



Maria Odete Martins  
Fernandes Monteiro

**Necessidades de Informação dos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório**

Relatório de Estágio

Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, realizado sob a orientação científica de Professora Madalena Cabrita

Outubro de 2014



Maria Odete Martins  
Fernandes Monteiro

**Necessidades de Informação dos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório**

Relatório de Estágio

Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, realizado sob a orientação científica de Professora Madalena Cabrita

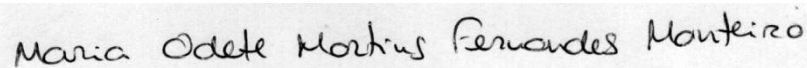
Outubro de 2014



[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Estágio 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,

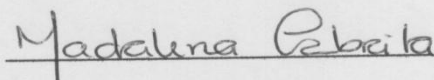


Maria Odete Martins Fernandes Monteiro

Setúbal, Outubro de 2014

Declaro que este Relatório de Estágio se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O/A orientador(a),



Madalena Pereira

Setúbal, Outubro de 2014



## **AGRADECIMENTOS**

Às pessoas que cuidei e às famílias que constituíram fonte de aprendizagem e estímulo para melhor cuidar.

À minha família, amigos e colegas de trabalho e de curso, pelo incentivo e apoio fundamentais para o desenvolvimento deste percurso.

A toda a equipa de docentes, em especial a Professora Madalena Cabrita pela disponibilidade e pelo estímulo, para o percorrer deste caminho académico e profissional.



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória tem como finalidade descrever a análise reflexiva realizada sobre a prática em contexto de estágio, as aprendizagens e o desenvolvimento de competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

O enquadramento teórico aborda a qualidade em saúde, a enfermagem, e em particular a enfermagem Perioperatória, à luz da Teoria de Merle Mishel. Apresentamos a investigação realizada, centrada nas “Necessidades de Informação dos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório”, desenvolvida segundo a metodologia de projeto. Este estudo de natureza descritiva permitiu caracterizar os familiares/pessoas significativas maioritariamente do sexo feminino (75%), esposas (35,7%), com idades médias de 51,29 anos, na maioria, com escolaridade primária (26,8%) ou com 12º ano (23,1%), com profissões fora da área da saúde (42,9%), ou reformadas (32,1%). Mais de 90% da amostra recebeu informação sobre o decorrer da cirurgia do seu ente querido, no fim da intervenção cirúrgica e à saída da UCPA. Referem que não necessitam de outro tipo de informação para além daquele que foi fornecido, embora 10,7% (n=6) considerou que faltava informação médica. A maioria dos inquiridos (91,1%) avalia a informação fornecida pelo enfermeiro perioperatório de “muito” importante. Verificaram-se elevados níveis de satisfação com a informação disponibilizada pelo enfermeiro do bloco operatório às famílias, (76,8%).

Estes dados foram apresentados e discutidos com a equipa de enfermagem onde se realizou estágio, tendo decorrido estratégias de melhoria da prática. Os resultados justificam a importância de um papel de enfermeiro perioperatório que colmata as necessidades de informação dos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico, no bloco operatório, são também o reflexo da vontade intrínseca de uma equipa perioperatória, em melhorar os cuidados prestados em busca de melhores padrões de qualidade como a satisfação dos clientes cirúrgicos.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Perioperatório, Familiares, Necessidades de Informação, Bloco Operatório



## ABSTRACT

This report comes out of the *1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória* and intends to expose the reflective analysis on practice, during the internship, learning and skills development leading to the degree of Master in Perioperative Nursing.

The theoretical framework addresses the quality in health, nursing, and in particular the perioperative nursing, following Merle Mishel's Theory. Introducing the project about the subject: "Needs of information of family members /meaningful person of surgery patients in surgical operating room", developed according to the methodology of projects work. A research study of the descriptive type which allowed feature the family members/ meaningful person of surgery patients as mostly female (75%), wives (35,7%), with ages of 51,29 years, mostly with primary education (26.8%) or with 12th grade (23,1%), without healthcare occupations (42,9%), or reformed (32,1%). More than 90% of the sample received information about the course of the surgery of your loved one, at the end of the surgical procedure and exit the recovery room. That do not require another type of information beyond that which was provided, although 10,7% (n=6) considered that lacked medical information. The majority of respondents (91,1%) evaluates the information provided by the perioperative nurse of "very" important. There were high levels of satisfaction with the information provided by the nurse of the operating room to families (76,8%).

These data were presented and discussed with the nursing team where he performed stage, having elapsed practice improvement strategies. The results justify the importance of the role of perioperative nurse that fills the needs of information from relatives/significant surgical client person, in surgery, are also a reflection of intrinsic desire of a perioperative team, to improve the care provided in search of better quality standards as surgical customer.

**Key-words:** Perioperative Nurse, Family Members, Need of Information, Surgical Operating Room.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
- APA – American Psychology Association
- BO – Bloco Operatório
- CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems
- DGS – Direção Geral de Saúde
- DM - Dispositivos Médicos
- ESS – Escola Superior de Saúde
- IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
- MEPO - Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória
- Nº - Número
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- P. - Página
- PDS - Plataforma de Dados da Saúde
- PIS – Projeto de Intervenção em Serviço
- PPQCE – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
- SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats
- UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos
- VPO – Visita Pré operatória



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Género.....	55
Gráfico 2 – Idade.....	56
Gráfico 3 – Grau de parentesco com o cliente cirúrgico .....	57
Gráfico 4 – Distância de residência ao Hospital .....	58
Gráfico 5 – Informações prestadas pelo enfermeiro .....	60
Gráfico 6 – Nível de importância atribuída à informação .....	61
Gráfico 7 – Nível de disponibilidade e amabilidade .....	62
Gráfico 8 – Grau atribuído à ajuda que a informação proporcionou .....	63
Gráfico 9 – Grau de satisfação com o serviço de informações do BO.....	65
Gráfico 10 – Grau de satisfação com as condições da zona de espera.....	65



## ÍNDICE DE QUADROS

**P.**

Quadro 1– Análise SWOT.....	46
Quadro 2 – Respostas pertencentes à categoria “Ambiente Físico” .....	66
Quadro 3 – Respostas pertencentes à categoria “Ambiente Humano” .....	68

## ÍNDICE DE TABELAS

**P.**

Tabela 1 - Número de Cirurgias por Especialidades Cirúrgicas, em 2013.....	24
Tabela 2 – Distribuição segundo as habilitações literárias.....	59
Tabela 3 – Distribuição segundo a profissão .....	59



<b>ÍNDICE GERAL</b>	<b>P.</b>
<b>CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS</b>	<b>20</b>
<b>I. ESTÁGIO</b>	<b>22</b>
<b>1. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO</b>	<b>24</b>
1.1. NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA	25
1.2. NA SALA OPERATÓRIA	26
1.3. NA UCPA	27
1.4. NA RELAÇÃO COM OS FAMILIARES DOS CLIENTES CIRÚRGICOS	29
1.5. FORMAÇÃO	29
<b>II. PROJETO</b>	<b>31</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>31</b>
1.1. QUALIDADE	31
1.1.1. Qualidade em saúde	32
1.1.2. Satisfação do cliente	32
1.2. ENFERMAGEM	33
1.2.1. Enfermagem Perioperatória	37
1.2.1.2. <i>Teoria da Incerteza na Doença, de Merle Mishel</i>	38
<b>2. A IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA</b>	<b>44</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>47</b>
3.1. QUESTÕES ORIENTADORAS DE PESQUISA E OBJETIVOS DE ESTUDO	47

<b>3.2. AS OPÇÕES METODOLÓGICAS</b>	<b>48</b>
<b>3.3. A DELIMITAÇÃO DO ESTUDO</b>	<b>49</b>
<b>3.4. O CONTEXTO E OS PARTICIPANTES DO ESTUDO</b>	<b>50</b>
<b>3.5. QUESTÕES ÉTICAS</b>	<b>51</b>
<b>3.6. AS ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS</b>	<b>52</b>
<b>3.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS</b>	<b>53</b>
<b>3.8. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>54</b>
3.8.1. Caracterização da amostra	54
3.8.2. Informação aos familiares/pessoa significativa	60
3.8.3. Satisfação com o serviço de informações	64
<b>3.9. CONCLUSÕES</b>	<b>69</b>
<b>III. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA</b>	<b>72</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE I- Cronograma do Projeto</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE II - Consentimento Informado aos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos do Bloco Operatório</b>	<b>93</b>
<b>Apêndice III - Questionário</b>	<b>97</b>
<b>Apêndice IV - Artigo científico: “Necessidades de Informação aos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório”</b>	<b>101</b>

## CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Projeto/Estágio do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS|IPS), com vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

Este documento é resultado do trabalho de reflexão sobre o estágio que decorreu entre 9 de Setembro de 2013 a 28 de Março de 2014, cuja finalidade era a de proporcionar um espaço de aprendizagem para o desenvolvimento de competências e avaliação, planeamento, intervenção e investigação em Enfermagem Perioperatória. Com a elaboração deste relatório pretendemos:

- Refletir sobre a prática desenvolvida e as aprendizagens adquiridas em estágio;
- Enquadrar, do ponto de vista teórico e concetual, a prática desenvolvida para a consecução do projeto realizado;
- Dar visibilidade ao trabalho de investigação elaborado em contexto de estágio, assim como à metodologia de projeto que o iluminou;
- Fundamentar, teoricamente, as estratégias utilizadas para a conceção do mesmo;
- Refletir criticamente a prática desenvolvida para a consecução das competências definidas para o curso de MEPO.

Este trabalho está estruturado em três partes distintas. Na primeira parte, fazemos reflexão sobre a prática desenvolvida e as aprendizagens adquiridas em estágio. A segunda parte é dedicada ao trabalho de projeto. Construimos o enquadramento conceptual e teórico, através da abordagem de qualidade em saúde, da enfermagem em modo geral e da enfermagem Perioperatória em modo particular, á luz da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel. Identificada a problemática a estudar, explicitamos as várias fases de metodologia aplicadas para a concretização do projeto (objetivos de estudo e questões orientadoras de pesquisa, opções metodológicas, delimitação do estudo,

contexto e participantes, estratégias de recolha de informações, questões éticas e tratamento e discussão dos dados). Na terceira parte refletimos criticamente sobre as competências adquiridas neste processo de aprendizagem, para o grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

Este trabalho encontra-se de acordo com a APA (Sixth Edition) e redigido com o novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

## I. ESTÁGIO

Refletir sobre o estágio também é aprendizagem, tal como refere Waldow (2009), “o profissional que adopta a prática de refletir as suas ações, torna-se um aprendente da sua própria performance”, consideramos mesmo que a reflexão na ação constituiu a alma facilitadora na realização deste relatório (p.142).

O estágio foi realizado no bloco operatório (BO) de um hospital de referência do sul de Portugal, de 9 de Setembro de 2013 a 28 de Março de 2014, com pausas letivas de 26 de Outubro a 2 de Novembro de 2013, e de 23 de Dezembro de 2013 a 3 de Janeiro de 2014, perfazendo uma carga horária de trezentas e sessenta horas. Teve como finalidade proporcionar um espaço de aprendizagem para o desenvolvimento de competências de avaliação, planeamento, intervenção e investigação em Enfermagem Perioperatória, contribuindo de forma relevante para o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

Consideramos a oportunidade da realização do estágio em contexto de trabalho, uma mais-valia, tendo proporcionado uma integração mais célere ao contexto físico e às especificidades de métodos de trabalho de cada especialidade existente no serviço. Permitiu rentabilizar tempo para desenvolver estratégias e atividades, facilitar o desenvolvimento e aperfeiçoamento da nossa prática e a dos nossos pares contribuindo para melhoria contínua dos cuidados de enfermagem no local de trabalho.

O Hospital, onde realizámos estágio é um hospital distrital que pretende a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população de alguns concelhos da margem sul do Tejo. Desde a sua abertura, tem sofrido alterações na sua estrutura, de forma a adquirir uma ergonomia e funcionalidade mais adequadas às necessidades da população alvo (pelo aumento demográfico). O Hospital tem por objetivo desenvolver atividades de investigação e formação pré e pós graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e

privadas. Foi acreditado por Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHK). O processo de acreditação e certificação obriga ao cumprimento de cerca 70 normas de qualidade e quase 14000 critérios de avaliação definidos pelo CHKS, que incluem instalações, profissionais, equipamento, procedimentos e resultados apresentados pelo Hospital. No âmbito do seu projeto específico de certificação de serviços pela Norma Internacional de Qualidade ISO 9001:2008, em 2013 o serviço de Bloco Operatório (BO) foi certificado pelo CHKS/UKAS. Quer a acreditação, quer a certificação são válidas por três anos, desde que as auditorias anuais comprovem que o Hospital mantém as práticas conformes às normas internacionais referidas.

O Bloco Operatório do Hospital situa-se no primeiro piso, na proximidade dos serviços de Urgência Geral, U.C.I., e Bloco de Partos. Esta localização permite uma resposta eficaz e eficiente em situações de emergência de utentes provenientes desses serviços. De acordo com o preconizado pela AESOP, em que esta refere que o BO é “(...) uma unidade específica no meio hospitalar, com necessidade de acesso e circuitos próprios, bem definidos e interligações funcionais a outros serviços (...)” (AESOP, 2006, p.4-5).

O BO em termos de estrutura física apresenta-se na forma de um T, que funciona como um corredor duplo com isolamento de sujos.

O serviço de Bloco Operatório onde estagiámos também incorpora unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA), constituída por duas salas. Uma encontra-se preparada com seis unidades (cama, rampa de oxigenoterapia, rampa de aspiração positiva e negativa e monitor) e a outra sala contém apenas três unidades. Esta última está pintada com motivos alusivos à fantasia infantil e preparada para receber crianças e seus acompanhantes.

O BO possui oito salas operatórias utilizadas por doze especialidades cirúrgicas: Otorrinolaringologia, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Urologia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, Dermatologia, Pneumologia, Ginecologia, Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia Geral.

A tabela que se segue ilustra a atividade cirúrgica programada e urgente das várias especialidades, no ano de 2013.

	<b>Urgentes</b>	<b>Programadas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Cirurgia</b>	1027	669	1701
<b>Cir. Pediátrica</b>	145	137	282
<b>Cir. Plástica</b>	0	135	135
<b>Cir. Vascular</b>	86	252	338
<b>Ginecologia</b>	20	375	395
<b>Maxilo Facial</b>	7	87	94
<b>Neurocirurgia</b>	254	370	624
<b>Oftalmologia</b>	21	321	342
<b>Ortopedia</b>	0	381	449
<b>ORL</b>	76	326	402
<b>Pneumologia</b>	5	44	49
<b>Trauma</b>	261	358	631

Tabela 1 -Número de Cirurgias por Especialidades Cirúrgicas, em 2013

## **1. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO**

O estágio permitiu-nos a execução das principais técnicas de enfermagem Perioperatória na área da visita pré operatória, nas salas operatórias, na UCPA (unidade de cuidados pós anestésicos), promovendo o desenvolvimento de competências em contexto clínico. Para isso, elaborámos o nosso projeto de formação individual. Em contexto profissional já realizávamos visitas pré-operatórias, pós-operatórias, já desempenhávamos funções de enfermeiro de anestesia em todas as especialidades cirúrgicas do serviço, funções de enfermeiro circulante nas especialidades de cirurgia geral, ginecologia, cirurgia pediátrica e cirurgia plástica, mas ainda não tínhamos desempenhado funções de enfermeiro instrumentista, pelo que o estágio constituiu um percurso gratificante e produtivo também a este nível.

A informação aos familiares e a formação de pares foram também atividades realizadas em estágio, que pretendemos salientar, pois constituíram oportunidades de crescimento e aprendizagem em diferentes dimensões.

### 1.1. NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Durante o período de estágio foi possível realizar visitas pré-operatórias apenas na especialidade de ginecologia, uma vez que as clientes são internadas de véspera ainda no turno da manhã, ao contrário da maioria das outras especialidades, em que os clientes são internados depois das 20h ou no próprio dia da intervenção cirúrgica.

Neste serviço está preconizado que a Visita Pré-Operatória (VPO) deve ser realizada pelo enfermeiro que irá desempenhar a função de anestesia no dia seguinte, de forma a privilegiar a relação com a pessoa, contudo se esta condição não se puder concretizar, irá um dos outros elementos da sala. Apesar de se considerar que o enfermeiro de anestesia pode acompanhar melhor o cliente, se este não a puder efetuar poderá ir outro elemento que irá estar presente na sala operatória do dia seguinte, pois é melhor realizar-se VPO do que não se efetuar.

Esta foi uma experiência gratificante, permitiu o desenvolvimento de competências comunicacionais com as clientes cirúrgicas e famílias, efetuando-se ensinamentos sobre as particularidades inerentes ao processo cirúrgico e esclarecimento de dúvidas. Momento essencial para minimizar ansiedade e medos, mas também para realizar a avaliação inicial. Nas visitas pré-operatórias sentimos que damos visibilidade à enfermagem perioperatória e contribuimos para que os cuidados de enfermagem sejam mais holísticos.

No acolhimento dos clientes cirúrgicos era notória a diferença no transfer, daqueles que tinham recebido a nossa visita na véspera, esboçavam um grande sorriso quando os abordávamos. A nossa presença era sentida de forma positiva pelas clientes, pois sentimos constituir o profissional de referência no BO, que transmitia confiança para encarar o ambiente cirúrgico e enfrentar melhor o processo cirúrgico.

A visita pré-operatória não se efetua a todos os clientes cirúrgicos, como já referimos anteriormente, por vários motivos. A principal razão é a de que o internamento dos clientes cirúrgicos só se realiza na maioria das vezes a partir das 21h da véspera, outro motivo é a falta de disponibilidade de tempo dos enfermeiros do BO. No entanto, na nossa opinião devemos considerar a falta de motivação dos enfermeiros para realizarem a VPO. A VPO implica a saída dos enfermeiros do seu serviço, da rotina do BO, e entrada em serviços que desconhecem, tendo que se expor e utilizar estratégias de comunicação.

Da nossa experiência constatámos as vantagens da VPO, considerada sem dúvida uma mais-valia. A importância desta atividade e a dificuldade em a colocar em prática merece uma reflexão no sentido de a ultrapassarmos. Que tipo de estratégias desenvolver para motivar os pares a realizar esta visita? Que aspetos poderiam melhorar na colheita de dados, para podermos fazer de facto diagnósticos de enfermagem individualizados? Que estratégias utilizar para transmitir a informação que nós damos na VPO, essenciais para o cliente cirúrgico.

Consideramos que no futuro se deverá debater com a equipa de enfermagem, em contexto de formação em serviço, sobre as vantagens da VPO e as razões de não adesão à realização da visita e definir estratégias para ultrapassar as dificuldades identificadas.

## 1.2. NA SALA OPERATÓRIA

Desempenhámos funções de enfermeiro de anestesia nas várias especialidades, contudo foi em situações de urgência que as capacidades de adaptação ao inesperado e intervenção rápida e segura foram colocadas à prova. Identificamos precocemente situações que comprometiam a vida do cliente, preparamos e administramos fármacos utilizados em situação de emergência anestésica, utilizamos os DM (dispositivos médicos) necessários para a indução e manutenção anestésica e também os específicos em situações de emergência.

Tanto em situações urgentes, como nas cirurgias programadas, sentimos que é essencial o trabalho de equipa dentro da sala operatória, para que todos trabalhemos para um objetivo último: a saúde e o bem-estar do cliente cirúrgico.

Identificar situações que comprometem a qualidade nos cuidados fez parte das nossas funções enquanto enfermeiros perioperatórios. Aspectos de gestão do risco e segurança dos cuidados foram considerados fulcrais e quando necessário, foram discutidos com a equipa multidisciplinar. Preocupámo-nos sempre por aplicar medidas de controlo de infeção e foi durante o período de estágio que se efetuou mudança da norma de procedimento sobre a preparação cirúrgica das mãos, dando cumprimento às orientações da DGS (Direção Geral de Saúde). Foi necessário discutir aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados com a equipa multidisciplinar, pois nem todos entendiam e respeitavam a mudança na técnica de execução da lavagem e desinfeção cirúrgica das mãos, tendo que se efetuar formação informal em contexto.

Como foi referido anteriormente, tivemos oportunidade de vivenciar, pela primeira vez, funções de instrumentação nas especialidades de ginecologia e cirurgia geral. Conseguimos assim, reconhecer a importância do cumprimento de normas na preparação da mesa cirúrgica, da contagem de corto-perfurantes, compressas e instrumentos no início e antes do encerramento, mas também salientamos que foi essencial discutir com a enfermeira orientadora de estágio, aspetos relacionados com a preparação da mesa cirúrgica e a identificação dos tempos operatórios como a separação de material. Esta é uma das situações entre muitas, em que verificamos que a aprendizagem no domínio da enfermagem perioperatória é constante ao longo da vida profissional. Diariamente são introduzidas novas técnicas cirúrgicas e novos dispositivos médicos, pelo que é essencial que os enfermeiros perioperatórios procurem mais conhecimento para se manterem atualizados e adaptados a novas situações.

### 1.3. NA UCPA

Em contexto profissional já possuíamos experiência na área de cuidados pós anestésicos, tanto em função de clientes adultos, como de clientes cirúrgicos pediátricos, como também na particularidade de prestação de cuidados a clientes ventilados na UCPA. De qualquer forma, ao estagiar nesta unidade (que já conhecíamos em contexto profissional), sentimos o nosso olhar sobre o ambiente e sobre os clientes cirúrgicos

diferente. Acreditamos que a diferença terá a ver com os conhecimentos adquiridos no curso de MEPO. Sente-se um olhar mais crítico e um sentimento de segurança na atuação dos cuidados prestados. Pois, foram lecionados temas como a “Comunicação alternativa em BO” que nos elucidou sobre métodos alternativos de comunicar com clientes traqueostomizados e ventilados; conhecimentos postos em prática facilitaram em muito a prestação de cuidados de enfermagem, de forma holística. Também as aulas de Enfermagem Perioperatória II nos despertaram para o planeamento antecipatório de riscos e de complicações, aplicando entre outros procedimentos, os de intervenção precoce no tratamento da dor.

Não foi possível aplicar a linguagem CIPE, uma vez que no serviço onde estagiámos não está implementada. Contudo, existiu formação nesta área no curso de MEPO que nos proporcionou aprendizagens para no futuro podermos aplicar esta terminologia.

As aulas no curso de MEPO sobre a temática da criança/ jovem e família em contexto operatório também nos potenciaram bases que permitiram desenvolver estratégias comunicacionais e de relação com as crianças/jovens e famílias na UCPA.

Estabelecer relação de ajuda com o cliente cirúrgico é essencial em todas as fases do perioperatório mas consideramos que na UCPA foi o local onde essa relação denunciou contornos mais sólidos, visível em ganhos essenciais para o bem-estar e saúde do cliente cirúrgico.

Na nossa prática profissional, ainda existe valorização do domínio biológico, relegando por vezes aspetos psicológicos e emocionais para segundo plano. Nesse sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos dessa natureza, a fim que seja dada uma visão mais holística ao cuidado, valorizando aspetos psicológicos e emocionais dos cuidadores. Indo também ao encontro da temática do nosso estudo de investigação “Necessidades de Informação dos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório”.

## 1.4. NA RELAÇÃO COM OS FAMILIARES DOS CLIENTES CIRÚRGICOS

Para além da visão holística desvelada sobre os clientes cirúrgicos, tivemos também oportunidade de proporcionar o nosso cuidado e humanismo sobre os familiares/pessoa significativa que esperam junto ao BO. Os familiares/pessoa significativa dos clientes cirúrgicos por vezes esperam horas a fio junto ao BO, vivendo sentimentos de angústia, stress e incertezas, momentos de grande ansiedade. O enfermeiro perioperatório possui um papel essencial para minimizar estes efeitos, estabelecendo comunicação entre a equipa de enfermagem na sala de operações ou UCPA e a família. Aliás, providencia o suporte para colmatar as necessidades dos familiares enquanto decorre o procedimento cirúrgico. O BO onde realizamos estágio possui serviço de informações aos familiares, e foi sobre este papel de enfermeiro perioperatório que se centrou o nosso trabalho de investigação. Foi efetuada análise situacional, identificada problemática, realizada colheita de dados para estudo considerando aspetos sociais e éticos, executado tratamento estatístico dos dados, analisados e discutidos os resultados de investigação em equipa de enfermagem. Em todas as fases foram essenciais os conhecimentos adquiridos em aulas do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO) e outros decorrentes de investigação (formação contínua).

Também os autores Hamlin, Richardson-Tench, & Davies (2009), referem que o enfermeiro perioperatório é um profissional de saúde que cuida de doentes em situação de grande dependência, e como tal, atua como seu advogado durante todo o período perioperatório, salvaguardando sempre a sua integridade, explora estratégias que lhe permitem melhorar a sua prática, através de uma formação contínua.

## 1.5. FORMAÇÃO

A formação dos pares também fez parte das nossas atividades de estágio. Apesar de não ter sido planeado, foi com surpresa que fomos convidados a realizar integração de elementos de enfermagem na prática da anestesia em pediatria, tendo inicialmente sido

recebida com alguma insegurança e dúvida se iríamos constituir uns bons formadores, acabou por constituir uma experiência bastante enriquecedora, que nos deu consciência das nossas capacidades e competências de mestre, tendo-nos sido reportado feedback positivo.

Constituindo a pediatria uma área específica em anestesia já a tínhamos identificado anteriormente como uma necessidade de formação pelo que já tínhamos frequentado formações sobre esta área (nomeadamente: sessão de formação “Anestesia em Pediatria” lecionado por anestesista especialista na área, formação “Suporte Básico Pediátrico” lecionado por enfermeiros especialistas em pediatria e pediatras). Estas formações e as aulas de MEPO (especificamente: anestesia, e criança e a família) constituíram bases fundamentadas para que de certa forma pudéssemos ter sucesso na consultoria e integração de elementos de enfermagem em anestesia em pediatria.

Podemos concluir, dizendo que se torna fulcral a adequada preparação profissional e pessoal pois constitui um importante fator e instrumento para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados. O curso de MEPO e o estágio, constituem alicerces fundamentais para a nossa formação contínua, aplicados na prática do dia-a-dia com o intuito final de prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao cliente cirúrgico e a sua família no período pré, durante e pós-operatório.

Para além de melhorar a destreza na prática dos cuidados, conseguimos desenvolver uma prática com maior convicção, fundamentada em conhecimentos teóricos lecionados no curso de MEPO e decorrentes de investigação sobre as diferentes temáticas, com critérios sólidos para uma oportuna argumentação e tomada de decisão segura. Todos estes fatores contribuíram para o desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências, uma vez que íamos identificando os nossos próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao nosso próprio projeto pessoal/profissional, permitindo assim, valorizar a autoformação como componente essencial do desenvolvimento.

## **II. PROJETO**

Neste capítulo apresentamos os elementos principais relacionados com a natureza, domínio e linhas de desenvolvimento do projeto, procurando demarcar os alicerces que situam este trabalho no âmbito da enfermagem perioperatória.

### **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento teórico constitui um ponto de partida, de uma perspetiva mais ampla, para a exploração dos conceitos mais específicos relacionados com a problemática da informação aos familiares/pessoa significativa em contexto perioperatório.

#### **1.1. QUALIDADE**

O autor Imperatori (1999) refere que :

- uma ação de qualidade “é uma ação realizada para identificar ou implementar procedimentos de melhoria ou promoção da qualidade” (p.12);
- uma atividade de qualidade é “qualquer invento, ou série de inventos, inseridos para melhorar a qualidade de bens ou serviços” (p.16);
- a avaliação da qualidade contribui para identificar tendências e eficiência de processos, identificar fontes e causas básicas de defeitos, permitindo a tomada de ações corretivas e preventivas (p.44).

### **1.1.1. Qualidade em saúde**

A qualidade em saúde refere-se ao grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados, sendo consistente com a evidência e conhecimento possuídos pelo profissional (Varkey & Kollengode, 2011).

Os sistemas de acreditação como o CHKS têm como objetivo major, o estabelecimento de um paralelismo de qualidade entre as várias organizações de saúde e as suas áreas de intervenção na organização, abrangendo cinco eixos fundamentais: gestão, recursos, processos de trabalho, melhoria contínua e documentação do sistema de gestão da qualidade (Silva, 2004). Estes sistemas estimulam e sensibilizam os profissionais para a importância da qualidade e para a realização de auditorias que por si permitem a deteção de problemas, e consequentemente proporcionam a implementação de melhorias necessárias.

Em Portugal existe, há cerca de cinco anos, um projeto que visa promover, nas instituições aderentes, a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (O.E.) - o Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE). Os prestadores de cuidados de saúde, os gestores (que asseguram a qualidade), e mesmo os consumidores, estão crescentemente interessados em classificar os serviços tendo por base os resultados dos cuidados prestados (Morison, 2004 citando Berlowitz [*et. al.*], 1996).

### **1.1.2. Satisfação do cliente**

Os consumidores de cuidados de saúde requerem cada vez mais cuidados de qualidade, sendo que um dos indicadores da qualidade desses cuidados é a satisfação dos utentes. A qualidade e a satisfação possuem uma ligação inegável.

A satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em particular, tem sido referida como o mais importante preditor de satisfação global com os cuidados hospitalares. (Mahon, 1996). A opinião do cliente é indispensável para a monitorização da

qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (Mcintyre, 2002).

Os clientes são capazes de identificar, avaliar a qualidade do seu sistema de saúde. O utente reconhece a qualidade e respeita o esforço dos que contribuem para os seus ganhos em saúde. A primeira demonstração de agrado ou desagrado expressa-se, formal ou informalmente, no ato de prestação dos cuidados de saúde. Esta fonte de informação não pode ser desvalorizada, quer pelo seu carácter gratuito e espontâneo, quer pela influência na satisfação ou insatisfação dos funcionários que estão na primeira linha de contacto. É importante que as organizações de saúde aprendam a analisar e a retirar conclusões desta fonte de informação (Neves A. , 2002). Sakellarides (2003) refere que é igualmente importante fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as percepções e as escolhas do cidadão

## 1.2. ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão que cuida e o seu primordial objetivo é ajudar a Pessoa a desenvolver um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma. A relação terapêutica irá gerar processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado, promovendo a escolha e autodeterminação nas decisões de saúde/ doença. Assim, enfermagem como profissão exige em termos práticos, reflexão na ação, numa sincronia que advém do saber e do conhecimento.

Segundo Hesbeen (2006, p.75) o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade, considerado um ideal moral, transcende também o ato específico do enfermeiro, individual e produz atos coletivos da profissão de enfermagem que têm consequências importantes para o ser humano. O mesmo autor refere que o conceito cuidar é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda prestada a uma pessoa e concretiza afirmando que é a maneira como

um ato ou um gesto toma sentido para a pessoa, que faz com que ele lhe seja de ajuda e que contribua para o seu bem-estar.

Segundo o mesmo autor “aqui reside a única e verdadeira complexidade da enfermagem, a de dar sentido, para uma pessoa em particular, a um conjunto de elementos acessórios que, enquanto tal, não dizem respeito senão aos indivíduos em geral” (p.64).

AESOP (2006, p.8) salienta que o papel do enfermeiro perioperatório como **advogado do doente** em nenhum outro lugar constitui um desafio tão importante, pois deverá garantir a segurança, o conforto e um profundo conhecimento do meio envolvente. O enfermeiro perioperatório garante que o consentimento informado não é violado, até que o doente seja capaz de tomar decisões próprias e protege-o contra qualquer dano ou prejuízo.

Também o artigo 84.º, do dever de informação, *o enfermeiro no respeito pelo direito da autodeterminação, assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem*” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.109).

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril):

- 8 - *Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação*” (p.18).
- 48 – *Garante que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados*” (p.20).
- 63 – *Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara* (p.21).
- 64 – *Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência* (p.22).

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos cuidados que prestam à comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para sua profissão (Kérouac, 1994).

Esses modelos conceptuais orientam, não só, a prática do enfermeiro, proporcionando uma descrição, por exemplo, da meta que ele persegue ou das atividades de cuidados, mas também servem de guia à formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Contribuem para precisar os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como, as atividades de cuidados e os resultados que destas se esperam para a gestão dos cuidados. A enfermagem apresenta claramente as suas bases conceptuais, bem como os instrumentos próprios para o seu desenvolvimento e reconhecimento académicos.

A atividade de enfermagem tem-se desenvolvido, acompanhando as mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. Do modelo bio-médico centrado na doença, no início deste século, sucedeu uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados, e mais recentemente para outra orientada para o desenvolvimento moral.

A enfermagem dispõe de um conjunto de teorias inerentes à prática, e tem como meta-paradigmas a **Saúde**, a **Pessoa**, o **Ambiente** e os **Cuidados de Enfermagem**.

Em 2001 a OE divulgou os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros tendo por base o enquadramento conceptual fundamentado em conceitos produzidos por essas teorias

Relativamente aos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (OE) define que “*O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)*”. (OE, 2001, p.8).

Assim, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro promove uma relação terapêutica caracterizada pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, sendo esta relação desenvolvida e fortalecida ao longo de um processo dinâmico, que tem como objetivo ajudar a pessoa a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde. A parceria deve também ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas da pessoa cliente individual (família, convivente significativo) (*Idem*).

Os cuidados de enfermagem visam a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa. Desta forma, o enfermeiro pretende, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, proporcionar a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, possibilitar a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, muitas vezes através de processos de aprendizagem da pessoa. Relativamente à gestão dos recursos de saúde, o enfermeiro desempenha um papel de *pivot*, promovendo a capacitação da pessoa para gerir os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (*Ibidem*).

Relativamente à tomada de decisão que orienta o seu exercício profissional autónomo, o enfermeiro utiliza uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou do grupo (família e comunidade) e implementando as intervenções de enfermagem adequadas para a prevenção riscos, deteção precoce de problemas potenciais e resolução ou minimização dos problemas reais identificados (*Idem*).

O enfermeiro deve incorporar na sua prática os resultados da investigação, no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções. No que respeita às atitudes que determinam o seu exercício profissional, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões, assim como todos os demais previstos no código deontológico, são os que contribuem para uma boa prática de enfermagem (*Ibidem*).

Nesta perspetiva, os enfermeiros reconhecem que a qualidade dos cuidados significa coisas diferentes para diferentes pessoas, pelo que, o seu exercício profissional demanda sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (OE, 2001).

### 1.2.1. Enfermagem Perioperatória

A história da Enfermagem Perioperatória tem início com a introdução das primeiras noções de técnica asséptica nas salas de operações, decorrentes da investigação desenvolvida por Pasteur, Nightingale, Semmelweis, Lister e Halstead e Bloodgood, com relevo para a necessidade de isolamento do doente e rigor para o controlo da infeção. Os enfermeiros começaram a prestar cuidados no contexto cirúrgico, tendo por objetivos a manutenção das condições de assepsia, a colaboração com os cirurgiões. Preparavam os materiais necessários à cirurgia e organizavam a sala de operações (instrumentos cirúrgicos, preparação para a cirurgia, hemostase e pensos cirúrgicos) (AESOP, 2006).

Em 1910, nos EUA, surgiu a primeira definição das funções dos enfermeiros na sala de operações, que atuavam na anestesia, circulação e instrumentação. A definição e redação destas funções contribuíram para a criação da AORN (American Association of Operating Room Nurses) em 1949. A sua criação foi fundamental para a evolução da Enfermagem Perioperatória e promoção da certificação da formação, no desenvolvimento da profissão e normalização das práticas perioperatórias. Apesar da AORN ser uma associação americana, os seus contributos estenderam-se para vários países da Europa.

Em Portugal, em 1986 foi criada a AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses), defendendo as seguintes premissas: *o trabalho dos enfermeiros tem de ser orientado pelo e para o doente. Este passa a ser o principal alvo dos seus cuidados. É por ele e para ele que o trabalho no bloco operatório passa a ser planeado, executado e avaliado. É no sentido de garantir a sua segurança física e emocional, para prevenir a infeção e os acidentes que os enfermeiros perioperatórios cuidam* (AESOP, 2006, p.6). Em 1992, surgiu a EORNA (European Operating Room Nurses Association), incluindo dezassete países europeus e, à semelhança da AORN, procurou unificar as competências e práticas de Enfermagem Perioperatória, visando linhas de orientação da formação, de boas práticas e definição de padrões de qualidade para os cuidados perioperatórios.

Atualmente os enfermeiros perioperatórios não se limitaram a ser “ajudantes do cirurgião”, como ocorreu no início da história da Enfermagem Perioperatória, baseiam “(...) a sua atuação no doente como um todo, através de um processo intelectual,

*científico e metódico, operacionaliza os seus saberes para melhor cuidar, sendo, sem dúvida, uma garantia da qualidade, da continuidade e da educação junto do doente/família e equipa de saúde.* (AESOP, 2006, p.7).

Antes, durante e após a cirurgia, o cliente e sua família constituem seres vulneráveis, física e emocionalmente desprotegidos, e os enfermeiros perioperatórios como responsáveis por minimizar e evitar riscos, devem fazer uso da prudência, precaução, prevenção e vigilância, prestando os melhores cuidados, de acordo com as necessidades do cliente e as boas práticas.

A pessoa que escolhe e aceita a ser submetida a uma cirurgia confronta-se com a incerteza e o risco, não só decorrentes do seu estado de saúde mas também da dependência do profissionalismo dos técnicos de saúde. A anestesia, a cirurgia implica a entrega de si próprio à acção dos profissionais, a confiança torna-se o alicerce da relação entre a pessoa e os profissionais.

Também a família e outros entes queridos da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico sofrem, uma vez que, estes processos podem afetar o equilíbrio familiar, com alterações importantes a que a família se tem de adaptar, constituindo muitas vezes uma sobrecarga de stress que podem conduzir a uma situação de crise. Com frequência família e/ou pessoas significativas aguardam horas a fio num corredor uma informação sobre o seu familiar/amigo, manifestando preocupação e ansiedade.

A questão da incerteza tão presente na pessoa e família, que estão a vivenciar a experiência cirúrgica, constitui o tema central da teoria de enfermagem de Merle Mishel.

### *1.2.1.2. Teoria da Incerteza na Doença, de Merle Mishel*

Apresentamos de forma sumária a Teoria da Incerteza na Doença, enquanto teoria de médio alcance, a partir da qual procuramos descrever de que forma ilumina a prática de enfermagem em contexto perioperatório.

Foi nos anos 70 que a enfermeira Merle Helaine Mishel iniciou a sua investigação sobre a incerteza, nessa altura o assunto ainda nem fazia parte do conceito

processo saúde/doença, mostrando-se, pioneira em pesquisas referentes a esse assunto. Segundo Bailey & Stewart (2003), a incerteza é “a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir o valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (p.633).

Constituindo uma teoria de médio alcance, teve como base os modelos existentes de Tratamento de Informações de Warburton e o estudo da personalidade de Burdner, atribuindo parte de sua teoria original ao trabalho de Lazarus e Folkman sobre stress/apreciação/luta/adaptação. De acordo com Tomey & Alligood (2002), o que faz dos seus estudos algo peculiar “foi a sua aplicação desta estrutura à incerteza enquanto fator de stress no contexto da doença, o que a tornou particularmente significativa para a enfermagem” (p.76). Aliás, Mishel (1999) reforça este facto, dizendo que “os enfermeiros são uma parte importante deste processo” (p.87).

Os estudos de Merle Mishel, a respeito da incerteza na doença começaram na sua tese de doutoramento, quando deu início ao desenvolvimento e à avaliação da escala da ambiguidade vivenciada na doença, posteriormente conhecida como a Escala da Incerteza na Doença. Esta escala original foi utilizada como base para três escalas posteriores: MUIS-C para indivíduos com doenças crónicas não hospitalizadas; PPUS utilizada na medição da percepção que os pais têm da incerteza em relação á experiência da doença de seu filho e PPUS-FM na medição da incerteza nos conjugues ou outros membros da família quando outro membro da família sofre de doença aguda.

Importa compreender o significado do termo de incerteza. De acordo com o Dicionário de língua portuguesa (2014), a incerteza pode ser definida como “falta de certeza, dúvida; estado de espírito caracterizado pela dúvida e pela indecisão; situação possível mas que não se sabe se vai ocorrer, incógnita” (p.112).

O conceito de incerteza na doença tem sofrido alterações ao longo do tempo. No entanto, aceita-se que “incerteza na doença é um estado cognitivo, no qual o indivíduo é incapaz de atribuir um significado aos acontecimentos relacionados com a doença” (Tomey & Alligood, 2002, p.367). Isto verifica-se em situações onde aquele não tem

capacidade para atribuir valores definitivos aos objetos e acontecimentos e/ou é incapaz de prever corretamente os resultados dessa mesma doença.

Podemos considerar que o indivíduo com incerteza é um indivíduo vulnerável, de acordo com a definição de vulnerabilidade de Ferraro (2000, p.7) que o refere “como a impossibilidade de responder com os seus próprios recursos a uma dada situação que saia da normalidade e que pode resultar em danos para o indivíduo”. De acordo com Tomey & Alligood (2002, p.370):

*Diversos estudos mostram que os indicadores objetivos ou subjetivos dos sintomas de gravidade de ameaça a vida e/ou doença estão positivamente associados à incerteza, (...) outros estudos relatam o impacto negativo da incerteza sobre os resultados psicológicos, para além disso, a incerteza tem demonstrado ter impacto negativo sobre a qualidade de vida, a satisfação com as relações familiares e a satisfação com os serviços de cuidados de saúde.*

Os estímulos inerentes à doença provocam no indivíduo reações que a teoria da incerteza procura explicar em quatro etapas, em que a primeira se refere aos antecedentes que geram a incerteza; a segunda à apreciação da incerteza como ameaça ou oportunidade; a terceira corresponde às estratégias de *coping* adotadas para reduzir a incerteza avaliada como uma ameaça ou, por outro lado, para manter a incerteza avaliada como uma oportunidade e, por fim, a quarta etapa diz respeito ao estado de adaptação que resulta das estratégias de *coping* adotadas.

Segundo OE (2011, p.46) *coping* é definido como “atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico”. No mesmo livro, CIPE versão 2, *stress* é “*status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo*”(p.77)

Mishel (1988) refere que a **adaptação** reflete comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade de comportamentos das pessoas individualmente definidos. Estando subjacente uma perspetiva holística, aquela em que o cliente é encarado como

um todo, e não a soma das suas partes. O modelo holista mais simples é o modelo bio-psico-social da doença (Sorensen & Luckmann, 1998)

“Existem algumas estratégias para enfrentar situações de incerteza, entre as quais o suporte social. Este é fundamental para que o indivíduo consiga superar o problema. O apoio da família, de amigos e de grupos de pessoas que enfrentam circunstâncias semelhantes, se bem fornecido, pode vir a reduzir a incerteza e o sofrimento” (Smith, 2008, p.112) O apoio social exerce efeito direto sobre a incerteza, uma vez que reduz por parte de quem sofre, a percepção da complexidade do problema. Possui também um efeito indireto por sua influência na tipologia dos sintomas, ou seja, quando a familiaridade com o problema, a coerência das circunstâncias e o conhecimento dos sintomas aumentam, a incerteza quanto ao problema diminui. Dessa forma, a orientação leva à certeza e à adaptação (Bailey & Stewart, 2003)

A redução da incerteza por parte dos clientes também está relacionada com suporte dado pelos profissionais de saúde. A confiança na habilidade dos profissionais em estabelecer um diagnóstico, fornecer as informações necessárias e controlar os sintomas mediante um tratamento adequado, está relacionado à diminuição das incertezas de pacientes e familiares (Mishel & Clayton, 2008, p.45). Para que os clientes e suas famílias considerem os enfermeiros como “sistemas de suporte efetivos, 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, 1997, p.67)

## **Informações e suporte emocional**

Os familiares e indivíduos que recebem **informações** claras e tiram dúvidas quanto ao problema são mais capazes de tomar decisões relatando menos ansiedade e sendo mais capazes de fornecer **suporte emocional** ao indivíduo que sofre com a doença (Mishel & Clayton, 2008). Também AESOP (2006, p.8) refere que, “*como prestador de cuidados, o enfermeiro perioperatório é responsável e responsabilizado por todas as atividades relacionadas com o cuidar. Utiliza os conhecimentos, capacidades e habilidades adquiridas para (...) apoiar psicologicamente o doente, a família e outras pessoas significativas*”.

Para que o stress pré-cirúrgico seja reduzido, o método mais comum e mais utilizado é a preparação psicológica, em que são fornecidos dados sobre o procedimento e sobre o comportamento a ser adotado. Intervenções psicológicas e educacionais são fundamentais, cruciais para defrontarem a situação cirúrgica de forma mais positiva (Mitchell, 2007).

Nunes (2012, p.20) refere que *“se encararmos o cliente como uma pessoa racional e madura, reconhecemos e capacitamos a pessoa; planeamos juntos o seu projeto de cuidados e aceitamos a sua liberdade de fazer escolhas, quando possível. Assim, subjacente ao agir do enfermeiro perioperatório está o reconhecimento do Outro, que precisa de cuidados e é um ser complexo, aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a auto-consciência.”* A mesma autora prefere o termo capacitação (tradução de *empowerment*) em vez de advocacia do cliente, justificando que o sentido de advocacia é de processo e o termo capacitação diz respeito ao resultado, que é dele que precisamos para fortalecer a educação para a saúde.

Segundo Maxwell (2007), o fornecimento de informações estabelece a base para a tomada de decisão e acompanhamento do doente, reduz a ansiedade e proporciona uma sensação de controlo. Knobel, Andreoli, & Erlichman (2008) reforçam esta afirmação ao referirem que, a falta de informação e a incerteza da família quanto ao quadro clínico do familiar doente, são causadores de ansiedade, apreensão e aflição, criando o sentimento de falta de controlo da situação. Nesta perspetiva, é importante que a família seja informada sobre o que ocorre com o cliente cirúrgico, se este consentir.

Knobel, Andreoli, & Erlichman (2008) concluíram no seu estudo que a informação objetiva, honesta e frequente é a mais importante necessidade dos doentes e familiares.

Segundo Donnell (1989) *“trabalhar com as famílias em momentos de crise constitui um desafio tão grande como o de uma enfermeira circulante ou instrumentista numa cirurgia difícil”*(p.1090).

Encontrados estudos como o dos autores Madigan, Donaghue, & Carpenter (2000) e o de McEwen (1998) que descrevem como foi planeado e como decorreu a implementação de um programa de apoio e informação aos familiares do cliente cirúrgico

que justificam a necessidade e a importância de um enfermeiro perioperatório que realize este tipo de papel.

Estabelecer comunicação entre a equipa da sala de operações e a família, providenciar o suporte para colmatar as necessidades dos familiares enquanto decorre o procedimento cirúrgico, reforçar o papel do enfermeiro perioperatório que promove cuidados holísticos ao cliente cirúrgico e família, constituem funções do enfermeiro perioperatório. Este tipo de funções requer por parte do enfermeiro perioperatório competências em comunicação com famílias de diferentes culturas, competências relacionais com a equipa da sala de operações e enfermeiros de UCPA, mas também competências técnicas, uma vez que os conhecimentos técnicos sobre todas as especialidades cirúrgicas auxiliam o planeamento das informações a fornecer em cada etapa ou fase cirúrgica, fundamentando previsões. Para além disso, este papel dá visibilidade à Enfermagem Perioperatória, fornecendo uma imagem positiva e holística com a finalidade de contribuir para a satisfação dos familiares do cliente cirúrgico.

## 2. A IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

O diagnóstico da situação de saúde apresenta um papel justificativo das atividades executadas nos serviços, representando um padrão de comparação na avaliação e, conseqüentemente, como ponto de balanço no sucesso ou avanço atingido com as mudanças implementadas (Imperatori, 1982; cit. por Ruivo et al., 2010).

Ao longo dos últimos anos, os enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital em que realizamos o estágio, têm-se preocupado com o acompanhamento dos familiares/pessoas significativas dos clientes cirúrgicos no período perioperatório.

Em 2005 e 2006 foram realizados dois trabalhos de investigação centrados nesta temática, por enfermeiros deste serviço, no âmbito do Complemento de Formação em Enfermagem, “Ansiedade dos familiares dos utentes submetidos a cirurgia” (Serafim & Dias, 2005) e “Sentimentos vivenciados pelos pais durante o tempo de espera em que a criança é submetida a cirurgia” (Roque & Carreira, 2006) respetivamente.

Estes estudos permitiram concluir que, segundo a perceção dos familiares, a informação é o fator que mais influencia o seu nível de ansiedade, tendo sido referida a necessidade de um serviço que lhes desse informações e suporte emocional.

A insatisfação sentida e expressa pelos enfermeiros no que respeita a esta problemática fez emergir um projeto de humanização: o **Acolhimento aos familiares ou pessoa significativa no Bloco Operatório** do Hospital. Assim, em 2007, o enfermeiro com funções de acolhimento aos clientes cirúrgicos passou também, a prestar informações aos familiares/pessoa significativa que as solicitam junto do Bloco Operatório. No ano de 2012 foram prestadas informações a 745 familiares de utentes do bloco operatório, o que demonstra uma procura significativa da informação relativa aos clientes cirúrgicos.

Em 2012, a equipa de enfermagem do Bloco Operatório no sentido de melhorar os cuidados de enfermagem perioperatórios, começou a avaliar a qualidade e satisfação

dos clientes cirúrgicos, através de questionário distribuído na visita pós-operatória. São vários os critérios avaliados, nomeadamente, o acolhimento, o tempo de espera, os cuidados prestados no BO, o ambiente físico e as *informações prestadas* pelos enfermeiros do BO aos familiares.

Em 2012, 124 utentes responderam aos questionários de avaliação. Quando os resultados da análise desses questionários foram divulgados à equipa de enfermagem, esta confrontou-se com um resultado, que não correspondia às suas expectativas, *18% dos inquiridos não apresentavam o grau de satisfação elevado no item “informações prestadas aos familiares ou pessoa significativa pelos enfermeiros do BO”*. Este resultado criou no seio da equipa, alguma incompreensão/perplexidade quanto às razões que explicariam este resultado, pois não era coerente com as reações espontâneas que os familiares exprimiam aos enfermeiros.

Neste sentido, importava conhecer melhor esta realidade para podermos melhorar a nossa ação. Assim partimos para esta investigação com a seguinte questão: **Quais são as necessidades de informação sentidas pelos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico?**

De acordo com a análise efetuada, definiu-se como problema central para a realização do presente projeto: **A ausência de dados de avaliação sobre as necessidades sentidas e efetiva satisfação dos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico com a informação fornecida pelos enfermeiros, no BO do Hospital.** Considerando este, o problema central, podemos dividi-lo nos problemas parcelares seguintes:

- Inexistência de dados sobre a importância atribuída à informação fornecida pelos enfermeiros do BO aos familiares/pessoa significativa dos utentes do BO;
- Inexistência de dados sobre a disponibilidade e amabilidade como a informação foi proporcionada;
- Inexistência de dados sobre se a informação fornecida foi a suficiente para a resolução das necessidades dos familiares/pessoa significativa;
- Inexistência de dados sobre se os familiares gostariam de obter algum tipo de informação que não foi fornecido;
- Necessidade de avaliar a satisfação dos familiares com o serviço de informações do BO e com as condições da zona de espera.

O instrumento utilizado para o diagnóstico de situação foi uma entrevista não estruturada de caráter exploratório com a Sra. Enfermeira Chefe e alguns elementos (enfermeiros) de referência do serviço.

De forma a identificar as forças internas e externas que influenciam o desenvolvimento do projeto e que justificam a sua pertinência, foi elaborada uma análise SWOT, a qual permite a reflexão e a confrontação com os fatores positivos e negativos identificados perante a situação analisada, que se apresentam descritas no Quadro 1, que se segue.

<b>Análise Interna</b>	
<b>Pontos Fortes (S)</b>	<b>Pontos Fracos (W)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de enfermagem valoriza a humanização do BO;</li> <li>• Enfermeira chefe sensibilizada para o desenvolvimento do projeto;</li> <li>• Experiência da equipa na prestação de informação a familiares/pessoa significativa dos utentes do BO;</li> <li>• Solicitação significativa por parte dos familiares/pessoa significativa aos enfermeiros do BO (745 pedidos de informações em 2012).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na análise da avaliação da qualidade e da satisfação dos utentes em 2012, verifica-se que no item <i>Informações aos familiares ou pessoa significativa prestadas pelos enfermeiros do BO</i>, 18% dos questionários registam valores abaixo de Bom;</li> <li>• Ausência de conhecimento sobre as necessidades sentidas e efetiva satisfação dos familiares/pessoa significativa dos utentes do BO, que solicitam informação.</li> </ul>
<b>Análise Externa</b>	
<b>Oportunidades (O)</b>	<b>Ameaças (T)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorização atribuída pelas organizações de saúde á opinião dos destinatários dos cuidados constituindo indicadores de satisfação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cortes orçamentais que podem originar redução de recursos materiais;</li> <li>• A dificuldade em obter o consentimento por parte dos participantes do estudo;</li> <li>• Falta de colaboração dos participantes do estudo nas entrevistas telefónicas.</li> </ul>

**Quadro 1– Análise SWOT**

### 3. METODOLOGIA

A Metodologia de Projeto define-se como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra, 1994; cit. por Ruivo et al., 2010, p. 3), ou seja, possibilita prever uma mudança. “É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real” (Idem).

De acordo com o definido pelo grupo coordenador do 1ºMestrado em Enfermagem Perioperatória, a Metodologia de Projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas, sendo uma metodologia ligada à investigação.

Em contexto de estágio foi realizado trabalho de investigação centrado nas “Necessidades de Informação dos Familiares /Pessoa Significativa dos Clientes, no Bloco Operatório” problematizadas no diagnóstico de situação.

#### 3.1. QUESTÕES ORIENTADORAS DE PESQUISA E OBJETIVOS DE ESTUDO

Com este trabalho, pretendemos responder á nossa pergunta de partida: **Quais são as necessidades de informação sentidas pelos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico?** Desta decorrem as seguintes questões orientadoras da nossa pesquisa:

- Qual a importância atribuída pelos familiares/pessoa significativa dos clientes do BO, à informação fornecida pelos enfermeiros do BO?
- Qual o grau de disponibilidade e amabilidade com que a informação foi prestada, percebido pelos familiares/pessoa significativa?

- A informação prestada pelo enfermeiro do BO ajudou na resolução das necessidades dos familiares/pessoa significativa?
- Que informação, os familiares gostariam ter obtido e que não foi fornecida?
- Qual o grau de satisfação com o serviço de informações do BO, percebido pelos familiares/pessoa significativa dos clientes do BO?
- Qual o grau de satisfação dos familiares/pessoa significativa dos clientes do BO com as condições da zona de espera?

A partir das respostas as questões de investigação colocadas, pensamos atingir os seguintes objetivos:

- Identificar a importância atribuída pelos familiares/pessoa significativa dos clientes do BO, à informação fornecida pelos enfermeiros do BO;
- Avaliar o grau de disponibilidade e amabilidade com que a informação foi prestada, percebido pelos familiares/pessoa significativa;
- Avaliar se a informação prestada pelo enfermeiro do BO ajudou na resolução das necessidades dos familiares/pessoa significativa;
- Avaliar se os familiares gostariam de ter obtido outro tipo de informação que não foi fornecido;
- Avaliar o grau de satisfação com o serviço de informações do BO, percebido pelos familiares/pessoa significativa dos clientes do BO;
- Avaliar o grau de satisfação dos familiares/pessoa significativa dos clientes do BO com as condições da zona de espera.

### 3.2. AS OPÇÕES METODOLÓGICAS

Segundo Fortin (1996) “o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”(p.133).

Este estudo pertence aos desenhos do tipo não experimental (uma vez que a amostra não sofre qualquer tipo de aleatorização ou manipulação), é transversal porque fornece informação relativa a uma situação determinada, num determinado ponto do

tempo), e é do tipo descritivo porque tem como objetivo primordial descrever as características de determinada população.

Neste estudo pretendemos caracterizar a amostra (descrevendo as características das pessoas que solicitam informações), compreender a importância que os familiares/pessoa significativa atribuem à informação fornecida em tempo de espera e identificar os níveis de satisfação com o serviço de informação do Bloco Operatório, tendo como vantagem, explorar as sugestões de melhoria que contribuem para o aumento da satisfação.

### 3.3. A DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Desde o início da conceção do estudo que uma das preocupações foi desenvolver um trabalho metodológico científico, norteado por metodologia de projeto.

No entanto, algumas limitações podem ser apontadas neste estudo, como a técnica de amostragem ser não probabilística, o que não garante a representatividade da população, uma vez que neste tipo de amostragem a probabilidade de um elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos.

O fato do estudo ter implicado o levantamento de muitos dados, o que se tornou um processo moroso, constituiu uma limitação. Como estratégia perante esta dificuldade, elaborou-se uma base de dados através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22 para Windows, facilitadora da inserção dos dados colhidos, para posterior tratamento estatístico.

Outro constrangimento considerou-se a dificuldade de acesso a população para a realização do consentimento informado, para isso, contámos como apoio do elemento da equipa de enfermagem que se encontrava na função de informação aos familiares, para nos auxiliar na ligação com os mesmos.

### 3.4. O CONTEXTO E OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Um trabalho de investigação requer uma definição precisa da população a estudar e, portanto dos elementos que a compõem. A população ou universo é para Fortin (1999) “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (p.202). O elemento é a unidade base dessa população, junto da qual a informação é recolhida, podendo este consistir numa pessoa, família, grupo, comportamento, organização, entre outros. Segundo a mesma autora a população alvo é “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. No entanto, nem sempre a população alvo é fácil de aceder pelo que o investigador deve recorrer à população acessível que “deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador”.

Desta forma, perante este estudo, a população alvo é constituída pelas pessoas que recorrem ao Bloco Operatório, solicitando informações sobre o seu familiar que está a ser operado.

De modo a facilitar o estudo, foi selecionado de forma não probabilística, intencional, um subgrupo dessa população alvo, que constitui a nossa amostra. A amostra é para Gil (1995, p.92) “um subconjunto da população, por meio de qual se estabelecem ou se estimam as características dessa população”. A amostra do nosso estudo é constituída pelos familiares/pessoa significativa dos clientes cirúrgicos do BO, com mais de 18 anos que solicitam informação ao enfermeiro do BO, e apresentam condições de compreender e responder às questões do questionário.

Como critérios de exclusão considerámos os familiares dos clientes pediátricos do Bloco Operatório, uma vez que estes familiares têm um acompanhamento diferente nos circuitos pré e pós operatórios imediatos.

A colheita de dados foi concretizada entre 12 de Fevereiro e 20 de Março de 2014, após autorização do Centro de Investigação, Comissão de Ética e Conselho de Administração do Hospital.

O estudo de investigação realizado com população de 60 familiares/pessoa significativa, resultou numa amostra de 56, uma vez que quatro familiares não atenderam as chamadas telefónicas.

### 3.5. QUESTÕES ÉTICAS

Uma vez que a investigação é efetuada junto de seres humanos, torna-se necessário a proteção dos seus direitos e liberdades, levantando assim, questões morais e éticas. Segundo Fortin (1999), a ética é “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. (...), é o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (p. 114).

Segundo a perspectiva de Polit & Hungler (1995) durante a investigação temos como obrigação cumprir o direito à autodeterminação, o direito à privacidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim o direito a um tratamento justo e leal, corroborando a opinião de Nunes (2013,p.14).

Assim, tendo em conta o referido anteriormente, foram elaborados requerimentos dirigidos ao Centro de Investigação do Hospital, à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Hospital, onde se realizou o estudo. Obtida autorização para a realização do estudo a 06 de Fevereiro de 2014, assumimos responsabilidade de disponibilizar os resultados do estudo, garantindo o anonimato bem como a confidencialidade das respostas.

O consentimento informado aos familiares dos clientes cirúrgicos do BO (em Apêndice II) foi realizado no dia da cirurgia do seu familiar, no momento em que aguardavam por informações no decurso do processo cirúrgico.

Após consentimento dos familiares em participarem no estudo, era solicitado o contacto telefónico para posteriormente (24 a 48h após) responderem ao questionário via telefónica. Reforçamos ainda que todos os dados envolvidos no estudo, desde os números de telefone às respostas das entrevistas seriam respeitados quanto ao anonimato, confidencialidade, não sendo facultados a outras entidades.

### 3.6. AS ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS

A técnica de recolha de informação utilizada foi a entrevista telefónica, através da qual se aplicava um questionário. A escolha do questionário enquanto instrumento de colheita de dados, deve-se às suas características que “supõem uma formulação e ordenação rígida de perguntas, respostas de conteúdo relativamente limitado, pouca liberdade dos intervenientes (...)” (Lima, 1995, p.100).

Optamos por esta técnica anónima de recolha de dados, pela liberdade e segurança que se obtêm nas respostas. A economia de tempo, o facto de requerer menos habilidades da parte de quem o aplica, e o abranger simultaneamente um grande número de pessoas, minimizando as desistências como poderia acontecer se fosse fornecido em suporte escrito para se preencher futuramente, também pesou na nossa escolha.

Assim o nosso questionário (em Apêndice III) é constituído por duas partes distintas. A primeira contém seis questões que nos permitem caracterizar a amostra, relativamente ao género, idade, grau de parentesco, distância da residência ao Hospital, habilitações literárias e profissão. A segunda parte deste instrumento de colheita de dados é composta por um conjunto de 8 questões, sendo a primeira, a quinta e a oitava de resposta fechada “não” “sim”, podendo ocorrer duas respostas abertas na quinta e oitava aquando de resposta “sim”; as restantes cinco questões são em escala de Likert, colocadas em quatro níveis de intensidade “muito” “suficiente” “pouco” “nada”.

Segundo Fortin (1999, p.368), a escala de Likert “é uma escala de medida que permite a um sujeito exprimir em que medida está de acordo ou em desacordo com cada um dos enunciados propostos: a pontuação total (score) fornece uma indicação da atitude ou da opinião do sujeito”. Segundo a mesma autora, a pontuação é o valor numérico que traduz o número de pontos acumulados por um sujeito num teste. Assim, optou-se por uma escala de Likert por se considerar um instrumento de recolha de dados mais adequado para avaliação e classificação dos níveis de importância e satisfação com a informação recebida enquanto espera junto ao Bloco Operatório.

A realização de qualquer trabalho de investigação implica gastos, que implicam custos. De um modo geral, para este estudo estiveram envolvidos custos em chamadas telefónicas (60 chamadas com duração média de 6 minutos cada, via fixa ou via móvel

consoante o número disponibilizado pelos familiares/pessoa significativa dos utentes do BO) para a aplicação do questionário. Os principais recursos materiais utilizados foram: computador, impressora, papel e telefone.

Depois de salvuardarmos os elementos éticos (autorização do Centro de Investigação e permissão dos inquiridos), iniciámos a aplicação dos questionários via telefónica para efeitos de pré-teste, com a finalidade de verificar se as questões foram bem redigidas, ordenadas e compreendidas por parte dos inquiridos, qual o tempo necessário para o seu preenchimento na totalidade, permitindo fazer as correções que forem necessárias.

A decisão por este tipo de recolha de dados, em detrimento de outras técnicas de colheita de dados, tem por base as suas vantagens: a elevada percentagem de população que tem telefone, a possibilidade de inquirir uma área geográfica, e portanto, um grande número de familiares, de uma forma menos dispendiosa do que as entrevistas pessoais, como referem Wagstaff & Doorslaer (2000).

### 3.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

De acordo com Polit & Hungler (1995, p. 227), os procedimentos estatísticos “capacitam o investigador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica”. Por outro lado Ketele & Roegiers (1993, p.138), referem que no tratamento estatístico “não nos limitamos apenas a encontrar indicadores num dado momento, mas anteciparmos uma modificação do contexto, ou qualquer outra modificação e examinarmos as consequências prováveis”.

Depois da recolha dos dados, a análise estatística foi realizada através do programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22 para Windows. O tratamento dos dados obtidos através das perguntas fechadas foi realizado estatisticamente, utilizando **estatística descritiva**, e o dos dados obtidos das questões abertas, através da **análise de conteúdo**.

A análise de conteúdo é, segundo Vala & Monteiro (2002), “uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu

contexto” (p.103). De acordo com o mesmo autor, a análise de conteúdo pressupõe além da delimitação dos objetivos e do quadro de referência teórico e a constituição do corpus (pré existente ou não) a definição de categorias, a definição de unidade de análise (de registo, contexto e enumeração), fidelidade e validade e quantificação (que pode tomar três direções: a análise de ocorrências, avaliativa e estrutural).

Pode-se então verificar que a análise de conteúdo é um processo complexo, que requer maior esforço intelectual que as outras técnicas de análise de dados.

O tratamento dos dados obtidos através de duas questões abertas contidas na parte II do questionário é realizado através da análise de conteúdo.

### 3.8. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Começamos por caracterizar a amostra segundo a idade, o género, o grau de parentesco, as habilitações literárias e a distância da residência ao Hospital. Em seguida, procurámos identificar o nível de importância que os familiares/pessoa significativa atribuem às informações prestadas pelo enfermeiro do BO bem como a empatia e a amabilidade como essa informação foi fornecida. Tentámos precisar se a informação ajudou a resolver as necessidades do momento ou se gostariam de ter obtido outro tipo de informação que não foi fornecida. Avaliámos os níveis de satisfação global com o serviço de informações do BO e zona de espera. Finalizamos com a análise de conteúdo das sugestões e comentários referidos pelos familiares/pessoa significativa dos clientes cirúrgicos do BO.

Nas conclusões fazemos referência às estratégias de melhoria de cuidados perioperatórios. Estratégias discutidas aquando da divulgação dos dados do estudo de investigação á equipa de enfermagem do serviço, onde foi realizado estágio.

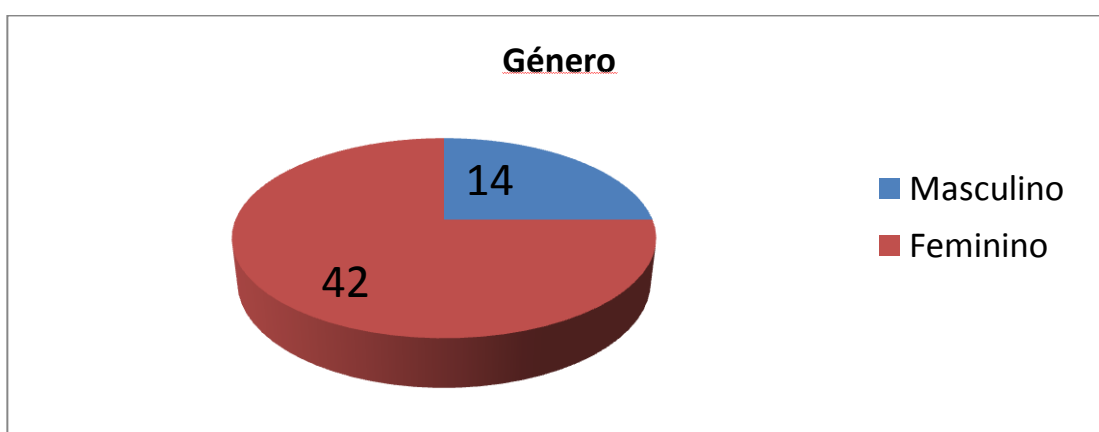
#### 3.8.1. Caracterização da amostra

Segundo Loureiro (2011) citando Neves (2009) existem algumas características dos familiares que podem estar relacionadas com a percepção das necessidades e o grau de satisfação, nomeadamente, o nível de escolaridade; o grau de parentesco, a idade e distância a que os familiares residem da unidade hospitalar (p.31). Não tendo sido encontradas quais as influências destas variáveis noutros trabalhos, para o nosso estudo escolhemos como as variáveis de atributo da amostra familiares/pessoa significativa: género, idade, grau de parentesco com cliente cirúrgico, nível de escolaridade, profissão e distância da residência ao Hospital.

No sentido de caracterizar aquilo que é típico na população inquirida utilizamos as medidas de tendência central, as frequências absolutas e acumuladas. Utilizamos a média aritmética, a mediana e a moda como medidas de tendência central. Para análise da variabilidade dos indivíduos em relação a determinadas características usar-se-ão as medidas de dispersão: desvio padrão, coeficiente de variação e amplitude de variação.

A população de 60 familiares/pessoa significativa, resultou numa amostra de 56 elementos, uma vez que quatro familiares não atenderam as chamadas telefónicas.

Relativamente à variável **Género**, verificamos que são as mulheres que mais solicitam informações ao Bloco Operatório. a amostra é constituída 75% de Género Feminino (a variável modal, com frequência absoluta de 42), e 25% de Masculino (n=14).

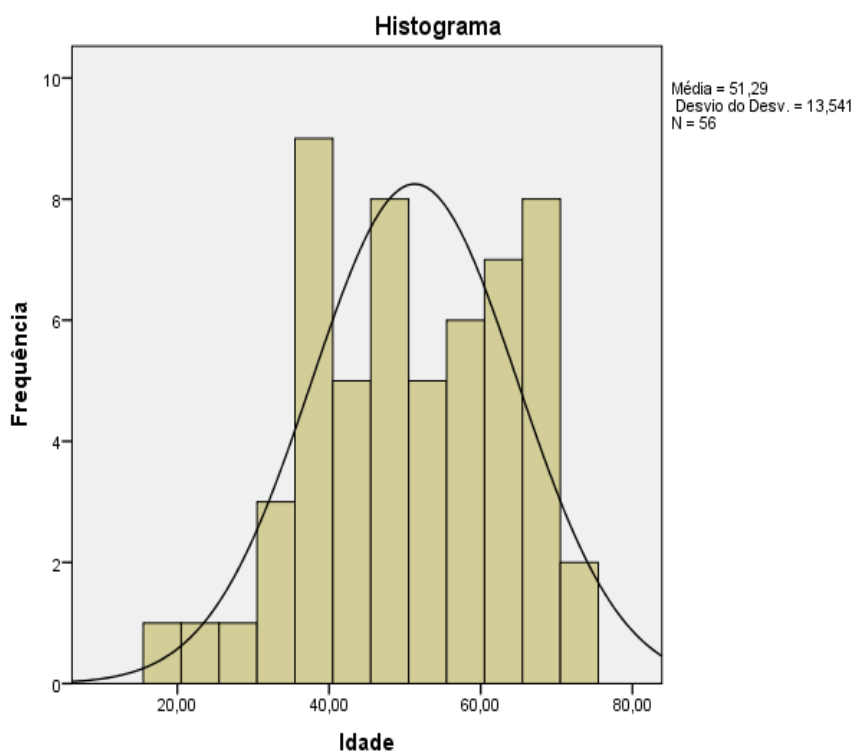


**Gráfico 1 - Género**

Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Lerman, Kara, & Porat (2011), no seu estudo, “Nurse Liaison: The Bridge Between the Perioperative Department and

Patient Accompaniers”, em que o género feminino está presente em 55% da amostra. Também no estudo de Yazile Sayin (2012) 70,1% dos membros da família que aguardavam informações junto ao BO, eram mulheres.

Quanto à **Idade**, constatamos que a nossa amostra possui entre os 18 e os 75 anos, mas apesar de ser um intervalo muito extenso, a Moda a situa-se nos 50 anos (8,9%, n =5) correspondendo a média a 51,29 anos.

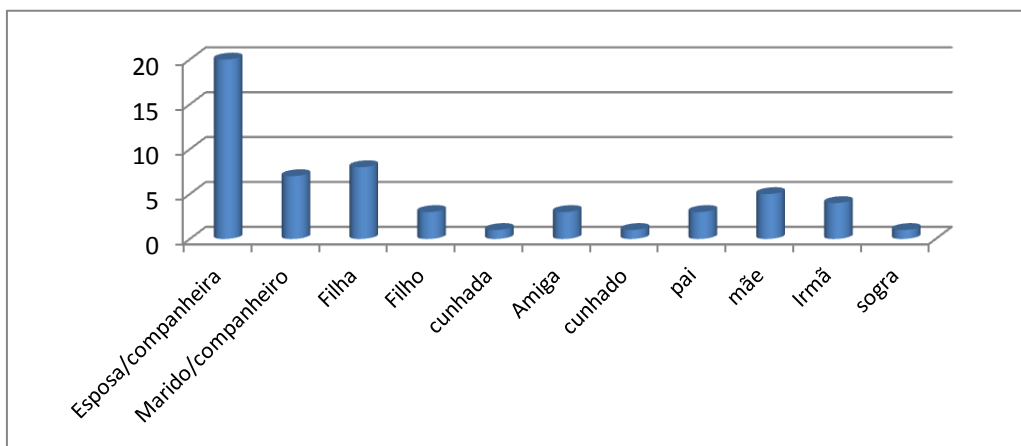


**Gráfico 2 – Idade**

Também no estudo de (Yazile Sayin, 2012), 49,7% dos familiares possuía idades entre os 35 e os 55 anos.

Quanto ao **Grau de parentesco** com o cliente cirúrgico, verificamos que é a “Esposa/Companheira”, que mais acompanha os seus familiares. Apresenta o maior valor 35,7% (n=20), seguem-se as filhas com 14,3% (n=8), depois o “Marido/Companheiro”

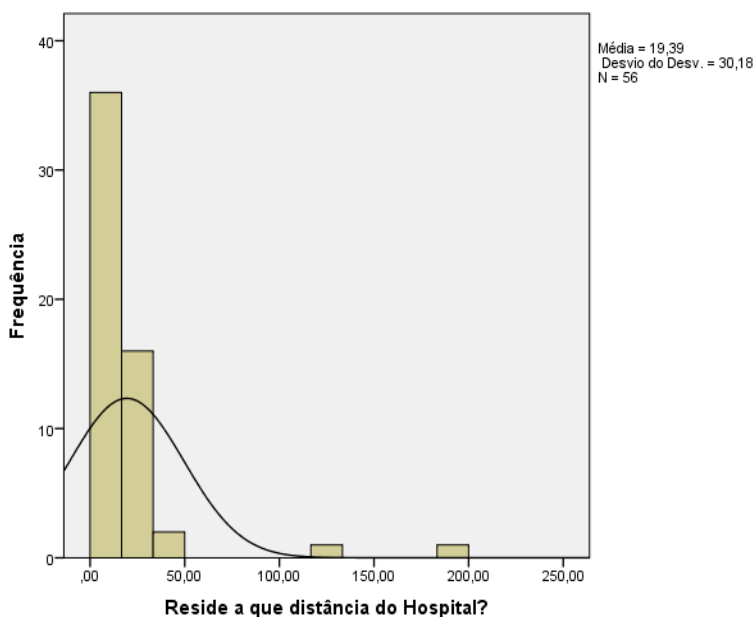
12,5% (n=12,5) e a “Mãe” com 8,9% (n=5). Os graus de parentesco “Filho”, “Cunhada”, “Amiga”, “Cunhado”, “Pai”, ”Irmã” e “Sogra” apresentam valores inferiores a 7,1%.



**Gráfico 3 – Grau de parentesco com o cliente cirúrgico**

As esposas/companheiras com perfil de cuidadoras. São relatados desde os primórdios, os seus instintos de proteção.

No sentido de compreendermos se a distância poderia influenciar o acompanhamento dos clientes cirúrgicos, pedimos que nos revelassem a **distância da residência ao hospital**. Constatamos que esta varia entre 1 e 200 Km, sendo a Média 19,39Km.



**Gráfico 4 – Distância de residência ao Hospital**

Apesar de distâncias de 200 Km não constituírem um impeditivo para alguns familiares/pessoa significativa, distâncias mais pequenas serão mais facilitadoras no acompanhamento dos familiares.

Relativamente às **habilitações literárias**, 78,6% (n=44) dos familiares/pessoa significativa dos clientes cirúrgicos possui escolaridade inferior ou igual ao 12ºano, apenas 21,5% (n=12) da amostra possui nível de escolaridade superior a 12ºano.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	4ºAno	15	26,8	26,8	26,8
	6ºAno	8	14,3	14,3	41,1
	9ºAno	8	14,3	14,3	55,4
	12ºAno	13	23,2	23,2	78,6
	Bacharelato	3	5,4	5,4	83,9
	Licenciatura	8	14,3	14,3	98,2
	Doutoramento	1	1,8	1,8	100,0

Total	56	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Tabela 2 – Distribuição segundo as habilitações literárias

Constamos que existe uma percentagem elevada de indivíduos com o ensino primário (26,8%, n=15); e com ensino secundário, a amostra ultrapassa os 51% (n=29).

**Quanto à Profissão**, verificamos que 46,5% (n=26) da amostra possui profissões ativas e 53,6% (n=30) dos familiares são reformados, domésticas, desempregadas ou estudantes.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Reformado	18	32,1	32,1	32,1
Doméstica	4	7,1	7,1	39,3
Desempregada	6	10,7	10,7	50,0
Estudante	2	3,6	3,6	53,6
Tw na área da saúde	2	3,6	3,6	57,1
Outras profissões	24	42,9	42,9	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Tabela 3 – Distribuição segundo a profissão

Desta tabela poderemos inferir que a maioria dos que acompanham os seus entes queridos (53,6%, n=30) não estão a trabalhar, e talvez por isso não tenham a limitação de outros, que não podem faltar ao trabalho.

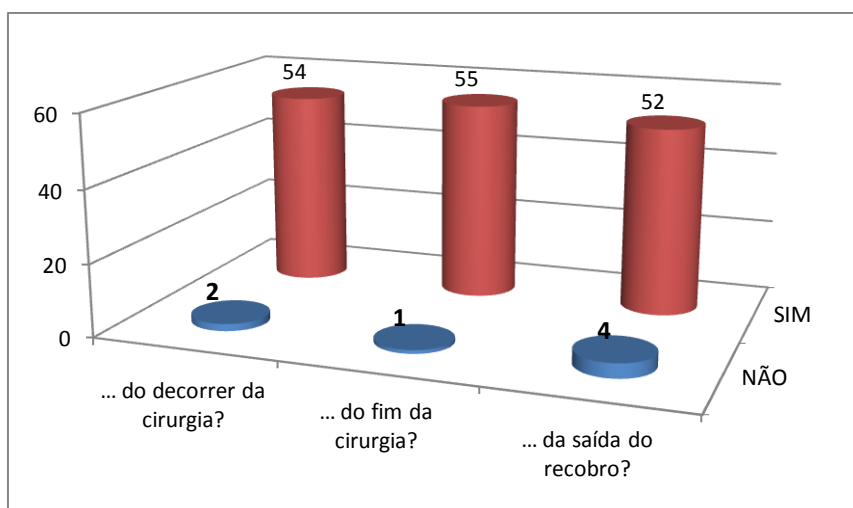
Verificamos que na nossa amostra são as mulheres (75%) que mais acompanham no hospital os seus entes queridos, na qualidade de esposas ou companheiras, e embora a idade possa ser muito variável, esta situa-se nos 50 anos. Como foi referido anteriormente, é de salientar os pais das crianças não foram incluídos na amostra deste estudo.

### 3.8.2. Informação aos familiares/pessoa significativa

A maioria dos acompanhantes solicita informações junto dos enfermeiros do bloco. Dos 56 inquiridos, 54 (96,4%) receberam informação do decorrer da cirurgia e 2 (3,6%) não receberam.

Verificamos que 55 (98,2%) dos familiares foram informados do fim da cirurgia, e apenas 1 (1,8%) refere não ter sido informado. O final da cirurgia é um momento importante para os acompanhantes que marca o final de um episódio stressante para estes.

A informação da saída do recobro foi dada a 92,9% dos familiares (n=52), não tendo sido fornecida a 4 elementos (7,1%).



**Gráfico 5 – Informações prestadas pelo enfermeiro**

Para além do decorrer da cirurgia e do final da mesma, o momento da alta anestésica é também uma das fases importantes para os acompanhantes do cliente cirúrgico, por duas razões, primeiro porque os critérios de alta da UCPA refletem a recuperação do seu processo cirúrgico mais imediato, segundo, porque permite ver o seu ente querido quando este é transferido da UCPA para o serviço, acompanhando-o muitas vezes de o acompanhar até ao serviço de internamento.

As informações fornecidas pelo enfermeiro do BO foram consideradas **“muito importantes** para 91,1% dos familiares (n=51), e 5 elementos (8,9%) consideram apenas **“suficiente”** segundo o nível de importância.

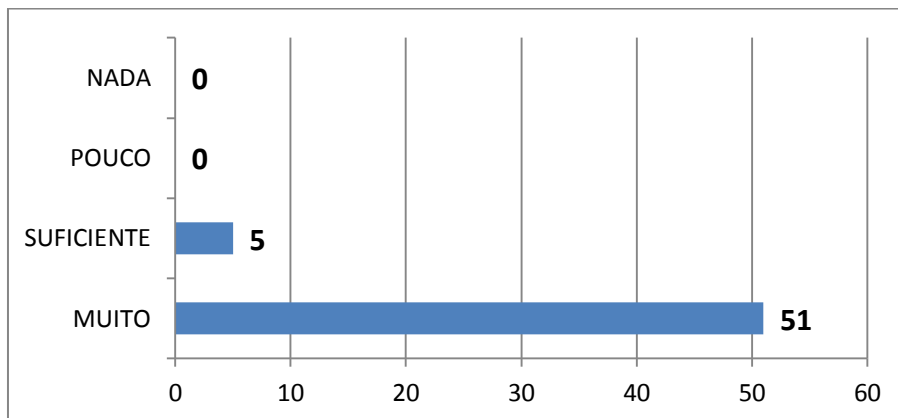


Gráfico 6 – Nível de importância atribuída à informação

A grande maioria dos acompanhantes (91,1%) considera que a informação fornecida pelos enfermeiros do BO foi muito importante. Resultados que estão em consonância com os obtidos nas questões anteriores, e que corroboram os resultados de estudos como o de Madigan, Donaghue, & Carpenter (2000), o de Lerman, Kara, & Porat, (2011) e o de Leske J. S. (1996). Estes estudos relevam a importância da informação fornecida pela enfermeira de ligação cirúrgica, às famílias, salientando as vantagens do suporte físico e emocional dos familiares durante este período crítico.

Na investigação realizada por Knobel, Andreoli, & Erlichman (2008) foi evidenciada a necessidade de informação objetiva, honesta e frequente aos doentes e familiares.

Relativamente à disponibilidade e amabilidade com que as informações foram fornecidas pelo enfermeiro do BO, 53 pessoas consideraram de forma **“muito”** amável e disponível, e apenas **“suficiente”** para 3 elementos da amostra.

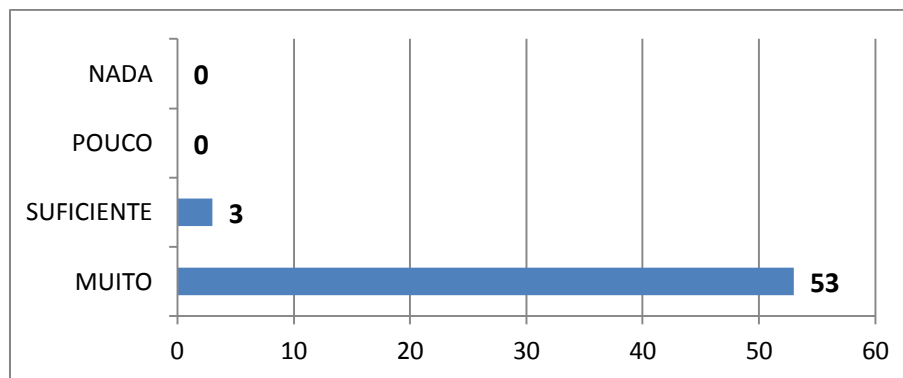
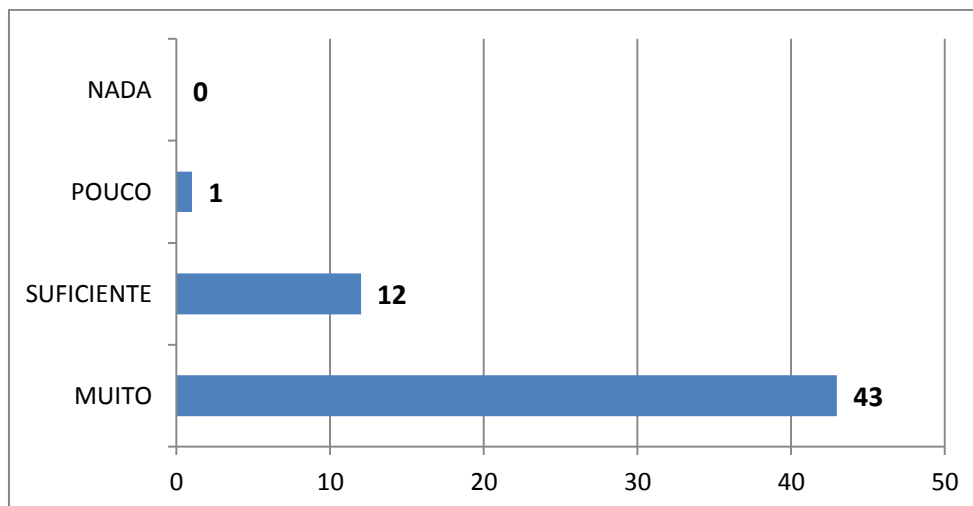


Gráfico 7 – Nível de disponibilidade e amabilidade

De acordo com resultados, ilustrados neste gráfico, podemos verificar que os inquiridos consideram que os enfermeiros perioperatórios são disponíveis e amáveis. Um clima relacional criado com simpatia e empatia é fundamental para se estabelecer pontes, entre o enfermeiro perioperatório, cliente cirúrgico e familiares/pessoa significativa, sobretudo em momentos de extrema vulnerabilidade. Estes são muito valorizados e constitui uma condição necessária à comunicação e contribui significativamente para elevados níveis de satisfação por parte dos familiares/pessoa significativa.

É também nesta perspetiva que Knobel, Andreoli, & Erlichman (2008), salientam a importância de “uma comunicação efetiva e afetiva é útil em minimizar as dificuldades e incertezas que levam ao alto nível de ansiedade e, assim, poder dar à família clareza para se organizar. Isso servirá também para fortalecer o sentimento de segurança, facilitando e promovendo o bom relacionamento entre a equipe, família e paciente” (p.109).

Quisemos conhecer se informação fornecida pelo enfermeiro do BO tinha ajudado os familiares/pessoa significativa a resolver as necessidades do momento. Dos 56 inquiridos, 43 afirmaram que **ajudou “muito” a resolver as necessidades do momento** de 76,8%, 12 consideraram “suficiente” (21,4%) e 1 considera que a informação disponibilizada ajudou-o “pouco” (1,8%).



**Gráfico 8 – Grau atribuído à ajuda que a informação proporcionou**

Relativamente aos resultados obtidos nesta questão podemos constatar que 76,8% dos acompanhantes consideram que a informação ajuda a resolver as suas necessidades do momento. Contudo, quando comparamos com as questões anteriores verificamos que um número maior, considerou apenas suficiente (e 1 elemento referiu “pouco”).

Assim, importava conhecer se os inquiridos sentiam necessidade de obterem outro tipo de Informação para além daquele que foi fornecido pelo enfermeiro do BO. Verificámos que 89,3% (n=50) dos elementos da amostra responde “Não”, não precisam de outro tipo de informação para além daquele que foi dado, mas 10,7% (n=6) dos familiares referem que “Sim”. Dois gostariam de ter sido informados do “tempo expectável de cirurgia” 4, sobre “informação específica médica”. No total constituem 6 unidades de registo que pertencem à Categoria de Informação Médica. Com base nestes resultados podemos inferir que as informações fornecidas aos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico, no BO, pelo enfermeiro perioperatório são consideradas suficientes, contudo 10,7% (n=6 dos 56) dos inquiridos identificam a necessidade de mais informação médica. É de salientar que estes resultados poderiam ter sido mais expressivos se o enfermeiro perioperatório não tivesse estabelecido o contacto com o médico. Conforme podemos testemunhar com excertos das respostas dos inquiridos que se seguem : “efetuaram ligação com o médico que me pôs ao corrente do que fizeram,

sem vocês não teria conseguido, obrigada”; “deveria haver informação médica no momento e não no dia a seguir”.

De acordo com Stephens-Woods (2008), o tipo de informação fornecida à família pode satisfazer necessidades práticas e emocionais envolvendo muitas vezes, a discussão de prazos, o progresso da cirurgia e a recuperação.

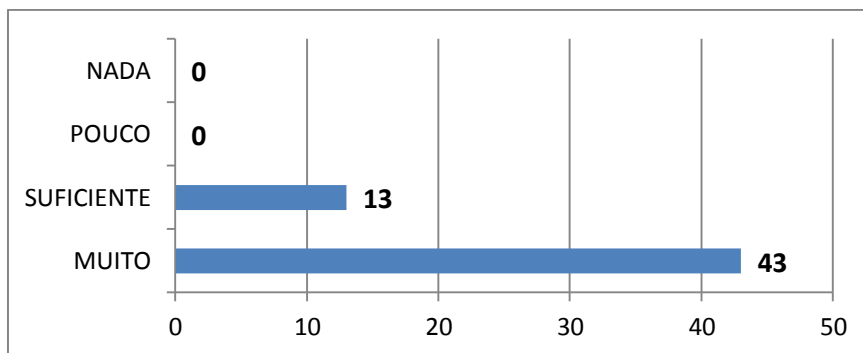
Neste âmbito, Pereira (2008) salienta que “Informar é um acto multidimensional e deve ser visto numa perspetiva multidisciplinar. Não é um acto simples, e é hoje consensual analisá-lo como um dilema ético para os profissionais” (p.18).

De acordo com código deontológico, o enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” referido pelas alíneas a) e c) do Artigo 84º do Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos (OE 2005).

Contudo, e de acordo com o parecer do Conselho Jurisdicional 111/09 sobre *Informar em Complementaridade* “nada impede que o enfermeiro informe acerca de informação da esfera de competência de outro profissional de saúde, ou vice-versa, desde que previamente consentido e em complementaridade entre os profissionais envolvidos, preferencialmente estabelecido em protocolo ou de outro modo”. Este parecer assenta em dois princípios fundamentais, *a informação em saúde é propriedade da Pessoa, articulação e a complementaridade funcional dos profissionais são condições imprescindíveis no trabalho da equipa de saúde.*

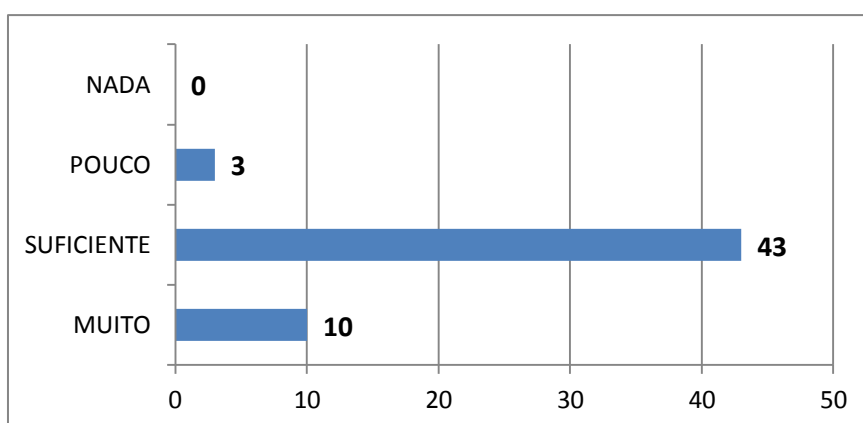
### **3.8.3. Satisfação com o serviço de informações**

De forma global, 76,8% (n=43) dos familiares dos clientes cirúrgicos consideram-se “**muito**” satisfeitos com o serviço de informações do BO e 23,2% (n=13) referem sentir - se satisfeitos em grau “suficiente”.



**Gráfico 9 – Grau de satisfação com o serviço de informações do BO**

Quanto às **condições da zona de espera**, apenas 10 elementos da amostra (17,9%) se consideram “muito” satisfeitos com as condições da zona de espera, 43 (76,8%) referem “suficiente” o seu grau de satisfação, e 3 elementos (5,4%) referem “pouca” satisfação a este nível.



**Gráfico 10 – Grau de satisfação com as condições da zona de espera**

Com estes resultados, verificámos que há uma inversão da opinião dos inquiridos comparativamente com as questões analisadas anteriormente. Podemos inferir que a maioria dos inquiridos está pouco satisfeita com as condições da zona de espera. Estes resultados estão em consonância com os comentários e sugestões dos inquiridos.

Efetuada análise de conteúdo à pergunta aberta: “**Deseja fazer alguma sugestão ou comentário?**”. Constatámos que as respostas a esta pergunta contribuíram de forma positiva para sustentar afirmações e clarificar resultados das questões anteriores.

No total foram identificadas 30 unidades de registo que foram categorizadas em duas categorias: ambiente físico (aspetos relacionados com as condições da zona de espera) e ambiente humano (aspetos relacionados com o atendimento dos profissionais de saúde). Foram identificadas várias subcategorias e indicadores para cada uma destas categorias.

A categoria ambiente físico tem como subcategoria: as condições ambientais. A luminosidade, o ruído, a distração, o conforto e a limpeza foram considerados indicadores, valorizados pelos familiares dos clientes cirúrgicos.

Categorias	Sub-categorias	Indicadores	Unidades de registo	Nº
AMBIENTE FÍSICO	CONDIÇÕES AMBIENTAIS	LUMINOSIDADE	"espaço amplo com luz natural e sempre com pessoas a passar, ajuda a distrair, reduzindo a ansiedade"	3
		DISTRACÇÃO	"deveria haver mais distração na zona de espera, como por exemplo uma televisão"	1
			"junto ao Bloco de Partos, a alegria de um bebé que nasce, há esperança que paira no ar e ajuda a passar o tempo"	1
		RUIDO	"muito barulho dependente das pessoas que se juntam na zona de espera"	2
		CONFORTO	"poucos lugares"	4
			"mais bancos para a zona de espera"	5
		LIMPEZA	"bancos com aspeto sujo"	3

**Quadro 2 – Respostas pertencentes à categoria “Ambiente Físico”**

Também no estudo de Carmichael & Agre (2002), os familiares referem a zona de espera barulhenta e lotada, onde há pouca privacidade.

Na categoria ambiente humano, organizamos as respostas em duas subcategorias: as **competências relacionais** e as **técnico-cognitivas** dos profissionais de saúde.

Nas competências relacionais foram consideradas, a atitude dos profissionais, a forma como atendem e acolhem os familiares, a demonstração de preocupação/interesse, a sua proximidade, disponibilidade e empatia.

Nas competências técnico-cognitivas dos profissionais de saúde, identificamos os seguintes indicadores: privacidade, a eficácia na comunicação, circulação da informação e a qualidade na ação.

Categories	Sub-categories	Indicadores	Unidades de registo	Nº	
AMBIENTE HUMANO	COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	PREOCUPAÇÃO E INTERESSE	"mesmo que não digam nada de novo, como "cirurgia ainda está a decorrer" ou "ainda está a ser operado" para nós é o suficiente, é gratificante saber que alguém se lembra que nós estamos ali, e que lá dentro estão a fazer algo pelo nosso familiar"	2	
			"há uma aproximação do Bloco junto da família"	1	
		EMPATIA	"obrigada pelo humanismo que foi dado neste momento pois é disso que o sistema nacional de saúde precisa"	1	
			"relação de confiança e de compreensão"	1	
		DISPONIBILIDADE	"maioria das vezes, fui eu que fui ter com as pessoas do BO e não elas comigo"	2	
			"sugiro tempo fixo na recolha dos papéis"	3	
			"senti que me deram apoio sempre que precisei"	3	
		COMPETENCIAS TECNICO COGNITIVAS	PRIVACIDADE	"sempre que eram dadas informações, eu e a enfermeira fazíamos o nosso espaço"	1
				"ambiente aberto e exposto, com pouca privacidade"	2
	"deveriam melhorar zona de espera para que a informação pudesse ser dada de forma mais privada"			2	
	"muitas informações eram dadas de forma pouco privada, ouvindo-se conversas um pouco confidenciais"			1	
	"diminui ansiedade"			5	
	EFICÁCIA NA COMUNICAÇÃO		"diminui dúvidas, receios, stress"	1	
			"método cara a cara é o mais eficaz para reduzir ansiedade, parabéns por esse sistema"	1	
	CIRCULAÇÃO DA INFORMAÇÃO		"efetuaram ligação com o médico que me pôs ao corrente do que fizeram, sem vocês não teria conseguido, obrigada"	1	
			"deveria haver informação médica no momento e não no dia a seguir"	1	
			"esqueceram-se de nos avisar quando foi para o serviço"	3	
			"caixa de informações pouco visível, deveria estar mais perto do BO, pensei que fosse do Bloco de partos"	2	
	"quando o doente saiu do BO não me avisaram, deveria haver telecomunicador ou microfone para nos chamar se não estivessemos ali"	1			

			"primeira informação foi dada de forma errada, disseram que doente já estava no recobro, após isso disseram que afinal ainda estava a ser operado"	<b>1</b>
		QUALIDADE NA AÇÃO	"obrigada por me terem deixado ir ao recobro, para além de poder estar com o meu marido, deu a visibilidade do vosso trabalho, da vossa azafama, em como estão a trabalhar pelos nossos entes queridos dando apoio e estabelecendo uma relação que é tão importante"	<b>3</b>
			"fiz publicidade do serviço de informações às minhas amigas, e informei-as como devem proceder para obtermos informações do Enf. do BO porque o vosso serviço é excelente"	<b>1</b>
			"continuem assim que estão bem"	<b>6</b>

### Quadro 3 – Respostas pertencentes à categoria “Ambiente Humano”

Os testemunhos dos participantes de forma explícita ou implícita demonstram o sentimento de preocupação e interesse dos enfermeiros, não apenas pelos acompanhantes mas também pelos seus entes queridos, alvo dos cuidados de enfermagem. A proximidade entre os profissionais e cuidadores é também valorizado pelos inquiridos.

A proximidade, a relação de confiança e a compreensão estabelecida entre os enfermeiros e cuidadores são identificados nos relatos dos participantes do estudo, como é desejável e defendido.

No que diz respeito à disponibilidade, os testemunhos são mais divergentes, embora em três registos se tenha verificado que sentiram apoio sempre que necessitaram, outros houve que tiveram que a solicitar e talvez por isso tenham sugerido a necessidade de existir horário definido.

A privacidade é um dos aspetos mais focados pelos participantes do estudo. Consideraram que o espaço não reunia as condições ideais para o tipo de informações que eram transmitidas, tendo sido necessário procurar adaptar, como foi referenciado por um dos inquiridos. Também no estudo de Lerman, Kara, & Porat (2011) a privacidade revela-se muito importante para as famílias.

Relativamente à eficácia na comunicação, os relatos foram expressivos na medida em que a informação é essencial na redução da ansiedade. Assinalam ainda a importância desta comunicação ser realizada de forma presencial. Estes resultados estão em consonância com os resultados obtidos no estudo de Leske J. (1996), este refere que a prestação de informação através de um corpo físico presencial do enfermeiro perioperatório é o método mais eficaz para reduzir a ansiedade.

Segundo Muldoon, Cheng, & Vish (2011), para os membros da família dos clientes cirúrgicos, a espera durante a cirurgia pode causar ansiedade, que pode ser agravada se os funcionários fornecerem informações insuficientes ou inconsistentes sobre o estado do paciente. Foi o que pudemos confirmar com o testemunho de um dos participantes: *“primeira informação foi dada de forma errada, disseram que doente já estava no recobro, após isso disseram que afinal ainda estava a ser operado”, e “esqueceram-se de nos avisar quando foi para o serviço”*.

Estas situações devem ser evitadas. O acesso à realidade, através de estudos, como este, proporciona aos enfermeiros espaços de reflexão sobre a prática, de se tornarem mais conscientes de si e das suas ações, podendo alterar a sua prática.

Os participantes relevam a importância e sucesso desta atividade desenvolvida pelos enfermeiros, incentivando-os a continuarem. Para Lerman, Kara, & Porat (2011), melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e membros da família é fundamental e deve ser pensada para aumentar os níveis de satisfação.

### 3.9. CONCLUSÕES

Os dados deste estudo foram apresentados e discutidos com a equipa de enfermagem do BO, em sessão de formação, aquando da realização do estágio. Constituiu um espaço de reflexão sobre a prática. Os enfermeiros ficaram a conhecer as características dos familiares/pessoa significativa (maioritariamente do sexo feminino e esposas, com idades médias de 51,29 anos). Constatou-se que na maioria das vezes os familiares são informados do decorrer da cirurgia, do fim da intervenção cirúrgica, mas a informação sobre a saída do cliente cirúrgico do recobro deverá ser melhorada. Os comentários dos familiares sugerem a “chamada por intercomunicador”, pois acontece não estarem na zona de espera no momento em que o cliente cirúrgico sai do recobro. Verificaram-se elevados níveis de satisfação com a informação disponibilizada pelo enfermeiro do BO às famílias. Constituindo a informação com nível de importância elevada, os familiares consideram-na suficiente para colmatar as necessidades nos momentos de espera. Os testemunhos dos familiares de forma explícita ou implícita

demonstraram o sentimento de preocupação e interesse dos enfermeiros, não apenas pelos acompanhantes mas também pelos seus entes queridos, alvo dos cuidados de enfermagem. A proximidade, a relação de confiança e a compreensão estabelecida entre os enfermeiros e cuidadores foram identificados nos relatos dos participantes do estudo, como é desejável e defendido.

No que diz respeito à disponibilidade, os testemunhos foram mais divergentes, embora em três registos se tenha verificado que sentiram apoio sempre que necessitaram, outros houve que tiveram que solicitar e talvez por isso tenham sugerido a necessidade de existir horário definido. Foi refletido este assunto em equipa, definindo-se estratégias de fornecimento de informação com espaço de tempo regular.

A privacidade foi um dos aspetos mais focados na discussão em equipa de enfermagem do BO. Os familiares consideraram que o espaço da zona de espera não reunia as condições ideais para as informações serem transmitidas, respeitando a privacidade. Debateram-se estratégias de melhoria deste aspeto, tendo-se salientado a importância de chamar a família para um espaço mais recatado para se transmitirem as informações.

Concluiu-se que os níveis mais baixos de satisfação dizem respeito às condições de zona de espera. Os familiares referiram “poucos lugares”, sendo os existentes de “aspeto sujo”. Para se solucionar este aspeto, futuramente, os resultados deste estudo serão disponibilizados ao Conselho de Administração do Hospital, para que possam intervir a este nível.

Na opinião de Liberado (2004, p.56), “apesar dos progressos tecnológicos e terapêuticos, a satisfação só é sentida pelos doentes e familiares quando lhes é dispensada a devida atenção (respeitosa/delicada) e a informação de que carecem”. O mesmo autor refere que é fundamental saber ouvir as pessoas, conhecer os seus sentimentos, os seus pensamentos e respetivas causas, bem como, as suas preferências e as suas motivações.

Os consumidores dos cuidados de saúde querem cada vez mais cuidados de qualidade, e um dos indicadores da qualidade é a satisfação dos clientes. A satisfação com os cuidados de enfermagem em particular, tem sido referida como o mais importante preditor de satisfação global com os cuidados hospitalares (Mahon, 1997). Este estudo de investigação, para além de remeter feedback positivo do papel do enfermeiro

perioperatório que presta informações e cuidados à família/pessoa significativa, revelou estratégias para desenvolver e melhorar cuidados de enfermagem perioperatórios.

Estes resultados justificam a importância de um papel de enfermeiro perioperatório que colmata algumas das necessidades dos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico, no bloco operatório. O envolvimento da equipa de enfermagem é crucial para o fornecimento de informações, não só pela experiência que possuem no apoio e informação aos familiares/pessoa significativa, neste serviço de BO deste Hospital, mas também na vontade intrínseca em melhorar os cuidados prestados em busca de melhores padrões de qualidade como a satisfação dos clientes cirúrgicos.

Concluimos com frase de Cabrera (2007), que refere que “satisfazer as necessidades dos familiares torna-se essencial para se poder prestar um cuidado integral ao doente crítico e família” (p.87).

### **III. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

Neste capítulo realiza-se uma síntese das competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória desenvolvidas em contexto de estágio realizado em âmbito perioperatório de 9 de Setembro de 2013 a 28 de Março de 2014, integrado nos 2º e 3º semestres do Curso de MEPO, tendo em consideração as competências estipuladas em Decreto-Lei nº230/2009 de 14 de Setembro.

- a) Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.**

Esta competência desenvolvida ao longo de todo o curso de MEPO, durante o qual aprofundamos conhecimentos no domínio da enfermagem Perioperatória. Efetivamente pudemos concretizar em de contexto de estágio em actividades desenvolvidas como as visitas pré-operatória, o acolhimento do cliente cirúrgico e família no Bloco operatório, durante o período intra-operatório, na unidade de cuidados pós-anestésicos e na visita pós operatória.

Fomos agentes ativos no campo da investigação, usando a metodologia de projeto, identificamos a problemática, e realizamos um trabalho de investigação sobre “Necessidades de Informação dos Familiares/Pessoa Significativa do Cliente Cirúrgico, no BO”. Os resultados foram divulgados e discutidos em equipa de enfermagem do BO, com a finalidade de definir estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatória. Contribuindo assim, para um novo conhecimento na prática e no desenvolvimento na área de investigação, ambicionando a excelência de cuidados de qualidade.

No desenvolvimento desta competência há que mencionar o contributo das aulas de **Enfermagem Perioperatória** que nos proporcionaram um olhar diferente sobre:

- a gestão de serviços de saúde, a organização da unidade cirúrgica; a segurança e a gestão de risco em bloco operatório;
- os contributos da visita pré-operatória no planeamento do processo de enfermagem individualizado, e da visita pós-operatória na avaliação dos cuidados perioperatórios prestados;
- as funções do enfermeiro anestesista, circulante e instrumentista, e principalmente numa abordagem diferente aos clientes cirúrgicos na UCPA, e da importância da comunicação. Os conhecimentos adquiridos nas aulas de **comunicação alternativa** facultaram-nos estratégias de comunicação permitindo assim cuidados holísticos.

No que diz respeito à área de investigação, as aulas forneceram conhecimentos profícuos para o desenvolvimento da metodologia de projeto e foram essenciais para tratamento estatístico em SPSS dos dados do trabalho de investigação realizado. Contribuíram para a compreensão da importância da prática baseada na evidência, constituindo um estímulo à crítica e à reflexão da prática em contexto perioperatório.

Aliás, este percurso permitiu o desenvolvimento de um raciocínio científico orientador do pensamento, para que se possa intervir, com o objetivo máximo de assegurar uma prática segura e de qualidade. Tal como refere AESOP (2006, p.65) “a missão do enfermeiro perioperatório é garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos, individualizados e de qualidade, tanto no bloco operatório como noutros locais onde se realizem procedimentos invasivos”.

- 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.**

O estágio decorreu no serviço onde trabalhamos com uma vasta equipa multidisciplinar,. Uma das situações novas e não familiares com as quais nos deparámos

foi a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na sala operatória, situação que pôs à prova a nossa criatividade, tomada de decisão, usando assertividade no desenvolvimento de estratégias de dinamização e melhoria do trabalho de equipa, e sobretudo foi necessário recorrer à fundamentação científica, ética, deontológica e jurídica, na comunicação interprofissional.

A DGS em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) emitiu em 2013, por proposta do Departamento da Qualidade em Saúde, norma sobre a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, que diz que “todas as organizações hospitalares, através da sua estrutura de garantia e monitorização da Qualidade, devem garantir a adequada implementação do projeto de acordo com a Orientação nº 030/2011 de 31/08/2011.” A instituição onde realizámos estágio passou nessa altura a efetuar o registo da utilização da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica e do Apgar Cirúrgico no sistema de informação local com interface com a Plataforma de Dados da Saúde (PDS). No papel de enfermeiro de anestesia foi adicionado às nossas funções, a execução do registo da utilização, o que implicou a conjugação das atividades de enfermeiro de anestesia com o desenvolvimento de estratégias de dinamização e melhoria do trabalho de equipa. Porém, nem todos os elementos da equipa multidisciplinar compreenderam a importância da execução da LVSC, alguns mostrando-se renitentes a esta situação não familiar, outros colocando questões, não cooperando na concretização da mesma. Foi necessário recorrer aos nossos conhecimentos e competências comunicacionais para responder às questões que nos eram colocadas, e fundamentar as nossas ações e decisões recorrendo à área científica, ética, deontológica e jurídica.

Consideramos que a aula em contexto de MEPO sobre a **LVSC** e as aulas de **Segurança e Gestão de Risco em BO** foram fundamentais no aprofundamento de conhecimentos sobre esta temática; no que diz respeito ao desenvolvimento das competências para melhorar a comunicação em equipa multiprofissional, foram essenciais as aulas de **Formação em BO** e a **Gestão de Conflitos**.

- 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.**

São muitas as situações complexas com as quais nos deparamos no dia-a-dia, sejam de índole científica, sejam de teor ético, deontológico e jurídico que põem em causa as nossas ações, à luz de uma tomada da decisão certa.

Recordamos situações vivenciadas em estágio relacionadas com o consentimento informado, que apesar de fazer parte do código deontológico, ético e jurídico dos profissionais de saúde, era muitas vezes descurado pela equipa médica. Dizemos “era” porque apesar da Direção Geral de Saúde já ter emitido Circular Normativa nº15/DPCS em 23/3/98, só no ano de 2013 passou a vigorar na instituição onde realizamos estágio. Esta norma que obriga que em todos os processos clínicos dos clientes cirúrgicos do BO, deve constar o formulário atualizado do consentimento informado, devidamente preenchido e assinado pela pessoa a ser intervencionada (ou pelos seus representantes legais, quando se trata de crianças, ou indivíduos incapazes). Segundo esta norma institucional, o consentimento informado assinado deverá constar no processo do cliente para que este possa descer ao BO, para ser intervencionado.

Antes de esta norma estar em vigor, acontecia por vezes, que os formulários de consentimento informado eram assinados na zona do transfer do BO, mas sabemos que as informações devem ser transmitidas a partir do momento em que é proposta a intervenção, com antecedência suficiente para que o paciente possa refletir e ponderar sobre as vantagens e riscos de se submeter à intervenção, e claro, sem que esteja sob o efeito de benzodiazepinas ou sedativos.

O cumprimento do normativo desencadeou algumas situações complexas, nomeadamente a desvalorização do consentimento informado escrito pelo cirurgião alegando que terá obtido um consentimento verbal. Nestas situações, eventualmente foi negado o direito do cliente à autodeterminação, criando a necessidade de se desenvolver soluções, por forma a constituirmos advogados das pessoas que vão ser intervencionadas, nunca descurando de imprimir assertividade na nossa relação com a equipa multidisciplinar.

Estes momentos constituem um grande desafio aos enfermeiros perioperatórios, sendo necessário integrar conhecimentos éticos, deontológicos e jurídicos fundamentando ações que nos ajudem a lidar com decisões complexas.

O curso de MEPO constituiu uma fonte essencial para a consolidação de conhecimentos na área da ética, da deontológica e da área jurídica, imperativas nas tomadas de decisões, próprias da enfermagem perioperatória. Damos ênfase ao contributo teórico das aulas de **Ética, Deontologia e Direito da enfermagem, Socio-antropologia e Relação de ajuda e Aconselhamento**, não se podendo descurar a utilidade da **Gestão de conflitos** no aperfeiçoamento da assertividade a aplicar nas relações com a equipa multidisciplinar.

- 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.**

Temos consciência que as competências de mestre em enfermagem Perioperatória, nos confere em contexto da prática o estatuto de consultores, com capacidade e responsabilidade na tomada de decisões.

No BO, o trabalho é realizado através de equipa multidisciplinar, o que permite uma comunicação entre profissionais que facilita e oferece ao indivíduo uma qualidade na prestação de cuidados, neste sentido ao reconhecermos e compreendermos os diferentes e interdependentes papéis e funções, também sabemos de que melhor forma poderemos expor e comunicar os nossos conhecimentos e raciocínios, de forma oportuna. A partilha de experiências e conhecimentos é fundamental na formação contínua dos pares respeitando a autonomia e individualidade de cada um.

Após a elaboração do tratamento estatístico do trabalho de investigação “Necessidades de Informação dos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório” foi realizada formação em serviço para comunicar resultados do estudo de investigação aos elementos da equipa de Enfermagem. Esta

formação proporcionou o debate necessário à equipa para estabelecer novas estratégias de melhoria nesta área de cuidados.

**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.**

Consideramos que em parte, esta competência já possuía alicerces para se desenvolver antes da frequência do curso de MEPO, pois o facto de nos matricularmos neste curso perioperatório surgiu de uma necessidade de desenvolvimento profissional identificada pelo próprio à procura de aprendizagens e de consolidar conhecimentos. Todos os módulos do curso em geral, mas sobretudo o estágio e a elaboração deste relatório em particular, possibilitaram o desenvolvimento de sentido crítico e de autorreflexão.

Assim, na nossa práxis diária haverá sempre um processo de autoconhecimento que nos permitirá consciencializar das necessidades de aperfeiçoamento e de desenvolvimento profissional autónomo.

Como constatámos em estágio o mundo da enfermagem perioperatória gira em torno da inovação e das constantes adaptações, portanto, se queremos continuar a exercer funções de enfermeiro perioperatório que se preocupa em minimizar riscos, em se adaptar a novas técnicas e a novos DM, sempre baseados em evidência científica atualizada, teremos que estar sempre em contante formação e em permanente aprendizagem.

Com as bases adquiridas neste mestrado, será mais fácil, usarmos sentido crítico e de autorreflexão, consciencializar-nos das nossas necessidades de aperfeiçoamento e de desenvolvimento profissional autónomo, agirmos sempre baseados em evidência científica atualizada e efetuarmos tomadas de decisão com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica, garantindo a qualidade e segurança na prestação de cuidados perioperatórios.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este relatório permitiu-nos refletir sobre a prática desenvolvida e as aprendizagens adquiridas em estágio; enquadrar, do ponto de vista teórico e conceitual, a prática desenvolvida para a realização do projeto; dar visibilidade ao trabalho de investigação elaborado, assim como à metodologia que o iluminou, fundamentando as estratégias utilizadas na conceção do mesmo; e realizar criticamente reflexão sobre a consecução das competências de mestre em Enfermagem Perioperatória.

Este percurso autocritico revestiu-se de primordial importância no sentido em que nos forneceu maturidade, permitindo-nos adquirir conhecimentos e desenvolver a capacidade de compreensão no domínio da Enfermagem Perioperatória. Salientamos o fato de ter conseguido aplicar o conhecimento, a capacidade de compreensão e de resolução de problemas da enfermagem Perioperatória, com os contributos da investigação. Assumiu-se relevante o estudo das necessidades de informação e a satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos clientes cirúrgicos do BO, a temática escolhida para o desenvolvimento do projeto de estágio.

O projeto desenvolvido em contexto de estágio constituiu uma oportunidade ímpar de crescimento, aprendizagem em diferentes dimensões. Foi possível estabelecer comunicação entre a equipa na sala de operações e a família e providenciar o suporte para colmatar as necessidades dos familiares enquanto decorre o procedimento cirúrgico. Estas atividades permitem reforçar o papel do enfermeiro perioperatório que promove cuidados holísticos ao cliente cirúrgico e família. Constitui assim, um papel de humanização que requer por parte do enfermeiro perioperatório competências em comunicação com

famílias de diferentes culturas, competências relacionais com a equipa da sala de operações e enfermeiros de UCPA. Mas também requer competências técnicas, uma vez que os conhecimentos técnicos sobre todas as especialidades cirúrgicas auxiliam o planeamento das informações a fornecer em cada etapa ou fase cirúrgica, fundamentando previsões. Acreditamos que este cuidado com os familiares / pessoa significativa proporciona visibilidade e uma imagem positiva da Enfermagem Perioperatória.

Aliás, os resultados do trabalho de investigação realizado em estágio, foram apresentados e discutidos com a equipa de enfermagem no BO, proporcionando aos enfermeiros espaço de reflexão sobre a prática, para se tornarem mais conscientes de si e das suas ações e alterar a sua prática.

Todo o estágio contribuiu para reforçar autonomia e o facto de se ter realizado em contexto profissional, maximizou a gestão do tempo para uma integração mais célere, sobretudo na área da instrumentação.

Podemos concluir que o Curso de MEPO e o estágio, facilitaram o desenvolvimento de competências que permitirão a aprendizagem ao longo da nossa vida profissional. Aliás, constituíram alicerces fundamentais para a nossa formação contínua, aplicada na prática do dia-a-dia com o intuito final de prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao cliente cirúrgico e a sua família no período pré, durante e pós-operatório.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP, Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática*. Lisboa: Lusodidacta.
- Almeida, M., & Rocha, J. (1986). *O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática*. São Paulo : Cortez.
- Bailey, J., & Stewart, J. (2003). Merle Mishel: la Incertumbre Frente a la Enfermedad. In A. Tomey, & M. Alligood, *Modelos y Teorias de Enfermeria* (pp. 561-584). Barcelona: Elsevier Science.
- Blum, E., & Burns, S. (September de 2013). *Perioperative communication and family members`perceived level of anxiety and satisfaction*. Obtido de ORNAC Journal: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=629aabb9-10ed-4ec4-abb2-bb02589d5852%40sessionmgr110hid=123>
- C K Madigan, D. D. (2000, August). Development of a family liaison model during operative procedures - research reviews. *AORN Journal*.
- Cabrera, L. S. (2007). Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Medicina Intensiva*, pp. 57-61.
- Carmichael, J., & Agre, P. (2002). Preferences in surgical waiting area amenities. *AORN Journal*, 1077-1083.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integrated Theory and Knowledge Developmement in Nursing*. Mosby: Elsevier.
- Crumb, M. (s.d.). *Surgery tweets New Way to Keep Family in Loop*. Obtido em 20 de Fevereiro de 2014, de Health Care NBC News: <http://phys.org/news171121774.html>

- DGS, D. G. (25 de Fevereiro de 2013). *Norma da Direção Geral de Saúde: Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Obtido de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/...dgs/.../norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-2506...>
- Dicionário da Língua Portuguesa. (7 de Abril de 2014). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Obtido de Infopédia: Enciclopédias e Dicionários Porto Editora Online: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/incerteza>
- Donna R McEwen, Y. N. (July de 1998). Family-centered perioperative nursing care takes on a new look. *AORN Journal*.
- Donnell, S. G. (1989, november). Coping during the wait - surgical nurse liaison program aids families. *Aorn Journal*.
- Donnell, S. G. (november de 1989). Coping During the Wait: Surgical Nurse Liaison Program Aids Family. *AORN Journal*, pp. 1088-1092.
- ERS, E. R. (23 de Março de 1998). *Consentimento Informado: Relatório Final*. Obtido de Entidade Reguladora da Saúde: [www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/73/Estudo-CI.pdf](http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf)
- European Operation Room Nurse Assotiation, E. (1997). *Curriculo Comum Europeu para Enfermagem Perioperatória*. Bélgica.
- Ferraro, A. (2000). *Psicoprofilaxis Quirurgica*. Revista Crescimento Interior.
- Garreton, S. (2004). *Benefits of pré-operative information programmes*. . Nursing Standart.
- Gil, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gruendemann, B. J. (1995). *Comprehensive Perioperative Nursing*. Hardcover.
- Hamlin, L., Richardson-Tench, M., & Davies, M. (2009). *Perioperative Nursing: An Introductory Text*. Australia: Mosby.
- Herbert, M. [. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos Práticos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. *Loures: Lusociência*, pp. 40-70.
- Hesbeen, W. (2006). Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir com o autor do seu próprio pensamento. *Loures: Lusociência*, pp. 61-80.
- ICN. (2010). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Browser CIPE: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (2010). Metodologia do Planeamento da Saúde Mental para uso em serviços centrais, regionais e locais. . In L. Nunes, A. Ruivo, & C. Ferrito, *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos.
- J M, C. (2002). Preferences in surgical waiting area amenities. *AORN Journal*.
- Kain, Z., & Mayies, L. (1996). *Preoperative Anxiety in Children: Predictors and Outcomes*.
- Kérouac, S. (1994). La pensée infirmière - Conceptions et Stratégies. *Canadá: Éditions Maloine*.
- Ketele, J. M., & Roegiers, X. (1993). *Metodologia de Recolha de Dados e Fundamentos dos métodos de Observação, de Questionário, de Entrevista e de Estudo de Documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Knobel, E., Andreoli, P. B., & Erlichman, M. R. (2008). Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves. *Atheneu: São Paulo*, p. 375.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Editora Atlas.
- Lerman, Y., Kara, I., & Porat, N. (October de 2011). Nurse Liaison: The Bridge Between the Perioperative Department and Patient Accompaniers. *AORN Journal*, pp. 385-392.
- Lerman, Y., Kara, I., & Porat, N. (2011). Nurse Liaison: The Bridge Between the Perioperative Department and Patient Accompaniers. *AORN Journal*, 385-392.
- Leske, J. (Maio de 1993). Anxiety of Elective Surgical Patients`Family Members: Relationship Between Anxiety Levels, Family Characteristics. *AORN Journal*, pp. 1091-1103.
- Leske, J. S. (September de 1996). Intraoperative progress reports decrease family members´anxiety. *AORN Journal*, pp. 424-435.
- Leske, J. S. (Março de 1996). Intraoperative Progress Reports Decrease Family Members´Anxiety. *AORN Journal*, pp. 424-436.
- Liberado, J. (2004). A informação aos familiares e acompanhantes: avaliação do grau de satisfação. *Revista Sinais Vitais*, pp. 19-24.
- Lima, M. P. (1995). *Inquérito Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.

- Madigan, C. K., Donaghue, D. D., & Carpenter, E. V. (August de 2000). Development of a Family Liaison Model During Operative Procedures. *AORN Journal*, pp. 308-310.
- Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1241-1248.
- Maruiti, M. R., & Galdeano, L. E. (2007). *Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Cuidados Intensivos*. Obtido de Acta Paul Enferm: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>
- Maxwell, K. e. (2007). Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, pp. 367-376.
- McEwen, D. [. (1998). Family-Centered Perioperative Nursing Care Takes on a New Look. *AORN Journal*, pp. 97-100.
- Mcintyre, T. [. (2002). *A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação*. Porto: Comissão Coordenadora da Região Norte, Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente.
- Mishel, M., & Clayton, M. (2008). Theories of Uncertainty in Illness. In M. J. Smith, & P. R. Liehr, *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Mitchell, M. (2007). *Psychological care of patients undergoing elective surgery*. Nursing Stand.
- Muldoon, M., Cheng, D., & Vish, N. (2011). *Implementation of an Informational Card to Reduce Members' Anxiety*. Obtido em 20 de Fevereiro de 2014, de AORN: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2011.01.016>
- Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Neves, M. P. (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, pp. 32-37.
- Nunes, L. (Abril de 2012). Enfermagem Perioperatória: Desafios para a Viagem. *Revista AESOP*, pp. 19-24.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal: Departamento de Enfermagem.

- Nunes, L., Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. Obtido de [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- OE. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *DIVULGAR*.
- OE. (2007). EP 02/07 de 15 de Março - Sobre Consentimento Informado.
- OE. (s.d.). Parecer 111/2009 - Sobre Informação e Complementaridade.
- OE, O. d. (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE, O. d. (2011). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Sanata Maria da Feira: Estúdio Lusodidacta.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão de Luto*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão de Luto*. Coimbra: Formasau.
- Perrenoud, P. (2001). Escola Reflexiva e nova racionalidade. *Porto Alegre: Artes Médicas*.
- Polít, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos em Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Reis, E. [. (1999). *Estatística Aplicada*. Lisboa: Edições Silabo.
- Roque, A., & Carreira, C. (2006). Sentimentos vivenciados pelos pais durante o tempo de espera em que a criança é submetida a cirurgia. *Trabalho de Investigação não publicado, cordialmente cedido pela autora*.
- Sakellarides, C. (2003). *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Lisboa: Edição Instituto do Consumidor.
- Sayin, Y., & Aksoy, G. (June de 2012). The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study. *AORN Journal*, pp. 772-778.
- Serafim, A. M., & Dias, D. (2005). Ansiedade dos familiares dos utentes submetidos a cirurgia. *Trabalho de Investigação não publicado, cordialmente cedido pelas autoras*.

- Silva, P. (2004). ISO 9001:2000 e King's Fund - Uma análise comparativa. *Qualidade em Saúde. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde*, pp. 33-35.
- Sorensen, & Luckmann. (1998). *Basic Nursing: a Psychophysiological Approach*. Medical.
- Stefan, K. (2010). The Nurse Liaison in Perioperative Services: a Family-Centered Approach. *AORN Journal*, 150-157.
- Stefan, K. A. (August de 2010). The Nurse Liaison in Perioperative Services: A Family-Centered Approach. *AORN Journal*, p. 157.
- Stephens-Woods, K. (December de 2008). The Impact of the Surgical Liaison Nurse on Patient Satisfaction in the Perioperative. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, pp. 6-11.
- Stone, A., & Lammers, J. (2012). *The Uncertainty Room: Strategies for Managing uncertainty in a Surgical Waiting Room*. Obtido de Perm J: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23251113>
- Tavares, A. (2010). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. In L. Nunes, A. Ruivo, & C. Ferrito, *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Percursos Nº15.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Mosby.
- Topp, R. W., & Sanford, C. (1998). Can providing paging devices relieve waiting room anxiety? *AORN Journal*, 852-861.
- Trecartin, K., & Carroll, D. L. (2011). Nursing Interventions for a Family Members Waiting During Cardiac Procedures. *Clinical Nursing Research*, pp. 263-275.
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2002). *Psicologia Social*. Lisboa: Serviço de Educação da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Varkey, P., & Kollengode, A. (2011). *A Framework for Healthcare Quality Improvement in India: The Time is Here and Now!* Obtido de JPGM: <http://www.jpgmonline.com/printarticle.asp?issn=0022-3859;year=2011;volume=57;issue=3;spage=237;epage=241;aulast=Varkey>
- Wagstaff, A., & Doorslaer, E. V. (2000). Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care. *Journal of Human Resources*, 716-733.

Waldow, V. (Janeiro/Fevereiro de 2009). *Momento de Cuidar: Momento de Reflexão na Acção*. Obtido de Revista Brasileira de Enfermagem: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>

Yazile Sayin, G. A. (June de 2012). the nurse's role in providing information to surgical patient and family members in Turkey: a descriptive study. *AORN Journal*.

Yuli Learman, I. K. (October de 2011). Nurse liaison: the bridge between the perioperative department and patient accompaniers. *AORN Journal*.

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I- Cronograma do Projeto**



	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Diagnóstico da situação								
Escolha do tema								
Pesquisa bibliográfica								
Pedido de autorização								
Resposta a autorização						6 de Fev.		
Aplicação do pré-teste						6 a 11 de Fev.		
Aplicação dos questionários						A partir de 12	a 20 de Março	
Tratamento estatístico dos dados								



**APÊNDICE II - Consentimento Informado aos Familiares/Pessoa  
Significativa dos Clientes Cirúrgicos do Bloco Operatório**



**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
ao familiar/pessoa significativa do cliente cirúrgico do  
**Bloco Operatório**

Declaro ter sido informado(a), pela enfermeira Maria Odete Monteiro sobre o estudo: "**Quais são as necessidades de informação sentidas pelos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico?**", realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, com orientação da Professora Madalena Cabrita.

Fui informado(a) que o estudo de natureza científica, pretende investigar o tipo de informação que os familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico pretendem obter quando a solicitam ao enfermeiro do Bloco Operatório, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Compreendi que os dados são recolhidos através de uma entrevista realizada por contacto telefónico. Foi-me explicado que a minha participação neste estudo consiste em responder às questões que me vão ser colocadas via telefónica sobre o acolhimento e informação prestados pelo enfermeiro do bloco operatório, no dia da intervenção cirúrgica.

Compreendi que vai funcionar de forma isenta, anónima, podendo em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações.

Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Horas a que posso ser contactado \_\_\_\_\_

Data: / /2014: \_\_\_\_\_



### **Apêndice III - Questionário**



Data do contacto telefónico \_\_/\_\_/2014

Inquérito Nº \_\_\_\_

Fala a enfermeira Odete Monteiro do bloco operatório, a frequentar o 1ºCurso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, do Instituto de Setúbal, em âmbito de Estágio e Projeto de Intervenção, venho contactá-lo telefonicamente para a realização do estudo de investigação “*Quais são as necessidades de informação sentidas pelos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico?*”.

Gostaria de saber se está na disposição de responder a algumas perguntas sobre este assunto. Este inquérito demorará aproximadamente 10 minutos.

As suas opiniões são importantes para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Relembro que as questões que vou colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu durante o período de espera junto ao bloco operatório, no dia em que o seu familiar foi operado.

## Parte I

### 1 – Género

Masculino  Feminino

2 – Idade: \_\_\_\_\_ anos

3 – Grau de parentesco com o doente operado: \_\_\_\_\_

4 – Reside a que distância do hospital: \_\_\_\_\_ KM

5 – Habilitações literárias (que estudos tem?): \_\_\_\_\_

6 – Profissão: R – reformada DO – doméstica DE – desempregada  
E – estudante S – tw na área da saúde O – outras profissões

**Parte II**  
**No dia da cirurgia do seu familiar:**

1 - Recebeu informação sobre seu familiar, do enfermeiro do BO?

Do decorrer da cirurgia	<input type="checkbox"/>	NÃO	Do fim da cirurgia	<input type="checkbox"/>	NÃO	Da saída do recobro	<input type="checkbox"/>	NÃO
	<input type="checkbox"/>	SIM		<input type="checkbox"/>	SIM		<input type="checkbox"/>	SIM

2 - As informações prestadas pelo enfermeiro durante o período que o seu familiar esteve no BO foram importantes para si?

<input type="checkbox"/>	MUITO
<input type="checkbox"/>	SUFICIENTE
<input type="checkbox"/>	POUCO
<input type="checkbox"/>	NADA

3 - A informação foi fornecida de forma empática e amável?

<input type="checkbox"/>	MUITO
<input type="checkbox"/>	SUFICIENTE
<input type="checkbox"/>	POUCO
<input type="checkbox"/>	NADA

4 - A informação fornecida pelo enfermeiro do BO foi suficiente para ultrapassar a espera?

<input type="checkbox"/>	MUITO
<input type="checkbox"/>	SUFICIENTE
<input type="checkbox"/>	POUCO
<input type="checkbox"/>	NADA

5 - Gostaria de ter obtido outro tipo de informação que não foi dada?

<input type="checkbox"/>	Não.
<input type="checkbox"/>	Sim.

---

6 - De forma global, considera-se satisfeito com o serviço de informações do BO?

<input type="checkbox"/>	MUITO
<input type="checkbox"/>	SUFICIENTE
<input type="checkbox"/>	POUCO
<input type="checkbox"/>	NADA

7 - Quanto às condições da zona de espera, considera-se satisfeito?

<input type="checkbox"/>	MUITO
<input type="checkbox"/>	SUFICIENTE
<input type="checkbox"/>	POUCO
<input type="checkbox"/>	NADA

8 - deseja fazer alguma sugestão?

<input type="checkbox"/>	Não.
<input type="checkbox"/>	Sim.

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

**Apêndice IV - Artigo científico: “Necessidades de Informação aos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório”**



## **Necessidades de Informação dos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório**

Monteiro, Odete<sup>1</sup> ; Cabrita, Madalena<sup>2</sup>; Ferrito, Cândida<sup>3</sup>

**RESUMO:** A problemática do estudo centra-se nas “Necessidades de informação dos familiares / pessoa significativa do cliente cirúrgico no bloco operatório”. Procuramos conhecer se o tipo de informação que é fornecida aos familiares/ pessoa significativa dá resposta às necessidades sentidas por estes e compreender qual o valor e o papel que a informação tem durante esta fase do processo.

Para validação das necessidades de informação foi elaborado um questionário que se aplicou aos familiares /pessoa significativa do cliente cirúrgico através da entrevista telefónica, resultando numa amostra constituída por 56 famílias.

Os familiares/pessoas significativas são maioritariamente do sexo feminino (75%), esposas (35,7%), com idades médias de 51,29 anos. A maioria (90%) recebeu informação sobre o decorrer da cirurgia do seu ente querido, no fim da intervenção cirúrgica e à saída da UCPA. Referem que não necessitam de outro tipo de informação para além daquele que foi fornecido. A maioria dos inquiridos (91,1%) avalia a informação fornecida pelo enfermeiro perioperatório de “muito” importante. Verificaram-se elevados níveis de satisfação com a informação disponibilizada pelo enfermeiro do bloco operatório às famílias, (76,8%). Os resultados justificam a importância de um papel de enfermeiro perioperatório que colmata as necessidades de informação dos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico, no BO. Estes dados foram apresentados e discutidos no seio da equipa de Enfermagem do BO em questão, tendo resultado estratégias de melhoria dos cuidados perioperatórios. Constituem o reflexo da vontade intrínseca de uma equipa perioperatória, em melhorar os cuidados prestados em busca de melhores padrões de qualidade como a satisfação dos clientes cirúrgicos.

---

<sup>1</sup> Mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória na ESS/IPS

<sup>2</sup> Professora Assistente Convidada Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

<sup>3</sup> Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Acreditamos que este cuidado com os familiares / pessoa significativa proporciona visibilidade e uma imagem positiva da Enfermagem Perioperatória.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Perioperatório; Necessidades de Informação; Familiares; Bloco Operatório.

**ABSTRAT:** The problem of study focuses on the "Needs of information of family members /meaningful person of surgery patients in surgical operating room ". We seek to know if the type of information that is provided to family members /meaningful person responds to the needs felt by these and understand what the value and the role that information has during this phase of the process. For validation of information needs, was prepared a questionnaire applied to family members /meaningful person of surgery patients through the telephone interview, resulting in a sample consisting of 56 families.

The relatives/ significant person are mostly female (75%), wives (35.7%), with ages of 51,29 years %). The majority (90%) had received information about the course of the surgery of your loved one, at the end of the surgical procedure and exit the recovery room. They not require another type of information beyond that which was provided. The majority of respondents (91,1%) evaluate the information provided by the perioperative nurse of "very" important. There were high levels of satisfaction with the information provided by the nurse of the operating room to families, (76,8%). The results justify the importance of the role of perioperative nurse that fills the needs of information from relatives/significant surgical client person, in surgery.

These data were presented and discussed within the nursing team of the operative room in question and result improvement strategies of perioperative care. Constitute a reflection of intrinsic desire of a perioperative team, to improve the care provided in search of better quality standards as surgical customer satisfaction.

We believe this bewares of relatives/significant person provides visibility and a positive image of perioperative nursing.

**Keywords:** Perioperative Nurse; Information Needs; Family Members; OperativeRoom

## INTRODUÇÃO

A prestação de informações, preparação pré-operatória e redução de ansiedade dos clientes cirúrgicos são temas dominantes da literatura no que diz respeito à necessidade de informação nos cuidados cirúrgicos, no entanto, o cuidado às famílias dos clientes cirúrgicos também não pode ser descuidado, principalmente num momento de tantas dúvidas, receios e stress, como é o momento de espera enquanto a cirurgia decorre.

A Enfermagem, sendo uma profissão que enfatiza o cuidado personalizado e holístico, deve preocupar-se em atender não apenas as necessidades dos doentes mas também as dos seus familiares (Maruiti & Galdeano, 2007).

### Enquadramento teórico

Segundo Yazile Sayin (2012), os procedimentos cirúrgicos causam ansiedade não só às pessoas que são intervencionadas mas também à sua família. Segundo Donnell (1989, p.1090) “trabalhar com as famílias em momentos de crise constitui um desafio tão grande

como o de uma enfermeira circulante ou instrumentista numa cirurgia difícil”<sup>4</sup>.

Denominado em alguns países como “surgical liaison nurse”, em Espanha, referida a “atención personalizada en información perquirúrgica”, em Portugal, existe um(a) enfermeiro/a que fornece informações estabelecendo o elo de ligação entre familiares/pessoa significativa e equipa do Bloco Operatório (BO).

Estudos de Madigan, Donaghue, & Carpenter (2000) e o de McEwen (1998) descrevem como foi planeado e como decorreu a implementação de um programa de apoio e informação aos familiares do cliente cirúrgico que justificam a necessidade e a importância de um enfermeiro perioperatório que realize este tipo de papel. Este enfermeiro perioperatório é referido nos artigos de Yazile Sayin (2012), de Yulia Learman (2011), Madigan, Donaghue, & Carpenter (2000), de Donnell (1989), entre outros, como enfermeira cirúrgica de ligação (SLN)<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Tradução livre de “*working with the families in the difficult times made the surgical nurse liaison position as challenging as circulating or scrubbing for a difficult surgery*”

<sup>5</sup> Tradução livre de “*Surgical Liaison Nurse*”.

A enfermagem perioperatória não possui um modelo/teoria específico associado. Após pesquisa alargada da literatura, a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel pareceu-nos profícua para o enquadramento conceptual do contexto perioperatório. Merle Mishel na sua Teoria valoriza o aspeto familiar, as preocupações dos cuidadores, dando ênfase à questão da incerteza.

Na nossa prática profissional, ainda existe valorização do modelo biomédico, relegando por vezes aspetos psicológicos e emocionais para segundo plano. Nesse sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos dessa natureza, de modo a dar uma visão mais holística ao cuidado, valorizando aspetos psicológicos e emocionais dos cuidadores.

### **Contextualização da problemática**

Ao longo dos últimos anos, os enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital, têm vindo a preocupar-se com o acompanhamento dos familiares/pessoas significativas dos doentes no período perioperatório desenvolvendo esforços para a concretização do papel de acolhimento aos familiares ou pessoa significativa do cliente cirúrgico no bloco operatório. O enfermeiro perioperatório

com funções de acolhimento dos doentes presta informações, dando apoio emocional, aos familiares/pessoa significativa que as solicitam junto do Bloco Operatório.

Em 2012 foram prestadas informações a 745 familiares/pessoa significativa de clientes cirúrgicos do BO do Hospital em questão.

Também neste serviço são realizadas avaliações de satisfação dos clientes, aplicando-se questionários de avaliação da qualidade e da satisfação destes. Estes questionários têm por objetivo avaliar: o acolhimento, o tempo de espera, os cuidados prestados, o ambiente, o grau de satisfação global com os cuidados prestados no BO, e ainda as informações prestadas aos familiares ou pessoa significativa pelos enfermeiros do BO. Em 2012, 124 utentes responderam a estes questionários de avaliação de satisfação. Decorrente da análise desses questionários constatámos que 18% dos inquiridos não apresentavam o grau de satisfação elevado que a equipa de enfermagem pretendia atingir no item “informações prestadas aos familiares ou pessoa significativa pelos enfermeiros do BO”.

### **Formulação do problema**

De acordo com a análise efetuada, identificámos a ausência de dados de avaliação sobre as necessidades sentidas e efetiva satisfação dos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico com a informação fornecida pelos enfermeiros, do BO do Hospital. Assim partimos para esta investigação com a seguinte questão:

**Quais as necessidades de informação sentidas pelos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico?**

### **Metodologia**

Para darmos resposta a esta questão, desenvolvemos um trabalho de investigação, descritivo e transversal.

Pretendemos caracterizar a amostra, compreender a importância que os familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico atribuem à informação fornecida em tempo de espera e identificar os níveis de satisfação com o serviço de informação do BO, e explorar as sugestões de melhoria que contribuem para o aumento da satisfação.

### **População e amostra**

A população alvo foi constituída pelas pessoas que solicitaram informações sobre o seu familiar ao BO, durante o período intraoperatório.

Como critérios de inclusão considerámos os familiares/pessoa significativa dos clientes cirúrgicos do BO, com mais de 18 anos que solicitaram informação, que apresentavam condições de compreender e responder às questões do questionário e que aceitaram participar no estudo.

Como critérios de exclusão definimos os familiares dos clientes pediátricos do bloco operatório, uma vez que estes seguem trâmites diferentes nos circuitos pré e pós operatórios imediatos.

A colheita de dados foi concretizada entre 12 de Fevereiro e 20 de Março de 2014, após autorização do Centro de Investigação, Comissão de Ética e Conselho de Administração do Hospital.

A amostra do nosso estudo foi constituída por 56 familiares/pessoas significativas.

### **Procedimentos formais e éticos**

Para cumprimento dos procedimentos formais e éticos, elaboramos requerimentos dirigidos ao Centro de Investigação do Hospital, à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Hospital onde se efetuou o estudo.

Tendo-se obtido autorização para a realização do estudo, assegurou-se o anonimato e a confidencialidade de todos os dados.

O consentimento informado aos familiares dos clientes cirúrgicos do BO foi realizado no dia da cirurgia do seu familiar, no momento em que aguardavam por notícias do decurso do processo cirúrgico. Após os familiares consentirem a participação no estudo, era-lhes solicitado o contacto telefónico para posteriormente (24 a 48h após) serem contactados para responderem a questionário via telefónica.

### Resultados e Discussão

A amostra é maioritariamente do género feminino (75%, n=42), com idades entre os 18 e os 75 anos, com uma média de 51,29 anos.

“Esposas/Companheiras” são as que mais pedem informações ao enfermeiro do bloco operatório (35,7%; n=20), seguindo-se as filhas com 14,3% (n=8), tendo o Grau de Parentesco “Marido/Companheiro” 12,5% (n=12,5) e “Mãe” com 8,9% (n=5),

A maioria dos familiares/pessoa significativa dos clientes cirúrgicos (78,6%) tem escolaridade inferior ou igual ao 12ºano, sendo que apenas 21,5% da amostra tem nível de escolaridade superior a 12ºano.

Verificamos que 46,5% da amostra referem atividade profissional e 53,6% dos familiares são reformados,

domésticas, desempregadas ou estudantes. Dos 56 inquiridos, 54 receberam informação no decorrer da cirurgia e 2 não receberam.

Verificamos que 55 familiares foram informados do fim da cirurgia, e apenas 1 refere não ter sido informado.

A informação da saída do recobro foi dada a 52 familiares, não tendo sido fornecida a 4 familiares.

Quanto á importância, as informações fornecidas pelo enfermeiro do BO foram consideradas “**muito importantes**” para 51 familiares, e 5 elementos consideram-na “suficiente”.

As informações fornecidas pelo enfermeiro do BO foram fornecidas de forma “muito” amável e disponível para 53 pessoas e de forma “suficiente” para 3 elementos da amostra.

A informação prestada pelo enfermeiro do BO “**ajudou muito**” a resolver as necessidades do momento de 43 familiares, e de modo “suficiente” segundo a opinião de 12. Apenas um dos inquiridos considera que a informação disponível ajudou-o “pouco” a resolver as necessidades do momento.

Nas respostas à questão, “**Gostaria de ter obtido outro tipo de informação que não lhe foi dada?**”, 89,3% (n=50) da amostra referiram que **não** precisavam de outro tipo de informação para além

daquele que foi dado. Contudo 6 familiares referiram que “Sim”, que gostariam de ter sido informados do “*tempo expectável de cirurgia*” (n=2), e sobre “*informação específica médica*” (n=4). No total constituem 6 unidades de registo que pertencem a Categoria Informação Médica.

Pereira (2008, p.18) refere “Informar é um acto multidimensional e deve ser visto numa perspectiva multidisciplinar. Não é um acto simples, e é hoje consensual analisá-lo como um dilema ético para os profissionais”

Neste sentido, conforme referido pelas alíneas a) e c) do Artigo 84º do (OE, Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos, 2005) o enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”.

Stephens-Woods (2008), refere no seu artigo “The Impact of the Surgical Liaison Nurse on Patient Satisfaction on the Perioperative”, que a prestação de informações durante a espera cirúrgica para reduzir a ansiedade dos familiares do cliente cirúrgico pode satisfazer

necessidades práticas e emocionais e o tipo de informação fornecida aos membros da família muitas vezes envolve a discussão de prazos, o progresso da cirurgia e a recuperação.

Constatamos que 43 familiares dos clientes cirúrgicos (76,8%) consideram-se “**muito satisfeitos**” com o serviço de informações do BO e 13 (23,2%) referem sentir-se satisfeitos em grau “suficiente”.

Apenas 10 elementos da amostra (17,9%) se consideram “muito satisfeitos” com as condições da zona de espera, 43 (76,8%) referem “suficiente” o seu grau de satisfação, e 3 elementos (5,4%) referem “pouca” satisfação a este nível.

Estes resultados são consistentes com as respostas à pergunta aberta: “***Deseja fazer alguma sugestão ou comentário?***”. A maioria das unidades de registo encontradas ilustra aspetos menos agradáveis relacionados com as condições da zona de espera, e outros relacionados sobretudo com a falta de privacidade.

Relativamente ao ambiente físico, foi possível identificar preocupação com as condições ambientais. A luminosidade, o ruído, a distração, o conforto e a limpeza foram aspectos que foram alvo de críticas e que deviam ser melhorados.

Indicadores	Unidades de registo	N
LUMINOSIDADE	"espaço amplo com luz natural e sempre com pessoas a passar, ajuda a distrair, reduzindo a ansiedade"	3
DISTRACÇÃO	"deveria haver mais distração na zona de espera, como por exemplo uma televisão"	1
	"junto ao Bloco de Partos, a alegria de um bebé que nasce, há esperança que paira no ar e ajuda a passar o tempo"	1
RUIDO	"muito barulho dependente das pessoas que se juntam na zona de espera"	2
CONFORTO	"poucos lugares"	4
	"mais bancos para a zona de espera"	5
LIMPEZA	"bancos com aspeto sujo"	3

Quadro 1: Indicadores da Categoria Ambiente Físico e Sub Categoria Condições Ambientais

Também no estudo de Carmichael & Agre (2002), os familiares referem a zona de espera barulhenta e lotada, onde há pouca privacidade.

O ambiente humano é também contemplado na apreciação dos familiares. As opiniões podem ser enquadradas em duas áreas: as **competências relacionais** e as **técnico-cognitivas** dos profissionais de saúde.

Na apreciação que os familiares fazem, associam a preocupação/interesse, proximidade, disponibilidade e empatia à sua satisfação com o serviço de informações.

Indicadores	Unidades de registo	N
PREOCUPAÇÃO E INTERESSE	"mesmo que não digam nada de novo, como "cirurgia ainda está a decorrer" ou "ainda está a ser operado" para nós é o suficiente, é gratificante saber que alguém se lembra que nós estamos ali, e que lá dentro estão a fazer algo pelo nosso familiar"	2
	"há uma aproximação do Bloco junto da família"	1
EMPATIA	"obrigada pelo humanismo que foi dado neste momento pois é disso que o sistema nacional de saúde precisa"	1
	"relação de confiança e de compreensão"	1
DISPONIBILIDADE	"maioria das vezes, fui eu que fui ter com as pessoas do BO e não elas comigo"	2
	"sugiro tempo fixo na recolha dos papéis"	3
	"senti que me deram apoio sempre que precisei"	3

Quadro 2: Indicadores pertencentes à Categoria Ambiente Humano e Sub Categoria Competências Relacionais

As competências técnico-cognitivas dos profissionais de saúde caracterizam-se pela privacidade, eficácia na comunicação, circulação da informação e qualidade na ação.

Indicadores	Unidades de registo	N
PRIVACIDADE	"sempre que eram dadas informações, eu e a enfermeira fazíamos o nosso espaço"	1
	"ambiente aberto e exposto, com pouca privacidade"	2
	"deveriam melhorar zona de espera para que a informação pudesse ser dada de forma mais privada"	2
	"muitas informações eram dadas de forma pouco privada, ouvindo-se conversas um pouco confidenciais"	1
EFICÁCIA NA COMUNICAÇÃO	"diminui ansiedade"	5
	"diminui dúvidas, receios, stress"	1
	"método cara a cara é o mais eficaz para reduzir ansiedade, parabéns por esse sistema"	1
CIRCULAÇÃO DA INFORMAÇÃO	"efetuaram ligação com o médico que me pôs ao corrente do que fizeram, sem vocês não teria conseguido, obrigada"	1
	"deveria haver informação médica no momento e não no dia a seguir"	1

	"esqueceram-se de nos avisar quando foi para o serviço "	3
	"caixa de informações pouco visível, deveria estar mais perto do BO , pensei que fosse do Bloco de partos"	2
	"quando o doente saiu do BO não me avisaram, deveria haver telecommunicador ou microfone para nos chamar se não estivéssemos ali"	1
	"primeira informação foi dada de forma errada, disseram que doente já estava no recobro, após isso disseram que afinal ainda estava a ser operado"	1
QUALIDADE NA AÇÃO	"obrigada por me terem deixado ir ao recobro, para além de poder estar com o meu marido, deu a visibilidade do vosso trabalho, da vossa azafama, em como estão a trabalhar pelos nossos entes queridos dando apoio e estabelecendo uma relação que é tão importante"	3
	"fiz publicidade do serviço de informações às minhas amigas, e informei-as como devem proceder para obtermos informações do Enfro do BO porque o vosso serviço é excelente"	1
	"continuem assim que estão bem"	6

Quadro 3: Indicadores pertencentes à Categoria Ambiente Humano e Sub Categoria Competências Técnico Cognitivas

Os testemunhos dos participantes de forma explícita ou implícita demonstraram o sentimento de preocupação e interesse dos enfermeiros, não apenas pelos acompanhantes mas também pelos seus entes queridos, alvo dos cuidados de enfermagem.

A proximidade, a relação de confiança e a compreensão estabelecida entre os enfermeiros e cuidadores são identificados nos relatos dos participantes do estudo, como é desejável e defendido.

No que diz respeito à disponibilidade, os testemunhos são mais divergentes, embora em três registos se tenha verificado que sentiram apoio sempre que necessitaram, outros houve que tiveram que a solicitar e talvez por isso tenham

sugerido a necessidade de existir horário definido.

A privacidade é um dos aspetos mais focados pelos participantes do estudo. Também no estudo de Lerman, Kara, & Porat (2011) a privacidade revela-se muito importante para as famílias.

Relativamente à eficácia na comunicação, os relatos foram expressivos na medida em que a informação é essencial na redução da ansiedade. Assinalam ainda a importância desta comunicação ser realizada de forma presencial. Também Leske J. (1996) refere que a prestação de informação através de um corpo físico presencial do enfermeiro perioperatório é o método mais eficaz para reduzir a ansiedade.

Os participantes relevam a importância e sucesso desta atividade desenvolvida pelos enfermeiros, incentivando-os a continuarem. Para Lerman, Kara, & Porat (2011), melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e membros da família é fundamental e deve ser pensada para aumentar os níveis de satisfação.

## CONCLUSÃO

Quando uma pessoa é submetida a cirurgia, a família e os amigos esperam junto ao Bloco Operatório, vivendo

momentos de angústia, stress e incerteza, aguardando por informações e apoio.

O enfermeiro perioperatório estabelece comunicação entre a equipa na sala de operações e a família, providenciando o suporte para colmatar as necessidades dos familiares enquanto decorre o procedimento cirúrgico. Estas atividades permitem reforçar o papel do enfermeiro perioperatório que promove cuidados holísticos ao cliente cirúrgico e família. Constitui assim, um papel de humanização que requer por parte do enfermeiro perioperatório competências em comunicação com famílias de diferentes culturas, competências relacionais com a equipa da sala de operações e enfermeiros da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). Mas também requer competências técnicas, uma vez que os conhecimentos técnicos sobre todas as especialidades cirúrgicas auxiliam o planeamento das informações a fornecer, em cada etapa ou fase cirúrgica, fundamentando previsões.

Através de um estudo de investigação, procurámos conhecer se o tipo de informação que é fornecida aos familiares/ pessoa significativa dá resposta às necessidades sentidas por estes e compreender qual o valor e o papel que a informação tem durante esta fase do processo.

O trabalho de investigação revelou elevados níveis de satisfação com a informação disponibilizada pelo enfermeiro do BO às famílias. Constituindo informação com nível de importância elevada, os familiares consideraram-na suficiente para colmatar as necessidades nos momentos de espera.

Os dados deste estudo foram apresentados e discutidos com a equipa de enfermagem do BO em questão. Constituiu um espaço de reflexão sobre a prática. Foram identificadas as características dos familiares/pessoa significativa que solicitam informações (maioritariamente do sexo feminino e esposas, com idades médias de 51,29 anos). Constatou-se que na maioria das vezes os familiares são informados do decorrer da cirurgia, do fim da intervenção cirúrgica, mas a informação sobre a saída do cliente cirúrgico da UCPA foi identificada como aspeto a melhorar. Os comentários dos familiares sugerem a “chamada por intercomunicador”, pois acontece não estarem na zona de espera no momento em que o cliente cirúrgico sai da UCPA.

No que diz respeito à disponibilidade, os testemunhos referiram a necessidade de existir horário definido. Foi refletido este assunto em equipa, definindo-se

estratégias de fornecimento de informação com espaço de tempo regular.

A privacidade foi um dos aspetos mais focados na discussão em equipa de enfermagem do BO. Os familiares consideraram que o espaço da zona de espera não reunia as condições ideais para as informações serem transmitidas, respeitando a privacidade. Debateram-se estratégias de melhoria deste aspeto, tendo-se salientado a importância de chamar a família para um espaço mais recatado para se transmitirem as informações.

A melhoria das condições físicas da zona de espera também foi tida em consideração.

Estes aspetos constituem o reflexo da vontade intrínseca de uma equipa perioperatória, em melhorar os cuidados prestados em busca de melhores padrões de qualidade como a satisfação dos clientes cirúrgicos.

Os resultados deste estudo justificam a importância de um papel de enfermeiro perioperatório que colmata as necessidades de informação dos familiares/pessoa significativa do cliente cirúrgico, no bloco operatório.

Acreditamos que este cuidado com os familiares /pessoa significativa proporciona visibilidade e uma imagem positiva da Enfermagem Perioperatória.

**Agradecimentos:** Às pessoas que cuidámos e às famílias que constituíram fonte de aprendizagem e estímulo para melhor cuidar. A toda a equipa de docentes, colegas de trabalho e de curso, e à minha família, pelo incentivo e apoio fundamentais para o desenvolvimento deste percurso académico e profissional.

## REFERÊNCIAS

- AESOP, A. d. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bailey, J., & Stewart, J. (2003). Merle Mishel: la Incertumbre Frente a la Enfermedad. In A. Tomey, & M. Alligood, *Modelos y Teorias de Enfermeria* (pp. 561-584). Barcelona: Elsevier Science.
- Blum, E., & Burns, S. (September de 2013). *Perioperative communication and family members' perceived level of anxiety and satisfaction*. Obtido de ORNAC Journal: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=629aabb9-10ed-4ec4-abb2-bb02589d5852%40sesionmgr110hid=123>
- C K Madigan, D. D. (2000, August). Development of a family liaison model during operative procedures - research reviews. *AORN Journal*.
- Cabrera, L. S. (2007). Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Medicina Intensiva*, pp. 57-61.
- Carmichael, J., & Agre, P. (2002). Preferences in surgical waiting area amenities. *AORN Journal*, 1077-1083.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. Mosby: Elsevier.
- Crumb, M. (s.d.). *Surgery tweets New Way to Keep Family in Loop*. Obtido em 20 de Fevereiro de 2014, de Health Care NBC News: <http://phys.org/news171121774.html>
- Donna R McEwen, Y. N. (July de 1998). Family-centered perioperative nursing care takes on a new look. *AORN Journal*.
- Donnell, S. G. (1989, november). Coping during the wait - surgical nurse liaison program aids families. *Aorn Journal*.

- Gruendemann, B. J. (1995). *Comprehensive Perioperative Nursing. Hardcover.*
- Hamlin, L., Richardson-Tench, M., & Davies, M. (2009). *Perioperative Nursing: An Introductory Text. Australia: Mosby.*
- Herbert, M. [. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos Práticos.* Lisboa: Instituto Piaget.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. *Loures: Lusociência*, pp. 40-70.
- Hesbeen, W. (2006). Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir com o autor do seu próprio pensamento. *Loures: Lusociência*, pp. 61-80.
- ICN. (2010). *Ordem dos Enfermeiros.* Obtido de Browser CIPE: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Imperatori, E., & Girdales, M. d. (2010). Metodologia do Planeamento da Saúde Mental para uso em serviços centrais, regionais e locais. . In L. Nunes, A. Ruivo, & C. Ferrito, *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas.* Revista Percursos.
- J M, C. (2002). Preferences in surgical waiting area amenities. *AORN Journal.*
- Kain, Z., & Mayies, L. (1996). *Preoperative Anxiety in Children: Predictors and Outcomes.*
- Ketele, J. M., & Roegiers, X. (1993). *Metodologia de Recolha de Dados e Fundamentos dos métodos de Observação, de Questionário, de Entrevista e de Estudo de Documentos.* Lisboa: Instituto Piaget.
- Knobel, E., Andreoli, P. B., & Erlichman, M. R. (2008). Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves. *Atheneu: São Paulo*, p. 375.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico.* São Paulo: Editora Atlas.
- Lerman, Y., Kara, I., & Porat, N. (2011). Nurse Liaison: The Bridge Between the Perioperative Department and Patient Accompaniers. *AORN Journal*, 385-392.
- Lerman, Y., Kara, I., & Porat, N. (October de 2011). Nurse Liaison: The Bridge Between the Perioperative Department and Patient Accompaniers. *AORN Journal*, pp. 385-392.
- Leske, J. (Maio de 1993). Anxiety of Elective Surgical Patients' Family Members: Relationship Between Anxiety Levels, Family Characteristics. *AORN Journal*, pp. 1091-1103.
- Leske, J. S. (September de 1996). Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. *AORN Journal*, pp. 424-435.
- Leske, J. S. (Março de 1996). Intraoperative Progress Reports Decrease Family Members' Anxiety. *AORN Journal*, pp. 424-436.
- Liberado, J. (2004). A informação aos familiares e acompanhantes: avaliação do grau de satisfação. *Revista Sinais Vitais*, pp. 19-24.
- Madigan, C. K., Donaghue, D. D., & Carpenter, E. V. (August de 2000). Development of a Family Liaison Model During Operative Procedures. *AORN Journal*, pp. 308-310.
- Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1241-1248.
- Maruiti, M. R., & Galdeano, L. E. (2007). *Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Cuidados Intensivos.* Obtido de Acta Paul Enferm: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>
- Maxwell, K. e. (2007). Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, pp. 367-376.
- McEwen, D. [. (1998). Family-Centered Perioperative Nursing Care Takes on a New Look. *AORN Journal*, pp. 97-100.
- Mcintyre, T. [. (2002). *A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação.* Porto: Comissão Coordenadora da Região Norte, Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente.
- Mishel, M., & Clayton, M. (2008). Theories of Uncertainty in Illness. In M. J. Smith, & P. R. Liehr, *Middle Range Theory for Nursing.* New York: Springer Publishing Company.
- Mitchell, M. (2007). *Psychological care of patients undergoing elective surgery.* Nursing Stand.
- Muldoon, M., Cheng, D., & Vish, N. (2011). *Implementation of an Informational Card to Reduce Members' Anxiety.* Obtido em 20 de Fevereiro de 2014, de AORN: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2011.01.016>
- Neves, M. P. (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, pp. 32-37.
- Nunes, L. (Abril de 2012). Enfermagem Perioperatória: Desafios para a Viagem. *Revista AESOP*, pp. 19-24.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica.* Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal: Departamento de Enfermagem.
- Nunes, L., Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas.* Obtido de [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

- OE. (s.d.). Parecer 111/2009 - Sobre Informação e Complementaridade.
- OE, O. d. (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão de Luto*. Coimbra: Formasau.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos em Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sakellarides, C. (2003). *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Lisboa: Edição Instituto do Consumidor.
- Sorensen, & Luckmann. (1998). *Basic Nursing: a Psychophysiological Approach*. Medical.
- Stefan, K. (2010). The Nurse Liaison in Perioperative Services: a Family-Centered Approach. *AORN Journal*, 150-157.
- Stephens-Woods, K. (December de 2008). The Impact of the Surgical Liaison Nurse on Patient Satisfaction in the Perioperative. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, pp. 6-11.
- Stone, A., & Lammers, J. (2012). *The Uncertainty Room: Strategies for Managing uncertainty in a Surgical Waiting Room*. Obtido de Perm J: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23251113>
- Topp, R. W., & Sanford, C. (1998). Can providing paging devices relieve waiting room anxiety? *AORN Journal*, 852-861.
- Trecartin, K., & Carroll, D. L. (2011). Nursing Interventions for a Family Members Waiting During Cardiac Procedures. *Clinical Nursing Research*, pp. 263-275.
- Wagstaff, A., & Doorslaer, E. V. (2000). Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care. *Journal of Human Resources*, 716-733.
- Waldow, V. (Janeiro/Fevereiro de 2009). *Momento de Cuidar: Momento de Reflexão na Acção*. Obtido de Revista Brasileira de Enfermagem: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>
- Yazile Sayin, G. A. (June de 2012). the nurse's role in providing information to surgical patient and family members in Turkey: a descriptive study. *AORN Journal*.
- Yulia Learman, I. K. (October de 2011). Nurse liaison: the bridge between the perioperative department and patient companions. *AORN Journal*.