988.
17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata, URSS, 1978*. Brasília, UNICEF, 1979.
18. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. El concepto del "campo de salud": una perspectiva canadiense *Bol. Epidemiol.*, v. 4, n. 5, p. 13-5, 1983.
19. PEARLMAN, I. R. Discharge planning: the team is behing you! *Nurs. Manage*, v. 15, nº 8, p. 36-8, 1984.
20. RIBEIRÃO PRETO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *Plano de Saúde para Ribeirão Preto, 1989*. Ribeirão Preto, 1989. /Mimeografado/
21. SOARES, J. Extensão da cobertura por serviços básicos de saúde: participação do Ministério da Previdência e Assistência Social. IN: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília, 1980. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 69-73.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Final report on the workshop on the nursing process*. Copenhagen, 1982. /Mimeografado/

ANEXO

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PACIENTE CIRÚRGICO

NOME: _____ RG: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DA VISITA: _____

I. DADOS SOCIAL/AMBIENTAL

1. Idade: _____ 2. Estado civil: _____

3. Sexo: Masc. () Fem. ()

4. Religião: _____

5. Escolaridade:

1º grau incompleto ()

3º grau incompleto ()

1º grau completo ()

3º grau completo ()

2º grau incompleto ()

nenhuma ()

2º grau completo ()

6. A comunicação é facilmente estabelecida entre a enfermeira e a pessoa:

_____ Sim ()
_____ Não ()

7. Pessoas que participaram da entrevista no domicílio:

_____ Cônjuge ()
_____ Pais ()
_____ Filhos ()
Outros () Ninguém ()

8. Caracterização da residência enquanto acomodação apropriada ao bem estar e saúde:

_____ Adequada ()
_____ Parcialmente adequada ()
_____ Inadequada ()

9. A intervenção cirúrgica determinou mudanças nas atividades:

_____ Sociais () Cuidados pessoais ()
_____ Econômicas () Outros ()
_____ Domésticas () Nenhum ()

10. Conta com a ajuda de alguém no pós-operatório:

_____ Cônjuge ()
_____ Pais ()
_____ Filhos ()
Outros () Ninguém ()

11. A pessoa trabalha:

_____ Não ()
_____ Sim ()
_____ Afastado com remuneração ()
_____ Afastado sem remuneração ()
_____ Outros ()

II. HISTÓRIA DE SAÚDE

1. Dados da internação:

Data da admissão: _____ Data da alta: _____

Data da cirurgia: _____

2. Forma de admissão:

_____ Urgência ()
_____ Não urgência ()

3. Como se deu o acesso ao serviço:

- _____ Encaminhado pela rede
_____ básica de saúde ()
_____ Direto ao Hospital das
_____ Clínicas ()
_____ Outros ()

4. Razões pela qual a pessoa procurou o serviço de saúde:

- _____ Diagnóstico () Reabilitação ()
_____ Tratamento () Outros ()
_____ Ações preventivas ()

5. Diagnóstico cirúrgico:

6. Percepção da pessoa frente à experiência com o serviço de saúde:

- _____ Positiva () Negativa ()
_____ Aceitável () Outros ()

7. Dificuldades encontradas após a alta hospitalar:

- _____ Habilidade para o autocuidado ()
_____ Acomodações da casa ()
_____ Morar sozinho ()
_____ Depender dos outros ()
_____ Relacionamento familiar ()
_____ Situação de trabalho ()
_____ Situação financeira ()
_____ Mudança no estilo de vida ()
_____ Mudança na imagem corporal ()
_____ Compreensão sobre orientações ()
_____ Retornos ao serviço de saúde ()
_____ Necessidade de orientações ()

8. Faz uso de medicação em decorrência da cirurgia realizada:

- _____ Não ()
_____ Sim ()
_____ Prescrita ()
_____ Não prescrita ()

III. DADOS FUNCIONAIS DE SAÚDE

FUNÇÃO	PROBLEMA	SOLUÇÃO
1. Respiração	1.1. Respiração	1.2. Respiração
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
2. Circulação	2.1. Circulação	2.2. Circulação
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
3. Ingestão/Digestão	3.1. Ingestão/Digestão	3.2. Ingestão/Digestão
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
4. Eliminação	4.1. Eliminação	4.2. Eliminação
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
5. Pele	5.1. Pele	5.2. Pele
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
6. Cabelos/Unhas	6.1. Cabelos/Unhas	6.2. Cabelos/Unhas
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()

7. Sensibilidade/ Regulação	7.1. Sensibilidade/ Regulação	7.2. Sensibilidade/ Regulação
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
8. Visão	8.1. Visão	8.2. Visão
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
9. Audição	9.1. Audição	9.2. Audição
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
10. Sono/Repouso	10.1. Sono/Repouso	10.2. Sono/Repouso
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
11. Movimentação/ Deambulação	11.1. Movimentação/ Deambulação	11.2. Movimentação/ Deambulação
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
12. Comunicação	12.1. Comunicação	12.2. Comunicação
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()
13. Sexualidade	13.1. Sexualidade	13.2. Sexualidade
Padrão usual:	_____	Nutricional ()
Mantido ()	_____	Farmacológica ()
Alterado ()	_____	Técnica ()
	_____	Outros ()

14. Emocional

Padrão usual:

Mantido ()

Alterado ()

14.1. Emocional

14.2. Emocional

Nutricional ()

Farmacológica ()

Técnica ()

Outros ()