



João Faria Mendes
Carregoso

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA DO DOENTE
CIRÚRGICO PROGRAMADO ADULTO NO
PERÍODO INTRAOPERATÓRIO

Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória realizado sob orientação científica do Prof. António Freitas

Setembro de 2014

[DECLARAÇÕES]

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projecto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal,.... de..... de.....

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projecto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal,.... de..... de.....

RESUMO

A Comunicação dos enfermeiros perioperatórios com a família/pessoas significativas de doentes adultos sujeitos a cirurgia programada, durante o período intra-operatório, reduz a sua ansiedade? Com o objectivo de responder a esta pergunta efectuámos uma revisão aprofundada da literatura em fontes primárias. Os achados que resultaram desta revisão científica da literatura mostraram-nos que o período de espera, para os familiares, pode ser um período gerador de níveis de ansiedade elevados. Esta revisão também confirmou aquilo que sentimos na prática clínica, e que levou a que escolhêssemos este tema: os enfermeiros podem ter um papel muito importante nesta fase, diminuindo a ansiedade, evitando potenciais crises, restabelecendo o equilíbrio e aumentando a satisfação dos familiares dos doentes operados e dos próprios doentes uma vez que o envolvimento da família nos cuidados aumenta a colaboração do doente; promove a adaptação do doente à doença; diminui a ansiedade da família; aumenta a satisfação da família relativa aos cuidados prestados; e promove uma atitude positiva em relação à hospitalização. Esta é, sem dúvida, uma área de intervenção da enfermagem importantíssima e prioritária, sobre a qual devem existir mais estudos no futuro, levando à sensibilização dos enfermeiros para a ansiedade da família dos doentes cirúrgicos adultos no período intra-operatório.

Palavras Chave: Família, Comunicação, Ansiedade, Enfermagem Perioperatória, Metodologia de projecto

ABSTRACT

The Communication between perioperative nurses and the family / significant others of adult patients undergoing scheduled surgery during the intraoperative period, reduces their anxiety? In order to answer this question we made an exhaustive review of the existent literature on primary sources. The findings that resulted from the scientific literature review showed us that the waiting period may generate high anxiety levels for the surgical patient family. This review also confirmed what we felt in daily practice, and that led us to choose this theme: nurses can play a very important role at this stage, decreasing anxiety, avoiding potential crises, restoring balance and increasing the satisfaction of the family and patients themselves once the family involvement in care increases patient collaboration; promotes the adaptation of the patient to the disease; decreases the anxiety of the family; increases family satisfaction regarding the care provided; and promotes a positive attitude towards hospitalization. This is, without any doubt, a crucial area of nursing and an important priority, on which there should be more studies in the future, leading to sensitization of nurses for the anxiety of the adult's surgical patient family.

Keywords: Family, Communication, Anxiety, Perioperative nursing, Project Methodology

AGRADECIMENTOS

À minha mulher, Elsa, pelo apoio incondicional e pelo estímulo constante.

Aos meus pais, pelo apoio, incentivo constante, e pelos conselhos.

Aos amigos, pela amizade incondicional constante nas várias etapas da minha formação e vida profissional.

Ao Professor António Freitas, pela preciosa ajuda para ultrapassar bloqueios, indecisões e inseguranças ao longo da realização do estudo.

Aos meus colegas de mestrado, pelo exemplo de resistência.

À minha orientadora, Enfermeira Maria João Coutinho, pelo exemplo diário, pela orientação, ajuda e estímulo constante no sentido de evoluir e de crescer.

LISTA DE SIGLAS e ABREVIATURAS

AAM – Auxiliar de acção médica
AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
AORN – American Operating Room Nurses
BO - Bloco Operatório
BOC - Bloco Operatório Central
CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem
Dm – Dispositivo médico
Enf^o - Enfermeiro
Enf^a - Enfermeira
EORNA – European Operating Room Nurses Association
EPE – Entidade Pública Empresarial
ESEC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESS- Escola Superior de Saúde
FMEA - Failure Mode and Effect Analysis
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
Nº - Número
NHS – National Health Service
OMS - Organização Mundial de Saúde
OE - Ordem dos Enfermeiros
OR-Operating Room
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
Prof^o - Professor
REPE – Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro
SMS – Short Messages Service
SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE DE GRÁFICOS/FIGURAS

GRÁFICO Nº1: CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM (%)	52
GRÁFICO Nº2: IDADE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM (%)	53
GRÁFICO Nº3: ESTADO CIVIL DOS ELEMENTOS DO BLOCO (%)	53
GRÁFICO Nº4: DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DO BLOCO EM FUNÇÃO DE TEREM FILHOS OU NÃO (%)	53
GRÁFICO Nº5: FORMAÇÃO ACADÉMICA	54
GRÁFICO Nº6: DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DO BLOCO EM RELAÇÃO À FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EXTRA-PROFISSIONAL (%)	54
GRÁFICO Nº7: DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DO BLOCO EM RELAÇÃO A DUPLO-EMPREGO	54
GRÁFICO Nº8: DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DO BLOCO EM FUNÇÃO À EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR À ENTRADA NO BLOCO OPERATÓRIO	55
GRÁFICO Nº9: DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DO BLOCO EM FUNÇÃO DA SITUAÇÃO FUNCIONAL NO HOSPITAL X	55
GRÁFICO Nº10: NÚMERO DE HORAS SEMANAIS DE TRABALHO	55
GRÁFICO Nº11: TEMPO DE EXPERIÊNCIA NO BLOCO	56
GRÁFICO Nº12: DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DO BLOCO EM FUNÇÃO DA PREFERÊNCIA DE FUNÇÕES	56
GRÁFICO Nº13: DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DO BLOCO EM FUNÇÃO DA DECISÃO DE IREM PARA O SERVIÇO SER PESSOAL OU INSTITUCIONAL (%)	56
GRÁFICO 14: COMO CLASSIFICA A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO E COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA NO PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO POR PARTE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM?	62
GRÁFICO 15: QUEM É QUE USUALMENTE DISPONIBILIZA INFORMAÇÕES À FAMÍLIA NO DECORRER DAS CIRURGIAS?	63
GRÁFICO 16: FALTA DE SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	63
GRÁFICO 17: INFORMAÇÕES DADAS DE FORMA INCORRECTA	64

(AAM'S, SECRETÁRIA DE UNIDADE...)

GRÁFICO 18: FALTA DE INFORMAÇÃO PRÉVIA AOS FAMILIARES SOBRE CIRCUITO DO DOENTE	64
GRÁFICO 19: INEXISTÊNCIA DE ESPAÇO PRÓPRIO PARA SEREM DADAS ESTAS INFORMAÇÕES	64
GRÁFICO 20: FALTA DE CONDIÇÕES DO ESPAÇO ONDE ACTUALMENTE ESSAS INFORMAÇÕES SÃO DADAS (CORREDOR)- FALTA DE PRIVACIDADE, LOCAL DE PASSAGEM, RUÍDO/BARULHO	65
GRÁFICO 21: CONSIDERA QUE O “GRANDE FLUXO DE DOENTES” DIFICULTA A COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA ?	65
GRÁFICO 22: COMO CLASSIFICA OS RECURSOS HUMANOS PARA REALIZAR ESTE TIPO DE ACÇÕES DE ENFERMAGEM?	65
GRÁFICO 23: QUAL A IMPORTÂNCIA DA FALTA DE COMUNICAÇÃO COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM NO AUMENTO DA ANSIEDADE DA FAMÍLIA NO PERÍODO INTRA OPERATÓRIO?	66
GRÁFICO 24: SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	66
GRÁFICO 25: PROMOVER O ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA DURANTE A CIRURGIA	66
GRÁFICO 26: ELABORAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO SERVIÇO À FAMÍLIA NO PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO	67
GRÁFICO 27: QUAL A IMPORTÂNCIA DE UM CORRECTO ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NO PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO NO SENTIDO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM MAIS HUMANIZADOS E COM MAIS QUALIDADE?	67
GRÁFICO Nº 28: HORAS DE PEDIDOS DE INFORMAÇÃO	114
GRÁFICO Nº29: GRAU DE PARENTESCO DOS INTERESSADOS	114
GRÁFICO Nº30: SEXO DOS INTERESSADOS	114
FIGURA Nº1: CARTA DE DIAGNÓSTICO VIA STREAM ANALISYS	69
FIGURA Nº2: TEORIA DO PROCESSO DE ESPERA DA FAMÍLIA	94
FIGURA Nº3: CENTRAREM-SE NO DOENTE	94
FIGURA Nº4: PASSAR O TEMPO	95
FIGURA Nº5: COMBINAÇÃO DE PENSAMENTOS E SENTIMENTOS	95

FIGURA N°6: DAR E/OU RECEBER APOIO DURANTE A CIRURGIA	96
FIGURA N°7: SUBCATEGORIAS QUE EMERGIRAM DA CATEGORIA: COMO MELHORAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CIRURGIA AMBULATÓRIA, FAMILIAR DO ADULTO	98
FIGURA N°8: CARTÃO INFORMATIVO CRIADO PARA AS FAMÍLIAS	100
FIGURA N°9: ESQUEMA ILUSTRATIVO DA SALA DE ESPERA DO BO Y	111
FIGURA N°10: CARTAZ INFORMATIVO SISTEMA INFORMAÇÃO	112
FIGURA N°11: CAIXA/IMPRESSOS SISTEMA DE INFORMAÇÃO	112
FIGURA N°12: ITEM RELATIVO À SATISFAÇÃO RELATIVA AS INFORMAÇÕES PRESTADAS AOS FAMILIARES	113

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA Nº1 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ESTUDOS PRIMÁRIOS	76
TABELA Nº2 – TRIAGEM DOS ARTIGOS RESULTANTES DA PESQUISA	77
TABELA Nº3 – ARTIGOS SELECIONADOS PARA A RCL MAS INACESSÍVEIS AO INVESTIGADOR	79
TABELA Nº4 – ANXIETY IN SURGICAL PATIENTS' FAMILIES – (KATHOL, 1984)	80
TABELA Nº5 – PERIOPERATIVE NEEDS OF FAMILIES (RESULTS OF A SURVEY) – (CARMODY ET AL, 1991)	83
TABELA Nº6 – ANXIETY OF ELECTIVE SURGICAL PATIENTS' FAMILY MEMBERS - RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY LEVELS, FAMILY CHARACTERISTICS – (LESKE, 1993)	85
TABELA Nº7 – EFFECTS OF INTRAOPERATIVE PROGRESS REPORTS ON ANXIETY LEVELS OF SURGICAL PATIENTS FAMILY MEMBERS – (LESKE, 1995)	86
TABELA Nº8 – INTRA-OPERATIVE PROGRESS REPORTS DECREASE FAMILY MEMBERS ANXIETY – (LESKE, 1996)	88
TABELA Nº9 – CAN PROVIDING PAGING DEVICES RELIEVE WAITING ROOM ANXIETY? – (TOPP ET AL, 1998)	89
TABELA Nº10– PREFERENCES IN SURGICAL WAITING ÁREA AMENITIES – (CARMICHEL E AGRE, 2002)	90
TABELA Nº11– REDUCING THE ANXIETY OF SURGICAL PATIENT'S FAMILIES ACCESS SHORT MESSAGE SERVICE – (HUANG ET ALL, 2006)	92
TABELA Nº12– THE PROCESSO OF FAMILY WAITING DURING SURGERY – (TRIMM E SANFROD, 2010)	93
TABELA Nº13– VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES EM CONTEXTO DE CIRURGIA AMBULATORIA: A FAMÍLIA COMO SUPORTE AO CUIDAR – (OLIVEIRA, 2011)	97
TABELA Nº14– IMPLEMENTATION OF AN INFORMATIONAL CARD TO REDUCE FAMILY MEMBERS' ANXIETY – (MULDOON ET AL, 2011)	99
TABELA Nº15–NURSE LIASON–THE BRIDGE BETWEEN THE PERIOPERATIVE DEPARTMENT AND PATIENT ACCOMPANERS– (LERMANET AL, 2011)	101

INTRODUÇÃO.....	20
I ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
1.1 CUIDAR EM BLOCO OPERATÓRIO.....	24
1.2 A FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA.....	29
1.3 ADAPTAÇÃO AO INTERNAMENTO E À CIRURGIA.....	36
1.4 INFORMAÇÕES À FAMÍLIA NO INTRA-OPERATÓRIO.....	42
II ESTÁGIO.....	50
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	50
2.1.1 CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL (BOC)	50
2.1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO BOC.....	52
2.2 METODOLOGIA DE PROJECTO.....	57
2.3 PROJECTO DE INTERVENÇÃO.....	58
2.3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	58
2.3.1.1 ANÁLISE DO PROBLEMA.....	59
2.3.1.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	60
2.3.1.3 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO/PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO	61
2.3.1.4 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	69
2.3.1.5 DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS.....	69
2.3.2 PLANEAMENTO.....	71
2.3.2.1 REVISÃO CIENTÍFICA DE LITERATURA.....	75
2.3.2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ESTUDOS PRIMÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DE REVISÃO CIENTÍFICA DE LITERATURA.....	75
2.3.2.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA	76
2.3.3 EXECUÇÃO.....	77
2.3.3.1 FORMAÇÃO DA AMOSTRA.....	77
2.3.3.2 SÍNTESE E ANÁLISE DOS RESULTADOS	79
2.3.4 AVALIAÇÃO.....	102
2.3.4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	103
2.3.4.2 LIMITAÇÕES.....	107

2.3.5 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS.....	108
2.3.6 VISITA DE OBSERVAÇÃO AO HOSPITAL Y	109
2.4 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	115
2.5 DESENVOLVIMENTO DAS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS ENQUANTO MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	118
III CONCLUSÃO.....	124
IV REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
APÊNDICE I- CRONOGRAMA DE ESTÁGIO	
APÊNDICE II- QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS	
APÊNDICE III- QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO	
APÊNDICE IV- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
APÊNDICE V – ARTIGO CIENTÍFICO RELATIVO AO TRABALHO DE PROJECTO (REVISÃO CIENTIFICA DE LITERATURA)	
ANEXO I - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES HOSPITAL Y	
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA ENF^a DIRECTORA DO HOSPITAL X PARA A APLICAÇÃO DE DOIS QUESTIONÁRIOS NO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL	

INTRODUÇÃO

O presente relatório reflecte o trabalho de projecto que foi efectuado ao longo do estágio, desenvolvido em contexto de trabalho, permitindo uma reflexão crítica sobre as nossas intervenções. O estágio a que este relatório se refere decorreu no âmbito da unidade curricular de Projecto/Estágio inserida no primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (IPS-ESS), sob orientação do Professor António Freitas, e tutoria da Enfermeira Maria João Coutinho, e teve como objectivos:

- Promover o desenvolvimento de competências em contexto clínico de enfermagem perioperatória
- Promover o desenvolvimento de competências de decisão clínica e decisão ética de enfermagem, em contexto específico da enfermagem perioperatória.
- Aplicar a metodologia de projecto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.

O projecto desenvolvido durante este período partiu de uma inquietação no sentido de perceber se a filosofia descrita pela evidência coincide com a filosofia de acção, ou seja, com o nosso agir. Perante isto, este projecto não é mais do que uma interrogação sobre o que fazemos de menos bem e o que podemos mudar na nossa prática (Oliveira, Martins, & Lopes, 2000). Nesse sentido, o presente relatório tem os seguintes objectivos:

- Enquadrar do ponto de vista teórico, a prática e o projecto desenvolvidos;
- Contextualizar o local onde decorreu o estágio;
- Descrever, de acordo com a metodologia de projecto, todas as fases do projecto desenvolvido;
- Reflectir criticamente a prática desenvolvida à luz das competências do Enfermeiro mestre em Enfermagem Perioperatória.

Para responder a estes objectivos inicialmente fizemos um enquadramento teórico, definindo conceitos e aprofundando conhecimentos, visto que as dimensões exploradas são o enquadramento conceptual de todo o trabalho realizado, fazendo depois uma caracterização do local de estágio. Na fase seguinte fazemos um enquadramento da metodologia utilizada (metodologia de projecto), e uma descrição exhaustiva de todas as fases do projecto de intervenção realizado. Na fase final deste relatório, fazemos uma reflexão relativa às implicações para a prática deste estudo, e uma análise das actividades e competências desenvolvidas enquanto Mestre em Enfermagem Perioperatória, seguindo-se a conclusão.

No bloco do Hospital onde decorreu este estágio a inovação e os avanços técnico-científicos são uma realidade constante, pelo que os enfermeiros possuem uma responsabilidade e uma maior exigência face a cuidados mais complexos. Para a Eorna (1997), os doentes submetidos a cirurgia ou a procedimentos anestésicos têm direito a ser cuidados por pessoal qualificado, num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória, pelo que o enfermeiro perioperatório representa uma garantia de qualidade e segurança nos cuidados de saúde.

Sendo uma das competências dos enfermeiros em geral e neste caso do enfermeiro perioperatório desenvolver sistemas de melhoria continua da qualidade era expectável que, enquanto estudante de um curso de mestrado nesta área interrogássemos o que poderíamos fazer no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A Associação de Enfermeiros de Sala de Operações portuguesas (AESOP), definiu Enfermagem Perioperatória como uma dimensão da Enfermagem de Sala de Operações durante as três fases da experiência cirúrgica do doente permitindo o atendimento do doente/família como um todo, sendo que a família como parte integrante do doente deve ser valorizada. O Instituto para os Cuidados centrados na família dos Estados Unidos sugere que os cuidados centrados na família (Shields,2007) compreendam vários elementos que se baseiam nos conceitos de :

- Dignidade e respeito
- Partilha de informação
- Participação do doente e da família nos cuidados e na tomada de decisão
- Colaboração entre prestadores de cuidados de saúde – doentes – e familiares

O sistema de saúde é abundante em experiências de espera para doentes, famílias, e prestadores de cuidados de saúde (Stefan,2010). Em contexto cirúrgico, nesses períodos de espera, a ansiedade, o medo e o stress são emoções muito frequentes, que têm de ser valorizadas pelos Enfermeiros Perioperatórios. Cabe-nos, a nós enfermeiros, estar atentos a essa problemática, não desvalorizando a família do doente, uma vez que a família serve como elo de ligação influenciando a maneira como o doente responde ao tratamento, à sua adaptação emocional, à doença e à sua reabilitação, e nesse sentido “o seu envolvimento não só assegura cuidados mais consistentes para o doente, mas é também muito benéfico para a família, dando-lhe um sentido de cumprimento e utilidade” (Almeida et al., 1997).

Nesse sentido, escolhemos esta área visto que uma comunicação eficaz com os familiares no período intra-operatório contribuirá para a prestação de cuidados de enfermagem mais humanizados e com mais qualidade, contribuindo para a satisfação dos doentes e suas famílias e para a satisfação dos próprios enfermeiros que vêem o seu trabalho ganhar visibilidade e qualidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001) o enfermeiro, na procura da excelência no exercício profissional diário, tem como meta os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, procurando envolver as pessoas significativas do doente no processo de cuidados e minimizar o impacto negativo que as mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde podem causar. E é nesse sentido que o Enfermeiro assume um papel importantíssimo e vital neste período de crise para o doente e para a família.

A pesquisa bibliográfica que deu suporte teórico e científico a este trabalho foi efectuada entre Abril e Maio de 2013, tendo sido efectuada apenas em fontes credíveis, reconhecidas e válidas.

Este relatório foi elaborado ao abrigo das normas do antigo acordo ortográfico por não nos sentirmos confortáveis com as regras ortográficas do novo acordo ortográfico e nos ser impossível de momento a sua utilização correcta. As normas de referenciação utilizadas foram as da American Psychology Association (APA).

I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para Fortin (1999) a revisão bibliográfica não é mais do que um inventário e um exame crítico do conjunto de documentos pertinentes sobre o domínio da investigação. Este capítulo surgiu da necessidade de definir conceitos e aprofundar conhecimentos, visto que as dimensões exploradas nos próximos subcapítulos são o enquadramento conceptual de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio.

1.1 CUIDAR EM BLOCO OPERATÓRIO

“Qualquer tentativa de descrição exaustiva da enfermagem é, pela sua própria natureza, votada ao insucesso.” (Hesbeen, 2001)

É consensual para vários autores que a natureza dos cuidados de enfermagem tem algo que é constante ao longo dos tempos e que constitui um valor para os mesmos – o cuidar. Cuidar é uma das mais velhas expressões da História do Homem. Desde que existe vida, existem cuidados, sendo necessário tomar conta da vida para que ela possa permanecer com qualidade, o maior espaço de tempo possível. Cuidar é acompanhar, é ser parceiro nos cuidados e estar presente nas passagens difíceis da vida, seja das pessoas cuidadas, seja das suas famílias (Collière, 2001; Ferreira, 2011). Chalifour (1989) descreve cuidar como “dar atenção à pessoa, em tudo o que a caracteriza, tendo em conta o ambiente no qual ela se desenvolve”.

Sendo este trabalho desenvolvido a pensar na família do doente cirúrgico, e a propósito do cuidar em BO, pareceu-nos pertinente enquadrar os cuidados de Enfermagem sob o modelo de Betty Neuman uma vez que este engloba uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente que permite uma maior compreensão do doente em interação com o ambiente, neste caso o cirúrgico. Enquanto sistema, o cliente pode ser considerado como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto. Aqui, importa ressaltar que embora

tenhamos optado por ao longo deste trabalho designar a pessoa submetida a cirurgia por doente, excepcionalmente, no modelo de sistemas de Neuman o termo cliente é utilizado frequentemente, uma vez que o cliente/sistema pode ser um doente, uma família, uma comunidade, etc.

Neuman baseou-se em quatro meta paradigmas para a elaboração do seu modelo de Sistemas: (Tomey & Alligood, 2004)

- Enfermagem: Diz respeito á totalidade da pessoa. Está relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do individuo ao stress.
- Pessoa: Pessoa enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. O sistema do cliente é um composto dinâmico de inter-relações entre factores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. É visto como estando em constante mudança ou deslocação e como um sistema aberto em interacção reciproca com o ambiente. Os clientes são vistos como um todo cujas partes estão em interacção dinâmica, sendo que este modelo considera todas as variáveis que afectam o sistema do cliente: fisiológico, psicológico, sociocultural, e desenvolvimento espiritual.
- Saúde: Um continuo do bem estar ao mal estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança. O bem-estar ou a estabilidade optimal indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas.
- Ambiente: Todos os factores internos ou externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o cliente. As forças internas e externas que afectam e são englobadas pelo cliente, em qualquer altura.

Segundo Marriner-Tomey (1994), Neuman identificou três ambientes relevantes: interno, externo e criado. O ambiente interno é intrapessoal, com toda a interacção contida no cliente. O ambiente externo é interpessoal ou extrapessoal com todas as interacções a ocorrerem fora do cliente. O ambiente criado é inconscientemente desenvolvido e utilizado pelo cliente para sustentar o coping protector. O ambiente criado é de natureza dinâmica e mobiliza todas as variáveis do sistema para criar um efeito isolador que ajuda o cliente a lidar com a ameaça de stressores ambientais, mudando-se a si próprio ou a situação. São exemplos o uso da negação (variável psicológica) Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema.

Segundo George (2000), as intervenções de Enfermagem são acções intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir, e/ou manter a estabilidade do sistema. Podem ocorrer antes ou depois das linhas protectoras de defesa e de resistência serem penetradas.

- Linha de defesa normal: Circulo sólido, exterior ao modelo. Representa um estado de estabilidade para o individuo ou sistema. É preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar do cliente. Inclui variáveis e comportamentos do sistema, tais como os padrões de coping do cliente, estilo de vida, e estágio de desenvolvimento.
- Linha de defesa flexível: O anel externo quebrado do modelo. É dinâmica e pode ser rapidamente alterada num curto espaço de tempo. É entendida como um para-choques protector para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar, conforme representado pela linha de defesa normal. A relação das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento) pode afectar o nível até ao qual os indivíduos são capazes de usar a sua linha flexível de defesa contra uma possível reacção a um stressor ou a stressores tal como a insónia.
- Linhas de resistência: As séries de anéis quebrados que circundam a estrutura nuclear básica denominam-se linhas de resistência. Estes anéis representam os factores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor – sistema imunitário.

Neuman defende a intervenção inicial quando se suspeita ou se identifica um stressor. Essa intervenção, sob a forma de prevenção, pode ser de quatro tipos (Tomey & Aligood, 2004):

- Prevenção primária: é levada a cabo quando se suspeita ou se identifica um stressor. Ainda não ocorreu nenhuma reacção mas o grau de risco é conhecido.
- Prevenção secundaria: envolve intervenções após ocorrência de sintomas de stress. Os recursos interno e externos do cliente são usados no sentido da estabilização do sistema para fortalecer as linhas internas de resistência, reduzir a reacção e aumentar factores de resistência.
- Prevenção terciária: depois do tratamento activo ou do estágio de prevenção secundaria. Centra-se no reajustamento com vista à estabilidade óptima do sistema do cliente.
- Reconstituição: estado de adaptação aos stressores no ambiente interno e externo

Segundo Marriner-Tomey (1994), a prevenção primária é utilizada para proteger o organismo antes que este se depre com um stressor prejudicial envolve a redução da possibilidade de enfrentar o stressor ou a capacidade do organismo se fortalecer para diminuir a sua reacção ao stressor. As prevenções secundária e terciária são usadas depois do organismo enfrentar um stressor prejudicial. A prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença. A prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento.

Escolhemos esta teórica para enquadrar o nosso trabalho, porque a abordagem holística do modelo torna-o particularmente aplicável a clientes que experimentam stressores complexos que afectam múltiplas variáveis do cliente, como é o caso da família do doente cirúrgico. O modelo de Neuman permite abordar a família enquanto sistema, sendo vários os exemplos dessa possibilidade, tendo já sido utilizado noutros estudos como estrutura teórica para gestão de casos abrangentes das famílias do cliente de obstetrícia, ou para descrever a família como um sistema de cliente baseado em dados clínicos e as experiências dos enfermeiros da família (Tomey & Aligood, 2004). Conforme refere Hesbeen (2000):

“Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares (...), com vista a ajudá-los na situação, utilizando para concretizar essa ajuda as competências e qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem.”

Por vezes, os enfermeiros parecem esquecer como agir para focar a dignidade e liberdade do outro. Na agitação do dia a dia, os profissionais de saúde escondem-se por detrás de um escudo das rotinas a cumprir, da falta de tempo perde-se por vezes o essencial da profissão de enfermagem: o cuidar – o respeito por nós próprios e pelo outro, a empatia, o comunicar e a relação de ajuda. Provavelmente, deixa-se a essência de enfermagem enveredando pela prestação de tratamentos técnicos que servem o corpo mas negligenciam a pessoa. Para um enfermeiro cuidador no bloco operatório não exige somente o saber saber, nem o saber fazer visto que o enfermeiro pode perfeitamente memorizar e automatizar os saberes, transformando assim o que devia ser um cuidado num tratamento. Mais do que isto, o enfermeiro do BO deve também desenvolver o seu saber estar, tanto com ele mesmo como com os outros (utentes), precisando desse saber estar para que se possa conhecer mais a si próprio, podendo assim estar em relação com os outros. (Rodrigues, 1996; Lourenço, 2002)

O BO é um local onde a técnica está muito presente. Não podemos esquecer que o doente, seja ele cirúrgico ou não, tem de ser visto em todas as suas dimensões, não valorizando apenas a vertente técnica mas a vertente relacional...uma vez que a prestação de cuidados de enfermagem apenas do ponto de vista técnico, não é suficiente para prestar cuidados com qualidade. Já Osswald (2000) realça a necessidade de humanizar a pessoa doente, que nunca é um caso ou um rótulo.

O BO, sendo um ambiente rodeado de muita tecnologia pode conduzir a uma menor humanização dos cuidados de enfermagem, assim como a um afastamento do cuidar por parte dos enfermeiros. O enfermeiro deve equilibrar a tecnologia com a humanização dos cuidados, isto é, a tecnologia deve ser encarada como uma aliada na prestação de cuidados, na dicotomia do cuidar/humanizar o paciente na sua essência humana. Já Florence Nightingale referiu, fazer pensos e distribuir medicamentos não era suficiente para ajudar os doentes a sobreviverem à situação por que passavam, mas que também era imprescindível “estimular a sua energia interna e vontade de viver, para que assim conseguissem ultrapassar aquele momento” (Valadas ,2000;Fidalgo, 2002).Os cuidados de Enfermagem, para além da técnica, são compostos por múltiplas “pequenas coisas”, que oferecem a possibilidade de demonstrar uma grande atenção ao doente e à sua família/pessoas significativas ao longo de 24 horas (Hesbeen ,2000).

São muitos os autores que enfatizam a componente relacional na prática da Enfermagem, em detrimento da técnica, conforme refere Moniz (2003) referindo que “...tudo aponta para que o relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo seja a pedra de toque do cuidar”. E é nesse sentido que vão as actuais diretrizes da Enfermagem Perioperatória Mundial. A AESOP, definiu Enfermagem Perioperatória como uma dimensão do cuidar nas três fases da experiência cirúrgica do doente...“permitindo o atendimento do doente/família como um todo...” (Aesop, 2006). Vários estudos evidenciaram que o facto dos enfermeiros passarem a ter os seus cuidados centrados no utente e na família em vez de nas técnicas anestésicas e cirúrgicas contribuiu para melhorar os cuidados de enfermagem perioperatórios (Chambel & Cabrita, 2011). E é nesse sentido que a Enfermagem Perioperatória deve caminhar no futuro. Conforme refere (Hennezel, 1997):

“Cuidar, é hoje e continuará a ser, o fulcro da prática da enfermagem, e por mais sofisticado que o desenvolvimento tecnológico venha a ser, a interacção pessoal será sem dúvida

fundamental para a recuperação e manutenção da saúde) e maximizar o bem estar dos indivíduos, famílias e comunidades.”

Cuidar, assume-se como a prioridade perante o doente perioperatório. Mas não só. a Enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, a prática e a investigação sobre o significado que a família dá ao bem estar e à saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga a considerar-se o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de Enfermagem. O enfermeiro, na procura de cuidados de Enfermagem de qualidade deve, procurar envolver as pessoas significativas do doente no processo de cuidados e minimizar o impacto negativo que as mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde podem causar (Ordem dos Enfermeiros, 2001,2002).

Conforme atrás referido no modelo de Sistemas de Neuman, enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, ou comunidade. No contexto da Enfermagem, o Homem é o alvo da actividade profissional, o seu beneficiário imediato e o seu objecto de estudo enquanto disciplina científica sendo que o objectivo major da enfermagem, é ajudar as pessoas a conquistar um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma (Carvalho, 1996; George, 2000; Watson, 2002)

1.2 A FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA

“...a família é aquela que o doente define...”

(Almeida, et al., 1997)

A palavra família deriva do latim “*famulus*” que, epistemologicamente, significa o conjunto das propriedades de alguém, incluindo escravos e parentes. A concepção de família varia consoante a época, mas também a cultura em que se insere, não existindo uma definição universal (Pires,2008). Admite-se que as origens da família se encontrem num período de tempo que oscila entre 2 milhões de anos ou 100.000 anos atrás. Pensa-se que a família se originou pela idade da caça. Ao constituir-se permitiu que os homens caçassem com armas em maiores extensões de terreno enquanto as mulheres ficavam em casa a cuidar dos filhos (Serra,2002).Segundo Boss(2002), uma família é “*um sistema, constituído por personalidades que*

interagem continuamente, com uma história e um futuro comuns, unidos mais por rituais e por regras que compartilham, do que por motivos de natureza biológica”.

Conceber a família como um sistema significa que o todo é mais que a soma de cada uma das partes. No contexto familiar cada elemento influencia os restantes e é também influenciado por eles. Os acontecimentos que envolvem de forma directa ou indirecta todos os membros da família, tais como casamentos, nascimentos, férias, estudos ou funerais. As regras estabelecem as leis tanto para estas ocorrências como para outros aspectos da vida conjunta, definindo a hierarquia do poder interno (Serra, 2002).

A família “é uma unidade básica de crescimento e experiência, desempenho e falha, e também uma unidade básica de saúde e doença”, podendo também ser definida como “*um sistema, cujos vários componentes estão interrelacionados, influenciando-se mutuamente nos papéis e funções que desempenham, não podendo ser compreendidos isoladamente do conjunto, dado que este pela sua estrutura e pela sua organização modela e condiciona o comportamento dos seus membros*” (Ackerman, 1986; Fragoeiro, 1999).

A família também pode ser definida pelas suas funções: “...responder às necessidades físicas e necessidades de saúde dos seus membros, ser um lugar de amor e intimidade e motivação; fornecer raízes psicológicas e sociológicas”, sendo “uma fonte geradora de energia que está em constante interacção com o meio e tem por objectivo a manutenção e a promoção do bem estar no seio familiar” (Bozett (s/d.); Sorensen & Luckman, 1998).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005) em taxonomia CIPE (Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem) a família é :

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

Desta forma verificamos que é um conceito que possui uma elevada complexidade resultante da sua constante evolução, que se encontra associado às profundas transformações que ocorrem na sociedade. As mudanças sociais e as mudanças nos padrões familiares influem-se mutuamente, não fosse também a família uma agregação social (Dinis, 2007).

Segundo Serra (2002), a família tem também uma função protectora, aumentando a probabilidade maior de sobrevivência, uma vez que proporciona um ambiente com condições naturais para espontaneamente surgir uma troca mútua de sentimentos prestando apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos. Como sistema, é susceptível de criar uma barreira defensiva contra as agressões do exterior, facilitando a mobilização e a maturação dos seus membros.

Em relação à tipologia das famílias, Bolander & Sorensen (1998) e Nogueira (2003) consideram vários tipos de famílias, sendo elas:

Família nuclear – também denominada de família de casamento ou conjugal, em que a sua composição é feita pelo pai, mãe e filhos biológicos que monetariamente são independentes; família alargada – constituída pelo casal, filhos, avós e/ou parentes consanguíneos. Estas famílias são menos frequentes do que no passado, no entanto, as que existem têm um espírito muito coeso e de apoio em situações mais problemáticas; família monoparental – formada por um dos pais e um ou mais filhos. Anteriormente, este tipo de família era comum quando um dos progenitores falecia, ou quando existia separação ou o divórcio. Na actualidade, este tipo de família tende a desenvolver-se e a ter reconhecimento na nossa sociedade, pois a mulher solteira tem efectivamente meios para formar uma família quer através de meios artificiais quer através de meios naturais. No entanto, este tipo de família tende a ser vulnerável económica e socialmente. Quando são confrontados com uma situação de doença de um dos seus constituintes, são confrontados com muitos problemas económicos, emocionais e mesmo sociais; famílias mistas – constituídas por um casal com filhos de outra relação e os filhos da sua relação. Poderão ser problemáticas, pois os seus membros têm histórias de vida familiar diferentes, o que pode levar à existência de estratégias e pensamentos divergentes quer para enfrentar problemas de stress e de doença, quer para manter a saúde; família combinada – Inclui padrastos e enteados. Constituir a estabilização destas novas famílias implica grandes esforços, pois também associadas a estas, existem as famílias anteriores em que é necessário inseri-las em toda esta nova dinâmica, o que confere uma duplicação de esforços, no sentido de se constituir a nova família de uma forma estável e equilibrada; família homossexual – o empenho dos seus membros em serem reconhecidos como família é cada vez maior na sociedade actual, verificando-se que, em alguns países, incluindo o nosso, já conseguiram este reconhecimento a nível governamental.

Ausloos (1980) citado por Serra (2002), refere que as famílias podem corresponder a quatro tipos diferentes:

Flexíveis ou flutuantes: São famílias funcionais, adaptáveis, que procuram um ponto de equilíbrio em função das necessidades do momento, mantendo-se abertas para o exterior sem perder a sua coerência interna e têm em conta os resultados das suas acções que ajudam a ampliar ou a restringir o desvio consoante o objectivo traçado e possuem criatividade e maleabilidade; rígidas ou convergentes: não gostam da mudança e constituem um sistema que se fecha progressivamente e acaba por estagnar sendo que nestas famílias encontra-se, por vezes, um membro psicótico; dispersas ou divergentes: caracterizam-se por mudanças frequentes, por vezes tão amplificadas que acabam numa desorganização completa. As fronteiras com o exterior não são claras, o que ajuda a acentuar a instabilidade interna, e portanto são um meio propício ao desenvolvimento de delinquentes; caóticas ou alternantes: oscilam entre a rigidez, que pode ir até ao imobilismo e a destruturação completa e não criam condições que permitam a adaptação funcional e criativa dos seus membros.

Além da família biológica, parece-nos vital abordar a questão das pessoas significativas para o doente, que podem ser muito significativas para o doente. Segundo a OMS (1994): “O conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adopção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família.” Esta definição é corroborada por diversos autores, como Collado (2001), que refere que:

“...a definição de família hoje não se pode limitar aos que os outros observam do exterior. Para além do biológico, o grupo familiar constrói-se por aqueles que, sob um mesmo tecto, ou juntos e sem tecto, se sentem unidos por laços de amor, de intimidade e da protecção dos mais débeis.”

Opinião partilhada por Sampaio e Gameiro (1992) que refere “...de certo modo consideramos que fazem parte da família, elementos não ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo”. A família como unidade funcional que é, também possui funções primordiais para que seja mantido o equilíbrio interno e externo do círculo familiar. De acordo com Imaginário (2004) “É no seio da família que nasce e se partilha o compromisso, a estima a comunicação, o convívio, a plenitude espiritual e a capacidade de enfrentar as tensões e as crises.”

Segundo Pinto (1995), é importante conhecermos determinados parâmetros que possibilitem a avaliação do bem estar do grupo familiar, os quais resultam da dinâmica de funcionamento interna da família no plano das reacções interpessoais, sendo as seguintes:

A adaptabilidade – capacidade para mobilizar os recursos familiares e da comunidade para resolver situações de crise; a participação – capacidade de partilhar os problemas e estabelecer comunicação de forma a resolvê-los; o progressivo crescimento – capacidade de superar as diversas fases do ciclo de vida familiar, de uma forma adulta, que permita a individualização e autonomia de todos os seus membros; o afecto – capacidade de sentir carinho e preocupação por cada familiar e de expressar emoções como o apreço, o amor, e a compaixão; a resolução – capacidade de aplicação de todos os elementos anteriores, compartilhando o tempo e os recursos específicos e próprios de cada elemento da família.

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

No entanto, nem todas as famílias reagem da mesma forma ao mesmo acontecimento. Os acontecimentos de vida podem ser assumidos de duas formas diferentes pela família: Normativo - acontecimentos prováveis, nas distintas fases de desenvolvimento da vida. Estes acontecimentos, sendo conjecturáveis, levam a etapas de contrariedades ou de crise, até que se consiga a harmonização (ex.: casamento, nascimento de um filho); não normativo: podem surgir em qualquer fase da vida, de forma inesperada. Estes eventos podem gerar dentro da família crises e desequilíbrios, até que se esclareçam ideias, posições, e até mesmo responsabilidades, como por exemplo divórcio, morte, ou doença grave de um dos progenitores (Hanson, 2005).

Ao prestar cuidados ao doente/família, os quais constituem o centro de interesse primordial dos profissionais de saúde, estes devem possuir uma série de pressupostos a ter em conta com a finalidade de solucionar a maioria das suas dificuldades: Reconhecer que a família é o núcleo promotor de hábitos de vida saudáveis, de saúde e do bem estar, fonte de apoio e suporte na situação de doença ou limitação; considerar a primazia da família como instância impulsionadora do desenvolvimento harmonioso de cada um dos seus membros; veicular a responsabilidade da família no atendimento integral das necessidades humanas básicas dos

seus membros quer na saúde quer na doença; proporcionar a cooperação da família na solução de múltiplas dificuldades, problemas que a afectam, considerando inadequado a sua falta de participação; proporcionar à família ser interlocutor interessado no decurso do processo terapêutico.

E todos estes pressupostos são de extrema importância na nossa realidade, uma vez que nos hospitais existe um considerável défice de informação aos familiares dos indivíduos internados, sendo esta uma das necessidades mais evidentes no que diz respeito à família, de modo a contribuir para a reunião das melhores condições para lidarem com a situação/problema (Martins,2000; Cabral et al., 2002).

Durante muitos anos, o medico, em consonância com o enfermeiro, assumiram um papel paternalista, impedindo o doente/família o confronto com a informação dolorosa (Fonseca & Videira, 2003).

De acordo com Hanson (2005), a prestação de cuidados, é fundamental centrar-se na família por várias razões: os diversos comportamentos de saúde e de doença são aprendidos no contexto familiar; a unidade familiar é afectada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde, e a família é um factor significativo na saúde e bem estar dos indivíduos; as famílias afectam a saúde do individuo, assim como a saúde e as práticas de saúde do individuo afectam a família; os cuidados de saúde são mais eficazes quando dão ênfase à família e não apenas aos individuo; a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde são importantes para a sobrevivência da sociedade. A evidência teórica, a prática e a investigação sobre o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, obriga a considerar-se o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. Independentemente das revoluções económicas e outras, a família mantém-se como o pilar onde a pessoa, que vai sofrer uma intervenção cirúrgica, se alicerça para a sua recuperação e para enfrentar esse momento (Oliveira,2011).

Aquando da hospitalização de um membro da família as principais necessidades dos familiares são: “...estar informado do estado do doente; receber informações tão honestas quanto possível; poder falar com o médico e estar seguro que o doente recebe os melhores cuidados possíveis” (Bozett, s/d.).

A necessidade de informação, na perspectiva de Liberado (2004), é colmatada de forma plena “quando são fornecidas à família explicações sobre o estado do doente, a conformação de que a pessoa está a receber cuidados de qualidade e a esperança no seu restabelecimento”. Para a família, o facto de se sentir incluída no tratamento do seu familiar “aumenta o sentimento de utilidade podendo diminuir a sua ansiedade, proporcionada quer pela situação clínica do doente quer pela separação” (Martins,2000).

Além de ser uma necessidade, a informação a respeito de um familiar internado é um direito da família. Esse direito é defendido pela Eorna (1997), que refere :

“Tanto o doente como a família e outras pessoas que ocupem uma posição relevante na sua vida, têm o direito a receber as informações necessárias, para além do apoio físico e psicológico essencial para ultrapassar a fase dos cuidados perioperatórios”.

O próprio Código Deontológico do Enfermeiro na alínea c do Artigo 84º, aborda o direito de informação ao individuo e família. A falta de informação pode contribuir para uma percepção inadequada, por parte do doente e família sobre a sua situação clinica, causando ansiedade, dificultando assim o cuidar (Nunes et al, 2005).

Além do Código Deontológico, ainda em relação à importância dos cuidados direcionados para a família do doente o Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro (REPE) da Ordem dos Enfermeiros, no Artigo 5º (caracterização dos cuidados de enfermagem) refere que os cuidados de enfermagem são caracterizados por: “Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade”, e “Utilizarem metodologia científica, que inclui a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Nesse sentido, cabe-nos a nós enfermeiros estar atentos à família do doente, uma vez que esta serve como elo de ligação influenciando a maneira como o doente responde ao tratamento, à sua adaptação emocional, à doença e à sua reabilitação, e nesse sentido “o seu envolvimento não só assegura cuidados mais consistentes para o doente, mas é também muito benéfico para a família, dando-lhe um sentido de cumprimento e utilidade” (Almeida et al., 1997).

1.3 ADAPTAÇÃO AO INTERNAMENTO E À CIRURGIA

“o medo é a mais útil emoção, talvez a mais orientada para a sobrevivência, de todas as emoções. Sem medo temos poucas hipóteses de atingir o estado adulto”.

(Grainer,1991)

O internamento hospitalar, e mais especificamente o ser sujeito a uma cirurgia são um desafio para a pessoa em qualquer fase da sua vida.

Segundo Teixeira (1993) o meio hospitalar é geralmente descrito como impessoal e distante. É estar reduzido ao espaço de uma cama, perder autonomia, liberdade e privacidade, exigindo um elevado esforço de adaptação pessoal. Aquando do internamento, o doente é afastado da sua estrutura familiar e deixa de estar com as pessoas que lhe são queridas, a sua família e amigos, e passa a partilhar a sua vida e a sua intimidade com estranhos (Janeiro,2001).

“...é-lhes pedido que se dispam, subam para camas frias, e tirem qualquer joalheria que tenham, relógio, óculos, ou até os seus dentes. Os familiares são reencaminhados para a sala de espera onde podem experienciar sentimentos de impotência, e ansiedade à medida que a cirurgia se aproxima. Os Familiares podem chorar, os doentes podem entrar em pânico, a frustração pode tornar-se na regra...e não na excepção.o” (Carley & Anderson ,1999)

O facto de o doente ser afastado também do seu local de trabalho aquando do internamento também é prejudicial, pois “ter o tempo preenchido e o sentimento de utilidade e valor próprio é uma das necessidades psicológicas do individuo, para além dos problemas económicos que daí também advêm (Fidalgo,2002). A hospitalização é portanto, por si só, geradora de incerteza e de ansiedade. No caso do doente cirúrgico, tem de ser considerado outro factor desestabilizador, que é a cirurgia, que pode ser considerado um acontecimento desestabilizador devido às inúmeras decisões que o doente tem de tomar e que envolvem ameaça e pelas sérias alterações que implica para o seu bem-estar físico e psicológico. Quando a cirurgia é necessária, o doente é confrontado com um desafio à sua própria existência (Davies,2003).

E é nesse momento de crise que os Enfermeiros desempenham um papel importantíssimo no ajustamento da pessoa à situação de doença e de internamento “tentando minimizar o desequilíbrio que a doença provoca na sua vida” (Neto,1995). O doente sabe que o enfermeiro preocupa-se com ele e o quer ajudar a ultrapassar este acontecimento. O enfermeiro responsável pelo acolhimento do doente e da família deve fazê-lo da forma mais natural possível, sem máscara, com empatia e com atitudes empáticas, o que facilita a comunicação. Dessa forma vai transmitir serenidade e, principalmente, garantir que a humanização dos cuidados é efectiva. Desta forma, o acolhimento assume extrema importância no processo de cuidar cirúrgico (Gonçalves,2006; Oliveira,2011).

A possibilidade de achados inesperados ou doença inoperável pode ser devastador, ser sujeito a procedimentos demorados e a um ambiente estranho causam um aumento da ansiedade. A teoria da crise descreve que a percepção da crise, o apoio e o uso de mecanismos de coping determinam a resolução bem sucedida de uma crise que pode ter como causa a hospitalização sendo que o apoio da família e o seu envolvimento nos cuidados prestados ao doente têm vindo a ser associados a ajudar o doente a lidar com a situação e a contribuir para a resolução de uma crise (Carmody et al,1991). É responsabilidade dos Enfermeiros trabalhar com a família do doente no sentido de facilitar esta adaptação à doença e a proximidade com a família durante o internamento, conforme refere Tomey e Alligood (2004) a respeito do modelo de Virginia Henderson “a finalidade da enfermagem é a independência do indivíduo na satisfação das suas necessidades, e uma das causas da não satisfação é de uma forma directa ou indirecta, a ausência de pessoas significativas”. Conforme refere Bozett(s.d.):

“A família serve como elo de ligação influenciando a maneira como o doente responde ao tratamento, à sua adaptação emocional, à doença e à sua reabilitação. O envolvimento não só assegura cuidados mais consistentes para o doente, mas é também muito benéfico para a família, dando-lhe um sentido de cumprimento e utilidade.”

Os enfermeiros são portanto muitíssimo importantes no processo de adaptação do indivíduo à situação de doença, ao internamento, e ao facto de vir a ser submetido a uma intervenção cirúrgica, que embora possa ser indispensável e benéfica para o doente, pode constituir uma ameaça ao mesmo, provocando no doente e família diversos sentimentos e emoções.

Segundo Sillamy (1983), o termo emoção tem origem no latim *exmovere*, e significa “fazer sair de fora, pôr em movimento”, e é definido como estado somático e psíquico de

instalação súbita, no seguimento de um acontecimento inesperado com uma significação particular para o individuo. Uma emoção pode também ser definida como “Um estado funcional do organismo que implica uma activação fisiológica, um comportamento expressivo e uma experiência subjectiva (o sentimento). O sentimento designa “a consciência subjectiva do nosso estado emocional”. (Chalifour, 1989)

A diferença entre medo e ansiedade não é grande uma vez que têm muito em comum, sendo até por muitos usado indistintamente (Costa & Silva, 1995). Carpenito (1993) difere medo de ansiedade dizendo que “o medo difere da ansiedade, sendo o medo um sentimento relativo a um estímulo conhecido (objecto específico), enquanto a ansiedade é um sentimento relativo a um estímulo que não pode ser facilmente identificável (não específico ou desconhecido).”

A hospitalização pode criar enorme ansiedade/stress quer nos doentes, quer nos familiares. Para Long (1995), a ansiedade é uma reacção adaptativa ao stress da cirurgia, ocorrendo no período pré-operatório, quando o doente faz uma antevisão da cirurgia ou dos problemas pós-operatórios, como a dor, alteração da imagem ou função corporal que possa levar a alterações no estilo de vida.” A literatura comprova que os doentes cirúrgicos experienciam mais ansiedade do que os doentes do foro médico (Gonçalves, 2006).

Na taxonomia CIPE, a ansiedade pode ser definida como “Emoção negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A ansiedade surge como forma de resposta antecipada á cirurgia, e surge no pré-operatório, pois o doente pode considera-la como uma ameaça ao seu estilo de vida habitual, à sua integridade física, à sua própria vida, ou representar mesmo um aumento de dependência na família (Brunner & Suddarth, 1990; Pinar, Kurt & Gungor, 2011).

O medo pode ser definido como “uma emoção provocada pela tomada de consciência de um perigo. É uma reacção afectiva normal do organismo quando exposto a uma ameaça real.” (Charles Darwin apud Costa & Silva, 1995). Na taxonomia CIPE, o medo pode ser definido como “Emoção negativa: Sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Phipps (1990) subdivide os receios relacionados com a cirurgia em quatro categorias: Medo do desconhecido; perda de controlo; perda de amor das pessoas significativas; ameaça à sexualidade. Em contexto do doente cirúrgico, o medo do desconhecido é o mais comum, e

surge pela falta de informação que o doente tem. Quando o diagnóstico levanta dúvidas, o medo da malignidade ocorre frequentemente, mesmo que esta hipótese seja remota (Phipps,1990; Brunner & Suddarth,1990).

O doente associa o medo da anestesia ao medo de não acordar. Este receio é complementado com o medo da dor e da morte. A anestesia geral, provocando perda de consciência pode significar para o doente uma maior proximidade com a morte (Fidalgo,2002). A linguagem utilizada pelos elementos da equipa de saúde é outro factor perturbante para os doentes, pois não é percebida adequadamente e estes têm vergonha de perguntar, ou então distorcem o significado do que ouviram, pelo que ficam ansiosos (Barbosa,1989).

Outro conceito importante, neste contexto, é o conceito de stress. Segundo Serra (2002) a palavra Stress tem origem no verbo latino stringo, stringere, strinxi, strictum que tem como significado apertar, comprimir, restringir. A expressão existe na língua inglesa desde o século XIV sendo utilizada durante bastante tempo e traduz-se numa pressão ou numa constrição de natureza física. Apenas mais tarde, no século XIX, o conceito passou a significar também as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana. O stress representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pela pessoa e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia.

No entanto, quando aplicado à família não é fácil de definir. Segundo Serra (2002) uma situação que tem um grande impacto sobre um dos membros, pode não ter a mesma repercussão em relação a outro. Uma criança pode sentir-se muito perturbada por uma situação de que os pais se riem. Da mesma forma os pais podem estar tensos por algo que deixe os filhos indiferentes. O mesmo autor, define como indutora de stress familiar, toda a ocorrência que seja nova, para a qual a família não está preparada e sendo, por isso, um problema. McCubbin & Patterson (1982) acrescentam que um acontecimento indutor de stress é passível de ocasionar alterações no sistema familiar, nas suas fronteiras, nos modos de interacção, e nos seus valores e finalidades.

Serra (2002) ressaltou o facto de que acontecimentos de vida semelhantes, externos, levam certas famílias a um grau leve de stress enquanto fazem com que outras entrem abertamente em crise: “O Stress na família varia em função do acontecimento indutor, dos recursos que a família possui, e do significado específico que dá ao acontecimento. Da interacção destes factores surge a crise.”

A doença e o internamento implicam alterações dos papéis desempenhados na sociedade e na própria família, tendo ainda em conta a enorme carga psicológica que qualquer cirurgia acarreta. E nesse sentido, a família/pessoas significativas também deverão ser alvo da nossa atenção. Para a família de um doente, a espera durante a cirurgia é a experiência que mais ansiedade causa no período perioperatório, sendo que se preocupam especialmente com esperas inesperadamente longas (Lerman et al, 2011).

Quando um elemento da família vai ser submetido a uma cirurgia, todos os elementos da família sofrem de ansiedade, podendo desencadear uma crise familiar, e o modo como esta se adapta e responde a esta crise pode afectar o doente e o prognóstico da sua doença (Fidalgo, 2002). Nesta linha de pensamento para Martins (2002) quando um dos constituintes da família sofre uma situação geradora de ansiedade e stress, os seus pares sentem como que uma solidariedade, ou seja uma necessidade de se ajustarem ao novo momento. A permanência por internamento num hospital de um familiar é uma situação que altera a rotina diária, não só do doente, mas sobretudo da sua família (Filipini et al,2006), sendo uma situação angustiante uma vez que os familiares ficam afastados de uma pessoa próxima, ao mesmo tempo que veem condicionada a possibilidade de planearem as suas actividades, uma vez que têm de incluir, nas mesmas, esta nova ocorrência (Filho et al, 2004). A cirurgia provoca alterações a nível familiar, como por exemplo as rotinas da casa serem interrompidas e alguns membros da família podem ser de assumir responsabilidades e funções que nunca antes experimentaram (Oliveira,2011).

Todos estes factores levam a que a cirurgia seja uma situação produtora de ansiedade para os familiares, especialmente na fase em que os seus familiares estão no BO. Os familiares de doentes sujeitos a cirurgias, mesmo simples, de rotina, e programadas experienciam ansiedade, particularmente na fase intra-operatória onde referem se sentir isolados, ansiosos e com a sensação do tempo não passar. Há ainda que referir que esta ansiedade, de um familiar nosso ser operado, em termos comparativos, é superior à registada em: doentes sujeitos a coronariografia no pré-operatório; mães de crianças hospitalizadas; familiares de doentes sujeitos a coronariografias; familiares de doentes cardíacos a aprenderem reanimação cardiorrespiratória (Leske,1993).

Um estudo de 1984 feito com as esposas de doentes cirúrgicos adultos revelou que a experiência cirúrgica produziu: Níveis de ansiedade moderados a altos; uma percepção errada do tempo enquanto se espera; perturbações ao estilo de vida; sentimentos de isolamento face a equipa de cuidados de saúde (Carmody et al,1991).

Noutro estudo descritivo, as famílias citaram as seguintes preocupações: Como se sente o doente; medo do futuro; tensão associada ao período de espera e ao tentarem obter informação (Kathol, 1984).

Os doentes aos quais é dada informação, terão uma atitude mais positiva face à cirurgia, levando logicamente a uma recuperação mais rápida, com menos tempo de internamento, (Pinar, Kurt & Gungor,2011) requerendo que a família assuma responsabilidades acrescidas para cuidados pós-operatórios imediatos. O período pós-operatório é muito mais benéfico para o doente quando as suas famílias prestam o devido apoio, que se pode manifestar de várias formas, por exemplo em acompanhar o familiar nas consultas de seguimento, fisioterapia pós-cirurgia, cumprimento da medicação e outros aspectos vitais à recuperação do doente (Leske,1996).

Para conseguir prestar este apoio a família tem de ser capaz de seguir orientações relativas aos cuidados ao doente. Um familiar altamente ansioso, pode ser incapaz de fazer perguntas ou capaz de seguir orientações, além de esse estado dos familiares não ser benéfico para o próprio doente. Nesse sentido, avaliar a ansiedade da família no período intra-operatório é extremamente importante, uma vez que a família é considerada um auxílio essencial e decisivo no acompanhamento do doente na alta. A pesquisa mostrou que o envolvimento da família nos cuidados: Aumenta a colaboração do doente; promove a adaptação do doente à doença; diminui a ansiedade da família; aumenta a satisfação da família relativa aos cuidados prestados; promove uma atitude positiva em relação à hospitalização (Oliveira,2011; Leske, 1993).

Muito do tempo gasto pelos enfermeiros em ações relacionadas com as necessidades da família do doente cirúrgico não é valorizado, ou é tratado de forma “superficial”. Se as necessidades da família não são tidas em linha de conta, o seu suporte ao seu familiar doente pode ser imensamente reduzido. Cada doente e cada membro da família deste necessita de assistência individualizada para lidar com a ansiedade que o pode acompanhar, mesmo que se trate de um procedimento aparentemente simples ou de rotina. Torna-se portanto, vital que o enfermeiro perioperatório esteja informado, saiba identificar factores que pode desencadear de stress e ansiedade, e actuar de forma ajustada. Este deve manter uma atitude positiva face aos problemas que pode ter de lidar neste contexto, resolvendo-os com tranquilidade, criando ligações com a família durante a cirurgia de forma a minimizar a ansiedade e o stress vividos pela família neste período (Kathol,1984;Oliveira,2011).

1.4 INFORMAÇÕES À FAMÍLIA NO INTRA-OPERATÓRIO

“Para que os doentes e suas famílias considerem os enfermeiros como sistemas de suporte efectivos, é essencial que durante a crise tenham possibilidade de encontrar profissionais de enfermagem disponíveis, com conhecimentos e capacidades para os ouvir, encorajar e ensinar”

(Fuerst,1977)

O termo informação, etimologicamente, deriva do latim “*informatio*”, “*informatium*”, que traduz a ideia de dar forma a alguma coisa, apresentar, ensinar ou instruir, o que se explica que no discurso quotidiano o seu significado se aproxime de conhecimento. A dimensão da informação contribuiu decisivamente para os processos de adaptação e tomada de decisão, nomeadamente nas situações de doença e internamento. A informação pode ser entendida como uma necessidade que o homem apresenta quando vivencia uma situação difícil, em que tem de tomar uma opção sobre um determinado assunto. Pode também ser definida como “uma realidade sempre presente, no nosso contexto social e é considerada um direito, mas configura-se como dever para determinados grupos sociais (Parente et al,1998; Nunes, 2001).

Em contexto de informações à família importa também definir uma das principais ferramentas do Enfermeiro: A comunicação. A comunicação é uma ferramenta essencial em enfermagem, estando presente em todas as acções realizadas com o doente e a sua família, seja para orientar, informar, apoiar, ou confortar (Briga,2010).

Para Phaneuf (2005) a comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”. Wright e Leahey (2002) consideram que o foco do estudo da comunicação é a maneira pela qual os indivíduos interagem uns com os outros. Para Salzano (1993), entende-se por comunicação “o intercâmbio de informações, o processo pelo qual a pessoa transmite os seus pensamentos sentimentos e ideias aos outros.”

O processo de informar é uma resposta à satisfação das necessidades humanas, com o intuito de estimular cada pessoa a realizar-se, com a autonomia possível e a assumir a sua

dignidade libertadora (Frei Bernardo, 1996). Nesse sentido, informar está inerente a comunicar.

No que diz respeito ao background das informações que os profissionais de saúde detêm, Fonseca & Videira (2003) dividem a informação relevante para a família/doente em Informação técnica não dolorosa e informação técnica potencialmente dolorosa. Por sermos um grupo privilegiado na transmissão da informação é imperativo adquirirmos e desenvolvermos atitudes baseadas em princípios científicos e valores inerentes à dignidade e liberdade humana, principalmente na transmissão de informação dolorosa (Parente et al,1998). Os familiares, como receptores de cuidados, requerem informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de forma a poderem reunir as melhores estratégias a utilizar, no método de lidar com esta situação ou problema (Wochva, 1997). As respostas às necessidades da família/pessoas significativas dos doentes apontam para a necessidade de ser o enfermeiro o principal elo de ligação. O médico é o profissional a quem os doentes e seus familiares/pessoas significativas delegam responsabilidades e informação, mas quando questionados das expectativas que têm sobre o enfermeiro, esperam que seja o mesmo satisfaça as suas necessidades de momento para que fiquem mais seguros, confiantes e se sintam, acima de tudo, apoiados (Fidalgo,2002).

O enfermeiro desempenha um papel importante ao proporcionar ao doente e família acesso à informação, espaço para que estes possam expressar os seus medos e preocupações, promovendo o restabelecimento emocional. As intervenções de enfermagem a nível familiar devem portanto, incluir apoio, informação sobre a doença, recursos existentes na comunidade, acompanhamento e esclarecimento de dúvidas (Phipps & Cassmeyer, 1990).

Para toda a equipa de saúde e em particular para os enfermeiros é fundamental que saibam estabelecer com os doentes e sua família uma comunicação eficaz. Na perspectiva de Cândido (2001) os factores que influenciam o impacto da informação no doente/família são: Padrões culturais e religiosos; padrões de comunicação entre os membros da família; papéis dos diferentes membros, e suas expectativas; experiências anteriores com a doença; terapêutica instituída; recursos disponíveis de apoio; sistemas de suporte e sua utilização; medos/anseios no sistema familiar; recursos económicos da família; e reacções do doente à doença.

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

O escutar atento dos familiares e amigos e a observação dos comportamentos dar-nos-hão pistas para acções a desenvolver para aliviar a sua ansiedade. É importante que todas as conversas decorram em lugares calmos, preferencialmente num gabinete próprio, onde não sejam possíveis distrações. A linguagem utilizada tem de ser compreensível, isenta de termos técnicos complicados. O enfermeiro deve transmitir confiança no pessoal de saúde e no hospital, recebendo o utente e família num ambiente tranquilo, dizendo o seu nome e fazendo com que se sintam cómodos (Lopes,1994; Janeiro,2001).

No período intra operatório, os cuidados prestados à família devem ser de apoio e esclarecimento em local apropriado e de forma personalizada. Cabe também ao enfermeiro preparar a família/pessoas significativas para o tipo de unidade onde o seu familiar vai ficar, assim como drenos, monitorização e infusões. Facilitar o contacto com o cirurgião, tranquilizar a família sobre o possível tempo de permanência do doente no bloco, tudo isto contribui para tranquilizar a família/pessoas significativas, preparando-as para melhor poderem ajudar o seu "doente" no período pós-operatório (Fidalgo ,2002).

Segundo Sá & Machado (2006) a comunicação humana, especialmente a que se processa frente a frente, é sobretudo não verbal. E esta é de extrema importância, já que alguns sentimentos, atitudes e apelos poderão ser transmitidos desta forma. A expressão facial pode revelar vários sentimentos, desde medo a outros, sendo facilmente identificável em várias culturas, visto ter a mesma ou semelhante manifestação.

O enfermeiro deve assim observar atentamente o facis do utente numa tentativa de identificar os seus sentimentos e receios. Para o autor acima citado, o enfermeiro não se pode esquecer que também ele é uma pessoa com sentimentos, os quais expressa facilmente.

A expressão do enfermeiro poderá acalmar o utente se esta for calma, simpática e sorridente, transmitindo confiança. Pelo contrário, uma cara franzida, fechada, ansiosa, pode transmitir medo ao utente, porque ele desconhece as razões pelas quais o enfermeiro está assim: será que é por a situação ser grave (...) ou porque está preocupado com algo na sua vida pessoal?” (Janeiro,2001). O enfermeiro deve ter em atenção a forma de comunicar verbal e não verbal, pois o seu comportamento pode ser mal interpretado e provocador de stress (Pinto, 2003). Carley & Anderson (1999) referem que outra maneira simples e barata de reduzir o stress em contexto perioperatório é sorrir.

“Pense sobre isso. Um sorriso não demora nada, não custa nada, e toda a gente tem um. Quando alguém recebe um sorriso, o mais provável é que retribua. Quando se trocam sorrisos, as pessoas sentem-se bem. Cada vez que uma pessoa sorri, os músculos da face mandam uma mensagem de alegria ao cérebro. E porque a alegria é o oposto da tristeza, um sorriso anula a capacidade do cérebro de estar noutra estado que não alegre, mesmo que seja apenas por um momento...”

O tom de voz é outro aspecto a considerar pois por vezes é mais importante a forma como se dizem as coisas do que aquilo que se diz. O tom de voz do utente também tem de ser avaliado e lembra-nos que uma pessoa ansiosa tem muitas vezes dificuldade em expressar-se. Também a avaliação da postura corporal do utente é fundamental para detectar os seus sentimentos. Da mesma forma que a postura física do enfermeiro é importante para o utente, pelo que quando o enfermeiro vai falar com ele o deve fazer sempre que possível sentado, demonstrando assim disponibilidade, mesmo que não tenha muito tempo. Por vezes a utilização do toque na mão ou no ombro do utente ajuda pois transmite empatia por parte do enfermeiro (Dugas, 1984).

As respostas devem ser sucintas, específicas, com a máxima informação possível, e numa linguagem acessível ao utente, não esquecendo de verificar se ficaram algumas duvidas. As respostas de tranquilização como “não se preocupe” ou “acontece isto com toda a gente” são na opinião de Dugas (1984) frases que todos somos tentados a utilizar, não o devendo fazer pois podem ser interpretadas pelo utente como se o enfermeiro não desse importância ao seu pedido. Também perante a verbalização concreta do medo, quer seja o medo sentido em geral, quer seja o medo específico da cirurgia, devem ser evitadas situações que demonstrem insensibilidade e rejeição, com respostas como “não fique com medo”, ou “todas as pessoas sentem a mesma coisa”. Epstein (1977) aconselha a utilização de perguntas

como “gostaria de me dizer o que está a sentir?” ou “o que posso fazer por si?”, uma vez que considera que estas perguntas podem ajudar a diminuir o medo ou vergonha do utente dizer o que quer, ou até querer falar mas sem saber como dizer.

Para esclarecer melhor o utente, o enfermeiro deve saber o que lhe foi dito pelo cirurgião de modo a avaliar o seu conhecimento e entendimento, de forma a completar com explicações mais pormenorizadas ou em linguagem mais acessível algo que não tenha ficado claro e não dar nunca informações contraditórias. Simon (1993) considera de grande importância a forma como é dada a informação e aponta várias formas: verbal directa feita pelo próprio cirurgião, ou enfermeiros ou por intermédio de folhetos informativos, podendo no entanto, e na nossa opinião, utilizar ambos pois um é complemento do outro.

Com a evolução das novas tecnologias, urgem novas formas de comunicar com os familiares do doente cirúrgico. Inicialmente podemos considerar estes meios de informação algo frios e impessoais, mas nos dias de hoje com grande produção cirúrgica e gestão rigorosa de tempo e pessoas, podem ser um valioso aliado, desde que a informação seja entendida de forma clara e eficaz, perceptível e isenta de terminologia, para que se obtenha um impacto terapêutico (Fonseca & Videira,2003). Um estudo dos enfermeiros da University of Virgínia Medical Center em 2008 revelou que a ansiedade dos familiares/amigos pode ser diminuída através de um simples telefonema de um minuto. Os telefonemas foram feitos de duas em duas horas, e as mensagens eram do tipo:

“A cirurgia está a decorrer como planeado, nós telefonaremos daqui a 2 horas.”

No Thomas Jefferson University existe uma sala de espera onde são dadas, por um enfermeiro, informações aos familiares sobre como está a decorrer a cirurgia. Este hospital fornece apoio aos familiares acreditando que estes desempenham um importante papel na recuperação dos doentes. Há ainda hospitais americanos que estão a utilizar o Twitter como meio de informação aos familiares Ex.: Children’s Mercy ou Hospital in Kansas City, pelo que a comunicação com a família do doente cirúrgico por via de mensagens ou telefonemas pode ser uma boa opção para a redução da ansiedade, quando em termos logísticos não há um espaço próprio ou disponibilidade dos enfermeiros para darem essas informações pessoalmente (Almeida & Cardoso, 2010).

Importa no entanto ressaltar, que apesar de terem sido feitas comparações das informações dadas pessoalmente e por outras vias (Telefone, Pager, SMS...), a informação dada

pessoalmente continua a ser, à luz da evidência existente, a mais eficaz no sentido da diminuição da ansiedade (Leske, 1996).

Para além das vantagens que um correcto acompanhamento dos familiares do doente cirúrgico tem para os próprios doentes e suas famílias, este tipo de actividades é benéfico para os próprios enfermeiros. Santos e Peixoto (1998), chegaram à conclusão que “para além dos benefícios que representa para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, aumenta o grau de satisfação dos enfermeiros.” .

Outro ponto de relevo a abordar é a dificuldade que os enfermeiros perioperatórios podem ter em “enfrentar” a família, especialmente quando se é portador de más notícias. Na reafirmação da autonomia da pessoa e o direito de decidir a sua própria vida, em termos futuros, não há forma de continuarmos a reter deliberadamente a informação. Contudo, estamos conscientes das nossas dificuldades em lidarmos com a resposta emocional dos doentes face á transmissão de más notícias (Fonseca & Videira,2003). Transmitir informações aos doentes/familiares é sempre factor gerador de algum *stress*/preocupação para quem transmite (enfermeiros) e para quem recebe (doente/família). Por vezes, o excesso de trabalho dos Enfermeiros pode levar a que não haja disponibilidade para se estabelecer o diálogo de forma tranquila e conseqüentemente transmitir informações concretas e bem definidas. O cenário é agravado quando as notícias são más. Entende-se por má notícia todo tipo de anúncio que produz sensações desagradáveis em um de seus agentes, especialmente aquelas associadas a diagnosticar e prognosticar doenças (Borges et al,2012). A comunicação de más notícias, deve ser feita à medida que for necessário, de modo ao receptor da informação não entrar em desequilíbrio. Deste modo poderão ir gerindo a situação de uma forma gradual, para lidarem com a situação em que se encontram. Não nos podemos esquecer que o doente/família vivem não só num clima de grande instabilidade mas também num clima de esperança. Esperança essa que pode ser influenciada pelo processo informacional (Fonseca & Videira,2003).

A comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde, constituindo-se uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Apesar do desconforto, comunicar más notícias faz parte da rotina dos profissionais de saúde, que enfrentam grande dificuldade diante de tal compromisso (Borges et al,2012). A maioria dos profissionais de saúde não se sente preparado para a comunicação da má notícia, sendo uma situação passível de gerar medos e ansiedade no próprio

profissional de saúde, que durante os seus curso refere não terem sido devidamente preparados para lidar com as emoções e sentimentos dos doentes e familiares perante a doença grave e a morte (Borges et al,2012).

Idealmente, este papel poderia ser feito rotativa por todos os enfermeiros do BO, mas é requerida experiencia e familiarização com as especialidades cirúrgicas e bons skills de comunicação e intervenção em crise (Carmody et al,1991). Na nossa opinião este é um assunto que deve ser sujeito a mais investigação de forma a gerar conclusões que ajudem os profissionais de saúde a lidar com este tipo de situações. Será no sentido de procura de novas formas de cuidar, que os enfermeiros perioperatório têm que fazer um grande investimento, sendo capazes produzir conhecimentos próprios que tornem visível aos olhos dos outros, aquilo que consideramos o campo de saberes do cuidar perioperatório com o objectivo de melhorar o acolhimento e o cuidar ao doente como à sua família/pessoas significativas (Fidalgo,2002).

Inegáveis as vantagens para a família e doente da passagem de informação para ultrapassar o momento de crise é importante parar para pensar nos aspectos éticos que envolvem a informação em meio hospitalar. Esta é uma problemática complexa antiga, que permanece actual em algumas situações, quer a favor, quer contra a revelação de (más) notícias (Fonseca & Videira,2003), sendo este um campo particularmente sensível e controverso. Nunes (2001) equaciona qual a interpretação da família/individuo neste processo, já que a informação sobre cada um, a cada um pertence. A mesma autora, citando um excerto da intervenção do Prof. Walter Osswald como comentador na mesa “O dever de informação” no seminário Informação e confidencialidade (Dezembro de 2000-Universidade Católica) refere que o dever de informar o doente ou a família “não são grandezas do mesmo género, ou seja, o dever de informar é ao doente e não á família e não a todos os colegas de equipa.”. Torna-se então crucial assegurarmo-nos que a informação facultada à família é facultada de acordo com a vontade expressa do doente.

É prática usual em Portugal ocultar a informação sendo possível a ocultação da verdade. De facto, a informação disponibilizada por nos enfermeiros só tem sentido se corresponder á verdade. Contudo, o termo verdade por vezes associa-se à verdade possível, o sinónimo de prudência. Devemos ser prudentes mas é inaceitável admitirmos a mentira, que dificulta uma relação de confiança com os doentes e família. Nada transmitir de falso nem nada omitir de verdade, poderá ser um auxílio para as decisões mais delicadas (Parente et al,1998).

O estágio desenrolou-se entre 11 de Março e 4 de Julho de 2013, com uma carga horária de 236 horas num Hospital da zona da Grande Lisboa, a que vamos atribuir o nome de Hospital X.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Sendo este relatório uma análise ao percurso efectuado durante este estágio pareceu-nos pertinente fazer a caracterização física e de recursos humanos do Hospital onde decorreu o estágio

2.1.1 CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DO BLOCO OPERAÓRIO CENTRAL (BOC)

O BOC está localizado no 5º piso do edifício central, e é constituído por 8 salas operatórias que se encontram repartidas por quatro blocos (Bloco I, Bloco II, Bloco III e Bloco IV), uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos com doze camas, gabinete de secretariado, gabinete da enfermeira chefe, sala de reuniões e uma copa. Cada bloco tem duas salas, designadas por sala A e sala B. No Bloco I Ortopedia/Traumatologia ocupa ambas as salas. O Bloco II tem ambas as salas a funcionarem com a especialidade de cirurgia geral. No Bloco III, a sala A está atribuída à Cirurgia Vasculuar e a sala B à Urologia. No Bloco IV funciona, recentemente, o Bloco de Urgência (BUC).

As salas dos blocos I, II e III funcionam das 8h00m até às 21h00m, com excepção de Cirurgia Vasculuar que funciona apenas até às 15h30m, disponibilizando posteriormente a sala da Cirurgia Vasculuar para uma terceira sala de urgência e/ou para Transplantes Renais / Colheitas Multiorgânicas. O Bloco de urgência funciona 24h.

Construído há mais de 50 anos, o BO Central do Hospital X apresenta algumas deficiências

estruturais que comprometem a dinâmica ideal de um bloco de um hospital central, com diversas especialidades cirúrgicas, com uma grande diversidade de utentes e uma taxa de ocupação de salas operatórias cada vez maior. A estrutura do Bloco mantém-se inalterada desde a concepção do hospital, o serviço é constituído por um corredor único, onde cada bloco tem uma única porta para entrada e saída de doentes, materiais e sujos.

Um dos factores indispensáveis quando se pensa na estrutura de bloco e em circulação de pessoas, utentes e materiais é “o estabelecimento da regra de assépsia progressiva”, que se refere à sala de operações como “ambiente limpo” e aos espaços reservados ao público como “ambiente sujo”, originando um tráfico controlado, limitado e com barreiras para o pessoal, utentes, e materiais, (Aesop, 2006). Idealmente estes nunca se cruzam na entrada e saída do bloco, tendo circuitos próprios e um percurso unidirecional. No nosso caso, isto não é possível, por questões estruturais. Embora a literatura mostre que utentes, materiais e pessoal podem utilizar os mesmos circuitos de entrada e saída no bloco, isto só seria possível com uma disciplina rígida e um cumprimento rigoroso dos protocolos de circulação dos doentes, o que nem sempre acontece. (Bilbao, 2011)

Cada bloco tem uma área periférica às salas, onde se armazena o material, limpo e estéril, uma área de desinfecção e entre as duas salas existe uma zona de lavagem de material, que posteriormente é acondicionado e enviado nos respectivos contentores para a central de esterilização, que se encontra no mesmo piso do bloco central. Em cada sala está disponível um carro de apoio à anestesia, o ventilador, um desfibrilhador, um carro de apoio à circulação, mesas cirúrgicas, e monitores para visualização dos exames complementares de diagnóstico. Os registos de enfermagem são feitos em suporte informático, no entanto, este não se encontra disponível no recobro, pelo que se imprime os registos operatórios, de modo a garantir a continuidade da informação nos cuidados prestados ao doente cirúrgico.

Actualmente no BOC exercem funções 48 Enfermeiros, garantindo sempre 3 enfermeiros por sala, conforme mandam as boas práticas.

O serviço conta ainda com a colaboração de 24 Assistentes Operacionais (sendo 4 deles Transportadores) e 2 Assistentes Administrativos.

O serviço de Anestesia do hospital, desde Junho de 2009, passou a fazer parte do Serviço do BOC, sendo os enfermeiros do serviço de anestesia que asseguram a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

2.1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO BOC

De modo a caracterizar a equipa de enfermagem do BOC, aquando do estágio enquadrado na primeira pós-graduação em Enfermagem Perioperatória (Em Julho de 2011) realizámos um questionário com onze perguntas fechadas (Apêndice II). Não foi possível aplicar o questionário a todos os elementos, devido ao facto de, aquando da aplicação deste questionário o bloco se encontrar em obras, motivo pelo qual 7 pessoas estavam de férias, e 6 de licença de maternidade, tendo sido apenas possível aplicar o questionário a 35 enfermeiros. Sendo o âmbito deste trabalho a cirurgia programada, e sendo a integração do BUC no BOC relativamente recente, foram apenas distribuídos questionários aos Enfermeiros do BOC, e não aos do recém integrado BUC. Apesar de terem passados dois anos da aplicação deste questionário a equipa mantém-se praticamente inalterada pelo que os dados recolhidos na altura se mantêm válidos.

Apesar de não ser possível fazer o questionário aos 48 enfermeiros do BOC, consideramos que 35 enfermeiros são uma amostra bastante significativa, que nos permite ter uma percepção das características de toda a equipa. Assim foram obtidos os seguintes resultados:

A equipa de enfermagem do BO é maioritariamente do sexo feminino (86%), havendo apenas 14% do sexo masculino. Embora a evolução socioprofissional da enfermagem tenha permitido, nos últimos anos, uma maior procura e ingresso de indivíduos de sexo masculino, os dados revelam que continua a ser uma profissão maioritariamente feminina.

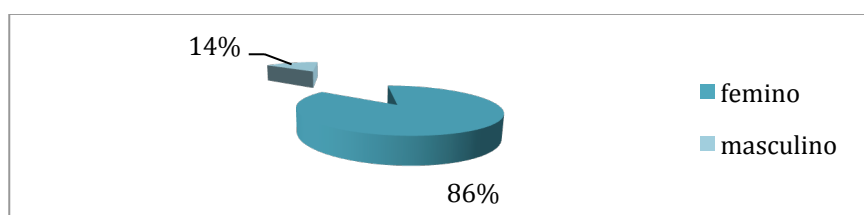


Gráfico nº1: Caracterização da equipa de enfermagem por sexo (%)

Relativamente à faixa etária a maioria dos enfermeiros encontra-se no intervalo de idades dos 23 aos 39 anos. No entanto, como se verifica no gráfico nº2 podemos concluir que a equipa de enfermagem é muito homogénea em relação às idades.

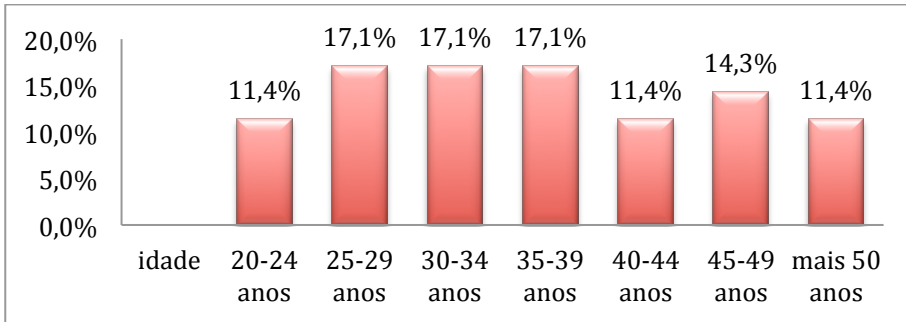


Gráfico n°2: Idade da equipa de enfermagem (%)

No que se refere ao estado civil, e como podemos observar no gráfico n°3, 53% dos elementos são casados, 41% solteiros e 6% são divorciados, não havendo ninguém viúvo.

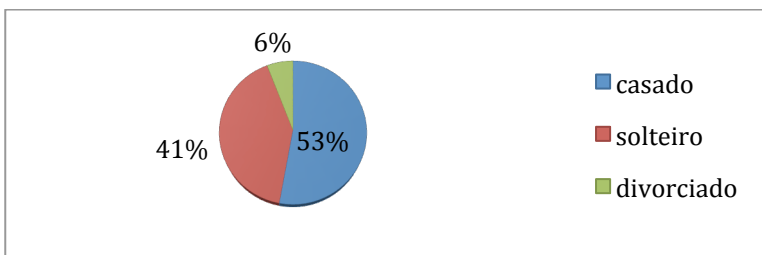


Gráfico n°3: Estado civil dos elementos do bloco(%)

Grande percentagem (62%) dos enfermeiros tem filhos, conforme o gráfico n°4 nos mostra.

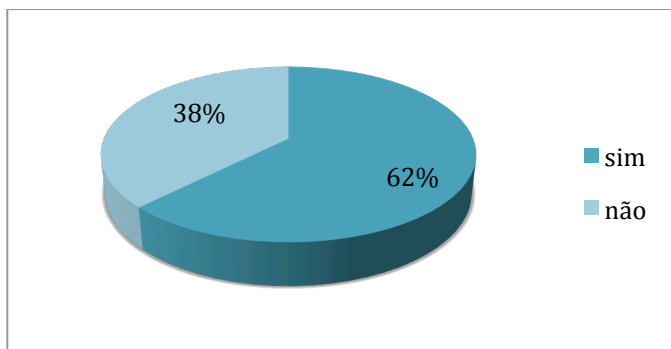


Gráfico n°4: Distribuição dos elementos do bloco em função de terem filhos ou não(%)

No que representa a formação académica, podemos observar que maioria dos elementos do bloco é licenciada em Enfermagem. A denominação “curso geral de enfermagem” gerou alguma confusão, pelo que o valor de 6.1% pode ser questionável. Não há elementos com mestrado ou doutoramento.

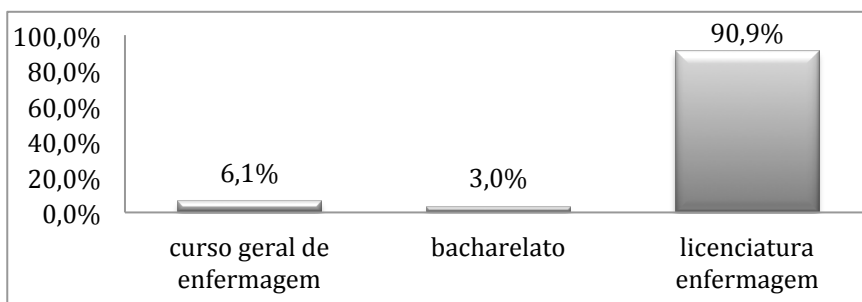


Gráfico n°5: Formação académica

Em relação a formação extra não dada em contexto profissional, a maioria dos elementos do bloco não possui nem frequenta qualquer tipo de formação.

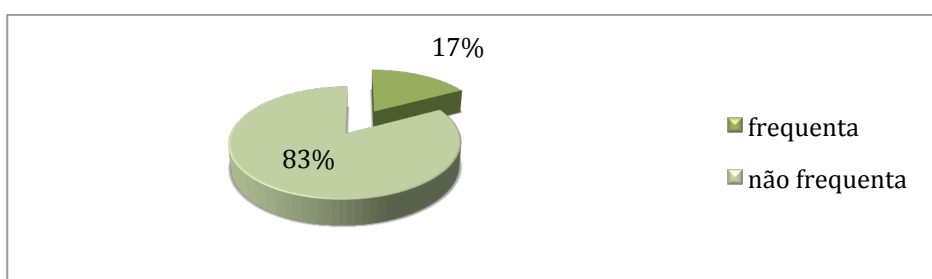


Gráfico n°6: Distribuição dos elementos do bloco em relação à frequência de formação extraprofissional(%)

64,7% dos elementos do bloco não tem duplo emprego. Dos 2,9% que têm duplo emprego a maioria trabalha menos 16 horas semanais. Esses 2,9% trabalha também em BO.

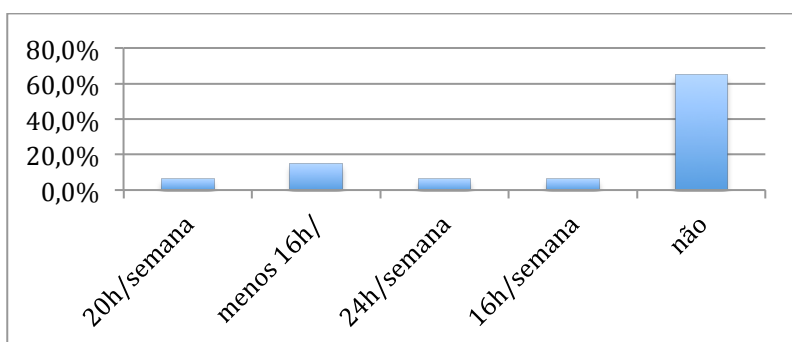


Gráfico n°7: Distribuição dos elementos do bloco em relação a duplo-emprego

Cerca de 66% dos enfermeiros que responderam ao questionário têm experiência profissional anterior à sua entrada no bloco, todos estes trabalharam em serviços cirúrgicos (cirurgia I, cardiotorácica, ortopedia, cirurgia II).

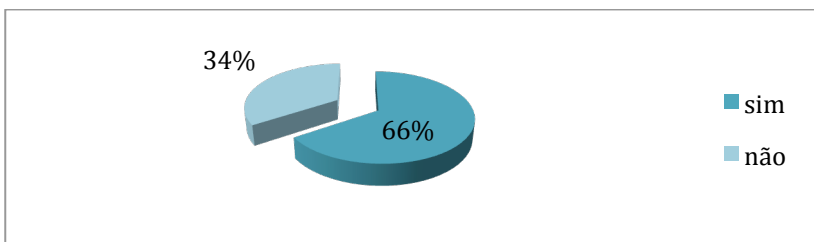


Gráfico n°8: Distribuição dos elementos do bloco em função à experiência profissional anterior à entrada no bloco operatório

Em relação à situação funcional no Hospital X, 55,9% tem um lugar no quadro, e 44,1% possuem um contrato de trabalho, sendo que, a maioria trabalha 40 horas semanais, conforme os seguintes gráficos, n°9 e n°10.

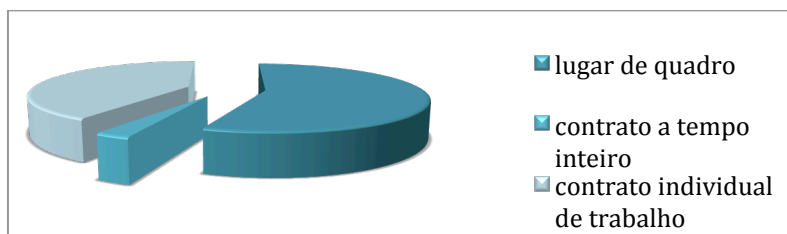


Gráfico n°9: Distribuição dos elementos do bloco em função da situação funcional no Hospital X

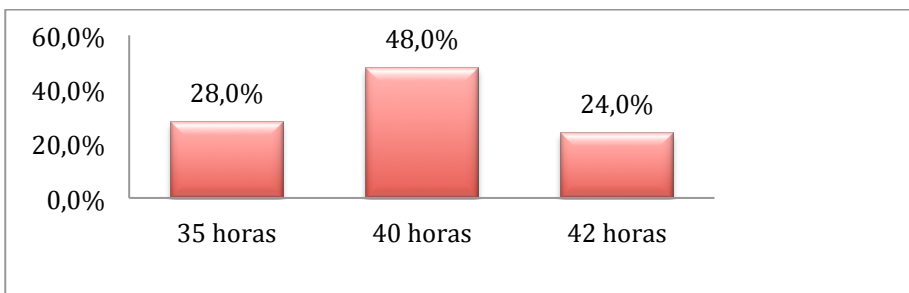


Gráfico n°10: Número de horas semanais de trabalho

Em relação ao tempo de experiência no serviço, de acordo com o gráfico seguinte, mais de metade dos enfermeiros que responderam ao questionário trabalham a menos de 10 anos.

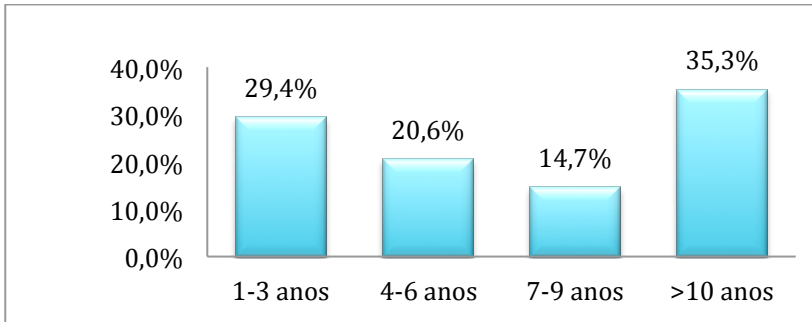


Gráfico n°11: Tempo de experiência no bloco

Apesar de praticamente todos os elementos estarem integrados nas quatro funções, a preferência dos inquiridos recai sobre a função de instrumentista, com cerca de 60% das respostas.

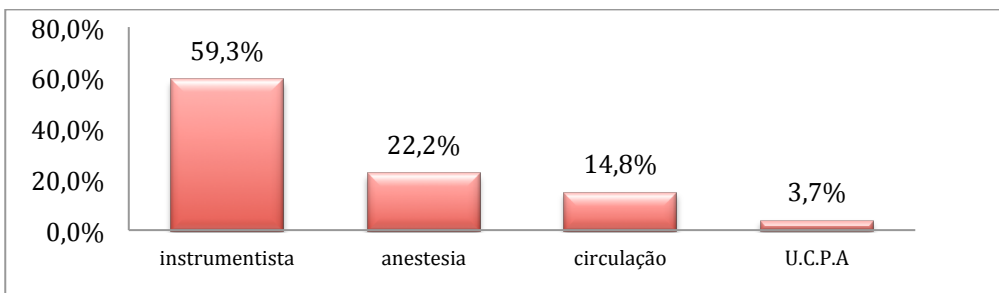


Gráfico n°12: Distribuição dos elementos do bloco em função da preferência de funções

A maioria dos elementos (76%) está a exercer funções no bloco por opção pessoal, enquanto que apenas (24%) está no bloco por necessidades da instituição.

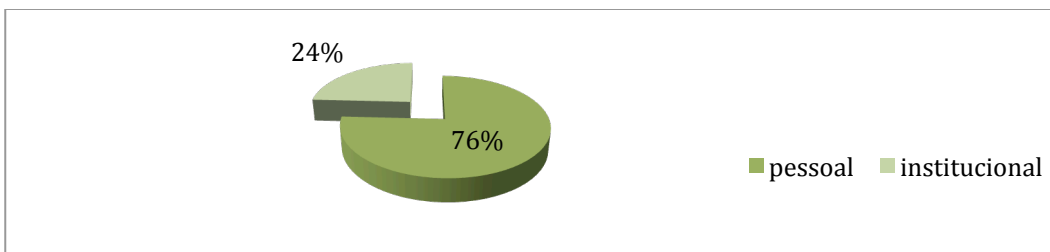


Gráfico n°13: Distribuição dos elementos do bloco em função da decisão de ir para o serviço ser pessoal ou institucional(%)

2.2 METODOLOGIA DE PROJECTO

Para Barbier (1993), um projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã. É um futuro a fazer de um amanhã a concretizar, é uma ideia a transformar num acto. Esta foi a metodologia de investigação seleccionada, visto ser a que melhor se adapta a esta problemática, e por ser a que melhor responde às nossas necessidades formativas (projecto de auto-formação).

Etimologicamente, o termo *projecto* deriva do latim: *projectare* – que significa lançar para a frente, atirar e terá surgido pela primeira vez no século XV. Assim, *projector* significa investigar um determinado tema, problema ou situação com o objectivo de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade (Ferrito et al,2010).

O projecto é assim um plano de trabalho que tem como objectivo resolver/estudar um problema que preocupa os intervenientes que o irão realizar, podendo ser definido como uma metodologia, ou seja: um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspecto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projecto, focando-se na investigação, análise e resolução de problemas (Leite et al,2001).

O trabalho de projecto não é apenas uma investigação a propósito de um problema, mas uma tentativa de intervenção, com vista à resolução eficaz desse mesmo problema, sendo que o trabalho de projecto se aproxima bastante da investigação – acção. No trabalho de projecto, há uma relação entre a teoria e a prática em que o investigador interfere no próprio campo da investigação, estando directamente implicado nas consequências da sua acção e intervenção, permitindo ao investigador compreender melhor a realidade da população que é afectada pelo problema, o que permite também uma melhor planificação e uma acção mais directa e dirigida para transformar e melhorar essa realidade. Isto confere ao projecto uma característica investigativa, produtora de conhecimento (a realidade) para os intervenientes (Leite et al,2001).

A metodologia de projecto é assim constituída pelas seguintes fases:

Diagnóstico da situação;

Planificação das actividades, meios e estratégias;

Execução das actividades planeadas;

Avaliação;

Divulgação dos resultados.

Nesse sentido, e seguindo as fases da metodologia de projecto acima apresentada, nos capítulos seguintes vamos descrever todas as fases do projecto desenvolvido durante o período de estágio.

2.3 PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Antes de fazermos a descrição de todas as fases deste projecto de intervenção, importa referir que não houve intervenção na prática uma vez que este projecto de intervenção é um projecto de auto-formação. Só uma análise aprofundada sobre esta problemática vai permitir, no futuro, abordar o problema correctamente e dar resposta a todos os problemas parcelares que compõem este problema com a consciência de todas as variáveis que o compõem.

2.3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No diagnóstico de situação, o investigador concebe um mapa cognitivo da situação-problema identificada, um modelo descritivo da realidade sobre a qual se quer actuar e mudar. É um processo dinâmico, permanente, e com actualizações ao longo do tempo. Trata-se portanto de um processo contínuo, no qual não se parte do mesmo ponto inicial mas de um ponto aperfeiçoado, com o objectivo de ter em conta as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respectivos serviços, não descurando as dificuldades e complicações inerentes. O conceito de diagnóstico da situação implica referir outros dois conceitos, o de problema e o de necessidade, e na relação entre estes. A necessidade pode ser definida como “a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir”, representando o que é preciso para resolver o problema identificado (Ferrito et al,2010).

O Diagnóstico da Situação, enquanto conceito mais alargado do que a identificação de problemas, deve consolidar a análise do contexto social, económico e cultural onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes. A definição do problema constitui o início de uma investigação ou de um projecto. De uma

forma geral, o problema caracteriza-se por identificar, descrever, estabelecer relações entre as variáveis, apreciar a pertinência e precisar o objectivo. A definição do problema é um elemento fulcral para um diagnóstico correcto, pois é nesta fase que se identificam e relacionam entre si os problemas mais relevantes da situação ou instituição, aquando da nossa avaliação (Ferrito et al, 2010).

Segundo Almeida & Freire (2007) um problema deve: Ser concreto e real; Reunir condições para o estudo (recursos técnicos e materiais, disponibilidade por parte do contexto onde é realizado); Ser operacionalizado através de uma hipótese científica; Ser relevante para a teoria e/ou prática; Estar formulado de forma clara e perceptível por outros investigadores.

No decorrer do período de estágio, e enquadrado na metodologia de projecto foi identificado um problema que será analisado no sub-capítulo seguinte.

2.3.1.1 ANÁLISE DO PROBLEMA

O Hospital onde decorreu o estágio abrange uma grande área de influência, contando ainda com um grande número de doentes cirúrgicos reencaminhados dos Hospitais distritais e dos PALOP, pelo que o BOC tem um grande fluxo de doentes cirúrgicos. O Hospital, com cerca de 60 anos, peca em condições físicas, nomeadamente na inexistência de um espaço próprio para os familiares aguardarem o decorrer das cirurgias, ficando estes num espaço adaptado à entrada do bloco que tem notória falta de condições (Falta de privacidade, ruído, local de passagem de doentes...etc.).O grande fluxo de doentes, associado à escassez de recursos humanos e à falta de sensibilização da equipa de enfermagem leva a que não seja possível dedicar tempo a actividades menos técnicas mas muitíssimo importantes para o doente, como a visita pré e pós operatória ou o acompanhamento dos familiares dos doentes no período intra-operatório. Isto vai levar a que muitas vezes sejam os auxiliares de acção médica ou as secretárias de unidade a dar esse tipo de informação às famílias (não sendo estes os elementos indicados para tão importante função), o que associado à inexistência de informação prévia a respeito do circuito do doente, tempos previstos de cirurgia/permanência no bloco e recobro, etc., vai contribuir para o aumento da ansiedade e medo da família dos doentes, problema ao qual enquanto enfermeiros perioperatórios, temos de dar resposta. A humanização dos cuidados de enfermagem, e a prestação de cuidados de Enfermagem holísticos surge então

como uma prioridade, sendo que nesse sentido uma das grandes lacunas do BOC do Hospital onde decorreu o estágio é a falta de acompanhamento dos familiares no intra-operatório.

2.3.1.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após análise do problema e antes de passar á intervenção importa tecer alguns comentários a respeito de questões éticas relacionadas com o mesmo. A ética é extremamente importante no processo de investigação, abrangendo todas as suas etapas, começando na relevância do problema a investigar, passando pela validade dos achados para o avanço do conhecimento, metodologia adequada aos meios de colheita de dados, existência de achados anteriores e princípios de publicação e divulgação dos achados do estudo. (Nunes,2013)

Ao longo deste trabalho consideramos ter respeitado todos os princípios éticos e deontológicos na investigação em enfermagem, e não ter desrespeitado os direitos dos participantes em estudo. Durante este estudo, que seguiu a metodologia de projecto, julgo ter seleccionado correctamente autores de suporte na fundamentação teórica e que suportassem os métodos e técnicas que utilizámos, tendo seleccionado textos de qualidade.(Nunes,2013)

Considerando as várias fases/etapas do processo de investigação, aquando da formulação do problema diagnosticámos um problema claro, preciso, objectivo e delimitado, passível de resolução. Desse problema detectado surgiu uma pergunta de partida, que é respondida ao longo do estudo. Seria também eticamente condenável formular um problema sem descrever e fundamentar o que outros já concluíram sobre o assunto, Nunes (2013) tendo-o feito no enquadramento teórico e na análise de dados da revisão de literatura.

Tratando-se este estudo de uma revisão de literatura, esta visa apresentar o “estado de arte”. Nesse sentido é inevitável evocar o principio da integridade académica: Todo o material que surgiu da pesquisa e foi utilizado neste trabalho se encontra devida e fielmente citado e referenciado. (Nunes,2013).

Aquando da colheita de dados para caracterização do campo de estágio e para validar junto da população de enfermeiros do BOC X os problemas parcelares que constituíam o problema foi mantido o anonimato dos participantes. Quer no caso do local de estágio, quer no caso da visita de observação, os hospitais em causa não são identificados. A Aplicação de ambos os questionários foi autorizada pela Direcção de Enfermagem – Enfermeira Directora da

Instituição (Ver Anexo II).

Na análise de dados, estes foram tratados com rigor e de forma agregada, numa análise isenta e cuidadosa com suporte real e veraz na colheita. (Nunes,2013)

Segundo Nunes (2013) “a instituição não deve ser identificada”. Conforme referido anteriormente, nenhuma das instituições hospitalares onde decorreu este estudo foi identificado ao longo deste relatório, sendo-lhes atribuído o nome de “Um hospital da zona da Grande Lisboa” - BOC X e BOC Y.

Ao longo deste trabalho esclarecemos as duvidas junto do meu orientador e tutor de estágio, abstendo-me de procurar “validações” ou orientações junto de outros docentes.

2.3.1.3 INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO/PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO

Na elaboração do diagnóstico de situação, há vários métodos de recolha de dados que podemos usar. Os mais usados na prática clínica são a entrevista, o questionário, e métodos de análise de situações, como a análise SWOT, Cadeia de Valores, FMEA e Stream Analysis (Ferrito et al,2010).

Aquando do inicio deste percurso fizemos uma entrevista inicial não estruturada com a Enf^ª chefe I. e com os coordenadores de cada especialidade cirúrgica e apreciando as necessidades de serviço (de acordo com os resultados obtidos em 2009 no questionário de diagnóstico de necessidades de formação), e confirmámos que uma das necessidades apresentadas era a de humanizar os cuidados, e que nesse sentido o tema do projecto era relevante para o serviço.

Em relação à entrevista, é muito utilizada para recolha de informação, opiniões ou necessidades. Pode ser feita individualmente ou em grupo, sendo que em grupo permite uma boa síntese, mais completa, dinâmica e compreensiva, em relação às entrevistas individuais. A construção da entrevista nem sempre é fácil, visto ser complicado escolher as perguntas tendo em conta o seu conteúdo, abrangência, profundidade ou o seu formato, de acordo com os objectivos e as pessoas que vão ser inquiridas. Outro ponto relevante é que a resposta do entrevistado pode ser percebida como a que se pretende obter pelo entrevistador, ou então esta pode ser influenciada pela simpatia ou antipatia que se estabelece entre ambos, em vez de representar o que a pessoa é ou pensa. O entrevistador pode ainda interpretar as

respostas da entrevista com um sentido diferente daquele do entrevistado. (Ferrito et al,2010)

De forma a validar o nosso problema, fizemos um questionário (Ver apêndice III) que difundimos entre a população de enfermeiros do BOC. No preenchimento dos questionários foi garantida a confidencialidade e anonimato das informações. A elaboração das perguntas do questionário partiu da delimitação dos objectivos gerais do estudo. Em relação a este método de recolha de dados, os questionários, quanto mais abertos mais se aproximam da entrevista, acabando por ser muito parecidos com uma entrevista guiada ou dirigida, e permitem uma maior atenção à “pessoa” e, em simultâneo, uma maior “personalização” das respostas, caracterizando melhor sentimentos e reacções dos sujeitos. Devem ser usados em amostras pequenas, como por exemplo em estudos de caso (Ferrito et al,2010).

Quanto mais fechados, mais o sujeito se terá de enquadrar numa tipologia das respostas previamente delineadas. Em termos de objectividade, e de tratamento numérico da informação, importa à posteriori quantificar e tratar estatisticamente os resultados obtidos nos questionários. Nesse sentido, os questionários mais fechados são mais vantajosos, especialmente no caso de serem usados com grandes amostras. Desta forma, pode-se afirmar que a opção por questionários, de formato aberto ou fechado, ou por entrevistas depende do tipo de variáveis e de comportamentos que se pretende avaliar (Ferrito et al,2010).

Os resultados do questionário, depois de analisados e sujeitos a tratamento estatístico, recorrendo ao Excel confirmaram as nossas inquietações e a nossa percepção dos vários factores que levavam ao problema identificado.

Em relação à importância do acompanhamento e comunicação com a família no período intra-operatório por parte da equipa de enfermagem, a opinião dos enfermeiros do BOC é unânime, no sentido em que a totalidade dos enfermeiros a considera importante (29%) ou muito importante. (71%).

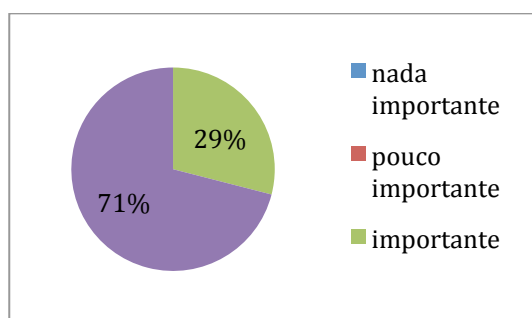


Gráfico 14: Como classifica a importância do acompanhamento e comunicação com a família no período intra-operatório por parte da equipa de Enfermagem?

Em relação ao profissional que, no contexto actual, costuma disponibilizar informações à família no decorrer das cirurgias, apenas 19% dos enfermeiros consideram que é o enfermeiro a disponibilizar informações à família. Cerca de metade dos inquiridos (49%) considera que quem habitualmente dá informações aos familiares dos doentes é a secretaria de unidade e os auxiliares de acção médica (AAM), o que é claramente incorrecto. Cerca de 30% dos inquiridos viram a sua resposta anulada por terem escolhido mais de uma opção, sendo que a totalidade destes atribuiu ao médico responsabilidades na transmissão de informações á família no contexto actual.

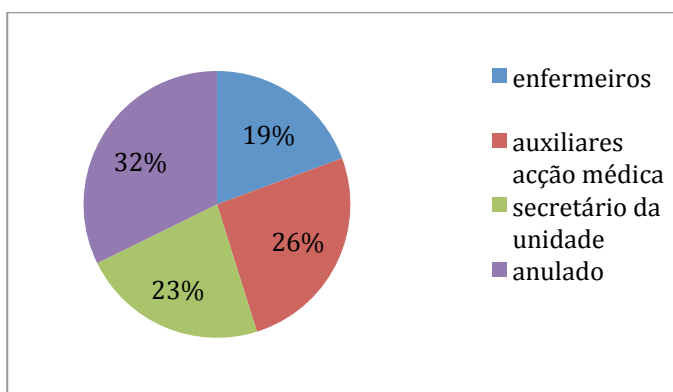


Gráfico 15: Quem é que usualmente disponibiliza informações à família no decorrer das cirurgias?

Em relação aos factores que interferem na comunicação com a família no período intra-operatório, 94% dos enfermeiros consideram que a falta de sensibilização dos profissionais é um factor importante (36%) ou muito importante (58%).

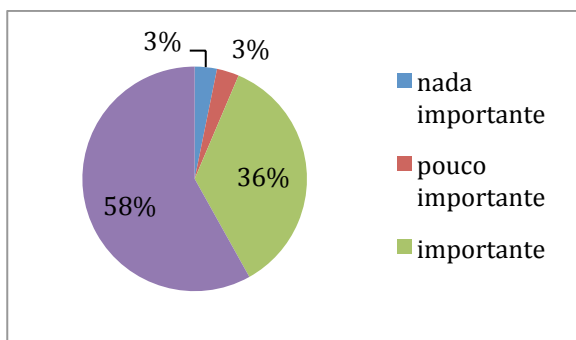


Gráfico 16: Falta de sensibilização dos profissionais

97% dos inquiridos consideram que o facto as informações serem dadas de forma incorrecta (pelo secretário de unidade, AAM's...), interfere na comunicação com a família.

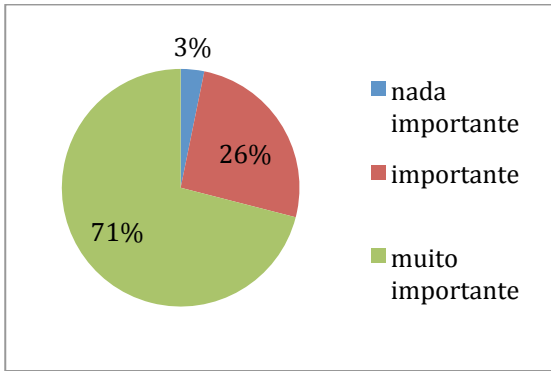


Gráfico 17: Informações dadas de forma incorrecta (AAM's, Secretária de Unidade...)

A quase totalidade dos enfermeiros inquiridos (97%) considera que a falta de informação prévia sobre o circuito do doente é um factor perturbador na comunicação dos enfermeiros com a família no período intra-operatório.

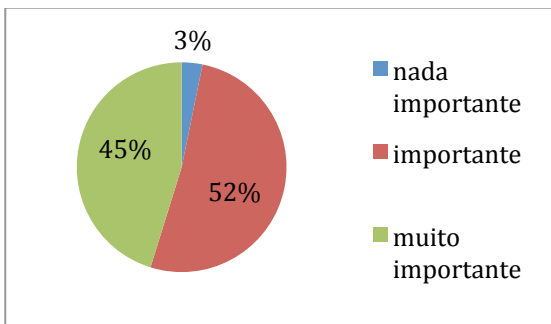


Gráfico 18: Falta de informação prévia aos familiares sobre circuito do doente

A quase totalidade dos enfermeiros inquiridos considera que tanto a inexistência de uma espaço próprio para serem dadas estas informações à família do doente, como a falta de condições do espaço onde actualmente essas informações são dadas (ruído, local de passagem...) são um factor perturbador na informação dada as famílias no período intra-operatório.

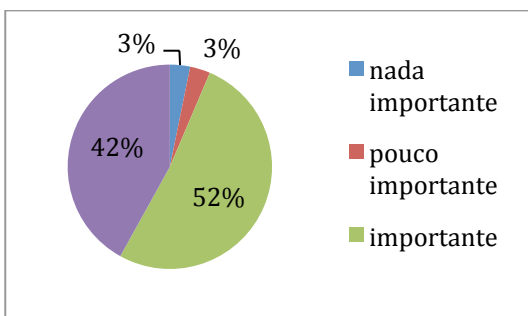


Gráfico 19: Inexistência de espaço próprio para serem dadas estas informações

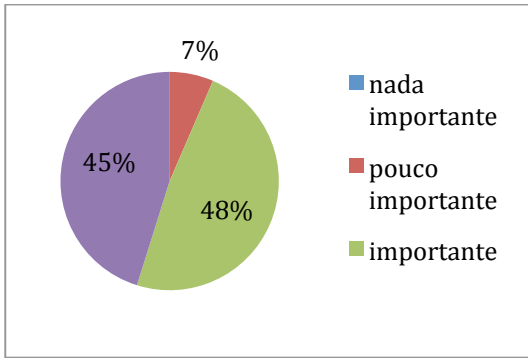


Gráfico 20: Falta de condições do espaço onde actualmente essas informações são dadas (Corredor) - Falta de privacidade, local de passagem, ruído/barulho

Em relação ao facto do grande fluxo de doentes dificultar a comunicação com a família, 42% dos inquiridos considera este um factor muito importante na comunicação com a família. Já 45% dos inquiridos considera este um factor pouco importante, e 10% considera que este factor não interfere na comunicação do enfermeiro com a família no intra-operatório.

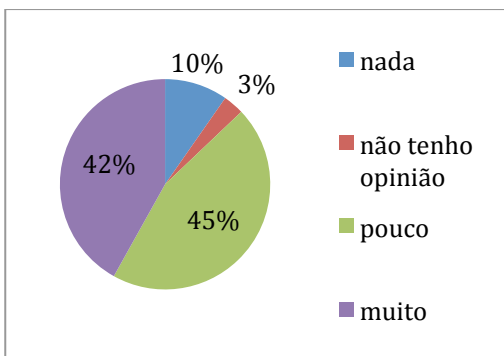


Gráfico 21: Considera que o “grande fluxo de doentes” dificulta a comunicação com a família ?

Em relação aos recursos humanos para realizar este tipo de actividades, 52% considera que são poucos. Já 35% considera que não existem recursos humanos para este tipo de actividades.

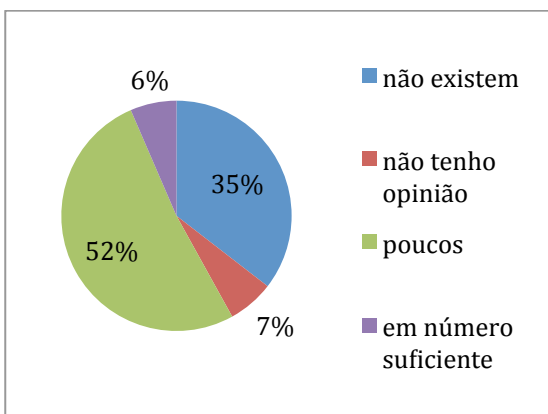


Gráfico 22: Como classifica os recursos humanos para realizar este tipo de acções de enfermagem?

A grande maioria dos enfermeiros (97%) considera a falta de comunicação da família com a equipa de enfermagem um importante factor para o aumento da ansiedade da família no intra operatório.

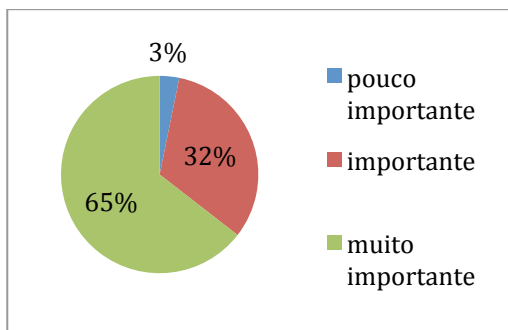


Gráfico 23: Qual a importância da falta de comunicação com a equipa de enfermagem no aumento da ansiedade da família no período intra operatório?

Em relação à importância de cada uma das seguintes medidas no sentido de promover a comunicação com a família no período intra-operatório, a totalidade dos enfermeiros considerou a sensibilização da equipa de enfermagem importante ou muito importante.

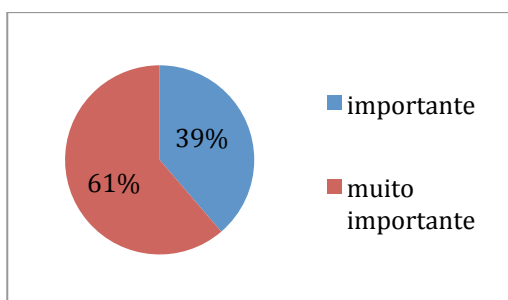


Gráfico 24: Sensibilização da equipa de enfermagem

Outra das medidas consideradas importantes pela equipa de enfermagem foi a promoção do acompanhamento da família durante a cirurgia.

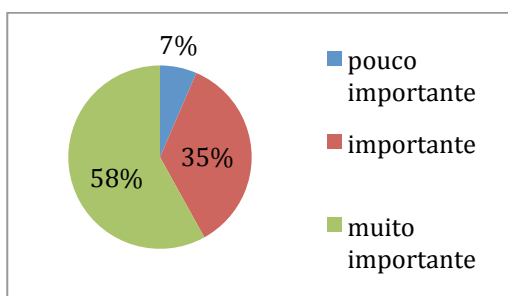


Gráfico 25: Promover o acompanhamento da família durante a cirurgia

Também em relação à importância da criação de um sistema de informações do serviço à família no intra-operatório, a equipa de enfermeiros do BOC considerou esta medida importante, ou muito importante.

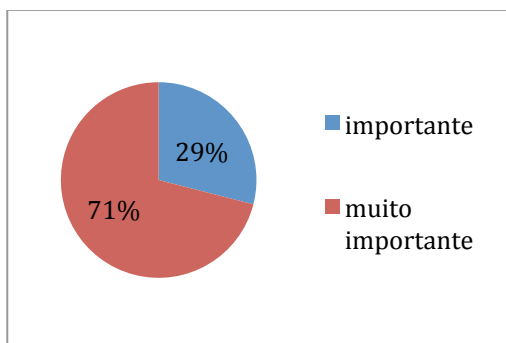


Gráfico 26: Elaboração de Sistema de informações do serviço à família no período intra-operatório

A totalidade dos inquiridos também considerou que um correcto acompanhamento da família se traduz em cuidados de enfermagem mais humanizados e com mais qualidade.

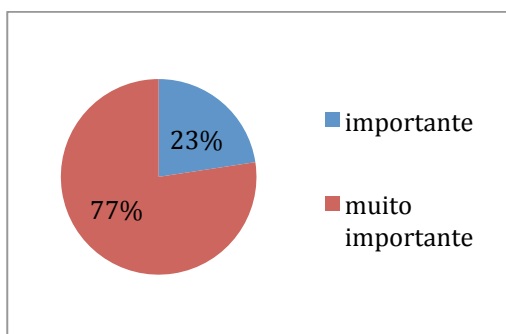


Gráfico 27: Qual a importância de um correcto acompanhamento da família no período intra-operatório no sentido da prestação de cuidados de Enfermagem mais humanizados e com mais qualidade?

A análise dos questionários, confirmou a minha visão do problema e os factores que levavam a que isso acontecesse. Nesse sentido, os problemas parcelares que compõem o problema geral são:

- Falta de sensibilização/formação da equipa de enfermagem
- Informações dadas de forma incorrecta (AAM's, Secretária de Unidade)
- Falta de Informação prévia aos doentes/familiares (circuito do doente, tempo previsto de cirurgia e de permanência no bloco/recobro...)
- Grande Fluxo de doentes

- Escassez de recursos humanos para este tipo de actividades
- Inexistência de espaço próprio para os familiares
- Falta de condições do espaço actual (falta de privacidade, ruído, local de passagem...)

E as soluções apontadas pela equipa são:

- Criação de um sistema de informações à família no intra operatório
- Sensibilização e formação á equipa de enfermagem
- Promover a comunicação com a família durante a cirurgia
- Prestação de cuidados de enfermagem mais humanizados e com mais qualidade.

O passo seguinte, foi dividir esses factores em organização formal, factores sociais, tecnologia e espaço físico, e fazer uma carta de diagnóstico recorrendo à Stream Analysis.

O *método* Stream Analysis pode ser definido como um método de análise que possibilita o diagnóstico de um problema que interfere com o funcionamento de uma organização. Tem como objectivo principal “ultrapassar esta situação levando à mudança planeada na organização”, a qual “assenta na ideia de que o desempenho organizacional resulta da interacção complexa entre diversas componentes das organizações” (Ferrito et al, 2010).

Para diagnosticar o problema utiliza-se uma tabela, dividida em colunas ou “*streams*”, as quais representam as dimensões da organização (Organização formal, Factores sociais, Tecnologias, Espaço físico).

Nestas colunas, identificam-se os problemas, apontando-se as dificuldades sentidas em cada um dos “*streams*” analisados. Posteriormente, na análise é possível reconhecer os problemas identificados e as relações entre os mesmos. Após o diagnóstico, este disponibiliza uma orientação para o planeamento da mudança, possibilitando a resolução das situações problemáticas (Ferrito et al, 2010).

Nesse sentido, elaborámos a seguinte carta de diagnóstico para o problema inicial:

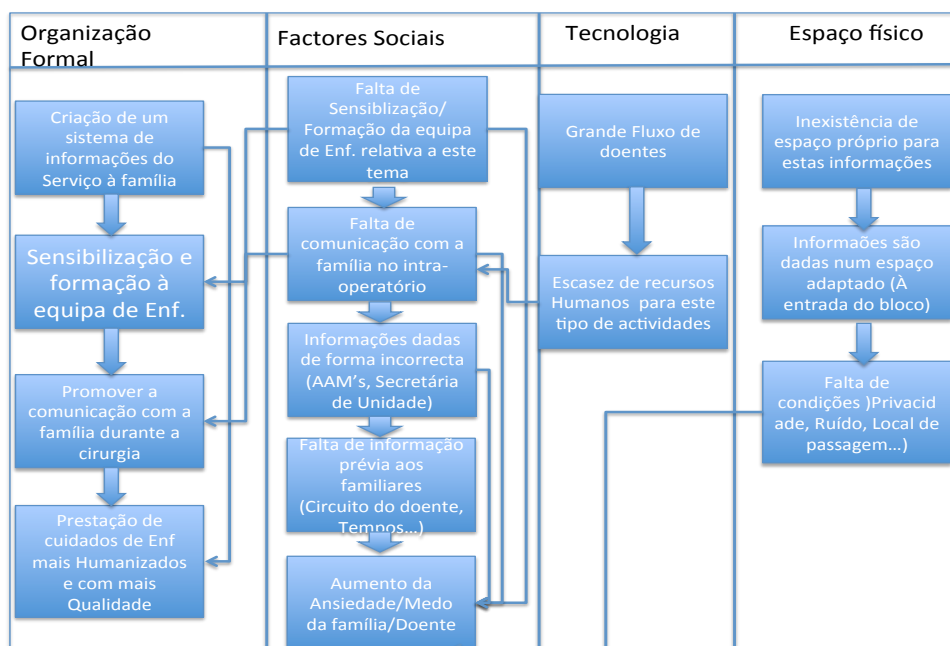


Figura nº1: Carta de Diagnóstico via Stream Analysis

2.3.1.4 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Após o diagnóstico e análise do problema a grande prioridade deste projecto vai ser a autoformação. Só uma revisão científica da literatura existente sobre o assunto vai permitir, no futuro, abordar o problema correctamente e dar resposta a todos os problemas parcelares que compõem este problema com a consciência de todas as variáveis que o compõem.

Nesse sentido, a pergunta de partida e os objectivos deste projecto passam pela autoformação e pela revisão científica da literatura que irá dar resposta à pergunta de partida. Num projecto futuro, já devidamente documentado e preparado, a prioridade será a sensibilização e formação da equipa de enfermagem, e a criação de um sistema de informação á família de acordo com a evidência existente na literatura e com os recursos existentes.

2.3.1.5 DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS

Os objectivos representam os resultados que se pretendem atingir, e podem incluir diferentes

níveis que vão desde o geral ao mais específico. Enquadrando os objectivos na realidade de um projecto, estes são representações antecipadoras centradas na acção “a realizar”, ou seja, a determinação dos objectivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projectos de acção (Ferrito et al,2010).

Os objectivos devem ser definidos consoante os diferentes níveis em que se enquadram. Mão de Ferro (1999) define objectivos gerais como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados. Devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo geralmente respeito a competências amplas e complexas. O autor acrescenta que, a “avaliação de um objectivo geral só é possível se este for traduzido em termos concretos e específicos, uma vez que garante maior objectividade aos resultados esperados, sobre a forma de comportamentos observáveis”.

Por sua vez, os objectivos específicos são o resultado da subdivisão de um objectivo geral mais vasto em aprendizagens mais elementares. Neste sentido é possível relacionar o numero de objectivos específicos com o grau de complexidade do objectivo geral, sendo-lhe directamente proporcional, ou seja quanto maior a complexidade maior o numero de objectivos específicos de forma a diminuir a sua subjectividade. Deve-se portanto, primeiro traçar os objectivos gerais e só depois os específicos. Os objectivos do projecto devem ser claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração (Ferrito et al ,2010).

Esta revisão procura dar resposta á seguinte pergunta de partida:

A Comunicação dos enfermeiros perioperatórios para com a família/pessoas significativas de doentes adultos sujeitos a cirurgia programada, durante o período intra-operatório, reduz a sua ansiedade?

Nesse sentido, o objectivo geral deste trabalho é o seguinte:

- Verificar se a comunicação intra operatória reduz a ansiedade da família do doente cirúrgico adulto programado.

Sendo os objectivos Específicos os seguintes:

- Aprofundar conhecimentos sobre família, reacção do doente e família ao internamento e à cirurgia, comunicação com a família, e humanização de cuidados de enfermagem em BO

- Identificar factores que condicionem a ansiedade (características da própria família, tempo de espera, tipo de cirurgia...)
- Determinar a periodicidade ideal para a comunicação com a família no intra-operatório
- Comparar as várias formas de comunicação em termos de redução da ansiedade
- Identificar que factores físicos diminuem a ansiedade na espera no período intra-operatório
- Conhecer um sistema de informação à família/pessoa significativa

2.3.2 PLANEAMENTO

O processo de planificação de uma metodologia de projecto traduz-se na antevisão de uma imagem *finalizante* e na implementação das operações de formação, nomeadamente a definição de objectivos específicos e a determinação de prioridades permitindo deste modo obter “aquilo a partir do qual é produzido o resultado”. Deverá ser elaborado um plano de acção para cada um dos objectivos identificados (Ferrito et al,2010).

Na fase de planificação do esboço do projecto, realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho. Nesta fase são, também, definidas as actividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respectivo cronograma (Hungler et al,2001).

Por actividade entende-se “o elemento de trabalho realizado no decurso de um projecto. Uma actividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos (Miguel, 2006).

Segundo o mesmo autor os meios consistem “na determinação de quais os recursos - pessoa, equipamentos, materiais necessários, e em que quantidades, para a realização das actividades do projecto”. Para a elaboração de um projecto, deverão ser seleccionados e aplicados diferentes meios, cabendo ao investigador determinar quais os mais convenientes ao seu objectivo de estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. Estes meios consistem nos recursos a que se pode ter acesso para a realização do projecto que vai depender do tipo de estudo em questão (Fortin ,1999).

Nesse sentido, a cada objectivo específico, estão associadas uma série de actividades para atingir esse objectivo, recursos necessários, indicadores de avaliação, data de execução, e eventuais constrangimentos.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- Aprofundar conhecimentos sobre família, reacção do doente e família ao internamento e à cirurgia, comunicação com a família, e humanização de cuidados de enfermagem em BO

Actividades a desenvolver:

- Aprofundar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica sobre humanização de cuidados de enfermagem em BO
- Aumentar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica sobre comunicação com a família do doente cirúrgico no período perioperatório
- Alargar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica sobre a família
- Amplificar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica sobre reacção do doente e família ao internamento e à cirurgia

Recursos Materiais:

- Biblioteca, bases de dados, Computador com acesso à internet, impressora, Fotocópias (pesquisa bibliográfica), Marcadores, Deslocações à escola (€)

Recursos Humanos:

- Prof. orientador da escola, Enf^a orientador do Hospital, Enfermeiros do BO do Hospital X, Enf^a chefe do Hospital X

Indicadores de Avaliação:

- Existência de material publicado sobre o assunto
- Apresentação de enquadramento teórico e de revisão científica de literatura no relatório

Tempo:

- Março a Julho de 2013 (cronograma em apêndice).

Eventuais Constrangimentos:

- Falta de bibliografia específica sobre o assunto. Havendo muita bibliografia sobre preparação pré-operatória do doente cirúrgico, não há muito material específico sobre contacto intra-operatório com a família.
- Falta de bibliografia em português ou sobre a realidade portuguesa disponível.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- Identificar factores que condicionem a ansiedade (características da própria família, tempo de espera, tipo de cirurgia...)
- Determinar a periodicidade ideal para a comunicação com a família no intra-operatório
- Comparar as várias formas de comunicação em termos de redução da ansiedade
- Identificar que factores físicos diminuem a ansiedade na espera no período intra-operatório

Actividades a desenvolver:

- Realizar uma revisão científica de literatura

Recursos Materiais:

- Bases de dados, Computador com acesso à internet, impressora, Fotocópias, Marcadores, Deslocações à escola (€)

Recursos Humanos:

- Prof. orientador da escola, Enf^ª orientador do Hospital

Indicadores de Avaliação:

- Existência de material publicado sobre o assunto

- Apresentação de enquadramento teórico e de revisão científica de literatura no relatório.

Tempo:

- Março a Julho de 2013, ver cronograma em anexo.

Eventuais Constrangimentos:

- Falta artigos específicos sobre o assunto. Havendo muitos artigos sobre preparação pré-operatória do doente cirúrgico, não há muito material específico sobre contacto intra-operatório com a família.
- Falta de artigos em Português ou sobre a realidade Portuguesa.
- Maioria dos artigos serem pagos, impossibilitando o acesso ao investigador

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- Conhecer um sistema de informação à família

Actividades a desenvolver:

- Realizar uma visita de observação ao BO do Hospital Y
- Caracterizar o sistema de informação à família existente

Recursos Materiais:

- Deslocação ao Hospital Y (€), Bloco de Notas, Máquina Fotográfica

Recursos Humanos:

- Prof. orientador da escola, Enf^a Chefe do BO do Hospital Y, Enf^a responsável pelo acolhimento/informação à família do Hospital Y

Indicadores de Avaliação:

- Apresentação de caracterização do sistema de informação existente no relatório de

estágio

Tempo:

- Um dia a designer na última semana de Junho de 2013, ver cronograma em anexo.

Eventuais Constrangimentos:

- Falta de disponibilidade profissional para a realização da visita
- Falta de disponibilidade do serviço para me receber na data pretendida

Os sub-capítulos seguintes dizem respeito ao planeamento e execução de uma das actividades propostas: a revisão científica de literatura. A visita de observação ao bloco operatório Y será feita noutra no sub-capítulo 2.3.6, onde confrontámos os achados desta revisão com o sistema de informação observado.

2.3.2.1 REVISÃO CIENTÍFICA DE LITERATURA

Conforme referido no subcapítulo anterior, um dos objectivos específicos deste trabalho de projecto de auto-formação é identificar factores que condicionem a ansiedade (características da própria família, tempo de espera, tipo de cirurgia...); determinar a periodicidade ideal para a comunicação com a família no intra-operatório; comparar as várias formas de comunicação em termos de redução da ansiedade; e identificar que factores físicos diminuem a ansiedade na espera no período intra-operatório, sendo a actividade proposta a realização de uma revisão científica de literatura.

2.3.2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ESTUDOS PRIMÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DE REVISÃO CIENTÍFICA DE LITERATURA

Na formulação da questão de investigação, definição de critérios de inclusão e exclusão e consequentemente amostra, utilizámos o método designado de PI[C]OS, que orientaram a

execução da revisão científica de literatura, que permitiu responder à pergunta de partida e mais demais questões secundárias que emergiram (Ramalho,2005).

Nesse sentido, os critérios seleccionados encontram-se resumidos na seguinte tabela:

Critérios de Selecção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Familiares de doentes adultos sujeitos a cirurgia programada	Familiares de doentes pediátricos, Familiares de doentes sujeitos a cirurgia de Urgência, Familiares de doentes noutros contextos que não o perioperatório, Investigações dirigidas ao doente
Intervenção	Comunicação com a família no período intra-operatório	
Resultado	Alteração do nível de ansiedade	Mais valias do âmbito económico-financeiro para a instituição
Desenho	Estudos com metodologia científica, quantitativos ou qualitativos	Estudos sem metodologia científica

Tabela nº1 – Critérios de inclusão e exclusão de estudos primários

2.3.2.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Procedemos, durante o mês de Abril e Maio de 2013, à pesquisa em bases de dados on-line, sem limitações em termos de campos de busca (data, full-text, etc.), excepto ter limitado a busca apenas a artigos em inglês, português, ou espanhol. Foram utilizadas as seguintes palavras chave na pesquisa:[Família, Comunicação, Informação, Ansiedade, Cirurgia, Intra-Operatório, Sala de espera]¹

¹ Family, Communication, information, Anxiety, Surgery, Intra-Operative, Waiting Room

Foram sendo utilizadas combinações das diversas palavras chave, utilizando uma lógica do mais geral para o mais específico, o que levou a que encontrasse mais artigos que melhor sustentam a resposta à minha pergunta inicial.

Efetuámos a pesquisa nas seguintes bases de dados electrónicas:

- EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database)
- PUBMED
- Scielo
- Google Académico
- Bases de dados Escola Superior de Enfermagem de Lisboa(ESEL), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEC), Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)

2.3.3 EXECUÇÃO

A etapa da Execução da Metodologia de Projecto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado. Esta fase assume uma importância significativa para o(s) participante(s) do projecto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das acções planeadas (Ferrito et al, 2010). Uma das actividades referidas do projecto é a visita ao Bloco do Hospital Y, e fazer a caracterização do sistema de informação existente, sendo que essa actividade se encontra descrita no capítulo 2.3.6, onde confrontámos os achados desta revisão com o sistema de informação observado. Outra das actividades indicadas é a realização de uma revisão científica de conhecimentos. Delineadas a pergunta de partida e objectivos na fase de diagnóstico, critérios de inclusão e exclusão e estratégia de pesquisa na fase de planeamento, segue-se a descrição do processo de formação da amostra.

2.3.3.1 FORMAÇÃO DA AMOSTRA

Aplicando a estratégia de pesquisa atrás definida, a primeira amostra(potencial), com 5307 resultados, foi sujeita a uma selecção através da leitura do título, (eliminámos também os artigos repetidos) e obtivemos uma amostra de 25 artigos. De seguida, procedemos à análise

do abstract, e (se possível) do texto integral, aplicámos os critérios de exclusão, obtendo uma amostra de 15 artigos.

	Nº de resultados	Nº de Artigos sujeitos a leitura do abstract/texto	Nº de artigos seleccionados para revisão científica de literatura
EBSCO	128	13	5
PUBMED	184	12	9
Scielo	0	0	0
Google Académico	4995	12	1
Base de dados ESEL, ESEC, ESEP	0	0	0
Total	5307	25	15

Tabela nº2 – Triagem dos artigos resultantes da pesquisa

Desses 15 artigos seleccionados para a revisão científica da literatura, 10 eram pagos, o que limitaria bastante esta revisão se optasse apenas pelos artigos disponíveis. Desses 10, 7 pertenciam ao repositório da AORN JOURNAL, pelo que considerámos que se justificava pagar uma membership na American Operating Room Nurses (AORN) de forma a aceder a esses artigos, ficando a amostra final sujeita a análise composta por 12 artigos, enriquecendo a revisão a efectuar.

Os 3 artigos restantes pagos que o abstract indicava que preenchiam os critérios para inclusão na revisão mas ao que o investigador não conseguiu aceder foram os seguintes:

Titulo	Autor	Data	Publicação
Intraoperative progress reports to families of surgical clients: a missed opportunity	Puopolo R, Cordasco J.	Março/1999	Can Oper Room Nurs J. 1999 Mar-Apr;17(1):21-6
Surgical Care: Calming Those Who Must Wait	Winslow E; Jacobson, A.; Laing, D.	Setembro/1997	AJN, American Journal of Nursing: September 1997 - Volume 97 - Issue 9 - p 66 Research for Practice
When the waiting is difficult: surgical waiting room volunteers aid families	Morey-Pedersen J.	Agosto/1994	J Post Anesth Nurs. 1994 Aug;9(4):224-7.

Tabela nº3 – Artigos selecionados para a RCL mas inacessíveis ao investigador

Nesse sentido, a amostra final daí resultante foi de 12 artigos, apresentados cronologicamente ordenados no subcapítulo seguinte.

2.3.3.2 SÍNTESE E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Artigo I: Kathol (1984)

Título: Anxiety in surgical Patients' Families

Autor: Diane Kirksey Kathol

Ano: 1984

Tipo de estudo: Quasi-experimental

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
<p>O objectivo do estudo foi testar as seguintes hipóteses:</p> <p>I - Informação pré-operatória vídeo-gravada dirigida especificamente às famílias dos doentes cirúrgicos reduz a sua ansiedade durante a hospitalização dos seus familiares?</p> <p>II - Uma interacção informativa e de apoio por parte da equipa de enfermagem junto das famílias dos doentes durante a cirurgia aumentaria a sua percepção do apoio prestado pela equipa de enfermagem?</p> <p>III - A combinação dos dois métodos acima descritos reduz os níveis de ansiedade e aumenta a percepção do apoio prestado pela equipa de enfermagem de forma mais efectiva do que cada uma desses métodos faria de forma isolada?</p>	<p>Foram considerados para a amostra 67 familiares ¹ de 60 doentes sujeitos a cirurgia programada major ².</p>	<p>Spielberg State Anxiety Inventory</p> <p>Social Support Scale desenvolvida para o efeito</p>
RESULTADOS		
<p>A hipótese I foi considerada válida, as famílias que visualizaram o vídeo tiveram níveis de ansiedade menores. A hipótese II também foi suportada pelos resultados. A interacção staff-famílias teve um efeito significativo no sentido de aumentar a percepção das famílias do apoio prestado pelo enfermeiro no período intra-operatório. A hipótese III foi suportada apenas parcialmente pelos resultados e nesse sentido foi rejeitada.</p>		

Tabela n°4 – Anxiety in surgical Patients’ Families – (Kathol,1984)

Neste estudo, os familiares foram distribuídos aleatoriamente por um de quatro grupos, com 17 familiares em cada grupo experimental e 16 no grupo de controlo.

¹ A média de idades dos membros da família foi de 47 anos, com as idades a variar entre os 18 e os 82 anos. 37 eram do sexo feminino e 30 eram do sexo masculino. A autora considerou membros da família como alguém considerado significativo para o doente, e num caso um amigo foi incluído na amostra dos familiares. A grande maioria eram cônjuges (27 maridos e 20 esposas), sendo que os restantes eram: 10 filhas, 3 filhos, 2 irmãs, 2 sobrinhas, uma mãe, uma neta, e um amigo. Dos familiares incluídos na amostra 82% já tinham sido sujeitos a alguma cirurgia, e 90% já tinham tido algum familiar próximo sujeito a cirurgia.

² A autora considerou cirurgia major cirurgias com um grau (pelo menos) moderado de risco para o doente, excluindo cirurgias de emergência e cirurgia oncológica. Os doentes incluídos no artigo tinham idades entre os 19 e os 85 anos, com uma média de idades de 53 anos. Trinta e sete por cento eram do sexo feminino, e 23% do sexo masculino. Dos 60 doentes, três quartos já tinham sido sujeitos a algum tipo de cirurgia anteriormente.

Um dos grupos visualizou um vídeo com informação pré-operatória. Este vídeo incluía informação básica relativa à admissão do doente, preparação física para a cirurgia e breves noções relativas à pré-anestesia, anestesia e rotinas relativas ao recobro. Foram também abordados os serviços ao dispor da família, e algumas noções relativas ao período pós-operatório e à alta do doente. O vídeo foi visto em grupo, tendo sido concedido tempo para a posterior discussão e esclarecimento de dúvidas por parte da investigadora.

O segundo grupo experimental foi sujeito a interação com a equipa de enfermagem no período intra-operatório. Esta interação teve lugar por duas vezes, na sala de espera do BO entre os membros da família e a investigadora. A primeira visita teve lugar 30 minutos após o doente ter sido anestesiado e a cirurgia ter começado. A autora referiu às famílias o tempo decorrido de cirurgia, e quanto tempo é que previsivelmente demoraria. Os membros das famílias foram encorajados a fazerem questões e muitos fizeram. A segunda visita foi feita quando o doente já estava estável, no recobro, tendo sido discutido com a família pormenores relativos com o período pós-operatório, tempo estimado para estadia no recobro, e o equipamento médico em uso nesta fase, bem como a sua finalidade.

O terceiro grupo visualizou o vídeo pré-operatório, e teve sujeito a interação com a investigadora durante a cirurgia.

O grupo de controlo não visualizou o vídeo pré-operatório, nem foi sujeito a nenhum tipo de interacção no período intra-operatório.

Foi feita uma avaliação da ansiedade das famílias no período intra-operatório e no período pós-operatório, e uma avaliação da percepção do apoio da equipa de enfermagem ao longo de todo o período perioperatório, no pós-operatório.

Em relação à avaliação dos níveis de ansiedade no período intra-operatório, o grupo de controlo foi o que registou os níveis de ansiedade mais elevados, seguido do grupo apenas sujeito a interação intra-operatória, seguido do grupo que apenas visualizou o vídeo. O grupo sujeito a visualização do vídeo e a interação intra-operatória foi o que registou um grau de ansiedade menor no período intra-operatório.

A interacção sem vídeo (hipótese II) contribuiu de facto para a redução da ansiedade. E isto pode ser lido dos dados por eles publicados. Ora, e olhando apenas para o caso intraoperatório, o valor médio \bar{X} obtido foi de 2.01 com um desvio padrão $s=0.42$. Este desvio padrão representa um desvio em relação à média, ou visto de forma pragmática um

erro associado à medida feita. Como o valor obtido para os casos em que não havia qualquer tipo de assistência é de $X=2.14$ com um desvio padrão 0.49, que é muito semelhante ao anterior, então claramente há uma redução na ansiedade. Mas mais importante ainda é a significância (ou p-value) desta medida. Este parâmetro estatístico diz-nos o quão provável uma determinada medida tenha ocorrido por mero acaso, ou seja, que a diferença de resultados entre dois grupos seja arbitrária e não tenha a ver com a variável em estudo. Ora, no caso da hipótese II, temos $p<0.001$, ou seja, a probabilidade de que o valor obtido para a redução na ansiedade seja arbitrário é inferior a 0.1%, quase impossível portanto. Para o caso em que se combina vídeo e interação, todos os dados da tabela sugerem que é o melhor cenário tanto na redução da ansiedade como na percepção de apoio. Contudo, só esta última tem um p-value com significado estatístico, $p<0.01$ ou uma probabilidade menor que 1% de ter ocorrido por mero acaso. Sendo assim uma parte de hipótese III é comprovada. No que respeita à redução da ansiedade, a investigadora só refere (pág. 136, primeira coluna antes do último parágrafo) que a medida não tem significado. Não apresenta o resultado para o p-value, o que dificulta uma análise rigorosa dos dados, mas tem que tem de ser algo claramente superior a 0.01. Foi por isso que a investigadora rejeitou a hipótese III e aceitou as outras duas.

Em relação aos níveis de ansiedade relativos ao pós-operatório importa referir que todos os grupos diminuíram a ansiedade em relação ao intra-operatório (o tempo foi um factor importante), sendo que o grupo de controlo registou os níveis de ansiedade mais elevados, seguido do grupo sujeito apenas à interação intra-operatória, seguido do grupo que visualizou o vídeo. O grupo sujeito a visualização do vídeo e a interação intra-operatória foi o que registou um grau de ansiedade menor no período pós-operatório.

Em relação à percepção do apoio prestado pelo enfermeiro, o grupo que registou níveis mais elevados foi o sujeito ao vídeo + interação, seguido dos sujeitos apenas à interação. O grupo de controle registou valores ligeiramente mais elevados de percepção do apoio do enfermeiro no grupo de controle em relação ao grupo que apenas viu o vídeo.

Para o caso em que se combina informação pré-operatória e interação intra-operatória, todos os dados da tabela sugerem que é o melhor cenário tanto na redução da ansiedade como na percepção de apoio. No entanto, quer o vídeo quer a interação intra-operatória diminuíram comprovadamente a ansiedade.

Artigo II: Carmody et al (1991)

Título: Perioperative needs of families (Results of a Survey)

Autor: Suzanne Carmody; Patricia Hickey; Marilyn Bookbinder

Ano: 1991

Tipo de estudo: Descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Descrever as necessidades das famílias. Não se formularam questões de partida.	A amostra de conveniência 21 homens e 28 mulheres ¹ A maioria dos doentes (80%) estavam a ser sujeitos a cirurgias major.	Questionário criado para o efeito (Perioperative Family Needs Questionnaire)
RESULTADOS		
As necessidades de informação foram as classificadas como tendo maior importância. Estas incluíam saber a partida o que esperar no dia da cirurgia, falar com o cirurgião assim que a cirurgia tivesse terminada, ter explicações dadas em termos perceptíveis, manter-se informado da condição do doente, e saber como poderiam ajudar o doente no pós-operatório. As necessidades não informativas (café, falar dos seus próprios sentimentos) foram as referidas como tendo menor importância.		

Tabela nº5 – Perioperative needs of families (Results of a Survey)- (Carmody et al,1991)

Neste estudo, no dia da cirurgia, seguindo o procedimento habitual do hospital os familiares inscreviam-se no balcão de informações e aguardavam na sala de espera. De seguida um voluntário do hospital inquiria-os no sentido de apurar se preenchiam os requisitos e critérios necessários para entrar no estudo. Se preenchessem os requisitos, era-lhes explicado o estudo e era-lhes pedido que preenchessem um questionário. Os familiares preencheram o questionário e entregaram-no no balcão de informações ao final do dia. Se estava presente mais de um membro da família, o voluntário pediu para apenas um responder.

O questionário foi criado para o efeito, tendo sido adaptado de outras escalas válidas, e denominava-se Perioperative Family Needs Questionnaire. Tinha 20 perguntas, cada uma específica a uma necessidade que podia ter sido sentida no período perioperatório. Contemplava necessidades físicas, sociais, e de informação relativas à cirurgia do seu familiar.

¹ 45% eram cônjuges, 29% filhos, e 26% pais/netos/Irmãos. A idade média era 45.6 anos. Inscreviam-se predominantemente na classe alta e média; 51% tinha estudos superiores, 55% referiu não ter experiência previa (esperar por uma familiar ser operado naquele hospital) contudo 80% referiu já ter esperado pela cirurgia de um familiar noutro hospital. 71% tinham companhia de outro membro da família ou amigo. Questionário aplicado a Familiares, ou pessoas significativas com pelo menos 18 anos de idade, capazes de ler e escrever em inglês, e que estivessem na sala de espera durante a cirurgia.

Para cada item haviam 2 perguntas, a primeira referia a importância atribuída a determinada necessidade e a segunda avaliava em que grau é que tinha sido atingida.

Foram também recolhidos dados demográficos de modo a avaliar o grau de parentesco com o doente, experiências anteriores, etc.

Após a análise dos resultados, concluiu-se que as necessidades de informação mostraram ser as mais importantes para a família no período perioperatório. As famílias, se estiverem bem informadas do estado do doente, vão conseguir prestar um suporte mais efectivo, ao mesmo tempo que lidarão melhor com a ansiedade relativa a hospitalização e cirurgia, não experienciando um momento de crise. Estes achados sugerem que o apoio dado pelos enfermeiros aos familiares durante um período propício ao desenvolvimento de crises, pode ser preventivo nesse sentido. Ter um enfermeiro específico a quem ligar depois da cirurgia foi um dos 10 itens a que a família deu mais importância no período perioperatório.

Artigo III: Leske (1993)

Título: Anxiety of Elective Surgical Patients' Family Members - Relationship between anxiety levels, family characteristics

Autor: Jane Stover Leske

Ano: 1993

Tipo de estudo: Descritivo - Correlacional

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
<p>Determinar quais são os níveis de ansiedade dos familiares dos doentes sujeitos a cirurgia programada.</p> <p>Determinar qual a relação das características dos membros da família e duração do período de espera com os níveis de ansiedade avaliados.</p>	<p>50 Elementos ¹</p>	<p>Porção S-Anxiety do STAI-Form Y</p> <p>Pressão Arterial e Frequência Cardíaca usando um monitor portátil</p>

¹ As idades dos familiares variavam entre 18-80 anos – Média 48.20. 66% eram do sexo feminino, 34% sexo masculino. 44% eram cônjuges, 28% pais, 20% filhos, 6% irmãos, outras pessoas significativas 2%. Escolaridade de 8 a 18 anos. Só 8% não tinha uma experiência prévia de espera. As cirurgias electivas teriam de durar pelo menos 30 minutos e incluíram cirurgia geral (22%), otorrino (22%), ortopedia (20%), ginecologia (14%), Oftalmologia (12%), cirurgias demoraram 30-210 minutos. Para este estudo foram definidas como familiares parentes, conjugues e pessoas significativas envolvidas no período de espera, sendo necessário: Identificarem-se como pessoa significativa, estarem na sala de espera no decorrer da cirurgia, falar, ler e compreender inglês, ter pelo menos 18 anos, não tomar nenhum tipo de medicação de controle da pressão arterial.

RESULTADOS

Familiares com mais idade registaram valores mais altos de ansiedade, e tiveram registos de TA e FC mais altos.

Não se registaram diferenças entre o sexo masculino e feminino

Em relação ao grau de escolaridade, os familiares menos instruídos registaram níveis mais altos de ansiedade e valores mais altos de TA e FC.

O tempo de cirurgia não demonstrou alterar o nível de ansiedade. Os níveis de ansiedade mantem-se altos, independentemente do tempo da cirurgia.

Tabela nº6 – Anxiety of Elective Surgical Patients' Family Members - Relationship between anxiety levels, family characteristics – (Leske, 1993)

Este estudo, decorreu durante 4 meses num hospital localizado numa área metropolitana major. As cirurgias foram numeradas e aleatoriamente escolhia-se as famílias a participar, de modo à amostra ser representativa. A meio do procedimento as famílias preenchiam o questionário e eram recolhidos os sinais vitais, numa sala com privacidade.

Os resultados deste estudo suportam achados anteriores que referem que os familiares registam níveis de ansiedade altos.

Em relação à idade, segundo a autora, os níveis de ansiedade descem com a idade, em familiares de doentes graves, refere um estudo anterior. No entanto neste estudo registou-se o contrario. Em relação ao sexo, apesar de, segundo o autor, estudos anteriores referirem que o sexo feminino regista, regra geral, níveis de ansiedade mais elevados, neste estudo, esse facto não foi evidente, não se tendo registado diferenças significativas relativamente ao sexo masculino e feminino.

Em relação à escolaridade a relação entre falta de escolaridade e níveis altos de ansiedade registada neste estudo é consistente com a encontrada em estudos anteriores.

Em relação ao tempo de cirurgia os resultados deste estudo suportam achados prévios que referem que não há uma relação significativa entre o grau de ansiedade sentido pelas famílias e a duração da cirurgia. Ainda assim, a investigadora refere ser necessária mais investigação de modo a avaliar a assunção que quando mais tempo as famílias estão a espera, mais ansiosas ficariam. Com base neste pressuposto há tendência para dar mais atenção às famílias que estão a espera em cirurgias muito longas ou delicadas, negligenciando o resto dos familiares dos doentes cirúrgicos.

Em relação às conclusões deste estudo, a autora ressalva que este é um estudo descritivo, feito apenas num hospital, e que a ansiedade e os sinais vitais podem ser condicionados por variáveis imensuráveis – medicação anti stress, doença cardiovascular...)

Artigo IV: Leske (1995)

Título: Effects of Intraoperative Progress Reports on Anxiety levels of surgical patients family members

Autor: Jane S Leske

Ano: 1995

Tipo de estudo: Quasi experimental

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Avaliar o efeito da informação intra-operatória na ansiedade dos familiares.	150 familiares ¹ de 119 doentes ²	State-anxiety portion of the State-Trait Anxiety inventory (STAI), Form Y
RESULTADOS		
Os familiares do grupo experimental registaram os scores de ansiedade e de pressão arterial e frequência mais baixos seguidos do “attention-group” e do grupo de controle.		

Tabela nº7 – Effects of Intraoperative Progress Reports on Anxiety levels of surgical patients family members – (Leske,1995)

Neste estudo, todos os dias os doentes propostos para cirurgia eram numerados e aleatoriamente escolhidos. Os familiares do doente escolhido eram requisitados para participar. Aproximadamente 2 a 3 doentes eram escolhidos a cada dia, sendo que não foi imposto um limite de familiares que podiam participar, por doente. Os primeiros 50 participantes foram atribuídos ao grupo de controlo, os 50 seguintes foram atribuídos ao grupo experimental, e os 50 seguintes foram atribuídos ao “attention-group”.O grupo de controle não foi sujeito a nenhum tipo de intervenção. Quando a cirurgia estava a meio, era pedido aos familiares para preencherem o questionário e eram avaliados os sinais vitais.

¹ Idade variava de 18-80 anos, media 46.76.38% eram do sexo masculino, 62% sexo feminino.45% eram conjugues, Pai 29%, Filho 15%, Pessoa significativa 8%, Irmãos 3%.A educação variava entre 8-24 anos. Apenas 9% não tinha experiencias anteriores. Para este estudo foram selecionados sujeitos familiares de doentes sujeitos a cirurgia electiva, sendo que as cirurgias teriam de durar pelo menos 30 minutos. Os familiares tinham de estar na sala de espera durante a cirurgia, identificarem-se como familiares do doente, conseguirem falar, ler, e compreender inglês, e ter pelo menos 18 anos.

² A idade dos doentes variava de 1 a 90 anos. A maioria eram do sexo feminino (60%), 40% eram do sexo masculino. Em relação às especialidades das cirurgias, Ortopedia 29%, Cirurgia geral 26%, Otorrino 15%, Ginecologia 13%, Oftalmologia 13%, Urologia 2%, Neurocirurgia 2%.As cirurgias duraram 30 a 620 minutos

O grupo experimental, a meio da cirurgia, recebia informações relativas à cirurgia durante 5-10 minutos em que lhes era explicado que a cirurgia ia a meio, como é que fisiologicamente o doente estava, que o doente iria para o recobro, e que seriam notificados quando o doente fosse transferido para o quarto e o poderiam visitar. Após esta informação, os familiares preenchiam o questionário e eram avaliados os sinais vitais. O “attention-group”, a meio da cirurgia, recebia informações genéricas sobre rotinas hospitalares. De seguida eram-lhes pedido que preenchessem o questionário e eram avaliados os sinais vitais. Os familiares no grupo sujeitos a informação intra-operatória mostraram-se menos ansiosos que os do grupo de controle e “attention group”, e com TA e FC mais baixas, pelo que ficou mais uma vez comprovado que a informação no período intra-operatório é eficaz no sentido de baixar os níveis de ansiedade.

Artigo V: Leske (1996)

Título: Intra-operative Progress Reports Decrease family members Anxiety

Autor: Jane S. Leske

Ano: 1996

Tipo de estudo: Quasi Experimental

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Determinar se há uma diferença significativa na ansiedade nos familiares sujeitos a rotina habitual (sem informação), informações intra-operatórias dadas pessoalmente, informações genéricas em relação a rotinas hospitalares, ou informação perioperatória dada pelo telefone	200 familiares ¹ de 150 doentes cirúrgicos ²	S-Anxiety portion of the Stai Form Y Avaliação da pressão arterial média e Frequência cardíaca.

¹ Familiares de doentes sujeitos a cirurgias electivas com pelo menos 30 minutos, disponíveis para estar na sala de espera no decorrer da cirurgia, que se identificassem como familiares, serem capazes de falar, ler, e compreender inglês e terem pelo menos 18 anos. A idade variava entre 18 e 80 anos – media 47.5.64% eram do sexo feminino.45% eram cônjuges, 28% pais, 15% filhos, 9% pessoa significativa, 3% irmão/irmã.

Os anos de escolaridade variavam entre 8 e 24 anos. 89% tinha experiencias anteriores.

² A idade dos doentes variava entre 1 e 90 anos - media 46.3 anos.56% eram do sexo feminino. Em relação à especialidade cirúrgica, Cirurgia geral 28%, Ortopedia 27%, Otorrino 13%,Oftalmologia 13%,Ginec 12%,Urologia 4%, Neuro 2%, Torácica 1%

RESULTADOS

O grupo 2 (sujeito a informação dada pessoalmente) registou valores significativamente mais baixos de ansiedade, tensão arterial, e frequência cardíaca em relação aos outros 3 grupos.

Os familiares sujeitos a informação por via telefónica, ou aos protocolos hospitalares registam menos ansiedade que o grupo sujeito a nenhum tipo de informação mas a informação dada pessoalmente revelou-se a intervenção mais benéfica para a família.

Tabela nº8 – Intra-operative Progress Reports Decrease family members Anxiety – (Leske,1996)

Este estudo decorreu durante seis meses num hospital junto a um grande centro metropolitano. Todos os dias, as cirurgias eram numeradas e aleatoriamente eram escolhidos 2 ou 3 doentes. Não foi estabelecido um limite de familiares a participar por doente.

Os primeiros 50 familiares foram atribuídos ao grupo de controlo. Os segundos 50 ao grupo sujeito a informações dadas pessoalmente. Os terceiros 50 pertenciam ao “attention-group”. E os quartos 50 foram sujeitos a informação intra-operatória dada telefonicamente.

O grupo de controlo não recebeu nenhuma informação e a meio da cirurgia responderam ao questionário e foi avaliada a pressão arterial e a frequência cardíaca.

O segundo grupo foi sujeito a informação dada pessoalmente. A meio da intervenção era dada informação durante 5 a 10 minutos relativa ao status fisiológico do doente, que a cirurgia estava a meio, que o doente seria transferido para o recobro após o termino da cirurgia, que seriam notificados assim que o doente fosse para o recobro, e assim que fosse para o quarto e pudesse receber visitas. Após esta informação, os familiares preenchiam o questionário e eram avaliados os sinais vitais.

O terceiro grupo (“Attention Group”), a meio da intervenção, era-lhes lido um protocolo relativo a rotinas hospitalares. O tempo de contacto era idêntico ao do grupo 2.

Após esta informação, os familiares preenchiam o questionário e eram avaliados os sinais vitais. O grupo 4 foi sujeito, a meio da intervenção a mesma informação e tempo de contacto que o grupo 2 mas por via telefónica. Após receber o telefonema os familiares preenchiam o questionário e eram avaliados os sinais vitais.

Este estudo foi o primeiro que testou outra forma de comunicação que não a pessoal no período intra-operatório e os resultados mostraram que a informação dada pessoalmente é a mais efectiva na diminuição da ansiedade.

Artigo VI: Topp et al (1998)

Titulo: Can Providing Paging devices relieve waiting room anxiety?

Autor: Robert Topp, Eileen Walsh, Carol Sanford

Ano: 1998

Tipo de estudo: Quasi-Experimental

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Avaliar se o uso de pagers diminuiu a percepção de ameaça e aumentar a sensação de controlo sobre os eventos Avaliar se permitem familiares circular fora da sala de espera ...	Amostra de conveniência de 57 familiares ¹	No período intra-operatório: Registo de actividade – actividades e localizações no decorrer da cirurgia, a cada 30 minutos No pós-operatório: Questionário demográfico State Trait Anxiety inventory Threat index – Questionário que visava avaliar a percepção de ameaça, ou o medo pela sua segurança e pela segurança dos outros)
RESULTADOS		
O grupo que recebeu pagers esteve menos tempo na sala de espera. Ainda assim teve níveis de ansiedade superiores. Os níveis de percepção de ameaça foram similares.		

Tabela n°9 – Can Providing Paging devices relieve waiting room anxiety? – (Topp et al,1998)

Para este estudo, os investigadores delinearão aleatoriamente 2 grupos, um de 28 e outro de 29 familiares.

O primeiro grupo recebeu indicações para aguardarem na sala de espera, que seriam notificados de desenvolvimentos na cirurgia do seu familiar por alguém do staff cirúrgico.

O segundo grupo foi-lhes atribuído pagers que funcionavam na área do hospital. Foi-lhes dada uma explicação relativa ao uso dos pagers. Era emitida uma mensagem quando o estado do doente se alterava ou quando os cirurgiões queriam falar com a família depois ou durante a intervenção. Nesse caso os familiares eram instruídos para ligar para o centro cirúrgico de

¹ A média de idade dos familiares era 48 anos.42 a 43% já tinha uma experiência anterior.18% eram do sexo masculino. 31-36% dos familiares viva com o doente.35-40% foi sujeito a pelo menos uma cirurgia. Em relação as cirurgias, a média do tempo de cirurgia 174 a 199 minutos, cirurgia programada de adultos de diversas especialidades cirúrgicas.

telefones do próprio hospital. Os pagers eram devolvidos assim que o doente era transferido para o recobro.

O registo de actividade começava a partir do momento que o doente entrava para o bloco e terminava quando o doente era entregue no recobro. Era também nesta altura que se preenchia os questionários relativos à ansiedade e à percepção de ameaça.

Os resultados suportam a hipótese que os indivíduos que usam pagers têm um grau de actividade superior durante a cirurgia. Não suportam a hipótese que os familiares que usam pagers registam níveis de ansiedade e percepção de ameaça menores.

Aproximadamente 50% do grupo de controle desistiu do estudo quando percebeu que pertenciam ao grupo que não iria receber pagers. Isto indica que os resultados relativos ao grupo experimental podem ser mais precisos. Outra hipótese para estes resultados é os indivíduos do grupo de controle terem uma ansiedade base menor por características pessoais, independentemente de terem pagers ou não.

A percepção de ameaça pareceu inalterada com a introdução dos pagers, ambos os grupos tiveram resultados semelhantes. Uma das hipóteses que podem explicar estes resultados passam pelo facto é o do instrumento utilizado ter sido originalmente desenvolvido para avaliar atitudes relativas à morte e ao receio de morrer. Os resultados deste questionário podem não ser influenciados por um episódio isolado (esperar numa sala de espera pelo fim de uma cirurgia com ou sem pagers) mas antes pela experiência de vida, ou crenças religiosas, que podem ser estáveis e inalteráveis com o episódio de espera, com ou sem pager.

Já em relação ao aumento de actividade no período intra-operatório, os pagers mostraram-se muito efectivos. Vários familiares no grupo experimental referiram que “era uma boa ideia, e os ajudou a sentir mais seguros e que não perderiam nada”

Nesse sentido, segundo os investigadores a introdução de pagers é uma intervenção positiva, ainda assim pesando os custos versus os benefícios.

Artigo VII: Carmichael & Agre (2002)

Título: Preferences in surgical waiting area amenities

Autores: Julie M. Carmichael, Patricia Agre

Ano: 2002

Tipo de estudo: Descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Determinar que aspectos na sala de espera são valorizados pelos familiares enquanto esperam por notícias do seu familiar.	N - 300 familiares	Revisão de literatura Entrevista e questionário aos profissionais Entrevista e questionário aos familiares
RESULTADOS		
Muitos familiares consideraram que deviam haver mais enfermeiros a circular pela sala de espera de modo a poderem ter mais informações. 60% considerou 2 horas boa periodicidade para receber informação, 30% a cada hora, 5% a cada meia hora, 1% a cada hora e meia, e 3% não respondeu.		

Tabela nº10– Preferences in surgical waiting área amenities – (Carmichael & Agre,2002)

Neste estudo, foram preenchidos 300 questionários por familiares, entre Maio de 2000 e Junho 2000. O questionário para os familiares abordava temas como o tempo de espera, o número de visitas ao hospital, opiniões relativas a atmosfera e a política de visitas do recobro, à importância de um enfermeiro coordenador, que mantivesse a ligação com a família, e aspectos relativos ao conforto da sala de espera. O questionário foi distribuído aos familiares que esperavam na sala de espera.

Os achados sugerem que a presença pessoal do enfermeiro no período de espera é muito importante. Os familiares reportaram que ao darem updates ao estado da cirurgia e do doente o enfermeiro diminuiu a sua ansiedade e aumentou a sensação de estarem apoiados durante o período de espera. Alguns familiares relataram que um telefone era essencial para dar notícias a família da cirurgia(foi classificado mais importante que ter televisão ou computadores). Outros aspectos importantes foram janelas grandes com bastante luz natural, as cadeiras agrupadas em pequenos núcleos, conferindo mais privacidade a cada família, um terraço onde pudessem “apanhar ar” sem sair da zona de espera, uma capela para reza ou meditação, alguém que pudesse “traduzir” a informação dada especialmente aos mais idosos, janelas grandes com muita luz natural com uma visão tranquila de árvores no exterior, proximidade a uma cafetaria, uma sala à prova de som para crianças, cadeiras reclináveis.

Os autores descobriram que o fornecimento frequente de informação, especialmente em relação ao progresso da cirurgia é de grande importância para os familiares que esperam.

Este estudo também permite, pela primeira vez, avaliar a periodicidade ideal para receber informação, sendo que neste estudo a maioria dos familiares considerou 2 horas boa periodicidade para receber informação.

Artigo VIII: Huang et al (2006)

Título: Reducing the anxiety of surgical patient's families Access short message service

Autores: Fanpin huang, Shou Liu, Su-Mei Shid, Yao-Hua Tao, Jeng-Yuan, Shaw-Yeu Jeng, Polun Chang

Ano: 2006

Tipo de estudo: Descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Avaliação da satisfação e ansiedade do familiar do doente operado sujeito à recepção de mensagens escritas (SMS) informativas.	322 participantes	Questionário de satisfação
RESULTADOS		
O grau de satisfação dos participantes foi alto, 92% concordava com a utilidade deste sistema, 96.7 %reportou que diminuiu a ansiedade enquanto esperava.		

Tabela nº11– Reducing the anxiety of surgical patient's families Access short message service – (HUANG et al,2006)

Este estudo foi conduzido num BO que opera cerca de 500 doentes mensalmente. Foram enviadas 2 a 5 mensagens para cada familiar (tendo os 322 participantes recebido 685 mensagens) e foi aplicado um questionário de satisfação.

Os resultados mostram que a usabilidade das mensagens escritas, especialmente aplicadas no contexto clínico para diminuir a ansiedade das famílias, aumentou o seu grau de satisfação e que dada a globalização dos telemóveis, é fácil desenvolver um sistema com base nas SMS num hospital. Este artigo peca por ser apresentado sob a forma de resumo incluso na acta de um simposium, faltando alguns elementos como a caracterização da amostra, mais detalhes da investigação, ou comparação do método defendido versus outros.

Artigo IX: Trimm & Sanford (2010)

Título: The Processo of Family Waiting During Surgery

Autor: Dona R. Trimm, Julie T. Sanford

Ano: 2010

Tipo de estudo: Grounded theory² approach – qualitativo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Gerar uma teoria relativa a adultos que esperam no decorrer de uma cirurgia. A partir das experiências dos familiares que esperam os enfermeiros poderão identificar maneiras de assistir a família nesta fase difícil.	Amostra de conveniência 32 famílias ¹	Método de recolha: Entrevista Semiestruturada e Observações na sala de espera.
RESULTADOS		
Os achados deste estudo mostraram que compreender esta luta por equilíbrio durante a cirurgia é imperativo para os enfermeiros que interagem com as famílias e precisam de compreender as suas necessidades. Receber informações relativas ao decorrer da cirurgia ajudou a família a restaurar ou a manter o equilíbrio.		

Tabela nº12– The Processo of Family Waiting During Surgery – (Trimm & Sanford,2010)

Este estudo é bastante interessante no sentido em que cria uma teoria relativa ao processo de espera durante a cirurgia, tirando algumas conclusões em relação a esse período. Segundo a autora, os familiares têm um objectivo durante o tempo de espera: Manter o equilíbrio. Essa categoria central, que derivou da análise de conteúdo das entrevistas e das observações, resultou numa teoria que se encontra sistematizada na seguinte figura:

¹ 10 eram do sexo masculino, 22 do sexo feminino. Media de idades 48 anos, a variar entre os 23 e os 71 anos .14 eram filhos, 8 conjugues, 3 irmãos, 3 pais, 4 “outros”. A educação variava do 7th grade a PhD. Os critérios de inclusão na amostra de conveniência eram serem familiares e estarem a espera, terem pelo menos 18 anos, dar o consentimento, e falar e compreender inglês.

² A grounded theory é um método de investigação que implica explorar um fenómeno em profundidade levando à criação de uma teoria.

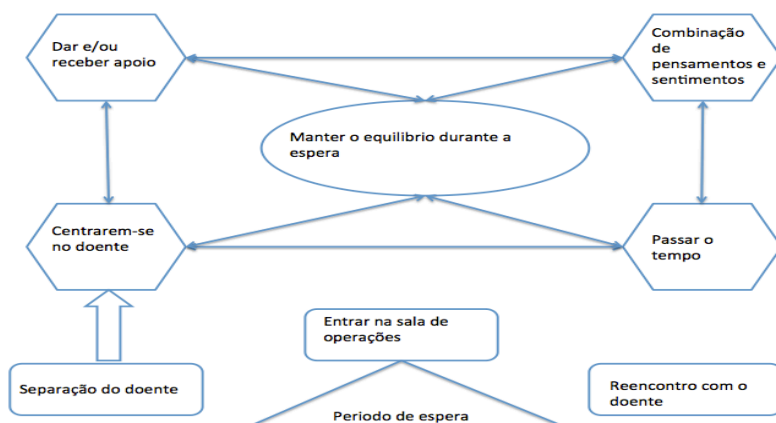


Figura nº2 – Teoria do processo de espera da família (Trimm & Sanford,2010)

Segundo a autora, os familiares tendem a querer manter o equilíbrio entre os sentimentos e pensamentos positivos e negativos desde a altura que se separam do doente até que o encontram após a cirurgia. Esta categoria central é suportada pelos 4 domínios, pelos quais os familiares “rodam” constantemente durante a cirurgia:

1 – Centrarem-se no doente

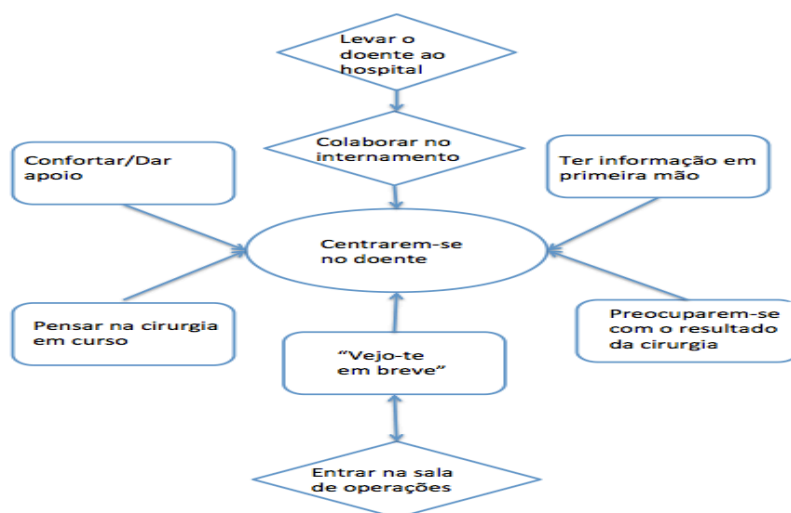


Figura nº3 – Centrarem-se no doente (Trimm & Sanford,2010)

O primeiro domínio de suporte inicia o processo de espera. Este começa na levar o doente ao hospital, interna-lo, confortar/dar apoio, obter informação antes da cirurgia, “Vejo-te em breve”/Despedida, Entrada na sala de espera, Pensar na cirurgia em curso e Preocuparem-se com o resultado da cirurgia.

2 – Passar o tempo

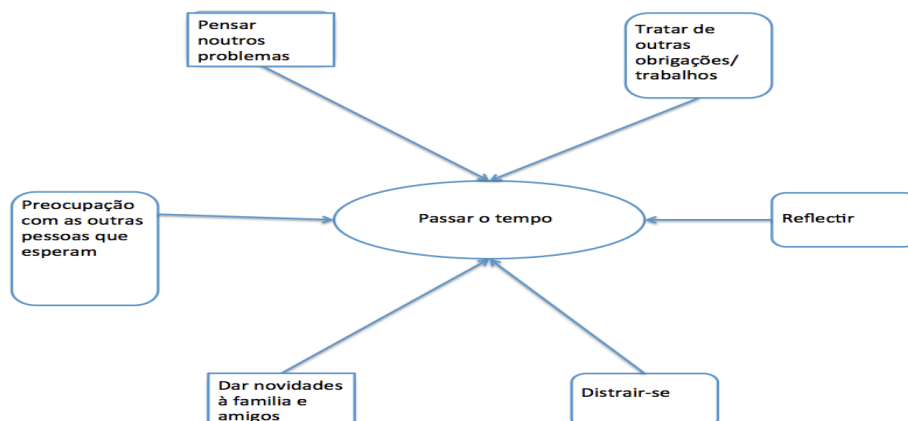


Figura nº4 – Passar o tempo (Trimm & Sanford,2010)

Este domínio está relacionado com o distrair a família de pensamentos relativos ao doente, reduzindo o tempo de espera na cabeça do familiar. Este domínio inclui pensar noutros problemas, preocupar-se com outras pessoas que esperam, reflectir, fazer actividades/distrair-se, ligar a família/amigos, tratar de outras obrigações/trabalhos que tenham pendentes...

3 – Combinação de pensamentos e sentimentos

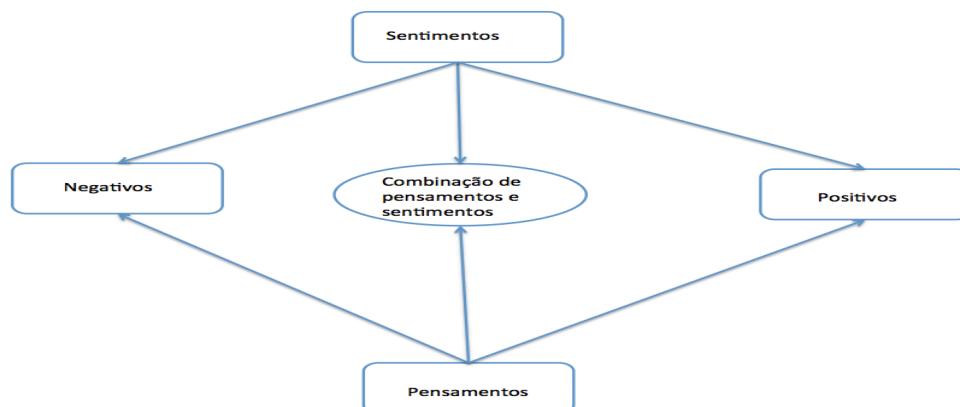


Figura nº5– Combinação de pensamentos e sentimentos (Trimm & Sanford,2010)

A combinação de pensamentos e sentimentos a que um familiar está sujeito no decorrer de uma cirurgia é uma fonte de frustração para alguém que está a lutar entre sentimentos e pensamentos positivos e negativos durante a cirurgia.

4 – Dar e/ou receber apoio durante a cirurgia

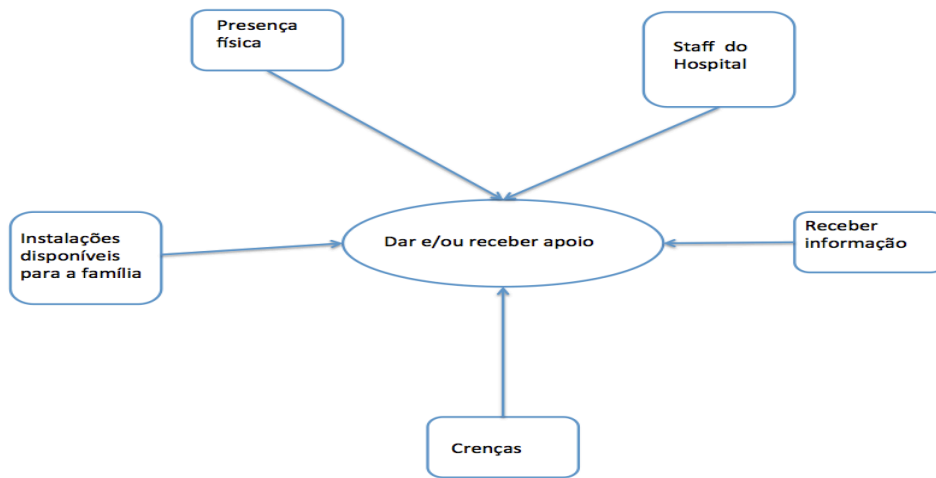


Figura nº6 –Dar e/ou receber apoio durante a cirurgia (Trimm & Sanford,2010)

Os familiares frequentemente discutiam como dar e receber apoio durante o tempo de espera era importante para manter o equilíbrio. Este ponto é influenciado pela própria presença física junto ao outro, apoio dado pelo staff do hospital, Receber informação relativa à cirurgia, Crenças, e instalações disponíveis para a família que espera.

Em relação ao receber informação relativa a cirurgia, e como isto é importante para o equilíbrio da família, a autora refere que receber informação é crucial, mesmo que seja apenas para informar em que fase da cirurgia estão. Receber este tipo de informações ajudou a família a restaurar ou a manter o equilíbrio. Quem espera podia estimar quanto tempo faltaria até ao fim da cirurgia e quando poderiam voltar a ver o seu familiar. No caso de não terem informações em tempo útil, a sua preocupação aumentava. Ter informação relativa a cirurgia mostrou-se extremamente importante para o equilíbrio da família e dos seus pensamentos, actividades e sentimentos. Manter o equilíbrio através dos 4 domínios enquanto o doente está a ser operado é a tarefa dos que esperam.

Ainda em relação às condições de espera, a maioria dos familiares que esperam marcam a sua área com pertences ou juntam-se em semicírculos, o que vai ao encontro dos achados do estudo de Carmichael & Agre (2002) em que vários familiares referiram preferir “as cadeiras agrupadas em pequenos núcleos, conferindo mais privacidade a cada família”

Artigo X: Oliveira (2011)

Título: Vivências dos familiares em contexto de cirurgia ambulatória: a família como suporte ao cuidar

Autor: Anabela Marques De Oliveira

Ano:2010

Tipo de estudo: Qualitativo (Descritivo e exploratório)

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Identificar as vivências dos familiares durante a realização da intervenção cirúrgica/intra-operatório, no pós- operatório e no domicílio; Reconhecer e valorizar a importância dos familiares na continuidade dos cuidados ao doente submetido a Cirurgia Ambulatória.	N - 42 participantes	Entrevistas
RESULTADOS		
A comunicação com a família torna-se um vector importante para minimizar as suas vivências, pois a mesma não funciona apenas como um sistema de suporte, mas como uma componente central no processo cirúrgico.		

Tabela nº13– Vivências dos familiares em contexto de cirurgia ambulatória: a família como suporte ao cuidar – (Oliveira,2011)

Em relação a informação á família, a autora refere que esta informação deve ser cedida não apenas de uma forma oral mas associada à escrita, através de boletins informativos, chamando atenção para que sejam valorizados ou desvalorizados determinados sinais ou sintomas, dando exemplos de citações de participantes que demonstram essa necessidade: “Há realmente, estes lapsos da má gestão, não é? Da falta de informação, das pessoas andarem aqui meias desorientadas e de se perder tempo, não é?”.

Para Rice citado por Oliveira (2011), as significações do doente/família sobre a continuidade de cuidados são fortalecidas, fomentadas ou justificadas, se a comunicação efectiva entre ambos for eficaz. O profissional de saúde pretende que o cuidador preste cuidados seguros no domicílio, responsabilizando-se por essa prestação. Para isso, o profissional tem de comunicar com o cuidador principal, tendo noção que dessa comunicação depende também a forma como o cuidador percepção a informação. Se ambos os interlocutores comunicarem segundo as mesmas regras, a comunicação é com certeza adequada à continuidade dos

cuidados. A responsabilidade maior da qualidade da comunicação, cabe ao profissional de saúde. Ele tem que entrar na realidade do cuidador principal e comunicar com ele de acordo com essa realidade.

Na categoria “Como melhorar a prestação de cuidados em cirurgia ambulatória – Familiar do adulto”, a necessidade de informação foi um dos principais achados, conforme consta no diagrama presente no estudo:

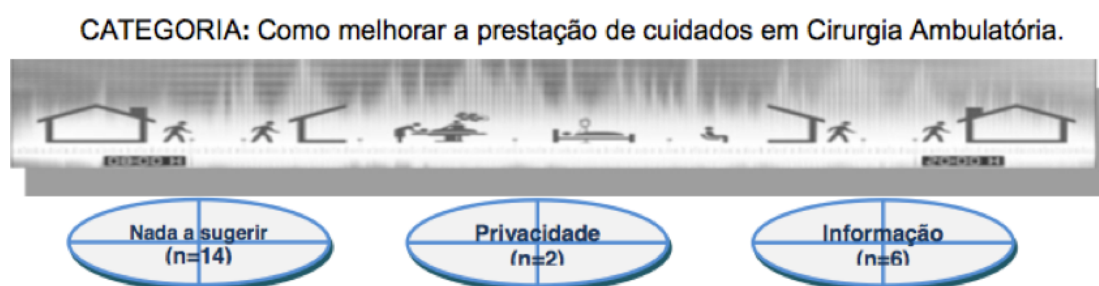


Figura nº7 –Subcategorias que emergiram da categoria: Como melhorar a prestação de cuidados em Cirurgia Ambulatória, familiar do adulto (Oliveira,2011)

Segundo a autora, os familiares necessitam de um apoio mais atento e os profissionais de Enfermagem têm um papel relevante, transmitindo compreensão e confiança, ajudando-os a verbalizar as suas dúvidas e receios. A autora refere também a necessidade de medidas de conforto tais como: salas de espera para relaxar e descansar, instalações de telefone e casas de banho, são pontos essenciais para que a família se sinta acolhida no ambiente hospitalar, dando exemplos de citações de participantes que a levaram a essa conclusão: ”... aquela sala está muito vazia, a sala da recepção, está muito, está assim, não está aconchegada. Eu acho que falta ali um bocado de aconchego.”.

Os familiares dos doentes que estão a ser submetidos a cirurgias, são muitas vezes vistos em situação de stress emocional, devido ao acto cirúrgico. A comunicação com a família torna-se um vector importante para minimizar as suas vivências, pois a mesma não funciona apenas como um sistema de suporte, mas como uma componente central no processo cirúrgico. (Almeida,2010)

Segundo a autora, a enfermagem, enquanto actividade que assenta na interacção humana, caracteriza-se, por uma riqueza informativa notável, em que os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao longo de contínuo comunicativo com os seus doentes/familiares. A intervenção cirúrgica foi geradora de stress nos três grupos de participantes em estudo, pois

mesmo quando estes referem não terem sentido stress, a sua voz trémula, a sua postura, o medo do diagnóstico, são indicadores de alterações do seu estado.

Segundo a investigadora, em contexto de cirurgia ambulatória logo que possível devem-se criar condições para que os familiares possam contactar com o familiar/doente porque após verem o seu familiar estes ficam mais tranquilos e mais descansados.

Estudo XI: Muldoon et al (2011)

Título: Implementation of an informational card to reduce family members' anxiety

Autor: Muldoon M., Cheng D., Vish N., Dejong S., Adams J.

Ano: 2011

Tipo de estudo: Descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS
<p>Avaliar quão perceptível foi pelos familiares a diminuição da ansiedade causada pelo cartão informativo, durante a cirurgia.</p> <p>Avaliar se há alguma associação entre a redução da ansiedade e o tipo de cirurgia ou o tempo de espera.</p>	<p>N – 47 familiares ¹</p>	<p>Questionário criado para o efeito</p>
<p>RESULTADOS</p>		
<p>100% consideraram que o cartão era fácil de ler. 97.9% concordou que era fácil de compreender. Mais de metade dos familiares concordou ou concordou fortemente que a informação no cartão diminuiu a ansiedade no período de espera (27.7% para cada categoria – 55.3% do total), 40.4% mostrou-se neutro, 2.1% discorda, e 2.1% discorda fortemente.</p> <p>Em relação à segunda hipótese formulada, esta não se comprovou, não tendo sido verificada nenhum tipo de associação entre a redução da ansiedade e o tipo de cirurgia ou o tempo de espera.</p>		

Tabela nº14– Implementation of an informational card to reduce family members' anxiety – (Muldoon et al , 2011)

Segundo os autores deste estudo embora os vários métodos de transmissão de informação (pessoalmente, por telefone, ou vídeos) se tenham mostrado benéficos na literatura existente,

¹ Familiares de doentes submetidos a:

34% angiografia diagnostica, 27.7% Angiografia diagnostica + Angioplastia, Outros procedimentos 38.3%

algumas destas intervenções demoram demasiado tempo para serem práticas e a sua relação custo/benefício ainda não foi devidamente determinada.

No hospital em questão, identificaram os vários problemas no sistema de informações dadas pessoalmente por voluntários.

Em relação aos telefonemas feitos das salas operatórias para a sala de espera (onde está um elemento que recebe os telefonemas e comunica a informação aos familiares)

- Podem-se perder telefonemas, por motivo dos familiares terem saído momentaneamente da sala,
- O staff nas salas pode estar muito focado nos cuidados ao doente, fazendo com que não telefonem a dar informações.

Nesse sentido criaram um cartão que desse resposta às questões e preocupações habitualmente expressas pelos familiares no período de espera. Esse cartão incluía:

- Tempo estimado de cada cirurgia
- Instruções relativas a permanecer ou sair da sala de espera
- Números de telefone do recobro

IMPLEMENTING A FAMILY CARE CARD www.sagepub.com

BAYLOR
Heart and Vascular Hospital
Heart and Vascular Hospital

Family Care Card

OUR PHYSICIANS REQUEST AT LEAST ONE FAMILY MEMBER REMAIN IN THE WAITING AREA TO RECEIVE AN UPDATE FOLLOWING THE PROCEDURE.

Guest Relations and Volunteers are available for your family needs on the 3rd Floor of Hamilton Waiting Area

- If you must leave the waiting area, please sign out at the Volunteer's desk.
- If the volunteer is not available and you have any questions regarding your family member's recovery phase:
 1. Wait 45 minutes following your conversation with the doctor and then....
 2. Call the Recovery room family line.

Recovery Room Family Line 3rd Floor (214) [REDACTED]
Recovery Room Family Line 2nd Floor (214) [REDACTED]

For questions regarding Room assignments and if the volunteer is not available, please call 3rd Floor Hamilton at: (214) [REDACTED]

Estimated Procedure Times

Cardiac & Endovascular 3 rd Floor Hamilton		Operating Room 2 nd Floor Hamilton	
Diagnostic Angiogram	30 Mins - 1 Hour	Fem Pop Bypass	3.5 Hours
Diagnostic Angiogram w/ Angioplasty	45 Mins - 1.5 Hours	Open Abdominal Aortic Aneurysm Repair	4 Hours
FFC/ASD	1.2 Hours	Carotid Endarterectomy	2 Hours
Electrophysiology		Isi Rib Resection	2 Hours
THI/ HIS Ablation/ Loop Recorder	1-2 Hours	AV Access Creation/Revision	1.5 Hours
Pacemaker/Defibrillator Implant	2-3 Hours	Endovascular AAA Stent Graft	3 Hours
Biventricular Device Implant	2-4 Hours	Thrombectomy Femoral/Stent	2 Hours
HIS Ablation and Pacemaker/ICD	3-4 Hours	Amputation	1.5 Hours
EP Study and Ablation	4-6 Hours		

*Procedure times may vary

Figure 1. Family Care Card used to address the questions and concerns typically expressed by family members in waiting areas at Baylor Hamilton Heart and Vascular Hospital, Dallas, TX. Reprinted with permission from Baylor Hamilton Heart and Vascular Hospital, Dallas, TX.

ACRN Journal 269

Figura nº8 –Cartão informativo criado para as famílias (Muldoon et al,2011)

Após a aplicação de um questionário os investigadores verificaram que a maioria dos familiares reportou que o cartão ajudou a reduzir a sua ansiedade, independentemente do tempo que tiveram à espera e/ou do tipo de cirurgia. Segundo os enfermeiros, desde a aplicação deste método o número de perguntas dos familiares na sala de espera diminuiu consideravelmente.

Estudo XII: Lerman et al (2011)

Título: Nurse Liason – The bridge between the perioperative department and patient companions

Autor: Yulia Lerman, Itzik Kara, Nurit Porat

Ano: 2011

Tipo de estudo: Quantitativo – descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Pretende avaliar os níveis de satisfação dos familiares durante a cirurgia em termos de fluxo de informação, actualizações durante a cirurgia, e condições de espera.	38 acompanhantes ¹	Questionário concebido para o efeito para medir os níveis de satisfação relativos ao período de espera dos familiares durante a cirurgia
RESULTADOS		
Os inquéritos mostram que a maioria dos familiares (87%) preferem receber updates frequentes (ex. a cada 30-60 minutos).A maioria dos familiares que responderam ao inquérito reportou que a informação que receberam do enfermeiro de ligação transmitiu empatia e apoio (63%) e ajudou-os a lidar com a espera (58%). Apesar disto apenas 47% classificou a sua satisfação relativa ao Enfermeiro de ligação como Muito satisfeito. Isto pode ser explicado pelo facto da informação ter sido transmitida em condições de pouca privacidade , que não permitiam uma conversa em privado (apenas 39% se mostraram muito satisfeitos com as condições de espera). Os resultados do inquérito também indicaram que os ecrãs informativos localizados na sala de espera são ferramentas efectivas de informações para os familiares durante o período de espera. A maioria dos familiares (61%) considerou estes ecrãs como extremamente úteis.		

Tabela nº15– Nurse Liason – The bridge between the perioperative department and patient companions – (Lerman et al,2011)

Neste estudo, os questionários foram efectuados entre 1 de Setembro de 2009 e 31 de Outubro de 2009. Foi utilizada uma amostra de conveniência.

O questionário incluía respostas abertas e uma delas perguntava que tipo de informação gostaria de receber relativamente a:

- Progresso da cirurgia

¹ A média de idades dos acompanhantes situava-se nos 45 anos, com idades a variar entre os 21 e os 70 anos.55% eram do sexo feminino, 34% do sexo masculino. Em termos de língua falada, 66% hebraico, 24% árabe, 11% russo. Religião: Secular 21%, Tradicional 39%, Ultra-ortodoxo 8%. Educação: Académica 45%, Ensino secundário 32%, Abaixo do ensino secundário 16%. Relação com o doente: Filho 40%, Conjugue 29%, Pai 16%, outro relacionamento 13%.

- Acontecimentos anómalos (ex. conversão de laparoscopia para laparotomia)
- O estado do doente
- E o resultado da intervenção cirúrgica

Segundo os autores, dar informações aos familiares durante a cirurgia ajuda-os a lidar com o período de espera.

Os resultados do inquérito também indicaram que os ecrãs informativos localizados na sala de espera são ferramentas efectivas de informações para os familiares durante o período de espera. A maioria dos familiares (61%) considerou estes ecrãs como extremamente úteis. Ainda assim a informação disponível é limitada e apenas se reporta à fase da cirurgia e, em cirurgias muito longas, à duração da cirurgia. Neste tipo de situações um ecrã de computador não dá informação actualizada por períodos de tempo demasiado longos, e nesse sentido, não é um meio eficiente de informar os familiares, não substituindo, segundo os autores, a informação dada pessoalmente.

Neste estudo os inquéritos mostram que a maioria dos familiares (87%) preferem receber updates frequentes (a cada 30-60 minutos) reforçando a ideia que os updates frequentes são preferíveis em termos de satisfação da família.

2.3.4 AVALIAÇÃO

Na metodologia de projecto a avaliação é permanente, devendo ser feita ao longo do Projecto de Investigação, (Leite et al,1989) e deve permitir uma retroacção com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objectivos, acção e selecção dos meios, bem como a análise dos resultados (Carvalho et al, 2001).

De acordo com estes autores, a avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projecto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objectivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados).

Nesse sentido, a avaliação desta revisão de literatura engloba a discussão dos resultados, e uma auto-avaliação das suas limitações.

2.3.4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo da pergunta de partida “A Comunicação dos enfermeiros perioperatórios para com a família/pessoas significativas de doentes adultos sujeitos a cirurgia programada, durante o período intra-operatório, reduz a sua ansiedade?” a análise dos artigos seleccionados permitiu-nos, em primeiro lugar, confirmar que os familiares que aguardam o fim da cirurgia do seu familiar estão sujeitos a níveis de ansiedades altos, conforme demonstram os artigos I, III, IV,V, e X (Kathol, 1984; Leske 1993, 1995,1996; Topp, 1998; Oliveira , 2011).

De forma a compreender a dimensão do problema, e a necessidade da intervenção do Enfermeiro nesta fase, importa compreender que a ansiedade sentida pela família no decorrer de uma cirurgia de um familiar é, em termos comparativos, superior à registada em situações potencialmente produtoras de ansiedade, descritas no artigo III (Leske ,1993):

- Doentes sujeitos a coronariografia no pré-operatório
- Mães de crianças hospitalizadas
- Familiares de doentes sujeitos a coronariografias
- Familiares de doentes cardíacos a aprenderem reanimação cardiorrespiratória.

Os enfermeiros perioperatórios reconhecem que os familiares dos doentes estão sujeitos a níveis altos de ansiedade, especialmente no período intra-operatório. Ainda assim, é neste período em que regista pouca ou nenhuma comunicação entre os enfermeiros e a família, sendo urgente a sensibilização e formação nesta área (Leske,1993).

Outro aspecto importante identificado nesta revisão foi o facto da ansiedade poder ser afectada por factores intrínsecos (características dos próprios familiares), e extrínsecos (tempo e tipo da cirurgia).

No artigo III (Leske,1993) concluiu-se que os familiares com mais idade registaram níveis mais altos de ansiedade e não se registaram diferenças significativas na ansiedade independentemente do sexo dos familiares, em contradição com a literatura existente indicada pela autora (estudos anteriores relativos à ansiedade da família em contexto de cuidados intensivos). A variação da ansiedade com a escolaridade dos familiares demonstrada neste

estudo (inversamente proporcional à escolaridade) mostrou-se compatível com a existente na literatura.

Os factores extrínsecos passíveis de condicionar a ansiedade dos familiares (tempo e tipo de cirurgia), são abordados nos artigos III (Leske,1993), e XI (Muldoon et al,2011). Ambos os estudos são claros no sentido que não há nenhuma relação entre o grau de ansiedade sentido pelas famílias, e o tempo da cirurgia. Ainda assim, é necessária mais investigação de modo a avaliar o pressuposto de que quanto mais tempo as famílias estão a espera, mais ansiosas ficam, o que me parece legítimo, no sentido em que há tendência para dar mais atenção às famílias que estão a espera em cirurgias muito longas ou delicadas, negligenciando o resto dos familiares dos doentes cirúrgicos, igualmente importantes e sujeitos a níveis altos de ansiedade. (Leske,1993). Ainda em relação a este aspecto, Kathol (1984) refere que na sua investigação, em todos os grupos (mesmo no grupo de controle que não foi sujeito a nenhum tipo de intervenção), há uma diminuição da ansiedade do intra-operatório para o pós-operatório, tendo a passagem do tempo e o conseqüente término da cirurgia levado à diminuição dos níveis de ansiedade.

O artigo XI revelou não haver nenhuma relação entre o tipo de cirurgia e a ansiedade registada (Muldoon et al, 2011).

Em resposta à pergunta de partida e objectivo geral deste trabalho (determinar se a comunicação intra-operatória com a família do doente programado adulto reduz a ansiedade), esta é respondida nos artigos I, IV, V, VII e VIII respectivamente (Kathol,1984;Leske,1995;Leske,1996;Carmichael e Agre,2002; Huang et al,2006), artigos esses em que ficou inequivocamente comprovado que os familiares sujeitos a informação intra-operatória registaram níveis de ansiedade menores, com TA e FC mais baixas (Leske,1995, 1996), aumentando a sensação de estarem apoiados durante o período de espera (Carmichael & Agre,2002).

O artigo I (Kathol,1984) revelou que a combinação de um vídeo informativo pré-operatoriamente com a interacção intra-operatória é especialmente eficaz tanto na redução da ansiedade como na percepção do apoio prestado pelo enfermeiro.

Após ficar comprovado que a comunicação com a família reduz a ansiedade, importa ressaltar que a necessidade de informação por parte da família, em termos de redução da ansiedade e

aumento da satisfação é referida em diversos artigos, tais como: II, VII, X e XII (Carmody et al, 1991; Carmichael & Agre,2002; Oliveira, 2011; Lerman et al,2011).

A possibilidade da família ter um enfermeiro que lhes disponibilize informações a respeito do seu familiar ajuda-os a lidar com o período de espera (Lerman et al,2011), sendo extremamente importante para restaurar ou manter o equilíbrio nesta fase. Receber informação é crucial, mesmo que seja apenas para informar em que fase da cirurgia estão (Trimm & Sanford,2010).

Os achados nesta revisão comprovam que as necessidades de informação mostraram ser as mais importantes para a família no período intra operatório, sendo a presença pessoal do enfermeiro considerada muito importante pelas famílias (Carmody et al,1991;Carmichael & Agre,2002). Os familiares, se estiverem bem informados do estado do doente, vão conseguir prestar um suporte mais efectivo, ao mesmo tempo que lidarão melhor com a ansiedade relativa a hospitalização e cirurgia, não experienciando um momento de crise. O apoio dados pelos enfermeiros aos familiares durante um período propício ao desenvolvimento de crises, pode ser preventivo nesse sentido (Carmody et al,1991), transmitindo compreensão e confiança, ajudando-os a verbalizar as suas dúvidas e receios. (Oliveira,2011).

Esta revisão, além de responder à pergunta de partida, evidenciou uma série de boas práticas que reduzem a ansiedade. Em relação ao modo como a informação deve ser transmitida, a pessoal é a que reúne mais consenso na literatura analisada. Outros métodos de transmissão de informação são testados nos artigos V, VI,VIII, XI, e XII (Leske,1996; Topp et al,1998; Huang et al,2006; Muldoon et al,2011; Lerman et al,2011).

O artigo mais efectivo neste sentido é o V, no sentido em que é feita uma comparação relativa a redução da ansiedade através de informações dadas pessoalmente e por telefone. Apesar dos familiares sujeitos a informação por via telefónica terem registado menos ansiedade que o grupo sujeito a nenhum tipo de informação, a informação dada pessoalmente revelou-se a intervenção mais benéfica para a família e a mais eficaz na redução da ansiedade (Leske,1996).

Ao longo da revisão são abordados outros métodos de transmissão da informação, tal como: Pagers - onde ficou comprovado que os indivíduos que usam pagers têm um grau de actividade superior durante a cirurgia. No entanto não suportam a hipótese que os familiares que usam pagers registam níveis de ansiedade e percepção de ameaça menores (Topp et al,1998); SMS - os resultados mostram que a usabilidade das mensagens escritas, especialmente

aplicadas no contexto clínico para diminuir a ansiedade das famílias, aumentou o seu grau de satisfação (Huang et al, 2006). No entanto não é feita uma comparação com a informação dada pessoalmente tal como (Leske, 1996), em que a informação dada pessoalmente se mostrou mais benéfica do que a dada por outras vias. Ecrãs informativos: localizados na sala de espera são ferramentas efectivas de informações para os familiares durante o período de espera. Ainda assim a informação disponível é limitada e apenas se reporta à fase da cirurgia e, em cirurgias muito longas, à duração da cirurgia. Neste tipo de situações um ecrã de computador não dá informação actualizada por períodos de tempo demasiado longos, e nesse sentido, não é um meio eficiente de informar os familiares, não substituindo, segundo os autores, a informação dada pessoalmente (Lerman et al,2011).

O artigo XI (Muldoon et al,2011), defende outra forma de comunicação que não a pessoal. Segundo os autores, a informação dada pessoalmente está sujeita aos seguintes problemas: Comunicação insuficiente ou atrasada entre o staff da sala e os familiares na sala de espera; tempo estimado pelo enfermeiro na sala de espera contradizer o previsto pelo cirurgião pré operatoramente; impossibilidade dos familiares ligarem para o recobro para saber se o seu familiar já tinha sido transferido para lá; a informação dada oralmente, por vezes, é destruturada e pouco apoiada na teoria. Informação transmitida de forma destruturada pode levar a que sejam transmitidas informações desapropriadas. Além disso a informação oral pode ser facilmente esquecida ou mal interpretada.

Nesse sentido, foi criado um cartão informativo para os familiares descrito no artigo XI. Após a aplicação de um questionário os investigadores verificaram que a maioria dos familiares reportou que o cartão ajudou a reduzir a sua ansiedade, independentemente do tempo que tiveram à espera e/ou do tipo de cirurgia. Segundo os enfermeiros, desde a aplicação deste método o número de perguntas dos familiares na sala de espera diminuiu consideravelmente.

Este artigo defende outra forma de comunicação com a família, que não a pessoal, dando inclusive exemplos de dificuldades na transmissão oral da informação. Apesar disso, não é feita uma comparação relativa à diminuição da ansiedade por esta via versus a dada pessoalmente, sendo na minha opinião necessária mais investigação para esclarecer o potencial de formas alternativas de comunicação tais como as SMS, o Twitter...

Em relação à frequência da comunicação com a família, este ponto é abordado nos artigos VII e XII (Carmichael & Agre, 2002; Lerman et al,2011).

No artigo VII (Carmichael & Agre, 2002) os autores relataram que o fornecimento frequente de informação, especialmente em relação ao progresso da cirurgia é de grande importância para os familiares que esperam, sendo que neste estudo a maioria dos familiares considerou 2 horas boa periodicidade para receber informação. No estudo X os inquéritos mostram que a maioria dos familiares (87%) preferem receber updates frequentes (a cada 30-60 minutos) reforçando a ideia que os updates frequentes são preferíveis em termos de satisfação da família (Lerman et al,2011).

Há ainda os aspectos físicos relativos á sala de espera, referidos nos artigos VII e X, (Carmichael & Agre,2002; Oliveira,2011).Alguns familiares relataram que um telefone era essencial para dar noticias a família da cirurgia(foi classificado mais importante que televisão ou computadores). Outros aspectos importantes foram janelas grandes com bastante luz natural, as cadeiras agrupadas em pequenos núcleos, conferindo mais privacidade a cada família, um terraço onde pudessem “apanhar ar” sem sair da zona de espera, uma capela para reza ou meditação, alguém que pudesse “traduzir” a informação dada especialmente aos mais idosos, janelas grandes com muita luz natural com uma visão tranquila de árvores no exterior, proximidade a uma cafeteria, uma sala à prova de som para crianças, cadeiras reclináveis (Carmichael & Agre,2002).

Também a autora do artigo X refere a necessidade de medidas de conforto tais como: salas de espera para relaxar e descansar, instalações de telefone e casas de banho, são pontos essenciais para que a família se sinta acolhida no ambiente hospitalar, dando exemplos de citações de participantes que a levaram a essa conclusão: ”... aquela sala está muito vazia, a sala da recepção, está muito, está assim, não está aconchegada. Eu acho que falta ali um bocado de aconchego” (Oliveira,2011).

2.3.4.2 LIMITAÇÕES

No sentido de otimizar as nossas habilidades enquanto investigador, iremos fazer um juízo autocrítico relativo as limitações deste estudo, contribuindo positivamente para a elaboração de futuros trabalhos.

A propósito das limitações, Fortin (2000) considera que quaisquer que sejam o tipo de estudo e o nível de investigação, o investigador deve ter o cuidado de avaliar o processo de

investigação científica.

Outra das limitações aquando da concepção deste estudo foi o pouco tempo disponível. Projectou-se uma eventual avaliação da realidade nacional neste aspecto no sector público e privado, que enriqueceria a vertente prática deste estudo, mas essa intenção esbarrou na falta de tempo que as autorizações dos vários hospitais demorariam.

Aquando da pesquisa deparei-me com poucos artigos relativos ao tema, e pouca bibliografia específica sobre o tema. Outra das limitações encontradas foi o facto da grande maioria dos artigos serem pagos, sendo que esse problema foi parcialmente ultrapassado, comprando o acesso à base de dados da AORN onde estão a maioria dos artigos desta revisão. Ainda assim, houve cerca de 3 artigos sobre o assunto que não foram analisados por serem pagos e não haver possibilidade do acesso aos mesmos. Tive portanto dificuldade em encontrar literatura específica para confrontar com o encontrado na revisão, e julgo que a revisão ficaria mais rica com literatura específica sobre o assunto publicada em livros com que pudesse confrontar os achados desta revisão, enriquecendo a discussão.

Outra das limitações desta revisão foi o facto de praticamente não existir literatura portuguesa ou sobre a realidade portuguesa, o que poderia enriquecer em muito este trabalho.

2.3.5 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

O trabalho do investigador não está terminado, no entanto, até que os resultados do estudo sejam divulgados, sendo responsabilidade do investigador encontrar um meio para comunicar os resultados da pesquisa. Os resultados da investigação de pesquisa têm pouca utilidade se não forem comunicados aos outros. Outra tarefa – muitas vezes a final – de um projecto de pesquisa é, portanto, a preparação do relatório de pesquisa que será compartilhado com os outros (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Uma das formas de divulgação os resultados de um projecto é através da realização de um relatório escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento efectuado ao longo do projecto. Tendo em conta que a Investigação pretende acrescentar conhecimento à comunidade científica a divulgação dos resultados é um passo imprescindível, para que seja possível ter acesso aos mesmos. A menos que sejam comunicados, os resultados da

investigação têm pouco efeito na disciplina, na comunidade científica e na sociedade (Fortin, 2000; Ferrito et al, 2010).

Após todo o trabalho de investigação, que incluiu uma vasta pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas idóneas só a divulgação dos resultados obtidos sob a forma deste relatório, escrito de forma clara e científica poderia promover a prática baseada na evidência. O core do trabalho de investigação e encontra-se também no artigo científico que se encontra em anexo, que foi proposto no âmbito deste curso de mestrado e que ajudará na divulgação dos resultados deste estudo entre pares dando a sua contribuição para promover a investigação em enfermagem.

No capítulo que se segue são abordadas as possíveis implicações teóricas e práticas tendo como referência as actividades desenvolvidas ao longo do estágio, os seus objectivos, e a importância que a divulgação de resultados e da investigação sob a forma desta revisão da literatura tem em Enfermagem, dado que a evidência permite a aquisição de conhecimentos científicos e desta forma a prestação de cuidados com maior qualidade, ou seja uma prática baseada na evidência (Ferrito et al, 2010).

2.3.6 VISITA DE OBSERVAÇÃO AO HOSPITAL Y

Enquadrado nas actividades planeadas no âmbito do trabalho de projecto, na recta final do meu estágio fiz uma visita a um Hospital com um sistema de Informação à família em funcionamento, fazendo uma caracterização do mesmo. A esse Hospital, atribuí o nome de Hospital Y.

O Hospital Y tem por missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Este Hospital tem ainda por objecto desenvolver actividades de investigação e formação, pré e pós-graduada, de profissionais de saúde, assim como actividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas. Por todas estas razões, o Hospital Y tem vindo a assumir, e é hoje já uma realidade, o papel de Hospital de nível central para a península de Setúbal e uma boa parte no sul do País.

O Hospital Y., tem ao longo dos anos, interiorizado uma cultura de prestação de serviço público orientada pelos seguintes valores que serão potenciados e promovidos:

- Colocação do doente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde;
- Observância de padrões de ética no exercício da actividade hospitalar;

- Equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde;
- Promoção da saúde;
- Promoção da qualidade;
- Conservação do património e protecção do meio ambiente;
- Eficiência na utilização dos recursos.

O Hospital Y dispõe dos seguintes serviços clínicos:

Anatomia Patológica, Anestesiologia, Angiologia, BO, Cardiologia, Cirurgia do Ambulatório, Cirurgia Geral, Cirurgia plástica, Cirurgia Vasculuar, Consulta Externa, Cuidados continuados, Cuidados intensivos, Dermatologia, Endocrinologia, Exames especiais, gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, imunohemoterapia, Infecçiology, Medicina, Medicina física e de Reabilitação, Medicina nuclear, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Neurorradiologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pediatria Cirúrgica, Pequenas Cirurgia, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia, Saúde ocupacional, Transplante Renal, unidade funcional de dor, unidade de internamento de curta duração, Urgência geral, Urologia.

O BO, situa-se na área amarela do hospital, partilhando o piso com o laboratório de patologia clínica, bloco de partos, urgência obstétrica, Cuidados intensivos, e serviço de Anestesia.

O bloco tem 8 salas operatórias onde operam as especialidades de otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgia geral/cirurgia melanomas, Cirurgia Vasculuar, Ginecologia, Ortopedia/Traumatologia, urologia, Cirurgia Plástica e Neurocirurgia.

A equipa de Enfermagem é composta por 81 enfermeiros, incluindo equipa de gestão, sendo divididos entre horário fixo e roulement.

No turno da manhã o responsável por este sistema é o enfermeiro de acolhimento, que faz “apenas” isso, acolhimento e informação as famílias. No turno da tarde e noite as informações são dadas pelo chefe de equipa ou por outros colegas das equipas de roulement consoante a sua disponibilidade.

O sistema não é referido na visita pré-operatória, e os próprios serviços de internamento têm pouco conhecimento do sistema (Os próprios enfermeiros dos serviços muitas vezes desconhecem o sistema e dão indicação aos familiares para tocar á campanha do bloco para

pedir informações). O facto de muitos doentes serem internados no próprio dia ou na véspera bastante tarde por vezes impossibilita a visita pré-operatória.

O espaço da sala de espera é comum ao bloco de partos (acompanhantes), e Urgência obstétrica. Tem uma máquina de café, uma de snacks, uma televisão, um relógio e cabines telefónicas. As cadeiras estão em fila junto às paredes, em numero suficiente., e é uma área com bastante luz natural.. A configuração da sala de espera do bloco operatório Y encontra-se representada na imagem seguinte:

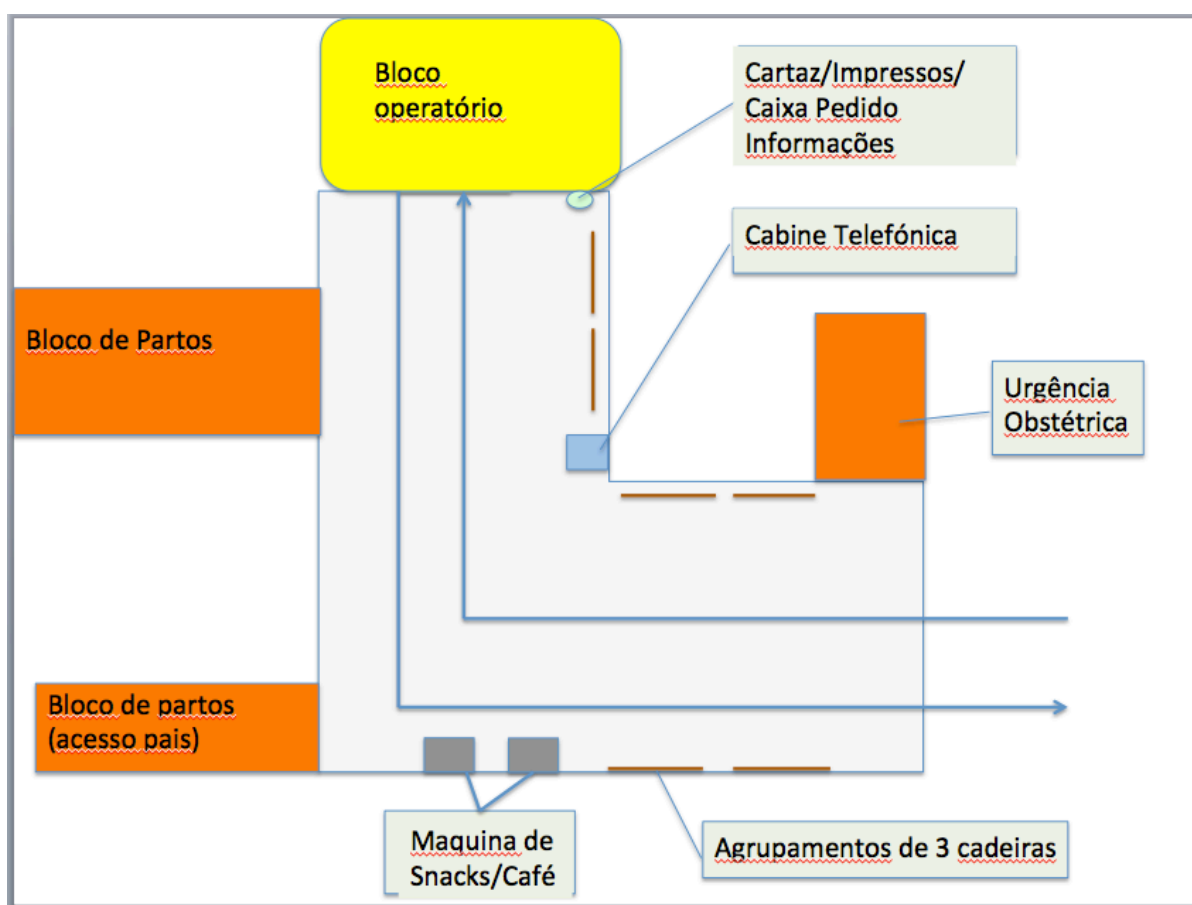


Figura nº9 – Esquema ilustrativo da sala de espera do BO Y

O sistema começou, em período experimental em Março/Abril de 2010.À entrada do bloco há um cartaz com a seguinte informação:

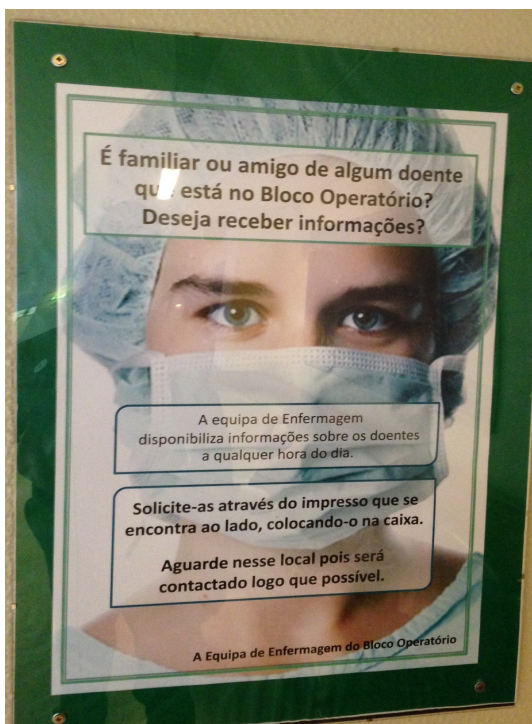


Figura nº10 – Cartaz informativo Sistema de Informação à família

E por baixo uma caixa onde são introduzidos os impressos dos pedidos de informação por parte dos familiares.



Figura nº11 – Caixa/Impressos sistema de informação

Diariamente é feita uma estatística relativa à hora, informação requerida, e grau de parentesco. Essa estatística traduz-se em dados diários, semanais, mensais e anuais estatisticamente tratados pela colega responsável pelo sistema. Nos turnos da tarde e da noite esta estatística não é feita. O sistema é válido para doentes adultos programados e de urgência. No caso dos doentes pediátricos o sistema funciona de forma diferente. Todos os doentes pediátricos descem para os blocos acompanhados por um enfermeiro da pediatria e geralmente dos pais, e ao chegar ao bloco, o enfermeiro de acolhimento (e responsável pela informação a família) apresenta-se aos pais, e informa-os da existência do sistema e que ciclicamente virá cá fora informá-los e mais tarde chamar para irem até ao recobro pediátrico onde, se for possível, permanecerão com a criança. Também no caso dos adultos há um esforço da equipa para promover visitas na UCPA sempre que possível.

A recolha de informações é feita em intervalos regulares de 45m a 1hora até as 16h30 de 2ª a 6ª feira (quando está presente o Enfermeiro de Acolhimento) e de acordo com a disponibilidade do serviço nos restantes turnos. A informação é sempre transmitida pessoalmente, sendo que a frequência é variável. Se em cirurgias longas procura dar informação a cada 45 minutos, noutras cirurgias os ciclos são mais curtos.

Em relação à avaliação do sistema pelos familiares, esta é feita através do questionário de avaliação da qualidade e da satisfação dos utentes (ver ANEXO I).

Um dos itens desse questionário é relativo à informação aos familiares ou pessoa significativa:

	Muito Bom	Bom	Aceitável/Suficiente	Mau	Muito Mau
6- INFORMAÇÕES AOS FAMILIARES OU PESSOA SIGNIFICATIVA					
Amabilidade/Disponibilidade/Cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação clínica prestada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura nº12 – Item relativo à satisfação relativa as informações prestadas aos familiares

Segundo o relatório de avaliação disponibilizado pelas colegas responsáveis pelo sistema de informação do Hospital Y publicado em 7 de Dezembro de 2012, referente ao período entre 16 de julho e 30 de Novembro de 2012, nesse período foram recolhidos 757 pedidos de informação.

Relativamente às horas em que se registam mais pedidos de informação:

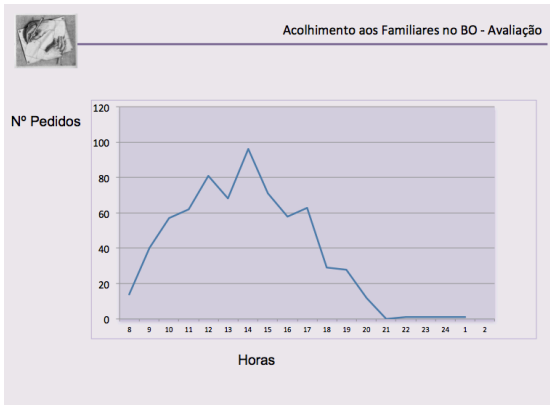


Gráfico nº28 - Horas de pedidos de Informação (Cardoso & Vieira,2012)

Entre as 12 e as 14 é o período em que se registam mais pedidos de informações. Parece-me fazer sentido este pico de pedidos de informações, uma vez que coincide com a hora de almoço onde muita gente aproveitará para se deslocar ao bloco.

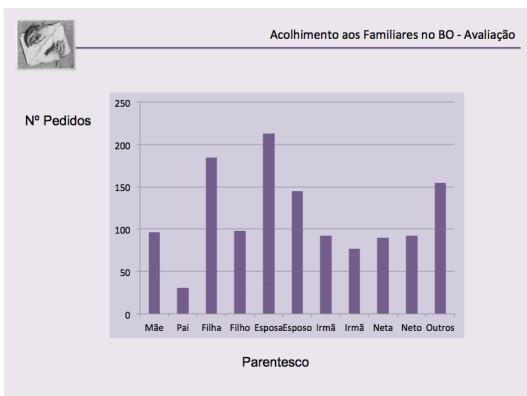


Gráfico nº29 - Grau de parentesco dos interessados (Cardoso & Vieira, 2012)

Em relação ao grau de parentesco de quem requisita as informações, a distribuição é muito ampla, no entanto as esposas, as filhas e outros (pessoas significativas) são os que registam valores mais elevados.

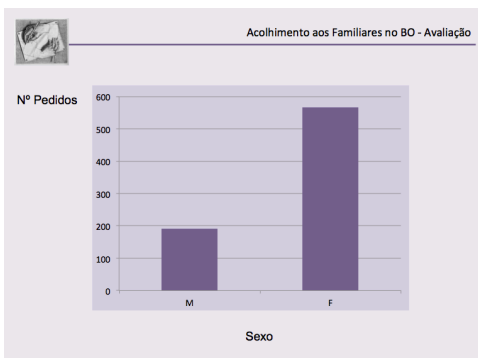


Gráfico nº30 – Sexo dos interessados (Cardoso & Vieira, 2012)

Em relação ao sexo dos interessados, os pedidos de informação são feitos maioritariamente por familiares do sexo feminino.

As especialidades onde se registam mais pedidos neste período foram Cirurgia Geral (188), Orto traumatologia (96) e Neurocirurgia (81). Dividindo as informações dadas aos familiares, por categorias, as informações mais dadas foram relativas ao estado geral do doente, fase Perioperatória, critérios de alta da UCPA, informar sobre o cirurgião e promover a visita à UCPA. As principais dificuldades relativas a este sistema indicadas pela equipa são o facto de haver informações dadas oralmente (e informalmente) que não são registadas e a dificuldade em manter informações actualizadas nos turnos da tarde (Cardoso & Vieira,2012).

Trata-se de um sistema de informação à família em concordância com as boas práticas indicadas pela literatura, mas sujeito a alguns melhoramentos, nomeadamente no que toca às condições da sala de espera (dando mais condições de privacidade a quem espera), e à continuidade do serviço e da respectiva estatística nos turnos da tarde e noite.

2.4 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A sede das ideias concretas para a prática da enfermagem encontra-se nos locais onde se prestam os cuidados. A investigação é uma forma de validar a realidade. (Fortin,2000)

Porque nenhuma profissão pode experienciar um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação Fortin (2000), importa reflectir a respeito da contribuição deste projecto e da investigação em si para o dia-a-dia da enfermagem. Segundo a autora supracitada, para que a enfermagem continue a desenvolver-se enquanto ciência e a garantir o seu campo de actuação independente, é fundamental fazer ver às outras classes profissionais e à própria comunidade científica que a enfermagem se apoia em fundamentos sólidos, do ponto de vista do saber e da ciência, sobre os quais se estabelece a prática.

Os achados que resultaram desta revisão sistemática da literatura mostraram-nos que o período de espera, para os familiares, pode ser um período de tempo extremamente complicado de gerir. Esta revisão também confirmou aquilo que sentíamos na prática diária, e que levou a que escolhêssemos este tema: os enfermeiros podem ter um papel muito importante nesta fase, diminuindo a ansiedade, evitando potenciais crises, restabelecendo o equilíbrio e aumentando a satisfação dos familiares dos doentes operados.

De acordo com o revisto esta é uma área de actuação da enfermagem importantíssima e prioritária, sobre a qual devem existir mais estudos no futuro, levando à sensibilização dos enfermeiros.

Este estudo reforça a necessidade de se dar condições aos familiares que estão a espera do fim da cirurgia do seu familiar, e de um acompanhamento e comunicação humanizados durante este período.

Importa também ressaltar a importância de um correcto acompanhamento e comunicação dos enfermeiros perioperatório com a família do doente sujeito a cirurgia programada no sentido de dar resposta aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade, nomeadamente na satisfação do cliente, respeitando as suas crenças valores e desejos, na prevenção de complicações, e no bem estar e autocuidado através da identificação dos problemas e na organização dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, a própria Ordem dos Enfermeiros, na perspectiva de melhoria dos cuidados de Enfermagem, desenvolveu padrões de qualidade que constituem um instrumento relevante de orientação para a prática de cuidados. Assim, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a maior eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Este estudo secundário ajudou-nos a compreender o fenómeno da família que espera pelo fim da cirurgia do seu familiar, e da importância que o enfermeiro perioperatório enquanto agente humanizador no BO pode ter nesta fase, tendo contribuído para o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem.

Ainda assim, consideramos que relativamente a este tema ainda há inúmeras questões a esclarecer, nomeadamente no que toca aos enfermeiros que transmitem informação aos familiares (sentem-se confortáveis nessa posição? que dificuldades sentem?), aos efeitos dessa comunicação nas famílias em termos de satisfação e qualidade dos cuidados, e muitos outros pontos relativos às boas práticas em termos de comunicação com a família no intra operatório sobre o qual ainda há muito pouca evidência. Seria importante também fazer-se um levantamento da realidade nacional, em termos de hospitais públicos e privados, de forma a perceber a dimensão do problema. Seria importante também incluir este tema nos planos de formação de forma a sensibilizar os colegas. No entanto a melhor e maior sugestão que podemos fazer é que este trabalho inspire colegas a construir sistemas de informação à família nos seus próprios blocos ajudando o sistema do cliente a atingir, manter ou reter a estabilidade. Ao proporcionar a estabilidade, o enfermeiro proporciona o vínculo entre o

sistema do cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem, conforme preconizou Betty Neuman (Marriner-Tomey,1994).

Foi muito importante ver um sistema de informação à família na prática (que vai ao encontro do que li na literatura existente sobre o tema e que todos os dias contribui para a diminuição da ansiedade e aumento da satisfação de muitas famílias e pessoas significativas, aumentando a satisfação dos familiares dos doentes operados e dos próprios doentes uma vez que o envolvimento da família nos cuidados aumenta a colaboração do doente; promove a adaptação do doente à doença; diminui a ansiedade da família; aumenta a satisfação da família relativa aos cuidados prestados; e promove uma atitude positiva em relação à hospitalização. Esta é, sem dúvida, uma área de intervenção da enfermagem importantíssima e prioritária, sobre a qual devem existir mais estudos no futuro, levando à sensibilização dos enfermeiros para a ansiedade da família dos doentes cirúrgicos adultos no período intra-operatório. Para além dos benefícios que representa para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, aumenta o grau de satisfação dos enfermeiros.” . Uma comunicação eficaz com os familiares no período intra-operatório contribuirá para a prestação de cuidados de enfermagem mais humanizados, contribuindo para a satisfação dos doentes e suas famílias e para a satisfação dos próprios enfermeiros que vêm o seu trabalho ganhar visibilidade

Uma comunicação eficaz com a família também vai contribuir para cuidados de Enfermagem com mais qualidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), a necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade.

“Assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local. Daqui se deduz o papel importante da definição, pelos enfermeiros que exercem a sua actividade em Portugal, de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.”

Criar sistemas de qualidade em saúde é uma acção prioritária e essencial, no sentido da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001) o enfermeiro, na procura da excelência no exercício profissional persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, nomeadamente o “envolvimento

dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados” e o “o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”. É nesse sentido que o Enfermeiro assume um papel importantíssimo e vital neste período de crise para o doente e para a família.

2.5 DESENVOLVIMENTO DAS ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS ENQUANTO MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Entende-se por competência um conjunto de conhecimentos, capacidades de acção e comportamentos estruturados em função de uma finalidade e numa determinada situação. No BO, competência representa o conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório (Gruendemann, 1995).

Este estágio pretendeu dar background teórico ao “saber fazer” e “saber estar” que já adquiri, fruto de alguns anos enquanto Enfermeiro perioperatório, tendo este estágio tido uma componente clínica muito estimulante, além do trabalho de projecto que decorreu em paralelo.

Ao longo do estágio, numa lógica de aperfeiçoamento, de melhoria constante, e com a ajuda da minha orientadora, atingimos os objectivos delineados inicialmente tendo desenvolvido as competências exigidas para este período em contexto clínico de Enfermagem Perioperatória. Um dos pontos interessantes deste estágio foi o facto de fruto desta experiência académica ter levado algumas novidades/conhecimentos para junto de colegas com muitos anos de experiência e de “saber fazer” (e que fruto dessa experiência me ensinam algo todos os dias) reforçando a ideia que nesta vida “todos somos professores e alunos”. Sendo que as competências em termos de cuidados já as tinha adquiridas de forma “mecânica”, o meu objectivo pessoal era aplicar a teoria apreendida em termos académicos na minha prática de cuidados diária, revendo e repensando a minha prestação de cuidados enquanto enfermeiro perioperatório.

Durante este estágio, tivemos oportunidade de recorrer aos conteúdos leccionados no primeiro semestre, prestando cuidados de qualidade ao doente na sua globalidade nas três valências (instrumentação, circulação e anestesia) no cumprimento das regras de segurança próprias e tendo em conta as especificidades dos cuidados de enfermagem inerentes às especialidades cirúrgicas, estando bem cientes da anatomia e fisiologia, farmacologia, e

técnicas cirúrgicas e anestésicas próprias de cada especialidade cirúrgica.

Tivemos uma constante preocupação com alguns aspectos como a organização e a estrutura do ambiente cirúrgico/condições ambientais, tendo em conta a segurança do doente e equipa, aplicando princípios de gestão de risco e demonstrando “consciência cirúrgica”.

Aplicámos ao longo do estágio mediadas de controlo de infeção, tendo em conta princípios de assepsia e esterilização, fazendo respeitar as normas do controlo de infeção (lavagem das mãos, vestuário, desinfeção, circuitos de sujos, supervisão da esterilidade do campo cirúrgico, etc.)

Tivemos oportunidade de trabalhar enquadrados numa equipa multidisciplinar, comunicando eficazmente no seio da equipa multidisciplinar, trabalhando em equipa, actuando na resolução de conflitos e reagindo com calma, eficácia e rapidez nas situações de urgência/emergência/emocionais e de stress, promovendo um bom ambiente, agindo proactivamente.

Durante o estágio tivemos oportunidade de praticar os ensinamentos da disciplina de relação de ajuda com os doentes....e restantes profissionais. Procurámos adequar os cuidados a cada pessoa com empatia e respeito, respeitando a sua privacidade.

Ao longo do estágio trabalhámos com a formulação de diagnósticos, desenvolvendo o processo de enfermagem para cada doente, tendo em conta uma prestação de cuidados de qualidade e uma boa organização do trabalho.

Procurámos fundamentar as boas práticas a ter com os Dispositivos médicos(DM), demonstrando conhecimento relativamente à sua utilização, manuseamento, reprocessamento e eliminação.

Ao longo do estágio procurámos aplicar os conhecimentos relativos ao doente na sua dimensão ética, deontológica e jurídica nos cuidados prestados em contexto perioperatório tendo em conta aspectos ético-legais da profissão (REPE, Código Deontológico, Legislação da Saúde, etc.), participando na resolução de situações problemáticas.

Durante todo o estágio tivemos especial cuidado na elaboração de registos precisos e completos, e na transmissão correcta desses mesmos registos, assegurando a continuidade dos cuidados.

Colaborámos na gestão de recursos humanos e físicos no bloco, auxiliando na resolução de problemas.

Participámos na humanização do BO, mostrando especial aptidão e sensibilidade para ajudar família – dispunha-me sempre a prestar informações aos familiares que estavam à espera do fim da cirurgia dos seus familiares...e foi essa sensibilidade associada à minha capacidade crítica e espírito investigador que me permitiu aproveitar este estágio para olhar para a minha rotina diária, detectar um problema, e perceber que precisávamos de desenvolver conhecimento e ir procurar na literatura existente as respostas para um problema que enfrentamos diariamente. E foi nessa base, de assentar a prática na teoria, que surgiu o trabalho de projecto, que teve como objectivo geral determinar se a comunicação intra operatória reduz a ansiedade da família do doente cirúrgico adulto programado.

Depois de abordadas as competências adquiridas implícitas na prática diária do Enfermeiro Perioperatório, importa pois reflectir se ao longo deste período de estágio atingi as competências necessárias para ser Mestre em Enfermagem Perioperatória.

De acordo com o guia de curso (Ferrito e Nunes, 2012), as competências a desenvolver enquanto mestre em Enfermagem Perioperatória são as seguintes:

- a) Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.*
- b) Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.*
- c) Integra conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.*
- d) Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.*
- e) Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

Ao longo deste estágio demonstrámos conhecimentos no âmbito da Enfermagem perioperatória adquiridos desde o início deste percurso que se iniciou na pós-graduação, incluindo em investigação, nomeadamente da importância da prática baseada na evidência para a evolução da Enfermagem perioperatória. A “descolagem” da prática baseada na experiência e nas rotinas de sempre para a prática baseada na evidência não foi fácil, mas todo este percurso deu-nos conhecimento para poder evoluir nesse sentido. No decorrer do estágio diagnosticámos um problema, e pegando numa pergunta de partida peguei recorremos a bases de dados idóneas, procurámos suporte para as nossas afirmações através de artigos científicos, abstando-nos de validar as nossas percepções unicamente através da experiência e das opiniões de colegas. Todo o conteúdo leccionado durante o primeiro ciclo deste mestrado, e esta experiência clínica nos deixaram (mais) despertados para a importância da investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Todo o conhecimento adquirido nesta experiência permitiu-nos diagnosticar problemas e recorrendo à metodologia de projecto planear uma forma de resolvê-los, como é exemplo o problema que detectei neste estágio. Após termos validação científica para as nossas inquietações o grande desafio foi sensibilizar e mobilizar as pessoas no sentido de se aperceberem do problema e da necessidade do resolver. Além do problema detectado que esteve na origem deste trabalho de projecto, incluído também na equipa multidisciplinar que integra o BO, colaborei na implementação da check list, uma situação nova e desafiante onde todos os argumentos foram importantes para mobilizar a restante equipa multidisciplinar a promover o programa Cirurgia Segura Salva Vidas, tendo sido muito útil os ensinamentos que levei das aulas de segurança e gestão de risco relativos a esta matéria.

No campo da aquisição de competências éticas, deontológicas e legais enquanto Enfermeiro perioperatório as unidades temáticas de Ética da Enfermagem, Deontologia da Enfermagem, e Direito da Saúde e da Enfermagem foram extremamente importantes no sentido em que proporcionaram uma reflexão e um crescimento pessoal que permitiram dar resposta às exigências ético legais da prática diária. Conforme referido no REPE (artigo 8º ponto 1), “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Nesse sentido a conduta de qualquer Enfermeiro (perioperatório ou de qualquer outra área) deve regular-se por princípios éticos, deontológicos, e legais sólidos perante as situações complexas com que se depara, como é o caso da transmissão de informação à família do doente cirúrgico no período intra operatório. O que inicialmente

parece simples mostrou-se complexo em termos éticos, deontológicos e legais, especialmente se tivermos em conta que a pessoa significativa é por vezes mais importante para o doente que a própria família, exigindo conhecimento, sensibilidade e tacto na transmissão das informações relativas ao doente.

Após todo o trabalho este percurso enquanto investigador, que incluiu uma vasta pesquisa bibliográfica, só a divulgação dos resultados obtidos sob a forma deste relatório, escrito de forma clara e científica poderia promover a prática da enfermagem baseada na evidência. O core do trabalho de investigação e encontra-se também no artigo científico que se encontra em anexo, que foi proposto no âmbito deste curso de mestrado e que ajudará na divulgação dos resultados deste estudo entre pares dando a sua contribuição para promover a investigação em enfermagem.

A aposta na aprendizagem ao longo da vida deve acompanhar uma transição bem sucedida para uma economia e uma sociedade assentes no conhecimento, sendo que dois objectivos igualmente importantes para a aprendizagem ao longo da vida são promover a cidadania activa e fomentar a empregabilidade (Comissão das Comunidades Europeias ,2000). Segundo Covita (2002) a aprendizagem ao longo da vida pode considerar-se como um dos pilares básicos da cidadania activa e da empregabilidade. A formação pode ser encarada como um investimento pessoal, encontrando-se sustentada não apenas numa relação directa com o trabalho que o individuo realiza mas como um investimento pessoal/um desafio que vai proporcionar um desenvolvimento pessoal e profissional, potenciadora dos projectos que o individuo perspectiva, nomeadamente fora da Organização actual. A formação pode também ser encarada como um investimento na actividade profissional, onde o indivíduo investe, e prevê continuar a investir de modo a alcançar segurança e estabilidade na sua trajectória profissional (Costa e Silva, 2005).

“Os conhecimentos, as competências e as percepções que apreendemos quando crianças e jovens na família, na escola, na formação e na universidade são limitados no tempo. Enraizar a aprendizagem na vida adulta constitui um passo muito importante na concretização de uma estratégia de aprendizagem ao longo da vida, mas é apenas uma parte do todo. A aprendizagem ao longo da vida considera todo o processo de aquisição de conhecimentos como um contínuo ininterrupto "do berço à sepultura" Comissão das Comunidades Europeias (2000).

Nesse sentido, o percurso feito neste mestrado, quer no primeiro ciclo com as aprendizagens feitas nas Unidades Temáticas em sala de aula, como a fase mais autónoma de elaboração deste trabalho foi muito gratificante e proporcionou o nosso crescimento pessoal e profissional. A vontade de saber mais e de evoluir é e será essencial no sentido de garantir cuidados de enfermagem seguros e de qualidade ao longo da vida do Enfermeiro.

III CONCLUSÃO

Segundo Atkinson & Murray (1985) "um agente de mudança é uma pessoa que tenta influenciar activamente outras pessoas a mudar o seu comportamento. Isto pode significar mudança em um indivíduo, grupo ou instituição". É nossa esperança que este trabalho dê a conhecer uma realidade desconhecida para muitos colegas, e se traduza numa mudança na forma como as famílias dos doentes cirúrgicos são encaradas pelos enfermeiros perioperatórios portugueses.

Como fruto de todo o percurso percorrido, fica o reconhecimento de que o desenvolvimento deste projecto foi enriquecedor em termos pessoais e profissionais pois possibilitou-nos momentos de reflexão sobre a minha prática, de trabalhar num serviço de BO. Acabando o estágio e este mestrado sinto-me mais apto para enfrentar novos desafios pessoais, estando mais apto em termos teóricos para dar resposta às necessidades do doente no contexto perioperatório.

Ao longo de todo este percurso penso ter dado resposta aos objectivos deste relatório, tendo aprofundado significativamente os meus conhecimentos teóricos no que diz respeito ao Cuidar em BO, Família, adaptação ao internamento/cirurgia e informação à família, e enquadrado, do ponto de vista teórico, a prática e o projecto desenvolvidos.

O período de estágio, cujo local foi contextualizado e descrito do ponto de vista físico e de recursos humanos, foi profícuo em novas experiências, aprendizagens e desenvolvimento de competências demonstradas na reflexão crítica relativa à prática desenvolvida à luz das competências do Enfermeiro mestre em Enfermagem Perioperatória.

Penso que também conseguimos traduzir por palavras o enorme desafio e a enorme paixão que foi este projecto de intervenção. Foi sem dúvida um grande desafio, mas o interesse pelo tema contribuiu para que as superássemos uma a uma, tendo isso contribuído para um crescimento pessoal e profissional.

Esta experiência permitiu-nos também ganhar consciência da importância da investigação para resolver problemas do dia-a-dia, produzir conhecimento próprio em Enfermagem e dessa forma dar visibilidade ao nosso trabalho. É a partir de um questionar sobre as situações de cuidados que se torna possível mobilizar, de maneira apropriada, conhecimentos variados e diferenciados, permitindo, assim, aumentar o saber profissional (Colliére, 1999).

Tendo sido este trabalho desenvolvido a pensar na família do doente cirúrgico, e a propósito do cuidar em BO, ficou demonstrado ao longo do mesmo a pertinência do enquadramento dos cuidados de enfermagem sob o modelo de Betty Neuman uma vez que este engloba uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente que permite uma maior compreensão do doente em interação com o ambiente, neste caso o cirúrgico.

Ao longo deste relatório fiz também uma descrição, de acordo com a metodologia de projecto, todas as fases do projecto desenvolvido e através da revisão científica da bibliografia, em que foram analisados 12 estudos primários, 10 quantitativos e 2 qualitativos, aprofundámos conhecimentos sobre o tema, assegurámos a pertinência do estudo, e encontramos resposta para a pergunta de partida. Acreditamos que esta revisão evidenciou dados muito interessantes relativamente à experiência da família que espera pela cirurgia do seu familiar, e do papel importantíssimo que o enfermeiro perioperatório pode ter nesta fase, tendo ficado demonstrado que a comunicação com a família do doente cirúrgico no intra-operatório diminui a ansiedade desta, tendo sido evidenciadas uma série de boas práticas que devem ser seguidas no sentido de diminuir a ansiedade da família neste período.

A visita de observação que tive oportunidade de fazer englobada neste estágio também foi muito gratificante, porque me permitiu ver um sistema de informação à família na prática que vai ao encontro do que li na literatura existente sobre o tema e que todos os dias contribui para a diminuição da ansiedade e aumento da satisfação de muitas famílias e pessoas significativas, aumentando a satisfação dos familiares dos doentes operados e dos próprios doentes, conforme referido anteriormente.

Este percurso fez-nos também ganhar consciência do longo trabalho que temos pela frente, no que toca a transformar a enfermagem perioperatória numa prestação de cuidados verdadeiramente holística e que dê prioridade à componente relacional, em detrimento da técnica, pois tudo aponta para que “o relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo seja a pedra de toque do cuidar”. O foco da prestação dos cuidados de enfermagem prestados em

BO tem de ser o doente e sua família, e não tanto a técnica anestésica e cirúrgica...só dessa forma poderemos prestar cuidados com qualidade. Nesse sentido, este projecto que esperamos conseguir implementar no futuro, é um pequeno passo nessa consciencialização daquilo que a Enfermagem Perioperatória pode e deve ser. Há muito trabalho por fazer por exemplo ao nível da visita pré e pós operatória, inexistente em muitos blocos do nosso país. Nesse sentido, a visita de observação que fiz foi muito produtiva, pois permitiu-me ver outra realidade perioperatória que não a do campo de estágio, onde efetivamente existe um sistema de informação à família que contribui todos os dias para a diminuição da ansiedade e aumento da satisfação de muitas famílias e pessoas significativas.

Tudo o que aprendi neste mestrado deu-me ferramentas para lidar com questões complexas como é o caso do tema do meu projecto, estando sempre consciente dos direitos do doente e da sua privacidade aquando da partilha de informações com familiares, estando alerta relativamente às implicações éticas, deontológicas e legais dessa acção. O conhecimento que adquiri e as conclusões a que cheguei com a elaboração deste trabalho mostram, de uma forma clara e sem ambiguidades as vantagens da comunicação dos enfermeiros com a família.

Este mestrado foi apenas mais um passo de uma vida de aprendizagem no contexto da Enfermagem perioperatória, caminho esse que vamos continuar a fazer de forma auto-orientada e autónoma. Espero que muitos mais sigam este caminho, uma vez que só a certificação académica com as consequentes capacidades de investigação vai permitir que a Enfermagem perioperatória passe para outro nível de qualidade nos cuidados prestados, garantindo o seu futuro. Na prática diária da Enfermagem é crucial identificar oportunidades de melhoria de qualidade, sendo que a comunicação eficaz com a família deve, sem dúvida nenhuma, merecer a atenção dos enfermeiros, contribuindo para cuidados de Enfermagem com mais qualidade.

IV REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman(1986).A visita de familiares ao doente internado. Revista Nursing, vol.(11.anoI), pg35

Aesop(2006). Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses: Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática de Cuidados.(1ª edição). Loures : Lusodidacta

Almeida, C. et al (1997). Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento. Enfermagem em foco,vol. (nº28, Ano VII),p.36-42

Almeida, L.S. & Freire, T. (2007). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. (4ªedição). Braga: Psiquilibrios edições

Almeida, A. & Cardoso, I. (2010). Comunicação com o doente/família no perioperatório. Apresentação no âmbito do estágio para especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica da universidade Católica Portuguesa

Atkinson, L.D. & Murray,M.E. (1985). Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Edições Guanabara

Barbier, J. (1993). Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto: Porto Editora

Barbosa, A. (1988/1989). Psiquiatria de ligação em cirurgia.In Psiquiatria de ligação psicossomática. Lisboa: W.S.H.S.M.

Barreto, T. (2008). Competências de Enfermagem no Perioperatório. Monografia de final de curso, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Polo Calouste Gulbenkian), Lisboa

Bilbao, M. (2011). Organização de um bloco operatório . Apontamentos cedidos nas aulas de Enfermagem Perioperatória no 1º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal

Bolander, V. E. & Sorensen, L. (1998). Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiologia. (1ª Edição). Lisboa: Lusodidacta

Borges, M. [et.al.] (2012). A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva, vol.(Abril de 2012)

Boss, P. (2002). Family Stress Management: A contextual approach. (2ed.) Thousand Oaks,CA: Sage Publications

Bozett, F. W. (s/d.). Familles et maladies comportant un risque vital. In LEAHEY M., WRIGHT L. M., Familles et maladies comportant un risque vital, (1ª edição) (p. 6 – 18) Medsi: Mc Graw - Hill

Briga, S. (2011). A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto - Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26914>

Brunner, L.S. & Suddarth,D.S. (1990). Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. (6ª edição). Rio de Janeiro: Edições Guanabara

Cabral, M.V.; Silva, P.A.D.; Mendes, H. (2002). Saúde e Doença em Portugal:Inquério aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde. Lisboa: Imprensa Ciências Sociais

Cândido, M.F.S. (2001). Opinião dos familiares dos doentes internados num serviço de medicina de um hospital central de Lisboa. Investigação em Enfermagem, vol.(nº3), p.40-47

Cardoso, A.R.; Vieira, A.C. (2012). Acolhimento aos familiares no Bloco operatório: Avaliação. Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada

Carley, J. & Anderson, F. (1999). When a minute sounds like a Millennium. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol. (nº14/No5), p.275-277

Carmichael, J.; Agre, P. (2002). Preferences in Surgical Waiting Area Amenities. *Aorn Journal*, Vol.(vol75/No 6),pp.1077-1083

Carmody, S.; Hickey, P.; Bookbinder, M. (1991). Perioperative Needs of Families. *Aorn Journal*, Vol. (vol54/No3), pp.561-567

Carpenito, L.J. (1993). *Nursing diagnostic applications to clinical practice*. (5th ed).Philadelphia: Lippincott Company

Carvalho, A.C. (1996). Como chegar lá? Embrião de um modelo de Enfermagem co-activo. *Enfermagem em Foco*, vol.(nº23),p36-42

Carvalho,A.; Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo*. (4ª Edição). Porto: Edições Afrontamento

Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins Infermiers:une Perspective Holistique – Humaniste*. Gaetan Morin Editeur limitee

Chambel, M.T. & Cabrita, M. (2011). A Organização dos cuidados e o modelo Multifuncional.Revista AESOP,vol.(vol.XII nº34), p.25-28

Colliere, M.F. (2001). *Cuidar...a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência

Colliere, M.F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

Comissão das Comunidades Europeias (2000). *Memorando sobre aprendizagem ao longo da vida*”.SEC, Bruxelas.

Costa e Silva, M.I. (1995). *Medos do doente em internamento hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Costa e Silva, A.M. (2005). Formação, Trabalho E Aprendizagem Ao Longo Da Vida. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia, Braga

Costa, A.M.G. (2009). Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia- psicologia da Saúde, Universidade do Algarve (Faculdade de ciências Humanas e Sociais)/Instituto Politécnico de Beja (Escola Superior de educação de Beja), Faro

Covita, H. (2002). Aprendizagem ao longo da vida «Boas práticas e inserção social». *Revista Análise Psicológica*, vol 3 (XX) p337-357

Davies, R. (2003). Aspectos Psicológicos, existenciais e espirituais da Cirurgia. In *Enfermagem Cirúrgica – Prática Avançada*. Loures:Lusociência

Dinis, R. (2007). A família do idoso internado: o parceiro esquecido?. In GOMES, Idalina – *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau

Dugas, B.W (1984). *Enfermagem Prática* (4ªed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Eorna (1997). *European Operating Room Nurses Association:European Common Core Curriculum for operating department Nursing*.(1ª edição).Edimburgo:EORNA

Epstein, C. (1977). *Interacção efectiva na enfermagem*. S.Paulo:EPU-EDUSP

Ferreira, A. (2011). O Cuidar de si, como pessoa: Como o fazem os Enfermeiros Perioperatórios?. *Revista AESOP*, vol.(vol.XII n°34)

Ferrito, C.; Ruivo, M. A.; Estudantes do 7º Cle; Nunes, L.(2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva. *Revista Percursos*. Vol.(Nº 15)

Ferrito, C.; Nunes, L. (2012). *Guia do curso (3º Semestre/Turma B) do 1º curso de mestrado em Enfermagem Perioperatória, IPS-ESS, 12paginas*

Fidalgo, A. (2002). O Papel do Enfermeiro Face ao doente e/ou família/pessoas significativas no período perioperatório. Monografia apresentada no 2º Curso de complemento de formação em Enfermagem (disciplina de Enfermagem), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Polo Maria Fernanda Resende), Lisboa

Filho, W. D. L. [et al] (2004). As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/8061/5682>, acessado a 22 de Abril de 2008, 22:00h.

Filipini, R. [et.al.] (2006), Relacionamento enfermeiro, paciente e família: factores comportamentais associados à qualidade da assistência. Disponível em <http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf>, consultado a 28 de Abril de 2008, 22:30h

Fonseca, S. & Videira, A.P. (2003). Informação em Meio Hospitalar. Sinais Vitais, Vol.(Nº. 35), p. 40-44;

Fortin, M.F. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. (3ª Ed.). Loures: Lusociência

Fortin, M.F. (2000) O Processo de Investigação. Da concepção à realização. (2ªed.). Loures: Lusociência

Fortin, M.F. (2000). O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem. Vol(nº1), pp. 61-68

Fragoeiro, I. (1999). A família e a descoberta das aptidões individuais. Servir. Vol(47, nº1)

Frei bernardo (1996). A ciência e a arte de cuidar. Servir. Vol (44, nº4), p.170-171

Fuerst, E.; V. [Et al] (1977). Fundamentos de Enfermagem. (5ª ed). Rio de Janeiro: Interamericana

George, J.B. (2000). Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à prática profissional. (4ª edição) Porto Alegre: Artes Médicas Sul

Gimeno Collado, A. (2001) A família: O desafio da diversidade. Lisboa: Instituto Piaget

Gomes, N.C.R.P. (2009). O Doente cirúrgico no período pré operatório: Da informação recebida às necessidades expressas. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências da Enfermagem - ISCS , Universidade Católica (polo Asprela)

Gonçalves, P. R. C (2006). Gerir a Ansiedade do Doente Neurocirúrgico no Pré-operatório. Revista Nursing. vol(nº214), p. 40-42

Grainger, R.D. (1991).Conquering Fears and Phobias. American Journal of Nursing.vol(May 1991),p15-16

Gruendemann, B.J. ; Fernsebner, B. (1995). Comprehensive perioperative nursing. Boston: Jones and Bartlet Publishers

Hanson, S. (2005).Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação.(2ª Edição).Loures:Lusodidacta

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Loures: Lusociência

Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência – Edições técnicas e Científicas, Lda.

Hennezel, M. (1997). Diálogo com a morte. Lisboa. Editorial notícias

Hospital garcia de orta (2013) – Sitio do Hospital Garcia de Orta: <http://www.hgarciaorta.min-saude.pt> acedido a 5/9/13 as 21:00h

Huang, F.; Liu, Shuo-Chi; Shih, Su-Mei; Tao, Yao-Hua; Wu, Jeng-Yuan; Jeng, Shaw-Yeu; Chang, Polun (2006) – Reducing the anxiety of surgical Patient’s families access short message service. AMIA 2006 Symposium Proceedings. Page-957

Hungler, B.; Beck, C.[et al] (2001).Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization. Philadelphia: Lippincott

Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Edições Formasau

Janeiro, L. (2001). Medos do doente em internamento hospitalar. Monografia apresentada no 1º Curso de Complemento de formação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Portalegre, Portalegre

Kathol, D.K. (1984). Anxiety in Surgical Patient's families. Aorn Journal, Vol (40/nº1), pp 131-137

Leite, E.; Malpique, M.; Santos, M.R. (1989). Trabalho de Projecto 1: Aprender por projectos centrados em problemas. Porto: Edições Afrontamento

Leite, E.; Malpique, M.; Santos, M.R. (1993). Trabalho de Projecto: 2. Leituras Comentadas. (3ªEdição) . Porto: Edições Afrontamento

Leite, E.; Malpique, M.; Santos, M.R. (2001). Trabalho de projecto: aprender por projectos centrads em problemas. (4ª Edição). Porto: Edições Afrontamento

Lerman, Y.; Kara, I.; Porat, N. (2011). Nurse Liaison: The bridge between the perioperative department and patient accompaniers. Aorn Journal. Vol(94/No4)

Leske, J. (1993). Anxiety of Elective Surgical Patients' Family Members (Relationship between Anxiety levels, Family Characteristics). Aorn Journal, Vol(57/No5),pp1091-1103

Leske, J. (1995) – Effects of intraoperative Progress Reports on Anxiety Levels of Surgical Patients' Family members. Applied Nursing Research, Vol(8/No4), pp 169-173

Leske, J. (1996). Intraoperative Progress Reports Decrease Family Members Anxiety. Aorn Journal, Vol(64/No 3), pp.424-436

Liberado, J. (2004). A informação aos familiares e acompanhantes: Avaliação do grau de

satisfação. Revista Sinais Vitais, vol(nº52),pp19-24

Long, B. (1995). Enfermagem Pré e pós operatória, Enfermagem Medico-cirurgica, conceitos e pratica clinica.(2ª edição).Lisboa: Lusodidacta

Lopes, A. (1994). Cuidados de enfermagem a doentes submetidos a revascularização coronária no pré e pós operatório imediato.Revista Nursing.Vol(nº82, Ano VII), pág7

Lourenço, M.C. (2002). Cuidar no bloco operatório. Revista Nursing., vol(nº 187), pp. 19-23

Mão de Ferro, A. (1999). Na Rota da Pedagogia.. Lisboa: Edições Colibri

Marriner-Tomey,A.(1994). Modelos y teorías en enfermería. (3ªEd), Madrid: Mosby/Doyma Libros

Martins, C. R. (2000). A família e a hospitalização/a participação da família no Cuidar. Revista Servir/Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de saúde. vol(48:3 Maio/Junho),pp.133-135

Martins, M. M. F. P. S. (2002). Uma crise acidental na família - o doente com AVC. Formasau :Coimbra

McCubbin, H. & Patterson, J.M. (1982). Beyond family crisis: Family adaptation – in “Family Stress, Coping and Social Support”, H. McCubbin, A.Cauble & j. Patterson (Eds.). Springfield: Charles C.Thomas

Miguel, A. (2006). Gestão moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas. (2ª Edição).Lousã: FCA

Moniz, J.M. (2003). A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência

Muldoon, M.; Cheng,D.; Vish, A.; De Jong, S., Adams, J. (2011). Implementation of an informational card to reduce family members anxiety. Aorn Journal. Vol(94 - September 2011), pp246-253

Neto, H. (1995). Factores geradores de stress pré-operatório. Servir. Vol(43, n°2,,pp.62-69

Nogueira, M. A. A. (2003). Necessidade da família no cuidar: papel do enfermeiro. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

Nunes, L. (2001) A propósito do dever de informar e do dever de sigilo. Revista Ordem dos Enfermeiros. Vol(n°2),pp.27-32

Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem.(1ªed). Setubal: Departamento de Enfermagem IPS-ESS

Oliveira, G.; Martins, M.; Lopes, M.A.P. (2000). O Acompanhamento do doente no período perioperatório pelo familiar ou pessoa significativa. Revista Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de formação Balanço de um Projecto. Vol(Outubro de 2000), pp.177-187

Oliveira, J.P. (2006). A vivência da dimensão espiritual no cuidar transpessoal da pessoa em situação de doença crónica: A perspectiva do Enfermeiro. Dissertação apresentada na 9ª conferencia internacional de investigação em Enfermagem Organizada pela Associação portuguesa de Enfermeiros, Lisboa

Oliveira, A.M. (2011). Vivências dos familiares em contexto de cirurgia ambulatória: A família como suporte ao cuidar. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem - enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Conselho de Enfermagem

Ordem dos Enfermeiros(2002). Divulgar: Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros/Grafinter

Ordem dos Enfermeiros(2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2011) CIPE – Versão 2 - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2012). Repe e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos enfermeiros/conselho jurisdicional e gabinete de comunicação e imagem

Osswald, W. (2000). A relação enfermeiro doente e a humanização dos cuidados de saúde. Cadernos de Bioética,vol (nº23), pp.41-45

Parente Paulo [et.al.] (1998). Ética nos cuidados de saúde. Coleção Dossier Sinais Vitais. Vol(Nº3).Coimbra: Formasau

Phaneuf, M. (2005).Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. (1ª Edição). Loures: Lusociência

Phipps, W.& Cassmeyer,V. [Et.al.] (1990). Enfermagem medico-cirúrgica, conceitos e prática clinica.Lisboa: Lusodidacta

Pinar, G.; Kurt, A. & Gungor, T. (2011). The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. World Journal of Surgical Oncology. vol(9:38)

Pinto, C. (1995). Cuidar da criança doente. Nursing.Vol.(95,nº8),pág. 15-16

Pinto, I.S.; Mira, P.C., (2003). Comunicação: Barreiras existentes entre o doente /profissional de saúde perioperatório. Revista da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações

Portugueses, Vol(IV,10), p. 8-12.

Pires, A.S.F.; Cerqueira, A.V. (2008). Parceria Enfermeiro-Família: a perspectiva do enfermeiro na inclusão do cuidador familiar em contexto hospitalar. Seminário de reflexão de final de curso. Escola Superior de Enfermagem (Polo Calouste Gulbenkian) , Lisboa

Polit,D.F.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. (2004).Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. (5ª ed) Porto Alegre:Artmed

Ramalho, A. (2005). Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem meta-análise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau

Rodrigues, A.S. (1996). Cuidar no Bloco operatório. Enfermagem em foco.Vol(Ano 6, Nº 24)

Sá, T. & Machado, L. (2006). Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. Sinais Vitais.Vol (67),pp. 29 - 34.

Salzano, S. (1993). A comunicação de enfermagem e a continuidade da assistência ao paciente cirúrgico. Revista da Associação portuguesa de Enfermeiros. Vol(nº5 Jan/Março),pp 4-22

Sampaio, D. & Gameiro, J. (1992). Terapia Familiar (2a ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Santos, C.; Peixoto, I. (1998). Visita pré operatória de Enfermagem. Boletim HPV.Vol (nº3,- Julho/Setembro),pág. 4

Serra, A. (2002). O Stress na Vida de Todos os Dias.(3ªedição). Coimbra;:Edição do Autor.

Shields, L. (2007). Family Centered Care in the perioperative Are: an international Perspective. Aorn Journal. Vol(85/no5 - May 2007),pp893-902

Sillamy, N. (1983).Dictionnaire usuel de psychologie.Paris:Bordas

Silva, A.L & Pinto, A. M. (2005). Stress e Bem-estar: modelos e dominós de aplicação. (1ª Edição).Lisboa:Climepsi Editores

Simon, M.A. (1993). *Psicologia de la salud: aplicaciones clinicas y estrategias de intervencion*. Madrid:Ed pirâmides

Sorensen & Luckmann (1998). *Enfermagem médico-cirúrgica uma abordagem psicofisiológica*. (1ª edição). Lisboa, Lusodidacta

Stefan, K. (2010) *The nurse Liaison in Perioperative services: A family Centered Approach*. Aorn Journal .Vol(92-August 2010), pp 150-157

Teixeira, J.C. (1993). *Psicologia da saúde e Sida*, Lisboa: ISPA

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*.(5ª edição) Loures; Lusodidacta

Topp, R.; Walsh, E., Sanford, C. (1998). *Can Providing Paging Devices Relieve Waiting room Anxiety?*.Aorn Journal.Vol(67/No4 -April 1998), pp852-861

Trimm, D.; Sanford, J. (2010). *The process of family waiting during Surgery*. Journal of Family Nursing.Vol(n°16(4),p435-461

Valadas, A. (2000). *Viver e sentir, Reflectir e mudar*. Revista Aesop. Vol.(n° 3 -Dez. 2000), p. 21-23.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência Humana e Cuidar. Uma teoria da enfermagem*. Loures: Lusociência

Wochna, V. (1997) *Anxiety, needs and coping in family members of the bone marrow transplant patient, cancer nursing*. Philadelphia Cancer Nursing.Vol.(Aug;20(4):244-50)

Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*.(3ª Edição,).São Paulo:Roca

APÊNDICE I- CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

CRONOGRAMA – ESTÁGIO

Total: 236h

	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Total Horas/Mês	40h	64h	48h	64h	24h

Legenda:

	Turno de 8 horas
--	-------------------------

**APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
DOS ENFERMEIROS**

Questionário:

Caracterização da Equipa de Enfermagem do BOC do Hospital X

Caros colegas:

Enquadrado na Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória, foi-nos proposta a realização de um projecto de Intervenção. Um dos passos iniciais para a concretização desse mesmo projecto passa pela caracterização da equipa de Enfermagem do Bloco Operatório.

Nesse sentido, solicitamos a vossa colaboração para o preenchimento deste questionário, que é composto por perguntas de questões fechadas (onde deve assinalar com um X a sua resposta no quadro respectivo), e por questões de resposta curta, onde deve escrever a sua resposta na linha assinalada.

Obrigado

João Carregoso

Sexo Masculino Feminino

Idade

20-24 anos

35-39 anos

25-29 anos

40-44 anos

30-34 anos

45-49 anos

>50 anos

Estado Civil

Casado

Solteiro

Divorciado

Filhos Sim

Não

Formação Acadêmica

1 - Curso geral de Enfermagem

2 - Equivalência ao Bacharelato

3 - Bacharelato

4 - Licenciatura em Enfermagem

5 - Mestrado

Em que área? _____

6 - Doutorado

Em que área? _____

Formação extra profissional

Frequenta

Sim Não

ou

Possui algum curso extraprofissional Sim Não

Em que área? _____

Duplo Emprego

Sim Não

35h/semana

24h/semana

20h/semana

16h/semana

< 16h/semana

Onde? _____

Em que área de prestação de cuidados? _____

Experiência profissional anterior à admissão no Bloco Operatório

Sim Não

Que tempo de experiência profissional? _____

Em que área? _____

Situação funcional no Hospital X

Lugar de quadro

Contrato a tempo certo

Contrato Individual de Trabalho

Nº de horas semanais _____

Tempo de permanência no Bloco Operatório

< 1 anos

7-9 anos

1-3 anos

> 10 anos

4-6 anos

De entre todas as funções existentes no B.O., qual a da sua preferência?

Instrumentista

Anestesia

Circulação

U.C.P.A.

A opção de desempenhar funções no Bloco Operatório foi?

Pessoal

Institucional

Obrigado!

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO

Questionário

Acompanhamento da família do doente cirúrgico no período intra-operatório por parte da equipa de enfermagem

Caros colegas:

Enquadrado na Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória do IPS-ESS/AESOP, foi-me proposta a realização de um projecto de Intervenção.

Nesse sentido, solicito a vossa colaboração para o preenchimento deste questionário, que é composto por perguntas de questões fechadas (onde deve assinalar com um X a sua resposta no quadro respectivo, e por questões de resposta curta, onde deve escrever a sua resposta na linha assinalada. Todas as respostas serão mantidas confidenciais.

Obrigado pela colaboração.

João Carregoso

1 - Como classifica a importância do acompanhamento e comunicação com a família no período intra-operatório por parte da equipa de Enfermagem?

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

2- Quem é que usualmente disponibiliza informações à família no decorrer das cirurgias?

Enfermeiros	AAM's	Médicos	Secretária de unidade

3- Classifique a importância que cada um destes factores tem na comunicação com a família durante o período intra-operatório:

3.1 - Falta de sensibilização dos profissionais

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

3.2 - Informações dadas de forma incorrecta (AAM's, Secretária de Unidade...)

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

3.3 - Falta de informação prévia aos familiares sobre circuito do doente

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

3.4 - Inexistência de espaço próprio para serem dadas estas informações

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

3.5 - Falta de condições do espaço onde actualmente essas informações são dadas (Corredor) - Falta de privacidade, local de passagem, ruído/barulho

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

3.6 - Outro factor:

Especifique: _____

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

4 - Considera que o "grande fluxo de doentes" dificulta a comunicação com a família ?

Nada	Não tenho opinião	Pouco	Muito

5- Como classifica os recursos humanos para realizar este tipo de acções de enfermagem?

Não existem	Não tenho opinião	Poucos	Em número suficiente

6 - Qual a importância da falta de comunicação com a equipa de enfermagem no aumento da ansiedade da família no período intra operatório?

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

7 - Qual a importância de cada uma das seguintes medidas no sentido de promover a comunicação com a família no período intra-operatório:

7.1 Sensibilização da equipa de enfermagem

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

7.2 - Promover o acompanhamento da família durante a cirurgia

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

7.3 Elaboração de Sistema de informações do serviço à família no período intra-operatório

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

7.4 - Outra medida:

Especifique: _____

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

8- Qual a importância de um correcto acompanhamento da família no período intra-operatório no sentido da prestação de cuidados de Enfermagem mais humanizados e com mais qualidade?

Nada importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante

Obrigado!

APÊNDICE VI – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Semana	Março				Abril				Maio				Junho				Julho				Agosto				Setembro			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Estágio																												
Visita Observação BOC Y																												
Pesquisa bibliográfica																												
Diagnóstico de situação																												
Planeamento																												
Reuniões com Orientador																												
Reuniões com tutora																												
Elaboração do relatório																												
Entrega do Relatório																												

Legenda:

	Tempo previsto para a realização da actividade
--	--

**APÊNDICE V – ARTIGO CIENTÍFICO RELATIVO AO
TRABALHO DE PROJECTO (REVISÃO CIENTÍFICA DE
LITERATURA**



REDUÇÃO DA ANSIEDADE NA FAMÍLIA DO DOENTE CIRURGICO PROGRAMADO ADULTO ATRAVÉS DA COMUNICAÇÃO NO PERÍODO INTRAOPERATÓRIO: REVISÃO CIENTÍFICA DA LITERATURA

JOÃO CARREGOSO – ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO NO HOSPITAL X

RESUMO:

Enquadrado na realização do estágio para a obtenção do título de mestre em Enfermagem Perioperatória desenvolvi um trabalho de projecto a partir da identificação de um problema que visou responder à seguinte pergunta de partida: A comunicação dos enfermeiros perioperatórios para com a família/pessoas significativas de doentes adultos sujeitos a cirurgia programada, durante o período intra-operatório, reduz a sua ansiedade? Com o objectivo de responder a esta pergunta efectuámos uma revisão aprofundada da literatura e uma revisão científica da literatura em fontes primárias. Os achados que resultaram desta revisão científica da literatura mostraram-nos que o período de espera, para os familiares, pode ser um período de tempo extremamente complicado de gerir. Esta revisão também confirmou aquilo que sentimos na prática diária, e que levou a que escolhêssemos este tema: os enfermeiros podem ter um papel muito importante nesta fase, diminuindo a ansiedade, evitando potenciais crises, restabelecendo o equilíbrio e aumentando a satisfação dos familiares dos doentes operados. O bloco operatório é um local onde por vezes se sobrevaloriza os aspectos tecnicistas, sendo o doente muitas vezes recebido dando apenas importância à sua patologia e respectiva cirurgia, negligenciando aspectos como os seus sentimentos e a sua família, ficando os enfermeiros que ali trabalham, no aspecto relacional e emocional, um pouco aquém do que é esperado devido às exigências do cuidar da pessoa no contexto intra-operatório, nomeadamente as constantes solicitações das outras classes profissionais, aspectos técnicos do enorme leque de equipamentos utilizados, stress inerente à própria cirurgia e aspectos técnicos intimamente ligados ao saber-fazer. Na nossa opinião esta é uma área de actuação da enfermagem importantíssima e prioritária, sobre a qual devem existir mais estudos no futuro, levando à sensibilização dos enfermeiros.

Palavras Chave: Família, Comunicação, Informação, Ansiedade, Cirurgia, Intra-Operatório, Sala de espera

INTRODUÇÃO

O bloco operatório é um local onde a técnica está muito presente. Onde o doente é visto muitas vezes como uma “mera peça”, desprovido de qualquer sentimento e de família. Não podemos esquecer que o doente, seja ele cirúrgico ou não, tem de ser visto em todas as suas dimensões. A AESOP, definiu Enfermagem Perioperatória como uma dimensão da Enfermagem de Sala de Operações durante as três fases da experiência cirúrgica do doente...permitindo o atendimento do doente/família como um todo...”, sendo que a família como parte integrante do doente deve ser valorizada. O instituto para os Cuidados centrados na família dos Estados Unidos sugere que os cuidados centrados na família (Shields,2007) compreendam vários elementos que se baseiam nos conceitos de :

- Dignidade e respeito
- Partilha de informação
- Participação do doente e da família nos cuidados e na tomada de decisão
- Colaboração entre prestadores de cuidados de saúde – doentes – e familiares

O sistema de saúde é abundante em experiências de espera para doentes, famílias, e prestadores de cuidados de saúde (Stefan, 2010). Em contexto cirúrgico, nesses períodos de espera, a ansiedade, o medo e o stress são emoções muito frequentes, que têm de ser valorizadas pelos Enfermeiros Perioperatórios. Cabe-nos, a nós enfermeiros, estar atentos a essa problemática, não desvalorizando a família do doente, uma vez que a “...família serve como elo de ligação influenciando a maneira como o doente responde ao tratamento, à sua adaptação emocional, à doença e à sua reabilitação”. (...) “...o envolvimento não só assegura cuidados mais consistentes para o doente, mas é também muito benéfico para a família, dando-lhe um sentido de cumprimento e utilidade.” (Almeida et al.,1997)

Nesse sentido, escolhemos este tema para esta revisão visto que uma comunicação eficaz com os familiares no período intra-operatório contribuirá para a prestação de cuidados de enfermagem mais humanizados e com mais qualidade, contribuindo para a satisfação dos doentes e suas famílias e para a satisfação dos próprios enfermeiros que vêm o seu trabalho ganhar visibilidade. Também escolhemos este tema porque, a meu ver, esta é uma área em que a Enfermagem tem de evoluir. Segundo (Atkinson & Murray,1985) “um agente de mudança é uma pessoa que tenta influenciar activamente outras pessoas a mudar o seu comportamento. Isto pode significar mudança em um indivíduo, grupo ou instituição”. É nossa esperança que este trabalho dê a conhecer uma realidade desconhecida para muitas colegas, e se traduza numa mudança na forma como as famílias dos doentes cirúrgicos são encaradas pelos enfermeiros perioperatórios portugueses.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS

Esta revisão procura dar resposta á seguinte pergunta de partida:

A Comunicação dos enfermeiros perioperatórios para com a família/pessoas significativas de doentes adultos sujeitos a cirurgia programada, durante o período intra-operatório, reduz a sua ansiedade?

Há no entanto algumas questões secundárias que emergem da pergunta inicial e que também pretendemos que sejam respondidas por esta revisão:

- Quais os factores que condicionem a ansiedade (características da própria família, tempo de espera, tipo de cirurgia...)?
- Qual a periodicidade ideal para a comunicação com a família no intra-operatório?
- Qual a forma de comunicação mais eficaz em termos de redução da ansiedade?
- Quais os factores físicos diminuem a ansiedade na espera no período intra-operatório?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ESTUDOS PRIMÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DE REVISÃO CIENTÍFICA DE LITERATURA

Na formulação da questão de investigação, definição de critérios de inclusão e exclusão e conseqüentemente amostra, utilizámos o método designado de PI[C]OS, que orientaram a execução da revisão científica de literatura, que permitiu responder à pergunta de partida e mais demais questões secundárias que emergiram. (Ramalho,2005)

Nesse sentido, os critérios seleccionados encontram-se resumidos na seguinte tabela:

Critérios de Selecção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Familiares de doentes adultos sujeitos a cirurgia programada	Familiares de doentes pediátricos, Familiares de doentes sujeitos a cirurgia de Urgência, Familiares de doentes noutros contextos que não o perioperatório, Investigações dirigidas ao doente
Intervenção	Comunicação com a família no período intra-operatório	
Resultado	Alteração do nível de ansiedade	Mais valias do âmbito económico-financeiro para a instituição
Desenho	Estudos com metodologia científica, quantitativos ou qualitativos	Estudos sem metodologia científica

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Procedemos, durante o mês de Abril e Maio, à pesquisa em bases de dados on-line, sem limitações em termos de campos de busca (data, full-text, etc.), excepto ter limitado a busca apenas a artigos em inglês, português, ou espanhol. Foram utilizadas as seguintes palavras chave na pesquisa:

Família, Comunicação, Informação, Ansiedade, Cirurgia, Intra-Operatório, Sala de espera¹

Foram sendo utilizadas combinações das diversas palavras chave, utilizando uma lógica do mais geral para o mais específico, o que levou a que encontrasse mais artigos que melhor sustentam a resposta à minha pergunta inicial.

Efetuámos a pesquisa nas seguintes bases de dados electrónicas:

- EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database)
- PUBMED
- Scielo
- Google Académico
- Bases de dados ESEL, ESEC, ESEP

FORMAÇÃO DA AMOSTRA

¹ Family, Communication, information, Anxiety, Surgery, Intra-Operative, Waiting Room

Aplicando a estratégia de pesquisa atrás definida, a primeira amostra (potencial), com 5307 resultados, foi sujeita a uma selecção através da leitura do título, (eliminámos também os artigos repetidos) e obtivemos uma amostra de 25 artigos. De seguida, procedemos à análise do abstract, e (se possível) do texto integral, aplicámos os critérios de exclusão, obtendo uma amostra de 15 artigos.

	Nº de resultados	Nº de Artigos sujeitos a leitura do abstract/texto	Nº de artigos seleccionados para revisão científica de literatura
EBSCO	128	13	5
PUBMED	184	12	9
Scielo	0	0	0
Google Académico	4995	12	1
Base de dados ESEL, ESEC, ESEP	0	0	0
Total	5307	25	15

Desses 15 artigos seleccionados para a revisão científica da literatura, 10 eram pagos, o que limitaria bastante esta revisão se optasse apenas pelos artigos disponíveis. Desses 10, 7 pertenciam ao repositório da AORN JOURNAL, pelo que considerámos que se justificava pagar uma membership na AORN de forma a aceder a esses artigos, ficando a amostra final sujeita a análise composta por 12 artigos, enriquecendo a revisão a efectuar.

Os 3 artigos restantes pagos que o abstract indicava que preenchiam os critérios para inclusão na revisão mas ao que o investigador não conseguiu aceder foram os seguintes:

Título	Autor	Data	Publicação
Intraoperative progress reports to families of surgical clients: a missed opportunity	Puopolo R, Cordasco J.	Março/1999	Can Oper Room Nurs J. 1999 Mar-Apr;17(1):21-6
Surgical Care: Calming Those Who Must Wait	Winslow E; Jacobson, A.; Laing, D.	Setembro/1997	AJN, American Journal of Nursing: September 1997 - Volume 97 - Issue 9 - p 66 Research for Practice
When the waiting is difficult: surgical waiting room volunteers aid families	Morey-Pedersen J.	Agosto/1994	J Post Anesth Nurs. 1994 Aug;9(4):224-7.

Nesse sentido, a amostra final daí resultante foi de 12 artigos, apresentados cronologicamente ordenados no subcapítulo seguinte.

SÍNTESE E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Artigo I: KATHOL (1984)

Autor: Diane Kirksey Kathol Ano: 1984 Tipo de estudo: Quasi-experimental

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS
<p>O objectivo do estudo foi testar as seguintes hipóteses:</p> <p>I - Informação pré-operatória vídeo-gravada dirigida especificamente às famílias dos doentes cirúrgicos reduz a sua ansiedade durante a hospitalização dos seus familiares?</p> <p>II - Uma interacção informativa e de apoio por parte da equipa de enfermagem junto das famílias dos doentes durante a cirurgia aumentaria a sua percepção do apoio prestado pela equipa de enfermagem?</p> <p>III - A combinação dos dois métodos acima descritos reduz os níveis de ansiedade e aumenta a percepção do apoio prestado pela equipa de enfermagem de forma mais efectiva do que cada uma desses métodos faria de forma isolada?</p>	<p>Foram considerados para a amostra 67 familiares de 60 doentes sujeitos a cirurgia programada major.</p>	<p>Spielberger State Anxiety Inventory</p> <p>Social Support Scale desenvolvida para o efeito</p>
RESULTADOS		
<p>A hipótese I foi considerada válida, as famílias que visualizaram o vídeo tiveram níveis de ansiedade menores. A hipótese II também foi suportada pelos resultados. A interacção staff-famílias teve um efeito significativo no sentido de aumentar a percepção das famílias do apoio prestado pelo enfermeiro no período intra-operatório. A hipótese III foi suportada apenas parcialmente pelos resultados e nesse sentido foi rejeitada.</p>		

Artigo II: CARMODY et al (1991)

Título: Perioperative needs of families (Results of a Survey) Autor: Suzanne Carmody; Patricia Hickey; Marilyn Bookbinder Ano: 1991 Tipo de estudo: Descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Descrever as necessidades das famílias. Não se formularam questões de partida.	A amostra de conveniência 21 homens e 28 mulheres A maioria dos doentes (80%) estavam a ser sujeitos a cirurgias major.	Questionario criado para o efeito (Perioperative Family Needs Questionnaire)
RESULTADOS		
<p>As necessidades de informação foram as classificadas como tendo maior importância. Estas incluíam saber a partida o que esperar no dia da cirurgia, falar com o cirurgião assim que a cirurgia tivesse terminada, ter explicações dadas em termos perceptíveis, manter-se informado da condição do doente, e saber como poderiam ajudar o doente no pós-operatório.</p> <p>As necessidades não informativas (café, falar dos seus próprios sentimentos) foram as referidas como tendo menor importância.</p>		

Tabela nº5 – Perioperative needs of families (Results of a Survey)-CARMODY et al (1991)

Artigo III: LESKE (1993)

Título: Anxiety of Elective Surgical Patients' Family Members - Relationship between anxiety levels, family characteristics Autor: Jane Stover Leske Ano: 1993 Tipo de estudo: Descritivo - Correlacional

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Determinar quais são os níveis de ansiedade dos familiares dos doentes sujeitos a cirurgia programada. Determinar qual a relação das características dos membros da família e duração do período de espera com os níveis de ansiedade avaliados.	50 Elementos	Porção S-Anxiety do STAI-Form Y Pressão Arterial e Frequência Cardíaca usando um monitor portátil
RESULTADOS		
<p>Familiares com mais idade registaram valores mais altos de ansiedade, e tiveram registos de TA e FC mais altos.</p> <p>Não se registaram diferenças entre o sexo masculino e feminino</p> <p>Em relação ao grau de escolaridade, os familiares menos instruídos registaram níveis mais altos de ansiedade e valores mais altos de TA e FC.</p> <p>O tempo de cirurgia não demonstrou alterar o nível de ansiedade. Os níveis de ansiedade mantem-se altos, independentemente do tempo da cirurgia.</p>		

Artigo IV: LESKE (1995)

Titulo: Effects of Intraoperative Progress Reports on Anxiety levels of surgical patients family members Autor: Jane S Leske Ano: 1995 Tipo de estudo: Quasi experimental

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Avaliar o efeito da informação intra-operatória na ansiedade dos familiares.	150 familiares de 119 doentes	State-anxiety portion of the State-Trait Anxiety inventory (STAI), Form Y
RESULTADOS		
Os familiares do grupo experimental registaram os scores de ansiedade e de pressão arterial e frequência mais baixos seguidos do “attention-group” e do grupo de controle.		

Artigo V: LESKE (1996)

Titulo: Intra-operative Progress Reports Decrease family members Anxiety Autor: Jane S. Leske Ano: 1996 Tipo de estudo: Quasi Experimental

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Determinar se há uma diferença significativa na ansiedade nos familiares sujeitos a rotina habitual (sem informação), informações intra-operatórias dadas pessoalmente, informações genéricas em relação a rotinas hospitalares, ou informação perioperatória dada pelo telefone	200 familiares de 150 doentes cirúrgicos	S-Anxiety portion of the Stai Form Y Avaliação da pressão arterial média e Frequência cardíaca.
RESULTADOS		
O grupo 2 (sujeito a informação dada pessoalmente) registou valores significativamente mais baixos de ansiedade, tensão arterial, e frequência cardíaca em relação aos outros 3 grupos. Os familiares sujeitos a informação por via telefónica, ou aos protocolos hospitalares registam menos ansiedade que o grupo sujeito a nenhum tipo de informação mas a informação dada pessoalmente revelou-se a intervenção mais benéfica para a família.		

Artigo VI: TOPP et al (1998)

Titulo: Can Providing Paging devices relieve waiting room anxiety? Autor: Robert Topp, Eileen Walsh, Carol Sanford Ano: 1998 Tipo de estudo: Quasi-Experimental

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
<p>Avaliar se o uso de pagers diminuiu a percepção de ameaça e aumentar a sensação de controlo sobre os eventos</p> <p>Avaliar se permitem familiares circular fora da sala de espera ...</p>	Amostra de conveniência de 57 familiares	<p>No período intra-operatório: Registo de actividade – actividades e localizações no decorrer da cirurgia, a cada 30 minutos</p> <p>No pós-operatório: Questionário demográfico State Trait Anxiety inventory Threat index – Questionário que visava avaliar a percepção de ameaça, ou o medo pela sua segurança e pela segurança dos outros)</p>
RESULTADOS		
O grupo que recebeu pagers esteve menos tempo na sala de espera. Ainda assim teve níveis de ansiedade superiores. Os níveis de percepção de ameaça foram similares.		

Artigo VII: CARMICHAEL e AGRE (2002)

Título: Preferences in surgical waiting area amenities Autores: Julie M. Carmichael, Patricia Agre Ano: 2002 Tipo de estudo: Descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Determinar que aspectos na sala de espera são valorizados pelos familiares enquanto esperam por notícias do seu familiar.	N - 300 familiares	<p>Revisão de literatura</p> <p>Entrevista e questionário aos profissionais</p> <p>Entrevista e questionário aos familiares</p>
RESULTADOS		
<p>Muitos familiares consideraram que deviam haver mais enfermeiros a circular pela sala de espera de modo a poderem ter mais informações.</p> <p>60% considerou 2 horas boa periodicidade para receber informação, 30% a cada hora, 5% a cada meia hora, 1% a cada hora e meia, e 3% não respondeu.</p>		

Artigo VIII: HUANG et al (2006)

Título: Reducing the anxiety of surgical patient's families Access short message servisse Autores: Fanpin huang, Shou Liu, Su-Mei Shid, Yao-Hua Tao, Jeng-Yuan, Shaw-Yeu Jeng, Polun Chang Ano: 2006 Tipo de estudo: Descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Avaliação da satisfação e ansiedade do familiar do doente operado sujeito à recepção de mensagens escritas (SMS) informativas.	322 participantes	Questionário de satisfação
RESULTADOS		
O grau de satisfação dos participantes foi alto, 92% concordava com a utilidade deste sistema, 96.7 %reportou que diminuiu a ansiedade enquanto esperava.		

Artigo IX: TRIMM e SANFORD (2010)

Título: The Processo of Family Waiting During Surgery Autor: Dona R.Trimm, Julie T. Sanford Ano: 2010 Tipo de estudo: Grounded theory ² approach – qualitativo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Gerar uma teoria relativa a adultos que esperam no decorrer de uma cirurgia. A partir das experiencias dos familiares que esperam os enfermeiros poderão identificar maneiras de assistir a família nesta fase difícil.	Amostra de conveniência 32 famílias	Método de recolha: Entrevista Semiestruturada e Observações na sala de espera.
RESULTADOS		
Os achados deste estudo mostraram que compreender esta luta por equilíbrio durante a cirurgia é imperativo para os enfermeiros que interagem com as famílias e precisam de compreender as suas necessidades.		
Receber informações relativas ao decorrer da cirurgia ajudou a família a restaurar ou a manter o equilíbrio.		

Artigo X: OLIVEIRA (2011)

Título: Vivências dos familiares em contexto de cirurgia ambulatória: a família como suporte ao cuidar Autor: Anabela Marques De Oliveira Ano:2010 Tipo de estudo: Qualitativo (Descritivo e exploratório)

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
<p>Identificar as vivências dos familiares durante a realização da intervenção cirúrgica/intra-operatório, no pós- operatório e no domicílio;</p> <p>Reconhecer e valorizar a importância dos familiares na continuidade dos cuidados ao doente submetido a Cirurgia Ambulatória.</p>	N - 42 participantes	Entrevistas
RESULTADOS		
<p>A comunicação com a família torna-se um vector importante para minimizar as suas vivências, pois a mesma não funciona apenas como um sistema de suporte, mas como uma componente central no processo cirúrgico.</p>		

Artigo XI: MULDOON et al (2011)

Título: Implementation of an informational card to reduce family members' anxiety Autor: Muldoon M., Cheng D., Vish N., Dejong S., Adams J. Ano: 2011 Tipo de estudo: Descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
<p>Avaliar quão perceptível foi pelos familiares a diminuição da ansiedade causada pelo cartão informativo, durante a cirurgia.</p> <p>Avaliar se há alguma associação entre a redução da ansiedade e o tipo de cirurgia ou o tempo de espera.</p>	N – 47 familiares	Questionário criado para o efeito
RESULTADOS		
<p>100% consideraram que o cartão era fácil de ler. 97.9% concordou que era fácil de compreender</p> <p>Mais de metade dos familiares concordou ou concordou fortemente que a informação no cartão diminuiu a ansiedade no período de espera (27.7% para cada categoria – 55.3% do total), 40.4% mostrou-se neutro, 2.1% discorda, e 2.1% discorda fortemente.</p> <p>Em relação à segunda hipótese formulada, esta não se comprovou, não tendo sido verificada nenhum tipo de associação entre a redução da ansiedade e o tipo de cirurgia ou o tempo de espera.</p>		

Artigo XII: LERMAN et al (2011)

Título: Nurse Liaison – The bridge between the perioperative department and patient accompaniers Autor: Yulia Lerman, Itzik Kara, Nurit Porat Ano: 2011 Tipo de estudo: Quantitativo – descritivo

OBJECTIVO	PARTICIPANTES	MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS
Pretende avaliar os níveis de satisfação dos familiares durante a cirurgia em termos de fluxo de informação, actualizações durante a cirurgia, e condições de espera.	38 acompanhantes	Questionário concebido para o efeito para medir os níveis de satisfação relativos ao período de espera dos familiares durante a cirurgia
RESULTADOS		
<p>Os inquéritos mostram que a maioria dos familiares (87%) preferem receber updates frequentes (ex a cada 30-60 minutos)</p> <p>A maioria dos familiares que responderam ao inquérito reportou que a informação que receberam do enfermeiro de ligação transmitiu empatia e apoio (63%) e ajudou-os a lidar com a espera (58%).</p> <p>Apesar disto apenas 47% classificou a sua satisfação relativa ao Enfermeiro de ligação como Muito satisfeito. Isto pode ser explicado pelo facto da informação ter sido transmitida em condições de pouca privacidade , que não permitiam uma conversa em privado (apenas 39% se mostraram muito satisfeitos com as condições de espera)</p> <p>Os resultados do inquérito também indicaram que os ecrãs informativos localizados na sala de espera são ferramentas efectivas de informações para os familiares durante o período de espera. A maioria dos familiares (61%) considerou estes ecrãs como extremamente úteis.</p>		

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo da pergunta de partida “A Comunicação dos enfermeiros perioperatórios para com a família/pessoas significativas de doentes adultos sujeitos a cirurgia programada, durante o período intra-operatório, reduz a sua ansiedade?” a análise dos artigos seleccionados permitiu-nos, em primeiro lugar, confirmar que os familiares que aguardam o fim da cirurgia do seu familiar estão sujeitos a níveis de ansiedades altos, conforme demonstram os artigos I, III, IV,V, e X. Kathol (1984), Leske (1993, 1995,1996), Topp 1998 e Oliveira (2011)

De forma a compreender a dimensão do problema, e a necessidade da intervenção do Enfermeiro nesta fase, importa compreender que a ansiedade sentida pela família no decorrer de uma cirurgia de um familiar é, em termos comparativos, superior à registada em situações potencialmente produtoras de ansiedade, descritas no artigo III (Leske ,1993):

- Doentes sujeitos a coronariografia no pré-operatório
- Mães de crianças hospitalizadas
- Familiares de doentes sujeitos a coronariografias
- Familiares de doentes cardíacos a aprenderem reanimação cardiopulmonar.

Os enfermeiros perioperatórios reconhecem que os familiares dos doentes estão sujeitos a níveis altos de ansiedade, especialmente no período intra-operatório. Ainda assim, é neste período em que regista pouca ou nenhuma comunicação entre os enfermeiros e a família, sendo urgente a sensibilização e formação nesta área. (Leske,1993)

Outro aspecto importante identificado nesta revisão foi o facto da ansiedade poder ser afectada por factores intrínsecos (características dos próprios familiares), e extrínsecos (tempo e tipo da cirurgia).

No artigo III (Leske,1993) concluiu-se que os familiares com mais idade registaram níveis mais altos de ansiedade e não se registaram diferenças significativas na ansiedade independentemente do sexo dos familiares, em contradição com a literatura existente indicada pela autora (estudos anteriores relativos à ansiedade da família em contexto de cuidados intensivos). A variação da ansiedade com a escolaridade dos familiares demonstrada neste estudo (inversamente proporcional à escolaridade) mostrou-se compatível com a existente na literatura.

Os factores extrínsecos passíveis de condicionar a ansiedade dos familiares (tempo e tipo de cirurgia), são abordados nos artigos III (Leske,1993), e XI (Muldoon et al,2011). Ambos os estudos são claros no sentido que não há nenhuma relação entre o grau de ansiedade sentido pelas famílias, e o tempo da cirurgia. Ainda assim, é necessária mais investigação de modo a avaliar o pressuposto de que quanto mais tempo as famílias estão a espera, mais ansiosas ficam, o que me parece legítimo, no sentido em que há tendência para dar mais atenção às famílias que estão a espera em cirurgias muito longas ou delicadas, negligenciando o resto dos familiares dos doentes cirúrgicos, igualmente importantes e sujeitos a níveis altos de ansiedade. (Leske,1993). Ainda em relação a este aspecto, Kathol (1984) refere que na sua investigação, em todos os grupos (mesmo no grupo de controle que não foi sujeito a nenhum tipo de intervenção), há uma diminuição da ansiedade do intra-operatório para o pós-operatório, tendo a passagem do tempo e o consequente término da cirurgia levado à diminuição dos níveis de ansiedade.

O artigo XI revelou não haver nenhuma relação entre o tipo de cirurgia e a ansiedade registada. (Muldoon et al, 2011)

Em resposta à pergunta de partida e objectivo geral deste trabalho (determinar se a comunicação intra-operatória com a família do doente programado adulto reduz a ansiedade), esta é respondida nos artigos I, IV, V, VII e VIII respectivamente (Kathol,1984;Leske,1995;Leske,1996;Carmichael e Agre,2002; Huang et al,2006), artigos esses em que ficou inequivocamente comprovado que os familiares sujeitos a informação intra-operatória registaram níveis de ansiedade menores, com TA e FC mais baixas (Leske 1995, 1996), aumentando a sensação de estarem apoiados durante o período de espera. (Carmichael & Agre,2002)

O artigo I (Kathol,1984) revelou que a combinação de um vídeo informativo pré-operatoriamente com a interacção intra-operatória é especialmente eficaz tanto na redução da ansiedade como na percepção do apoio prestado pelo enfermeiro.

Após ficar comprovado que a comunicação com a família reduz a ansiedade, importa ressaltar que a necessidade de informação por parte da família, em termos de redução da ansiedade e aumento da satisfação é referida em diversos artigos, tais como: II, VII, X e XII (Carmody et al, 1991); (Carmichael & Agre,2002); (Oliveira, 2011); e (Lerman et al,2011).

A possibilidade da família ter um enfermeiro que lhes disponibilize informações a respeito do seu familiar ajuda-os a lidar com o período de espera (Lerman et al,2011), sendo extremamente importante para restaurar ou manter o equilíbrio nesta fase. Receber informação é crucial, mesmo que seja apenas para informar em que fase da cirurgia estão. (Trimm & Sanford,2010)

Os achados nesta revisão comprovam que as necessidades de informação mostraram ser as mais importantes para a família no período intra operatório, sendo a presença pessoal do enfermeiro considerada muito importante pelas famílias (Carmody et al,1991;Carmichael & Agre,2002). Os familiares, se estiverem bem informados do estado do doente, vão conseguir prestar um suporte mais efectivo, ao mesmo tempo que lidarão melhor com a ansiedade relativa a hospitalização e cirurgia, não experienciando um momento de crise. O apoio dados pelos enfermeiros aos familiares durante um período propício ao desenvolvimento de crises, pode ser preventivo nesse sentido (Carmody et al,1991), transmitindo compreensão e confiança, ajudando-os a verbalizar as suas dúvidas e receios. (Oliveira,2011)

Esta revisão, além de responder à pergunta de partida, evidenciou uma série de boas práticas que reduzem a ansiedade. Em relação ao modo como a informação deve ser transmitida, a pessoal é a que reúne mais consenso na literatura analisada. Outros métodos de transmissão de informação são testados nos artigos V, VI,VIII, XI, e XII (Leske,1996; Topp et al,1998; Huang et al,2006; Muldoon et al,2011; Lerman et al,2011).

O artigo mais efectivo neste sentido é o V, no sentido em que é feita uma comparação relativa a redução da ansiedade através de informações dadas pessoalmente e por telefone. Apesar dos familiares sujeitos a informação por via telefónica terem registado menos ansiedade que o grupo sujeito a nenhum tipo de informação, a informação dada pessoalmente revelou-se a intervenção mais benéfica para a família e a mais eficaz na redução da ansiedade. (Leske,1996)

Ao longo da revisão são abordados outros métodos de transmissão da informação, tal como: Pagers - onde ficou comprovado que os indivíduos que usam pagers têm um grau de actividade superior durante a cirurgia. No entanto não suportam a hipótese que os familiares que usam pagers registam níveis de ansiedade e percepção de ameaça menores (Topp et al,1998); SMS - os resultados mostram que a usabilidade das mensagens escritas, especialmente aplicadas no contexto clínico para diminuir a ansiedade das famílias, aumentou o seu grau de

satisfação (Huang et al, 2006). No entanto não é feita uma comparação com a informação dada pessoalmente tal como (Leske, 1996), em que a informação dada pessoalmente se mostrou mais benéfica do que a dada por outras vias. Ecrãs informativos: localizados na sala de espera são ferramentas efectivas de informações para os familiares durante o período de espera. Ainda assim a informação disponível é limitada e apenas se reporta à fase da cirurgia e, em cirurgias muito longas, à duração da cirurgia. Neste tipo de situações um ecrã de computador não dá informação actualizada por períodos de tempo demasiado longos, e nesse sentido, não é um meio eficiente de informar os familiares, não substituindo, segundo os autores, a informação dada pessoalmente. (Lerman et al,2011)

O artigo XI (Muldoon et al,2011) defende outra forma de comunicação que não a pessoal. Segundo os autores, a informação dada pessoalmente está sujeita aos seguintes problemas: Comunicação insuficiente ou atrasada entre o staff da sala e os familiares na sala de espera; tempo estimado pelo enfermeiro na sala de espera contradizer o previsto pelo cirurgião pré operatoricamente; impossibilidade dos familiares ligarem para o recobro para saber se o seu familiar já tinha sido transferido para lá; a informação dada oralmente, por vezes, é destruturada e pouco apoiada na teoria. Informação transmitida de forma destruturada pode levar a que sejam transmitidas informações desapropriadas. Além disso a informação oral pode ser facilmente esquecida ou mal interpretada.

Nesse sentido, foi criado um cartão informativo para os familiares descrito no artigo XI. Após a aplicação de um questionário os investigadores verificaram que a maioria dos familiares reportou que o cartão ajudou a reduzir a sua ansiedade, independentemente do tempo que tiveram à espera e/ou do tipo de cirurgia. Segundo os enfermeiros, desde a aplicação deste método o número de perguntas dos familiares na sala de espera diminuiu consideravelmente.

Este artigo defende outra forma de comunicação com a família, que não a pessoal, dando inclusive exemplos de dificuldades na transmissão oral da informação. Apesar disso, não é feita uma comparação relativa à diminuição da ansiedade por esta via versus a dada pessoalmente, sendo na minha opinião necessária mais investigação para esclarecer o potencial de formas alternativas de comunicação tais como as SMS, o Twitter...

Em relação à frequência da comunicação com a família, este ponto é abordado nos artigos VII e XII, (Carmichael & Agre, 2002; Lerman et al,2011).

No artigo VII (Carmichael & Agre, 2002) os autores relataram que o fornecimento frequente de informação, especialmente em relação ao progresso da cirurgia é de grande importância para os familiares que esperam, sendo que neste estudo a maioria dos familiares considerou 2 horas boa periodicidade para receber informação. No estudo X os inquéritos mostram que a maioria dos familiares (87%) preferem receber updates frequentes (a cada 30-60 minutos) reforçando a ideia que os updates frequentes são preferíveis em termos de satisfação da família. (Lerman et al,2011)

Há ainda os aspectos físicos relativos á sala de espera, referidos nos artigos VII e X, (Carmichael & Agre,2002; Oliveira,2011)

Alguns familiares relataram que um telefone era essencial para dar noticias a família da cirurgia(foi classificado mais importante que televisão ou computadores). Outros aspectos importantes foram janelas grandes com bastante luz natural, as cadeiras agrupadas em pequenos núcleos, conferindo mais privacidade a cada família, um terraço onde pudessem “apanhar ar” sem sair da zona de espera, uma capela para reza ou meditação, alguém que pudesse “traduzir” a informação dada especialmente aos mais idosos, janelas grandes com muita luz natural com uma visão tranquila de árvores no exterior, proximidade a uma cafetaria, uma sala à prova de som para crianças, cadeiras reclináveis. (Carmichael & Agre,2002)

Também a autora do artigo X refere a necessidade de medidas de conforto tais como: salas de espera para relaxar e descansar, instalações de telefone e casas de banho, são pontos essenciais para que a família se sinta acolhida no ambiente hospitalar, dando exemplos de citações de participantes que a levaram a essa conclusão: ”... aquela sala está muito vazia, a sala da recepção, está muito, está assim, não está aconchegada. Eu acho que falta ali um bocado de aconchego”. (Oliveira,2011)

LIMITAÇÕES

No sentido de otimizar as minhas habilidades enquanto investigador, iremos fazer um juízo autocrítico relativo às limitações deste estudo, contribuindo positivamente para a elaboração de futuros trabalhos.

Aquando da pesquisa deparei-me com poucos artigos relativos ao tema, praticamente nenhuma literatura portuguesa sobre o assunto, e pouca bibliografia específica sobre o tema. Outra das limitações encontradas foi o facto da grande maioria dos artigos serem pagos, sendo que esse problema foi parcialmente ultrapassado, comprando o acesso à base de dados da AORN onde estão a maioria dos artigos desta revisão. Ainda assim, houve cerca de 3 estudos sobre o assunto que não foram analisados por serem pagos e não haver possibilidade do acesso aos mesmos. Tive portanto dificuldade em encontrar literatura específica para confrontar com o encontrado na revisão, e julgo que a revisão ficaria mais rica com literatura específica sobre o assunto publicada em livros com que pudesse confrontar os achados desta revisão, enriquecendo a discussão.

Outra das limitações desta revisão foi o facto de praticamente não existir literatura portuguesa ou sobre a realidade portuguesa, o que poderia enriquecer em muito este trabalho.

Esta revisão, apesar de ter sido feita com o método de pesquisa comparável ao das revisões sistemáticas para identificar a literatura disponível, e de todos os estudos estarem publicados em bases de dados de referência (presumindo a qualidade intrínseca e metodológica dos mesmos) não foi utilizada um nível de hierarquia de evidência ou uma ferramenta para avaliar a qualidade dos estudos.

Além disso, uma verdadeira revisão sistemática da literatura só poderia ser verdadeiramente classificada dessa forma se tivesse associada meta síntese/meta análise. Nesse sentido, pela inexperiência do investigador, e no sentido de evitar eventuais fragilidades deste trabalho, esta revisão é considerada uma Revisão Científica da Literatura.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Porque nenhuma profissão pode experienciar um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação Fortin (2000), importa reflectir a respeito da contribuição deste projecto e da investigação em si para o dia-a-dia da enfermagem. Segundo a autora supracitada, para que a enfermagem continue a desenvolver-se enquanto ciência e a garantir o seu campo de actuação independente, é fundamental fazer ver às outras classes profissionais e à própria comunidade científica que a enfermagem se apoia em fundamentos sólidos, do ponto de vista do saber e da ciência, sobre os quais se estabelece a prática.

Os achados que resultaram desta revisão sistemática da literatura mostraram-nos que o período de espera, para os familiares, pode ser um período de tempo extremamente complicado de gerir. Esta revisão também confirmou aquilo que sentíamos na prática diária, e que levou a que escolhêssemos este tema: os enfermeiros podem ter um papel muito importante nesta fase, diminuindo a ansiedade, evitando potenciais crises, restabelecendo o equilíbrio e aumentando a satisfação dos familiares dos doentes operados.

Na nossa opinião esta é uma área de actuação da enfermagem importantíssima e prioritária, sobre a qual devem existir mais estudos no futuro, levando à sensibilização dos enfermeiros.

O bloco operatório é um local onde por vezes se sobrevaloriza os aspectos tecnicistas, sendo o doente muitas vezes recebido dando apenas importância à sua patologia e respectiva cirurgia, negligenciando aspectos como os seus sentimentos e a sua família, ficando os enfermeiros que ali trabalham, no aspecto relacional e emocional, um pouco aquém do que é esperado devido às exigências do cuidar da pessoa no contexto intra-operatório, nomeadamente as constantes solicitações das outras classes profissionais, aspectos técnicos do enorme leque de equipamentos utilizados, stress inerente à própria cirurgia e aspectos técnicos intimamente ligados ao saber-fazer.

Este estudo secundário ajudou-nos a compreender o fenómeno da família que espera pelo fim da cirurgia do seu familiar, e da importância que o enfermeiro perioperatório enquanto agente humanizador no bloco operatório pode ter nesta fase, tendo contribuído para o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem.

CONCLUSÃO

Através da revisão científica da bibliografia, em que foram analisados 12 estudos primários, 10 quantitativos e 2 qualitativos, aprofundámos conhecimentos sobre o tema, assegurámos a pertinência do estudo, e encontramos resposta para a pergunta de partida. Acreditamos que esta revisão evidenciou dados muito interessantes relativamente à experiência da família que espera pela cirurgia do seu familiar, e do papel importantíssimo que o enfermeiro perioperatório pode ter nesta fase, tendo ficado demonstrado que a comunicação com a família do doente cirúrgico no intra-operatório diminui a ansiedade desta, tendo sido evidenciadas uma série de boas práticas que devem ser seguidas no sentido de diminuir a ansiedade da família neste período.

Ainda assim, consideramos que relativamente a este tema ainda há inúmeras questões a esclarecer, nomeadamente no que toca aos enfermeiros que transmitem informação aos familiares (se se sentem confortáveis nessa posição, que dificuldades sentem..), aos efeitos dessa comunicação nas famílias em termos de satisfação e qualidade dos cuidados, e muitos outros pontos relativos às boas práticas em termos de comunicação com a família no intra operatório sobre o qual ainda há muito pouca evidência. Seria importante também fazer-se um levantamento da realidade nacional, em termos de hospitais públicos e privados, de forma a perceber a dimensão do problema. Seria importante também incluir este tema nos planos de formação de forma a sensibilizar os colegas. No entanto a melhor e maior sugestão que podemos fazer é que este trabalho inspire colegas a construir sistemas de informação à família nos seus próprios blocos.

BIBLIOGRAFIA:

Consultar Capítulo IV – Referências Bibliográficas

**ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE E SATISFAÇÃO DOS UTENTES DO BLOCO Y**

BLOCO OPERATÓRIO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Este questionário é anónimo e destina-se a avaliar o seu grau de satisfação e dos seus familiares relativamente aos cuidados recebidos da equipa de enfermagem do Bloco operatório do Hospital Garcia de Orta. A sua opinião é muito importante e determinante na melhoria da qualidade dos nossos cuidados. Por favor assinala com uma cruz a resposta mais adequada à sua opinião e devolva no envelope anexo (não necessita de selo).

Data da Intervenção cirúrgica...../...../.....

Foi Internado através:

Consulta

Urgência

Transferido de outro hospital

Muito Bom Bom Aceitável/Suficiente Mau Muito Mau

1- CONSULTA OU VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Amabilidade/Disponibilidade/Cortesia

Informação clínica prestada.....

2- ACOLHIMENTO

Amabilidade/Disponibilidade/cortesia

Informação clínica prestada.....

3- ESPERA NO BLOCO OPERATÓRIO

Conforto das instalações

Medidas tomadas para proporcionar conforto

4- CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Amabilidade/Disponibilidade/Cortesia

Alívio da dor e desconforto

Alívio do frio

Respeito pela intimidade.....

Informação clínica prestada.....

5- AMBIENTE DO BLOCO OPERATÓRIO

Temperatura.....

Luminosidade.....

Ruído.....

Muito Bom Bom Aceitável/Suficiente Mau Muito Mau

6- INFORMAÇÕES AOS FAMILIARES OU PESSOA SIGNIFICATIVA

Amabilidade/Disponibilidade/Cortesia
Informação clínica prestada

7 - GRAU DE SATISFAÇÃO GLOBAL COM OS CUIDADOS QUE LHE FORAM PRESTADOS NO BLOCO OPERATÓRIO

Totalmente satisfeito Muito satisfeito Satisfeito Pouco satisfeito Nada satisfeito

11- SE NECESSITASSE DE SER OPERADO NOVAMENTE, OU UM FAMILIAR SEU, PREFERIA OU ACONSELHAVA?

Este Hospital
Outro Hospital Público
Um Hospital Privado

OBSERVAÇÕES/ SUGESTÕES:

Muito obrigado pela sua colaboração!

**ANEXO II –AUTORIZAÇÃO DA ENF^a DIRECTORA DO
HOSPITAL X PARA A APLICAÇÃO DE DOIS
QUESTIONÁRIOS NO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL**

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Exm. Senhor
Enf. João Carregoso
Serviço Bloco Op. Central

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de dois questionários aos Enfermeiros do Bloco Operatório Central

Vimos pela presente informar, que após análise da proposta supra citada, se encontra autorizada a aplicação de dois questionários aos Enfermeiros do Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar e Universitário de Setúbal no âmbito da tese intitulada "A Comunicação com a família do doente adulto sujeito a cirurgia programada", integrado no Mestrado em enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal/Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses.

Os melhores cumprimentos,

[Redacted], 30 de Setembro de 2013

A Enfermeira Directora

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

