



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

INFLUÊNCIA DA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM
NA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES INFORMATIVAS DO DOENTE

LEONARDO FILIPE TOMÉ FERNANDES BREDAS

Coimbra, 2019



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

**INFLUÊNCIA DA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM
NA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES INFORMATIVAS DO DOENTE**

LEONARDO FILIPE TOMÉ FERNANDES BRED A

Orientadora: Professora Mestre Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo, Professora Adjunta na
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, 2019

O mais importante na comunicação é ouvir o que não foi dito.

Peter Drucker

Ao André e ao Enzo, a magia da família.

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação, para além de representar o esforço e dedicação de muito tempo, não seria possível alcançar sem o contributo e o ensino de várias pessoas. Assim, quero deixar um profundo agradecimento:

À Professora Mestre Maria da Nazaré Cerejo, pela orientação, disponibilidade e pelas palavras de incentivo, de determinação e de encorajamento ao longo de todo o processo de investigação.

À Enfermeira Diretora Ana Carina Soares, por acreditar no meu projeto e defendê-lo junto da administração hospitalar.

À Professora Doutora Ana Leonor Ribeiro, pela partilha do instrumento de avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital.

Ao Doutor Diogo Carreiras, pela ajuda e paciência inesgotáveis ao longo do trabalho para me transmitir conhecimentos sobre estatística.

À Professora Natália Reis, pela disponibilidade, apoio e profissionalismo incontornável.

A todos os doentes que colaboraram neste estudo, cuja disponibilidade tornou viável a sua realização.

Aos enfermeiros do Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico, pelo infindável auxílio na entrega dos questionários aos doentes e no planeamento das consultas pré-operatórias.

Aos meus amigos, pelo apoio incontornável e as palavras de carinho e incentivo que permitiram tornar este objetivo mais fácil de concretizar.

Aos meus pais e à minha irmã, que me acompanharam, apoiaram e encorajaram ao longo desta longa caminhada.

A todos, o meu muito obrigado!

SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

CPOE – Consulta pré-operatória de enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery*

ILC – Infecção do local cirúrgico

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEM – *Patient Education Materials*

Q? – Questão [número]

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SUCEH21 – Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital

WOM – *Word of Mouth*

RESUMO

Em perioperatório, a informação torna-se uma necessidade real para o doente, pois permite-lhe desenvolver respostas adequadas às diferentes situações que vivencia. O doente apresenta diversas dúvidas e cabe ao enfermeiro desenvolver uma comunicação eficaz, adequando as intervenções e garantindo a satisfação do doente e a qualidade dos cuidados. É na consulta pré-operatória de enfermagem que devem ser identificadas as necessidades informativas do doente e concretizadas medidas ajustadas que as suplantem.

Com base nas evidências científicas, formulou-se a questão de investigação: qual a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente? Como objetivos pretende-se: avaliar, no pós-operatório, a satisfação do doente com a informação recebida; analisar a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação do doente. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, quase experimental. Os dados foram colhidos no pós-operatório, através de um questionário a dois grupos de doentes, experimental e controlo. O primeiro foi alvo de consulta pré-operatória de enfermagem, enquanto o segundo recebeu a informação habitualmente dispensada no hospital.

Os resultados obtidos permitiram identificar o nível de satisfação dos doentes com a informação recebida no pré-operatório. Apontam que a consulta pré-operatória de enfermagem privilegia a proximidade e a construção de uma relação terapêutica fundamental na satisfação das necessidades informativas do doente. Evidencia-se a importância de avaliar a individualidade do doente, partindo da perspetiva do próprio, para planear e implementar intervenções autónomas de enfermagem.

Conclui-se que a consulta pré-operatória de enfermagem, como uma estratégia de cuidados ao doente, promove a humanização dos mesmos, o autocuidado e uma transição saudável.

Palavras-chave: consulta pré-operatória de enfermagem; informação; cirurgia; satisfação; necessidades

ABSTRACT

In the perioperative period, information becomes a real need for the patient, as it allows them to develop appropriate responses to the different situations they experience. The patient presents several doubts and it is up to the nurse to develop effective communication, adapting interventions and ensuring patient satisfaction and quality of care. It is in the preoperative nursing consultation that the patient's informative needs must be identified and adjusted measures are taken to supersede them.

Based on the scientific evidence, the research question was formulated: What is the influence of preoperative nursing consultation on the patient's information needs? The objectives are: to assess, postoperatively, patient satisfaction with the information received; to analyse the influence of preoperative nursing consultation on patient satisfaction. It is a descriptive-correlational study, almost experimental. Data were collected postoperatively using a two-patient questionnaire, experimental and control. The first was the target of preoperative nursing consultation, while the second received the information usually dispensed at the hospital.

The obtained results allowed to identify the level of satisfaction of the patients with the information received preoperatively. They point out that the preoperative nursing consultation privileges the proximity and the construction of a fundamental therapeutic relationship in meeting the patient's informational needs. The importance of evaluating the patient's individualities, from their own perspective, is emphasized to plan and implement autonomous nursing interventions.

It is concluded that preoperative nursing consultation as a patient care strategy promotes humanization of care, self-care and a healthy transition.

Key words: preoperative nursing consultation; information; surgery; satisfaction; needs

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da amostra segundo as cirurgias anteriores 61

Figura 2 - Satisfação global com a informação transmitida no pré-operatório 67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação da consistência interna da escala.....	53
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a especialidade cirúrgica.....	58
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a idade	58
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o sexo	59
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias/acadêmicas	59
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo a situação profissional.....	60
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o estado civil	60
Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo o agregado familiar	61
Tabela 9 - Resultados da aplicação da primeira parte da escala: frequência com que a informação foi transmitida.....	62
Tabela 10 - Frequência com que a informação foi transmitida no pré-operatório.....	63
Tabela 11 - Resultados da aplicação da segunda parte da escala: satisfação com a informação transmitida.....	64
Tabela 12 - Satisfação com a informação transmitida no pré-operatório	66
Tabela 13 - Resultados do teste de normalidade de <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	67
Tabela 14 - Resultados do teste de U de <i>Mann-Whitney</i> relativo à comparação da satisfação das necessidades informativas entre os dois grupos	68
Tabela 15 - Resultados do teste de U de <i>Mann-Whitney</i> relativo à comparação da satisfação das necessidades informativas em função das experiências cirúrgicas anteriores	68
Tabela 16 - Resultados do teste de U de <i>Mann-Whitney</i> relativo à comparação da satisfação das necessidades informativas em função do sexo e da idade.....	69
Tabela 17 - Matriz de correlação de <i>Spearman</i> entre a satisfação das necessidades informativas e a idade.....	69

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO	25
1.1 – NECESSIDADES INFORMATIVAS DO DOENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO	29
1.2 – CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	34
2 – SATISFAÇÃO DOS DOENTES COM OS CUIDADOS EM PERIOPERATÓRIO..	41
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
1 – DESENHO DO ESTUDO	45
1.1 – TIPO DE ESTUDO.....	45
1.2 – QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	46
1.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	46
1.4 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	48
1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	48
1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	49
1.6.1 – Escala: “Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital”	50
1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	53
1.8 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	54
PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	57
2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71

CONCLUSÃO.....	81
-----------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
--	-----------

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da autora da escala SUCEH21

ANEXO II – Parecer da instituição hospitalar

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética da ESEnfC

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de consulta pré-operatória de enfermagem

APÊNDICE II – Folheto informativo pré-operatório

APÊNDICE III – Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE IV – Formulário de informação ao doente e consentimento informado

INTRODUÇÃO

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 109.º, o enfermeiro deve procurar a excelência do seu exercício e, para isso, necessita manter os conhecimentos atualizados, utilizar de forma competente as tecnologias e investir na formação contínua e aprofundada nas ciências humanas. Também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro descreve Enfermagem como uma profissão cujo objetivo foca na prestação de cuidados ao ser humano e aos grupos sociais em que ele está inserido, realizados por enfermeiros com competências científicas, técnicas e humanas, apelando a uma metodologia científica. Assim, os enfermeiros podem recorrer a projetos de pesquisa que consistam em estabelecer planos e procedimentos para a investigação e que incluam decisões sobre suposições amplas e métodos detalhados de colheita e análise de dados (Creswell, 2016). Partindo destes pressupostos, pretendemos desenvolver competências que nos permitam uma prestação de cuidados de qualidade, bem como contribuir para a melhoria dos comportamentos das equipas de cuidados perioperatórios.

A seleção de um determinado plano de investigação é fundamentada na natureza do problema ou na questão de investigação, nas experiências pessoais dos investigadores, bem como no público alvo do estudo (Creswell, 2016). Tendo por base o referido, passamos a contextualizar o presente estudo. O seu campo de investigação será um hospital privado, da região centro, onde o investigador exerce funções de enfermeiro generalista. Neste hospital são realizadas intervenções cirúrgicas de diversas especialidades, entre as quais: ortopedia, urologia, cirurgia geral, ginecologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica/reconstrutiva e neurocirurgia. Embora seja uma instituição privada, trabalha em parceria com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em regime do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia a fim de dar resposta à lista de espera de cirurgia programada.

Neste processo, o doente após ser proposto para intervenção cirúrgica, tem uma consulta pré-operatória com o cirurgião e o anestesista. Posteriormente, é agendado um dia para realização dos exames complementares de diagnóstico. No que concerne à confirmação do dia de admissão no hospital para realização da cirurgia, bem como à transmissão de informações referentes à preparação pré-operatória, é uma colaboradora da área do secretariado clínico que telefonicamente informa o doente sobre a necessidade de cumprir jejum e a importância de trazer: roupa confortável e

adequada, produtos de higiene, medicação habitual, resultados dos exames complementares e material de apoio clínico para o período pós-operatório, adequado à tipologia da cirurgia.

Assim, tendo em conta o contexto descrito, o primeiro contacto com um enfermeiro ocorre apenas no dia do acolhimento, ou seja, no pré-operatório imediato, coincidindo habitualmente com o dia da intervenção cirúrgica. É neste momento que o enfermeiro valida com o doente o tipo de cirurgia programada, efetua a colheita de dados, confirma o período de jejum efetuado, se trouxe o material de apoio clínico adequado, avalia o grau de dependência no autocuidado, risco de úlcera por pressão, risco de tromboembolismo venoso periférico, risco de queda e eventuais alterações na comunicação. Neste primeiro contacto, o enfermeiro realiza também a preparação física do doente e procura ainda efetuar a avaliação das suas necessidades informativas e emocionais, bem como da sua família/pessoa significativa.

Enquanto enfermeiro de perioperatório, percebemos que os doentes ao longo das diversas fases do processo vivenciam múltiplos conflitos emocionais causados pelo medo do desconhecido, dúvidas e incertezas relacionadas com a recuperação e a complexidade do procedimento cirúrgico. Com frequência os doentes no período de acolhimento, verbalizam informações díspares, a respeito da preparação pré-operatória, que obtiveram de fontes inseguras e que podem comprometer todo o procedimento anestésico e/ou cirúrgico. Manifestam também medo relativo ao pós-operatório imediato, nomeadamente em relação à dor, náuseas e vômitos, início da alimentação e primeiro levante. As incertezas ligadas ao momento da alta clínica e à recuperação pós-cirúrgica no domicílio, também são fatores geradores de ansiedade, por não se sentirem capacitados para o autocuidado. O curto período de permanência no internamento, limita o contacto dos enfermeiros com os doentes, no que diz respeito à transmissão de informações sobre o pós-operatório. Assim, é frequente os doentes sentirem dúvidas e dificuldades no autocuidado após a alta, acabando por contactar ou recorrer de novo ao hospital.

A prática de enfermagem não se limita apenas a procedimentos técnicos, compreende também um conjunto de ações e cuidados amplos, que exigem o desenvolvimento da habilidade comunicacional para identificar e satisfazer todas as necessidades do doente/família (Pontes, Leitão & Ramos, 2008). Para dar cumprimento ao referido, o enfermeiro necessita estabelecer uma relação que favoreça um ambiente propício à manifestação das preocupações e medos do doente (Gomes, 2015). Autores como Ramos, Almeida e Pinheiro referidos por Machado (2016) consideram que o primeiro

contacto do doente e família com o enfermeiro do perioperatório, deve acontecer no pré-operatório, quando o doente se desloca à consulta de anestesia. Estes autores concetualizam a visita e/ou consulta pré-operatória de enfermagem (CPOE) como uma atividade autónoma de enfermagem perioperatória, cujo objetivo final é individualizar e humanizar os cuidados ao doente e pressupõe uma visita do enfermeiro na unidade de internamento ou a uma consulta num gabinete. Nesta consulta, o enfermeiro estabelece uma relação com o doente que facilite a identificação de dúvidas e a transmissão de informações adequadas, promovendo assim o aumento do conforto, segurança e envolvimento do doente em todo o processo cirúrgico (Leal como referido por Machado, 2016).

A implementação de políticas de qualidade nas instituições de saúde, faz parte das exigências para prestar cuidados e a opinião dos doentes é uma ferramenta fundamental para a melhoria da qualidade dos mesmos (Revez & Silva, 2010). Em enfermagem perioperatória, é importante que haja um maior contacto com o doente que lhe permita a partilha das suas dúvidas e a satisfação das suas necessidades, desde a admissão até à alta hospitalar. Esta centralização no doente, visa incorporá-lo como participante ativo no cuidado e garantir assim maiores níveis de satisfação com os cuidados prestados (Oliveira, et al. 2014). Face ao exposto, consideramos ser essencial avaliar a satisfação dos beneficiários dos cuidados, a fim de identificar as possíveis necessidades de melhoria e desse modo dar respostas às exigências institucionais.

Neste sentido, propomo-nos desenvolver um estudo, no qual analisaremos a influência da CPOE na satisfação das necessidades informativas do doente de cirurgia programada, em regime de internamento. Para o concretizar, formulamos a seguinte questão de investigação: **“Qual a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente?”**. De modo a obter resposta para a questão formulada enunciamos como objetivos:

- Avaliar, no pós-operatório, a satisfação do doente com a informação recebida;
- Analisar a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente.

De forma a dar resposta à questão e aos objetivos enunciados, decidimos desenvolver um estudo descrito-correlacional, quase-experimental. Envolvemos nesta investigação dois grupos de doentes: um de controlo e um experimental. O grupo experimental foi alvo da CPOE, enquanto o de controlo seguiu os procedimentos pré-operatórios instituídos. A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário dividido em duas partes: a primeira contempla as variáveis atributo e a segunda a

satisfação dos doentes relativamente às informações obtidas no pré-operatório. A avaliação da satisfação foi obtida pela aplicação de uma escala do tipo *Likert*, adaptada após devida autorização da autora, denominada “Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital”.

Relativamente à estrutura, este trabalho encontra-se dividido em três partes. A primeira contém o enquadramento teórico relativamente à problemática em estudo e contempla um capítulo destinado ao tema cuidados de enfermagem no perioperatório e outro focado na satisfação dos doentes com os cuidados em perioperatório. Na segunda parte fazemos a apresentação/descrição do enquadramento metodológico no que confere ao desenho do estudo. Na terceira e última parte apresentamos os resultados obtidos, a sua consequente análise e discussão tendo subjacente o referencial teórico. Por fim, este estudo apresenta as conclusões da investigação concomitantemente aos contributos, às limitações e sugestões pertinentes.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para além de selecionar o tipo de estudo a realizar, o investigador necessita rever a literatura sobre o tema do seu interesse. Essa revisão permite averiguar a pertinência de estudar realmente esse tema e proporciona ao investigador um *insight* sobre a forma como deve limitar a finalidade da sua investigação. O corpo da revisão da literatura deve ser constituído pela comparação de vários resultados de diferentes estudos intimamente relacionados (Creswell, 2016).

Tendo por base o referido, apresentamos seguidamente uma revisão de evidências científicas recentes, iniciando com o tema cuidados de enfermagem no perioperatório. Posteriormente, serão contempladas as evidências relativas às necessidades informativas do doente no pré-operatório e da conceitualização da consulta pré-operatória de enfermagem. Terminamos com uma abordagem teórica sobre a satisfação dos doentes com os cuidados em perioperatório.

1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO

A Enfermagem para além de ser uma disciplina do conhecimento, é também uma profissão autorregulada, com o objetivo de satisfazer as necessidades de saúde da pessoa em todas as etapas do seu ciclo vital. Além disso, o alvo dos cuidados de enfermagem não é só a pessoa, mas sim um conjunto mais vasto constituído por: família, grupos, doentes, saudáveis e comunidades. Portanto, é considerada uma “disciplina do conhecimento que se materializa, a nível operativo, numa profissão e que o exercício da profissão concorre para o fluxo do conhecimento” (Nunes, 2017 pp. 35-36). Esta disciplina tem de ser dinâmica para dar resposta às diversas exigências, mudanças e necessidades que surjam nas populações, concomitantemente tem por base um conjunto de valores, suposições e uma missão que garantem a sua estabilidade e eficácia. Os enfermeiros quando intervêm, partindo da singularidade de cada intervenção e procedimentos/técnicas/instrumentos para encontrar soluções, estão perante o uso de conhecimentos de naturezas diversas, sem hierarquias e só com o objetivo de dar resposta ao problema identificado. Assim, a Enfermagem remete-nos para uma epistemologia da prática, com recurso à teoria e à praxis, “numa lógica aparentada de ecologia dos saberes” (Nunes, 2017 p. 108).

O Regulamento nº. 429/2018 sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica refere no Anexo IV, respeitante à Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, que o enfermeiro de perioperatório tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, que vivencie uma experiência anestésica/cirúrgica. Essas intervenções são desenvolvidas tendo por base cinco áreas de atuação complementares entre si e comportadas nas três fases (pré, intra e pós-operatório) que são: consulta perioperatória, apoio à anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos. O enfermeiro de perioperatório tem de demonstrar competências especializadas para cuidar do doente e garantir a segurança congruente com a consciência cirúrgica. Tendo por base a especificidade destes doentes, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades que promovam a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, com o objetivo também de capacitá-los para o autocuidado, reintegração familiar e social. Ou seja, o enfermeiro tem de cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, capacitando-as para a gestão da experiência anestésica/cirúrgica. Cabe ao enfermeiro identificar as diferentes necessidades, elaborar um plano de intervenção e estabelecer uma relação de ajuda que utilize estratégias facilitadoras da comunicação e promotoras de esperança realista e atenuantes do medo.

Para além das competências específicas anteriormente referidas, um enfermeiro especialista partilha de um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados e que estão contempladas no Regulamento n.º140/2019, sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. É responsabilidade do enfermeiro especialista garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da gestão da qualidade clínica e que promovam um ambiente terapêutico. Acresce ainda às suas competências responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem e alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes.

Em enfermagem perioperatória os enfermeiros desenvolvem um determinado conjunto de atividades no pré, intra e pós-operatório. Para o desenvolvimento destas atividades é essencial mobilizar diversos conhecimentos teóricos e práticos através de um processo bem delineado. Só assim é possível identificar as necessidades do doente, prestar cuidados personalizados e com segurança e, posteriormente, avaliá-los (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), 2006; *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN), 2018). Os cuidados de enfermagem no contexto de perioperatório devem-se focar na prevenção e promoção

da segurança do doente e da sua família ao longo de todo o processo cirúrgico, garantindo assim a continuidade dos cuidados. As competências do enfermeiro neste âmbito inserem-se em quatro áreas de intervenção: circulante, instrumentista, de apoio à anestesia e cuidados pós-anestésicos (Cabral, 2004). Em cada fase do período perioperatório, o enfermeiro desempenha diversas funções com o objetivo final de satisfazer as necessidades do doente e ajudá-lo a ultrapassar esta fase comumente conhecida como geradora de conflitos emocionais. Na fase pré-operatória, torna-se importante que o enfermeiro objetive as suas intervenções na preparação física e psicológica, incidindo na comunicação e suporte para o ensino, para a anestesia e ato cirúrgico (Duarte & Martins, 2014; Regulamento nº. 429/2018). Desde o início da fase intraoperatória o enfermeiro tem a responsabilidade de manter comunicação com o doente de modo a tranquilizá-lo, reduzindo o nível de ansiedade, enquanto realiza os procedimentos preparatórios da anestesia. A segurança é igualmente um foco de atenção para o enfermeiro do intraoperatório, por isso promove-a ao colaborar no procedimento anestésico e cirúrgico, garantindo a segurança do doente através das melhores condições de funcionamento dos equipamentos, prevenindo infeções e satisfazendo necessidades fisiológicas que decorrem deste tipo de procedimentos (Duarte & Martins, 2014). A última fase designada por pós-operatória, termina quando o doente se encontra totalmente recuperado da intervenção cirúrgica/anestésica (Duarte & Martins, 2014; Regulamento nº. 429/2018). Compete ao enfermeiro uma avaliação detalhada e contínua do doente para conseguir implementar intervenções que visem a diminuição de complicações pós-operatórias e que promovam a parceria com o doente no planeamento e implementação da recuperação (Marek & Boehnlein, 2010). O enfermeiro assume um desafio importante para prestar cuidados ao doente cirúrgico, uma vez que desenvolve uma relação de ajuda promotora de conforto e segurança. A individualização dos cuidados permite humanizar o atendimento de enfermagem. Assim, o enfermeiro não pode alhear-se de que o seu objetivo está focado na recuperação do doente e, desse modo, deve também preocupar-se com possíveis sinais de ansiedade que possam afetar a evolução cirúrgica (Santos, Backes & Vasconcelos como referido por Pimenta, Moura & Lebéis, 2015).

A enfermagem cirúrgica tem vindo a acompanhar as teorias e os modelos que dão relevo a uma abordagem integral da pessoa, com o objetivo de satisfazer as necessidades dos doentes, em substituição de uma intervenção exclusivamente técnica (AESOP, 2006). Em enfermagem é relevante a relação terapêutica desenvolvida em conjunto com o doente, uma vez que o ajuda a ser proativo no seu processo de transição saúde-doença (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2001). Meleis (2012) afirma que os

enfermeiros na sua prática são confrontados com pessoas que estão a vivenciar processos de transição que envolvem alterações de saúde, nas relações, expectativas e capacidades dos papéis. Assim sendo, esta transição exige que o ser humano obtenha conhecimentos novos e mude os seus comportamentos. Contudo, este processo depende das capacidades de mestria, do ambiente e do bem-estar físico-emocional. Segundo Queirós (2018), esta transição só será eficaz se, no final dos cuidados de enfermagem realizados, a pessoa se sentir bem consigo própria, no contexto de relação com os outros e demonstre conhecimento na gestão de sinais, sintomas, medicação prescrita e nos processos de vida e de trabalho.

O autocuidado é considerado por Orem como uma prática de atividades que privilegia a melhoria e amadurecimento das pessoas que a iniciam e desenvolvem, tendo por base espaços de tempo específicos. Os seus objetivos finais são a preservação da vida e o bem-estar pessoal (Queirós, Vidinha & Filho, 2014). Existem três tipos de requisitos de autocuidado descrito na Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem: universais – que dizem respeito à integridade estrutural ou funcional humana ao longo dos diversos estádios do ciclo vital; desenvolvimentais – todos aqueles que promovem os processos de vida e maturação; e de desvio de saúde – para quando estão doentes ou lesionados ou estão sujeitos a um diagnóstico ou tratamento médico. Estes requisitos de desvio de saúde determinam quais as necessidades de cuidado que as pessoas têm enquanto vivem o processo de doença. O processo de enfermagem permite diagnosticar a necessidade de cuidados, planear e intervir. Para isso tem de obedecer a diversos critérios como: a determinação dos requisitos de autocuidado; a determinação da competência para o autocuidado; a determinação da necessidade terapêutica; a mobilização das competências do enfermeiro; e, por último, o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood como referido por Queirós et al, 2014).

Tendo por base estes resultados, podemos afirmar que o enfermeiro na tomada de decisão identifica as necessidades de cuidados de enfermagem na pessoa ou na família e depois estipula as intervenções de forma a evitar riscos e resolver os problemas reais identificados. Tem de compreender a natureza dos seres humanos, bem como a sua interação com o ambiente e as consequências dessa interação com a saúde das pessoas. Assim, baseando a sua praxis numa racionalidade prática-reflexiva, consegue planear uma prática clínica que inclua intervenções específicas que melhorem a saúde e o bem-estar das pessoas. O processo de mudança está inerente à enfermagem. O enfermeiro tem de se adaptar à realidade, às individualidades e aos obstáculos que surgem. Somente a experiência e a aposta na prática-reflexiva permitem perceber que

as ações do cuidar em enfermagem não se baseiam somente num conjunto de técnicas, mas sim num processo criativo e múltiplos saberes.

1.1 – NECESSIDADES INFORMATIVAS DO DOENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

No período perioperatório, a informação torna-se uma necessidade real para os doentes, pois permite desenvolver respostas adequadas às diferentes situações que vivenciam e possibilita uma participação efetiva na tomada de decisão e perspetiva futura (Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017). Porém, quando os doentes enfrentam uma cirurgia e o internamento hospitalar, desejam logo que esse período seja o mais curto possível, o que está em consonância com o atual modelo organizativo das instituições, acabando assim por condicionar a expressão de preocupações e dúvidas, bem como o processo de transmissão de informações fulcrais para a recuperação no domicílio. A transmissão de informações de alta qualidade e a adoção de estratégias comunicacionais eficazes são vitais para o doente cirúrgico e o seu cuidador na fase de recuperação pós-operatória. Desse modo, os enfermeiros devem criar condições que promovam uma comunicação eficaz com o doente e, ao mesmo tempo, que atendam às exigências atuais sobre o tempo de permanência no internamento (Ferreira, Ferreira & Carvalho, 2013; Mitchell, 2014).

A fonte e o modelo de transmissão de informações no período pré-operatório são essenciais para minimizar os níveis de ansiedade. Os doentes inquiridos no estudo de Sayin e Aksoy (2012) salientaram que a informação transmitida verbalmente era insuficiente para as suas necessidades informativas, pelo que sugeriram a realização de sessões de informação, no pré-operatório, com recurso a visualização de fotos ilustrativas. Por seu turno, Alanazi (2014), demonstrou que a transmissão verbal e os diversos modos de ferramenta educacionais não-verbais (áudio, audiovisual, panfletos, *websites*, imagens e multimédia) foram eficazes na educação pré-operatória e, por conseguinte, na gestão de conflitos emocionais existentes no doente. Relativamente à comparação entre o uso de multimédia e o uso de ferramentas mais recorrentes para transmitir informações, demonstrou não haver alterações significativas na redução do nível de ansiedade. Já o estudo de Dijk, Schuurmans, Alblas, Kalkman e Wijck (2017) focou-se em avaliar o efeito de fornecer informações escritas aos doentes, no pré-operatório, sobre as complicações e a dor pós-operatória. Concluíram que no grupo experimental os doentes tinham um nível de conhecimento significativamente maior comparativamente com os do grupo de controlo. Contudo, também analisaram as crenças sobre o tratamento da dor antes e depois da intervenção e constataram que

estas não mudaram. Isso permitiu aferir que embora a educação permita transmitir os melhores conhecimentos baseados na melhor evidência científica, isso não implica necessariamente uma alteração das crenças e hábitos. Outro estudo recente de Bayraktar et al. (2018) conciliou a vertente escrita (folhetos e *power-point*) com a verbal, para implementar um plano educacional no pré-operatório, focalizado nas alterações do cotidiano após a cirurgia e constatou que houve uma melhoria no conhecimento do doente, acompanhado da diminuição do nível de ansiedade. Assim, os autores concluíram que o plano educacional realizado resultou em mais qualidade dos cuidados de enfermagem, promoveu o autocuidado, melhorou a satisfação do doente e diminuiu os riscos de readmissão hospitalar. Por sua vez, Santos (2015) no seu estudo aponta a existência de algumas falhas na transmissão de informações escritas durante o período de internamento dos doentes cirúrgicos. Segundo o autor, este aspeto deve ser melhorado, apostando em formações que privilegiem a comunicação eficaz com o doente e a sua família, recorrendo ao uso de ferramentas de informação escrita, nomeadamente panfletos ou outro suporte escrito. Assim, consegue-se uma maior participação do doente e da sua família nos cuidados de enfermagem prestados.

Ainda sobre as fontes de informação, o estudo de Gonçalves et al. (2017) revela que a maior parte dos doentes obtiveram informações exclusivamente dos profissionais de saúde. Destes, os enfermeiros são quem mais tempo passa com os doentes, devendo por isso assumir uma posição privilegiada em relação à informação ao doente e família. Contudo, este estudo permitiu também apurar que de um modo global os doentes consideram receber pouca informação no período de pré-operatório. A desvalorização sobre a importância da transmissão de informações, por parte dos enfermeiros ao doente, também foi evidenciada no estudo descritivo de Sayin e Aksoy (2012). Os enfermeiros estavam cientes de que não desempenhavam uma intervenção eficaz na transmissão de informações, tanto ao doente como à sua família. Os motivos que apontaram para essa lacuna foram a falta de conhecimentos e a escassez de recursos humanos ajustados às necessidades institucionais. Desse modo, os doentes preferiram os médicos como fonte primária para esclarecimento de dúvidas. Também Rocha e Ivo (2015) encontraram no estudo que realizaram, deficiências na transmissão de informações sobre a cirurgia e o pós-operatório. Além disso, foram referidas dificuldades de compreensão por parte dos doentes, sobre as informações que receberam, o que poderá dever-se às estratégias comunicacionais utilizadas. Houve uma percentagem considerável de doentes que referiu “nada semelhante” ou “mais ou menos semelhante” entre as informações fornecidas e o que vivenciaram no pós-operatório, o que deixa

perceber uma clara necessidade de harmonização da informação transmitida com a situação esperada.

Contrariando as afirmações anteriores, Santos (2015) realizou um estudo com uma amostra de doentes adultos submetidos a intervenção cirúrgica e aferiu após a aplicação de uma escala de satisfação no período de internamento, que a comunicação da informação aos doentes é efetuada eficazmente. Permitindo assim concluir que foram utilizadas ferramentas úteis na transmissão da informação, nomeadamente: linguagem adequada, preocupação em repetir sempre que necessário e confirmar se tinha percebido. Além disso, também ficou evidenciado que os doentes se mostravam satisfeitos com a importância que os enfermeiros atribuíam aos seus problemas pessoais. Corroborando o que foi evidenciado no estudo de Rocha e Ivo (2015), a qualidade de informação é fundamental para assegurar um nível alto de compreensão e, por conseguinte, diminuir conflitos emocionais e afetivos existentes nestes momentos. Também os autores Perrando et al. (2011) e Sayin e Aksoy, (2012) defendem que as orientações perioperatórias devem ser realizadas em linguagem acessível, com o objetivo de garantir maior compreensão por parte do doente e diminuir conflitos emocionais, prevenindo assim complicações cirúrgicas e melhorando a qualidade da recuperação pós-operatória.

A transmissão de informação ao doente, revela ser fundamental tanto para aumentar o seu conhecimento, como para o ajudar a adaptar às alterações do estilo de vida após a cirurgia. Os enfermeiros têm de focar os seus cuidados, não só na vertente técnica, mas também na psicossocial (Bayraktar et al., 2018). Sendo a ansiedade um fator determinante na evolução clínica do doente cirúrgico, a educação pré-operatória transmitida pelos enfermeiros, aumenta as habilidades para o autocuidado e ajuda a gerir esse conflito de emoções (Gürsoy, Candas, Güner & Yilmaz, 2016). O dever educativo por parte da equipa de enfermagem de perioperatório é transversal a qualquer doente, no entanto torna-se mais evidente quando o mesmo manifesta medo, dúvidas, inquietações e outros desconfortos psicológicos que podem comprometer a preparação cirúrgica e/ou a recuperação pós-operatória. Nestes momentos, é fulcral o enfermeiro enfatizar as competências comunicacionais, de forma a conseguir dialogar, escutar, perceber e apoiar o doente (Perrando et al., 2011). A informação/ensino programados e específicos no pré-operatório tem vantagens, ou seja, ganhos em saúde já identificados, nomeadamente: diminui o nível de ansiedade, melhora a retoma da deambulação, reduz o tempo de internamento e as complicações pós-operatórias, aumenta o envolvimento do doente nas atividades de autocuidado no pós-operatório e o nível de satisfação, tanto seu, como dos familiares, com os cuidados prestados

(Fernandes, 2013). De acordo com os resultados dos estudos referidos, a forma como o enfermeiro comunica com o doente é importante, particularmente no que diz respeito a informações concretas acerca dos seus problemas e tratamento. Assim, o recurso à transmissão de informação correta, concreta e compreensível, revela ser essencial, isto é, uma comunicação efetiva entre a díade enfermeiro/doente. Contudo, referindo Santos (2015), para que haja sucesso nesta relação, o enfermeiro deve sempre considerar a opinião do doente na conceção dos cuidados, bem como demonstrar conhecimentos acerca da situação clínica.

Pelo referido, a educação pré-operatória é essencial na redução do nível de ansiedade e na promoção da recuperação pós-operatória. Porém, alguns autores como Lee & Lee (2012) afirmam que ainda existe da parte das administrações das instituições de saúde alguma desvalorização da importância do ensino pré-operatório. Esse problema poderia ser resolvido com base na evidência científica, a qual demonstra que o trabalho entre a equipa disciplinar é fundamental para esta tarefa. Ou seja, os enfermeiros cuja área de competência é o perioperatório, nas suas várias vertentes, deverão cooperar, partilhar informação e conhecimento científico, com o objetivo final de aumentar a qualidade da prestação de cuidados ao doente cirúrgico.

Relativamente ao tipo de informação transmitida, o estudo de Gonçalves et al. (2017) mostra que os doentes percecionam como estando melhor informados acerca dos aspetos administrativos, em detrimento dos relativos aos cuidados de enfermagem. Os autores consideram que as intervenções autónomas de enfermagem são, muitas vezes, relegadas para segundo plano, verificando-se maior preocupação com as intervenções interdependentes, o que acaba por dificultar o processo de transição saúde/doença gerado pela cirurgia. Melgo (2015) aponta que o doente reage de uma maneira muito própria perante a cirurgia quer ela seja ou não programada. Pelo que é fundamental a prestação de cuidados individualizados que minimizem os constrangimentos gerados pela multiplicidade de fatores envolvidos no procedimento, nomeadamente a realização dos exames, as consultas de especialidade e o internamento. Por sua vez, Chard e Makary (2015), membros da AORN, referem que a compreensão holística do doente deve-se basear nas necessidades físicas, psicossociais, culturais, espirituais e educacionais, bem como nos objetivos do doente. Assim, é possível identificar os problemas que possam comprometer o procedimento cirúrgico, criar diagnósticos de enfermagem e de seguida planear cuidados. Por isso, de acordo com Petterson, Öhlén, Friberg, Hydén e Carisson (2017), torna-se por isso essencial que no pré-operatório o doente expresse as suas preocupações e dúvidas. O doente que apresenta dúvidas sobre o diagnóstico clínico, os detalhes e duração do internamento, espera que o

enfermeiro tome iniciativa para discutir esses temas tranquilizando-o e minimizando-lhe as preocupações. Contudo, os enfermeiros concentram-se mais nos aspetos técnicos e não promovem uma escuta ativa sobre o que o doente tem para dizer. Este facto foi também evidenciado no estudo qualitativo de Perrando et al. (2011) quando os doentes referiram que os enfermeiros agiam de forma automatizada na execução dos procedimentos técnicos comuns em perioperatório (por exemplo: cateterismo venoso periférico), desconsiderando a dimensão humanista do cuidado. Nas suas perceções, a preparação pré-operatória adequada às necessidades e limitações, contribui para enfrentar a cirurgia, pois diminuí o nível de ansiedade e ajuda na diminuição da dor, na rapidez da recuperação e no aumento de autoestima.

O pré-operatório é referido como uma fase fundamental na transmissão de instruções relativas ao pós-operatório, a fim do doente não ser surpreendido com eventuais dispositivos médicos que não são do seu conhecimento, aumentando-lhe o nível de ansiedade (Perrando et al. 2011). O estudo de Ferreira et al. (2013) que se focou em identificar as ações de enfermagem na preparação dos doentes para a alta aclínica, após prostatectomia, aponta que os mesmos manifestaram mais necessidade em obter informações assentes no regresso ao domicílio em detrimento das informações relativas ao procedimento cirúrgico. Assim, as informações devem incidir no modo como manipular eventuais dispositivos médicos (sonda vesical), observar as características da urina, os cuidados a ter com a ferida e o penso cirúrgico, possíveis alterações no sistema urinário e reprodutor, entre outros. Por esse motivo, as intervenções autónomas de enfermagem centradas na preparação para a alta, devem ser uma prioridade de modo a aumentar os conhecimentos do doente, capacitando-o para dar resposta às suas necessidades pós-cirurgia. Por sua vez, os estudos de Mitchell (2014), Coppetti, Stumm e Benetti (2015) e de Rocha e Ivo (2015) apontam que os enfermeiros devem concentrar-se num plano de intervenção que envolva as informações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, juntamente com questões relacionadas com a preparação pré-operatória, a recuperação pós-operatória, o controlo da dor e da ansiedade e o suporte do cuidador no domicílio.

Assim, com base em autores como Machado et al. (2015) revela ser consensual que no pré-operatório é necessário estabelecer um diálogo que permita transmitir informações relativas aos procedimentos, às intervenções de enfermagem e, essencialmente, que haja interesse pela partilha das emoções do doente. Também Luna (2014) afirma que a relação de confiança entre o enfermeiro e o doente é estabelecida nesta fase, bem como a definição de diagnósticos, seguido de um plano de cuidados adequado às necessidades identificadas.

Pela análise dos resultados dos estudos consultados constatamos a importância de inserir uma comunicação eficaz nos cuidados em perioperatório, impondo aos enfermeiros a necessidade de adquirir mais conhecimentos nessa área, para assim adequarem as intervenções e garantirem a qualidade dos cuidados. Os resultados supracitados apontam também que a ansiedade e o medo comprometem a capacidade de retenção das informações fulcrais para este processo, sendo fatores por vezes desvalorizados pelos enfermeiros. Os estudos são unânimes quanto à importância da educação pré-operatória como uma ferramenta essencial para melhor satisfação das necessidades informativas do doente, equilibrar os conflitos emocionais gerados pelo ambiente cirúrgico e potenciar melhor recuperação pós-operatória. Para a consecução da educação pré-operatória, o enfermeiro tem ao seu dispor diversas formas de abordagem, sendo a transmissão verbal e a escrita (folhetos) as mais comuns. O enfermeiro deve mobilizar diversos conhecimentos para conseguir avaliar o doente, as suas necessidades informativas, os seus medos e as suas dúvidas.

1.2 – CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Na Portaria nº306-A/2011 do Ministério da Saúde e das Finanças, artigo 2.º, alínea g) a consulta de enfermagem é definida como uma intervenção que visa a concretização de uma avaliação, seguida de planeamento de cuidados de enfermagem, permitindo ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado. Em 2001 a OE definiu a CPOE como uma ferramenta importante na organização dos cuidados, dado que proporciona registos de enfermagem de acordo com as necessidades dos doentes, as intervenções, os resultados obtidos, bem como a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade. Tal como anteriormente referido, o Regulamento nº. 429/2018 sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica preconiza como uma das cinco áreas de atuação a consulta perioperatória, que inclui a pré e a pós-operatória. A AESOP (2006) também define diversos objetivos da CPOE, tais como: reduzir a angústia e a ansiedade da doente relacionadas com a intervenção cirúrgica, com o fim de obter um maior bem-estar e colaboração do mesmo ao longo do perioperatório; avaliar as expectativas e conhecimentos dos doentes face à cirurgia; permitir ao enfermeiro conhecer o historial clínico do doente e as necessidades afetadas, de forma a estabelecer diagnósticos e planear cuidados individualizados; relembrar e esclarecer informações recebidas relativas à preparação pré-operatória; e permitir a continuidade dos cuidados. Para Carvalho e Cristão (2012), a CPOE é constituída por uma adequada

avaliação inicial, fornecimento de material informativo, preparação do doente para todo o perioperatório e estabelecimento de um contacto para esclarecimento de dúvidas. Os autores Gonçalves et al., (2017) no seu estudo sobre a influência da informação transmitida pelos enfermeiros na ansiedade pré-operatória, sugerem um maior investimento na preparação pré-operatória dos doentes, inclusive no que diz respeito às necessidades psicológicas e informativas, dando maior ênfase às intervenções autónomas dos enfermeiros. Assim, defendem que deve ser adotada uma intervenção estruturada, exequível, objetiva e individualizada e, dentro das várias sugestões que apresentam, sugerem a criação de uma consulta de enfermagem no período pré-operatório mediato, para que o doente possa ser informado. A autora Pelarigo (2019) verificou que os enfermeiros do internamento cirúrgico mencionaram diversas dúvidas por parte dos doentes, tais como: a dimensão da incisão cirúrgica; o número de dias de internamento e de recuperação; se serão aquecidos no bloco operatório; e se irão ver e ouvir o que se vai passar na sala de operações durante a cirurgia (em casos de anestesia loco-regional). Desse modo, defende que a CPOE permite estabelecer uma relação privilegiada entre enfermeiro-doente-família, pois possibilita o esclarecimento dessas e outras dúvidas e medos. Para os enfermeiros de perioperatório, a consulta potencia a autonomia, o reconhecimento e a satisfação profissional. Ainda de acordo com a autora supracitada, este momento também é caracterizado pelo planeamento de cuidados personalizados baseados numa metodologia científica, favorecimento do relacionamento e da comunicação entre os diferentes enfermeiros do perioperatório.

A CPOE pode ser o ponto de partida para construir uma relação que facilite a comunicação centrada no doente. Esta permite ao enfermeiro tomar conhecimento da história do doente, através de perguntas abertas que promovam o diálogo. Ao facilitar a compreensão, por parte do doente, em relação ao procedimento cirúrgico, fortalece as suas capacidades e ajuda-o a obter uma maior mobilização dos recursos essenciais para a recuperação (Pettersen et al. 2017). Carvalho e Cristão (2012) num estudo com o objetivo de conhecer o processo de transição do homem submetido a prostatectomia radical, constataram que os doentes dão importância a um acompanhamento de enfermagem prévio à cirurgia, para conseguirem ser inteirados do seu estado de saúde e do modo como se desenrolará todo o processo cirúrgico, inclusive das eventuais consequências da cirurgia. Ficando assim evidente a intervenção do enfermeiro no ensino e instrução de estratégias adaptativas para enfrentarem possíveis morbilidades cirúrgicas. Além disso, verificaram a relevância da relação de ajuda, um dos pilares básicos dos cuidados em enfermagem, na vivência desta transição. Os doentes também deram importância a valores característicos em enfermagem, nomeadamente:

humanidade, dignidade e respeito, aumentando a satisfação com os cuidados recebidos. Um outro estudo de Silva e Amorim (2017) com o objetivo de verificar quão relevante e benéfica pode ser a realização da CPOE para aliviar a ansiedade, evidenciou que a existência deste tipo de consultas de forma adequada e consistente é essencial para diminuir os níveis de desconforto e insegurança existentes. É fundamental envolver o doente no seu próprio processo de cuidados cirúrgicos, aumentando-lhe os conhecimentos e, por conseguinte, minimizando os riscos de complicações no pós-operatório. Para além disso, Boudreaux e Simmons (2019) demonstraram que a CPOE, trabalhada em parceria com a avaliação da equipa médica, tem benefícios na identificação de fatores de risco modificáveis com o objetivo de melhorar a condição fisiológica antes da cirurgia e garantir melhor recuperação pós-cirúrgica.

No subcapítulo anterior, foi referido que os enfermeiros por vezes privilegiam a componente técnica em detrimento das habilidades humanistas e comunicacionais, comprometendo a identificação das necessidades e o planeamento de cuidados ao doente. Este facto também é referido nos estudos de Dantas, Santos e Tourinho (2016) e de Abrahão e Amaral (2017). Estes autores afirmam que a causa desse problema está no excesso de obrigações burocráticas, a falta de qualificações na interação com o doente e as múltiplas funções dos enfermeiros. Para Abrahão e Amaral (2017), os enfermeiros precisam compreender que o cuidado e a tecnologia (saber fazer) estão interligados, dado que a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias. Por isso, a consulta de enfermagem deve ser sistematizada, estruturada cientificamente e deve basear-se numa linguagem unificada de enfermagem. É importante também privilegiar a comunicação, de forma a garantir a promoção, proteção e manutenção da vida do doente, inclusive a melhoria na qualidade da atenção dada ao doente, família e comunidade.

O estudo de Petterson et al. (2018), focou-se em descrever a comunicação pré-operatória, tanto da parte dos enfermeiros como dos doentes, usada durante uma intervenção centrada no doente nas consultas de enfermagem. Esta consulta foi iniciada por uma pergunta aberta e, de seguida, desenvolvida através do que o doente ia relatando. No fim, houve uma síntese das informações mais importantes. Para auxiliar na consulta, recorreram a ferramentas escritas denominadas como *Patient Education Materials* (PEM) com o objetivo final de servir de suplemento à comunicação para fornecer informações, conselhos e/ou aconselhamento sobre procedimentos relacionados com o diagnóstico e os cuidados planeados. Após análise dos discursos desenvolvidos nas consultas, concluíram que existiam duas abordagens

comunicacionais: *talking to patient* (conversar para o doente) e *talking with the patient* (conversar com o doente). No *talking with the patient* o centro da atenção é o doente cirúrgico, onde o PEM pode ser usado como ferramenta de apoio, tanto para o doente como para o enfermeiro. Assim, a consulta focou-se na comunicação centrada na pessoa, ou seja, a ouvir o seu discurso, a confirmarem-se mutuamente e a evidenciar os seus pontos fortes, recursos e capacidades. Concluíram que colocar uma pergunta aberta logo no início da consulta permite aos doentes narrar as suas perspetivas, medos e experiências.

Existem vários exemplos de questões abertas que podem possibilitar ao doente o desenvolvimento das suas narrativas. Nomeadamente, abordar a expressão dos seus sentimentos sobre a situação de saúde atual; questionar o que realmente desejam discutir; ou inquirir sobre pensamentos, medos, crenças e sintomas. Outra sugestão passa por incluir três questões abertas que permitam dar a atenção devida ao doente: porque é que a pessoa procurou aquele tratamento; qual o objetivo da pessoa; descobrir o que é que a pessoa está disposta a fazer para alcançar esse objetivo. Basicamente, focar-se na sua motivação e nos seus recursos. Esta metodologia permite ao doente ser capaz de desenvolver *insights* sobre as suas próprias dificuldades. Os objetivos do doente cirúrgico têm de ser vistos pelo profissional de saúde como os pontos centrais naquele diálogo, em que o procedimento cirúrgico é considerado apenas uma ferramenta para alcançar determinado objetivo pessoal. O cuidado centrado na pessoa tem de fazer parte das práticas dos enfermeiros. O reconhecimento da pessoa é tão importante quanto as práticas técnicas. Portanto, tem de haver uma mudança na mentalidade clínica e desenvolver formas de incluir as narrativas dos doentes na prática clínica (Britten et al. 2016). Assim, usar a estratégia “*talking with*” permite ao doente ser visto como uma pessoa e possibilita ao enfermeiro e ao doente confirmarem-se mutuamente ao longo dos seus discursos. Iniciar a consulta com perguntas abertas ajuda o doente a falar sobre as suas experiências e medos. Também é importante que o enfermeiro convide o doente a falar sobre tópicos difíceis. Isso permitirá uma maior abertura e descoberta da parte do doente sobre o seu diagnóstico clínico. Ajudar o doente a construir as suas forças, recursos e capacidades possibilita que o mesmo se sinta capaz como uma pessoa. O uso de PEM pode ser visto como uma ferramenta facilitadora para o enfermeiro, por ajudá-lo a preparar o doente, sendo também essencial para o próprio doente, pois ajuda-o a estar preparado para enfrentar diferentes situações clínicas (Pettersson et al. 2018).

Pelarigo (2019) refere que a CPOE permite acautelar os cuidados essenciais na prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC). Assim, este momento é importante para

que o doente tome conhecimento de quais os cuidados que deve ter na preparação para a cirurgia, de forma a prevenir a ILC. De acordo com a Norma 024/2013 da Direção-Geral da Saúde (DGS) o sucesso na prevenção da ILC depende da preparação pré-operatória, da técnica assética cirúrgica, da profilaxia antibiótica e dos cuidados pós-operatórios. Na preparação do doente para a cirurgia, a DGS descreve na Norma anteriormente referida e na Norma 020/2015 determinadas medidas preventivas da ILC, nomeadamente: identificar e tratar todas as infeções; controlar os níveis de glicemia, bem como o tabagismo; evitar tricotomia (se necessário, usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica); promover o banho do doente com solução antissética na véspera e no dia da cirurgia; preparar a área da incisão cirúrgica para que esteja livre de contaminação; manter a normotermia em todo o perioperatório; e cumprir profilaxia antibiótica cirúrgica (se prescrita) dentro dos 60 minutos anteriores à incisão. Posto isto, torna-se evidente a importância de transmitir estas informações aos doentes durante a CPOE, de forma a aumentar-lhes o conhecimento e integrá-los no processo de prevenção de ILC, garantindo um maior sucesso e recuperação pós-cirúrgica.

Atualmente, têm surgido programas de recuperação cirúrgica que envolvem uma equipa multidisciplinar, ao longo de todo o perioperatório, com o objetivo final de garantir a máxima recuperação do doente, no menor tempo possível. Um exemplo disso, é o programa *Enhanced Recovery After Surgery - Society®*, mais conhecido por ERAS, originário da Suécia, e implementado em diversos países, inclusive em algumas unidades hospitalares portuguesas. O objetivo do mesmo consiste em desenvolver cuidados perioperatórios de forma a melhorar recuperação cirúrgica através da investigação, educação, auditoria e implementação de práticas baseadas em evidências. Este programa começa a ser desenvolvido logo no pré-operatório com uma avaliação multidisciplinar, através de consultas, que permite aos diferentes profissionais de saúde identificar fatores de risco, informar o doente sobre todo o processo cirúrgico, satisfazer as suas necessidades, com o objetivo de minimizar as morbilidades, o tempo de internamento e aumentar a satisfação do doente e a qualidade de vida (Fearon et al., 2005; Greco et al., 2014; Nicholson et al., 2014; Lau & Chamberian, 2017).

Pelo anteriormente referido, a CPOE é importante na identificação das necessidades informativas, emocionais e físicas do doente, bem como a atuação em equipa nos fatores de risco modificáveis. No entanto, o pré-operatório é considerado o primeiro período de transição de cuidados em perioperatório e, por isso, deve ser considerado um momento crítico. As *Guidelines* da AORN e outros autores sugerem que sejam realizadas reuniões entre os principais elementos da equipa cirúrgica - cirurgião,

anestesista e enfermeiro – a fim de estabelecer estratégias de transição de cuidados, garantindo maior eficácia na transmissão de informação ao longo de todas as fases (AORN, 2018; Chard & Makary, 2015; Malley, Kenner, Kim & Blakeney, 2015). Ao nível nacional, a DGS, preconiza o uso da Técnica ISBAR (I – Identificação, S – Situação atual, B – Antecedentes, A – Avaliação, R - Recomendações) que permite uma uniformização da comunicação, uma rápida tomada de decisão, promove o pensamento crítico e diminui o erro e o tempo na transferência de informações (DGS, 2017). Reforçando assim o objetivo do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que aponta como estratégia para melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis, o aumento da segurança da comunicação (Despacho n.1400-A/2015).

A ansiedade é algo que prefigura um perigo vago, incerto, misterioso e lancinante a vir e o medo uma reação defensiva perante determinado objeto desconhecido (Vaz-Serra, 1980). Assim, de modo análogo, em contexto perioperatório quando o doente é transportado para o bloco operatório encontra-se ansioso, mas desconhece o objeto dessa ansiedade, o contexto do bloco operatório. Automaticamente, esse medo é o seu foco, descurando tudo à sua volta, inclusive informação pertinente para a preparação pré-operatória e a recuperação pós-operatória. Também o reduzido tempo de internamento, prévio à cirurgia, limita a quantidade e qualidade de informação relativamente à promoção do autocuidado. Pelo que o desenvolvimento de uma CPOE é uma ferramenta necessária para a melhoria dos cuidados e útil para colmatar lacunas e ajudar o doente a vivenciar esta transição. Contudo, este momento não pode ser focalizado unicamente na transmissão de informações, ou seja, no “conversar para o doente”. O enfermeiro tem de centralizar os seus cuidados no doente, ouvir, compreender e respeitar as suas necessidades informativas e emocionais, para na continuidade, adequar as ferramentas comunicacionais. Os doentes manifestam necessidades informativas focalizadas no pós-operatório, sobretudo nas estratégias a serem utilizadas na diminuição da dor, sobre os dispositivos médicos (drenos, sondas) e atividades de vida diária (quando é que podem ir à casa-de-banho, realizar o primeiro levante e iniciar a alimentação). O período de recuperação no domicílio também é algo que os preocupa, pelo que é importante esclarecê-los e tranquilizá-los. O enfermeiro assume um papel de educador e de promotor da autonomia. No entanto, é fulcral um crescendo na consciencialização desta obrigação, de forma a aumentar a satisfação dos doentes, a visibilidade dos cuidados e a representação social de enfermagem. Juntos, enfermeiro e doente, devem-se focar num objetivo, avaliar os recursos

disponíveis e traçar um plano adequado que auxilie o doente a ultrapassar esta transição e a assumir independência no autocuidado.

2 – SATISFAÇÃO DOS DOENTES COM OS CUIDADOS EM PERIOPERATÓRIO

A satisfação consiste numa perceção pessoal relacionada com a concretização de uma determinada expectativa, ou seja, resultado de boas práticas (Ribeiro, 2005). Abrantes (2012) no seu estudo refere que o conceito de satisfação não é consensual devido à sua natureza multidimensional. Os utilizadores têm opiniões muito diferentes sobre os cuidados de saúde, sendo uma das distinções o caráter técnico do cuidar e o caráter humano/interpessoal.

Existem diversos fatores que podem influenciar o grau de satisfação do doente, como por exemplo: as características do indivíduo; as experiências prévias; e o contexto em que está inserido. Apesar disso, existem dois fatores que são bastante comuns: a expectativa e a perceção efetiva dos cuidados recebidos. Também as alterações produzidas no estado de saúde do doente são resultado dos cuidados de saúde. Assim, pode-se inferir que uma melhoria no estado de saúde está associada a maior satisfação e vice-versa (Ribeiro, 2005). A par disso, os fatores apontados no estudo de Lima, et al. (2015) que influenciam a satisfação do doente em relação ao cuidado de enfermagem são: o relacionamento enfermeiro-doente; o apoio afetivo; as informações sobre a saúde e o cuidado; o poder de decisão do próprio doente; e a competência técnica dos profissionais.

Paralelamente a estes resultados, o doente é considerado uma peça fundamental na avaliação dos serviços prestados pelos profissionais nas instituições, bem como na melhoria contínua da qualidade em saúde (Ribeiro, 2005). A avaliação do grau de satisfação dos doentes é um indicador importante na avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados. Portanto, os resultados obtidos dessa avaliação permitem refletir em melhorias contínuas nos serviços prestados pelos enfermeiros (Freitas, Silva, Minamisava, Bezerra & Sousa, 2014; Coelho, 2013). A Lei de Bases da Saúde, na sua base (Lei nº95/2019 de 04/09) refere que é necessário avaliar permanentemente os cuidados de saúde, num sistema completo e integrados que inclua a satisfação dos doentes e dos profissionais. Também o Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 refere que para melhorar continuamente a qualidade em saúde é fundamental trabalhar diariamente com os objetivos de: garantir a segurança e efetividade dos cuidados prestados; utilizar de forma eficiente os recursos; assegurar que a prestação de cuidados é equitativa e no momento adequado; e sobretudo, garantir que os cuidados de saúde satisfazem as necessidades e as expectativas dos cidadãos (DGS, 2015b).

Para conseguir avaliar o impacto da prestação de cuidados de enfermagem, torna-se fulcral a análise do nível de satisfação dos doentes (Santos, 2015). Assim, OE refere em 2001 que os enfermeiros devem ter presente que os bons cuidados, diferem de pessoa para pessoa, o que exige do profissional uma maior sensibilidade para lidar com essas diferenças, objetivando as suas intervenções de modo a atingir os mais elevados níveis de satisfação dos doentes. É assim evidente a importância da presença dos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais que constam no código deontológico e que definem a boa prática de enfermagem. Percebe-se assim, que existe cada vez mais uma maior complexidade nas diversas problemáticas de saúde e, desse modo, o enfermeiro especialista tem de atender a uma exigência mais elevada nos padrões de qualidade na assistência ao doente. Atualmente e de acordo com o Regulamento n.º 361/2015 sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista foca a sua atenção na procura permanente da excelência no exercício profissional e, por isso, atenta: em atingir elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica; em promover a saúde da pessoa; em prevenir complicações para a saúde; em maximizar o bem-estar e suplementar/complementar as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente; em desenvolver em conjunto com a pessoa processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde; em assegurar/garantir a máxima eficácia na organização de cuidados de enfermagem especializados; e em maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados.

Cada vez mais se dá importância à experiência dos doentes com os cuidados de saúde, sobretudo no que diz respeito aos cuidados de enfermagem. A avaliação e definição dos cuidados por parte dos doentes são indicadores relevantes para a melhoria contínua da qualidade. Dado que a enfermagem é considerada a ciência do cuidar, é emergente apostar na área da qualidade, essencialmente nos cuidados prestados ao doente, família e comunidade (Coelho, 2013). Este autor conclui com o seu estudo que na prática dos cuidados e na relação enfermeiro-doente é importante considerar que o doente é uma pessoa, com determinadas características (físicas, intelectuais, emotivas, sociais, culturais e espirituais) que estão em constante interação com o ambiente, devendo, por isso, o enfermeiro atender à sua fragilidade e vulnerabilidade, incluindo todos os princípios que o dignificam enquanto ser humano. Um estudo recente com o objetivo de avaliar a satisfação do doente com os cuidados de enfermagem hospitalar, concluiu que os inquiridos se mostraram mais satisfeitos com os enfermeiros no domínio profissional (saber-fazer), seguido do domínio confiança em detrimento do domínio

educativo. Por isso, sendo este parâmetro um dos pontos-chave para garantir uma satisfação positiva, é aconselhável que os enfermeiros se focalizem em todos os domínios, garantindo assim, maior qualidade dos cuidados (Marques et al., 2018). Em perioperatório existem estudos que demonstram que um acompanhamento no pré-operatório por parte do enfermeiro ao doente permite aumentar o grau de satisfação, através do esclarecimento de dúvidas e da transmissão de informações sobre os cuidados a realizar e o processo cirúrgico (Luna, 2014; Bayraktar et al., 2018; Sampaio, 2018). Essas informações deverão ser também fornecidas de forma escrita através de folhetos explicativos, para melhorar a satisfação do doente em relação ao conhecimento do processo perioperatório (Ortiz, Wang, Elayda & Tolpin, 2015).

Tendo por base as evidências científicas referidas, é imperativo adotar estratégias que permitam uma maior proximidade ao doente cirúrgico. O enfermeiro de perioperatório tem de saber relacionar a componente afetiva com a componente técnica para poder aumentar a satisfação do doente. Essa satisfação é mensurável através da aplicação de instrumentos de avaliação que permitem refletir sobre as práticas atuais e, por conseguinte, tomar uma decisão que vise obter maior qualidade nos serviços de saúde prestados e consequentemente aumentar a satisfação do doente.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica é caracterizada por incluir todos os elementos que compõem o plano de investigação. Nesta fase, o investigador define o método e os procedimentos necessários para conseguir obter respostas às questões de investigação e confirmar ou infirmar as hipóteses formuladas. Assim, um desenho de investigação consiste num plano lógico construído para solucionar um determinado problema (Freixo, 2018).

1 – DESENHO DO ESTUDO

Este capítulo é composto por uma sequência de etapas a percorrer durante a investigação. Apresentamos de seguida o tipo de estudo, a questão e objetivos, a operacionalização das variáveis, as hipóteses de investigação, a população e amostra do estudo, o instrumento de colheita de dados, o tratamento estatístico que nos propomos realizar e, por fim, os procedimentos formais e éticos necessários na realização de um trabalho desta natureza.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

O método de investigação quantitativo consiste num processo sistemático de colheita de dados quantificáveis com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos. Assim, afirmamos que a nossa investigação é de natureza quantitativa. Visto que pretendemos avaliar de forma precisa determinadas variáveis envolvidas num fenómeno (variável dependente e variável independente), bem como analisar a correlação existente entre elas, consiste num estudo descritivo-correlacional, quase-experimental. Os desenhos deste tipo, parcialmente experimentais, visam controlar apenas algumas das fontes que afetam a validade interna da investigação (Polit & Beck, 2014; Freixo, 2018). Assim, constituiremos dois grupos distintos de doentes (experimental e de controlo) com o intuito final de identificar possíveis diferenças. Ao grupo experimental será realizada a CPOE, seguindo um guião pré-estabelecido e elaborado por nós (Apêndice I), e a avaliação do processo terá lugar no pós-operatório, imediatamente antes da alta clínica, percebendo a satisfação dos sujeitos relativamente às informações transmitidas. Os doentes que constituirão o grupo de controlo não receberão a CPOE, seguindo, os procedimentos pré-operatórios

implementados na instituição onde se realiza o estudo. A avaliação da satisfação deste grupo de doentes será, à semelhança do grupo experimental, realizada imediatamente antes da alta clínica, através do mesmo instrumento de medida. Escolhemos este momento de avaliação para que os doentes pudessem refletir se as informações transmitidas no pré-operatório corresponderam às realidades vivenciadas ao longo do internamento.

1.2 – QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação consistem em enunciados simples e diretos, formuladas de forma interrogativa e procuram ampliar as finalidades do estudo. Num estudo de natureza quantitativa, as questões de investigação são compostas pela identificação e relação entre as variáveis (dependente e independente) e a população em estudo (Polit & Beck, 2014). Para concretizar este estudo delineámos a seguinte questão de investigação:

- Qual a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente?

Quanto aos objetivos, eles são designados por enunciados declarativos que precisam as variáveis-chave, a população-alvo e a orientação da investigação (Freixo, 2018). Tendo por base a finalidade de identificar contributos para planejar, sistematizar e aplicar uma consulta pré-operatória de enfermagem, definimos os seguintes objetivos:

- Avaliar, no pós-operatório, a satisfação do doente com a informação recebida;
- Analisar a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente.

1.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

O conceito de variável reporta-se a “qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos” (Freixo, 2018 p. 202). As variáveis deste estudo foram selecionadas de acordo com a questão de investigação e os objetivos formulados. A sua operacionalização implicou delimitá-las de forma a torná-las mensuráveis, convertendo-as em “fatores disponíveis para serem manipulados, controlados ou examinados” (Freixo, 2018 p. 203). A variável independente é aquela que é manipulada pelo investigador, de modo a que os seus efeitos possam ser observados na variável dependente. Assim, esta última reflete os efeitos da variável

independente (Freixo, 2018). Para o presente estudo, definimos como a variável independente a consulta pré-operatória de enfermagem e como variável dependente a satisfação das necessidades informativas do doente. A fim de caracterizar os sujeitos em estudo, o investigador recorre a outras variáveis designadas por vários autores como variáveis atributo (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Neste contexto consideramos como variáveis atributo: a idade, o sexo, as habilitações literárias, a situação profissional, o estado civil, a constituição do agregado familiar, as experiências cirúrgicas anteriores e a especialidade cirúrgica.

Cada consulta pré-operatória de enfermagem (variável independente) será realizada em concordância com o dia dos exames complementares de diagnóstico, evitando assim mais deslocações por parte do doente. A referida consulta terá em média 20 minutos de duração e estará estruturada de acordo com um guião de consulta pré-operatória de enfermagem elaborado pelo investigador (Apêndice I). A concretização da CPOE será levada a cabo unicamente pelo próprio investigador, assumindo-se enfermeiro do hospital onde decorre o estudo. Os doentes decidirão livremente da sua participação, sendo-lhes facultada informação sobre o tema, âmbito, finalidade e objetivos do estudo. Todas as consultas serão iniciadas com uma questão aberta que permita ao doente desenvolver as suas narrativas (exemplos: “Que dúvidas tem acerca desta operação?”; “Tem alguma coisa que o/a preocupe sobre a operação?”). Consoante as respostas, o enfermeiro/investigador conseguirá perceber quais as necessidades do doente e, assim, adequar as informações a transmitir. Este momento também será caracterizado pela transmissão de informações que promovam uma preparação pré-operatória e uma recuperação pós-operatória eficazes, bem como informações relativas aos vários serviços que o doente terá à sua disposição para lhe prestar apoio ao longo do processo cirúrgico. A par disso, serão referidas as medidas a adotar para o controlo da dor, das náuseas e dos vômitos pós-operatórios, bem como quando iniciará a dieta e realizará o primeiro levante, diminuindo, assim, alguma/algum ansiedade/medo relativos ao pós-operatório imediato.

Visto que a presença da família/pessoa significativa constitui um fator minimizador dos níveis de ansiedade, fazendo parte deste processo de cuidados, sempre que possível, a mesma será envolvida na consulta e será, igualmente, alvo de esclarecimento das suas dúvidas e do horário de visitas. De forma a cumprir as orientações emanadas para a prevenção da ILC descritas na Norma 020/2015 da DGS (2015a), será entregue a todos os doentes uma esponja impregnada com clorhexidina a 2% para que tomem banho em casa, na véspera da cirurgia. Além disso, será reforçada a importância de realizar (se necessária) a tricotomia somente no serviço de internamento, o mais

próximo possível da cirurgia. Ao longo da consulta, o enfermeiro/investigador validará se o doente compreende o que lhe está a ser transmitido. No fim, será realizada uma síntese das informações fulcrais que garantam uma preparação pré-operatória adequada e que promovam uma recuperação pós-operatória eficaz. No fim, questionaremos o doente no sentido de perceber se ainda existem dúvidas e entregaremos um folheto informativo que expresse toda a informação transmitida verbalmente relativa à preparação pré-operatória (Apêndice II).

A satisfação das necessidades informativas do doente (variável dependente) será avaliada através de uma escala adaptada e que denominámos por “Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital”. Esta escala constitui a segunda parte do instrumento de colheita de dados selecionado para o estudo e será explicitada neste capítulo, no ponto relativo ao instrumento de colheita de dados.

1.4 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Uma hipótese de investigação é uma sugestão de resposta a um determinado problema. Deve ser também verificável, ou seja, deve englobar variáveis que sejam mensuráveis e possíveis de analisar estatisticamente (Freixo, 2018). Para a concretização deste estudo, formulámos as seguintes hipóteses:

- **Hipótese 1:** A satisfação das necessidades informativas dos doentes é diferente consoante receberam ou não consulta pré-operatória de enfermagem.
- **Hipótese 2:** A satisfação das necessidades informativas dos doentes é diferente consoante a existência de experiências cirúrgicas anteriores.
- **Hipótese 3:** A satisfação das necessidades informativas está relacionada com o sexo e a idade dos doentes.

1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população é um conjunto total de casos que preenchem um conjunto de critérios específicos (Polit & Beck, 2014). Nesta investigação, a população é composta pelos doentes cirúrgicos da instituição hospitalar onde decorre o estudo. Por sua vez, uma amostra é “constituída por um conjunto de sujeitos retirados de uma população”. O processo de amostragem é caracterizado por um “conjunto de operações que permitem escolher um grupo de sujeitos” representativo da população estudada (Freixo, 2018 pp. 210-211). Os sujeitos que constituirão o grupo experimental serão doentes selecionados

no pré-operatório a partir do planeamento da consulta pré-operatória anestésico/cirúrgica, de acordo com a acessibilidade do investigador. Por seu turno, o grupo de controlo será constituído por doentes em pós-operatório, imediatamente antes da alta clínica. Para ambos os grupos, esta seleção terá em conta, apenas os doentes de cirurgia programada em regime de internamento, de acordo com critérios seguidamente apresentados, consoante surgirem para ser intervencionados cirurgicamente e mediante um tempo estabelecido para a colheita de dados. Assumimos assim, que o tipo de amostragem selecionado será não-probabilística acidental (Freixo, 2018).

Como critérios de inclusão na amostra, definimos:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Capacidade para ler, interpretar e dar respostas por escrito;
- Ter acuidade auditiva e visual e sem alterações mentais;
- Doentes previstos para cirurgia programada em regime de internamento que tenham sido alvo de consulta médica pré-operatória onde decorre o estudo.

Tratando-se de uma instituição privada, por vezes, o acompanhamento médico de alguns doentes no pré-operatório, decorre fora do hospital, ao qual se dirigem apenas no dia da cirurgia. Nestas situações, o contacto com um enfermeiro no pré-operatório é limitado ou inexistente e, por isso, estes doentes serão excluídos do estudo. A par disso, serão de igual forma excluídos os sujeitos propostos para cirurgia de ambulatório e os que não cumprirem os critérios anteriormente enumerados.

Em relação ao tempo colheita de dados e ao tamanho da amostra, prevemos colher dados durante três meses a cerca de 80 doentes (40 do grupo experimental e 40 do grupo de controlo). Todos os questionários serão identificados com a sigla do grupo pertencente, seguidos de um número de dois algarismos: GC01 (grupo de controlo, número 1); GE01 (grupo experimental, número 1), por exemplo. De forma a identificar no pós-operatório os sujeitos do grupo experimental para poder aplicar o questionário, o enfermeiro/investigador anotarà durante a consulta o seu nome completo, a data de nascimento e a cirurgia programada, sem nunca partilhar essas informações confidenciais com terceiros.

1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados é caracterizada pela obtenção sistemática de informações junto dos sujeitos da amostra com a ajuda de instrumentos de medida selecionados. Para este

estudo, foi selecionado o questionário. Este instrumento é o mais usado para recolher informação, permitindo assim avaliar as atitudes e as opiniões dos sujeitos (Freixo, 2018).

O questionário que nos propomos aplicar será constituído por duas partes. A primeira diz respeito às variáveis atributo, ou seja, às características sociodemográficas dos inquiridos. Ainda nesta parte do questionário será identificada a especialidade cirúrgica em que o doente vai ser intervencionado. A segunda parte contempla um conjunto de questões que avaliam o nível de satisfação dos doentes relativamente às informações obtidas no pré-operatório, permitindo, assim avaliar a variável dependente: satisfação das necessidades informativas do doente (Apêndice III).

Como anteriormente referido, neste estudo irão participar dois grupos de doentes, um experimental em que será manipulada a variável independente (consulta pré-operatória de enfermagem) e um de controlo, o qual não será alvo da referida consulta. O questionário será aplicado de igual forma aos dois grupos no pós-operatório, imediatamente antes da alta clínica.

Após explicitarmos no que consiste o estudo aos enfermeiros do serviço de internamento cirúrgico, solicitaremos a sua colaboração de modo a agilizar o processo de entrega dos questionários.

Com a finalidade de identificarmos eventuais dificuldades de compreensão/interpretação das questões colocadas e também para avaliar a eficácia e pertinência do questionário, realizamos um pré-teste. De acordo com Fortin et al. (2009), este consiste no preenchimento do instrumento de colheita dos dados preconizado, por um pequeno grupo de sujeitos com características semelhantes às da amostra que se pretende estudar. Como objetivo pretendíamos detetar erros de construção e ter a possibilidade de um reajustamento ou correção antes da utilização final. Aplicámos o questionário a oito sujeitos e não se verificaram dificuldades na compreensão das questões. O tempo médio utilizado no preenchimento foi entre 10 a 15 minutos.

1.6.1 – Escala: “Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital”

A primeira parte do questionário é composta por questões que nos permitem caracterizar a amostra e, assim, indagámos sobre as seguintes variáveis: idade, sexo, habilitações literárias, situação profissional, estado civil, constituição do agregado familiar, experiências cirúrgicas anteriores e especialidade cirúrgica em que está

proposta a cirurgia. No que concerne à variável idade, será avaliada em anos inteiros e posteriormente categorizada em grupos etários. Em relação à variável sexo, foi realizada uma questão dicotômica: masculino ou feminino. Relativamente às habilitações literárias está categorizada em cinco classes, tendo por base o sistema de ensino português atual: 1.º ciclo de ensino básico/4.º classe (1.º ao 4.º ano escolar); 2.º ciclo do ensino básico (5.º ao 6.º ano escolar); 3.º ciclo do ensino básico (7.º ao 9.º ano); ensino secundário ou equivalente (10.º ao 12.º ano escolar) e curso superior. Para a variável situação profissional, foram selecionadas cinco categorias existentes: estudante, empregado, desempregado, doméstica e reformado. A variável estado civil foi apresentada tendo por base quatro classes: solteiro, casado/união de facto; divorciado/separado de facto; e viúvo. No que diz respeito à variável constituição do agregado familiar selecionámos as seguintes categorias: sozinho; 2 elementos; 3 elementos; mais de 3 elementos. Para avaliar a variável experiências cirúrgicas anteriores, construímos uma questão cuja resposta será dicotômica (sim ou não). Quanto à variável especialidade cirúrgica será solicitado aos enfermeiros no momento de entrega do questionário que classifiquem a cirurgia quanto à especialidade: ortopedia, urologia, cirurgia geral, ginecologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica/reconstrutiva e neurocirurgia.

A segunda parte do questionário foi adaptada da escala de “Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital (SUCEH21)” desenvolvida por Ribeiro (2003), a quem solicitámos autorização para a sua aplicação tendo obtido parecer positivo (Anexo I). De acordo com a autora, a construção desta escala teve dois momentos; o primeiro consistiu em entrevistas aos utentes de um hospital para identificar as dimensões consideradas importantes para avaliar a sua satisfação face aos cuidados de enfermagem. Com essas entrevistas a autora apurou que existem três grandes temas: um centrado no utente, outro no acesso aos cuidados de saúde e um último relativo ao ambiente. O segundo momento consistiu na realização de entrevistas telefónicas para validar o instrumento construído. De forma a avaliar a consistência interna, recorreu ao coeficiente de *Alpha de Cronbach* (α) e após alguns ajustes no número de questões (de 32 para 21) obteve um valor final de 0,825. Recorreu também à análise fatorial por forma a identificar fatores que identificassem uma dimensão da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Emergiram seis fatores que explicam 65% da variância total da escala: Eficácia na comunicação, Utilidade da informação, Qualidade no atendimento, Prontidão na assistência, Manutenção do ambiente terapêutico e Promoção da continuidade dos cuidados. Trata-se de uma escala do tipo *Likert* e está subdividida em duas grandes partes; a primeira permite

determinar a frequência da atividade por parte do enfermeiro, em que cada questão tem possibilidade de quatro respostas pontuadas de 0 a 3 (3 corresponde a “Sempre” e 0 a “Não se aplica/sem opinião”). A segunda parte da escala, permite avaliar o nível de satisfação com essas mesmas atividades e também apresenta quatro hipóteses de respostas para cada questão pontuadas de 0 a 3 (3 corresponde a “Satisfeito” e 0 a “Não se aplica/Sem opinião”).

De modo a aplicar este instrumento à amostra do presente estudo, procedemos à sua adaptação, após autorização da autora, como referido. A primeira alteração passou pelo nome da escala, de forma a garantir uma melhor compreensão por parte dos doentes: “Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital”. A escala manteve a sua composição em duas partes: a primeira, com 12 questões, permite aos inquiridos responder de acordo com a frequência com que a informação foi transmitida no pré-operatório; e a segunda parte, com 10 questões (em que a questão 5 (Q5) se subdivide em 4 alíneas), direciona-se para a opinião dos doentes relativamente à informação transmitida, determinando a sua satisfação. Tendo em conta que a versão original da escala remete as questões somente para as intervenções de enfermagem, ajustámos as mesmas de forma a que pudessem ser direcionadas para todos os profissionais envolvidos na transmissão de informações pré-operatórios, indo de encontro ao contexto do estudo.

Dado não se enquadrarem no objetivo do estudo, retirámos as questões direcionadas para os cuidados de enfermagem no internamento, nomeadamente: a forma como os doentes são recebidos pelos enfermeiros no hospital (Q11); a facilidade em obter ajuda do enfermeiro aquando internado (Q15); o tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações (Q16); a preocupação dos enfermeiros em preservar a intimidade e a privacidade durante os cuidados (Q17 e Q18); e a disponibilidade dos enfermeiros para ouvir o doente ou para resolver alguma situação sobre o serviço (Q20). De seguida, acrescentámos à segunda parte da escala questões relacionadas com as informações transmitidas no pré-operatório sobre: a preparação para cirurgia (Q3) e o percurso a efetuar dentro do hospital (Q4); os cuidados de enfermagem depois da cirurgia para controlar a dor, as náuseas e os vômitos, bem como para iniciar a alimentação e fazer o primeiro levante (da Q5.1 à Q5.4); e os cuidados a ter depois da cirurgia, tanto no internamento como no domicílio (Q6). A par disso, também incluímos questões relacionadas com: o tempo disponibilizado para escutar as dúvidas e os medos (Q7); a quantidade de informação transmitida (Q8); a informação fornecida através do folheto (Q9); e a adequação da informação transmitida à satisfação das necessidades do doente (Q10). Assim, a versão final da escala por nós adaptada, ficou

constituída por 22 questões: 12 na primeira parte e 10 na segunda (em que a Q5 se subdivide em 4 alíneas). As opções de resposta mantiveram-se inalteradas em relação à versão original, mantendo o tipo *Likert*. O score total da escala varia entre o máximo de 75 pontos e mínimo de 0 pontos. O score da primeira parte varia entre os 36 e 0 pontos, enquanto que a segunda parte apresenta um máximo de 39 pontos e um mínimo de 0 pontos.

De acordo com Pestana e Gageiro (2014) a consistência interna define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta das diferenças dos inquiridos. Assim, as respostas são diferentes não porque o inquirido leva a várias interpretações, mas sim porque os inquiridos diferem de opiniões. Polit e Beck, (2014) referem que os índices de consistência interna variam entre 0,00 e 1,00, sendo que, quanto mais alto o coeficiente de confiabilidade, mais exata é a medida. O *Alpha de Cronbach* é uma das medidas mais usadas para avaliar a consistência interna de um determinado conjunto de variáveis/itens (Pestana & Gageiro, 2014; Polit & Beck, 2014). Para Pestana e Gageiro (2014) a consistência interna é considerada: “muito boa” se α superior a 0,9; “boa” se α entre 0,8 e 0,9; “razoável” se α entre 0,7 e 0,8; “fraca” se α entre 0,6 e 0,7; e “Inadmissível” se α inferior a 0,6.

Em relação à escala “Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital” adaptada para a realização deste estudo, o α foi determinado recorrendo ao programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Conforme demonstrado na Tabela 1, os resultados obtidos indicam um “muito bom” índice de consistência interna, apresentando um α de 0,943 para as 22 questões. Analisando as duas partes constituintes na escala, a primeira apresenta um α de 0,875, considerando a consistência interna “Boa”, e a segunda um α de 0,926, apontando para uma consistência interna “Muito boa”.

Tabela 1 – Avaliação da consistência interna da escala

Total da escala: 22 questões	1ª parte: 12 questões	2ª parte: 10 questões + alíneas
0,943	0,875	0,926

Chave:

1ª parte – Frequência com que a informação foi transmitida no pré-operatório;

2ª parte – Satisfação com a informação transmitida no pré-operatório.

1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados obtidos num estudo não permitem por si mesmos responder às questões de investigação nem testar hipóteses. É necessário analisá-los sistematicamente, para que

seja possível detetar tendências e padrões de relacionamento entre eles. Por isso, a estatística é uma ferramenta indispensável para o investigador poder resumir, organizar e interpretar dados quantitativos. A estatística subdivide-se em descritiva e inferencial. A primeira é usada para descrever e sintetizar os dados através de medidas de tendência central e de dispersão, enquanto a segunda proporciona meios para que seja possível identificar relações entre as variáveis. As técnicas de estatística inferencial serão definidas consoante a amostragem e a sua distribuição (Polit & Beck, 2014).

Neste estudo, as técnicas estatísticas descritivas a serem utilizadas serão: frequências absolutas (n) e relativas (%); medidas de tendência central, nomeadamente a média aritmética, a mediana, a moda; e medidas de dispersão ou variabilidade, como o desvio padrão, máximos e mínimos. No que concerne a técnicas de estatística inferencial, aplicamos o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para determinar a normalidade da distribuição da amostra. Como resultado, verificamos que a amostra em estudo não tem uma distribuição normal e assim utilizaremos os testes não paramétricos U de *Mann-Whitney* e o Coeficiente de *Spearman* (r_s).

Tratando-se de um estudo quantitativo, os dados colhidos serão analisados informaticamente recorrendo ao programa estatístico SPSS, na sua última versão: 25.0. Por sua vez, os resultados obtidos apresentar-se-ão sob a forma de tabelas e figuras de modo a facilitar a sua leitura e interpretação.

1.8 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

De acordo com as “Diretrizes Éticas para a Investigação em Enfermagem” concebidas pelo *Internacional Council Of Nurses* (como referido por Nunes, 2013), existem seis princípios éticos inerentes à investigação: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Estes princípios estão relacionados com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo: conhecimento pleno, em que o investigador tem de facultar toda a informação sobre o estudo; autodeterminação, ou seja, respeitar as decisões da pessoa; intimidade, isto é, os sujeitos podem-se negar a responder certas questões; anonimato e confidencialidade, em que os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização dos intervenientes e a sua identidade não pode ser associada às respostas.

Partindo destes pressupostos, a participação dos doentes foi precedida pela entrega e explicação de um determinado conjunto de informações que incluiu: o âmbito e finalidades do estudo, procedimentos, riscos e benefícios, alternativas e confidencialidade, permitindo, assim, o seu anonimato e a sua participação voluntária.

Para isso foi dado a assinar um consentimento informado e esclarecido (Apêndice IV) de forma duplicada aos sujeitos do grupo experimental antes de iniciar a CPOE e aos sujeitos do grupo controlo no período pós-operatório, antes do preenchimento do questionário.

De forma a garantir todos os princípios éticos, bem como poder aplicar o instrumento de colheita de dados, foi realizado o pedido de autorização do uso e adaptação da escala SUCEH21 à autora (Anexo I). Foi igualmente dirigido pedido de autorização ao órgão máximo da instituição hospitalar onde foi efetuado o estudo (Anexo II) e pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo III), em todos obtivemos formalmente pareceres positivos. Assumimos o compromisso de divulgar os resultados do estudo à instituição hospitalar onde o mesmo decorreu, após a sua conclusão.

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Num trabalho de investigação, esta fase consiste na apresentação e análise dos resultados obtidos, com o objetivo de facultar uma ligação lógica com o objeto do estudo e o problema proposto. Esta apresentação deve exibir a descrição das variáveis e a relação entre as mesmas para posteriormente confirmar ou infirmar as hipóteses enunciadas. A interpretação dos resultados far-se-á através de uma análise crítica (Freixo, 2018).

Esta parte está dividida em dois capítulos, o primeiro inclui a apresentação e análise dos resultados e o segundo contempla a discussão dos mesmos.

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos a análise descritiva e a inferencial dos resultados obtidos.

Em relação ao tamanho da amostra, aplicamos o questionário a 90 doentes no período compreendido entre agosto e outubro de 2019. Foram realizadas um total de 46 consultas pré-operatórias. Dessas 46 consultas, aplicamos o questionário a 40 doentes. Aos restantes não foi possível, visto que apresentavam data programada para a cirurgia fora do período de colheita de dados. Assim, a amostra final do estudo é constituída por 90 sujeitos, em que 50 integraram o grupo de controlo e 40 o grupo experimental.

Começámos por caracterizar a amostra, 90 doentes, por especialidade cirúrgica. Através da análise da Tabela 2 verificamos que no grupo de controlo: 26% (n=13) são doentes da especialidade de Ortopedia e igual percentagem de Urologia; 14% (n=7) são de Cirurgia Geral; 10% (n=5) de Ginecologia e igual número de Otorrinolaringologia; 8% (n=4) são de Plástica/Reconstrutiva; e 6% (n=3) são de Neurocirurgia. Quanto ao grupo experimental é constituído maioritariamente por doentes da especialidade de Ortopedia, com 42,5% (n=17), seguido da Cirurgia Geral com 22,5% (n=9), Plástica/Reconstrutiva com 12,5% (n=5), Urologia e Ginecologia com a mesma percentagem de 2,5% (n=1), Neurocirurgia com 10% (n=4) e Otorrinolaringologia com 7,5% (n=3).

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a especialidade cirúrgica

<u>Especialidade Cirúrgica</u>	<u>Grupo de controlo</u>		<u>Grupo experimental</u>	
	n	%	n	%
Ortopedia	13	26%	17	42,5%
Cirurgia geral	7	14%	9	22,5%
Plástica/Reconstrutiva	4	8%	5	12,5%
Urologia	13	26%	1	2,5%
Ginecologia	5	10%	1	2,5%
Otorrinolaringologia	5	10%	3	7,5%
Neurocirurgia	3	6%	4	10%
Total:	50	100%	40	100%

A idade dos doentes do grupo de controlo variou entre os 31 e os 82 anos, sendo a média 58,30, a mediana 57,50, a moda 50 e o desvio padrão 13,84. No grupo experimental situou-se entre os 18 e os 82 anos de idade, em que a média foi 59,93, a mediana 62,50, moda 60 e desvio padrão 17,58. No sentido de facilitar a análise dos resultados, definimos três grupos etários: 18 aos 39 anos (jovem adulto), 40 aos 64 anos (adulto) e ≥ 65 anos (idoso). Assim, o grupo de controlo é constituído por 5 jovens adultos (10%); 26 adultos (52%); e 19 idosos (38%). Já o grupo experimental é composto por 6 jovens adultos (15%); 15 adultos (37,5%) e 19 idosos (47,5%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a idade

<u>Idade</u>	<u>Grupo de controlo</u>		<u>Grupo experimental</u>	
	n	%	n	%
18 aos 39 anos – Jovem adulto	5	10%	6	15%
40 aos 64 anos - Adulto	26	52%	15	37,5%
≥ 65 anos – Idoso	19	38%	19	47,5%
Total:	50	100%	40	100%

Relativamente à variável sexo, pela análise do Tabela 4, verificamos que 52% (n=26) dos elementos do grupo de controlo é constituído por doentes do sexo feminino, enquanto que os restantes 48% (n=24) são do sexo masculino. Já o grupo experimental apresenta uma percentagem de 55% (n=22) do sexo masculino e 45% (n=18) do sexo feminino.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo o sexo

<u>Sexo</u>	<u>Grupo de controlo</u>		<u>Grupo experimental</u>	
	n	%	n	%
Masculino	24	48%	22	55%
Feminino	26	52%	18	45%
Total:	50	100%	40	100%

No que concerne às habilitações literárias/académicas, podemos aferir através da análise da Tabela 5, que a maior percentagem dos doentes, tanto no grupo de controlo como para o grupo experimental, tem o 1.º Ciclo (1.º- 4.ºano), mais concretamente 40% (n=20) e 55% (n=22), respetivamente. Com o ensino secundário ou equivalente, obtivemos 26% (n=13) no grupo de controlo e 12% (n=6) com 2.º Ciclo (5.º- 6.º ano) e 3.º Ciclo (7.º- 9.º ano). Também no grupo de controlo 10% (n=5) tem o curso superior. Já no grupo experimental, 22,5% (n=9) dos doentes tem o ensino secundário ou equivalente, 10% (n=4) possui curso superior, 7,5% (n=3) o 2.º Ciclo (5.º- 6.º ano) e 5% (n=2) o 3.º Ciclo (7.º- 9.º ano).

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias/académicas

<u>Habilitações literárias/académicas</u>	<u>Grupo de controlo</u>		<u>Grupo experimental</u>	
	n	%	n	%
1º Ciclo Ensino Básico, 4ª Classe (1.º- 4.º ano)	20	40%	22	55%
2º Ciclo Ensino Básico (5.º- 6.º ano)	6	12%	3	7,5%
3º Ciclo Ensino Básico (7.º- 9.º ano)	6	12%	2	5%
Ensino Secundário ou Equivalente (10.º - 12.º ano)	13	26%	9	22,5%
Curso Superior	5	10%	4	10%
Total:	50	100%	40	100%

Relativamente à situação profissional, o grupo de controlo apresenta maior percentagem de doentes empregados, 44% (n=22), seguido de 38% (n=19) de reformados, 10% (n=5) de domésticas e 8% (n=4) de desempregados. Enquanto o grupo experimental é constituído por 50% (n=20) de reformados, 40% (n=16) de empregados, 7,5% de domésticas (n=3) e 2,5% (n=1) de estudantes (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo situação profissional

<u>Situação profissional</u>	<u>Grupo de controlo</u>		<u>Grupo experimental</u>	
	n	%	n	%
Estudante	0	0%	1	2,5%
Empregado	22	44%	16	40%
Desempregado	4	8%	0	0%
Doméstica	5	10%	3	7,5%
Reformado	19	38%	20	50%
Total:	50	100%	40	100%

De acordo com a análise da Tabela 7, que caracteriza a variável estado civil, verificamos que os doentes são maioritariamente casados ou vivem em união de facto, representando 90% (n=45) do grupo de controlo e 82,5% (n=33) do grupo experimental. Seguem-se, ainda que em número inferior, os solteiros com 6% (n=3) no grupo de controlo e 10% (n=4) no grupo experimental. Os divorciados/separados de facto representam 2% (n=1) do grupo de controlo e 5% (n=2) do grupo experimental. Por último, os viúvos representam 2% (n=1) do grupo de controlo e 2,5% (n=1) do grupo experimental.

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o estado civil

<u>Estado civil</u>	<u>Grupo de controlo</u>		<u>Grupo experimental</u>	
	n	%	n	%
Solteiro	3	6%	4	10%
Casado/União de facto	45	90%	33	82,5%
Divorciado/Separado de facto	1	2%	2	5%
Viúvo	1	2%	1	2,5%
Total:	50	100%	40	100%

Através da análise da Tabela 8, constatamos que grande parte da amostra tem um agregado familiar composto por 2 elementos, 58% (n=29) no grupo de controlo e 50% (n=20) no grupo experimental. Com três elementos, verificamos uma percentagem de 22% (n=11) no grupo de controlo; 18% (n=9) com mais de 3 elementos; e 2% (n=1) sozinho. No grupo experimental, 25% (n=10) tem um agregado familiar com 3 elementos, 17,5% (n=7) com mais de 3 elementos e 7,5% (n=3) vive sozinho.

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o agregado familiar

<u>Agregado familiar</u>	<u>Grupo de controlo</u>		<u>Grupo experimental</u>	
	n	%	n	%
Sozinho	1	2%	3	7,5%
2 elementos	29	58%	20	50%
3 elementos	11	22%	10	25%
Mais de 3 elementos	9	18%	7	17,5%
Total:	50	100%	40	100%

Pela análise da figura 1, verificamos que a maioria dos doentes já foi submetido a cirurgias anteriormente. O grupo de controlo apresenta uma percentagem de 80% (n=40) de doentes que já foram intervencionados e 20% (n=10) que não foram. Já no grupo experimental, 77,5% (n=31) dos doentes tiveram cirurgias anteriores contra 22,5% (n=9) que não tiveram.

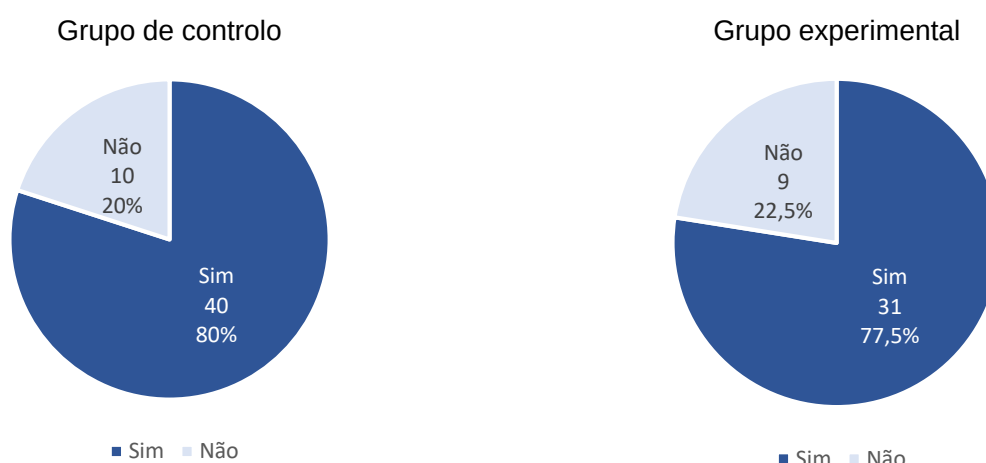


Figura 1 – Distribuição da amostra segundo as cirurgias anteriores

A escala “Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital” é composta por duas partes: a primeira permite aos doentes responder de acordo com a frequência com que a informação foi transmitida no pré-operatório e a segunda direciona as questões para a obtenção da opinião dos doentes relativamente à informação transmitida, determinando assim sua satisfação.

Começando por analisar a primeira parte, que tem um score final variável entre 0 e 36 pontos, constatamos que o grupo de controlo apresentou uma média de 26,82, uma mediana de 28,00, uma moda de 30,00 pontos, com um desvio padrão de 5,46. O valor mínimo apresentado foi de 10 pontos e o máximo de 36 pontos. No grupo experimental,

a média foi 34,25, a mediana 35,00 e a moda 36,00 pontos e o desvio padrão foi 2,17. A pontuação variou entre o mínimo de 27 e o máximo de 36 pontos (Tabela 9).

Tabela 9 – Resultados da aplicação da primeira parte da escala: frequência com que a informação foi transmitida

	<u>Grupo de controlo</u>	<u>Grupo experimental</u>
Média	26,82	34,25
Mediana	28,00	35,00
Moda	30,00	36,00
Desvio padrão	5,46	2,17
Mínimo	10,00	27,00
Máximo	36,00	36,00

Analisando a Tabela 10, verificámos que o grupo experimental apresenta uma maior percentagem de respostas “Sempre”, apresentando valores maioritariamente entre os 57,5% e os 100%, enquanto que o grupo de controlo obteve uma percentagem entre os 6% e os 76%. Assim, podemos aferir que o grupo a quem foi realizada a CPOE, considera ter recebido mais informação no pré-operatório. No que concerne à análise pormenorizada das respostas do grupo de controlo, constatamos que os doentes expressam a opinião de que as circunstâncias relacionadas com: informação necessária para lidar com necessidades (Q1); preocupação em fazer ensinios para lidar com as necessidades (Q2); explicação de forma compreensível (Q6); preocupação em saber da compreensão do recetor e a repetição da informação se necessário (Q7); preocupação em manter um ambiente calmo quando transmitiam informação (Q9); simpatia e paciência durante o atendimento (Q10 e Q12); e importância dada aos problemas (Q11) são realizados com grande frequência no pré-operatório, obtendo percentagens entre 52% e os 76%. Logo de seguida, as respostas relativamente às informações sobre serviços disponíveis na instituição (Q4) e forma como os utilizar (Q5) apresentam uma percentagem inferior (46%), o que significa que esta situação aconteceu com uma frequência moderada. No que concerne ao envolvimento dos familiares nos cuidados ao doente (Q3), denotamos que existe uma reduzida preocupação por parte da instituição, visto que a maioria dos doentes expressa a opinião de que essa situação nunca aconteceu (30%). Também 68% dos inquiridos respondeu nunca ter recebido informação por escrito, nomeadamente folhetos (Q8).

Em relação ao grupo experimental constatamos que a moda das respostas é “Sempre”. Destaque para os casos relacionados com: preocupação em fazer ensinios para lidar com as necessidades do doente (Q2); preocupação em transmitir informações sobre os

serviços (Q4); explicação compreensível (Q6); preocupação em saber se o doente compreendeu e se necessário repetir a informação (Q7); ambiente calmo durante a transmissão de informações (Q9); simpatia e paciência durante o atendimento (Q10 e Q12); e importância dada aos problemas do doente (Q11), apresentam valores entre os 90% e os 100%. De seguida, as situações relativas à transmissão de informação necessária para lidar com as necessidades (Q1), bem como à preocupação em transmitir informações sobre como utilizar os diferentes serviços da instituição (Q5) apresentam uma percentagem de respostas “Sempre” de 85% e 82,5%, respetivamente. Por seu turno, o fornecimento de folhetos informativos sobre a preparação pré-operatória durante a CPOE permitiu obter uma maior percentagem de respostas “Sempre” (72,5%) relativamente à preocupação em fornecer informação escrita (Q8). A situação que obteve menor percentagem de respostas “Sempre” foi relativa à preocupação do envolvimento dos familiares nos cuidados (Q3). No entanto, apresenta um valor mais alto de respostas “Sempre” (57,5%), quando comparado ao do grupo de controlo (28%) (Tabela 10). Durante a CPOE os doentes encontravam-se maioritariamente sozinhos, obstaculizando assim a transmissão de informações que permitissem o envolvimento dos familiares nos cuidados.

Tabela 10 – Frequência com que a informação foi transmitida no pré-operatório

Grupo de controlo n=50				Grupo experimental n=40			
S	AV	N	NA/SO	S	AV	N	NA/SO
Q1 - Informação necessária para lidar com necessidades							
52%	40%	6%	2%	85%	15%	0%	0%
Q2 – Preocupação em fazer ensinios para lidar com as suas necessidades							
56%	34%	10%	0%	90%	10%	0%	0%
Q3 – Preocupação em envolver familiares							
28%	24%	30%	18%	57,5%	30%	10%	2,5%
Q4 – Preocupação em transmitir informação sobre os serviços							
46%	26%	24%	4%	90%	10%	0%	0%
Q5 – Preocupação em transmitir informação sobre como utilizar os serviços							
46%	28%	22%	4%	82,5%	15%	0%	2,5%
Q6 – Explicação de forma compreensível							
54%	40%	6%	0%	90%	10%	0%	0%
Q7 – Preocupação em saber se compreendeu e em repetir a informação							
52%	38%	4%	6%	92,5%	7,5%	0%	0%
Q8 – Preocupação em fornecer informação escrita							
6%	0%	68%	26%	72,5%	27,5%	0%	0%
Q9 – Preocupação em manter ambiente calmo quando transmitiam informação							
60%	30%	8%	2%	92,5%	7,5%	0%	0%
Legenda: S – Sempre; AV – Às vezes; N – Nunca; NA/SO – Não se aplica/Sem opinião							

Tabela 10 – Frequência com que a informação foi transmitida no pré-operatório (continuação)

<u>Grupo de controlo n=50</u>				<u>Grupo experimental n=40</u>			
S	AV	N	NA/SO	S	AV	N	NA/SO
Q10 – Simpatia com o que atenderam							
76%	20%	4%	0%	97,5%	2,5%	0%	0%
Q11 – Atribuição de importância aos problemas							
58%	30%	10%	2%	95%	5%	0%	0%
Q12 – Paciência no atendimento							
76%	18%	4%	2%	100%	0%	0%	0%
Legenda: S – Sempre; AV – Às vezes; N – Nunca; NA/SO – Não se aplica/Sem opinião							

Analisando descritivamente a segunda parte da escala, com um score final que pode variar entre 0 e 39 pontos, o grupo de controlo apresentou como média 26,54, mediana 27,50 e moda 33,00, com desvio padrão 7,75. O valor mínimo apresentado foi de 12 pontos e o máximo de 39. No grupo experimental, a média foi 36,47, a mediana 38,50 e a moda 39,00 e o desvio padrão 3,73. A pontuação variou entre o mínimo de 26 pontos e o máximo de 39 pontos (Tabela 11).

Tabela 11 – Resultados da aplicação da segunda parte da escala: satisfação com a informação transmitida

	<u>Grupo de controlo</u>	<u>Grupo experimental</u>
Média	26,54	36,47
Mediana	27,50	38,50
Moda	33,00	39,00
Desvio padrão	7,75	3,73
Mínimo	12,00	26,00
Máximo	39,00	39,00

No grupo de controlo, verificamos que as informações sobre a preparação para a cirurgia (60%) e o percurso a efetuar dentro do hospital (70%) apresentaram maiores percentagens de respostas “Satisfeito” (Q3 e Q4). Contudo, alguns doentes responderam “Nem satisfeito/Nem Insatisfeito”, 24% e 20%, e “Insatisfeito”, 14% e 10%, respetivamente. De salientar que estas informações foram transmitidas aos doentes do grupo de controlo pela colaboradora do secretariado clínico, via telefónica, na semana anterior à cirurgia, sendo o procedimento habitual na instituição. Com menor percentagem verificamos que os doentes se encontram satisfeitos com: a forma como lhe explicavam as coisas (56%) (Q1); os conhecimentos que os profissionais tinham sobre os cuidados que necessitavam (48%) (Q2); as informações para controlar a dor

(46%), as náuseas e os vômitos (34%), o início da dieta (46%), o primeiro levante (44%) (Q5.1 à Q5.4); e os cuidados a ter depois da cirurgia, tanto no internamento como no domicílio (50%) (Q6); e o tempo disponibilizado para escutar dúvidas e medos (44%) (Q7). No entanto, estas questões obtiveram também um número considerável de respostas “Nem satisfeito/Nem Insatisfeito”, entre os 22% e os 38%, e manifestaram-se “Insatisfeitos”, entre 12% e 32%. No que concerne à quantidade de informação (Q8) e à adequação da informação transmitida (Q10) verificamos que os doentes não se consideram “Nem satisfeitos, Nem insatisfeitos”, apresentando percentagens de 42% e 40%, respetivamente. Em relação à informação fornecida no folheto (Q9), apresentou uma percentagem de 74% de respostas “Não se aplica/Sem opinião” (Tabela 12). Sendo assim, perante estes resultados e tendo em conta que os doentes que formaram o grupo de controlo não tiveram CPOE, podemos constatar que uma percentagem considerável de doentes não se sentiu totalmente satisfeito com a adequação das informações às suas necessidades.

Ao analisar os resultados do grupo experimental, verificamos que entre 70% e os 95% dos doentes ficaram satisfeitos com a informação recebida no pré-operatório. Destacamos aqui: a forma como foram explicados os cuidados (Q1); as informações transmitidas sobre a preparação para cirurgia (Q3); e o percurso a efetuar no hospital (Q4), que apresentam maior percentagem de resposta “Satisfeito”, com 95%, 90% e 92,5%, respetivamente. De seguida, entre os 80% e os 87,5%, os doentes sentiram-se satisfeitos com: os conhecimentos que os profissionais tinham sobre os cuidados que necessitavam (85%) (Q2); as informações transmitidas para controlar as náuseas e os vômitos (80%) e para fazer o primeiro levante (80%) (Q5.2 e Q5.4); e as informações sobre os cuidados a ter depois da cirurgia (87,5%) (Q6). Todas estas questões não apresentam nenhuma resposta “Insatisfeito”. Por último, os doentes sentem-se satisfeitos com: as informações transmitidas para controlar a dor (77,5%) e iniciar a dieta (77,5%) (Q5.1 e Q5.3); o tempo disponibilizado para escutar dúvidas e medos (70%) (Q7); a quantidade de informação transmitida (75%) (Q8); a informação fornecida no folheto com esclarecimentos sobre a preparação pré-operatória (75%) (Q9); e a adequação da informação transmitida à satisfação das suas necessidades (75%) (Q10). Todavia, estas questões também apresentam respostas “Nem satisfeito/Nem Insatisfeito”, com valores entre os 20% e os 30%. Apenas a questão sobre a informação fornecida no folheto (Q9) mostra respostas “Insatisfeito”, com um valor de 2,5% (Tabela 12).

Tabela 12 – Satisfação com a informação transmitida no pré-operatório

Grupo de controlo n=50				Grupo experimental n=40			
S	NS/NI	I	NA/SO	S	NS/NI	I	NA/SO
Q1 - Forma como lhe explicavam as coisas							
56%	28%	16%	0%	95%	5%	0%	0%
Q2 – Conhecimentos que tinham sobre os cuidados que necessitava							
48%	38%	12%	2%	85%	15%	0%	0%
Q3 – Informações sobre a preparação para operação							
60%	24%	14%	2%	90%	10%	0%	0%
Q4 – Informações sobre o percurso que iria efetuar no hospital							
70%	20%	10%	0%	92,5%	7,5%	0%	0%
Q5.1 – Informações para controlar a dor							
46%	24%	28%	2%	77,5%	22,5%	0%	0%
Q5.2 - Informações para controlar as náuseas e vômitos							
34%	26%	26%	14%	80%	20%	0%	0%
Q5.3 - Informações para iniciar dieta							
46%	22%	22%	10%	77,5%	20%	2,5%	0%
Q5.4 - Informações para fazer o primeiro levante							
44%	22%	32%	2%	80%	20%	0%	0%
Q6 – Informações sobre os cuidados a ter depois da cirurgia							
50%	24%	18%	8%	87,5%	12,5%	0%	0%
Q7 – Tempo para escutar dúvidas e medos							
44%	26%	26%	4%	70%	30%	0%	0%
Q8 – Quantidade de informação							
40%	42%	14%	4%	75%	22,5%	2,5%	0%
Q9 – Informação fornecida no folheto							
6%	2%	18%	74%	75%	20%	2,5%	2,5%
Q10 – Adequação da informação transmitida à satisfação das suas necessidades							
30%	40%	20%	10%	75%	25,0%	0%	0%
Legenda: S – Satisfeito; NS/NI – Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito; I – Insatisfeito; NA/SO – Não se aplica/Sem opinião							

Analisando a satisfação global com a informação transmitida no pré-operatório através da Figura 2, verificamos uma clara diferença entre os resultados obtidos pelos dois grupos. No que diz respeito ao grupo experimental, 81,5% dos doentes manifestam-se satisfeitos com a informação transmitida no pré-operatório, enquanto que no grupo de controlo foram 44,2%. Já o nível de insatisfação no grupo experimental foi de 0,60%, claramente inferior ao do grupo de controlo, 19,70%.

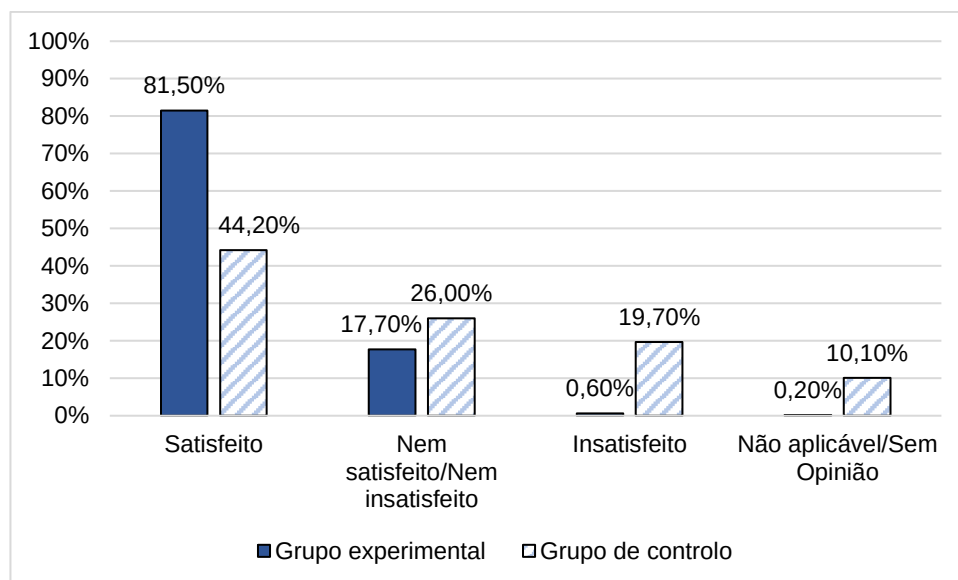


Figura 2 – Satisfação global com a informação transmitida no pré-operatório

De forma a determinar qual o tipo de distribuição da amostra em estudo a fim de tomar decisão sobre os testes estatísticos a utilizar, recorremos ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* (amostra com $n > 30$). O resultado da aplicação do teste revelou que a amostra não apresenta uma distribuição normal, ou seja, $p < 0,05$, pelo que optámos pela utilização de testes não paramétricos (Tabela 13).

Tabela 13 – Resultados do teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*

Total da escala: 22 questões	1ª parte: 12 questões	2ª parte: 10 questões + alíneas
$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$

Chave:

1ª parte – Frequência com que a informação foi transmitida no pré-operatório;

2ª parte – Satisfação com a informação transmitida no pré-operatório.

No sentido de testarmos as hipóteses formuladas, recorremos ao uso do teste não paramétrico de U de *Mann-Whitney* e ao Coeficiente de *Spearman*. Para todos os testes utilizámos um nível de significância inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

Hipótese 1 – A satisfação das necessidades informativas dos doentes é diferente consoante receberam ou não consulta pré-operatória de enfermagem.

Pela aplicação do teste estatístico, verificámos uma diferença estatisticamente significativa entre a satisfação das necessidades informativas dos doentes que receberam CPOE (média dos postos = 64,51) e os que não receberam (média dos postos = 30,29), com um nível de significância inferior a 0,001 (tabela 14). Face a este

resultado, aceitamos a hipótese formulada. A satisfação das necessidades informativas dos doentes é claramente superior no grupo que recebeu a CPOE.

Tabela 14 – Resultados do teste de U de *Mann-Whitney* relativo à comparação da satisfação das necessidades informativas entre os dois grupos

Variável dependente	Grupo	n	Média de Postos	U	Z	p
Satisfação das necessidades informativas (2.ª parte da escala)	Controlo	50	30,29	239,5	-6,232	< 0,001
	Experimental	40	64,51			

Hipótese 2 – A satisfação das necessidades informativas dos doentes é diferente consoante a existência de experiências cirúrgicas anteriores

Os resultados obtidos e apresentados na tabela 15 revelam não existir diferenças estatisticamente significativas entre os doentes dos dois grupos com e sem experiências cirúrgicas anteriores. O grupo de controlo (n=50) apresenta uma média de postos de 26,89 para doentes com experiências cirúrgicas anteriores (n=40) e 19,95 para doentes que nunca foram intervencionados cirurgicamente (n=10), tendo obtido um $p = 0,178$. Já no grupo experimental (n=40), apuramos uma média de postos de 21,84 para doentes com cirurgias anteriores (n=31) e 15,89 nos que não tinham sido alvo de procedimentos cirúrgicos (n=9), com um $p = 0,150$. Portanto, rejeitamos a hipótese formulada, ou seja, não existe diferença na satisfação das necessidades informativas dos doentes em função de terem ou não sido submetidos a cirurgia anteriormente.

Tabela 15 – Resultados do teste de U de *Mann-Whitney* relativo à comparação da satisfação das necessidades informativas em função das experiências cirúrgicas anteriores

		<u>Grupo de controlo n=50</u>					<u>Grupo experimental n=40</u>				
Variável		n	Média de postos	U	Z	p	n	Média de postos	U	Z	p
Experiências cirúrgicas anteriores	Sim	40	26,89	144,5	-1,348	0,178	31	21,84	98,0	-1,440	0,150
	Não	10	19,95				9	15,89			

Hipótese 3 – A satisfação das necessidades informativas está relacionada com o sexo e a idade dos doentes

Um dos interesses do nosso estudo consistia em estabelecer eventuais relações entre o nível de satisfação das necessidades informativas e o sexo dos doentes. Para testar essa hipótese recorreremos ao teste de U de *Mann-Whitney* (Tabela 16). Relativamente ao grupo de controlo, a variável sexo, com média de postos de 21,87 para o sexo feminino (n=26) e 29,44 para o masculino (n=24), apresenta um $p = 0,066$. No grupo experimental a variável sexo apresenta um $p = 0,308$, para uma média de postos igual a 18,56 no sexo feminino (n=18) e 22,09 no masculino (n=22).

Tabela 16 – Resultados do teste de U de *Mann-Whitney* relativo à comparação da satisfação das necessidades informativas em função do sexo e da idade

		<u>Grupo de controlo n=50</u>					<u>Grupo experimental n=40</u>				
Variável		n	Média de postos	U	Z	p	n	Média de postos	U	Z	p
Sexo	Feminino	26	21,87	217,5	-1,838	0,066	18	18,56	163,0	-1,019	0,308
	Masculino	24	29,44				22	22,09			

Quanto à variável idade, recorreremos ao cálculo de Coeficiente de *Spearman* e verificamos, pela análise da Tabela 17, que existe no grupo de controlo uma correlação negativa, mas que não é estatisticamente significativa ($r_s = -0,210$, $p = 0,144$). Em relação ao grupo experimental, os dados apontam para uma correlação positiva, mas também não é estatisticamente significativa ($r_s = 0,166$, $p = 0,305$).

Tabela 17 – Matriz de correlação de *Spearman* entre a satisfação das necessidades informativas e a idade

		<u>Grupo de controlo n=50</u>		<u>Grupo experimental n=40</u>	
Variável dependente	Variável	rs	p	rs	p
Satisfação das necessidades informativas (2.ª parte da escala)	Idade	-0,210	0,144	0,166	0,305

Face aos resultados apurados, admitimos que a hipótese formulada, ou seja, a satisfação das necessidades informativas não está relacionada com o sexo e a idade dos doentes, pelo que a rejeitamos.

2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo vamos materializar a discussão dos resultados apresentados e analisados no capítulo anterior, confrontando-os com o estado atual do conhecimento domínio do estudo. Assim, o capítulo está organizado de acordo com os resultados obtidos sobre a caracterização da amostra, seguido dos resultados sobre as duas partes da escala: frequência com que a informação foi transmitida e satisfação com a informação transmitida, ambas no pré-operatório.

Em ambos os grupos, a amostra da população inquirida foi constituída maioritariamente por doentes da especialidade de ortopedia. De acordo com o SNS (2018) é possível estimar que as necessidades populacionais sejam de 12 a 14 cirurgias ortopédicas por cada mil habitantes. Dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) apontam que, dentro das cirurgias efetuadas em 2016 (excetuando as pequenas cirurgias), a ortopedia está entre as especialidades com maior percentagem (17,1%) (INE, 2018a). Ainda dentro das diferentes cirurgias ortopédicas realizadas na instituição onde decorreu o estudo, a artroplastia total da anca e do joelho são as mais frequentes na população mais idosa, indo de encontro às evidências defendidas pelo SNS (2018). Corroborando o referido, sendo o grupo experimental constituído por maior percentagem de idosos (47,5%), comparativamente ao grupo de controlo (38%), pode justificar o motivo para nesse grupo haver mais doentes do foro ortopédico.

No grupo de controlo também predominaram os doentes urológicos, com igual percentagem aos doentes submetidos a cirurgia ortopédica. A especialidade de cirurgia geral também foi uma das mais prevalentes nos dois grupos, indo de encontro às evidências apontadas pelo INE (2018a), em que refere que esta especialidade é das que apresenta maior número de cirurgias no ano de 2016. Por seu turno, as especialidades de ginecologia e otorrinolaringologia são das que tiveram menor representação na amostra deste estudo. O menor número de doentes nestas especialidades pode dever-se ao facto de existir apenas uma equipa cirúrgica nessas áreas clínicas na instituição hospitalar em estudo. As restantes especialidades cirúrgicas, plástica/reconstrutiva e neurocirurgia, estão em consonância com os dados do INE (2018a), pois também apresentaram uma percentagem baixa.

Relativamente ao sexo, embora não existam diferenças relevantes para ambos os grupos, constatámos que a maioria dos doentes do grupo de controlo é do sexo feminino

(52%, n=26), enquanto que no grupo experimental predomina o sexo masculino (55%, n=22). Ainda que a diferença tenha pouca expressão, apenas os resultados do grupo de controlo estão de acordo com os dados do relatório de Estatísticas Demográficas fornecido pelo INE (2018b) quando afirma que em 2017 a população residente em Portugal era constituída maioritariamente por mulheres.

Relativamente à idade, a média no grupo de controlo é 58,30 anos e a do grupo experimental é 59,93 anos, enquanto que a mediana é 57,50 anos e 62,50, respetivamente. No que concerne ao estado civil, a maioria da amostra em ambos os grupos é casada ou vive em união de facto, o que nos leva a admitir que têm apoio familiar no domicílio. Esta constatação assenta ainda no facto do agregado familiar da maioria da amostra ser constituído por 2 elementos. Continuando a comparar os resultados do relatório do INE (2018b), com os da amostra em estudo, verificámos um aumento da idade média da população residente em Portugal para 44,2 anos e do número de casamentos. No que concerne à dimensão média dos agregados domésticos privados, o *PORDATA* (2019) aponta para uma média de 2,5 pessoas em 2018. Assim, os nossos resultados estão em consonância com os dados estatísticos referidos.

Em relação às habilitações literárias/académicas, a maioria da amostra nos dois grupos tem o 1.º ciclo (1.º- 4.º ano), o que poderá justificar-se pela elevada média/mediana de idades, dado que a escolaridade não era uma prioridade no contexto social e político vigente quando esses sujeitos eram jovens. No que concerne à situação profissional, há uma predominância de doentes empregados e reformados nos dois grupos. Este resultado poderá explicar-se pela idade dos elementos dos grupos, visto percentualmente haver mais idosos, reformados e adultos na vida ativa. O Anuário Estatístico publicado em 2018 pelo INE, referente aos dados de 2017, aponta para um aumento da taxa de atividade face ao ano anterior, bem como do número de pensionistas (INE, 2018c). Face a estes resultados, podemos afirmar que a amostra em estudo, ainda que numericamente pequena, corrobora os dados epidemiológicos.

Relativamente aos antecedentes cirúrgicos, a nossa amostra, nos dois grupos em estudo, é constituída essencialmente por doentes que já foram submetidos pelo menos a uma intervenção cirúrgica. Este resultado está em concordância com os números apontados pelo SNS e descritos no Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde, onde é referido que a quantidade de doentes operados em 2018 é a mais elevada de sempre (SNS, 2019).

Reportando-nos aos resultados obtidos através da primeira parte da escala aplicada, respeitante à frequência com que a informação foi transmitida no pré-operatório,

evidenciámos uma maior percentagem de respostas “Sempre” no grupo experimental. Este grupo apresentou uma média (34,25) e uma mediana (35,00) de pontuação, superior às do grupo de controlo (média: 26,82; mediana: 28,00). Este resultado indica claramente que os doentes do grupo alvo da CPOE receberam mais informação para poder vivenciar o processo cirúrgico.

As questões relacionadas com: preocupação em manter um ambiente calmo aquando da transmissão de informações; simpatia no atendimento; e paciência com que atenderam, apresentaram valores elevados de respostas “Sempre” em ambos os grupos. As questões referentes a: frequência com que foram transmitidas informações necessárias para lidar com as necessidades; preocupação em fazer ensinamentos de acordo com as necessidades evidenciadas; explicação de forma compreensível; preocupação em saber se os doentes compreendiam, repetindo a informação se necessário; e importância dada aos problemas do doente, apresentaram valores acima de 85% de respostas “Sempre” no grupo experimental, enquanto que no grupo de controlo predominou a resposta “Às vezes”. Estes resultados revelam que há uma preocupação na atual dinâmica da instituição em estabelecer uma relação de simpatia e cortesia com o doente ao longo do pré-operatório, todavia, não garante uma aproximação suficiente que lhe possibilite demonstrar as suas necessidades e os seus problemas e, por conseguinte, o ajude a vivenciar esta fase de mudança pessoal, familiar e social. Os autores Amthauer e Falk (2014), no seu estudo de natureza qualitativa, cujo objetivo era identificar o impacto da orientação pré-operatória na recuperação do doente cirúrgico, definiram o planeamento de cuidados no pré-operatório como um processo interativo que promove e recupera a integridade, bem como a plenitude bio-psico-sócio-espiritual do doente. Além disso, salientaram que deve haver uma troca de experiências entre o enfermeiro, doente e família/pessoa significativa através de uma comunicação efetiva. Também Santos, Henckmeier e Benedet (2011) no seu estudo, referem que uma conversa informal com o enfermeiro, é uma estratégia valiosa na transmissão de instruções aos doentes cirúrgicos, pois permite sentirem-se mais confiantes para contar as suas experiências.

As questões referentes à transmissão de informações sobre os serviços disponíveis na instituição e a forma de os utilizar, foram das que apresentaram menores percentagens de respostas “Sempre” no grupo de controlo, enquanto no experimental as mesmas questões obtiveram valores acima de 82,5%. O envolvimento da família nos cuidados foi referenciado pelos doentes dos dois grupos como uma situação que ocorre com pouca frequência, mas com clara vantagem de respostas “Sempre” no grupo experimental, 57,5% (grupo de controlo: 28%). É importante salientar que a maioria dos

doentes na CPOE não tinham consigo a presença de familiares ou de pessoas significativas, dificultando a transmissão de informações que os envolvesse nos cuidados. De acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o enfermeiro de perioperatório, para além de cuidar da pessoa em situação perioperatória, deve capacitar a família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica. O estudo realizado por Coppetti et al. (2015) mostra resultados semelhantes aos nossos, ao afirmar que a família dos doentes cirúrgicos merece destaque por parte de enfermagem, uma vez que vivencia emocionalmente de igual forma todo o processo. Corroborando estes factos, o estudo de Gonçalves et al. (2017) revela que os enfermeiros devem adotar uma posição privilegiada em relação à informação ao doente e família, por ser a classe profissional mais presente. Todavia, este estudo e o de Sayin e Aksoy (2012) apontam para uma desvalorização, por parte dos enfermeiros relativamente à transmissão de informações tanto ao doente como à família. Apesar dos nossos resultados não evidenciarem a presença assídua dos familiares na consulta, somos levados a admitir que os doentes percecionaram a CPOE como uma ferramenta útil no envolvimento da família no processo de cuidados.

No que concerne à transmissão de informações escritas, este foi um dos indicadores que apresentou menor número de respostas “Sempre”. No entanto, o grupo experimental alcançou 72,5%, enquanto o de controlo obteve 68% de respostas “Nunca”. Visivelmente, o fornecimento do folheto informativo sobre a preparação pré-operatória durante a CPOE beneficiou os resultados desta questão no grupo experimental. No folheto constavam informações importantes sobre a prevenção da ILC, de acordo com a Norma 020/2015 da DGS (2015a). A taxa de infeção hospitalar em Portugal é das mais elevadas a nível europeu e há infeções do local cirúrgico que manifestam tendência. Este é um dos principais motivos pelo qual está descrito no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes – 2015-2020 o objetivo estratégico: prevenir e controlar as infeções e a resistência aos antimicrobianos (Despacho n.º1400-A/2015). Sendo o doente um dos pilares para o sucesso cirúrgico, acreditamos na importância da CPOE como uma estratégia fundamental para promover a educação pré-operatória, informando-o sobre as medidas que pode adotar no sentido de contribuir para a prevenção da ILC e consequentemente alcançar uma mais rápida e melhor recuperação. Esta prática privilegia claramente os cuidados de enfermagem autónomos e dá visibilidade à qualidade dos mesmos perante os doentes.

Constatamos que as questões mais penalizadas nos dois grupos, mas com uma larga diferença positiva para o grupo experimental, foram as respeitantes ao envolvimento dos familiares e o fornecimento de informação escrita. Resultado similar foi evidenciado

nos estudos realizados por Silva (2013) e Ferreira (2014) ao apurarem que não houve preocupação por parte dos enfermeiros em fornecer informação escrita e envolver os familiares nos cuidados.

Quanto aos resultados apurados na segunda parte da escala permitiram avaliar o nível de satisfação com a informação transmitida no pré-operatório e, deste modo, cumprir um dos objetivos do estudo: avaliar, no pós-operatório, a satisfação do doente com a informação recebida. Baseados nestes resultados, foi-nos possível responder ao seguinte, analisar a influência da consulta pré-operatória na satisfação das necessidades informativas do doente. Constatámos uma clara diferença no nível de satisfação entre o grupo que recebeu a CPOE e o que não recebeu. No grupo experimental, 81,5% dos doentes manifestaram-se satisfeitos com a informação transmitida e 0,60% expressou respostas de insatisfação. Já no grupo de controlo, 44,2% mostraram-se satisfeitos e 19,7% insatisfeitos. Também as médias e medianas da pontuação apresentaram diferenças consideráveis: o grupo experimental obteve como média 36,47 e mediana 38,50 e o grupo de controlo apresentou como média 26,54 e mediana 27,50. A par disto, pelo resultado do teste estatístico aplicado à hipótese “A satisfação das necessidades informativas dos doentes é diferente consoante receberam ou não consulta pré-operatória de enfermagem”, verificámos um nível de significância inferior a 0,001. Assim, podemos claramente admitir que a CPOE contribuiu para aumentar o nível de satisfação dos doentes relativamente às informações transmitidas. Este resultado permite-nos refletir sobre a importância atribuída pelo doente aos cuidados de enfermagem prestados, a fim de posteriormente atentar nas práticas que influenciam a qualidade em saúde, tal como referenciado no estudo de Ribeiro (2005). Também o estudo de Lima et al. (2015) confirma que um dos fatores que influencia a satisfação do doente em relação ao cuidado em enfermagem é o relacionamento de confiança enfermeiro-doente. Outros autores defendam que a CPOE é uma ferramenta privilegiada na criação desse relacionamento e permite satisfazer as necessidades emocionais e informativas características destes momentos de ansiedade (Carvalho & Cristão, 2012; Abrahão & Amaral, 2017; Gonçalves et al., 2017; Petterson et al., 2017; Silva & Amorim, 2017; Petterson et al. 2018; Pelarigo, 2019). Fortalecidos pelos resultados dos autores mencionados, podemos afirmar que também os nossos corroboram esta evidência científica, no entanto devemos interpretá-los com prudência, sem extrapolar para outras realidades, outros contextos, visto que a amostra do estudo era de dimensão reduzida e referente apenas a uma instituição de saúde.

Um doente quando é confrontado com a necessidade de realizar uma intervenção cirúrgica, debate-se com inúmeros conflitos emocionais, muitas vezes gerados pela falta

de informações precisas. Existem também doentes que revelam carecer de mais informações do que outros, cabe ao enfermeiro identificar que tipo de doente tem na sua frente para ajustar as intervenções. A CPOE foi iniciada com uma conversa informal, possibilitando ao enfermeiro/investigador avaliar as necessidades e de seguida, planear as intervenções de acordo com a individualidade do doente. Esta prática é defendida nos estudos de Santos et al. (2011), Britten et al. (2016) e Petterson et al. (2018), porque permite incluir os discursos dos doentes no contexto clínico, esclarecer dúvidas e clarificar conhecimentos acerca do processo cirúrgico. Os doentes do grupo experimental apresentaram valores mais elevados de satisfação relativamente à quantidade de informação transmitida e à adequação dessa informação às suas necessidades (75%), quando comparados com os do grupo de controlo. Estes resultados demonstram que a CPOE permitiu ao enfermeiro intervir de acordo com a individualidade do doente, estando em consonância com os resultados apurados por Estrela (2012), onde afirma que o enfermeiro, primeiro tem de avaliar as necessidades informativas do doente, inclusive as suas perceções e os níveis de conhecimento pré-existent, para de seguida planear a informação adequada às necessidades identificadas. Corroborando os resultados que obtivemos, o estudo dos autores Amthauer e Falk (2014) refere que se deve evitar a transmissão de informações excessivas ao doente e família, defendendo que inicialmente o doente deve ser ouvido para podermos identificar os seus medos e, a partir do seu discurso, esclarecer eventuais dúvidas. Também Melgo (2015) e Luna (2014) nos estudos que efetuaram, concluíram sobre a importância de adotar uma prestação que permita identificar as necessidades do doente, para posteriormente planear cuidados individualizados, minimizando, assim, o desconforto gerado por todo o processo cirúrgico.

Os resultados alcançados permitem-nos inferir que a CPOE contribuiu como um momento de esclarecimento de dúvidas e transmissão de informações sobre todo o processo cirúrgico, desde a preparação pré-operatória aos cuidados a ter no pós-operatório. Robustecendo os nossos resultados, também os estudos que consultámos, são unânimes em atribuir um impacto muito positivo a estas intervenções autónomas de enfermagem, na prevenção de incidentes, na promoção do autocuidado e, consequentemente, na recuperação pós-operatória. Contudo, para que cumpram os objetivos, é essencial o enfermeiro adequar a sua linguagem à individualidade do doente e demonstrar conhecimentos sobre os cuidados que ele necessita. As questões 1 e 2 da segunda parte da escala abordam esta problemática e, através das respostas obtidas, apurámos uma clara diferença entre o nível de satisfação do grupo experimental e do grupo de controlo. Corroborando igualmente estes resultados, os autores Rocha e

Ivo (2015) no seu estudo referem que deve haver uma harmonização da informação transmitida ao doente no pré-operatório, para assegurar um nível alto de compressão da sua parte. Por seu turno, mas reforçando o mesmo propósito, os autores Perrando et al. (2011) e Sayin e Aksoy (2012) defendem que os enfermeiros devem recorrer a uma linguagem acessível que assegure o melhor nível de compreensão e, por conseguinte, uma diminuição de conflitos emocionais e complicações cirúrgicas.

Antes de iniciar este estudo, identificámos que os doentes mencionavam informações díspares no momento do acolhimento no internamento, relativamente à preparação pré-operatória. Esta inconsistência de informações incorria no risco de comprometer o procedimento anestésico e/ou cirúrgico. Para superar esta dificuldade, planeámos a entrega de um folheto informativo aos doentes do grupo experimental. Esta intervenção revelou elevadas percentagens de satisfação com a informação escrita fornecida (75%). A par disso, os resultados obtidos através das questões sobre as informações transmitidas acerca da preparação para a cirurgia e o percurso a efetuar no hospital foram mais elevados quando comparados com os do grupo de controlo. A CPOE assume aqui uma posição importante na melhoria dos cuidados e no controlo de vazios existentes na preparação do doente para o procedimento anestésico-cirúrgico. Assim, neste âmbito, os resultados que apurámos são corroborados pelas evidências científicas, nomeadamente os estudos de Alanazi (2014), Ortiz et al. (2015) e Bayraktar et al. (2018) ao demonstrar que conciliar a transmissão verbal e ferramentas não-verbais é eficaz na educação pré-operatória, na gestão das emoções e no aumento da satisfação do doente.

Outra constatação percebida ao longo das consultas, foram os medos e dúvidas associados ao pós-operatório imediato, sobretudo relacionados com a dor, o primeiro levante, o início da dieta, os dispositivos médicos e as feridas cirúrgicas, também evidenciados no estudo realizado por Ferreira et al. (2013). No nosso estudo, a transmissão de informações relacionadas com: o controlo da dor, das náuseas e dos vómitos; o início da dieta; e o primeiro levante pós-operatório, apresentou níveis de satisfação elevados no grupo experimental, contrariamente ao grupo de controlo, onde estas questões foram as que obtiveram maior percentagem de insatisfação. Assim, a educação pré-operatória revela ser fundamental na preparação do doente para a realidade pós-operatória. Corroborando estes resultados, Perrando et al. (2011) aludiram que o pré-operatório é importante na transmissão de orientações sobre o pós-operatório, evitando assim que o doente seja surpreendido ou fique ansioso com eventuais dispositivos médicos que desconhece.

O enfermeiro de perioperatório deve recorrer a uma avaliação detalhada e continua do doente para planear intervenções com o objetivo de diminuir complicações pós-operatórias e de envolver o doente na promoção do autocuidado e na reintegração familiar e social (Marek & Boehnlein, 2010; Regulamento n.º429/2018). Partindo destes pressupostos, a CPOE permite ao enfermeiro transmitir informações que promovam o autocuidado, envolvendo o doente no processo. A questão 6, está direcionada nesse sentido, permitindo avaliar o nível de satisfação com as informações transmitidas sobre os cuidados a ter depois da cirurgia. Os resultados mostraram níveis mais elevados de satisfação no grupo experimental (87,5%), quando comparados com os do grupo de controlo (50%), demonstrando assim que os doentes que receberam a CPOE sentiram-se mais confiantes relativamente aos cuidados que devem adotar no internamento e no domicílio, de forma a minimizar desconfortos e potenciar a recuperação. Corroborando estes resultados, Silva e Amorim (2017) e Petterson et al. (2017) concluíram que a CPOE é importante no envolvimento do doente no seu processo de cuidados através da educação pré-operatória e, concomitantemente, na compreensão de toda a informação transmitida, essencial na minimização do risco de complicações pós-operatórias. Também Carvalho e Cristão (2012) constataram que deve haver um acompanhamento de enfermagem prévio à cirurgia, para que seja possível inteirar os doentes do seu estado de saúde e de eventuais morbilidades cirúrgicas.

Durante a CPOE observámos que os doentes vivenciam um misto de emoções, muitas vezes associado à falta de informações e concomitante do medo do desconhecido. Este momento permitiu ouvir e compreender o doente, criando uma relação terapêutica de confiança e possibilitando-lhe expressar os seus conflitos emocionais. A comunicação assume um papel fulcral na identificação desta necessidade e a sua posterior satisfação. A questão relacionada com o tempo disponibilizado para escutar dúvidas e medos alcançou um nível alto de satisfação no grupo experimental (70%) face ao grupo de controlo (44%), acresce ainda que este grupo apresentou nesta questão 26% de doentes insatisfeitos. Este resultado deixa transparecer a inexistência de uma dinâmica na instituição, que permita ao doente cirúrgico comunicar de forma efetiva com os profissionais de saúde e assegurar uma transição eficaz. Portanto, a CPOE demonstra ter um papel importante na criação desta relação terapêutica, pois possibilita ao doente narrar as suas histórias e ajuda-o a vivenciar o processo cirúrgico com maior segurança. Corroborando o referido, Silva (2010) alude no seu estudo, que o doente procura dar um sentido às suas interrogações e por conseguinte, é indispensável uma abordagem adequada no primeiro contacto por parte do enfermeiro. A mesma autora avaliou o grau de importância atribuído pelos doentes à componente relacional dos enfermeiros e

verificou que os doentes consideram muito importante ou importante a disponibilidade para ouvir, o respeito pela privacidade e individualidade e a linguagem adequada e compreensível. Também a AESOP (2006) refere que a CPOE promove um maior bem-estar e colaboração do doente ao longo do perioperatório através da redução de sentimentos de angústia e de ansiedade.

No que respeita aos resultados inferenciais relativos às experiências cirúrgicas anteriores, a idade e o sexo, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas, em ambos os grupos, ao nível da satisfação das necessidades informativas, pelo que rejeitámos as hipóteses 2 e 3. Relativamente às experiências cirúrgicas anteriores observámos através dos resultados dos dois grupos que os doentes que nunca foram submetidos a cirurgia, apresentaram menores níveis de satisfação, quando comparados com os que tinham antecedentes cirúrgicos. Este facto leva-nos a considerar que os doentes que nunca foram intervencionados cirurgicamente carecem de mais informação e, por isso, são mais exigentes em relação às informações recebidas. Não obstante, esta diferença não apresenta significância estatística e admitimos que é devido à diferença no número da amostra entre os doentes com e sem cirurgias anteriores.

Foi possível constatar também que os homens demonstraram sentir-se mais satisfeitos, comparativamente às mulheres, nos dois grupos analisados, mas sem diferenças estatisticamente significativas. Formulámos esta hipótese pois admitíamos que as mulheres, por serem teoricamente mais ansiosas que os homens, tal como Gonçalves et al. (2017) demonstraram no seu estudo, poderiam ser mais exigentes nas informações recebidas, influenciando os níveis de satisfação. A não confirmação da hipótese formulada poderá dever-se ao reduzido tamanho da amostra, visto que no grupo de controlo o valor de $p=0,066$ tem tendência para uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). No entanto, Ribeiro (2003), Dinis (2013) e Ferreira (2014) nos estudos que realizaram, concluíram não existirem diferenças nos níveis satisfação com os cuidados de enfermagem entre o sexo masculino e feminino. Contrariamente, Anes e Ferreira (2018) conseguiram comprovar diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sexo e satisfação com os cuidados de enfermagem.

No que concerne à idade, verificámos que existe uma correlação negativa no grupo de controlo e uma correlação positiva no grupo experimental com a satisfação das necessidades informativas. Admitimos que obtivemos esta diferença na correlação nos dois grupos pelo facto da mediana das idades ser relativamente maior no grupo experimental. Importa referir, no entanto, que as diferenças não são estatisticamente

significativas. Corroborando este resultado, Dinis (2013) não identificou existência com efeito estatisticamente significativo da variável idade sobre a variável satisfação. Em sentido oposto, os estudos de Ferreira (2014) e Anes e Ferreira (2018) referem diferenças com significado estatístico.

De acordo com os nossos resultados supracitados e a evidência científica podemos afirmar que há um aumento da satisfação dos doentes em relação aos cuidados de enfermagem prestados quando recebem acompanhamento pré-operatório. Este acréscimo da satisfação poderá levar concomitantemente ao aumento da fidelização para com o hospital e a um aumento de recomendação do mesmo, para familiares e amigos. Isto é o chamado passa-palavra e que Gaur, Xu, Quazi e Nandi (2011) designa por *word of mouth* ou WOM. Esta lealdade e WOM positivo têm impacto indireto nos lucros da instituição, dado que há uma relação proporcional entre o aumento da percentagem da taxa de lealdade dos doentes e o aumento dos lucros da empresa (Suki & Lian, 2011).

Tendo em conta os nossos resultados e as evidências científicas, constatamos a importância de enfermagem na compreensão da experiência de transição que o doente cirúrgico e a sua família vivenciam. Esta compreensão exige avaliar as necessidades e a individualidade do doente e do seu meio envolvente, partindo da perspetiva do próprio, para posteriormente planear e implementar intervenções autónomas de enfermagem. Neste âmbito, surge a CPOE como uma aliada do processo de cuidados, ao privilegiar a proximidade e a construção de uma relação terapêutica fundamental na satisfação das necessidades informativas do doente. Cerejo (2000) foi dos primeiros autores a realizar um estudo, quase-experimental, em Portugal, em que avaliou o impacto da informação pré-operatória ao doente na recuperação pós-operatória e concluiu haver uma diferença significativa na qualidade da recuperação dos doentes informados face aos que não receberam informação. Constatamos que, apesar desta problemática ser estudada desde longa data e de existir evidência científica consistente, pelos estudos que consultamos, os enfermeiros continuam a descurar as intervenções autónomas de enfermagem em benefício das intervenções interdependentes, da mecanização e automatização, com menor satisfação para o doente.

CONCLUSÃO

Ao chegar a esta etapa e refletindo sobre todo o processo inerente ao estudo realizado, consideramos que todas as suas fases foram apresentadas, descritas e explicitadas. Importa agora elencar as principais conclusões, contributos e limitações existentes e sugerir melhorias futuras para a prática dos cuidados em enfermagem.

Os doentes apresentam muitas incertezas e dúvidas sobre o processo cirúrgico. Atualmente, o tempo de internamento para intervenção cirúrgica é cada vez mais limitado, pelo que a relação terapêutica enfermeiro-doente fica comprometida. Para colmatar esses défices, a CPOE é encarada como uma atividade autónoma fulcral para a preparação pré-operatória e a recuperação cirúrgica. Nesse sentido, tornou-se para nós evidente a pertinência de realizar um estudo que permitisse avaliar, no pós-operatório, a satisfação do doente com a informação recebida e, posteriormente, analisar a influência da CPOE na satisfação das suas necessidades informativas.

De forma a avaliar o nível de satisfação das necessidades informativas do doente, foi aplicado de igual forma aos doentes dos dois grupos um questionário, no pós-operatório antes da alta clínica. A amostra da população foi constituída por 90 doentes, 50 no grupo de controlo e 40 no experimental. Relativamente à média das idades, é próxima em ambos os grupos, no entanto a mediana afasta-se ligeiramente: no grupo de controlo, 57,50; no grupo experimental, 62,50. Não se verificaram diferenças consideráveis entre o número de doentes do sexo masculino e feminino. Ambos os grupos foram constituídos maioritariamente por doentes da especialidade de ortopedia e a maior parte dos doentes tem apenas o 1.º Ciclo do Ensino Básico/4.ª Classe, estão empregados ou reformados, são casados/vivem em união de facto, têm um agregado familiar constituído por dois elementos e já foram submetidos a intervenção cirúrgica pelo menos uma vez. Relativamente à análise inferencial das hipóteses 2 e 3 referentes às características sociodemográficas (idade, sexo, antecedentes cirúrgicos) com a satisfação das necessidades informativas, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas.

No que concerne à análise descritiva da primeira parte da escala sobre a frequência com que a informação foi transmitida, verificámos que o grupo experimental apresenta média e mediana de pontuação superiores às do grupo de controlo. Podemos, assim, concluir que os doentes que tiveram a CPOE perceberam receber mais informação

para poder vivenciar o processo cirúrgico. Destacamos diferenças acentuadas, entre os dois grupos, nos resultados referentes às questões sobre o envolvimento dos familiares e o fornecimento de informação escrita. Estas questões foram as que apresentaram maiores respostas “Nunca” no grupo de controlo, enquanto que no grupo experimental predominaram as respostas “Sempre”. Estes resultados apontaram para a importância de incluir na educação pré-operatória o fornecimento de informações escritas como complemento à comunicação verbal. Assim, esta ferramenta é fundamental para potenciar a capacidade de compreensão e retenção de informações importantes para o sucesso do processo cirúrgico. Também a presença da família ao longo de todo o processo cirúrgico, revelou que permite ao doente aumentar os seus níveis de confiança e garantir uma maior segurança na recuperação pós-operatória.

A segunda parte da escala, relativa à satisfação com a informação transmitida, também apresentou média e mediana de pontuação díspares entre os dois grupos, destacando-se positivamente o grupo experimental. A percentagem de respostas de insatisfação foi notoriamente muito maior no grupo de controlo. Os resultados da estatística inferencial que permitiram comparar o nível de satisfação das necessidades informativas dos doentes entre os dois grupos, apontaram para um nível de significância inferior a 0,001. Assim, e tendo em conta que a média de satisfação no grupo experimental foi maior do que no grupo de controlo, podemos concluir que os doentes se sentiram mais satisfeitos com as informações transmitidas na CPOE. A consulta permitiu ao enfermeiro adequar os cuidados à individualidade, às necessidades informativas, do doente, reduzindo o impacto emocional gerado pelas alterações consequentes da cirurgia. Verificámos isso nas percentagens de respostas “Satisfeito” às questões sobre a quantidade de informação transmitida e a adequação da informação transmitida à satisfação das necessidades individuais, no grupo experimental. Também as questões relacionadas com a transmissão de informações sobre a preparação pré-operatória, inclusive o folheto informativo, e os cuidados a ter no pós-operatório no domicílio, apresentaram níveis de satisfação mais altos em comparação ao grupo de controlo. Portanto, os resultados demonstraram que a CPOE privilegia a transmissão de informações importantes na prevenção de lacunas aquando a preparação da cirurgia, bem como na promoção do autocuidado após a mesma.

Em suma, este estudo permitiu-nos reconhecer a importância da área de investigação para a excelência dos cuidados de enfermagem na procura de respostas às diferentes necessidades dos doentes. Além disso, possibilitou apurar que a consulta pré-operatória é eficaz na construção da relação enfermeiro-doente, pois permitiu ao enfermeiro escutar atentamente os problemas e as dúvidas do doente para posteriormente planear

intervenções autónomas. Estes momentos foram essenciais para envolver o doente no seu próprio processo cirúrgico através da transmissão de informações que melhorassem a preparação pré-operatória e diminuíssem os riscos de complicações no pós-operatório. O centro de atenção desta consulta foi o doente e todo o seu discurso. O enfermeiro centralizou os seus cuidados na transmissão de informações adequadas às necessidades informativas do doente. Assim, acreditamos que estes momentos de diálogo e partilha ajudaram o doente a construir o seu próprio caminho para ultrapassar esta transição e adquirir independência no autocuidado.

Para além destes ganhos para o doente, este estudo também permitiu momentos de reflexão entre os enfermeiros de perioperatório da instituição em estudo. Através de diálogos informais com colegas, concluímos que as práticas anteriores não privilegiavam o contacto direto com o doente, gerando lacunas na colheita de dados aquando a avaliação inicial no serviço de internamento e na transmissão de informações para a preparação da alta clínica. Assim, apesar do curto período de colheita de dados, concordamos que, com a CPOE, foi possível colmatar essas dificuldades e ainda reduzir os erros de transmissão de informações sobre a preparação pré-operatória.

Tendo sido mencionado os contributos da consulta, tanto para o doente como para o enfermeiro, importa também fazer referência dos benefícios para a instituição. Acreditamos que a CPOE influencia na redução de custos, pela diminuição de disparidades na preparação pré-operatória que podem comprometer a realização da cirurgia. Além disso, defendemos que esta atividade autónoma de enfermagem fortalece as relações de confiança entre os profissionais de saúde/hospital e o doente, influencia a qualidade dos cuidados, garante um aumento da satisfação por parte dos doentes e, por conseguinte, conduz à fidelização aos serviços prestados. Tendo em conta este impacto, é objetivo da instituição hospitalar a implementação definitiva da consulta pré-operatória de enfermagem.

Perante o apresentado, podemos afirmar que os objetivos do estudo foram alcançados e relativamente à questão de investigação “Qual a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação nas necessidades informativas do doente?”, esta foi respondida eficazmente através dos resultados obtidos.

Nesta fase, também é pertinente analisar as limitações existentes ao longo da realização do estudo. O tempo estabelecido para a entrega do documento final limitou o período de colheita de dados e, por conseguinte, o tamanho da amostra. Outra limitação prendeu-se com a escala adaptada “Satisfação dos doentes com a informação

transmitida no pré-operatório no hospital”. Dado que não encontrámos nenhuma escala validada para o efeito, recorreremos à adaptação de uma escala já existente (SUCEH21).

Tendo em conta as conclusões, apresentamos de seguida algumas sugestões que emergem das mesmas. Sugerimos a realização de um estudo, que permita avaliar a influência de uma consulta pós-operatória de enfermagem e o envolvimento da família/pessoa significativa na recuperação pós-operatória e na promoção do autocuidado. Acreditamos que, com esta consulta e o envolvimento da família, o doente possa adquirir mais confiança e segurança para a autocuidado, bem como conhecimentos na prevenção de incidentes decorrentes das atividades de vida diárias. Aliado à comunicação verbal, consideramos também relevante a entrega, aquando da CPOE, de folhetos informativos no pré-operatório relativos aos cuidados que os doentes devem ter a seguir à cirurgia. Seria de igual forma importante o incremento de programas de formação interna dirigidos a todos os enfermeiros do perioperatório com o objetivo de adquirirem mais competências na gestão da informação colhida ao doente, inclusive na continuidade de cuidados ao longo das diferentes fases cirúrgicas. Por último, sugerimos a validação da escala “Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital”.

Para finalizar, este estudo contribuiu para a valorização da investigação no desenvolvimento contínuo da profissão de enfermagem, bem como na tomada de decisões adequadas à prestação dos melhores cuidados aos doentes. Ao refletirmos e questionarmos as práticas profissionais, conseguimos encontrar alternativas adequadas à resolução de determinados problemas com que atualmente nos confrontamos. Assim, este trabalho permitiu planificar uma solução de forma devidamente estruturada, assente numa metodologia científica, para um determinado problema identificado. Por último, o contributo decorrente da elaboração deste trabalho foi indispensável e essencial para refletir práticas e valorizar a Enfermagem como ciência e profissão, afirmando-se como uma disciplina importante no mundo do conhecimento científico. Assim, acreditamos que o presente estudo aqui permitirá modificar comportamentos dos enfermeiros, com o objetivo final de promover a consciência cirúrgica, centralizar os cuidados no doente e satisfazer as suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahão, A. L., & Amaral, I. T. (2017). Consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família, ampliando o reconhecimento das distintas formas de ação: uma revisão integrativa. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 9(4), 899-906. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.899-906>.
- Abrantes, M. J. A. (2012). *Qualidade e satisfação - Opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20506>.
- Alanazi, A. A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(7), 387-393. doi: 10.12968/bjon.2014.23.7.387.
- Amthauer, C., & Falk, J. W. (2014). O Enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista de Enfermagem*, 10(10), 54–59. Recuperado de: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1386>.
- Anes, E. M. G. J., & Ferreira, C. A. S. (2018). Satisfação em enfermagem: perspetiva do enfermeiro versus perspetiva do utente. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicología.*, 4(1), 23–30. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1255>.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória – da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Association for PeriOperative Registered Nurses. (2018). *Guidelines for perioperative practice*. EUA: AORN.
- Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M. S., Zeki, O., Sener, Z. T., & Sertbas, G. (2018). Effectiveness of Lifestyle Modification Education on Knowledge, Anxiety, and Postoperative Problems of Patients With Benign Perianal Diseases. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 640-650. doi: 10.1016/j.jopan.2017.03.006.
- Boudreaux, A. M., & Simmons, J. W. (2019). Prehabilitation and optimization of modifiable patient risk factors: The importance of effective preoperative evaluation to improve surgical outcomes. *AORN Journal*, 109(4), 500–507. <https://doi.org/10.1002/aorn.12646>.

- Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2016). Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expectations*, 20(3), 407-418. doi: 10.1111/hex.12468.
- Cabral, D. (2004). *Cuidados especializados em enfermagem perioperatória – Contributos para a sua implementação*. (Tese de Doutoramento). Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64648>.
- Carvalho, J., & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(7), 103–112. <https://doi.org/10.12707/rrii11120>.
- Cerejo, M. (2000). *Impacto de um Programa de Informação Estruturada na Recuperação Pós-Operatório* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Chard, R., & Makary, M. A. (2015). Transfer-of-Care Communication: Nursing Best Practices. *AORN Journal*, 102(4), 329–342. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.07.009>.
- Código Deontológico do Enfermeiro – Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro.
- Coelho, S. C. S. N. (2013). *A satisfação dos utentes em contexto hospitalar: o contributo dos cuidados de enfermagem recebidos pelo utente durante o internamento*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15756/1/A%20satisfa%20c%27%20a3%20o%20dos%20utentes%20em%20contexto%20hospitalar%20o%20contributo%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20recebidos%20pelo%20utente%20durante%20o%20internamento%20113.pdf>.
- Coppetti, L., Stumm, E. & Benetti, E. (2015). Considerações de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca referentes às orientações recebidas do enfermeiro. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(1), 113-119. doi: 10.5935/1415-2762.20150010.
- Creswell, J. (2016). *Projecto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Dantas, C. N., Santos, V. E. P., & Tourinho, F. S. V. (2016). A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>.

- Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário Da República* N.º28/2015 - 2.ª Série, Ministério da Saúde.
- Dijk, J. F., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J., & Wijck, A. J. (2017). Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), 3500-3510. doi: 10.1111/jocn.13714.
- Dinis, S. R. B. (2013). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2053>.
- Direção-Geral de Saúde. (2013). Norma 024/2013 – Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde. (2015a). Norma 020/2015 – “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico”. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>.
- Direção-Geral de Saúde. (2015b). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Recuperado de: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Norma 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa, Portugal: LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Estrela, I.R. (2012). *Vivenciar a Cirurgia “Uma Transição”: Da informação prestada às necessidades relatadas* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24083&code=331>.
- Fearon, K. C., Ljungqvist, O., Von Meyenfeldt, M., Revhaug, A., Dejong, C. H., Lassen, K., . . . Kehlet, H. (2005). Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition*, 24 (3), 466-477. doi:10.1016/j.clnu.2005.02.002.
- Fernandes, S. (2013). *Intervenções de Enfermagem à Pessoa Idosa com Patologia Osteoarticular: A consulta de Enfermagem como Agente Facilitador no Processo de*

Transição para a Intervenção Cirúrgica. (Dissertação de Mestrado) Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15987>.

Ferreira, C. A. S. (2014). *Satisfação dos utentes da unidade local de saúde do Nordeste face aos cuidados de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9785>

Ferreira, L. R., Ferreira, T., & Carvalho, E. (2013). Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(3), 406-413. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-530720130003000008.

Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Freitas, J. S., Silva, A. E. B. C., Minamisava, R., Bezerra, A. L. Q., & Sousa, M. R. G. de. (2014). Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 454–460. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>.

Freixo, M. (2018). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. (5ª ed.) Lisboa, Portugal: Edições Piaget.

Gaur, S. S., Xu, Y., Quazi, A., & Nandi, S. (2011). Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. *Managing Service Quality: An International Journal*, 21(1): 67–87. <https://doi.org/10.1108/096045211111100252>.

Gomes, C. (2015). *Acolhimento do doente no Bloco Operatório* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra: Portugal.

Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. D. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(14), 17-26. doi 10.12707/RIV17023.

Greco, M., Capretti, G., Beretta, L., Gemma, M., Pecorelli, N., & Braga, M. (2014). Enhanced recovery program in colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Journal of Surgery*, 38(6), 1531–1541. <https://doi.org/10.1007/s00268-013-2416-8>.

Gürsoy, A., Candaş, B., Güner, Ş., & Yılmaz, S. (2016). Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(6), 495-503. doi 10.1016/j.jopan.2015.08.011.

- Instituto Nacional de Estatística. (2018a). *Estatísticas da Saúde - 2016*. Recuperado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=277095050&PUBLICACOESmodo=2&xlang=p.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018b). *Estatísticas Demográficas - 2017*. Recuperado de: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=349091718&att_display=n&att_download=y.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018c). *Anuário Estatístico - 2018*. Recuperado de: <https://www.sgeconomia.gov.pt/noticias/ine-anuario-estatistico-de-portugal-2018-span-classnovo-novospan.aspx>.
- Lau, C. S. M., & Chamberlain, R. S. (2017). Enhanced Recovery After Surgery Programs Improve Patient Outcomes and Recovery: A Meta-analysis. *World Journal of Surgery*, 41(4), 899–913. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3807-4>.
- Lee, C. K., & Lee, I. F. K. (2012). Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of clinical nursing*, 22(17-18), 2551-2561. doi 10.1111/j.1365-2702.2012.04345.
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. (2019). *Diário Da República*, 1.ª Série, nº 169, 5688–5724.
- Lima, C. A., Santos, B. T. P., Andrade, D. L. B., Barbosa, F. A., Costa, F. M. & Carneiro, J. A. (2015). Quality of emergency rooms and urgent care services: user satisfaction. *Einstein (São Paulo, Brazil)*, 13(4), 587–593. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3347>.
- Luna, A. (2014). *Importância da Visita Pré-Operatória de Enfermagem: A Satisfação do Cliente* (Relatório de Estágio). Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6992/1/CatarinaLuna_MEPO_120523002.pdf.
- Machado, J., Silva, L., Guedes, M., Freitas, M., Ponte, K. & Silva, A. (2015). Autocontrolo de ansiedade no pré-operatório cardíaco: resultado de uma intervenção de enfermagem. *Revista de Políticas Públicas*, 14(2), 36-42. doi: 10.5935/1415-2762.20150010.
- Machado, S. (2016). *Ansiedade do Doente no Pré-Operatório de Cirurgia de Ambulatório: Influência da Consulta de Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

- Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1-181.e9. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.004>.
- Marek, J., & Boehnlein, M. (2010). *A Enfermagem no Pré, Intra e Pós Operatório*. In Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green (Eds.), *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (8ª ed). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Marques, L. G. S., Schran, L. D. S., Oliveira, J. L. C., Carvalho, A. R. S., Tonini, N. S., & Nicola, A. L. (2018). Satisfação do paciente sobre a assistência de enfermagem hospitalar. *Enfermagem Brasil*, 17(3), 236-244. <https://doi.org/10.33233/eb.v17i3.1114>.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress*. (5ª ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott William & Wilkins.
- Melgo, A. (2015). *Satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de Enfermagem na ULSNE – Unidade de Bragança*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3025>.
- Mitchell, M. (2014). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of clinical nursing*, 24(3-4), 415-427. doi 10.1111/jocn.12615.
- Nicholson, A., Lowe, M. C., Parker, J., Lewis, S. R., Alderson, P., & Smith, A. F. (2014). Systematic review and meta-analysis of enhanced recovery programmes in surgical patients. *British Journal of Surgery*, 101(3), 172–188. <https://doi.org/10.1002/bjs.9394>.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal, Portugal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem.
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Oliveira, R. M., Pereira, M. M., Feitosa, P. G., Lima, A. D. S., Brito, Y. C. F., Leitão, I. M. T. A., & Almeida, P. C. (2014). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: que dimensões se sobressaem? *Enfermagem Em Foco*, 5(3/4), 70–74. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2014.v5.n3/4.562>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento concetual, enunciados descritivos*. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., & Tolpin, D. A. (2015). Informação pré-operatória ao paciente: Podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.009>.
- Pelarigo, A. S. (2019). *Implementação da consulta de enfermagem pré-operatória - Cuidar no pré preparando o pós-operatório*. (Relatório de Estágio). Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29203/1/relatorio.pdf>.
- Perrando, M., Beuter, M., Brondani, C. M., Roso, C. C., Santos, T. M., & Predebon, G. R. (2011). O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 1(1), 61-70. <https://doi.org/10.5902/217976922004>.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais* (6.^a ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 674-686. doi 10.1111/scs.12378.
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery—Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2904-2916. doi: 10.1111/jocn.14312.
- Pimenta, I., Moura, E. & Lebéis, M. (2015). O cuidado humanizado no centro cirúrgico sob a supervisão do profissional enfermeiro. *Faculdades PROMOVE de Brasília*, 1-11. Recuperado de http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/81c79656519d25fec54ad7ee1d20dac1.pdf.
- Polit, D. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research* (8^a ed.). Filadélfia, Estados Unidos da América: Wolters Kluwer Health.
- Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>.
- PORDATA. *Dimensão média dos agregados domésticos privados – 2018*. Recuperado de: <https://www.pordata.pt/Portugal/Dimens%C3%A3o+m%C3%A9dia+dos+agregados+dom%C3%A9sticos+privados+-511>.

Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de dezembro. *Diário Da República N.º242/2011 - 1.º Suplemento - I*, Ministério da Saúde e das Finanças.

Queirós, P. (2018). Conhecimento baseado em evidências: Uma das fontes do conhecimento em enfermagem. Excertos da comunicação no *V Congresso Ibero-Americano de Enfermería*, Santiago do Chile, Maio de 2018.

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 157-164. doi 10.12707/RIV14081.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – Republicado como Decreto-Lei n.º 104/1998 de 21 de Abril.

Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República nº 26/2019, 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Regulamento nº361/2015 de 26 de junho. *Diário da República nº 123/2015, 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Regulamento nº429/2018 de 16 de julho. *Diário da República nº 135/2018, 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Revez, S., & Silva, C. (2010). Visão simbiótica de qualidade em Saúde-busca contínua pela melhoria (Ed.). In C. Silva, M. Saraiva & A. Teixeira, *TQM Qualidade: Qualidade e saúde perspectivas e práticas* (pp. 42-49). Lisboa, Portugal: Edições sílabo.

Ribeiro, A. L. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem – Construção de instrumento de medida*. (Dissertação para apresentar à Escola Superior de Enfermagem de S. João para concurso de Provas Públicas para professor-coordenados na área Científica de Ciências de Enfermagem). Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Ana_Ribeiro43/publication/273704774_Satisfacao_dos_utentes_com_os_cuidados_de_enfermagem_-_Construcao_de_um_instrumento_de_medida/links/55098e340cf26ff55f85e8a9/Satisfacao-dos-utentes-com-os-cuidados-de-enfermagem-Construcao-de-um-instrumento-de-medida.pdf.

Ribeiro, A. L. A. (2005). O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. *Revista Ordem Dos Enfermeiros*, 15, 53–60. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/273704689_O_percurso_da_construcao

_e_validacao_de_um_instrumento_para_avaliacao_da_satisfacao_dos_utentes_com_os_cuidados_de_enfermagem.

Rocha, D. & Ivo, O. (2015). Assistência de enfermagem no pré-operatório e a sua influência no pós-operatório. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2) 170-178. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.631>.

Sampaio, F. A. (2018). *Impacto da visita pré-operatória de enfermagem para pacientes submetidos à cirurgia eletiva*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://tede2.usc.br:8443/handle/tede/445#preview-link0>.

Santos, J., Henckmeier, L., & Benedet, S. A. (2011). O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem Em Foco*, 2(3), 184–187. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2011.v2.n3.131>.

Santos, P. (2015). *Avaliação do grau de satisfação do utente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem prestados no hospital da misericórdia de Évora*. (Relatório de Estágio Final). Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14844/1/ESSTFC577.pdf>.

Sayin, Y., & Aksoy, G. (2012). The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study. *AORN Journal*, 95(6), 772–787. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.06.012>.

Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Ortopedia*. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/02/RNEHR-Ortopedia-Para-CP.pdf>.

Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Relatório Anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos dos SNS e entidades convencionadas*. Recuperado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio_Acesso_2018-v.final_.pdf.

Silva, E. L. M. C. (2013). *Ganhos em satisfação face aos cuidados de enfermagem de reabilitação - Doentes dependentes*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9418/1/TeseMestradoEduardoSilva_2013.pdf.

Silva, K. & Amorim, M. (2017). *Consulta Pré-operatória de enfermagem e a percepção do paciente frente à cirurgia*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://www.webartigos.com/artigos/consulta-pre-operatoria-de-enfermagem-e-a-percepcao-do-paciente-frente-a-cirurgia/157693>.

- Silva, M. A. D. R. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Suki, N. M. N. M., & Lian, J. C. C. (2011). Do patients' perceptions exceed their expectations in private healthcare settings? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(1): 42–56. doi: 10.1108/09526861111098238.
- Vaz-Serra, A. S. (1980). O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 93-104. Recuperado de: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/191/1/O%20que%20%C3%A9%20a%20ansiedade%5B1%5D..pdf>.

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da autora da escala SUCEH21

Pedido de autorização de utilização da escala SUCEH

2 mensagens

Leonardo Breda

10 de maio de 2019 às 12:48

Para:

Ex^{ma}. Sr.^a Professora Coordenadora, Ana Leonor Alves Ribeiro

Leonardo Filipe Tomé Fernandes Breda, mestrando do IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e enfermeiro no , venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para utilizar e adaptar a escala “Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital – SUCEH” que desenvolveu em 2003, no âmbito da dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João.

Proponho-me a aplicar a escala como instrumento de colheita de dados para a realização da dissertação subordinada ao tema “Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente”, inserida no plano curricular Curso de Mestrado ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Antecipadamente grato, comprometo-me a fornecer os resultados obtidos no referido estudo de investigação.

Coloca-me à disposição de V. Ex.^a para esclarecimento de qualquer dúvida.

Sem outro assunto, com os mais respeitosos cumprimentos,

Leonardo Breda

Ana Leonor

10 de maio de 2019 às 22:24

Para: Leonardo Breda

Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital (SUCEH) vem por este meio, autorizar a utilização e a adaptação do referido formulário, desde que respeitados os passos para a sua correta utilização, na investigação “Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente”, inserida no plano curricular Curso de Mestrado ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Porto 10 de maio 2019.

Ana Leonor Ribeiro, RN, MSc, PhD

Professora-Coordenadora da ESEP

UCP:GSS - Unidade Científico-Pedagógica: Gestão de Sinais e Sintomas

NursID; CINTESIS/ESEP

ANEXO II

Parecer da instituição hospitalar

[Redacted] Ex.^{ma}. Senhor Provedor

[Redacted]
Dr. João Baptista Moreira Peres

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário, aos doentes cirúrgicos em regime de internamento no serviço de Internamento Médico-Cirúrgico, no âmbito de um estudo de investigação sobre a temática "Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente".

Leonardo Filipe Tomé Fernandes Breda, enfermeiro no [Redacted], [Redacted], Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico, com o número mecanográfico [Redacted], e a frequentar o IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vem por este meio solicitar a autorização para a aplicação de um questionário a doentes que tenham realizado uma cirurgia em regime de internamento, com o objetivo de desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema "Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente", inserido no plano curricular do referido curso, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Compromete-se em assegurar que o presente estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça, assegurando o anonimato e liberdade de aceitação. Os questionários serão aplicados aos doentes no período pós-operatório, imediatamente antes da alta clínica, no serviço de internamento referido. A previsão da aplicação dos questionários será no período compreendido entre junho até novembro de 2019. A participação dos doentes é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo, após a leitura e aceitação do consentimento informado. A realização do estudo não acarreta quaisquer tipos de encargos para a instituição. Não estão previstos danos e os benefícios da investigação relacionam-se com o aumento do conhecimento do tema em causa, permitindo assim, a oportunidade de melhorar a prestação dos cuidados de Enfermagem. O autor compromete-se a divulgar os resultados do estudo após o seu término previsto para março de 2020, assim como, enviar um exemplar do trabalho, após discussão, à direção de Enfermagem do [Redacted] representada pela Ex.^{ma} Sr.^a Enfermeira Ana Carina Soares.

Sem outro assunto, com os mais respeitosos cumprimentos.

Leah B. Smith

Leonardo Breda

1
A consideração do Dr. Aloísio.

A próxima reunião de direção de p/ conhecer o.

A consideração de Dfo

A considerac) de Enft^a Directora.

05/06/2019

Concordo com a iniciativa
VA do estudo que é de ABRAS.
O meu contributo é muito completo, com pri
do e abrangente.

08/07/2019

08/07/2019

perspectivando oportunidades de
melhora dos cuidados prestados
aos nossos clientes, considero que
você tem toda a relevância.
Deixei na autoridade o pedido e
assegurei o apoio necessário à
sua concretização, incentivando
outros superiores a seguir o
mesmo "caminho".

Aos Caringos
08/04/2019

Emiliana Miranda

De: Emiliana Miranda <[redacted]>
Enviado: 6 de junho de 2019 15:23
Para: Enfª Ana Carina Soares ([redacted])
Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário, aos doentes cirúrgicos em regime de internamento Médico Cirúrgico

Boa tarde,

Após a análise dos documentos enviados sou do parecer que para além de apenas serem recolhidos dados de avaliação sociodemográficos, etc, em abstracto, que não permitem identificar uma pessoa em concreto, é o próprio participante do estudo (doente) que dá ou não, diretamente ao investigador, as informações que entende. Uma vez que a intervenção da [redacted] se limita a deixar que o estudo se realize nas suas instalações, não existe qualquer incumprimento no âmbito do RGD.

Melhores cumprimentos,
Emiliana Miranda



[Handwritten signature]



ANEXO III

Parecer da Comissão de Ética da ESEnfC

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer N.º P594/05-2019

Título do Projecto: Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Leonardo Filipe Tomé Fernandes Breda

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof.ª Maria da Nazaré Cerejo

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

Integrado em Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica o proponente apresenta estudo partindo da questão de investigação: "*Qual a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades de informação do doente?*" de que resultam como objetivos "*Identificar as necessidades informativas do doente na consulta pré-operatória; Avaliar, no pós-operatório, a satisfação do doente com a informação recebida; Analisar a influência da consulta pré-operatória na satisfação do doente.*"

O estudo é justificado recorrendo a bibliografia que considera que o "... primeiro contacto do doente e família com o enfermeiro do perioperatório, deve acontecer no pré-operatório, quando o doente vai à consulta de anestesia..." estabelecendo "uma relação com o doente que facilite a identificação de dúvidas e a transmissão de informações adequadas às suas necessidades e que permitam aumentar o conforto, segurança e envolvimento do doente em todo o processo cirúrgico".

O estudo é definido metodologicamente como "... quase experimental, quantitativo, com abordagem descritiva-correlacional." com uma amostragem "não-probabilística acidental".

Os participantes são doentes cirúrgicos do [] distribuídos por grupo experimental e grupo de controlo. Está definida organização dos dois grupos.

A recolha, codificação e tratamento dos dados serão efetuados pelo proponente.

No documento submetido:

- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados (Instrumento de recolha de dados sociodemográficos; Escala de satisfação dos doentes com a informação transmitida durante o pré-operatório no Hospital; Guião de Consulta Pré-Operatória de Enfermagem;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para os participantes existindo eventual ganho futuro para os doentes admitidos.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado. No entanto, o presente parecer não dispensa a autorização da instituição onde serão recolhidos os dados.

O relator:



Data: 12/06/2019 O Presidente da Comissão de Ética: 

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guião de consulta pré-operatória de enfermagem

GUIÃO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

1 - Saudar a pessoa e apresentar-se;

Nota: se possível, envolver a família/pessoa significativa na consulta.

2 – Identificação da pessoa (nome e idade) e intervenção cirúrgica programada;

3 – Explicar o objetivo da consulta;

Esta consulta serve para que eu possa ajudá-lo a esclarecer as suas dúvidas e acalmar as suas preocupações para que vá para a operação mais tranquilo e depois recupere o mais rápido possível. Serve também para lhe dar informações úteis para se preparar para esta operação e os cuidados que deve ter depois da operação, tanto no hospital, como em sua casa.

3.2 - Confirmar se entendeu o objetivo da consulta.

4 – Iniciar a consulta com uma questão aberta;

Exemplos: Qual é a sua maior preocupação com esta operação? Que dúvidas tem acerca desta operação? Tem alguma coisa que o/a preocupe sobre a operação? Por que razão vem fazer esta operação?

4.1 - Esclarecer eventuais dúvidas, validando no fim se compreendeu.

5 - Realizar avaliação inicial;

6 – Transmitir informações sobre:

- Preparação pré-operatória e o que deve e não deve levar para o serviço de internamento;
- Percurso que vai efetuar desde o dia que é admitido até ao dia da alta clínica;
- Como vai estar depois da operação: drenos, soros, pensos, dor, alimentação, quando se levanta, ida ao wc.
- Cuidados a ter depois da operação durante o internamento e em casa;
- Horário de visitas;
- Os serviços que tem à sua disposição (serviços sociais, cuidados de enfermagem para realização do tratamento à/s ferida/s cirúrgica/s após alta clínica).

6.1 - Confirmar se entendeu a informação transmitida.

7 - Questionar se tem dúvidas, realizar síntese das informações transmitidas e validar a informação transmitida;

8 - Entregar folheto informativo sobre a preparação pré-operatória;

9 - Acompanhar a pessoa e sua família até à porta e despedir-se.

APÊNDICE II

Folheto informativo pré-operatório

FOLHETO INFORMATIVO PRÉ-OPERATÓRIO

ESTE FOLHETO SERVE PARA O AJUDAR A PREPARAR-SE PARA A SUA CIRURGIA.

POR FAVOR, LEIA-O COM ATENÇÃO.

PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA EM CASA

- Tome banho com a esponja que lhe facultámos, com atenção especial à boca, unhas, axilas, genitais;
- Retire anéis, fios, brincos, relógios, pulseiras, *piercings*, verniz das unhas;
- Fique em jejum 8 horas antes da cirurgia;
- Evite fumar nos dias próximos à cirurgia;
- Pare de tomar o medicamento que o **seu médico** lhe indicar;
- Prepare o material a levar para o Internamento.

O que DEVE levar para o Serviço de Internamento?

- ✓ Documentos de identificação;
- ✓ Exames que tenha realizado (análises, raio-x, ecografias ou outros);
- ✓ Todos os medicamentos que toma em casa;
- ✓ Roupa confortável (pijamas, camisas de dormir, fatos de treino, calçado fechado);
- ✓ Produtos de higiene pessoal;
- ✓ Material a usar depois da cirurgia (canadianas, *soutien* de contenção, faixa abdominal).

O que NÃO DEVE levar para o Serviço de Internamento?

- ✗ Ouro, anéis, brincos, pulseiras;
- ✗ Dinheiro;
- ✗ Objetos de valor.

Se tiver pelos a cortar na região a ser operada, aconselhamos que o faça no dia da cirurgia, já no Serviço de Internamento

NO DIA DA CIRURGIA

Percurso até ao Internamento Médico-Cirúrgico

- Dirija-se à receção do Serviço de Urgências para dar entrada;
- Se tiver exames pré-operatórios para fazer, siga as indicações da rececionista;
- Depois de dar entrada na receção, o Segurança acompanha-o(a) até ao Serviço de Internamento (Piso 1);
- De seguida, a Auxiliar acompanha-o(a) e ajuda-o(a) a instalar-se no seu quarto.

AGORA QUE JÁ ESTÁ NO SEU QUARTO, AGUARDE PELA CHEGADA DO ENFERMEIRO.

OBRIGADO PELA ATENÇÃO!

ALGUNS DIAS ANTES DE SER OPERADO(A), SERÁ CONTACTADO TELEFONICAMENTE PARA SER INFORMADO DO DIA E HORA DA CIRURGIA. SE TIVER ALGUMA DÚVIDA, PODERÁ CONTACTAR-NOS.

APÊNDICE III

Instrumento de colheita de dados

QUESTIONÁRIO

Caro utente,

Sou enfermeiro e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Mestrado. Para a concretização deste trabalho, necessito da sua colaboração, respondendo às questões que de seguida lhe apresento. As respostas são simples e têm por objetivo poder vir a melhorar os cuidados de Enfermagem que são realizados aos doentes desta unidade de saúde.

Não existem respostas certas ou erradas. Peço-lhe que não deixe nenhuma questão por responder.

As respostas serão usadas exclusivamente para a realização do estudo, pelo que a confidencialidade e o anonimato são garantidos.

Tem o direito de decidir livremente se quer ou não responder ao questionário.

Agradeço-lhe antecipadamente toda a atenção dispensada.


Enfermeiro Leonardo Breda

Especialidade cirúrgica (não preencher): _____

PARTE I

Assinale com um (X) a alternativa escolhida ou preencha as linhas em branco.

1) Idade: _____ Anos

2) Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3) Habilitações Literárias/Académicas:

1.º Ciclo Ensino Básico, 4.ª Classe (1.º - 4.º Ano) ☐

2.º Ciclo Ensino Básico (5.º - 6.º Ano) ☐

3.º Ciclo Ensino Básico (7.º - 9.º Ano) ☐

Ensino Secundário ou Equivalente (10.º - 12.º Ano) ☐

Curso Superior ☐

4) Situação profissional:

Estudante ☐ Empregado ☐ Desempregado ☐ Doméstica ☐ Reformado ☐

5) Estado Civil:

Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐ Divorciado/Separado de Facto ☐ Viúvo ☐

6) Número de elementos do agregado familiar:

Sozinho ☐ 2 elementos ☐ 3 elementos ☐ Mais de 3 elementos ☐

7) Alguma vez foi operado?

Não ☐ Sim ☐

PARTE 2

SATISFAÇÃO DOS DOENTES COM A INFORMAÇÃO TRANSMITIDA NO PRÉ-OPERATÓRIO NO HOSPITAL

As questões que lhe vamos colocar estão relacionadas com a informação que obteve no período pré-operatório e a sua satisfação. **Assinale com um círculo (O) a alternativa escolhida.** Não existem respostas corretas ou incorretas.

Estes factos aconteceram:	Sempre	Às vezes	Nunca	Não se aplica/Sem opinião
1. Relativamente à informação necessária para lidar com as suas necessidades, forneceram-lhe (toda, alguma ou nenhuma) informação?	3	2	1	0
2. Sentiu que se preocupavam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3. Relativamente à informação, preocuparam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4. Preocuparam-se em transmitir informação sobre os serviços que tem à sua disposição?	3	2	1	0
5. Preocuparam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
6. Preocuparam-se em explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
7. Procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	3	2	1	0
8. Preocuparam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (folhetos)?	3	2	1	0
9. Quando lhe transmitiam informação preocuparam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
10. Sentiu que o atenderam com simpatia?	3	2	1	0
11. Sentiu que davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
12. Acha que demonstraram ter paciência no atendimento?	3	2	1	0

Considera estar:	Satisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Insatisfeito	Não se aplica/ Sem opinião
1. Relativamente à forma como lhe explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	3	2	1	0
2. Relativamente aos conhecimentos que tinham sobre os cuidados que necessitava.	3	2	1	0
3. Relativamente às informações transmitidas sobre a preparação para a operação.	3	2	1	0
4. Relativamente às informações transmitidas sobre o percurso que iria efetuar no hospital, desde o dia que foi admitido até ao dia da alta.	3	2	1	0
5. Relativamente às informações transmitidas sobre os cuidados de enfermagem depois da operação durante o internamento, nomeadamente:				
5.1. Para controlar a dor.	3	2	1	0
5.2. Para controlar as náuseas e vômitos.	3	2	1	0
5.3. Para iniciar a alimentação.	3	2	1	0
5.4. Para fazer o primeiro levante.	3	2	1	0
6. Relativamente às informações transmitidas sobre os cuidados a ter depois da operação durante o internamento e após a alta.	3	2	1	0
7. Relativamente ao tempo que disponibilizaram para escutar as suas dúvidas e medos.	3	2	1	0
8. Relativamente à quantidade de informação transmitida.	3	2	1	0
9. Relativamente à informação fornecida através do folheto.	3	2	1	0
10. Relativamente à adequação da informação transmitida à satisfação das suas necessidades.	3	2	1	0

APÊNDICE IV

Formulário de informação ao doente e consentimento informado

INFORMAÇÃO AO UTENTE

O meu nome é Leonardo Filipe Tomé Fernandes Breda, sou enfermeiro e encontro-me atualmente a frequentar o IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Para concluir este curso, pretendo realizar um trabalho avaliando a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. Neste sentido, solicito a sua participação no estudo e agradeço a colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente:

Procedimentos: para realizar o trabalho, peço-lhe que preencha um questionário onde lhe solicito algumas informações gerais sobre si e sobre a sua satisfação em relação aos esclarecimentos que lhe deram no hospital, antes da operação. A informação que me der será utilizada exclusivamente para este trabalho e não estará acessível a terceiros. Será garantido o seu anonimato. Depois de terminado o trabalho, poderá saber o resultado através da sua consulta ou contactando-me diretamente.

Riscos e custos: a participação neste trabalho não lhe traz nenhum risco, inconveniente, custo ou encargo, sendo pedido apenas algum do seu tempo para responder às perguntas.

Benefícios: ao responder às perguntas, vai poder transmitir-me se a informação que lhe deram antes da operação foi útil, suficiente, ou se precisava de ser melhor informado acerca do que se ia passar e assim ajudará a melhorar os cuidados de enfermagem aos futuros doentes.

Alternativas: a sua participação é voluntária. Se por algum motivo quiser desistir de participar, em qualquer momento pode fazê-lo não necessitando de justificar a sua decisão. Se decidir colaborar, peço-lhe que assine a folha seguinte onde confirma o seu acordo em participar.

Confidencialidade: Será assegurado o seu anonimato e das informações que me der e garantido que só serão usados para o fim previsto.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: agradeço desde já a sua participação. Poderá contactar-me em qualquer momento para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir, através do número de telemóvel: (Enf.º Leonardo Breda).

Data

__/__/__

Assinatura do investigador



CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Declaro ter lido e compreendido o documento “Informação ao utente”, bem como as informações verbais que me foram dadas pelo Enfermeiro Leonardo Breda sobre o trabalho com o título “Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente”. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no trabalho sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização das informações que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome:

Assinatura:

Data: ____/____/____

Nota: Este documento é composto por duas páginas e feito em duplicado: uma via para o investigador e outra para a pessoa que consente.