



# FACECTOMIA COMO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: PERCEPÇÕES DO PACIENTE NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO

CATARACT SURGERY AS AN AMBULATORIAL PROCEDURE: PATIENTS PERCEPTIONS AT THE PEROPERATIVE PERIOD

LAS PERCEPCIONES DEL PACIENTE PORTADOR DE CATARATA EN RELACIÓN A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN REGÍME AMBULATORIAL

Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves  
Silvana Artioli Schellini  
Wilza Carla Spiri

**Resumo** – O presente estudo foi delineado com o objetivo de conhecer as percepções do paciente com catarata em relação à realização de um procedimento cirúrgico em regime ambulatorial. Para tanto, aplicamos um questionário com 36 questões formuladas para cem portadores da doença, operados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP. Os dados foram avaliados por meio das distribuições percentuais. A maioria dos pacientes possuía entre 70 e 75 anos de idade, era inativa, residia a mais de cem quilômetros do hospital, tinha grau de escolaridade até a quarta série do primeiro grau e já havia sido hospitalizada previamente. Os pacientes relataram que não sabiam como seria o ato cirúrgico e/ou o ato anestésico, que estavam se submetendo ao procedimento com o propósito de obter melhoria na qualidade de vida, que haviam compreendido as informações recebidas no pré-operatório e que se sentiam mais tranquilos por terem se apresentado para o procedimento com um acompanhante. Com relação ao período intra-operatório, o tempo cirúrgico prolongado foi o que mais os preocupou. O resultado da cirurgia esteve de acordo com o esperado para 85% dos pacientes e houve melhora da qualidade de vida para 82% dos

operados. Além disso, 83% alegaram preferir a operação feita em regime ambulatorial. Concluímos que a realização da facectomia como procedimento ambulatorial foi satisfatória, mesmo para o paciente idoso, que residia a mais de cem quilômetros do local do tratamento e possuía baixo grau de escolaridade.

**Palavras-chave** – cirurgia ambulatorial; catarata; facectomia; percepção do paciente.

**Abstract** – The purpose of the present study is to know the perceptions of cataract carrier patients to the surgery procedure under ambulatory system. A questionnaire with 36 questions was presented to 100 cataract patients whose surgery was performed at Medical School – UNESP – Botucatu. Data were analyzed through percentual distribution. Most patients were 70-75 years old, inactive, lived more than 100 kilometers far from the hospital, with elementary school level and had already been hospitalized. The patients reported that they did not know how the surgery procedure and/or the anesthetic procedure would be, that they were under treatment to improve their life quality; they had understood the information given at the

pre-surgery time and were calm with the presence of an attendant. The long surgery time was the worst thing felt by the patients and this stressed them. The result of the surgery was in accordance with the expectative of 85,0% of patients. 83,0% of the patient's preferred the ambulatory surgery and 82,0% of them had an improvement in their life's quality. Cataract surgery as an ambulatory procedure was satisfactory even for elderly patients, living more than 100 kilometers far from the hospital and with low school level.

**Key words** – ambulatory surgery; cataract; cataract extraction; patient's feelings.

**Resumen** – El presente estudio fue delineado con el objetivo de conocer las percepciones del paciente portador de catarata en relación a la realización del procedimiento quirúrgico en regime ambulatorial. Fue aplicado un cuestionario contiendo 36 cuestiones formuladas para 100 portadores de catarata, operados en el Hospital de las Clínicas de Facultad de Medicina de Botucatu – UNESP. Los datos fueran avaliados por medio de las distribuciones percentuales. La mayoría de los pacientes possuía entre 70 a 75 años de edad,



*eran inativos, residían más que 100 kilómetros del hospital, con grau de escolaridad hasta 4ª serie del 1º grau y ya habían sido hospitalizados. Los enfermos relataran no conocer como sería el acto quirúrgico e/o el acto anestésico, estaban se submetiendo al procedimiento objetivando mejoría en la calidad de vida, relatavan haber comprendido las informaciones recibidas en el pré-operatorio y se sentiran mas tranquilos por se presentaren para el procedimiento con un acompañante. Con relación al periodo intra-operatorio, el tiempo quirúrgico prolongado fue lo que más les preocupó. El resultado de la cirugía esteve de acuerdo con el esperado para 85,0% de los pacientes y 83,0% preferiran la cirugía realizada en regime ambulatorial. Tivera mejora de la calidad de vida para 82,0% de los operados. La realización de la facectomia com procedimiento ambulatorial fue satisfatorio, mismo el paciente siendo viejo, vivindo más do que 100 kilómetros del sitio de tratamiento y posuindo bajo grau de escolaridad.*

**Palabras-llaves** – *cirugía ambulatorial; catarata; facectomia; percepción del paciente.*

## INTRODUÇÃO

De acordo com Arieta e Kara José<sup>(1)</sup>, recentes levantamentos feitos no Brasil mostram que existem 700 mil deficientes visuais por catarata, aguardando cirurgia, e 140 mil cegos em decorrência dessa patologia.

Estima-se que sejam realizados 100 mil procedimentos cirúrgicos de catarata no Brasil, e não mais que 50 mil pelo sistema privado, o que é insuficiente para combater os novos casos, levando a um acúmulo de deficientes visuais. Assim, é necessário aumentar pelo menos em três vezes o número atual de cirurgias<sup>(1)</sup>.

É preciso que haja meios mais eficazes para o atendimento da população mais carente, já que os serviços públicos não bastam para suprir a procura espontânea pela cirurgia de catarata<sup>(1)</sup>. Nesse ponto, a

realização de operações em regime ambulatorial pode tornar mais ágil o atendimento da demanda cirúrgica, aumentando o número de cirurgias. O sistema tem ainda, como vantagens, o custo reduzido, o risco de infecção hospitalar praticamente inexistente, a redução da ansiedade, a oferta de maior conforto aos pacientes e acompanhantes, a liberação de leitos hospitalares, a diminuição das internações, a maior proximidade da enfermeira e de sua equipe com os portadores de catarata, a não-alteração da rotina de vida dos doentes, a assistência mais individualizada e direcionada e a possibilidade de maior vínculo entre o doente e a enfermeira que realiza as orientações já no período pré-operatório<sup>(3,4,5,9,11,18,19)</sup>.

No Hospital da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), a maioria das cirurgias de catarata é realizada sob regime ambulatorial<sup>(2)</sup>, assim como na instituição de saúde em que este estudo foi efetuado. Embora não existam dados estatísticos a respeito, esse deve ser também o caso de muitas instituições de saúde brasileiras.

Apesar de vários estudiosos apontarem tantos pontos positivos a respeito da cirurgia ambulatorial e de ela ser mundialmente propagada, a realidade que cerca esse sistema é pouco conhecida em nosso meio. A diversidade de nível social e o grau de escolaridade, além da distância do local de residência e das dificuldades com o transporte dos doentes até o hospital, podem influenciar o bom andamento desse serviço. Pensando assim, não se conhece a percepção dos usuários acerca da cirurgia sem internação, o que motivou a realização do presente estudo, feito com o **objetivo** de verificar se a cirurgia de catarata em regime ambulatorial é efetiva e de conhecer o que os usuários, ou seja, os pacientes operados, pensam a respeito do procedimento.

## MATERIAL E MÉTODO

Delineamos o trabalho aqui apresentado

como um estudo de caráter prospectivo, exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa, com amostra de cem pacientes submetidos à facectomia com implante de lente intra-ocular, operados na Seção Técnica de Enfermagem de Cirurgia Ambulatorial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP, no período de agosto de 2000 a fevereiro de 2001. O tamanho da amostra foi limitado por avaliação estatística. O estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu.

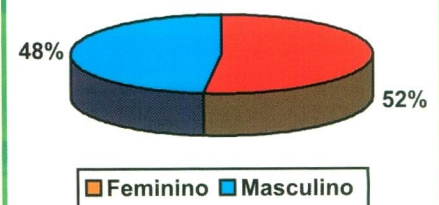
Fizemos a coleta de dados com a técnica de entrevista, composta de questões relativas a sexo, idade, procedência, profissão e grau de escolaridade, e de outras, que abordaram as percepções das pessoas sobre a cirurgia nos períodos pré, intra e pós-operatório. Os pacientes foram orientados quanto ao objetivo do estudo e concordaram com sua participação na investigação. Apenas excluímos os indivíduos sem condições de compreensão das perguntas formuladas.

Armazenamos os dados obtidos em planilha Excel e os apresentamos por meio de suas respectivas distribuições percentuais<sup>(17)</sup>.

## RESULTADOS

A idade dos pacientes variou dos 35 aos 95 anos, mas a faixa etária mais numerosa se localizou entre 70 e 75 anos. Dos cem pacientes avaliados, 52% eram do sexo feminino (figura 1).

Figura 1 – Distribuição dos pacientes segundo o gênero. UNESP, 2001.



Avaliamos a distância quilométrica da origem do paciente até a cidade de Botucatu, local de realização dos procedimentos, tendo observado que 47% moravam a mais de cem quilômetros do hospital.

Quanto à profissão, a grande maioria já se encontrava em situação de aposentadoria (39%). Uma parte importante era formada por mulheres dedicadas às prendas domésticas (32%).

A avaliação do grau de escolaridade mostrou que a população continha, em sua maioria, pessoas que cursaram da primeira até a quarta série (45%) e analfabetos (18%) (tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos pacientes segundo o grau de escolaridade.

UNESP, 2001.

Grau de escolaridade	Nº de pacientes	Porcentagem
Analfabeto	18	18,0
1ª à 4ª série	45	45,0
5ª à 8ª série	04	4,0
1º ao 3º grau	06	6,0
Superior	02	2,0
Semi-analfabeto	25	25,0
Total	100	100,0

Ao questionarmos os pacientes sobre hospitalizações prévias, 70% responderam que já haviam sido submetidos a alguma internação anterior por vários dias. De qualquer modo, a grande maioria (82%) referiu não conhecer como seria efetuada a cirurgia e 75% das pessoas alegaram o mesmo desconhecimento quanto ao procedimento anestésico.

A expectativa de 100% dos pacientes era muito alta com relação à melhoria da qualidade de vida e à possibilidade de exercer atividades até então limitadas. Além disso, 96% esperavam poder fazer novas tarefas e 45% tinham intenção de retornar ao mercado de trabalho.

A realização da cirurgia em regime ambulatorial trouxe tranquilidade a 65% dos operados. Dos que conheciam o procedimento anestésico, 71% ficaram tranquilos com a anestesia local.

Quando questionados a respeito da compreensão sobre as orientações fornecidas no período pré-operatório, 95% relataram ter entendido bem as informações. Dos pacientes, 75% não haviam pensado sobre o ambiente da sala cirúrgica antes da cirurgia.

Todos os indivíduos foram orientados a comparecer com um acompanhante no dia do procedimento, o que deixou 74% deles com mais segurança e tranquilidade para enfrentar a operação.

Durante o ato operatório, a conversa dos cirurgiões na sala cirúrgica não preocupou 90% dos pacientes. A maior preocupação (71%) envolveu mesmo o tempo prolongado no período intra-operatório.

Após a cirurgia, 85% deles apresentaram a recuperação que imaginavam, embora 55% tenham sentido dor, que, contudo, foi de leve intensidade em 63,6% das pessoas.

Já no pós-operatório, 45% dos pacientes não sentiram dor. Entre os que apresentaram esse sintoma, 34% tiveram mais freqüentemente dor localizada no olho, a qual surgiu logo em seguida ao procedimento (13%) ou mais de duas horas depois da cirurgia (18%). Houve necessidade de medicação para dor em apenas 37% dos pacientes. Para os cuidados pós-operatórios, por sua vez, 60% necessitaram de ajuda.

O retorno às atividades prévias à cirurgia foi difícil para 55% das pessoas da amostra, tendo sido imediato para 45% delas. Entre as que não retomaram as ações cotidianas, 40% não o fizeram por medo de "prejudicar a cirurgia". O tempo para o retorno à rotina normal variou de um a três dias até um período superior a 30 dias, embora a maioria (40%) tenha levado de quatro a sete dias para voltar à ativa.

Apenas 7% dos doentes alteraram suas atividades no pré-operatório, percentual que se contrapõe aos 57% que mudaram seu cotidiano no pós-operatório.

Com relação à internação, 83% disseram não preferir esse sistema para a realização da cirurgia. Os que mostraram preferência pela permanência no hospital alegaram melhor assistência (11%) e dificuldades financeiras para efetuar as condutas em casa (6%).

**Tabela 2** – Distribuição dos 17 pacientes que optaram pela internação, segundo o motivo. UNESP, 2001.

Motivos para preferir internação	Nº respostas positivas	Porcentagem
Melhor assistência	11	65,0
Dificuldade financeira	06	35,0
Total	17	100,0

O modo de vida de 85% dos indivíduos mudou após a cirurgia, alterando-se para melhor em 82% dos casos.



Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo a forma de alteração no modo de vida após a cirurgia. UNESP, 2001.

Modo de vida	Nº de pacientes	Porcentagem
Melhorou	82	82,0
Não foi alterado	15	15,0
Piorou	3	3,0
Total	100	100,0

### DISCUSSÃO

Este tipo de estudo é pouco freqüente, havendo pequena chance de compará-lo à literatura atual. Ao mesmo tempo, é de extrema importância, pois fornece a possibilidade de avaliação do grau de satisfação dos usuários com relação ao tratamento efetuado para que os profissionais possam melhor adequar as condutas tomadas. Em nosso meio, afinal, há várias questões que precisam ser respondidas, como se o perfil da clientela atendida é plausível com a execução do procedimento cirúrgico sem internação hospitalar.

Por se tratar de um hospital universitário, onde trabalham médicos em formação e onde a freqüência é de pessoas de nível social e grau de escolaridade muitas vezes baixos, os detalhes sobre o procedimento cirúrgico nem sempre são transmitidos de forma clara, o que pode gerar insegurança e comprometer o sucesso do procedimento. Há aspectos importantes com relação ao entendimento das orientações que a enfermeira e o médico devem fornecer, tanto no pré como no pós-operatório. Assim, é preciso sempre observar se as informações foram compreendidas e se o paciente e/ou seu acompanhante puderam assimilá-las, de maneira a evitar atrasos e cancelamentos de cirurgia, além de resultados ruins devidos a tratamentos mal-executados.

Tomamos o cuidado de efetuar a entrevista sempre no mesmo período de pós-operatório, ou seja, sete dias após a realização da cirurgia, para impedir a ocorrência de erro nas avaliações, caso os períodos fossem diferentes. Poderíamos ter utilizado outras metodologias, como os questionários escritos ou entrevista telefônica<sup>(6)</sup>. Mas, para uma população que pode ser considerada semi-analfabeta, como é o caso da que compôs este estudo, o emprego de questionário escrito seria inviável. O mesmo se dá em relação à entrevista telefônica, pois poucos eram os pacientes que possuíam tal recurso.

Os resultados obtidos mostraram que a distância não é um fator limitante para o emprego do procedimento – a maioria dos pacientes (47%) residia a mais de cem quilômetros do hospital, semelhante ao que foi encontrado por Gonçalves e Spiri<sup>(7)</sup>, embora Davis<sup>(8)</sup> aconselhe que o indivíduo não deva viajar por mais de uma

hora após a cirurgia, pois, em caso de intercorrência, terá dificuldades para retornar ao seu médico cirurgião.

Uma vez que muitos doentes, principalmente idosos, sentem medo de permanecer em hospitais, mesmo aqueles que são provenientes de distâncias ainda maiores costumam escolher a cirurgia ambulatorial, até quando isso requer sua permanência em um hotel próximo à instituição de saúde, por uma noite.

A princípio, imaginamos que a maioria dos pacientes fosse analfabeta. Um elevado número (82%), porém, foi considerado alfabetizado, já que se trata de gente que cursou da primeira até a quarta série do ensino fundamental. Consideramos esse fato importante para a melhor compreensão das explicações fornecidas, assim como para o seguimento das orientações médicas e de Enfermagem a serem executadas.

Procuramos avaliar se as pessoas haviam sido submetidas a internações prévias e, de fato, a maioria da população estudada (70%) já havia vivenciado a experiência de ter sido internada por algum motivo. Assim, consideramos a amostra apta a comparar a situação de cirurgia ambulatorial com a de uma operação em regime de internação hospitalar.

É interessante notar que, apesar de os cirurgiões transmitirem dados referentes ao ato cirúrgico previamente à cirurgia, 82% dos pacientes, quando questionados, referiram não conhecer como se daria o procedimento e 75% não tinham idéia de como seria feita a anestesia. Portanto, reforçamos a importância de fornecer as informações necessárias aos doentes no pré-operatório de modo simples e numa linguagem que eles entendam. A distribuição escrita de dados sobre o procedimento ou sua demonstração em fita de vídeo aumentariam a possibilidade de entendimento e retenção de tais detalhes.

Da amostra, 100% dos indivíduos esperavam melhoria na qualidade de vida, assim como a possibilidade de exercer atividades para as quais estavam limitados. Os meios de comunicação de massa, como a televisão, contribuem para essa expectativa, mostrando que o paciente tem grandes chances de recuperação visual e incentivando-o a se submeter à facectomia.

A maioria das pessoas relatou tranquilidade maior ao saber do retorno para casa logo após a cirurgia. Principalmente para os idosos, permanecer no hospital é visto como algo ruim e temeroso.

As orientações dadas pela enfermeira foram mais facilmente compreendidas que as fornecidas pelos médicos, o que pode ser atribuído a vários fatores, tais como a utilização de uma linguagem mais acessível ao entendimento e o fato de esse sistema de orientação ser preconizado pelas organizações que cuidam do funcionamento de



centros de cirurgia ambulatorial<sup>(2,9,10)</sup>. As informações pré-operatórias diminuem sensivelmente o estresse, a ansiedade, o medo e a dor<sup>(11,12)</sup>.

Castellano & Jouclas<sup>(13)</sup> ressaltam ainda o papel da enfermeira de garantir que o paciente compreenda a necessidade de haver um adulto para acompanhá-lo no dia da cirurgia e conduzi-lo para sua residência, assim como para orientá-lo no cuidado pós-operatório. Embora muitos idosos tenham dificuldades para contar com alguém que lhes faça companhia em consultas, é muito importante, numa cirurgia ambulatorial, que eles tenham alguém que possa estar a seu lado e que saiba como agir em caso de urgência, principalmente quando residem longe do local do tratamento. A presença do acompanhante deixou 74% dos pacientes mais tranquilos quanto ao procedimento, outro fator que reforça tal recomendação.

É muito comum a equipe médica comentar assuntos não relativos ao ato cirúrgico, embora essa atitude não seja correta. Para pacientes simples, como os atendidos pelo hospital de estudo, tal fato pode não incomodar, como ocorreu com 90% dos participantes desta pesquisa. Certamente, a realidade seria diferente se fossem indivíduos mais esclarecidos ou mais reivindicativos. Numa situação normal, o cliente ambulatorial observa tudo que acontece na unidade, como o comportamento das equipes de Enfermagem e médica, ouvindo as conversas proferidas. Os profissionais devem ter isso em mente para melhor adequar seu comportamento<sup>(10)</sup>.

O tempo prolongado da cirurgia e a dor foram os fatores que mais angustiaram os pacientes, o que pode influenciar negativamente os resultados obtidos. Por se tratar de profissionais em formação ou em “treinamento em serviço”, muitas vezes esse período cirúrgico acaba estendido.

A grande maioria das pessoas (85%) obteve o resultado que esperava com o ato cirúrgico, tendo havido referência à dor no

pós-operatório por 55% dos indivíduos, a qual surgiu, em geral, depois de duas horas do procedimento, com necessidade de medicação em apenas 37% dos casos. A dor pouco importante no período pós-operatório favorece ainda mais a realização da cirurgia ambulatorial.

Como o grupo era composto, em sua maior parte, de idosos, a maioria necessitou de ajuda no pós-operatório. Esse auxílio, no entanto, não necessariamente requer profissionais da área de saúde, podendo ser prestado por algum familiar ou conhecido que saiba como instilar colírios – ou aprenda a realizar tal cuidado<sup>(14)</sup>.

Apesar dos esclarecimentos fornecidos, 40% dos pacientes tiveram receio de retornar às suas atividades cotidianas por medo de “prejudicar” a cirurgia, com destaque para o temor de ingerir certos alimentos, para a realização de determinados procedimentos ou, ainda, para o “medo dos pontos”, fato culturalmente conhecido em nosso meio<sup>(7)</sup>. Após quatro a sete dias, porém, a grande maioria já havia retomado sua rotina. Isso só pôde ser possível com a melhoria das técnicas operatórias, já que, há cerca de 20 anos, quando se fazia a facectomia intracapsular por crioextração, o paciente precisava permanecer internado, com repouso absoluto no leito por sete a dez dias, usando apoios laterais para a cabeça e ficando impossibilitado de dormir com travesseiro. Assim, pareceu-nos bastante significativa a preferência de 83% dos entrevistados pela cirurgia ambulatorial.

Esse sistema vem crescendo muito em todo o mundo, e o fato de o paciente aceitá-lo permite que tal prática seja cada vez mais utilizada, o que vai diminuir a morbidade por patologias infecciosas ou vasculares adquiridas no hospital, além de baratear o custo de procedimentos e de hotelaria hospitalar.

Em 1986, 40% das cirurgias realizadas nos Estados Unidos eram ambulatoriais; a projeção para 1990 foi de 60%<sup>(15)</sup>. Outras vantagens dessa opção são as alte-

rações mínimas na vida cotidiana do paciente, a atenção mais individualizada por parte da Enfermagem, a redução da ansiedade do doente, a diminuição dos custos hospitalares, o menor risco de infecções e o retorno mais rápido do indivíduo às suas atividades profissionais<sup>(9,11,16,18)</sup>. Mas as razões para a utilização das cirurgias ambulatoriais vão além dos custos operacionais. Os avanços tecnológicos, a restrição dos pagamentos de procedimentos pelos convênios e as alterações na preferência dos usuários também constituem pontos importantes<sup>(15)</sup>.

## CONCLUSÕES

Os dados obtidos permitiram-nos concluir que a realização da cirurgia de catarata em sistema ambulatorial é efetiva, mesmo quando os pacientes são idosos, possuem baixo grau de escolaridade e residem a mais de cem quilômetros do local do tratamento.

A aceitação do procedimento por parte dos usuários é grande. Há, porém, necessidade de informá-los adequadamente para que fiquem tranquilos e colaborem no pós-operatório, executando o tratamento corretamente em seus domicílios. As informações referentes ao ato cirúrgico e anestésico também devem ser melhoradas e apropriadas para essa população. Além disso, o tempo cirúrgico precisa ser o menor possível para diminuir a ansiedade e dar tranquilidade ao doente.

Entendemos que os trabalhos integrados da equipe médica e da equipe de Enfermagem garantem a serenidade do paciente e o sucesso do tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arieta CEL, Kara JN. Oftalmologia clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001. Cataratas; cap. 18, p. 355-72.
2. Carnio AM, Cintra FA, Tonussi JAG. Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial



– relato de experiência. Rev Bras Enferm 1995; 48(1):39-45.

3. DeFazio-Quinn DM. Ambulatory surgery: an evolution. Nurs Clin North Am 1997; 32(2):377-86.

4. Jaffe NS, Jaffe MS, Jaffe GF. Cataract surgery and its complications. 5ª ed. St. Louis: Mosby; 1990.

5. Leaming DV. Practice styles and preferences of ASCRS members – 1993 survey. J Cataract Refract Surg 1994; 20(4):459-67.

6. Frisch SR, Groom LE, Seguin E, Edgar LJ, Pepler CJ. Ambulatory surgery: a study of patients and helpers experience. AORN J 1990; 52(5):1000-9.

7. Gonçalves MRCB, Spiri WC. Percepções dos pacientes em face da cirurgia ambulatorial oftalmológica. In: Anais do 4º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico; 1999; São Paulo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Centro Cirúrgico; 1999, p. 19.

8. Davis JE. Clínicas cirúrgicas da América do Norte: grande cirurgia ambulatorial. Rio de Janeiro: Interlivros; 1987, v. 4.

9. Praça MT, Azevedo FL. Relato de experiência sobre a atuação de enfermeira na unidade de cirurgia ambulatorial. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico; 1995; São Paulo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Centro

Cirúrgico; 1995, p. 131-7.

10. Guido LA. Acompanhamento ao Centro Cirúrgico ambulatorial fundamentado em King. Rev SOBECC 1996; 1(1):8-13.

11. Costa ZS, Leite JL, Sobreira NR. A importância da orientação de Enfermagem no pré-operatório de pacientes com afecções cardíacas. Enfoque 1980; 9(3):4-8.

12. Ferraz ER, Salzano SDT. O paciente cirúrgico: suas expectativas e opiniões quanto ao cuidado de Enfermagem no período transoperatório. Rev Bras Enferm 1982; 35(1):48-59.

13. Castellanos BEP, Jouclas VMG. Assistência da Enfermagem Perioperatória: um modelo conceitual. Rev Esc Enferm USP 1990; 24(3):359-70.

14. Schellini SA, Silva MRBM, Gonçalves MRCB, Corrêa CR. Contaminação de colírios usados em ambiente cirúrgico. J Bras Méd 2000; 78:14-6.

15. Nathanson SN. Characteristics of a successful ambulatory surgery program. AORN J 1988; 47(2):592-8.

16. Llewellyn JG. Short stay surgery – present practices, future trends. AORN J 1991; 53(5):1179-84.

17. Campana AD, Padovani CR, Timo Iara C, Freitas CBD, Paiva SAR, Hossne WS. Investigação científica na área médica. São Paulo: Manole; 2001.

18. Yamashita AM. Anestesiologia. São Paulo: Atheneu; 1996. Anestesia ambulatorial; cap. 39, p. 631-9.

190. Pfeiffer KM, Rossetti M. Cirurgia do paciente hospitalizado. In: Allgower M, Bevilacqua RG. Manual de cirurgia. São Paulo: EPU; 1981, cap. 10, p. 192-217.

## AUTORIA

### Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves

Enfermeira mestre em Cirurgia e Cirurgia Experimental e supervisora técnica do Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP.

Endereço para correspondência:  
Alameda das Hortênsias, 887, Parque das Cascatas, Botucatu, SP, CEP: 18607-390.  
E-mail: [irio@fmb.unesp.br](mailto:irio@fmb.unesp.br)

### Silvana Artioli Schellini

Professora livre-docente do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP.

### Wilza Carla Spiri

Professor doutora em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP.