



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Cármén Cristina dos Santos Soares

**COMUNICAÇÃO NO PERIOPERATÓRIO:
CONTRIBUTOS PARA A FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A
CIRURGIA ELETIVA**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

Comunicação no Perioperatório: Contributos para a Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva

Relatório Final de Estágio

Cármén Cristina dos Santos Soares

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação do Professor Doutor Custódio Sérgio Cunha Soares

Oliveira de Azeméis | 2023

*"Conhecimento é capacitar aqueles que o desenvolvem, aqueles que o usam e
aqueles que beneficiam dele"*

Afaf Meleis

AGRADECIMENTOS

A elaboração do presente relatório de estágio com componente de investigação corresponde ao culminar de um percurso com inúmeros momentos de aprendizagem académica e pessoal, sempre sob orientação e acompanhamento de um leque de pessoas fundamentais, às quais pretendo agradecer.

Ao Professor Doutor Sérgio Soares, agradeço pela exigência e rigor na execução deste trabalho, assim como pela partilha de conhecimento científico, pela disponibilidade e apoio demonstrados ao longo deste percurso.

Agradeço a todos os professores da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa pelo papel que desempenharam no meu desenvolvimento e aprofundamento pessoal e profissional.

Às minhas amigas, em particular à Maribel Costa, à Carla Reis e à Isabel Melo, pelo apoio constante e amizade.

Aos meus colegas de serviço do Bloco Operatório, pelo companheirismo, durante esta etapa exigente.

Ao meu marido e filhas por me ouvirem nos momentos de incerteza e cansaço, pela compreensão de “estar presente, mas ausente ao mesmo tempo” assim como valorizarem cada conquista realizada.

Por último aos meus pais e irmã(o), pela confiança que sempre tiveram em mim.

A todos, o meu sincero obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AC – Análise de Conteúdo

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

BO – Bloco Operatório

CA – Conselho de Administração

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSSV – Cirurgia Segura Salva Vidas

DGS – Direção Geral da Saúde

ECTS – *European Credit Transfer System*

EEEMCEPSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EORNA – *European Operating Room Nurses Association*

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EUA – Estados Unidos da América

ICN – *International Council of Nurses*

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identify; Situation; background; Assessment; Recommendation*

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

QR CODE – *Quick Response Code*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMS - *Short Message Service*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

Este relatório foi desenvolvido no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na opção – Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. O objetivo principal centrou-se em demonstrar o percurso realizado no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista e no âmbito do grau de Mestre. O documento focou-se no estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, realizado num Bloco Operatório convencional no período compreendido entre 3 de dezembro e 30 de junho de 2022, tendo em vista a concretização dos objetivos propostos. A metodologia utilizada foi descritiva, analítica e crítico-reflexiva.

O foco centrou-se no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente: os pilares éticos e legais, com foco no respeito pela dignidade humana, pela autonomia e pelas crenças e valores da pessoa/família; a qualidade de cuidados, com relevo no desenvolvimento de uma postura crítica face à eficiência, segurança da pessoa e gestão de eventos de crise; gestão de cuidados, incidindo na gestão individual e priorização dos cuidados; formação em serviço, tendo realizado uma ação de sensibilização sobre comunicação no perioperatório com a família, aos enfermeiros do bloco operatório e participações em congressos sob a forma de comunicação oral e pósteres para divulgação dos conhecimentos alcançados através do processo de investigação desenvolvido.

Perante as competências específicas do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Perioperatória, refletiu-se minuciosamente nas desenvolvidas no bloco operatório, enfatizando a promoção dos cuidados à pessoa englobando a família como parte fulcral de todo o processo cirúrgico; mobilização de conhecimentos e habilidades por forma a garantir a segurança da pessoa, da equipa multidisciplinar e do ambiente, promovendo consciência cirúrgica, a liderança no processo de prevenção e controle de infeção, assim como a gestão/controle de todos os equipamentos utilizados no perioperatório.

Este caminho percorrido permitiu desenvolver a assertividade, a autonomia, a liderança e a comunicação, ou seja, competências avançadas que sustentam a tomada de decisão. Realçou-se, a importância de o enfermeiro especialista ser detentor de competências de enfermagem avançada, por forma a prestar cuidados especializados de qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Perioperatória; Competência Profissional; Controle de Infeção

ABSTRACT

This report was developed for the 1st Master Degree in Medical-Surgical Nursing, with specialization on Nursing to the Person in Perioperative Situation, in the *Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa*. The main objective was to demonstrate the development of competencies by the Expert Nurse, within the scope of this Master. The document focused on the internship in Nursing to Perioperative Patients II, which took place in a conventional operating room, between december 3rd and june 30st 2012, according to the proposed objectives. The methodology used was descriptive, analytical and critical-reflective.

The focus was the development of specialist nurses' common competences, namely: ethical and legal pillars, related with the respect for human dignity; autonomy, beliefs and values of the person/family; the quality of care, emphasizing the development of a critical attitude towards efficiency, patient safety and crisis management; care management, focusing on individualization and prioritisation of care; research and professional learning. Concerning the last, oral communications and posters were presented in congresses, as well as a lecture about perioperative communication with the family members, that was carried out to raise awareness on the operating room nurses.

The specific skills of the Specialist Nurse for People in Perioperative Situations, were thoroughly developed in the operating room, highlighting the promotion of care to the person, including the family as a vital element of the entire process; acquisition of knowledge and skills fundamental to ensure the safety of the person, the multidisciplinary team and the environment, thus promoting surgical awareness, leadership in the process of infection prevention and control, as well as the management/control of all the equipment used in the perioperative period.

Ultimately, this internship allowed the development of assertiveness, autonomy, leadership and communication skills, as advanced skills that support decision-making. This highlights the importance of certified advanced nursing competences as the ones hold by the Specialist Nurse, in order to provide the best quality care.

Keywords: Medical Surgical Nursing; Perioperative Nursing; Professional Competences; Infection Control

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos Participantes por Grau de Parentesco	75
Tabela 2: Análise das Questões Fechadas.....	75
Tabela 3: Síntese do <i>Corpus</i> de Análise.....	78
Tabela 4: Categorização	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Desenho de Investigação.	71
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento do Contexto de Estágio.....	25
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	29
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	35
3.1. <i>Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família</i>	37
3.2. <i>Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica</i>	42
4. Considerações Finais	49
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	51
1. RESUMO.....	53
2. ABSTRAT	55
3. Fundamentação/Enquadramento Teórico	57
4. Finalidade e Objetivos.....	69
5. Metodologia	71
5.1. <i>Desenho do Estudo</i>	71
5.2. <i>População e Amostra</i>	72
5.3. <i>Técnicas e Instrumentos de Colheita de Dados</i>	73
5.4. <i>Tratamento e Análise de Dados</i>	74
5.5. <i>Considerações Éticas</i>	80
6. Resultados e Discussão	83
7. Conclusão.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS.....	113

ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética	115
ANEXO II: Declaração da Ação de Sensibilização	119
ANEXO III: Dados Estatísticos SPSS®	123
ANEXO IV: Certificados de Participação	129
APÊNDICES	137
APÊNDICE I: Póster – Redução da Ansiedade à Pessoa em Situação Perioperatória	139
APÊNDICE II: Comunicação Oral – Bloco Operatório do Futuro, uma Realidade Próxima	143
APÊNDICE III: Póster – Novas Tecnologias no Perioperatório: Comunicação com a Família	151
APÊNDICE IV: Póster – Projeto de Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa submetida a Cirurgia Eletiva	155
APÊNDICE V: Comunicação Oral – Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva	159
APÊNDICE VI: Ação de Sensibilização aos Enfermeiros do Bloco Operatório	163
APÊNDICE VII: Questionário de Avaliação da Ação de Sensibilização aos Enfermeiros ...	179
APÊNDICE VIII: Questionário do Estudo de Investigação	183
APÊNDICE IX: Consentimento Informado dos Participantes	189
APÊNDICE X: Projeto de Investigação	193
APÊNDICE XI: <i>Corpus</i> de Análise	207

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular, Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na opção, na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCEPSP), da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

A unidade curricular em questão, contempla 810 horas, das quais 440 horas foram de contacto direto num Bloco Operatório (BO) convencional num Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal, 270 horas de trabalho autónomo, 80 horas em orientação tutorial e 20 horas em seminários tendo decorrido no período de 3 de dezembro a 30 junho de 2022.

Este documento, encontra-se dividido em duas partes, a primeira relativa à componente de desenvolvimento e aquisição de competências em contexto de estágio, e a segunda parte reservada à componente de investigação através da realização de um estudo qualitativo. A sua conclusão e respetiva defesa em prova pública, visa a obtenção do título de EEEMCEPSP e o grau de Mestre na área de especialização mencionada.

Atualmente, a Enfermagem é considerada uma profissão dinâmica, requerendo uma prática baseada na evidência científica para dar resposta aos desafios do quotidiano de uma sociedade cada vez mais complexa e exigente. Para tal, torna-se fulcral a aquisição de novas competências e uma atualização constante de conhecimentos inerentes ao exercício profissional. Neste sentido, o enfermeiro especialista, assume-se como um profissional de referência e destaque na realização de cuidados especializados de qualidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo reconhecido como um elemento-chave face às necessidades desses mesmos cuidados (Lei n.º 156/2015). Concretamente, a área de EEEMCEPSP, apresenta como alvo dos seus cuidados e de intervenção a pessoa e respetiva família, a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos/anestésicos, tendo como objetivo a promoção da saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença (Regulamento n.º 429/2018).

Pelos motivos supracitados, surgiram as motivações para a realização desta etapa formativa, para enriquecimento pessoal e profissional indo de encontro à experiência profissional de 15 anos, essencialmente em contexto de BO. Esta especialização, assumiu um papel preponderante não só no desenvolvimento profissional, mas também pela oportunidade de prestar cuidados diferenciados nas diferentes áreas de atuação, multidisciplinares e para as

tomadas de decisão na preocupação permanente pela segurança, qualidade e satisfação da pessoa em situação perioperatória e respetivas famílias, baseada na mais recente evidência científica.

Este relatório, reflete todo o processo de aprendizagem e mobilização de conhecimentos ao longo do estágio, incidindo numa análise-crítico reflexiva face às competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Este percurso iniciou-se com a delimitação dos objetivos específicos, tendo por base os objetivos gerais da unidade curricular, visando a aquisição e desenvolvimento de competências avançadas, assentes na tomada de decisão consciente e ético/legal para alcançar cuidados de excelência. Os objetivos traçados foram:

- Desenvolver competências no âmbito da segurança da pessoa em situação perioperatória, e de toda a equipa multidisciplinar, congruentes com as funções de enfermeira circulante/instrumentista;
- Demonstrar capacidade de liderança na prevenção e controle de infeção associado aos cuidados no perioperatório, enquanto enfermeira a exercer funções de circulante e instrumentista;
- Desenvolver competências no âmbito de decisões clínicas e éticas de enfermagem perioperatória;
- Sensibilizar os enfermeiros do perioperatório para a importância da comunicação neste período como estratégia na redução da ansiedade vivenciada pelos familiares da pessoa submetida ao ato cirúrgico;
- Disseminar os conhecimentos resultantes do estudo de investigação desenvolvido, através de artigo de investigação e congressos/eventos científicos.

A segunda parte deste documento contempla a componente de investigação, com um estudo cuja problemática surgiu da observação empírica, da experiência profissional num BO central e da literatura, tendo recaído sob a comunicação no perioperatório entre o enfermeiro e a família. Desta problemática, emergiu o tema “comunicação no perioperatório: contributos para a família da pessoa submetida a cirurgia eletiva”.

A comunicação com a família, é frequentemente colocada em segundo plano em todo o processo cirúrgico, pois as intervenções de enfermagem privilegiam essencialmente o cuidado à pessoa. Contudo, a pessoa em situação perioperatória revela com frequência preocupação com o fato de a família não ter informações, aguardando por notícias num estado de ansiedade e preocupação (*Association of periOperative Registered Nurses [AORN]*, 2018). A ansiedade e o *stress* são as principais emoções vivenciadas pela família, segundo

Somavilla et al. (2021) e AORN (2022a; 2022b), no momento de vulnerabilidade que caracteriza a espera durante o ato cirúrgico.

No perioperatório, a necessidade de informação por parte da família é das maiores necessidades relatadas (Caverzan et al., 2017; Kynoch et al., 2017; Azarfarin et al., 2018; AORN, 2019b, Alsabban et al., 2020; Joshi e Thatte, 2021). No entanto, é relatado por Kynoch et al. (2017) como um período onde pouco ou nenhuma comunicação é estabelecida com a família. Esta, é muitas vezes ignorada ou esquecida, não conseguindo os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros visualizá-la como pessoas que também necessitam de cuidados e devem estar e ser incluídas em todo o processo cirúrgico (Caverzan et al., 2017). Para dar resposta a esta situação, surgiram soluções como *softwares* e programas informáticos de registos que permitem colocar o número de telemóvel do familiar para que este receba um *Short Message Service (SMS)* pré-definido, no seu telemóvel a informar as etapas da cirurgia (início e fim), designado, *status* cirúrgico.

É perante estes factos e por não existir uma sistematização, organização e planeamento das intervenções de enfermagem face à comunicação efetiva com a família no BO do Centro Hospitalar em questão, que surgiu a necessidade de trabalhar esta temática. Partindo da questão de investigação “Como é que a família da pessoa submetida a cirurgia eletiva percebe a comunicação no perioperatório?”, delineou-se o objetivo geral a alcançar:

- Compreender a perceção da família da pessoa submetida a cirurgia eletiva sobre a comunicação no perioperatório com os enfermeiros.

Por forma atingir a meta supracitada, definiu-se como objetivos específicos:

- Estudar o envio de SMS sobre o *status* cirúrgico como estratégia de comunicação no perioperatório junto da família da pessoa submetida a cirurgia eletiva;
- Verificar a existência de relação entre comunicação no perioperatório e ansiedade;
- Identificar o grau de satisfação da família face às informações obtidas/comunicação estabelecida;
- Desenvolver a comunicação no perioperatório entre o enfermeiro e a família da pessoa submetida a cirurgia eletiva.

Face ao objetivo geral traçado, enveredou-se por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, tendo incidido numa amostra não probabilística e intencional. A escolha da técnica e instrumento de colheita de dados recaiu num inquérito por questionário, realizado via telefone aos familiares, tendo os resultados obtidos sido sujeitos a uma análise estatística descritiva e uma análise de conteúdo, segundo Bardin.

Face ao exposto, alicerçamos conceptualmente o nosso estudo na teoria das transições de Afaf Meleis (2000), assim como, a opção pelos conceitos de família e pessoa estiveram assentes na terminologia utilizada pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Este documento encontra-se estruturado em duas partes, correspondendo a *primeira* parte à componente de estágio, contemplando como capítulos: introdução; enquadramento do contexto de estágio; competências comuns do enfermeiro especialista; competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória e por último as considerações finais.

A segunda parte é referente à componente de investigação, onde se insere os capítulos: fundamentação/enquadramento teórico; finalidade e objetivos do estudo; o método e respetivo desenho da investigação contemplando as opções para a seleção dos participantes, técnicas e instrumentos de colheita de dados; tratamento de dados e as considerações éticas; seguindo-se a apresentação dos resultados e discussão dos mesmos confrontando-os com a melhor evidência, visto que todo o percurso esteve alicerçado na revisão da literatura mais recente; por último a conclusão e considerações finais.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatório II

1. Enquadramento do Contexto de Estágio

A realização de um estágio assume-se como uma etapa indispensável e determinante no percurso de aquisição e consolidação de competências necessárias quer à formação profissional quer ao seu desenvolvimento pessoal. Esta etapa alcança o desenvolvimento e aprofundamento de diversos processos formativos, bem como o processo de auto e heteroformação, onde, o campo de experiências proporcionadas permitem a interligação de conhecimentos e valores enraizados no essencial da disciplina e a aplicação dos mesmos em pleno juízo clínico, conduzindo a uma intervenção reflexiva (Soares, 2021).

Após uma breve caracterização do local de estágio, segue-se a elaboração de uma análise crítico-reflexiva baseada em evidência científica das atividades realizadas e respetivo contributo clínico quer a nível pessoal quer profissional.

Desta forma, o presente documento pretende evidenciar todo o processo de desenvolvimento e aquisição das competências.

Estágio em Contexto de Bloco Operatório

A prática reflexiva em estágio, é percebida como uma forma de aprendizagem, assumindo-se como uma condição indispensável para o desenvolvimento profissional e intelectual. A reflexão tem alcançado um reconhecimento profundo na prática de enfermagem, fomentando o processo de enfermagem e impulsionando o *corpus* de conhecimento enquanto disciplina (N. Peixoto, Santos & Martins, 2016; T. Peixoto, Santos & Martins, 2016). É assente nesta premissa, que se procedeu à realização deste relatório.

O estágio surgiu no âmbito do 1º Curso de Mestrado EEEMCEPSP que decorreu num BO convencional. Este realizou-se no período de 3 janeiro a 31 maio de 2022, num total de 440 horas de contacto direto. A esta unidade curricular são atribuídos 30 *European Credit Transfer System* (ECTS), sendo que além das horas de contacto direto, as restantes são distribuídas por 270 horas de trabalho autónomo, 80 horas em orientação tutorial e 20 horas em seminários, perfazendo 810 horas.

Este estágio de natureza profissional, assentou na formação prática/clínica orientada por objetivos de nível avançado, demonstrando a aquisição e desenvolvimento de elevadas competências de juízo crítico, de planeamento, assim como, de tomada de decisão em situações complexas na área profissional supracitada. O mesmo estágio incluiu ainda uma componente de investigação, numa procura pela excelência da prática clínica e

simultaneamente, com o intuito do desenvolvimento contínuo da Enfermagem, enquanto profissão e ciência, com o objetivo de permitir que os conhecimentos, fruto da investigação auxiliem nas tomadas de decisão adequadas e pertinentes, alicerçando e consolidando as práticas por forma a contribuir para o aumento do valor e da visibilidade social da Enfermagem.

O estágio como processo de aprendizagem e mobilização de conhecimentos, teve início com a definição dos objetivos, sendo eles:

- Desenvolver competências no âmbito da segurança da pessoa em situação perioperatória e de toda a equipa multidisciplinar, congruente com as funções de enfermeira circulante/instrumentista;
- Demonstrar capacidade de liderança na prevenção e controle de infeção associado aos cuidados no perioperatório, enquanto enfermeira a exercer funções de circulante e instrumentista;
- Desenvolver competências no âmbito de decisões clínicas e éticas de enfermagem perioperatória;
- Sensibilizar os enfermeiros do perioperatório para a importância da comunicação neste período como estratégia na redução da ansiedade vivenciada pelos familiares da pessoa submetida ao ato cirúrgico;
- Disseminar os conhecimentos resultantes do estudo de investigação desenvolvido, através de um artigo de investigação e congressos/eventos científicos.

Este momento de estágio, decorreu num BO de um Centro Hospital da região Norte de Portugal, responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população que ronda os 340.000 habitantes. É constituído por seis salas operatórias e uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), onde estão presentes as seguintes especialidades: Ortopedia; Cirurgia Geral; Ginecologia; Urologia e Cirurgia Plástica.

A cirurgia eletiva funciona nos cinco dias úteis da semana, no período compreendido entre as 8h00 e as 20h00, nas 5 suites operatórias. Já a cirurgia de urgência/emergência é assegurada 24 horas, em sala exclusiva para tal os 7 dias da semana, sendo esta também a sala destacada para situações de COVID-19.

O total funcionamento deste BO é assegurado por uma equipa multidisciplinar, em que cada elemento desempenha um papel primordial, nomeadamente a equipa de enfermagem constituída por 75 indivíduos maioritariamente jovens e do sexo feminino. Os enfermeiros encontram-se distribuídos por grupos e especialidades, ou seja, o grupo dos enfermeiros de anestesia/UCPA, enfermeiros circulantes/instrumentistas distribuídos pelas especialidades existentes neste centro hospitalar: cirurgia geral, ortopedia, urologia, ginecologia, cirurgia

plástica. Devido à complexidade e especificidade das diversas especialidades constataram que este tipo de divisão era uma mais-valia para os profissionais, para a dinâmica do serviço e essencialmente para a pessoa em situação perioperatória. A cada grupo está associado um conjunto de especialidades, exercendo maioritariamente as suas atividades nessa área. No entanto, saliento que apesar de existirem outros hospitais do SNS com este registo, na maioria os enfermeiros desempenham todas as atividades das diversas áreas, havendo rotatividade dos mesmos, sendo o preconizado pela Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2012).

Diariamente, é afixado o plano de trabalho que contempla a distribuição dos enfermeiros pelas salas operatórias e funções acrescidas. O mesmo acontece com as assistentes operacionais, sendo que no início de cada turno, os profissionais já sabem quais as funções que devem desempenhar no dia em questão. Este método de organização, é bastante vantajoso para os profissionais, pois o facto de saberem atempadamente o plano cirúrgico, anexado pelo secretário do BO no início de cada semana, permite que se preparem para alguma intervenção específica. Este método, facilita também a gestão de equipamentos e materiais, por forma, à prestação de cuidados com a máxima qualidade e segurança.

A oportunidade de realizar o estágio no mesmo local onde exerce funções, foi sem dúvida benéfico, pois o serviço enriqueceu com o estudo de investigação desenvolvido, e a nível pessoal permitiu uma integração mais célebre ao contexto de estágio (espaço físico; humano; especificidades do serviço). Também permitiu, o alcance de uma maior rentabilização do tempo, para desenvolver estratégias e atividades, facilitando o aperfeiçoamento da *praxis* junto dos pares, contribuindo assim, para adequadas tomadas de decisão que visam a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem no próprio local de trabalho.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O conjunto de competências atribuídas ao enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais traduzindo-se em competências comuns, ou seja, aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da área de especialização (Regulamento n.º 140/2019). As mesmas, são demonstradas pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, suportadas pela formação, investigação e assessoria constante no âmbito do exercício profissional (Regulamento n.º 140/2019).

Com base no Regulamento supracitado e segundo o estatuto da OE, o enfermeiro especialista possui quatro domínios de competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados de saúde e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Será com base nestes fundamentos, que se procederá à descrição e análise das situações vivenciadas, assim como as intervenções desenvolvidas ao longo do estágio.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo o artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os enfermeiros deverão no exercício das suas funções adotar uma conduta responsável e ética, assente no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos (OE, 2015). Os enfermeiros especialistas, devem acima de tudo defender e respeitar os direitos das pessoas de quem cuidam, família ou comunidade. Este domínio define-se como a demonstração de um exercício seguro, legal, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, assim como na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências das pessoas.

A OE vai mais longe, referindo que os enfermeiros deverão demonstrar na sua prática respeito pelos direitos humanos, analisando e interpretando cada situação como específica e com cuidados especializados, responsabilizando-se pela gestão de situações potencialmente comprometedoras para as pessoas (Regulamento n.º 140/2019).

Em todos os contextos, inclusive no BO, não é possível cuidar se não forem interiorizados os princípios éticos e deontológicos intrínsecos à profissão, procurando que todos os cuidados à pessoa/família respeitem os princípios básicos, nomeadamente os princípios da *autonomia* (o respeito por todas as escolhas e decisões verdadeiramente livres, ou seja, feitas de forma

consciente sem qualquer coação, tendo o direito de decidir sobre as questões relacionadas com o seu corpo e à sua vida, como ser operadas ou não), *justiça* (para situações idênticas devem ser tratados igualmente), *não maleficência* (obriga a não fazer mal, a não provocar qualquer dano de modo intencional, minimizando ao máximo o dano) e *beneficência* (refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo, tendo a obrigação de promover o mais importante e legítimo em prol dos interesses da pessoa), reconhecendo assim a dignidade da vida humana (OE, 2010).

Atendendo às necessidades em contexto de BO, ao longo do estágio e tendo presente que, em determinadas situações, algumas pessoas que vão ser submetidas a cirurgia apresentam alteração do estado de consciência, quer devido à sua situação clínica quer à indução por substâncias farmacológicas, atuar com base no código deontológico e na experiência sustentada na evidência científica torna-se fundamental. Só assim, se consegue garantir cuidados de qualidade, promover o conforto e fomentar a segurança, a dignidade e a privacidade das pessoas/família. Nunca esquecendo que os enfermeiros são como que “advogado” de defesa que zelam sempre pelos seus interesses, o que requer profissionalismo, grande capacidade de comunicação com os pares e assertividade por forma a prestar o melhor cuidado.

Este domínio também foi trabalhado aquando a realização do trabalho de investigação, contemplando todas as autorizações ético-legais, nomeadamente autorização do conselho de administração do Centro Hospitalar em questão e respetivo parecer da comissão de ética. Os princípios de anonimato, confidencialidade e proteção de dados foram cumpridos salvaguardando os interesses dos participantes.

Domínio da Melhoria da Qualidade

O domínio da melhoria da qualidade, desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais na área da gestão clínica. Assim, o enfermeiro concebe e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, por forma a manter um ambiente terapêutico e seguro.

É sem dúvida uma das áreas onde os enfermeiros do perioperatório mais se têm destacado, na melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem, tendo por base os enunciados descritivos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Médico-Cirúrgica emanados pela OE. Nomeadamente na satisfação do cliente: o respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual (ex.: uma pessoa submetida a uma cirurgia complexa pediu para o deixar entrar com um pequeno terço, que se possível

permanecesse junto dela durante a cirurgia); prevenção de complicações: identificar os potenciais problemas para a pessoa, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para implementar e avaliar as intervenções realizadas para evitar ou minimizar os mesmos (ex.: usar faixas de proteção para a prevenção de quedas); por último o bem-estar e autocuidado: identificar os problemas da pessoa, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para implementar e avaliar as intervenções (OE, 2015).

Foi neste sentido, numa procura incessante pela melhoria da qualidade dos cuidados, concretamente no âmbito da comunicação no perioperatório, entre os enfermeiros e a família que se desenvolveu o trabalho de investigação. Para além de melhorar a qualidade da comunicação no perioperatório, trabalhou-se também a satisfação do cliente e respetiva família, por forma a tornar o ato cirúrgico uma transição saudável e uma experiência positiva. Os indicadores de qualidade, constituem um exemplo que congrega o valor na gestão das melhores práticas clínicas em enfermagem. No campo da qualidade, a enfermagem perioperatória apresenta três preocupações fundamentais: a eficiência, a segurança da pessoa e a gestão de eventos de crise (Wu et al., 2017). A eficiência, assenta em dois fenómenos orientados para a produtividade cirúrgica, o início da primeira intervenção cirúrgica e o tempo de *turnover*/pausa, cujos atrasos levam a possíveis situações de risco, sobretudo, pela influência negativa na equipa cirúrgica e no ato cirúrgico. Ao longo do estágio, tive oportunidade de intervir na gestão da sala, nomeadamente, no cumprimento dos *timings* cirúrgicos. Esta gestão, passa por minimizar a pressão exercida nas assistentes operacionais aquando da higienização/desinfecção da sala, assim como pausas pouco prolongadas por forma a não comprometer o cumprimento do plano cirúrgico. De facto, a eficiência percebe-se como um resultado coletivo, que emerge da responsabilidade e empenho de cada profissional num processo comum. Quanto à segurança da pessoa, esta apresenta múltiplas e contínuas variações, sendo uma referência dinâmica de apoio e proteção gerada no ambiente de cuidados, sendo aprofundada mais à frente. A gestão de eventos de crise incide na exigência de níveis elevados de competência dos profissionais (Castro, 2018). Para tal, mensalmente são realizadas, no serviço sessões de simulação de Suporte Avançado de Vida (SAV) em sala operatória e simulacros sobre o plano de emergência interno, tendo participado na sua organização e dinamização. Estas sessões habilitam os profissionais a dar resposta efetiva face às circunstâncias que potencialmente podem colocar em causa a vida das pessoas. Outras iniciativas realizadas no âmbito deste domínio foram a reorganização das listas de verificação (ex.: carro de via aérea difícil) e normas/protocolos de atuação (ex.: hipertermia maligna).

Como durante o estágio, o serviço esteve sujeito a auditorias externas, foi possível colaborar neste processo de organização e sistematização.

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma ação prioritária e a sua operacionalização vem reforçar a segurança tanto dos profissionais para uma prestação de cuidados seguros, efetivos e eficientes, como das pessoas e das famílias para se sentirem seguros e confiantes quanto aos cuidados prestados. O projeto de investigação, desenvolvido no decurso do estágio, no âmbito da comunicação no perioperatório vai de encontro ao que a OE preconiza para o enfermeiro especialista, ou seja, conceção e realização de projetos institucionais na área da qualidade, promovendo a sua disseminação. Torna-se necessário reconhecer que para que haja melhoria da qualidade é necessária análise, revisão das práticas perante os resultados obtidos, avaliar a qualidade e com base nos resultados implementar programas de melhoria (Regulamento n.º 429/2018).

Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão de Cuidados de Enfermagem desempenha hoje, e mais do que nunca, um papel preponderante para o alcance de metas como a qualidade, a eficiência e a eficácia, nos cuidados de saúde. Especificamente, neste domínio considera-se que o enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimiza as respostas de enfermagem e de toda a equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das intervenções delegadas (Regulamento n.º 140/2019). Pode-se então depreender que todos estes enfermeiros deverão possuir competências na área da gestão de cuidados.

Neste processo de gestão como a concretização de intervenções, seja pelo próprio ou por outros, fazem parte elementos como a liderança, a motivação, a comunicação, a capacidade para lidar com conflitos, os conhecimentos técnico-científicos e a ética. Estes são fundamentais para obter a excelência dos cuidados, com base na competência profissional, na satisfação dos clientes e no fortalecimento e desenvolvimento do sistema de prestação de cuidados (Mota, 2021).

O sucesso para uma boa liderança passa pelo planeamento, por uma capacidade de organização, de incentivo, de controle e de uma tomada de decisão assertiva. No entanto, sem uma liderança eficaz não será possível motivar e inspirar os outros para o alcance dos objetivos estabelecidos. A gestão de cuidados, pode ser encarada como a gestão individual dos cuidados de cada profissional para cada pessoa. Desde a gestão do material, do tempo de acolhimento, do tempo para a indução anestésica, na preparação das mesas cirúrgicas,

na gestão e controle dos tempos cirúrgicos, gestão do número de elementos dentro da sala operatória, dos ruídos, gestão de prioridades, entre outros itens (Mota et al., 2022).

Todo o trabalho requer gestão, tendo sido desenvolvida ao longo do estágio incidindo numa gestão de cuidados assertiva, segura e acima de tudo que respeite a priorização do estado das pessoas, sendo estas o centro dessa gestão.

O BO, na sua atividade assistencial apresenta-se como um serviço “especial/específico”, mas, por vezes tende a ficar caótico, onde as capacidades de gestão, coordenação e liderança têm de estar fortemente presentes para o sucesso na articulação com os diferentes intervenientes. Nestas situações, nomeadamente de urgência/emergência é habitual todos os elementos quererem ajudar, ficando a sala operatória com elementos em excesso, o ambiente ruidoso, confuso e mais propício a incidentes. Foi importante o papel que consegui desenvolver junto da equipa com a enfermeira tutora, estabelecendo prioridades, minimizando o ruído para facilitar a comunicação, em distribuir funções e assim diminuir o número de profissionais não necessário na sala operatória, zelando pela segurança. Este foi sem dúvida um estágio recheado de oportunidades, o que permitiu desenvolver e aprimorar a competência de gestão e liderança de forma a garantir o normal funcionamento do BO, mobilizando e adequando os recursos materiais e humanos, bem como garantindo o cumprimento de normas e procedimentos instituídos baseados na evidência científica em prol de cuidados de saúde de máxima qualidade e segurança.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Os enfermeiros responsáveis pela área da gestão, deverão ter um papel ativo no processo formativo da sua equipa, facto que se encontra descrito na legislação existente. Segundo o Decreto-Lei 248/2009, de 22 de setembro, considera que a formação dos enfermeiros, assume um carácter de continuidade com o intuito de obter uma atualização técnica e científica, salientando que esta deve ser planeada e programada, por forma a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização.

A OE, também demonstra o seu interesse sobre esta temática, tendo em 2010 publicado a “Política de Formação Contínua de Enfermeiros” estabelecendo como critérios a existência de uma política e práticas de formação contínua; implementação de formação promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade e por último a existência de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua em serviço (OE, 2010). Já em 2006, a OE reforçava esta ideia referindo que uma Prática Baseada na Evidência é indiscutivelmente um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a potencialização dos resultados de enfermagem (OE, 2006).

Aludindo à realidade supracitada e para alcançar os objetivos inicialmente propostos, foi realizada uma ação de sensibilização sobre a temática em estudo aos enfermeiros dos BO, assim como, o desenvolvimento da investigação numa área pertinente. Deste modo, foi-se ao encontro do que a OE preconiza, relativamente ao desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e da capacidade de basear a *praxis* clínica especializada em firmes e válidos padrões de conhecimento, assumindo o papel de facilitadora dos processos de aprendizagem, ou seja, um agente ativo no campo da investigação (OE, 2010). A aquisição de novos conhecimentos científicos, deverá ter por base a investigação e os seus resultados, fundamentando as ações de enfermagem aplicadas na prática diária, não devendo descurar a sua divulgação, pois a produção de conhecimento em enfermagem deve ser acompanhada pela sua publicação ou transmissão aos pares, contribuindo ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por forma a dar cumprimento a um dos objetivos de estágio, foram realizadas publicações em eventos científicos sob a forma de pósteres e apresentações orais:

- Soares, C., Calheiros, P, Dias, D., Costa, M., Rocha, S. (2021, dezembro 3-4). *Redução da Ansiedade à Pessoa em Situação Perioperatória*. [Póster]. XII Congresso Nacional de Cirurgia de Ambulatório, Coimbra (APÊNDICE I);
- Soares, C., Calheiros, P, Dias, D., Costa, M., Rocha, S. (2021, dezembro 3-4). *Bloco Operatório do Futuro, uma Realidade Próxima*. [Comunicação Oral]. XII Congresso Nacional de Cirurgia de Ambulatório, 2021, Coimbra (APÊNDICE II);
- Soares, Carmen Santos (2021); Soares, Custódio Sérgio (2022, maio 5-7). *Novas Tecnologias no Perioperatório: Comunicação com a Família*. [Póster]. VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 2022, Braga (APÊNDICE III);
- Soares, Carmen Santos (2022); Soares, Custódio Sérgio (2022, maio 5-7). *Projeto de Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa submetida a Cirurgia Eletiva*. [Póster]. VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 2022, Braga (APÊNDICE IV);
- Soares, Carmen Santos (2021); Soares, Custódio Sérgio (2022, setembro 28-30). *Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa submetida a Cirurgia Eletiva*. [Comunicação Oral]. XX Congresso Nacional da AESOP, 2022, Santa Maria da Feira (APÊNDICE V).

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Ao longo deste capítulo, serão analisadas de forma pormenorizada e reflexiva as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória nomeadamente, as desenvolvidas ao longo do estágio.

Atualmente em Portugal, na maioria dos sistemas de saúde os enfermeiros constituem o maior número de profissionais, assumindo um papel relevante e uma crescente diferenciação enquanto profissão e disciplina (Regulamento n.º 613/2022).

Todavia, enquanto disciplina, a Enfermagem apresenta uma evolução e crescente diferenciação nas áreas de investigação, o que se reflete numa maior diversidade de conhecimentos e saberes, possuindo um corpo científico próprio e autónomo. Daqui advém um reconhecimento maior por parte dos serviços de saúde, assumindo novas e mais complexas responsabilidades (Regulamento n.º 613/2022).

Enquanto profissão, a evolução urge no sentido de dar resposta às sucessivas necessidades de cuidados em diferentes contextos, assumindo uma progressiva complexidade dos conhecimentos e práticas. Tudo isto potencia novos campos de atuação, onde os enfermeiros especialistas se destacam, como profissionais inseridos numa equipa multidisciplinar e multiprofissional (Regulamento n.º 613/2022).

Neste seguimento, o desenvolvimento de competências torna-se imprescindível surgindo com o decorrer do tempo, através de um percurso pessoal baseado num processo de aprendizagem, sendo este complexo, fundamentado na reflexão individual e aberto à estruturação de novos conhecimentos. Desta forma, o desenvolvimento de competências realizado ao longo do estágio colabora na investigação que é desenvolvida na segunda parte deste trabalho, já que houve uma simbiose perfeita entre a prática clínica e a investigação, indo de encontro às competências de Mestre.

De acordo com o artigo 3.º do regulamento n.º 140/2019, define-se competências específicas como as:

(...) que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No âmbito do perioperatório, a AESOP), define competência como “um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e comportamentos estruturados em função de uma finalidade e numa determinada situação” (AESOP, 2012, p. 112). A *European Operating Room Nurses Association* (EORNA), à semelhança da AORN, procurou unificar as competências e as práticas de enfermagem perioperatória, facultando linhas de orientação da formação, de boas práticas e definição de padrões de qualidade para os cuidados no período específico, o perioperatório. Tudo isto só foi possível com a articulação entre as várias associações de enfermeiros de perioperatório da Europa.

Neste seguimento, surge a necessidade de se criar uma especialização nesta área, incluindo um conjunto de competências exclusivas adequadas às necessidades específicas dos cuidados à pessoa e família a vivenciar processos de saúde/doença, que necessite de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. O objetivo passa por cuidar da pessoa no período perioperatório, ou seja, aquele que decorre desde a consulta pré-operatória, até à consulta pós-operatória, sempre com qualidade e segurança de forma a preservar, aperfeiçoar e recuperar a saúde (Regulamento n.º 429/2018).

A nível nacional a AESOP (2012), formulou também um domínio de competências que envolve as áreas da comunicação; da prestação de cuidados; da educação/formação; da defesa da pessoa; investigação; gestão; desenvolvimento profissional e liderança.

As competências preconizadas, vêm habilitar o enfermeiro do perioperatório a prestar cuidados de qualidade e altamente diferenciados nas distintas áreas, enquanto enfermeiro circulante, de anestesia, instrumentista, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias à pessoa em situação perioperatória e sua família, bem como trabalhar numa equipa multiprofissional, participar em programas de qualidade e organizar/gerir um BO (AESOP, 2012). As diferentes áreas apesar de distintas, complementam-se entre si, mas todas elas requerem que haja identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos resultados obtidos, nos três períodos, no pré-operatório; intraoperatório e pós-operatório.

Estes enfermeiros, têm sempre por base uma atuação com responsabilidade profissional, assentando em cinco pilares: *reconhecimento do outro e capacitação; vulnerabilidade; responsabilidade de cuidado; prudência e gestão de risco e a consciência cirúrgica* que serão clarificados mais à frente (OE, 2017).

Com base no disposto n.º 2 do artigo 5.º do Regulamento 429/2018, apresenta-se de seguida cada competência específica do EEEMCEPSP, que para além de as enunciar, será realizada uma reflexão sobre todas as intervenções desenvolvidas em contexto de estágio.

3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família

O objetivo desta competência passa pela promoção da compreensão de todo o processo vivenciado e a vivenciar, capacitando a pessoa e a família para o autocuidado, assim como para a reintegração social e familiar (Regulamento n.º 429/2018).

Capacita a pessoa e família, para a gestão da experiência cirúrgica

Na procura permanente da excelência no exercício profissional enquanto futura enfermeira especialista na área do perioperatório, a escolha da temática recaiu na comunicação no perioperatória precisamente para permitir uma melhor gestão da experiência cirúrgica quer pela pessoa quer pela família.

O fato de desempenhar funções nesta área permitiu identificar com maior clareza as necessidades das pessoas/família e desta forma desenvolver um plano de intervenções que permitisse ir ao encontro da satisfação das mesmas, nomeadamente face à comunicação/informação estabelecida com a família no perioperatório e respetiva ansiedade. Para tal, foi desenvolvida uma ação de sensibilização aos enfermeiros do serviço, onde foi abordada a importância da comunicação durante o período perioperatório, demonstrando através de evidência científica, o que de mais recente existe sobre a temática. Foi evidenciado o papel fundamental e diferenciado que o enfermeiro do perioperatório pode desenvolver e quão indispensável é na gestão da comunicação (APÊNDICE VI). No final foi realizado um questionário de avaliação com respetivas sugestões (APÊNDICE VII).

A intervenção do enfermeiro inicia-se com admissão ao BO da pessoa em situação perioperatória, onde o profissional se deve apresentar de forma cordial, evidenciando o seu nome e função. É neste momento, que deve explicar todo o procedimento, esclarecendo dúvidas, sempre com um olhar afável, dando primazia ao toque que permitirão fomentar sentimentos de segurança e confiança, minimizando a ansiedade e estabelecendo um caminho de abertura, garantindo uma relação de ajuda e empatia (AORN, 2020).

Promove Cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória

Após o acolhimento e antes de colaborar na transferência da pessoa, todas as *checklists* da sala operatória são conferidas, a higienização, os equipamentos e se está efetivamente operacional. Proceder-se à transferência da pessoa para a marquesa operatória, sendo uma altura propícia à exposição, à quebra da privacidade. Esta privacidade é essencial para o cuidado, pois a ausência da mesma pode ser interpretada como falta de humanização,

devendo os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, estarem despertos para esta realidade (Ramirez e Contreras, 2021). A solução ao problema passa por estar sempre preparado para a imprevisibilidade, onde a organização e antevisão são a chave para o sucesso.

É vital para a pessoa que os profissionais de saúde envolvidos no ato anestésico/cirúrgico tenham conhecimentos e competências para manipular todo o material necessário, desde material para abordagem de uma via aérea difícil, no caso do enfermeiro de anestesia, quer dispositivos hemostáticos numa hemorragia interna pelo enfermeiro circulante e instrumentista. Nestas situações mais do que nunca o trabalho em equipa, entreajuda e colaboração são cruciais para o sucesso do procedimento. Este trabalho em equipa baseado na confiança mútua é tanto maior quanto maior for o tempo que trabalham juntos, tendo constatado perfeitamente através da observação dos profissionais (Shinae e Lee, 2019).

Todo o trajeto até à sala operatória é realizado de forma serena para minimizar a ansiedade e o *stress* da pessoa, sendo o transporte feito pela enfermeira circulante em colaboração com a enfermeira de anestesia. É de ressaltar um aspeto importante, todas as Marquesas dispõem de bandas adesivas como forma de prevenção do risco de queda inerente. As quedas em contexto de BO, são incidentes raros, mas quando ocorrem, nomeadamente no momento de transferência, durante a cirurgia e no despertar da anestesia, podem ter consequências severas (Priellipp et al., 2017).

Já dentro da sala operatória, e na função de enfermeira circulante procedeu-se à colaboração na monitorização dos sinais vitais, estando desperta para alguma alteração ou sintoma que possa comprometer a cirurgia. Por regra, é questionada a pessoa se gosta de música e quais as suas escolhas, atendendo sempre que possível às suas preferências. São inúmeros os estudos, nomeadamente o desenvolvido Kwong et al. (2022), que referem que a música atualmente é encarada como uma intervenção não farmacológica, não invasiva que permite reduzir a ansiedade no pré-operatório. A música é mantida enquanto se procede à monitorização e desligada imediatamente antes do início da verificação da lista Cirurgia Segura Salva Vidas (CSSV).

A CSSV, é uma ferramenta desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, mas implementada em 2013 pela Direção Geral da Saúde (DGS) em todos os BO do SNS. Esta, contempla uma série de questões simples e diretas que permitem sistematizar e recordar algumas questões de rotina que podem ser facilmente esquecidas. Visa, melhorar a segurança cirúrgica, minimizando erros, reduzindo complicações e o número de mortes, sendo utilizada como instrumento de gestão de risco num BO (DGS, 2013). Através de um gesto simples, como a verificação de uma lista “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica”

enumerando os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (antes, durante e após), envolvendo ativamente todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica. Esta traduz-se em amplos benefícios demonstrados em estudos internacionais, nomeadamente, numa redução significativa das taxas de complicações cirúrgicas e de mortalidade. (DGS, 2013)

Destaca-se o fato de se tratar de um momento de partilha, um *briefing*, de comunicação entre a equipa, onde se preconiza uma comunicação eficaz para garantir a segurança ideal para a pessoa a ser submetida a cirurgia e ajudar alcançar os melhores resultados possíveis (AORN, 2019a).

Este registo é feito informaticamente, o que permite a participação de toda a equipa, sendo o correto e o que está preconizado como forma de promover a segurança e a melhoria da qualidade dos serviços cirúrgicos. Neste serviço, recentemente um enfermeiro no decurso da sua especialização colocou em cada sala operatória uma tela plástica com as questões-chaves da CSSV, o fato de ser visível a qualquer elemento da equipa e com respetivas auditorias conseguiu-se alterar claramente hábitos, mentalidades e procedimentos. A realidade constatada passou a ser diferente, efetivamente, aquando da validação realizada pelo enfermeiro circulante onde há o envolvimento e participação de toda a equipa em todas as etapas, no antes da incisão cirúrgica, durante a cirurgia e imediatamente antes da pessoa submetida a cirurgia sair da sala.

O momento que se sucede é a indução anestésica, onde o enfermeiro de anestesia colabora com o anestesista num ambiente que deverá ser calmo e sereno. É neste *timing* que a pessoa perde a totalidade da sua autonomia, passando conseqüentemente a equipa multidisciplinar a assumir a responsabilidade total do zelo pela sua integridade. Cabe ao enfermeiro circulante, como se de um “maestro” se tratasse assumir plenamente o controle da sala, o papel de advogado, protegendo contra qualquer dano ou prejuízo. Este papel é um desafio constante, pois é necessário ter a competência de cumprir sem se tornar “adversário” dos outros profissionais de saúde, onde mais uma vez a comunicação e a atitude são essenciais.

Desenvolve a sua Intervenção numa Perspetiva Interprofissional

Após finalizada a indução anestésica, procede-se ao posicionamento cirúrgico, tendo colaborado com a enfermeira circulante e restante equipa. Este posicionamento é um procedimento pluridisciplinar, fundamental para promover a segurança no intraoperatório. Este está associado a inúmeros riscos, tais como lesões nervosas, vasculares, cutâneas e até síndrome compartimental que podem ter repercussão hemodinâmica e ventilatória (AESOP,

2012). Já outros autores, afirmam que “o posicionamento cirúrgico é um fator-chave no desempenho de procedimentos operatórios seguros e eficientes e tem como objetivo oferecer a melhor exposição anatômica para a cirurgia” (Nascimento & Rodrigues, 2020, p. 2).

O posicionamento fixo/prolongado associado ao ato cirúrgico, pode estar na origem de pontos de pressão óssea com a mesa cirúrgica, provocando danos temporários ou mesmo permanentes. Estas lesões por pressão, são consideradas complicações e têm etiologia multifatorial, que mesmo com os avanços tecnológicos ainda são um desafio para a prática clínica (Peixoto et al., 2019). Assim sendo, e tendo como premissa a promoção de cuidados seguros, com qualidade, conforto e respeitando a individualidade de cada pessoa, o enfermeiro do perioperatório é responsável por planejar ações de enfermagem que diminuam e previnam estas mesmas complicações (AORN, 2017a).

No momento do posicionamento, de forma a respeitar o alinhamento corporal e alívio das zonas de pressão/fricção temos de recorrer a todos os equipamentos e dispositivos disponíveis (colchões de espuma e gel, sogas em gel, entre outros) tendo em atenção os fatores de risco de cada pessoa, o tipo de posicionamento e a duração da cirurgia. Simultaneamente, a avaliação e regulação da temperatura é crucial. O procedimento cirúrgico é fortemente indutor de exposição física e o facto de a temperatura ambiente ser mais “baixa” (18 a 22°C), é necessário prevenir o que a AESOP designa de hipotermia perioperatória inadvertida (< 36°C), que será abordada mais à frente (AESOP, 2012). Assegurar uma observação e vigilância intensiva fez parte de todo o processo, cabendo ao enfermeiro do perioperatório a capacidade de despistar e antever sinais e sintomas de complicações, tal como perdas hemáticas; baixos débitos urinários; entre outros, que possam surgir.

Antes da preparação do local cirúrgico e caso seja usada eletrocirurgia (destruição dos tecidos através de eletricidade, coagulando os vasos sanguíneos) é necessário colocar a placa neutra (eléctrodo dispersivo) numa área limpa, seca com boa aderência. Esta, visa prevenir o choque ou queimadura interna/externa devendo ser colocado o mais próximo do local a operar, sem risco de se molhar com a solução antisséptica utilizada, e tendo o cuidado de ficar bem aderente à pele, havendo necessidade muitas vezes de realizar tricotomia, com máquina (AESOP, 2012). Imediatamente antes da incisão cirúrgica, procede-se à confirmação da segunda parte da lista da CSSV, que consta a verificação da profilaxia de antibióticos e tromboembólica; estimativa de perdas; disponibilidade de exames de diagnóstico essenciais; monitorização adequada da pessoa, sendo fundamental o trabalho de equipa eficiente e boa comunicação.

Aquando do início do ato cirúrgico, e com todo o processo confirmado e assegurado, é altura de realizar os registos de todos os procedimentos até aí realizados, inclusive do número de compressas abertas, número de corto perfurantes, garantindo através dos programas informáticos registos padronizados. Estes registos padronizados, para além de permitir descrever/confirmar a execução dos cuidados prestados possibilitam a monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados obtidos tornando-se ferramentas fomentadoras da qualidade em saúde (OE, 2017).

O programa informático em utilização neste serviço, o *Pacient Care*[®], tem uma ferramenta importante para a humanização dos cuidados, introduzindo o número de telemóvel do familiar, este no momento que tem início a cirurgia recebe um SMS e no momento que se finaliza o caso igualmente, sendo uma mais-valia para a redução da ansiedade, principalmente nestes tempos pós pandemia em que os horários de visitas se encontram reduzidos. No entanto, não existe uma prática padronizada, uma normalização desta intervenção no âmbito da comunicação, uns enfermeiros utilizam, outros não.

Tal como referido anteriormente, o trabalho em equipa, a comunicação, o bom senso e a cumplicidade deverão fazer parte da dinâmica do BO. Estas características são essenciais visto a atividade cirúrgica ser marcada por uma forte interdisciplinaridade e afetada por fatores humanos e organizacionais, num ambiente recheado de pressão, *stress* e marcado por barreiras hierárquicas (Mota, 2021). Contudo, por toda a envolvimento do ambiente inclusive muitas vezes situações urgentes/emergentes torna-se potencialmente gerador de *stress* e conseqüente conflito. Também, o permanente contato com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, podendo levar a um choque com os próprios valores, cultura, princípios e sentimentos.

Apesar da divisão do trabalho não ser rígida, as funções de cada enfermeiro devem ser perfeitamente definidas para que cada um saiba precisamente o que fazer num determinado momento, para diminuir a ocorrência de falhas. Porque o ato anestésico ou cirúrgico não é compatível com falhas, um erro pode significar a morte da pessoa ou mesmo para os elementos da equipa cirúrgica, no caso de acidente de trabalho (ex.: picada com agulha dum doente infetado). Este mesmo erro, pode resultar num evento adverso que não é mais do que algo não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta e não propriamente da doença ou estado clínico da pessoa (Fragata, 2014).

No final da cirurgia, imediatamente antes de se proceder ao encerramento cirúrgico, a contagem das compressas, de corto-perfurantes e do instrumental é fundamental por parte da enfermeira circulante e instrumentista. Nenhuma cirurgia é dada como finalizada se esta contagem não estiver correta (Gomes et al., 2019). Sendo itens que fazem parte da última

etapa da CSSV, imediatamente antes da pessoa submetida a cirurgia sair da sala, assim como a rotulagem de produtos biológicos. Por fim, num ambiente calmo, após a realização dos pensos e sem estímulos procede-se ao despertar da anestesia, com serenidade, chamando pelo nome da pessoa, explicando que está a acordar da anestesia, que a cirurgia terminou. Após a estabilização ventilatória, procede-se à transferência da pessoa em situação perioperatória para a UCPA.

Esta transição de cuidados, é encarada como um momento crítico, que deve obedecer a uma comunicação eficaz, clara e concisa (AORN, 2019a). Uma das ferramentas adotadas por este BO, foi a mnemónica ISBAR (*Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendation*), tendo por base a norma emitida pela DGS, em 2017 (Norma 001/2017: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde). Esta técnica funciona como auxiliar de memória, permitindo de forma simples, memorizar informações complexas e transmiti-las eficazmente (DGS, 2017). A mnemónica ISBAR está afixada em cartazes visíveis em locais estratégicos do BO onde ocorre a transferência de cuidados, nomeadamente junto ao *transfer* na admissão; no *transfer* para a UCPA e imediatamente à saída da UCPA para o internamento. Apesar dos cartazes elucidativos, por vezes esta comunicação falha em alguns itens, tendo sido sugerido à chefia uma nova formação em serviço para sensibilização dos enfermeiros sobre a temática, tendo aproveitado todos os momentos de transferência de cuidados para utilizar a mnemónica ISBAR e dar ênfase à mesma junto dos colegas.

3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

Devido ao elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, nomeadamente eventos adversos pela vulnerabilidade da pessoa, pelos procedimentos cirúrgicos e pela complexidade do ambiente e dos recursos, cabe ao enfermeiro especialista nesta área mobilizar conhecimentos e habilidades para garantir a segurança da pessoa, de toda a equipa e do ambiente com base na ética profissional (Regulamento n.º 429/2018).

Demonstra Consciência Cirúrgica na Promoção de um Ambiente Seguro para Todos os Intervenientes no Período Perioperatório

Face ao elevado risco associado aos cuidados no perioperatório, nomeadamente a ocorrência de eventos adversos, devido à vulnerabilidade da pessoa, do tipo de procedimentos, assim como pela complexidade do ambiente e respetivos recursos, o

enfermeiro especialista deverá mobilizar os seus conhecimentos e habilidades. O seu objetivo prende-se em garantir a segurança da pessoa, dos profissionais e do ambiente, agindo segundo a ética profissional (Regulamento n.º 429/2018).

Tendo por base o enunciado supracitado, a consciência cirúrgica, é definida como o princípio ético e moral que orienta o profissional na sua prática do cuidar, para agir eticamente de forma correta. Está fundamentada, por conhecimentos teóricos e práticos, cumprindo os princípios de assepsia de acordo com as normas recomendadas, tendo sempre como objetivo, a promoção da segurança e o bem-estar da pessoa independentemente da situação e dos fatores externos. Segundo a AESOP (2012) a consciência cirúrgica, está profundamente relacionada com a capacidade de monitorizar e de introduzir medidas corretivas autonomamente.

Aludindo à realidade retratada, para que cada profissional desenvolva “consciência cirúrgica” é necessário que o faça de forma fundamentada por conhecimentos teóricos e práticos e competência profissional, evidenciando uma *praxis* congruente. Assim, ao longo do estágio foi permitido desenvolver e aprimorar:

- Uma prática individual coerente com base nos valores de ética profissional por forma a promover cuidados de excelência baseados sempre na melhor evidência científica;
- Capacidade para detetar situações incorretas na preparação do local cirúrgico, assim como a cronometragem do tempo de secagem da solução antisséptica, conferindo que não é forçada a secagem da mesma;
- Competências no âmbito da assepsia cirúrgica, colaborando com a enfermeira tutora nas auditorias à equipa multidisciplinar sobre higienização das mãos, desinfeção cirúrgica das mãos e secagem das mãos;
- Responsabilidade pessoal nas decisões e práticas, bem como também nas omissões no decorrer da prática;
- Capacidade em diagnosticar as necessidades da pessoa e da equipa;
- Consciência cirúrgica coletiva, fomentando na equipa multidisciplinar a procura da excelência. Neste âmbito realizei alguns ensinamentos junto dos elementos novos ao serviço, nomeadamente enfermeiros e médicos, os princípios essenciais dentro de uma sala operatória (higienização das mãos, correta colocação da máscara cirúrgica e touca, distância de segurança das mesas cirúrgicas, movimentações desnecessárias, importância das portas da sala sempre fechadas, entre outros)

Em suma, entende-se por consciência cirúrgica, ou *sterille conscience*, o fazer o que está correto mesmo quando mais ninguém está a observar (Watson, 2011). Depreende-se que o facto de não se trabalhar de forma individual, mas sim em grupo, num espaço “pequeno”

que é a sala operatória torna-se mais difícil que não se esteja a ser observado, o que pode sensibilizar mais a consciência individual.

A atividade, num BO, é complexa, plena de variação e incerteza, interdisciplinar, com forte dependência da atuação individual e sob condições ambientais constantes e rigorosas, tornando-se um ambiente propício a situações de elevado risco. Os fluxos de comunicação intensos, a atividade profissional em equipas interdisciplinares, o circuito perioperatório com inúmeras transferências de cuidados e procedimentos complexos, associados à elevada dependência da pessoa sob anestesia, predispõem a situações de erros e acidentes que colocam a segurança do mesmo em risco. Estes erros, podem ser desde acidentes *minor*, sem perturbações para a pessoa em situação perioperatória, até a eventos dramáticos com danos irreversíveis ou mesmo a morte. São exemplos de alguns erros possíveis: a lateralidade errada, procedimento errado, incidentes anestésicos, contagens incorretas, avarias de equipamentos, lesão por posicionamento cirúrgico, lesão provocada por dispositivos médicos, risco de queimadura, lesão da córnea, quebra da técnica assética, infeção do local cirúrgico, hemorragia, hipotermia, paragem cardiorrespiratória e morte (AESOP, 2012).

Porém, é totalmente impossível criar um ambiente livre de qualquer erro e risco. Principalmente no BO, é importante conhecer os potenciais erros e riscos, por forma, a minimizá-los e a prevenir as situações que os podem originar. Desta forma, um programa de gestão de risco passa pelas seguintes estratégias: prevenção do erro; responsabilização; proteção da pessoa e o recurso a tecnologias de informação. Perante o que foi descrito depreende-se que uma cultura de segurança é algo precioso dentro dum BO (Silva, 2019).

Devido à especificidade e à complexidade das competências do enfermeiro do perioperatório, confere a este profissional a oportunidade de detetar e corrigir precocemente potenciais eventos adversos que possam causar danos à pessoa.

Lidera o Processo de Prevenção e Controlo de Infeção Associado aos Cuidados Perioperatórios

A filosofia de um BO passa por ser um ambiente estritamente controlado, isento do maior número de microrganismos possíveis. Este está organizado segundo um conceito de gradientes de limpeza, desde áreas gerais, intermédias, limpas e as salas operatórias. O acesso a estas áreas é feito de barreiras e com um conceito de assepsia progressiva.

Um dos riscos mais comuns, a que as pessoas submetidas a uma intervenção cirúrgica estão sujeitas é ao risco de infeção, pela necessidade de recorrer frequentemente a técnicas invasivas. A Infeção do Local Cirúrgico (ILC) constitui um potencial risco para a saúde e bem-

estar da pessoa, daí ser imperativo investir na sua prevenção. A ILC, define-se como a invasão e a multiplicação de micro-organismos nos tecidos de uma pessoa submetida a um ato cirúrgico, até 30 dias do pós-operatório (AESOP, 2012).

Atualmente devido à falta de registos sistemáticos é difícil a monitorização da ocorrência da ILC, pois o tempo de internamento é cada vez mais curto, por vezes dias ou mesmo horas, contrariamente ao que acontecia no passado que chegava a semanas (Silva, 2014).

Desta forma, a prevenção da ILC passa por cuidados específicos com os materiais cirúrgicos utilizados, assim como, com o tratamento e reprocessamento, pela assepsia e pelo comportamento da equipa multidisciplinar (Silva e Rodrigues, 2016).

Segundo a DGS (2013), a ILC continua a ser uma das infeções nosocomiais mais frequentemente associada a complicações cirúrgicas graves. O risco de infeção depende de muitos fatores, nomeadamente endógenos relacionados com a pessoa (obesidade e diabetes) e exógenos associados ao ato cirúrgico (duração da cirurgia; cumprimento da técnica asséptica cirúrgica; deficiente profilaxia antimicrobiana, entre outros).

A DGS atualizou recentemente, a 17 de novembro de 2022 a norma intitulada “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” onde frisa a importância dos cuidados pré-operatórios na prevenção da infeção. Esta é a norma pela qual nos regemos e fazemo-la cumprir, onde todos os enfermeiros têm um papel preponderante, nomeadamente o circulante. Segundo as indicações emanadas pela DGS, incluem resumidamente:

- Banho com antisséptico (clorhexidina 2%) antes 2 horas da cirurgia, que constatamos ser complexo cumprir pelo número de pessoas que são admitidas no próprio dia da cirurgia neste centro hospitalar;
- Administração de antibiótico cerca de 60 minutos antes da incisão cirúrgica, (anteriormente o *timing* de administração era no internamento, mas para se cumprir com rigor, passou a ser administrado no BO, tendo cumprindo este item escrupulosamente;
- Evitar a tricotomia e quando necessário utilizar a máquina de corte e realizar imediatamente antes do início da cirurgia, sendo que a literatura recomenda a não realização dentro da sala operatória foi sugerido à equipa para que sempre que possível realizar esta intervenção na sala de indução anexa.
- Manter a normotermia perioperatória, realizada a avaliação da temperatura na admissão ao BO, onde são colocadas mantas de aquecimento e durante a cirurgia são conectados aquecedores de ar forçado na zona superior e/ou inferior, colchões de aquecimento, sendo a monitorização da temperatura contínua ou intercalar, por forma a evitar a hipotermia inadvertida. Foi um dos cuidados realizados pois a maioria das pessoas em situação

perioperatória referem o frio como desconforto principal. A prevenção da hipotermia, não está só associada ao conforto das pessoas, mas também à redução da ansiedade, diminuição de perdas sanguíneas, menores consumos de oxigénio, extubações precoces, redução da ILC, redução global da mortalidade, entre outros;

- Manter a glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes, pois hiperglicemia também está associada a complicações, aumento do tempo internamento, aumento da ILC e até da mortalidade (DGS, 2022).

Atualmente existe uma variada de antissépticos para a desinfeção da área cirúrgica, tendo detetado no serviço alguma controvérsia sobre a temática. Senti necessidade de explorar a problemática e verificar o que a evidência científica mais atual aconselha, pois no congresso da OE em maio de 2022 foi possível contactar uma empresa especializada nesta área e obter informações dos solutos, concentrações e dispositivos recentes para a desinfeção do local cirúrgico. Dos resultados obtidos constatou-se que existe consenso na literatura da superioridade da eficácia da Clorexidina-álcool *versus* Iodopovidona aquosa, não se verificando o mesmo quando ambas as soluções têm base alcoólica. Existindo carência de estudos que analisem o tipo e a concentração ideal de álcool das duas soluções em contextos idênticos. A falta de consenso neste âmbito, impede a OMS de emitir diretrizes para a normalização das intervenções (Dörfel et al., 2021; Hasegawa et al., 2021; Luwang et al., 2021; Boisson et al., 2019). Estas informações foram partilhadas com a equipa através de um brainstorming informal, sensibilizando-os para a questão e motivando-os para a mudança. Em suma, para se obter um maior sucesso no cumprimento destas diretrizes, foram realizadas todas as *checklists* ao longo de todo o processo cirúrgico, sendo o enfermeiro do perioperatório o elemento de destaque.

Promove a Gestão e o Controlo dos Dispositivos Médicos Utilizados no Perioperatório

A gestão e o controlo dos dispositivos médicos, passam por aqueles que são do serviço e pelos que estão à consignação, sendo necessário fazer diariamente o levantamento dos dispositivos médicos a utilizar. A gestão é feita semanalmente, de acordo com o agendamento cirúrgico e diariamente algum material para as cirurgias de urgência ou imprevistos. Todos os dispositivos médicos, utilizados numa cirurgia, têm de ser registados também na CSSV, para ficar registado o material utilizado e o seu código (caso seja necessário rever em situação de infeção), mas também para efeitos estatísticos e controlo de custos. A manutenção dos dispositivos médicos é algo importante, quer pela manutenção da função com qualidade, mas também pela durabilidade dos mesmos e rastreabilidade.

Atualmente, está a ser instalado o sistema de “farmácia inteligente” que consiste em *stocks* ajustados às necessidades do serviço, com *Quick Response Code* (QR CODE) incorporado, minimizando excessos e défices de *stocks*, assim como, uma maior facilidade na aquisição dos mesmos. Junto da enfermeira coordenadora da área de anestesia foi possível participar neste processo de reposição de *stock* da farmácia que inclui fármacos e soroterapia, mas também outros dispositivos médicos, realizado duas vezes por semana, permitindo adquirir competências na área da gestão.

É política deste serviço, quando é realizada alguma reparação/manutenção é comunicada à equipa o preço da mesma, assim como, a aquisição de novos equipamentos advertindo os profissionais para a estima dos mesmos.

A gestão do BO deverá permitir a utilização dos diferentes recursos humanos, materiais e físicos de uma forma eficiente e eficaz, para atingir os objetivos do serviço e mostrar uma efetividade consistente. Quando pensamos em gestão referimo-nos ao planear, organizar, controlar, dirigir, mas sobretudo, decidir definindo que objetivos seguir e quais os caminhos para atingir o fim previamente delineado. Para tal, a rentabilização máxima dos recursos, sem desperdícios e sem perdas de tempo, face à capacidade instalada, é o que se pretende também, ou seja, um serviço o mais rentável possível. Gerir um BO, não é apenas gerir o número de cirurgias, profissionais e pessoas em situação perioperatória. É sim, ter uma visão alargada e global do serviço, passando pelas funções de cada profissional, até ao material mais recentemente utilizado numa cirurgia, assim como, pelos projetos e formações existentes na área, os tempos cirúrgicos ocupados por cada sala operatória e como são efetivamente ocupados, a otimização dos recursos e as implicações de uma incorreta utilização dos mesmos.

Desempenhar funções no BO, passa inevitavelmente pela gestão dos recursos humanos, equipa de profissionais especializados e com formação adequada para o trabalho em questão. Como sabemos, são necessários inúmeros profissionais para que seja possível realizar uma cirurgia, número esse que vai de encontro às dotações seguras. O cálculo de dotações seguras, deve ter em conta as competências profissionais dos enfermeiros e os contextos de prestação de cuidados, por forma, a garantir sempre a segurança e qualidade dos mesmos (OE, 2014). Mas gerir profissionais é mais do que isto, é conhecer cada elemento da sua equipa, os seus comportamentos, habilidades e interesses e integrá-los nas áreas que mais aptidão têm.

No entanto, a gestão passa também por aquela que é feita por cada enfermeiro do perioperatório diariamente, na sua sala operatória. Tendo sido possível desenvolver esta área, enquanto preparava o material que necessitava para determinada cirurgia,

contemplando também as situações de impossibilidade que poderiam existir. É necessário consciencializar as equipas dos gastos desnecessários de material que acarreta custos, assim como, contribuem para aumento dos resíduos hospitalares, nomeadamente plástico. Uma política de contenção, reutilização e reciclagem é feita neste serviço, tendo participado ativamente e incentivado alguns profissionais mais reticentes face a esta questão da separação do papel e plástico apelando ao não desperdício e a sustentabilidade.

Os sistemas de informação suportam uma gestão integrada do BO, assim como promovem a política “Hospital sem Papel”, interligando-o com outros serviços e estabelecendo uma continuidade de cuidados desde o pré-operatório até ao pós-operatório, possibilitando assim que a informação produzida no intraoperatório seja visualizada e completada pela equipa seguinte. É possível que toda a informação acompanhe a pessoa em situação perioperatória em todo o seu percurso, diminuindo deste modo a perda de informação, exames e todo o material que é parte integrante de um processo clínico.

Nos dias de hoje, os hospitais procuram novas abordagens de gestão e o BO, sendo um dos serviços que consome mais recursos humanos, técnicos e financeiros para o seu funcionamento, apresenta-se como um grande desafio para os seus gestores e administradores.

4. Considerações Finais

A Enfermagem provida de um conhecimento próprio e assente na permanente evidência científica, consegue fundamentar as suas práticas. Enquanto disciplina e como profissão, as exigências são cada vez maiores, tendo os enfermeiros o dever de uma atualização permanente e um investimento pessoal na sua formação ao longo da sua vida profissional. É neste seguimento, com a especialização nas diferentes áreas de atuação que a enfermagem tem acompanhado esses desafios, alcançando a diferenciação de práticas e aquisição de competências.

Ao longo do estágio foi possível refletir nas inúmeras aprendizagens efetivadas, conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas. Este relatório é o espelho deste percurso, um relato minucioso assente num pensamento crítico-reflexivo e numa rigorosa crítica sobre as intervenções desenvolvidas, assim como o seu contributo para a prática de enfermagem. Desta forma, considero que todos os objetivos traçados inicialmente foram atingidos com sucesso, alcançando a meta pretendida e explanada ao longo deste documento.

No entanto, como é compreensível este relatório não consegue relatar a complexidade dos cuidados perioperatórios, nem a grandeza do conhecimento patente na conduta diária ao longo do estágio, o qual tive oportunidade de partilhar com a equipa multidisciplinar e com a enfermeira tutora. Sem exceção, todos os momentos de aprendizagem foram valiosos na procura da excelência na arte de cuidar.

Contudo, algumas dificuldades foram surgindo inerentes a todo o processo de aprendizagem, como mobilizar alguns conhecimentos da teoria para a prática, a sobrecarga horária, o cansaço... todas elas foram colmatadas com o apoio incondicional do enfermeiro orientador, e do enfermeiro tutor, aliado a um investimento contínuo da minha parte em pesquisa bibliográfica, não esquecendo a determinação e dedicação pessoal em toda esta caminhada. Com o fim deste percurso académico, fica a certeza que somos responsáveis pela nossa formação enquanto agentes ativos de mudança, sendo que o conhecimento em Enfermagem resulta não só da prática, mas da reflexão sobre a mesma e de uma forte componente de investigação.

A conclusão desta etapa formativa suscita novas inquietações, nomeadamente na área da gestão, podendo uma pós-graduação ser uma opção válida num futuro próximo, bem como, ter presente que ser mestre e EEEMCEPSP confere a responsabilidade de diagnosticar

oportunidades de melhoria desenvolvendo projetos que envolvam toda a equipa tendo como objetivo a excelência de cuidados.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Comunicação no Perioperatório: Contributos para a Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva

1. RESUMO

O ato cirúrgico é percebido pela pessoa em situação perioperatória e respetiva família como um acontecimento crítico gerador de ansiedade e *stress*. É no período perioperatório que pouca ou nenhuma comunicação é estabelecida entre os enfermeiros e os familiares. Uma estratégia de comunicação passa pelo envio de *Short Message Service* pré-definidos sobre o *status* cirúrgico (início e fim da cirurgia) ao familiar.

O objetivo desta investigação centra-se em compreender a forma como é percebida a comunicação no perioperatório pela família da pessoa submetida a cirurgia eletiva.

A escolha da metodologia recaiu num estudo qualitativo descritivo e exploratório, desenvolvido num BO convencional de um Centro Hospitalar da região Norte. A amostra é não probabilística intencional, incidindo na família da pessoa submetida a cirurgia eletiva. Como instrumentos de recolha de dados, utilizou-se um inquérito por questionário via telefone ao familiar. A análise dos dados baseou-se na estatística descritiva e na análise de conteúdo segundo Bardin.

Como resultados, dos 51 participantes a idade média foi de 47,9 anos, em que 70,6% era do sexo feminino e 51% era cônjuge, seguido 29,4% filhos. A maioria, 56,9% não era a primeira vez que vivia a experiência, tendo 86,3% atribuído pontuação máxima à pertinência da informação enviada por *Short Message Service* sobre o *status* cirúrgico. Consideraram que a informação enviada foi extremamente importante 56,9% e, 39,4% muito importante para reduzir o nível de ansiedade. Quanto ao grau de satisfação, alcançou-se 96,1% face ao tipo e qualidade de comunicação estabelecida no perioperatório, mas 64,7% gostariam de ter obtido mais informações. Da análise de conteúdo, emergiram cinco categorias: a comunicação, o estado emocional, a satisfação, a família e a espiritualidade e três subcategorias, a informação, satisfeito e não satisfeito.

Concluiu-se que o momento de espera do perioperatório para a família é de vulnerabilidade, vivenciando ansiedade e *stress*. Destacou-se como primordial a necessidade de estabelecer comunicação com a equipa cirúrgica com vista a obtenção de informações. O envio de *Short Message Service* sobre o *status* cirúrgico ao familiar, revelou-se importante para reduzir o nível ansiedade, tendo o grau de satisfação sido elevado com o tipo e qualidade da comunicação prestada. Os familiares sugeriram incluir mais informações, sentindo-se valorizados e incluídos no processo cirúrgico. A espiritualidade nos familiares emergiu como uma estratégia de *coping* pessoal para ultrapassar o momento de crise que vivenciavam.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Comunicação; Ansiedade; Família

2. ABSTRAT

Perioperative patients and their families perceive the surgical procedure as a critical event that generates anxiety and stress. During the perioperative period, little or no communication is established between nurses and family members. A strategy to improve communication involves sending a pre-defined Short Message Service about the surgical status (start and end) to the family member. The aim of this research is to understand how the family of the person undergoing elective surgery perceives communication in the perioperative period.

The methodology chosen was a descriptive and exploratory qualitative study, developed in a conventional operating room of a northern Hospital Centre. The participants had to be relatives of the person undergoing elective surgery and were selected by non-probability purposive sampling. A questionnaire was applied to the relatives, through a phone call. Data analysis was based on descriptive statistics and Bardin's content analysis.

There were 51 participants, with a mean age of 47.9 years, 70.6% of which were female, 51% were spouses and 29.4% were sons. For the majority (56.9%) this was not the first-time undergoing surgery, with 86.3% attributing the maximum score to the relevance of the Short Message Service about the surgical status. Regarding the importance of the information sent, 56.9% considered that it was extremely important and 39.4% considered it very important to reduce anxiety. With regard to the level of satisfaction, 96.1% relatives were satisfied with the type and quality of the communication established in the perioperative period, but 64.7% would have liked to obtain more information. Five categories emerged from content analysis: communication, emotional state, satisfaction, family and spirituality, and three subcategories: information satisfied and not satisfied. It was concluded that the patients' relatives are vulnerable while waiting during the perioperative period, experiencing anxiety and stress. The need to establish communication with the surgical team, in order to obtain information, was highlighted as crucial. Sending text messages about the surgical status proved to be important to reduce anxiety and the level of satisfaction, concerning the type and quality of communication provided, was high. Family members felt they were valued and involved in the surgical process but most of them would have liked to receive more information and more text messages. The relatives' spirituality emerged as a personal coping mechanism to overcome the moment of crisis they were experiencing.

Keywords: Perioperative Nursing; Communication; Anxiety; Family

3. Fundamentação/Enquadramento Teórico

Neste capítulo, será apresentada a fundamentação teórica que norteou todo o processo de conhecimento na área da Enfermagem, explicitando a Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial teórico. Será também exposto o marco conceptual, que permitiu dar à investigação um sistema coordenado e coerente de conceitos, que permitiram abordar o problema em questão (Vilelas, 2020). Para tal, realizou-se previamente uma revisão da literatura, ou seja, uma análise da mais recente evidência científica por forma a clarificar os conceitos chave e identificar respostas às lacunas no conhecimento.

Enfermagem Perioperatória

Em meados dos anos 80, a enfermagem perioperatória sofre uma grande revolução, abandonando o modelo biomédico e passando a implementar o processo de enfermagem na prática dos cuidados, contemplando todo o ciclo de vida do ser humano (AESOP, 2012).

Nos Estados Unidos da América (EUA), em 1889, a enfermagem da sala de operações é considerada a primeira área de especialização em enfermagem (AESOP, 2012). Só em 1933, teve início o primeiro curso avançado para enfermeiras de sala de operações e foram escritas as primeiras normas para o BO. Neste seguimento, como forma de salvaguardar a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, assim como, afirmar competências, foi fundada a primeira organização nesta área a AORN. Esta define pela primeira vez enfermagem perioperatória, em 1978, enfatizando que os enfermeiros nesta área, desenvolvem intervenções em três fases, no pré, intra e pós-operatório. Perante a experiência cirúrgica vivenciada pelas pessoas estes enfermeiros têm o dever de atender às suas necessidades físicas, psicológicas e sociais, elaborando um plano de cuidados individualizado, coerente com as suas ações com o objetivo de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar, independentemente da fase da cirurgia (AESOP, 2012).

Em Portugal, tudo se desenrolou um pouco mais lento e até meados dos anos 80 a enfermagem de sala de operações era muito técnica, centrada no modelo biomédico, onde a obediência ao cirurgião era incontestável (AESOP, 2012).

No entanto, o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, a necessidade de apostar na prevenção das infeções e para equiparar-se aos outros países europeus surgem os enfermeiros de BO (AESOP, 2012). Praticamente 40 anos é a janela temporal, que separa a criação da AORN e da AESOP, em que esta última nasce em 1986, defendendo que os

cuidados prestados pelos enfermeiros do BO passam a ser centrados na pessoa sendo por ela e para ela que todo o trabalho deve ser planeado, executado e avaliado (AESOP, 2012). Também na Europa surge a EORNA, que defende que os enfermeiros do perioperatório são profissionais experientes e especializados com competências para cuidar, num ambiente seguro, em todas as fases do perioperatório (AESOP, 2012).

Com o aparecimento da AESOP, ocorre uma evolução crucial na enfermagem perioperatória uma vez que contribuiu para a fundamentação das práticas e normalização das mesmas, tendo como objetivo a promoção da melhoria dos cuidados de saúde no âmbito do BO, ao mesmo tempo que organiza e promove formação profissional na área. Assim sendo, a enfermagem perioperatória contempla um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, através dos quais os enfermeiros reconhecem as necessidades das pessoas, planeiam e realizam os cuidados com destreza e segurança, avaliando e apreciando os resultados obtidos no final (AESOP, 2012).

De acordo com o relatório de avaliação da situação nacional dos BO em 2013, para que os cuidados no perioperatório sejam seguros, eficazes e de qualidade são necessárias dotações corretas de profissionais de saúde quer em termos quantitativos (carga laboral) quer qualitativos (nível de qualificação), sendo também referido o tipo de ambiente de trabalho e a complexidade das pessoas (Ministério da Saúde [MS], 2015). Estes cuidados, resultam de um processo de enfermagem devidamente planeado, implementado e com objetivos delineados com base numa abordagem holística nas diferentes componentes físicas, psicológicas e sociais (MS, 2015).

A nível nacional, a AESOP (2012), formulou também um domínio de competências que envolve as áreas da comunicação; da prestação de cuidados; da educação/formação; da defesa da pessoa; investigação; gestão; desenvolvimento profissional e liderança.

Num estudo apresentado por Mitchell e Flin (2008); Gillespie e Hamlin (2009), o conhecimento especializado, é descrito como uma forma de proficiência técnica, fazendo parte outros aspetos como a consciencialização, a ênfase dada aos aspetos interpessoais e sociais da prática no BO, bem como o reconhecimento do trabalho em equipa, comunicação, coordenação e liderança.

De acordo com a AESOP (2012), as competências do enfermeiro do perioperatório incidem em oito áreas distintas, onde o enfermeiro assume inúmeros papéis, no antes, durante e após a cirurgia, nomeadamente como prestador de cuidados, advogado, líder, investigador, educador e ainda como gestor. Como *prestador de cuidados*, utiliza os conhecimentos, capacidades e habilidades na arte do cuidar em todo o período perioperatório; como *“advogado”*, garante um ambiente seguro e terapêutico mantendo as *“boas práticas”*; como

líder, sendo o mediador entre a equipa multidisciplinar; como *investigador* procurando adquirir conhecimentos baseados na mais recente evidência científica; como *educador* colaborando na sua formação, na da equipa, assim como junto dos estudantes proporcionando momentos de aprendizagem, à pessoa, família e sociedade; como *gestor*, coordenando e dinamizando todas as atividades inerentes à prática das mesmas no BO (AESOP, 2012). Todos estes papéis na organização e na segurança do BO são reconhecidos universalmente.

Constata-se que as diferentes organizações e entidades aqui mencionadas, incluindo a OE, utilizam diferentes termos para o mesmo conceito, nomeadamente utente, doente, cliente, pessoa, família e pessoa significativa, entre outros. Por isso, como forma de uniformizar a terminologia, optou-se por adotar a utilizada pela OE. O conceito de pessoa é definido como “(...) um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual (...)”, tornando “(...) cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2017, p. 2). A OE frisa ainda que a pessoa é influenciada pelo meio em que vive e se desenvolve, interagindo com o mesmo numa procura incessante pelo equilíbrio e harmonia. Cada pessoa, busca melhores níveis de saúde, sendo o centro de processos não intencionais, ou seja, as funções fisiológicas, procurando o equilíbrio das mesmas (OE, 2017).

No âmbito dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica onde se insere a área do perioperatório, o conceito de pessoa passa assim a designar-se como a pessoa em situação perioperatória.

Experiência Cirúrgica e a Família

A hospitalização provoca inevitavelmente, uma rutura no quotidiano diário da pessoa, alterando hábitos, assim como a capacidade de autorrealização e do cuidado pessoal. De acordo com Moura (2017), o processo de hospitalização provoca na pessoa alguma “despersonalização” relativamente ao ambiente onde se encontra inserido, pois passa a ser cuidado de acordo com a patologia que padece e não pela singularidade que o caracteriza enquanto pessoa. Esta, afeta os padrões de vida diários quer a nível individual quer familiar, produzindo alterações que se manifestam nos papéis, nas relações, nas identidades, nas competências, capacidades e ainda nos comportamentos. O período perioperatório, está associado a uma panóplia de sentimentos que se podem traduzir na incapacidade de retomar as rotinas prévias, medo de alteração da imagem corporal e de não despertar da anestesia, dor, sensação de culpa e invalidez (Oliveira, 2015). Quando a hospitalização inclui a realização

de uma cirurgia, independentemente de ser eletiva ou de urgência, estes sentimentos tendem a agudizar-se, a família também fica doente. Num estudo desenvolvido por Aust et al., 2016, constatou-se que a realização de uma cirurgia é geradora de ansiedade, medo e *stress*, concluindo que um terço das pessoas submetidas a cirurgias sofriam de altos níveis de ansiedade e *stress*.

O ato cirúrgico é assim considerado um acontecimento crítico, surgindo muitas vezes de forma abrupta e inesperada o que leva a alterações muitas vezes profundas na vida da pessoa em situação perioperatória e inevitavelmente da sua família. Esta tem implicações no bem-estar, na saúde e nos padrões de vida individuais e familiares (ex.: alteração de papéis, nas relações, nas identidades, nos comportamentos e capacidades) (Esteves, 2019). Também Borges (2018), refere ser consensual que momentos críticos, inesperados causadores de *stress* têm uma conotação negativa, assustadora e ameaçadora, influenciando o equilíbrio e o bem-estar psíquico e emocional da pessoa.

Carregoso (2014), refere que quando um elemento da família é submetido a uma cirurgia, inevitavelmente todos os familiares sofrem de ansiedade, podendo desencadear inclusive uma crise familiar. A forma como a família se adapta e responde ao momento de crise poderá afetar a pessoa em situação perioperatória e o prognóstico da sua doença (Carregoso, 2014). Neste sentido, torna-se pertinente diferenciar o conjunto de sentimentos, pois o que os distingue é muito ténue, sendo muitas vezes utilizados como sinónimos. O medo é definido por alguns autores como uma resposta face à perceção de uma ameaça, reconhecida como um perigo. A ansiedade é definida como um sentimento vago, incomodativo e desconfortável, perante uma fonte frequentemente inespecífica e desconhecida (Suriano et al., 2009). O *stress* é visto como uma resposta multifatorial, baseada numa avaliação cognitiva, enquanto a ansiedade reporta-se a uma emoção negativa que depende da avaliação do estímulo causador de *stress* (Almeida et al., 2015).

A exteriorização e a “explosão” de emoções surgem pela incerteza do diagnóstico, possibilidade de dor, procedimentos cirúrgicos, medo de não despertar da anestesia e perda de autonomia. Estes sentimentos, são vivenciados pela pessoa e inevitavelmente pela sua família, tornando-se fundamental incluir a família em todo este processo, tal como recomenda AORN. Em 1993, com um estudo revolucionário na década e impulsionador nesta área, a AORN frisou que o seu envolvimento permitiria um aumento na cooperação por parte da pessoa, uma diminuição da ansiedade, um aumento da satisfação da família pelos cuidados prestados e uma visão positiva em relação ao hospital (AORN, 1993). A mesma entidade, em sucessivos estudos ao longo destes anos, conclui que os familiares se sentem excluídos e desejam ser envolvidos nos cuidados (AORN, 2018).

Aludindo à realidade supracitada, a pessoa enquanto ser humano está inserida numa sociedade e integra uma família, família essa que o acompanha em todas as suas fases de vida, desde o nascimento até à morte. A palavra família, deriva do latim “*famulus*” que, epistemologicamente significa o conjunto das propriedades de alguém, onde se inclui escravos e parentes. A conceção de família varia consoante a época, mas também a cultura em que se insere, não existindo uma definição universal (Pires, 2008).

A família não interessa de que tipo é, mas sim “onde as pessoas crescem; nutrem-se física, psicológica e socialmente; ganham um sentido de si e de coletividade enquanto uma unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital...” (Martins et al., 2012, p. 686).

O *International Council of Nurses* (ICN) define família como: “grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes” (ICN, 2015, p. 143). A mesma entidade define várias conformações familiares: *Família Nuclear* - constituída por marido, esposa e um ou mais filhos; *Família monoparental* - formada pelo pai, mãe ou outro cuidador e a presença de uma ou várias crianças ou outros dependentes; *Família alargada* - para além dos pais e filhos envolve outros familiares como avós, tios, primos. Para além destas configurações existem ainda: *Famílias reconstituídas* - um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e vivem com filhos de pelo menos um dos progenitores; *Homossexuais* - composta por cônjuges do mesmo sexo e seus filhos; *Comunas* – indivíduos com objetivo de vida comum que coabitando como as congregações e irmandades (ICN, 2015).

No último século, o conceito tradicional de família tem sofrido várias alterações e novas configurações, emergindo uma espécie de família solidária e efetiva, onde as relações assentam no afeto e não em regras sociais ou mesmo jurídicas (Stacciarini, 2019). Na linha desta nova realidade, a própria OE, introduziu um novo conceito, para além de família poder-se-á falar de uma pessoa significativa, transparecendo esta mudança de paradigma (OE, 2017). No entanto, para o presente documento adotou-se o conceito família englobando todas as definições aqui explanadas. Esta diversidade não lhe retira de modo algum o protagonismo que desempenha no bem-estar de todos os membros que a constituem, pois é na família que nascemos, crescemos e nos amparamos física, psicológica e socialmente. Nela adquirimos a nossa identidade individual e coletiva e adquirimos as nossas crenças e valores que nos acompanham ao longo da nossa vida. Em suma, é junto da família que nos refugiamos nos momentos menos bons e recarregamos para novas batalhas, devendo os

enfermeiros, reconhecer as suas vicissitudes e utilizá-la como aliado valioso nas suas práticas de enfermagem.

Comunicação no Cuidar

De acordo com Phaneuf (2005), comunicar é criar e recriar, é expressar-se e permitir que o outro também o faça, sendo um processo de compreensão recíproca. Outros autores, Wright e Leahey (2019), consideram que o foco do estudo da comunicação passa pela forma como os indivíduos interagem entre si. Assim, entende-se por comunicação, o intercâmbio de informações, sendo o processo através do qual os indivíduos transmitem os seus pensamentos, sentimentos e ideias com os outros.

Torna-se pertinente fazer a distinção dos conceitos comunicação e informação, muitas vezes compreendidos e interpretados como sinónimos. A informação é compreendida como o conteúdo e os aspetos semânticos de uma mensagem, enquanto a comunicação, é definida como o processo pelo qual a informação é transmitida, entre o emissor e o recetor (Hejelm-Karlsson, como citado em Melo, 2005).

Assim sendo, podemos afirmar que comunicar é das principais ferramentas de trabalho na arte de cuidar em enfermagem, estando presente em todas as intervenções realizadas junto da pessoa e da família, quer seja para orientar, informar, apoiar ou confortar (Briga, 2010). Como referido anteriormente, todo o processo cirúrgico é acompanhado por uma “explosão” de sentimentos vivenciados de igual forma, pelo binómio pessoa/família, estes verbalizam que neste período do perioperatório que se sentem mais isolados, ansiosos e com a sensação de que o tempo não passa (AORN, 2018). É durante este intervalo que pouca ou nenhuma comunicação é estabelecida entre os familiares e profissionais de saúde (Kynoch et al., 2017). Bozett (2008), revelou que as principais necessidades verbalizadas pelos familiares no momento da cirurgia passavam por: estar informado sobre o estado da pessoa; obter informações fidedignas; poder falar com o médico responsável; sentir que os cuidados prestados foram os melhores possíveis. Dez anos é a janela temporal que separa o estudo de Bozett e as recentes investigações realizados pela AORN (2018; 2019b), sendo os resultados idênticos. Também Phaneuf (2005) afirma que a família tem necessidade de informação para compreender o que se passa, poderem participar nas decisões e darem o suporte necessário à pessoa doente.

Quer a EORNA, quer a AESOP enquanto entidades de referência na área do perioperatório, defendem o quão importante é a comunicação neste período, citando que “o doente, os familiares e outras pessoas significativas têm o direito de receber a informação necessária,

bem como apoio emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios” (AESOP, 2012, p. 6).

Perante os factos apresentados, e de acordo com os sucessivos estudos desenvolvidos pela AORN, esta relata uma mudança de paradigma, ao introduzir um enfermeiro especialista e/mestre na área do perioperatório a desempenhar funções como enfermeiro de referência na gestão da comunicação no perioperatório (AORN, 2016). Torna-se assim imprescindível que estes enfermeiros sejam conhecedores e peritos em relações humanas, tornando a comunicação um instrumento básico, mas precioso na prestação de cuidados. Esta competência adquire destaque junto dos familiares da pessoa submetida a cirurgia pela necessidade de informação que estes necessitam para conseguirem compreender o que está a acontecer. Além disso, estando devidamente informados e esclarecidos poderão ser uma fonte muito importante de suporte. Também a amabilidade e disponibilidade com a pessoa/família são sem dúvida o reflexo de humanização e qualidade nos cuidados prestados pelos enfermeiros, onde a comunicação (verbal e não verbal) estabelecida, é a chave principal do sucesso na relação de ajuda estabelecida (Phaneuf, 2005).

Com a evolução tecnológica, urgem novas formas de comunicar. Se até há alguns anos consideraríamos os telefones, telemóveis, mensagens, *pager*, *email* (...) meios de comunicação impessoais, nos dias de hoje são percecionados de forma diferente devido essencialmente à sua componente prática e conforto (AORN, 2018). Face à grande produção cirúrgica, à gestão rigorosa dos tempos operatórios e dos profissionais de saúde estes meios de comunicação podem se tornar uma mais-valia. No entanto, é necessário salvaguardar que a informação seja clara, precisa e isenta de terminologia, para um maior impacto terapêutico (AORN, 2018).

Mais recentemente em 2019, num Hospital em Baltimore nos EUA passou a utilizar-se o *email* para comunicar com a família sobre o *status* cirúrgico, tendo o *feedback* por parte dos familiares sido bastante positivo (AORN, 2019b). Esta opção de comunicação é simples, segura, com atualizações em tempo real e pode ser enviada para vários familiares em simultâneo. Estes não precisam de se restringir a um único local de espera, às vezes com poucas condições, permitindo que circulem pelo bar ou mesmo jardins do hospital reduzindo a sua ansiedade (AORN, 2019b).

A comunicação é a base e o fundamento da relação entre enfermeiro e a família da pessoa em situação perioperatória, sendo sem dúvida, uma área que os profissionais devem apostar, investir e vencer.

Enfermagem – Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Enfermagem é uma ciência e uma profissão, cuja prática clínica é orientada através da sua *episteme*, de conhecimentos, possuindo filosofias, teorias, conceitos, e métodos de investigação que refletem a sua essência (Baptista, 2019). Os modelos conceptuais de enfermagem são variados, desde a grande teoria, teorias de médio alcance e teorias sobre a prática cujo objetivo é descrever e esclarecer os fenómenos de enfermagem. Estes modelos desempenham um papel fundamental nas intervenções de enfermagem, permitindo que sejam orientadas por teorias baseadas em evidência científica (Smith e Parker, 2015).

A teoria eleita como fio condutor, concedendo fundamento a este trabalho foi a Teoria das Transições da Afaf Meleis. Trata-se de uma teoria de médio alcance, menos abstrata, que aborda fenómenos ou conceitos específicos, refletindo a prática. Os fenómenos ou conceitos cruzam diferentes áreas da enfermagem, refletindo uma ampla variedade de situações no âmbito do cuidado (Meleis, 2018).

Esta teoria tem sido bastante testada e utilizada nas variadas áreas e contextos da enfermagem na nossa latitude, nas últimas quatro décadas, facultando orientações que apoiam a prática de enfermagem no cuidado à pessoa. O foco desta teoria, centra-se nos processos transacionais a que o indivíduo está sujeito ao longo de todo o seu ciclo de vida, baseando-se na observação do ser humano, na forma como enfrenta e lida com situações de mudança e/ou alterações de vida e como os enfermeiros atuam nestas respostas (Meleis, 2010).

A saúde e a doença são consideradas estados ou condições pouco estáveis sempre em constante mudança. Como tal, durante os estados de equilíbrio ou desequilíbrio acontecem situações de mudança que são vivenciadas de diferentes formas quer pela pessoa quer pela família. Freud, Tyhurst e Schlossberg consideram as transições como alterações entre estados de equilíbrios e desequilíbrios (Abreu, 2011). Para Meleis (2010), as transições surgem perante eventos críticos em ambientes ou com pessoas, tratando-se de uma mudança na condição de saúde, nas relações, habilidades e expectativas exigindo das pessoas, a aquisição de novos conhecimentos, por forma a modificarem comportamentos. Perante o que foi explanado, podemos enfatizar que o facto de ocorrer uma cirurgia, esta, pode ser classificada como uma transição, quer para a pessoa, quer para a família.

De forma esquematizada, a teoria das transições estrutura-se em três partes principais e interligadas entre si: a *natureza das transições*, com os seus tipos, padrões e propriedades; os *condicionantes da transição*, que podem ser inibidores ou facilitadores englobando condicionantes de origem pessoal, da comunidade e da sociedade; os *padrões de resposta*,

com indicadores de resposta e indicadores de resultado. Neste sentido, constatamos que as intervenções de enfermagem estão interligadas a todos os pontos, daí a importância destes profissionais em todo o processo de transição (Meleis, 2000).

De seguida, focar-nos-emos na natureza das transições, mais concretamente nos tipos de transições e por conseguinte o contributo desta teoria na prática do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória. Existem transições de quatro tipos: *desenvolvimental*, referentes a mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida; *situacional*, associadas a modificações nos papéis previamente desempenhados; *saúde/doença*, transições que envolvem alteração do estado saudável para uma situação de doença; *organizacional*, relacionadas com mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas e intraorganizacionais (Meleis, 2010).

Nas transições de saúde/doença, a pessoa/família tem que redefinir novos papéis, que resultam da passagem dum estado saudável para um de doença aguda ou crónica, ou de um estado de doença crónica para um estado de bem-estar. Tudo isto implica que a pessoa em situação perioperatória adapte o seu comportamento à nova situação vivenciada, modificando a perceção de si mesmo (Meleis, 2010). Em contexto de BO, as transições mais vivenciadas pelas pessoas/família submetidos a cirurgia eletiva, consistem na alteração de um estado saudável para um estado de doença aguda ou um estado de doença crónica para um estado de agudização. Meleis e Trangenstein (1994) afirmam que a Enfermagem se preocupa com o processo e com as experiências vividas pelas pessoas submetidas às transições, resultando em bem-estar e saúde. Desta forma, o grande desafio do enfermeiro do perioperatório passa por proporcionar transições saudáveis às pessoas/famílias que são dotadas de singularidades, adquirindo novas competências e experiências para dar resposta a estes desafios (Costa, 2016).

Torna-se assim pertinente compreender os conceitos chaves e algumas das intervenções de enfermagem que podem facilitar este processo dinâmico no alcance das mesmas. Entende-se por *transições saudáveis* os comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados a novos papéis; *transições insalubres* ou *transições ineficazes* que colocam a pessoa em situação de vulnerabilidade e risco; *insuficiência do papel*, ou seja, dificuldade em desempenhar um papel, em que surgem comportamentos e sentimentos derivados do incumprimento de obrigações ou expectativas (Meleis, 2010).

Assim sendo, o objetivo dos cuidados de enfermagem, centra-se numa assistência eficiente, na compreensão da transição como processo dinâmico e na melhoria dos resultados, evitando transições insalubres. Para tal, as possíveis estratégias a ser implementadas passam por melhorar o bem-estar, prevenir riscos e aprimorar o autocuidado (Costa, 2016).

Também no estudo desenvolvido por Schumacher, Jones e Meleis são descritas de forma pormenorizada intervenções de enfermagem para lidar com as transições, onde se dá destaque à avaliação de enfermagem, estando na origem de todas, assim como, o planeamento e a implementação (Schumacher et al., 1999). A criação de um ambiente saudável é sem dúvida uma meta a alcançar por parte dos enfermeiros, proporcionando segurança, proteção e respeito pelas tradições culturais, ou seja, um ambiente dinâmico e adaptável sincronizado com as necessidades de cada pessoa (Meleis, 2018).

O enfermeiro do perioperatório, tem um papel de destaque neste processo de transição no intraoperatório, mas também, na visita pré e pós-operatória oferecendo ferramentas que poderão ser úteis para ultrapassar este momento de incerteza, o da cirurgia, da forma mais saudável possível. Ressalvamos a importância dos enfermeiros investirem nos ensinamentos, proporcionarem um ambiente saudável, serem sistemáticos e rigorosos no planeamento das intervenções, por forma, a facultarem bem-estar emocional e físico diminuindo o risco potencial que a experiência de transição possa acarretar sobre as pessoas e respetivas famílias.

Torna-se um grande desafio para os enfermeiros, nomeadamente, os do perioperatório, cuidar da pessoa/família, durante o processo de transição que uma cirurgia envolve.

Tendo por base a Teoria de Afaf Meleis, e com o intuito de proporcionar transições saudáveis minimizando as transições insalubres, surge a problemática da atual investigação. Esta, aludiu na comunicação no perioperatório entre o enfermeiro e a família, tendo surgido da observação empírica, da experiência profissional num BO central e com base na literatura.

Toda a investigação pressupõe uma situação prévia considerada controversa, que necessita de ser explorada (Vilelas, 2020).

Tal como foi explanado ao longo do enquadramento teórico, a comunicação com a família da pessoa submetida a cirurgia é frequentemente colocada em segundo plano, em todo o processo cirúrgico pois as intervenções de enfermagem privilegiam o cuidado e atendimento da pessoa. Todavia, a pessoa em situação perioperatória revela com frequência preocupação com o facto de a família não ter informações, aguardando por notícias num estado de ansiedade e preocupação (AORN, 2018).

Quando vivenciamos experiências desta natureza, quer como pessoas, como profissionais ou mesmo como familiares, quando insistentemente nos telefonam ou tocam à campainha com o único objetivo de obter informações concretas e simples, mas cruciais para quem as coloca, compreendemos a magnitude do problema. Torna-se impossível ficar indiferente, tornando-nos mais desportos para um aspeto intrínseco ao ser humano, que é a necessidade de

informação sobre aquele a quem estamos ligados por laços familiares/afetivos e que vivencia um momento de sofrimento físico e/ou psicológico, tão bem demonstrado na literatura. Atualmente, existem *softwares* e programas informáticos de registos que permitem colocar o número de telemóvel do familiar para que este receba um SMS pré-definido/padronizado no seu telemóvel sobre as etapas da cirurgia, designado, *status* cirúrgico. O BO, onde decorreu a investigação, possui essa ferramenta inserida no programa de registos desde 2017, havendo enfermeiros que inseriam o contacto telefónico do familiar sem a autorização da pessoa, outros obtinham consentimento, alguns só inseriam o contacto se fossem cirurgias pouco demoradas e ainda, havia enfermeiros que ignoravam essa ferramenta não estabelecendo qualquer tipo de comunicação com a família. Desta realidade exalta a importância em apostar na sistematização, organização e planeamento das intervenções de enfermagem com a finalidade de comunicar de forma efetiva com a família utilizando as ferramentas disponíveis.

4. Finalidade e Objetivos

O percurso de investigação desenvolvido pretende dar resposta à seguinte questão central de investigação: “Como é que a família da pessoa submetida a cirurgia eletiva percebe a comunicação no perioperatório?”. A finalidade a alcançar passa por contribuir para o desenvolvimento da comunicação no perioperatório entre o enfermeiro e a família da pessoa submetida a cirurgia eletiva, recorrendo a novos instrumentos tecnológicos e *softwares* informáticos, como aliados para alcançar maiores ganhos em saúde.

Ainda no âmbito da questão norteadora, foram definidas outras sub-questões:

- Como é que a família avalia a satisfação quanto à informação obtida?
- Quais as sugestões referidas pelos familiares face à comunicação no período do perioperatório?

O objetivo geral desta investigação é:

- Compreender a perceção da família da pessoa submetida a cirurgia eletiva sobre a comunicação no perioperatório com os enfermeiros.

Como objetivos específicos, definiram-se:

- Estudar o envio de SMS sobre o *status* cirúrgico como estratégia de comunicação no perioperatório junto da família da pessoa submetida a cirurgia eletiva;
- Verificar a existência de relação entre comunicação no perioperatório e ansiedade;
- Identificar o grau de satisfação da família face às informações obtidas/comunicação estabelecida;
- Desenvolver a comunicação no perioperatório entre o enfermeiro e a família da pessoa submetida a cirurgia eletiva.

5. Metodologia

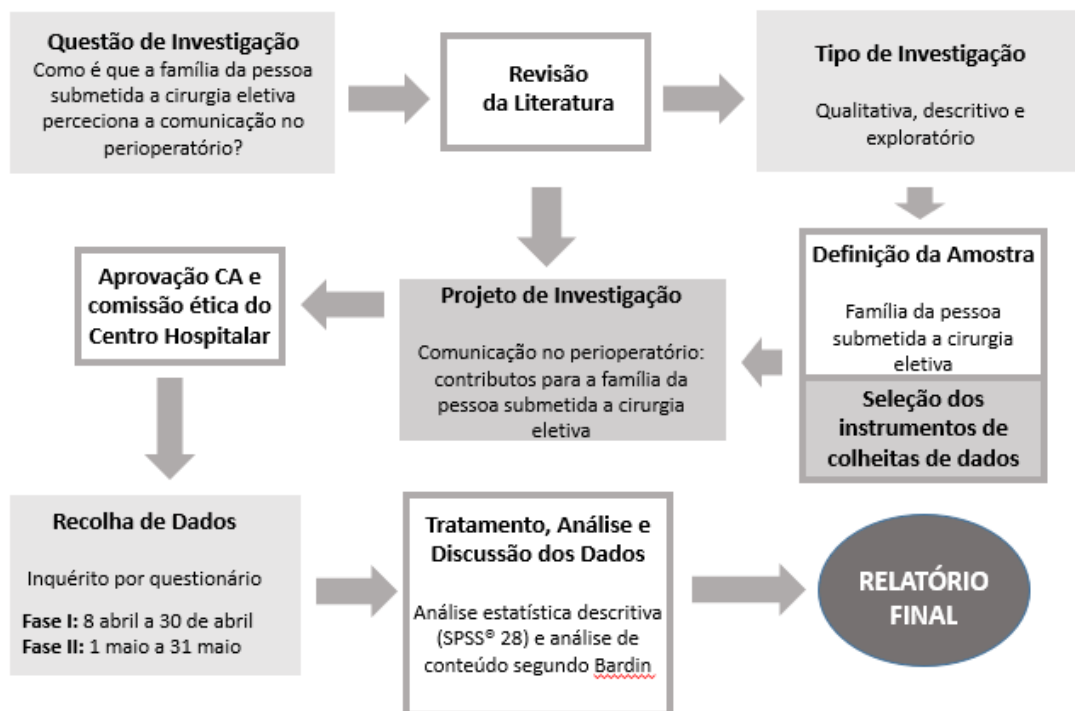
Ao longo do processo científico, é necessário seguir determinados procedimentos que nos permitam alcançar o fim que procuramos, seguindo um método, um caminho concreto que nos aproxime da meta (Vilelas, 2020). A metodologia define-se “como a explicação minuciosa, pormenorizada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa” (Vilelas, 2020, p. 95).

5.1. Desenho do Estudo

O desenho de estudo contempla todo o plano elaborado pelo investigador para obter respostas válidas face à questão de investigação. Este tem também como objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento que possam interferir nos resultados da investigação (Fortin, 2009).

Para se tornar mais explícito, elaborou-se um diagrama (figura 1), onde se incluiu a sequência das etapas que fizeram parte de todo o processo de investigação.

Figura 1: Desenho de Investigação



Nesta sequência, de acordo com o objetivo geral do estudo e o estado da arte enveredou-se por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório visto que a sua finalidade é observar,

descrever, compreender e desvendar como os fenómenos se manifestam, de forma a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população (Fortin, 2009). Já Vilelas (2020) acrescenta que este tipo de investigação se centra no modo como os indivíduos interpretam e dão sentido às experiências que vivenciam no seu mundo. O ambiente natural é a fonte direta de colheita de dados e o investigador é o instrumento-chave, analisando os dados de forma indutiva.

5.2. População e Amostra

Para Fortin (2009), a população é definida como o conjunto de elementos que partilham características comuns, havendo definição de critérios. A população alvo, não é mais do que aquela que satisfaz os critérios de seleção previamente definidos.

Concretamente, o que se pretende é constituir uma amostra em que ao observar uma porção relativamente reduzida das unidades, se possa obter conclusões semelhantes às que chegaríamos se estudássemos toda a população. Assim, quando a amostra reflete a população denomina-se amostra representativa (Vilelas, 2020).

Para a seleção dos participantes deste estudo, optou-se por um método de *amostragem não probabilístico e intencional*, pois cada elemento da população escolhido não tem a mesma probabilidade de ser selecionado, sendo formada segundo critérios/caraterísticas que o investigador considerou pertinente (Fortin, 2009).

Considerou-se assim, oportuno recorrer a este tipo de amostragem visto se pretender a compreensão do fenómeno em estudo, sem generalizações. Não fazia sentido abrir mão de uma escolha intencional, correndo o risco de não recrutar os indivíduos que possuíssem as características úteis à investigação. Para além disto, trata-se de um método de baixo custo sendo a sua principal vantagem, como refere Vilelas (2020).

A população selecionada recaiu na família da pessoa submetida a cirurgia eletiva, tendo-se estabelecido os seguintes critérios de inclusão: o tipo de cirurgia ser eletiva; a duração da cirurgia até 2 horas; nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, urologia e ginecologia; em sujeitos com idades superiores a 18 anos; a ausência de défices cognitivos e auditivos; capacidade e conhecimento em saber funcionar com o telemóvel.

Segundo Vilelas (2020), o tamanho da amostra não determina a qualidade da mesma, mas sim a sua representatividade, ou seja, o grau de semelhança com a população. O mesmo autor defende que a dimensão mínima de uma amostra deve ser de 30 elementos, pois amostras mais pequenas têm maior probabilidade de levar a resultados enviesados.

Atendendo ao tipo de estudo e ao tempo previsível de término deste percurso de investigação, não foi possível considerar amostras de dimensões elevadas. Neste sentido, o resultado do tamanho da amostra foi condicionado por critério temporal, pela disponibilidade e pela capacidade para a colheita de dados. Optou-se por seguir o que é considerado por Vilelas (2020) o guia condutor da amostragem, ou seja, a saturação de dados, totalizando 51 participantes. Atingiu-se assim, um ponto em que já não se obtinha informações novas, começando a ser redundante, alcançando aquilo que se designa de confiança empírica (Gonçalves et al., 2021). Foram excluídos 6 participantes do estudo, 4 porque só receberam o SMS a informar o fim da cirurgia, 2 porque não viram o SMS.

5.3. *Técnicas e Instrumentos de Colheita de Dados*

Para prosseguir o processo de investigação, torna-se necessário realizar a seleção das técnicas de colheita de dados para de seguida se construir os instrumentos que nos permitirão obter os dados sobre a realidade. Assim sendo, as técnicas são caracterizadas como “procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis” adequados ao tipo de problema e fenómeno estudado (Baptista & Sousa, 2011, p. 53). Já por instrumentos entende-se por algo que “sintetiza em si todo o trabalho prévio da investigação, resume as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar e, portanto, aos conceitos utilizados” (Vilelas, 2020, p. 332).

Por conseguinte, tendo por base a natureza do estudo, os objetivos traçados, a questão e a situação em concreto da investigação, a seleção da técnica e instrumento de colheita de dados recaiu no inquérito por questionário. Para os autores Carmo e Ferreira (2008), o inquérito é o processo de investigação que pretende obter respostas expressas pelos participantes do estudo, quer por via oral/escrita, podendo ser implementado como recurso o questionário ou a entrevista.

Neste estudo em concreto utilizou-se um questionário misto, com questões fechadas e abertas, elaborado através do formulário digital *do Google Forms*[®]. Este está estruturado em três seções distintas: a *primeira*, comporta uma breve introdução na qual apresenta-se o investigador, o tema e o objetivo do estudo, de forma clara e simples, mostrando o valor acrescentado que as respostas ao inquérito podem trazer para a investigação. Também esta parte, contempla o consentimento informado e esclarecido para a participação de forma voluntária e anónima; a *segunda* parte contempla questões sociodemográficas; na *terceira* seção com sete questões fechadas (quatro dicotómicas e três segundo escala *Likert*), terminando com duas questões abertas com o objetivo de proporcionar ao participante

abertura de resposta, diálogo e de facultar informação mais rica e pormenorizada (APÊNDICE VIII).

Depois de redigido o questionário, mas previamente à sua aplicação definitiva, foi sujeito a um pré-teste, ou seja, a uma prova preliminar, como procedimento de validação. Este pré-teste foi aplicado a uma amostra de 10 indivíduos, tendo como objetivo evidenciar possíveis falhas na redação como: complexidade das questões, imprecisão na redação, inutilidade de questões, constrangimentos dos participantes, ajustes de horários e duração do questionário.

O processo de colheita de dados contemplou duas fases, por forma a dar cumprimento às questões ético-legais e às especificidades da investigação:

- **Fase I** - decorreu entre 8 abril a 30 abril: foram convidadas 120 pessoas em situação perioperatória no momento da admissão ao BO a participar neste estudo, autorizando verbalmente e por escrito (consentimento informado e esclarecido) (APÊNDICE IX) a inserir o número de telemóvel do familiar no programa informático para o envio do SMS pré-definido sobre o *status* cirúrgico (início e fim). A seleção do número total de participantes teve por base o número de cirurgias eletivas, das quatro especialidades, realizadas em janeiro de 2021 (n=119) no Centro Hospitalar em questão.

- **Fase II** - decorreu entre 1 maio a 31 maio: foi aplicado o questionário por via telefone, aos familiares das pessoas submetidas a cirurgia eletiva, após consentimento, no horário compreendido entre as 18h e as 20h nos 5 dias úteis da semana. No final do telefonema, validou-se com todos os participantes a veracidade e intencionalidade das suas respostas nas questões abertas.

5.4. *Tratamento e Análise de Dados*

O tratamento e análise dos dados é “(...) um processo que exige questionamento inteligente, uma procura de respostas, observação ativa e memória precisa” (Morse, 2007, p. 35), atendendo que a “(...) finalidade da análise dos dados é ilustrar as experiências dos que as viveram (...)” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 48).

Realizou-se uma análise estatística descritiva dos dados que caracterizam a amostra, assim como, das questões fechadas com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 28 e uma análise de conteúdo das questões abertas segundo Bardin (2016). Esta última análise, recaiu no modelo referenciado, visto ser aquele com que o investigador principal mais se identificou e que se direciona para os objetivos traçados.

Caraterização Sociodemográfica

A média de idade dos participantes foi de 47,9 anos, tendo o mais novo 25 anos e o mais velho 73 anos. No que refere à distribuição por sexo, constatamos que 70,6% (n=36) são do sexo feminino e 29,4% (n=15) do sexo masculino.

A maior dos participantes 78,4% (n=40) são casados, sendo que o grau de parentesco que possuem com a pessoa em situação perioperatória é de cônjuge, 51% (n=26), seguido dos filhos com 29,4% (n=15) (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos Participantes por Grau de Parentesco

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem acumulativa
Cônjuge	26	51.0	51.0	51.0
Filho / a	15	29.4	29.4	80.4
Irmão / a	3	5.9	5.9	86.3
Cunhado / a	1	2.0	2.0	88.2
Nora	2	3.9	3.9	92.2
Namorado / a	1	2.0	2.0	94.1
Mãe	1	2.0	2.0	96.1
Sobrinha	1	2.0	2.0	98.0
Amiga	1	2.0	2.0	100.0
TOTAL	51	100.0	100.0	

Em termos de habilitações literárias verificamos que 33,3% (n=17) possui o 2º ciclo (6º ano), o que não reflete a realidade do nosso país para a faixa etária dos 40 – 50 anos de idade. (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

Análise das Questões

A análise das questões fechadas foi realizada em formato de tabela, por forma a facilitar e proporcionar uma maior e melhor compreensão das mesmas.

Tabela 2: Questões Fechadas

Questão 1: É a primeira vez que tinha um familiar a ser submetido a cirurgia eletiva					
Três ou mais	35,3% (n=18)	Duas vezes	17,6% (n=9)	Uma vez	3,9% (n=2)

Questão 2: Qual a pertinência da informação transmitida no perioperatório através do contacto por SMS?					
Extremamente relevante	86,3% (n=44)	Muito relevante	11,7% (n=6)	Relevante	2% (n=1)

Questão 3: A informação fornecida via telemóvel durante a cirurgia eletiva foi importante para a redução do nível de ansiedade?					
Extremamente importante	56,9% (n=29)	Muito importante	39,2% (n=20)	Pouco importante	3,9% (n=2)

Questão 4: Qual o grau de satisfação e qualidade do serviço prestado no âmbito da comunicação do perioperatório?					
Extremamente satisfeitos	60,8% (n=31)	Muito satisfeitos	35,3%% (n=18)	Satisfeitos	3,9% (n=2)

Apesar dos resultados bastante positivos nas perguntas 2 e 4, quando questionados os participantes se **“Gostariam de ter obtido outro tipo de informação que não foi dada?”**, a maioria, 64,7% (n=33) respondeu que sim, destacando-se a informação sobre o estado clínico como a necessidade de informação mais expressa, seguida da hora da alta do recobro para o internamento;

Por último, quando questionados se **“Recomendariam o nosso hospital para alguém conhecido ser operado?”** 92,2% (n=47) respondeu que sim, sendo reflexo do grau de satisfação obtido na questão 4 e pelo facto de a cirurgia ter decorrido sem intercorrências.

De seguida proceder-se-á à análise de conteúdo das questões abertas, que permitiram aos participantes expor as suas observações e sugestões dando-lhes liberdade de expressão.

Análise de Conteúdo Segundo Bardin

Após as transcrições das questões abertas dos questionários, respetivas sugestões e observações, foi necessário proceder à organização das mesmas para posterior Análise de Conteúdo (AC) segundo Bardin (2016). Trata-se de um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2016, p. 48).

Todo o processo de AC requer “(...) do pesquisador o trabalho de desconstrução para a construção”, mais concretamente, “(...) que o pesquisador esteja aberto para a compreensão de que as palavras têm muito mais a dizer do que dizem” (Batista & Campos, 2017, p. 265), procedendo-se ao agrupamento dos dados semelhantes.

A AC pode ter orientações mais quantitativas ou qualitativas pois a primeira adquire dados descritivos através de um método estatístico, enquanto a segunda corresponde a um procedimento mais intuitivo, mas também mais adaptável (Bardin, 2016). Desta forma, recorreu-se à utilização conjunta e complementar das duas abordagens de AC, quantitativa e qualitativa para ampliar as possibilidades de compreensão e assim alcançar os objetivos pretendidos.

O desenho da AC centrou-se em três etapas distintas, defendidas por Bardin (2016) que contempla, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a

inferência e interpretação. Este processo foi realizado em simultâneo por dois codificadores diferentes, o investigador principal e o orientador do estudo.

Pré-análise

É considerada a fase da organização, tendo como objetivo a operacionalização e sistematização das ideias iniciais. Na investigação em causa, a *escolha dos documentos* foi feita *a priori* tendo recaído nos questionários realizados. Esta fase de organização tem também como objetivo constituir o *corpus* de análise, ou seja, “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”, neste caso as questões abertas do questionário (Bardin, 2016, p. 63). Estas foram previamente submetidas a uma *leitura “flutuante”*, que consistiu em estabelecer contato com os dados, com os documentos a analisar obtendo uma primeira perceção das informações nele contidas. Optou-se por realizar no fim de cada dia de colheita de dados, uma leitura prévia, para verificar também a fiabilidade das respostas e de as codificar, como recomenda Vilelas (2020). Este sistema de codificação, ou seja, a categorização dos dados, permitiu transformar os dados em símbolos facilitando a sua contagem e organização.

A constituição do *corpus* de análise, enquanto processo científico implica escolhas, seleções e regras, que foram cumpridas, como recomenda Bardin (2016), nomeadamente: a *exaustividade* (todos os elementos contidos nos questionários foram tidos em consideração e sujeitos a posterior análise sem discriminação); *representatividade* (a escolha da amostra recaiu numa amostra intencional não probabilística, sujeita a critérios de seleção para ser o mais representativa possível); *homogeneidade* (os questionários foram aplicados a todos os participantes segundo os mesmos critérios); *pertinência* (os documentos analisados foram adequados, face ao objetivo principal). Esta última regra está intimamente ligada à da homogeneidade, tendo os documentos sido selecionados de acordo com o objetivo e questão de investigação traçados.

Exploração do material

Após o *corpus* definido, este foi estudado profundamente, com o objetivo de estabelecer as unidades de registro e as unidades de contexto. Tratou-se de uma fase longa que consistiu essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, ou seja, “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (Bardin, 2016, p. 75).

Cientes que a nossa escolha recaiu numa AC quantitativa categorial, a organização da codificação assentou em três dimensões de escolha: no *recorte*; na *enumeração* e por fim na *classificação e agregação*.

A unidade de registo não é mais do que a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade base. Neste estudo optou-se por *recortes* a nível semântico, nomeadamente “*temas*”. A análise temática, “consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” (Bardin, 2016, p. 68).

A unidade de contexto serve de unidade de compreensão, ou seja, para codificar a unidade de registo e corresponder assim ao segmento da mensagem. Optou-se pelas frases que constituem as respostas às questões abertas como unidade de contexto. Estes dados foram codificados por participante, utilizando um código numérico, ou seja, foi atribuído um número por ordem de entrada no estudo, assim como letras, garantindo o anonimato. A escolha recaiu na letra P, de participante e a inicial correspondente a cada categoria.

Quanto à *enumeração*, optou-se pela *frequência por presença*, ou seja, quanto maior é o interesse do participante por um objeto, maior é a frequência da ocorrência no discurso (Bardin, 2016).

Na Tabela 3 são apresentadas as unidades de registo, de forma sublinhada, no contexto onde foram extraídas (verbalizações dos participantes) e respetiva temática onde se inserem, facilitando a posterior categorização. Em anexo, encontra-se a totalidade da análise das unidades (APÊNDICE XI).

Tabela 3: Síntese do *Corpus* da Análise

Síntese do <i>Corpus</i> da análise: 51 Questionários (2 questões abertas)	
Unidade de Contexto / Unidade de Registo	Temática
<p>P2: Q1 – “<u>Se correu bem</u>” Q2 – “<u>Falar com alguém seria o ideal</u>”; P5: Q2 – “Pedi ao meu filho para <u>ligar</u> para o hospital para saber se cirurgia já tinha começado e depois recebi a <u>SMS</u>”; P37: Q1 – “<u>Se correu bem</u>, dentro esperado... Receber SMS <u>quando tem alta</u> para internamento <u>com nº da cama e o piso</u>”;</p>	Formas de comunicação e Necessidade de informação
<p>P1: Q2 - “Fiquei muito <u>surpreendido</u> com a atitude, quando se fala no SNS só se fala mal e ver algo de novo e <u>preocupação</u> com a família <u>é reconfortante</u>”; P23: Q2 – “Uma coisa tão simples e tão fácil como um SMS... <u>sossega a alma!</u> Tive o meu pai internado noutra hospital, bem maior e não teve nada a ver, não houve cuidado em informar, estávamos stressados!”; P34: Q2 – “Estava <u>preocupada</u>, <u>fiquei bem</u>, <u>menos ansiosa</u> quando recebi o SMS”;</p>	Expressão de sentimentos e emoções
<p>P32: Q2: “Acima de tudo porque esse pequeno SMS <u>ajudou-me a ficar mais calmo e dar informação a outros familiares</u>. Gostei por ser SMS e ser algo prático”;</p>	

<p>P41: Q2 – “<u>Acho prático, porque hoje muita coisa funciona por telemóvel e é uma mais valia, acalma. Permite passar informação aos outros familiares</u>”</p> <p>P51: Q2 – “<u>É bom não se esquecerem da família que fica sempre sem notícias</u>”;</p>	Família no processo cirúrgico
<p>P9: Q2 – “Saber quando a cirurgia começa e termina <u>já é muito bom</u>”;</p> <p>P14: Q2 – “<u>Interessante, é uma mais valia. Não estava à espera e fiquei surpreendida pela positiva</u>”;</p> <p>P28: Q2 – “<u>Obrigada pela preocupação</u>”;</p>	Manifestação de satisfação
<p>P12: Q2 – “Foi importante <u>saber o momento para poder rezar um bocadinho no momento</u>”;</p> <p>P48: Q2 – “Agradecer, porque assim <u>sabemos o momento da cirurgia e podemos fazer as nossas orações</u>”;</p> <p>P50: Q2 – “Fiquei surpreendida por receber o SMS, não sabia que faziam esta comunicação assim. Foi importante para <u>centrar os meus pensamentos positivos nela!</u>”</p>	Esfera da espiritualidade

Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação

Nesta última fase, e após a organização dos dados por eixos temáticos, passamos à classificação dos mesmos em categorias, ou seja, à categorização. Esta não é mais do que uma operação de classificação e diferenciação, seguido do agrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos.

Na elaboração destas categorias, por forma a manter o rigor científico, atendemos aos seguintes princípios: *exclusão mútua*, ou seja, cada elemento foi trabalhado de maneira a que não pudesse ser incluído em mais do que uma categoria; *homogeneidade*, para além da preocupação em que as categorias fossem abrangentes de forma a incluir todos os dados, mas também homogéneas, ou seja, que estivessem de acordo com os temas estabelecidos nas etapas anteriores da análise; *pertinência* “uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido” (Bardin, 2016 p. 76), indo de encontro à questão de investigação e objetivos traçados; *objetividade e fidelidade*, os mesmos dados, quando analisados segundo o mesmo sistema de categorias, deve ser codificado da mesma forma, independentemente do número de análises; *produtividade*, em que o “(...) conjunto de categorias fornece resultados férteis: em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos” (Bardin, 2016, p. 76), assim o pretendemos.

Neste seguimento e tendo por base as unidades de registo supracitadas obteve-se as seguintes categorias expostas na Tabela 4.

Tabela 4: Categorização

Temática	Categoria / Subcategoria	Frequência
- Formas de comunicação	C1. Comunicação	$a = 14$
- Necessidade de informação	C.1.1 Informação	$b = 52$
Expressão de sentimentos e emoções	C.2 Estado emocional	$c = 12$
Família no processo cirúrgico	C.3 Família	$d = 5$
Manifestação de Satisfação	C.4 Satisfação	$e = 23$
	C.4.1 Satisfeito	$f = 1$
	C.4.2. Não satisfeito	
Esfera da espiritualidade	C.5 Espiritualidade	$g = 4$

Após a AC e respetiva categorização, obteve-se um total de cinco categorias distintas e três subcategorias.

Por ordem de frequência, constatou-se que a necessidade de informação é a temática mais abordada pelos participantes, seguindo-se da satisfação, formas de comunicação, expressão de sentimentos e emoções, referência à família face ao processo cirúrgico e por último a espiritualidade.

5.5. Considerações Éticas

Toda a investigação científica desenvolvida acarreta grande responsabilidade ética por parte do investigador. Este é um longo caminho a ser percorrido, tendo início na seleção do problema e fim com a publicação dos resultados (Martins, 2008). Todo o estudo decorre sobre o escrutínio, preocupando-se com a qualidade dos procedimentos, assim como pelo respeito pelos princípios básicos da ética (Nunes, 2013).

Na investigação em enfermagem, raramente surgem riscos consideráveis para os investigados, o que não significa de forma alguma fugir às exigências e requisitos éticos (Martins, 2008). Sempre que o ser humano é o foco da investigação, ou seja, o objeto de estudo é necessário atender a uma série de pressupostos éticos resultantes das exigências morais, podendo desencadear um conflito com o rigor da investigação assim como com o bem-estar dos participantes (Fortin, 2009). Esta deverá obedecer aos princípios éticos nacionais e internacionalmente estabelecidos, nomeadamente os seis princípios emanados pelo ICN (2007): beneficência; avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade e pela Ordem dos Enfermeiros, através dos Artigos 78° e 88°, do Código Deontológico em Enfermagem e Artigo 9°, pontos 5 e 6 do REPE (Nunes, 2013).

À luz destes princípios, numa fase inicial este estudo foi submetido a apreciação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar (ANEXO I), tendo sido entregue o projeto de investigação (APÊNDICE X), o exemplar do consentimento informado a ser entregue aos participantes e ainda o questionário. Com esta investigação, pretende-se dar respostas

concretas a um problema da prática clínica, melhorando a qualidade assistencial e satisfação da pessoa/família, com repercussões positivas e sem custos associados. Nenhum participante será incluído no estudo sem antes ter a oportunidade de dar o seu consentimento livre e esclarecido. Este será entregue e assinado pessoalmente, por escrito após explicação clara das fases da investigação, os benefícios, os riscos e os custos. Também deve ficar claro que a sua participação é voluntária, podendo retirar o seu consentimento a qualquer momento da investigação, sem qualquer penalidade, perda de benefícios e sem necessidade de justificar a sua saída.

De ressaltar que a privacidade dos participantes será salvaguardada ao longo de todo o processo de investigação, não se prevendo conflito de interesses. Os dados recolhidos no inquérito foram tratados de maneira a garantir o anonimato e confidencialidade, sem nomes nem números do processo, através da codificação por letras e números (P1; P2; ...). Os mesmos, ficaram na exclusiva posse do investigador, guardados informaticamente e protegidos por *password* conhecida apenas pelo próprio. Após a conclusão do estudo e defesa do relatório em prova pública, todos os dados serão eliminados.

A divulgação dos resultados é um dever ético do investigador, tendo sido realizada em eventos científicos, tal como já foi relatado anterior, tendo havido o cuidado extremo de não identificar nenhum dos investigados (Martins, 2008). Encontra-se em elaboração o resumo de um artigo científico para submissão a revista científica como meio de disseminação.

Os resultados finais também devem ser comunicados às pessoas/famílias que nela participaram, sendo obrigação do investigador fazê-lo, sempre que possível (Nunes, 2013). Em suma, deverão ser os pressupostos de qualquer investigador independentemente do trabalho desenvolvido, competência, respeito, sentido de responsabilidade, com especial cautela com o rigor assim como com os princípios da verdade e da honestidade intelectual (Martins, 2008).

6. Resultados e Discussão

Ao longo deste capítulo serão apresentados os resultados obtidos nesta investigação e respetiva discussão dos mesmos à luz da mais recente evidência científica.

Aquando da caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, verificou-se que estes apresentavam uma idade média de 47,9 anos, sendo a maioria do sexo feminino (70,6%). Estes dados refletem o panorama nacional português, confirmado nos censos (recenseamentos da população e da habitação) em 2021, em que a população masculina recenseada em Portugal é de 4 921 170 e a população feminina 5 423 632. A faixa etária dos 25 aos 64 anos é a mais numerosa (53,2%), com 2 855 506 do sexo feminino comparativamente com os 2 645 445 do sexo masculino (INE, 2021).

Constatou-se que a maioria dos participantes, 78,8%, eram casados, o que não reflete a atual realidade portuguesa, pois de 2011 até 2021 houve uma inversão destes dados, passando a população solteira a ser superior (43,4%) face aos 41,1% de casados (INE, 2021).

Neste seguimento, os achados sobre o grau de parentesco com a pessoa em situação perioperatória, são sobreponíveis aos referidos anteriormente sobre o estado civil, destacando-se 51% o cônjuge, 29,4% os filhos e o restante conjunto de familiares muito diversificado, tal como verificado no estudo de Ramirez e Contreras (2021). No entanto, esta diversificação de familiares pode ser compreendida pelo envelhecimento da população portuguesa, por famílias menos numerosas, onde a organização familiar enquanto casal tem vindo a diminuir, as famílias monoparentais e pessoas que habitam sós quase duplicaram, enquanto os casais sem filhos tiveram um aumento a rondar os 50% (INE, 2018).

Como defende Stacciarini (2019), o conceito tradicional de família tem sofrido inúmeras alterações ao longo do século XXI, com novas configurações. O mesmo autor, refere que com a modernização da sociedade, nasce um vínculo socio afetivo, que fez emergir uma espécie de família solidária e afetiva, onde as relações são assentes no afeto e não em regras sociais e jurídicas. É neste tipo de família que se enquadra o “amigo”, referido pelos nossos participantes. Apesar da pouca expressividade neste estudo, torna-se pertinente contextualizado, indo de encontro ao que Wright e Leahey (2019) afirmam, a “família é quem a pessoa diz que é!”

Em termos de habilitações literárias constatou-se que 33,3% possui o 2º ciclo, 23,5% o secundário e 21,6% o 1º ciclo. Na última década em Portugal, de acordo com o INE, registou-se um aumento significativo no nível de escolaridade, nomeadamente o ensino secundário,

equiparando-se ao 1º ciclo (2021). No entanto, isso só se refletiu em parte na nossa amostra, visto o nível de escolaridade com mais expressividade ter sido o 2º ciclo seguido do secundário.

Perante as respostas à primeira questão, sobre se era a primeira vez que tinha um familiar a ser submetido a cirurgia eletiva, a maioria 56,9%, refere que não era a primeira vez que vivencia esta experiência, indo de encontro aos resultados obtidos por Gonçalves et al. (2015), num estudo realizado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com valores de 77,5%. Estes resultados podem ser também explicados pelo aumento significativo do número de cirurgias, visto em 2019 terem-se efetuado nos hospitais portugueses 1,0 milhões de cirurgias (exceto pequenas cirurgias), mais 63 mil que no ano anterior (mais 6,5%) (INE, 2021). Segundo Almeida et al. (2015), constataram que as experiências cirúrgicas anteriores podem contribuir para aumentar ou diminuir a ansiedade vivida no processo cirúrgico. Tendo considerado que experiências prévias positivas funcionam como atenuador da ansiedade e do *stress*, o que já foi descrito em outros estudos.

Relativamente à segunda questão colocada sobre a pertinência da informação transmitida por SMS, 86,3% dos participantes consideraram extremamente relevante e 11,4% muito relevante, o que perfaz um total de 97,7% que atribuíram as duas pontuações mais elevadas. Estes resultados são sobreponíveis aos relatados por Alsabban et al. (2020), onde os familiares valorizaram bastante a questão de serem informados sobre o procedimento cirúrgico. Esta necessidade que as famílias sentem em serem informadas, é relatada também nos estudos desenvolvidos pela AORN (2019b; 2018) onde afirmam que familiares informados se sentem mais seguros, mais satisfeitos e menos ansiosos. Estes estudos destacam ainda que as famílias valorizam informações consistentes, precisas e oportunas.

No mesmo registo, mas para a terceira pergunta sobre se a informação facultada foi importante para reduzir o nível de ansiedade, 56,9% (n=29) considerou extremamente importante, 39,4% (n=20) muito importante e apenas 2 participantes classificaram como pouco importante. Estes resultados vão de encontro ao estudo da AORN (2019b), onde se afirma que quanto mais tempo as famílias passam sem informações, mais ansiosos e preocupadas ficam. No estudo desenvolvido por Gorman et al. (2020), concluíram que esta forma de comunicação permitiu fornecer informações de forma simples e reduzir a ansiedade dos familiares. Todos os participantes (n=156) deste estudo concordaram que os SMS enviados foram tranquilizadores.

Num estudo recente desenvolvido em fevereiro de 2022 pela AORN, no âmbito da comunicação no perioperatório durante a pandemia de COVID-19, destaca-se a importância e a facilidade da comunicação estabelecida através do SMS, visto o acesso dos familiares aos

hospitais ser restrito e os profissionais de saúde terem uma carga de trabalho superior (AORN, 2022a). Esta estratégia de comunicação é defendida como uma forma de aliviar e minimizar a ansiedade, assim como, o *stress* vivenciado pela família.

No âmbito da satisfação e da qualidade com o tipo comunicação, na quarta questão, a maioria 96,1% (n=49) atribuíram as pontuações máximas, destes 60,8% (n=31) ficaram extremamente satisfeitos e 35,3% (n=18) ficaram muito satisfeitos, ficando apenas dois participantes satisfeitos. Estes resultados são sobreponíveis aos relatados na literatura, como no estudo desenvolvido por Heller et al. (2020), no Humber River Hospital nos EUA, em que os familiares consideraram este tipo de comunicação um recurso valioso, melhorando significativamente a sua experiência no perioperatório. Também na investigação realizada pela AORN (2019b), as famílias ficaram muito satisfeitas com a comunicação estabelecida por SMS, o *feedback* foi muito positivo, tendo atribuído a pontuação máxima. Concluiu-se que o fato de as famílias permanecerem informadas permitia um aumento da sensação de controle e de satisfação, tendo presente que a satisfação da família pode influenciar a opinião, assim como, a satisfação da própria pessoa submetida a cirurgia.

Apesar dos resultados bastante positivos nas perguntas 2 e 4, quando questionados os participantes se gostavam de ter obtido outro tipo de informação, a maioria, 64,7% (n=33) respondeu que sim, destacando-se a informação sobre o estado clínico como a necessidade de informação mais expressa, seguida da hora da alta da UCPA para o internamento. Estes dados vão de encontro à evidência científica, como o estudo de Gorman et al. (2020), que concluiu que os participantes desejavam mais informações e mais SMS, podendo este tipo de comunicação representar uma melhoria significativa do ponto de vista dos beneficiários, tendo um potencial enorme e infinito. Também o estudo da AORN de 2016 realizado num hospital Dinamarquês, destaca que facultar informação cria compreensão por parte de quem a recebe, permitindo que haja uma preparação e que criem estratégias de defesa.

É pertinente referir que no nosso estudo 35,3% (n=18), não manifestaram interesse em obter mais informações, sendo ainda uma percentagem significativa de participantes. Talvez possamos incluir os participantes cuja disponibilidade para responder ao inquérito era menor ou ainda, pelo motivo como refere Joshi e Thatte (2021), da mente dos familiares ser um turbilhão de perguntas e dúvidas, muitas delas permanecem sem respostas, porque estes têm medo de expressá-las.

Por último, quando questionados se recomendariam o centro hospitalar em questão, 92,2% (n=47) respondeu que sim, sendo reflexo do grau de satisfação obtido na questão 4 e pelo facto de a cirurgia ter decorrido sem intercorrências.

Constatamos que a percentagem de participantes que não recomendariam o hospital foi reduzida, de 7,8% (n=4), estando todos os casos associados a complicações ou intercorrências cirúrgicas. Nenhuma intervenção cirúrgica está livre de complicações, sendo o seu número crescente e diretamente proporcional ao número de procedimentos cirúrgicos realizados. Estima-se que em todo o mundo se realizam cerca de 234 milhões de cirurgias por ano (Llamas e Ramia, 2020). Dados da sociedade de anesthesiologistas do Reino Unido, preveem taxas entre 5,8% e 43,5% de complicações cirúrgicas nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (Kehlet, 2020).

De seguida procede-se à discussão dos resultados das categorias e subcategorias.

Comunicação e Informação

A comunicação, é mencionada na atual evidência científica como parte essencial do processo terapêutico, como um dos principais elementos na arte de cuidar em enfermagem, quer junto das pessoas, quer dos seus familiares. Tendo presente os conceitos de comunicação e informação retratados no enquadramento teórico, constatamos através deste estudo que apesar de distintos são indissociáveis como é visível nos relatos dos nossos participantes, tendo a categoria de comunicação tido uma frequência de $a=14$ face aos $b=52$ da subcategoria da informação.

Estes resultados vão de encontro aos explanados nos variados estudos, como sendo a necessidade mais vezes referenciada pela família, a necessidade de informação (Caverzan et al., 2017; Azarfarin et al., 2018; AORN, 2019b; Alsabban et al., 2020; Joshi e Thatte, 2021).

“Pedi ao meu filho para ligar para o hospital para saber se a cirurgia já tinha começado e depois recebi o SMS”. (P5: Q2)

“Se correu bem, dentro do esperado.... Receber SMS quando tem alta para internamento com número da cama e o piso”. (P31: Q1)

O tipo de informação que os participantes deste estudo mais referiram necessidade de saber foi o estado clínico, “se correu bem”. Este assunto está inserido numa área que podemos considerar delicada e “cinzenta”, colidindo com informação que não é só sobre os cuidados de enfermagem. Segundo o artigo 84º do Código Deontológico, o dever de informar do enfermeiro deverá ser relativo aos cuidados de enfermagem e sempre que o familiar questionar sobre informação relativa a outro profissional de saúde, o mesmo deverá encaminhar para o profissional em questão (OE, 2005).

Tratando-se no estudo realizado, de informação enviada por SMS, poderá ser colmatada esta necessidade com eventual chamada telefónica como sugerido por dois participantes.

“Possibilidade de falar com o médico que o operou... O privado já faz, é sempre bom que o SNS se atualize”. (P46: Q2)

“Médico ligar a dar Feedback”. (P48: Q1)

Outros estudos, nomeadamente o desenvolvido por Azarfarin et al. (2018) e AORN (2017b), são congruentes neste assunto quanto à necessidade de a família falar pessoalmente com a equipa médica. O facto de nenhum dos participantes, do nosso estudo ter referido esta possibilidade, poderá se prender com o atual contexto pós COVID-19 e ainda as restrições em vigor face à circulação das visitas no Centro Hospitalar, o mesmo foi retratado no estudo da AORN (2022a), onde a comunicação por telefone e via SMS foi privilegiada face às contingências da pandemia.

Para além do estado clínico, a necessidade de ser informado da hora da alta da UCPA para o serviço de internamento foi também referida inúmeras vezes. Sendo compreensível esta necessidade, já que permitirá ao familiar ligar para o telemóvel pessoal da pessoa submetida a cirurgia, agilizar o eventual horário de visita com os restantes familiares e respetivas dinâmicas familiares, como também foi constatado no estudo desenvolvido por Somavilla et al. (2021).

“Enviar SMS a dizer quando tem alta para internamento, para poder ligar para o telemóvel dele” (P49: Q1)

Todas as informações facultadas, deverão ser claras, honestas, padronizadas, de fácil compreensão e fornecidas antes que os familiares as solicitem, em intervalos regulares para minimizar a ansiedade (Joshi e Thatte, 2021 e Wieck et al., 2017). Em dois estudos da AORN (2016; 2019b) é defendido o intervalo de tempo a cada 2 horas como o ideal para facultar informações à família, dependendo do tipo de procedimento. A investigação da AORN (2019b), defende que três é o número mínimo de SMS padronizados a ser enviados e cinco será o ideal, em que a última deverá agradecer à pessoa e respetiva família a sua presença no hospital e convidá-los a avaliar a sua experiência, com respetivos comentários/sugestões.

Estado Emocional

No decurso da cirurgia, assim como na admissão da pessoa em situação perioperatória ao BO, a família perde o contato com este, vivenciando um momento de crise, experienciando um conjunto de emoções, medos, preocupações e incertezas, estando fortemente

relacionadas com a escassez de informação face ao decorrer do procedimento cirúrgico (Ramirez e Contreras, 2021; AORN, 2022b).

“Uma coisa tão simples e tão fácil como um SMS... sossega a alma... ficamos menos ansiosos. Tive o meu pai internado noutra hospital, bem maior e não teve nada a ver, não houve cuidado em informar, estávamos stressados!” (P23: Q2)

“Foi muito importante o envio SMS... fiquei menos ansiosa, menos nervosa”. (P10: Q2)

“Estava preocupada, fiquei bem, menos ansiosa quando recebi o SMS.” (P34: Q2)

Através destes relatos verificamos que os participantes expressaram preocupação, nervosismo, *stress* e ansiedade, tendo sido esta última a mais verbalizada. Estes dados, acompanham a realidade científica internacional, Joshi e Thatte (2021), observaram que os familiares se encontravam muito tensos e preocupados, para além de confusos e ansiosos. Os investigadores Somavilla et al. (2021) e da AORN (2022a; 2022b), enfatizam a ansiedade seguido do *stress* como as principais emoções vivenciadas pela família no perioperatório e essencialmente no período de espera, momento esse de vulnerabilidade, segundo Caverzan et al. (2017). O estudo da AORN (2019b), destaca também que quanto mais tempo as famílias estão sem informações mais ansiosas ficam concluindo que famílias informadas relatam maior controle emocional e diminuição da ansiedade.

“Fiquei admirada... surpreendida com o envio do SMS, deixou-me mais tranquila!” (P25: Q2)

Depreendemos através dos participantes que o envio do SMS com informações sobre o *status* cirúrgico teve um efeito tranquilizador e que foi importante. Resultados idênticos foram alcançados por Heller et al. (2020), Mi e Vasuki (2017), tendo também através do envio de SMS de informações diretas conseguido reduzir a ansiedade dos familiares. A AORN (2019b), alcançou resultados similares, mas, utilizaram o *email* como via de comunicação. Bagheri et al. (2022), concluíram que a prestação de informações através de um relatório no decorrer do intraoperatório foi de grande importância para os familiares permitindo-lhes reduzir a sua ansiedade na sala de espera.

A literatura faz ainda referência que familiares ansiosos, podem transmitir esse sentimento à pessoa submetida a cirurgia, podendo comprometer a recuperação da mesma e colocar em causa o seu papel de cuidador (Caverzan, 2017; Mi e Vasuki, 2017).

Ressalva-se que neste estudo, a ansiedade dos participantes não foi avaliada através de escalas designadas para quantificar a ansiedade, não sendo também o objetivo do estudo, no entanto, os seus relatos evidenciaram níveis de ansiedade valorizáveis e correlacionados com a comunicação.

Família

A necessidade de uma cirurgia surge muitas vezes de forma inesperada, acarretando com ela um leque de sentimentos, onde estão envolvidas as pessoas em situação perioperatória e familiares. Como refere Caverzan et al. (2017), em contexto hospitalar a família é muitas vezes ignorada ou esquecida, não conseguindo os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros visualizá-la também como centro dos seus cuidados. Kynoch et al. (2017), acrescenta que no período do perioperatório pouca ou nenhuma comunicação é estabelecida com a família. O relato seguinte contraria esta tendência.

“É bom não se esquecerem da família que fica sempre sem notícias.” (P51: Q2)

A família é caracterizada pelo seu valor único, pelo lugar de destaque e primordial que ocupa no cuidado aos seus membros. A sua presença é encarada como promotora na redução das cicatrizes emocionais, contribuindo para uma melhoria nos tratamentos subjacentes (Arnhold et al., 2017).

Perante o momento de ansiedade e *stress* desencadeado pelo ato cirúrgico, a família não está só preocupada com a pessoa submetida a cirurgia, nem consigo próprio, mas também com os restantes familiares, em promover a estabilidade emocional dos mesmos, facultando informações e apoio mútuo.

“Acima de tudo porque esse pequeno SMS ajudou-me a ficar mais calmo e dar a informação a outros familiares.” (P32: Q2)

“Acho prático, porque hoje muita coisa funciona por telemóvel e é uma mais-valia, acalma. Permite passar informação aos outros familiares.” (P41: Q2)

Destaca-se o fato de no estudo desenvolvido, a maioria dos familiares ser do sexo feminino, esta apresenta uma diversidade de papéis nomeadamente, esposa, filha, mãe, irmã. Historicamente as mulheres, apesar de grandes mudanças no século XXI, são responsáveis pelo cuidado da casa e dos filhos. Constatamos que o facto de ter um membro da família hospitalizado, implica alteração de toda uma dinâmica familiar, uma reestruturação e reorganização para manter o equilíbrio, pois os horários hospitalares nem sempre são compatíveis com o ritmo de vida (Passos et al., 2015). Assim, a coesão familiar é fundamental, pois permite uma maior adaptação dos membros às restrições do momento (Prime et al., 2020).

Os enfermeiros do perioperatório, tal como enfatiza a AORN (2022b), desempenham um papel crucial ao facultar informações adequadas aos familiares, ajudando-os a vivenciar este momento de espera, que caracteriza o perioperatório de forma positiva tornando uma experiência agradável e significativa. Dever-se-á ter presente que a família é imprescindível em todo o processo cirúrgico, reconhecendo-a como aliada (Wottrich e Moré, 2017).

Satisfação

A segunda subcategoria mais vezes mencionada nos relatos dos participantes, foi satisfeito (e=23), indo de encontro ao grau de satisfação obtido através da escala de *Likert* de 96,1% (n=49).

Melhorar continuamente a satisfação das pessoas em situação perioperatória e respetivas famílias face aos cuidados de enfermagem prestados são alvos indispensáveis atingir por qualquer entidade hospitalar, enquanto indicador de qualidade e numa busca incansável pela humanização. De acordo com Caverzan et al. (2017), a comunicação é uma forma de humanização dos cuidados integrais, holísticos, permitindo minimizar as tensões vividas perante o ato cirúrgico.

“Interessante, é uma mais-valia. Não estava à espera e fiquei surpreendida pela positiva.” (P14: Q2)

“5 estrelas! Muito satisfeita mesma!”; (P15: Q2)

“Boa iniciativa! Continuem a tentar fazer o melhor.”; (P31: Q2)

A maioria dos participantes expressou satisfação face à comunicação estabelecida via SMS, mas também, à qualidade e preocupação em realizar intervenções melhores. Estes resultados vão ao encontro aos alcançados também por Heller et al. (2020), Gorman et al. (2020) e AORN (2019b), onde o nível de satisfação foi alto e o *feedback* positivo por parte das famílias. Esta satisfação permitiu que os familiares se sentissem valorizados e incluídos em todo o processo cirúrgico (Gorman et al., 2020; AORN, 2019b).

Somavilla et al. (2021), concluiu que o fato de facultar informações esclarecedoras despertou nos familiares sentimentos de respeito para com a equipa. Os familiares no estudo realizado pela AORN (2022b), interpretaram o tempo sem atualizações cirúrgicas como um indicador da valorização por parte dos profissionais. Estes achados vão de encontro ao citado por Wieck, et al. (2017), que uma comunicação eficaz estabelecida no perioperatório com os familiares é crucial para a satisfação dos mesmos.

“Não recomendo o hospital porque houve uma complicação cirúrgica, mas a questão dos SMS achei importante.” (P17: Q2)

Baseados no relato supracitado, constatamos que dois participantes manifestaram não estarem satisfeitos, logo não recomendariam o hospital em causa. O motivo dos dois, prendeu-se com uma complicação cirúrgica, uma questão plausível para a insatisfação. Mas ambos tiveram capacidade para separar as temáticas, referindo que a comunicação por SMS foi importante, valorizando a mesma.

Nos últimos anos a literatura, nomeadamente a norte americana fala de uma mudança de paradigma face à problemática da comunicação no perioperatório, destacando a necessidade de os enfermeiros investirem nesta área. A AORN, enfatiza que os enfermeiros especialistas e mestres com competências acrescidas no domínio da gestão da comunicação, como aqueles que devem desempenhar funções designadas de “enfermeiro de ligação” entre família - pessoa - equipa médica, facultando informações, detetando problemas emocionais e esclarecendo dúvidas. Através destes, pretendem aumentar significativamente a satisfação das pessoas e dos seus familiares, assim como tornar a experiência mais positiva (AORN, 2014; 2016). A comunicação no perioperatório e os cuidados prestados são destacados por Schmocker et al. (2015), como os itens mais importantes e que mais determinam o grau de satisfação.

Espiritualidade

Na última década na área da saúde, a espiritualidade tem despertado interesse da comunidade científica, já que a sua promoção permite ganhos em saúde comprovados (Kolodiy e Sousa, 2019).

A espiritualidade, pode ser definida como uma característica individual, uma busca pelo significado e sentido pela vida, não estando vinculada a nenhuma religião/crença, relacionando-se com o transcendente (Silva e Romeu, 2019).

“Foi importante para centrar os meus pensamentos positivos nela!” (P50: Q2)

“Consegui rezar no momento que ela estava a ser operada, isso foi importante, fiquei mais calma!” (P49: Q2)

Através da espiritualidade, os participantes conseguiram alcançar uma sensação de bem-estar e como destaca Silva e Romeu (2019), permite também fisiologicamente diminuir o *stress*.

A forma que alguns participantes encontraram para se manterem calmos foi rezar pelo seu familiar, tendo Arnhold et al. (2017) alcançado resultados idênticos. Outros sentimentos como esperança, paz e conforto são também citados, como sentimentos atingidos por meio da espiritualidade e nas crenças religiosas (Rushton, 2014).

“Agradecer, porque assim sabemos o momento da cirurgia e podemos fazer as nossas orações!” (P48: Q2)

A espiritualidade tem sido referida por alguns autores como uma estratégia, uma ferramenta de *coping*, de bem-estar e um meio de proteção para enfrentar momentos difíceis e críticos como é o caso de uma cirurgia (Rocha et al., 2020; Kolodiy e Sousa, 2019; Melo et al., 2015). De acordo com Sílvia Caldeira, enfermeira e uma referência em Portugal na área da espiritualidade, esta é uma necessidade, uma dimensão do cuidar, logo requer intervenção por parte dos enfermeiros. Torna-se assim necessário, que os enfermeiros se consciencializem sobre a sua própria espiritualidade, para compreenderem a espiritualidade dos outros, dos familiares como facilitadora do processo de *coping* e indispensável no sentido da vida (Caldeira, 2011).

7. Conclusão

A presente conclusão foi organizada face aos objetivos que nortearam este percurso de investigação, às limitações do estudo, implicações para a prática e desenvolvimentos futuros. No decurso desta investigação, compreendeu-se que a comunicação no perioperatório entre o enfermeiro e a família, é uma área *core* dos cuidados perante o processo cirúrgico, envolvendo a pessoa em situação perioperatória e impreterivelmente a sua família.

Perante um ato cirúrgico, mais concretamente uma cirurgia eletiva/programada, a necessidade de informação por parte da família, durante o período de espera revelou-se a maior das suas necessidades. De facto, este momento é de vulnerabilidade, envolto de um conjunto de emoções, sentimentos cujos nossos participantes os exprimiram tão convictamente, como o *stress*, o nervosismo e a ansiedade, sendo este último o maior de todos.

A maioria dos participantes destacou que a informação facultada, via telemóvel por SMS sobre o *status* cirúrgico, foi pertinente, bastante importante e que permitiu reduzir o seu nível de ansiedade. O *stress* e a ansiedade são as principais emoções vivenciadas pela família no perioperatório, tendo este tipo de comunicação se revelado tranquilizador.

No entanto, foi insuficiente e ressaltaram que gostariam de ter obtido mais informações, nomeadamente quando o seu familiar tinha alta da UCPA para o internamento e o estado clínico, mais concretamente se tinha corrido bem a cirurgia. No entanto, esta última está inserida numa área “cinzenta”, delicada o que requer certa cautela.

Depreendemos que dois SMS são exíguos e tal como destaca a literatura no mínimo, deverá ser enviado três SMS sendo o ideal cinco, havendo capacidade por parte do *software* informático disponível no Centro Hospitalar em aprimorar esta questão. No que respeita ao intervalo de tempo ideal para o envio das mesmas, respeitou-se o que a bibliografia defende, a cada duas horas, facultando informações claras, padronizadas e de fácil compreensão.

Face ao tipo e meio de comunicação estabelecida, assim como qualidade da mesma o grau de satisfação por parte dos participantes foi extremamente positivo, 96,1%. Estes dados são sustentados, pela mais recente evidência científica em que famílias informadas se sentem mais seguras, com maior controle emocional, mais satisfeitas e menos ansiosas.

A família detentora de valor único junto dos seus membros, possuidora de laços sanguíneos ou apenas afetivos desempenha um papel imprescindível, como tal, não pode ser esquecida ou ignorada pelos enfermeiros do perioperatório devendo ser encarada como aliada em todo

o processo cirúrgico. Esta, deverá ser incluída e encarada como cliente que também o é, com necessidades a serem satisfeitas, nomeadamente de informação.

O facto de ter um familiar hospitalizado, requer uma reorganização de papéis e das dinâmicas familiares, onde a preocupação principal é a pessoa submetida a cirurgia, mas também os restantes elementos da família, tendo-se constatado a importância atribuída ao fato de receber informações no intraoperatório e poder partilhadas com os restantes familiares. Para além da satisfação revelada, a família sentiu-se valorizada.

Alguns familiares, durante o período de espera que caracteriza o período perioperatório, relataram que utilizaram estratégias para conseguirem lidar com o “turbilhão” de emoções, nomeadamente a espiritualidade. A espiritualidade é retratada como uma estratégia, uma ferramenta de *coping*, de bem-estar para enfrentar momentos de crises. Já outros participantes optaram por rezar, como forma de alcançarem tranquilidade.

Após análise dos relatos dos participantes, constatou-se que cinco temáticas se sobressaíram e se repetiam, emergindo assim as categorias: comunicação, estado emocional, família, satisfação e espiritualidade. Curiosamente, estas categorias vão de encontro às palavras-chaves que sustentaram toda a investigação, tendo a espiritualidade sido o conceito surpresa e revelação deste estudo.

Este meio de comunicação, através do envio de SMS para além de ter permitido reduzir a ansiedade e o *stress* revelou-se tranquilizador, tendo sido destacado como uma surpresa positiva. Permitiu também satisfazer as necessidades de informação por parte da família e incluí-la ao longo do processo cirúrgico, o que a fez sentir valorizada e bastante satisfeita.

As limitações do estudo são as inerentes a um estudo qualitativo, prendendo-se essencialmente com o fato de os resultados não poderem ser generalizados, mas permitiram compreender melhor o fenómeno em estudo. Todos os esforços foram realizados para minimizar erros inerentes ao investigador, principalmente relacionados com a centralidade e subjetividade. Devido à impossibilidade de realizar os inquéritos por forma presencial, devido às contingências pós COVID-19, houve necessidade de reestruturar a quantidade de questões para garantir a atenção dos participantes, podendo ter causado alguma limitação nas respostas. Não foi registado nenhum evento desagradável com o envio de SMS, o programa também pode falhar, mas é mais provável a falha humana ao errar a digitar o número telemóvel.

Em desenvolvimentos futuros, importa evoluir no número de SMS a enviar, de duas para três, passando a incluir a hora da alta da UCPA para o internamento, assim como acrescentar mais do que um número de telemóvel, permitindo o envio a vários familiares se for o desejo da pessoa. Também, por questões de proteção de dados, deverá ser repensada a informação

do SMS, em vez de começar com o nome da pessoa em situação perioperatória começar apenas com “o seu familiar”, caso haja falha humana na digitalização do número telemóvel. Sugere-se em estudos futuros estender a familiares de pessoas submetidas a um tipo específico de cirurgia, assim como a cirurgias não eletivas, pois o tipo de cirurgia e a gravidade da mesma tem um efeito significativo junto das famílias. Também deverá ser contemplado outro espaço temporal, não abrangido pelas contingências da pandemia e outras instituições hospitalares.

Este estudo de natureza qualitativa proporcionou uma oportunidade única de compreender este fenómeno da comunicação no perioperatório entre enfermeiro e família, tendo gerado hipóteses para pesquisas futuras, tal como a existência de relação entre o nível de ansiedade e o género, o nível de escolaridade, a idade ou até mesmo avaliar o nível de ansiedade através de escalas específicas. Em investigações futuras é fundamental investir em desenhos e tipos de estudo, em que possam ser utilizadas escalas de avaliação de determinados sentimentos e emoções, bem como a realização de estudos por exemplo de natureza quase experimental, onde se consigam criar padrões de comparação, para fundamentar as conclusões e seus contributos para a comunicação com a família, durante o período perioperatório.

É de realçar, em jeito de conclusão, as implicações para a prática deste estudo de investigação, contudo, parece-nos simples de avaliar as mesmas, pois este percurso investigativo favoreceu a compreensão, a reflexão e a consolidação da importância da comunicação com a família durante um período, que para tantos sujeitos é envolto de ansiedade e de *stress*. Os resultados derivados do estudo, dão reforço às evidências científicas, por forma, a realizar sensibilização nas equipas multidisciplinares e mesmo a nível institucional e organizacional, para se criarem sistemas que sejam, cada vez mais eficientes, que permitam que esta lacuna, no nosso quotidiano seja colmatado. Para além de se proporcionar cuidados *leges artis*, este trabalho contribui para o caminho da excelência de cuidados prestados no perioperatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem, provida de um conhecimento próprio e assente na permanente evidência científica, consegue desta forma fundamentar as suas práticas. Enquanto disciplina e como profissão, as exigências são, naturalmente, cada vez maiores, tendo os enfermeiros a obrigação de uma atualização permanente e um investimento pessoal na sua formação ao longo da sua vida profissional. É neste seguimento, com a especialização nas diferentes áreas de atuação que a Enfermagem tem acompanhado esses desafios, alcançando a diferenciação de práticas e aquisição de competências.

Ao longo do estágio, foi possível refletir nas inúmeras aprendizagens efetivadas, conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas. Este relatório retrata de forma minuciosa todo percurso, assente num pensamento critico-reflexivo sobre as intervenções desenvolvidas, assim como o seu contributo para a prática de enfermagem. Desta forma, considero que todos os objetivos traçados inicialmente foram atingidos com sucesso, alcançando a meta pretendida e explanada ao longo deste documento.

Contudo, algumas dificuldades foram surgindo inerentes a todo o processo de aprendizagem, como transferir alguns conhecimentos da teoria para a prática, a sobrecarga horária, o cansaço... todas elas foram colmatadas com o apoio incondicional do enfermeiro orientador, e do enfermeiro tutor, aliado a um investimento contínuo da minha parte em pesquisa bibliográfica, não esquecendo a determinação e dedicação pessoal em toda esta caminhada. Com o término deste percurso académico, alcançou-se uma maior consciencialização que o conhecimento em Enfermagem se constrói não só pela prática, mas acima de tudo pela reflexão sobre a mesma juntamente com uma forte componente de investigação, onde o enfermeiro é responsável pela sua formação enquanto agente ativo de mudança.

A conclusão desta etapa formativa, suscitou novas inquietações, nomeadamente no âmbito da gestão, que poderão certamente ser colmatadas com formação específica nesta área através de uma pós-graduação, algo a considerar num futuro próximo.

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação.

Foi neste seguimento que surgiu o estudo de investigação desenvolvido ao longo do estágio, com o intuito de desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar os cuidados e otimizar os resultados em saúde. Desta forma, conseguiu-se alcançar o objetivo inicialmente

proposto de compreender a forma como é percebida a comunicação no perioperatório pela família da pessoa submetida a cirurgia eletiva.

Os resultados obtidos foram de encontro aos retratados na mais recente evidência científica, em que a idade média dos participantes foi de 47,9 anos, em que 70,6% era do sexo feminino e 51% era cônjuge da pessoa em situação perioperatória, seguido 29,4% filhos. A maioria 56,9% não era a primeira vez que vivia a experiência, tendo 86,3% atribuído pontuação máxima à pertinência da informação enviada por SMS sobre o *status* cirúrgico. 56,9% consideraram que a informação enviada foi extremamente importante e 39,4% muito importante para reduzir o nível de ansiedade. O grau de satisfação alcançado foi de 96,1% face ao tipo e qualidade de comunicação estabelecida no perioperatório, mas 64,7% gostariam de ter obtido mais informações. Da análise de conteúdo emergem cinco categorias: a comunicação ($a=14$), o estado emocional ($c=12$), a satisfação ($e=23$), a família ($d=5$) e a espiritualidade ($g=4$) e três subcategorias, a informação ($b=52$), satisfeito ($e=23$) e não satisfeito ($f=1$).

Concluiu-se que, o momento de espera no perioperatório para a família é de vulnerabilidade, vivenciando um conjunto de emoções, nomeadamente nervosismo, *stress* e o maior de todos a ansiedade. A necessidade de obter informações e de estabelecer comunicação com a equipa cirúrgica destacou-se entre as outras. O envio de SMS sobre o *status* cirúrgico ao familiar revelou-se tranquilizador e importante para reduzir o seu nível ansiedade, tendo o grau de satisfação sido elevado perante o tipo e qualidade da comunicação prestada. Os familiares sugeriram incluir mais SMS e informações, sentindo-se valorizados e incluídos no processo cirúrgico. A espiritualidade foi o tema surpresa deste estudo, emergindo como uma estratégia de *coping* pessoal para ultrapassar o momento de crise e de fragilidade característico do perioperatório.

Destaca-se o facto da literatura internacional, frisar a importância da existência de um enfermeiro especialista no âmbito do perioperatório, quiçá mestre, a desenvolver exclusivamente intervenções na área da gestão da comunicação junto da família, designando-o como “enfermeiro de ligação”. Este estudo, poderá ser num futuro próximo um complemento a esta mudança de paradigma, nomeadamente a nível nacional.

Em suma, este tipo e meio de comunicação revelou-se bastante satisfatório e com um potencial infinito em prol de uma melhoria significativa dos cuidados. Tendo esta investigação se revelado de grande pertinência, motivo pelo qual será necessário dar continuidade ao processo de cuidar específico face às singularidades do núcleo familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais – Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais* (2ª edição). Formasau. ISBN 978-972-8485-96-2.
- Almeida, M., Lima, L., Guerreiro, A. (2015). Vivências de ansiedade e stress dos doentes com tumor cerebral, no pré-operatório de neurocirurgia. *Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa*, 29(8), 24-31. <https://hdl.handle.net/10400.26/36194>.
- Alsabban, W., Alhadithi, A., Alhumaidi, F., Khudhair, A., Atheeb, S., Badri, A. (2020). Assessing needs of patients and families during the perioperative period at King Abdullah Medical City. *Perioperative Medicine*, 9(10), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13741-020-00141-9>.
- Arnhold, D., Lohmann, P., Pissaia, L., Costa, A., Moreschi, C. (2017). A Espera no Centro Cirúrgico: Percepção do Familiar. *Revista Destaques Acadêmicos*, 9(3), 44-58. <https://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1329>.
- Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP) (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5.
- Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (1993). Anxiety of elective surgical patients family members. Relationship between anxiety levels, family characteristics. *AORN Journal*, 57(5), 1091-1096. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(07\) 67315-3](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(07) 67315-3).
- Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2014). Establishing the surgical nurse liaison role to improve patient and family member communication. *AORN Journal*, 99(5), 594-599. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.10.024>.
- Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2016). Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN Journal*, 103(4), 414-420. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.017>.

Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2017a). Guideline implementation: positioning the patient. *AORN Journal*, 106(3), 227-234. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.010>.

Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2017b). The Patient and Family Perioperative Experience During Transfer of Care: A Qualitative Inquiry. *AORN Journal*, 105(2), 193-202. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.12.006>.

Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2018). Enhancing intraoperative communication with patients families. *AORN Journal*, 108(5), 7-9. <https://doi.org/10.1002/aorn.12431>.

Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2019a). Creating Our Future Through Team Communication. *AORN Journal*, 109(6), 669-671. <https://doi.org/10.1002/aorn.12715>.

Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2019b). Implementing Patient-Family Communication Technology. *AORN Journal*, 110(4), 372-376. <https://doi.org/10.1002/aorn.12821>.

Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2020). Open communication and empathy during perioperative stage can ease patient anxiety. *AORN Journal*, 111(2), 1. <https://doi.org/10.1002/aorn.12968>.

Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2022a). Strategies to Improve Perioperative Communication During the COVID-19 Pandemic. *AORN Journal*, 115(16), 537-545. <https://doi.org/10.1002/aorn.13689>.

Association of periOperative Registered Nurses Journal (AORN) (2022b). Exploring the lived Experience of Families Waiting for Surgical Patients: A Qualitative Study. *AORN Journal*, 16(1), 33-44. <https://doi.org/10.1002/aorn.13711>.

Aust, H., Rüsçh, D., Schuster, M., Sturm, T., Brehm, T., Nestoriuc, Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research*, 16(250), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5>.

Azarfarin, R., Totonchi, Z., Babaei, M., Alizadehast, A., Ghadrdoast, B., Najafikhah, M., Ehsani, A. (2018). Effectiveness of na "Information Card" in Reducing Family Members Anxiety

in the Waiting Room During Heart Surgery and Angiographic Procedures. *Iranian Heart Journal*, 19(2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10065>.

Bagheri, M., Maleki, M., Mardani, A., Momen-beroni, M., Daliri, S., Rezaie, S. (2022). The effect of video training and intraoperative progress report on the anxiety of family caregivers waiting for relatives undergoing surgery. *Heliyon*, 8(8), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10065>.

Baptista, C., Sousa, M. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Tese e Relatórios*. Pactor. ISBN: 9789896930011.

Baptista, C. (2019). *Intervenções de Enfermagem na Redução de Complicações ao Doente com Entubação Endotraqueal*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Escola Superior de Saúde. <https://hdl.handle.net/10400.26/29375>.

Baptista, M., Campos, D. (2017). *Metodologias de Pesquisa em Ciências: Análise Quantitativa e Qualitativa* (2ª edição). LTC. ISBN: 978-85-216-3046-3.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1ª edição). Almedina Brasil. ISBN:978-85-62938-047.

Borges, A. (2018). A relevância da atuação do psicólogo face ao paciente crítico/cirúrgico e família. *Psicologia*, 1-15. ISSN: 1646 – 6977.

Boisson, M., Corbi, P., Kerforne, T., Camilleri, L., Debauchez, M., Demondion, P., Eljezi, V., Flecher, E., Lepelletier, D., Leprince, P., Nesseler, N., Nizou, J., Roussel, C., Rozec, B., Ruckly, S., Lucet, J., Timsit, J., Mimoz, O. (2019). Multicentre, open-label, randomised, controlled clinical trial comparing 2% chlorhexidine-70% isopropanol and 5% povidone iodine-69% ethanol for skin antisepsis in reducing surgical-site infection after cardiac surgery: the CLEAN 2 study protocol. *BMJ Open*, 9(6), e026929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026929>.

Bozett, F. (2008). Familles et maladies comportant un risque vital. In M. Leahey, L. & Wright, (Eds), *Familles et maladies comportant un risque vital* (1ª ed, pp. 6-18). Medsi Mc Graw - Hill. ISBN: 9782864392811.

Briga, S. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: Perspetivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Universidade do Porto.

<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>.

Caldeira, S., Branco, Z., Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(III), 145-152. <https://doi.10.12707/RIII1133>.

Carmo, H., Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto - Aprendizagem* (2ª edição). Universidade Aberta. <http://hdl.handle.net/10400.2/5963>.

Carregoso, J. (2014). *Comunicação com a família do doente cirúrgico programado adulto no período intraoperatório*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/net/10400.26/7715>.

Castro, A. (2018). *Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. [https://Downloads/D2017_10003721112_21537006_1%20\(7\).pdf](https://Downloads/D2017_10003721112_21537006_1%20(7).pdf).

Caverzan, T., Calil, A., Araújo, C., Ruiz, P. (2017). Humanização no processo de informação prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. *Arquivos de Ciência da Saúde*. 24(4), 37-41. <https://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.735>.

Costa, L. (2016). Visitando a Teoria das Transições de Afaf Meleis como Suporte Teórico para o Cuidado de Enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>.

Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro (2009). Regime de Carreira Especial de Enfermagem. Diário da República I Série, N.º 184 (22-09-2009) (6761-6765).

Direção Geral da Saúde (DGS) (2013). Norma nº 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013. Cirurgia Segura Salva Vidas. www.dgs.pt.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normase-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2022). Norma clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. www.dgs.pt.

- Dörfel, D., Maiwald, M., Daeschlein, G., Müller, G., Hudek, R., Assadian, O., Kampf, G., Kohlmann, T., Harnoss, J., Camill, J., Kramer, A. (2021). Comparison of the antimicrobial efficacy of povidone-iodine-alcohol versus chlorhexidinealcohol for surgical skin preparation on the aerobic and anaerobic skin flora of the shoulder region. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00874-8>.
- Esteves, P. (2019). *As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Escola Superior de Saúde. <https://hdl.handle.net/20.500.11960/2286>.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação* (1ª edição). Lusodidacta. ISBN: 9789898075185.
- Fragata, J. (2014). *Erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Edições Almedina. ISBN: 9789724023472.
- Gillespie, B., Hamlin, L. (2009). A synthesis of the literature on “competence” as it applies to perioperative nursing. *AORN Journal*, 90(2), 245-258. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.07.011>.
- Gomes, E., Santos, M. Araújo, S., Assunção, M., Püschel, V. (2019). Contagem Cirúrgica e Segurança do Paciente na Perspetiva do Circulante de Sala Operatória. *Revista Sobecc*, 24(1), 37-42. <https://doi.org/10.5327/10.5327/z1414-4425201900010008>.
- Gonçalves, M., Cerejo, M., Martins, J. (2015). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.
- Gonçalves, S., Gonçalves, J., Marques, C. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa – Conceção, Análise e Aplicações* (1ª edição). Lidel. ISBN:978-989-693-114-8.
- Gorman, K., Masisaac, C., Presneill, J., Hadley, D., Nolte, J., Bellomo, R. (2020). Successful implementation of a short message servisse (SMS) as intensive care to family communication tool. *Critical Care and Resuscitacion*, 22(3), 221-226. PMID: 32900328.

- Hasegawa, T., Tashiro, S., Mihara, T., Kon, J., Sakurai, K., Tanaka, Y., Nakajima, K., Takesue, Y., Morita, T., Enoki, Y., Taguchi, K., Matsumoto, K. (2022). Efficacy of surgical skin preparation with chlorhexidine in alcohol according to the concentration required to prevent surgical site infection: metaanalysis. *BJS Open*, 2(5), 2-23. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrac111>.
- Heller, M., Koval, J., Miller, E., Solomon, S. (2020). The impact of a Real-Time Locating System within the Perioperative Environment on Physicians and Patients Families. *Healthcare Quarterly*, 23, 25-32. <https://doi.1012927/hcq.2020.26175>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018). Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição. Obtido 21 de Agosto de 2022, de <https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+total+e+por+tipo+de+composição+-19>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021). Censos 2021-Divulgação dos Resultados Provisórios. <https://www.ine.pt>.
- International Council of Nurses (ICN) (2007). *Statement position in Nursing Research*. Adopted in 1999. Reviewed and revised in 2007. p 2. www.ich.ch.
- Internacional Council of Nurses (ICN) (2015). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem*. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8444-35-6.
- Joshi, B., Thatte, M. (2021). Effect of Providing “Intra-operative Status Information” on Family Members’ Anxiety. *Journal of Quality in Health care & Economics*, 4(6), 1-8. <https://doi.10.23880/jqhe-16000253>.
- Kehlet, H. (2020). Enhanced postoperative recovery: good from afar, but far from good? *Association of Anaesthesia*, 75(1), e54-e61. <https://doi:10.1111/anae.14860>.
- Kolodiy, T., Sousa, P. (2019). A Dimensão Espiritual nos Cuidados de Saúde à Pessoa em Situação Crítica e sua Família. *Servir*, 60(1), 47-58. <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24493>.
- Kwong, K., Kang, C., Kaliaperumal, C. (2022). The benefits of perioperative music interventions for patients undergoing neurosurgery: a mixed-methods systematic

review. *British Journal of Neurosurgery*, 36(4). 472-482.
<https://doi.org/10.1080/02688697.2022.2061421>.

Kynoch, K., Crowe, L., Mcardle, A., Munday, J., Cabilan, C., Hines, S. (2017). Structured communication intervention to reduce anxiety of family members waiting for relatives undergoing surgical procedures. *Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 30(1), 29-35. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1013>.

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República I Série, N.º 181 (16-09-2015) (8059-8105).

Llamas, R., Ramia, J. (2020). Costo f postoperative complications: How to avoid calculation errors. *World Journal of Gastroenterology*, 26(21). 2682-2690.
<https://doi:10.3748/wjg.v26.i21.2682>.

Luwang, A., Saha, P., Rohilla, M., Sikka, P., Saha, L., Gautam, V. (2021). Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine as preoperative skin antisepsis for prevention of surgical site infection in cesarean delivery pilot randomized control trial. *Trials*, 22(1), 540.
<https://doi.org/10.1186/s13063-021-05490-4>.

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 62-66. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>.

Martins, M. M., Fernandes, C. S., Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco de cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685–690. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020>.

Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D., Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi:10.1097/00012272-200009000-00006>.

Meleis, A., Trangenstein P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. [https://doi: 10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi: 10.1016/0029-6554(94)90045-0).

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice*. Springer Publishing Company. ISBN: 9780826105349.

- Meleis, A. (2018). *Theoretical nursing: development and progresso* (6ª edição). Philadelphia: wolters Kluwer Health. ISBN: 9780060000424.
- Melo, F., Sampaio, S., Souza, D., Pinto, N. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 447-464. <https://doi:10.12957/epp.2015.17650>.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incognitas* (1ª edição.). Lusociência. ISBN 9789728383862.
- Ministério da Saúde (MS) (2015). Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios: Relatório Final. https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf.
- Mitchell, L., Flin, R. (2008). Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 15–24. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04695.x>.
- Mi, K., Vasuki, R. (2017). The effects of providing surgical progress information using SMS on satisfaction of nursing needs and state anxiety of patients' family. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(2), 48-56. <https://doi:10.9790/1959-0602064856>.
- Morse, J. M. (2007). *Aspetos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Formasau – Formação e Saúde. ISBN: 9789728485894.
- Mota, A. (2021). *Segurança do Doente no Bloco Operatório: Contributos do Ambiente de Prática e da Liderança em Enfermagem*. [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. <https://hdl.handle.net/10216/140139>.
- Mota, A., Castilho, A. Martins, M. (2022). Papéis de Liderança em Enfermagem Preditores da Segurança do Doente no Bloco Operatório. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, 1-12. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.46571>.
- Moura, J. (2017). *O Sujeito diante da hospitalização: a tarefa de compreender o que lhe ocorre*. [Monografia]. Universidade Regional do Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/4932>.

- Nascimento, F., Rodrigues, M. (2020). Risco para lesão no posicionamento cirúrgico: validação de escala em um hospital de reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1-9. [https://doi: 10.1590/1518-8345.2912.3261](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2912.3261).
- Nunes, L. (2013). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. ISBN: 978-989-54837-0-9.
- Oliveira, A. (2015). Reconfigurações familiares no contexto do adoecimento. *Psicologia*, 1-21. ISSN. 1646 – 6977.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de decisão*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014). *Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade_emc_rev.pdf.

- Passos, S., Pereira, A., Nitschke, R. (2015). Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 539-545. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500090>.
- Peixoto, C., Ferreira, M., Felix, M., Piress P., Barichellos, E., Barbosa, M. (2019). Risk assessment for perioperative pressure injuries. *Revista Latino-Americana*, 27, 1-11. <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2677-3117>.
- Peixoto, N., Peixoto, T. (2016). Prática Reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. ISBN: 9789728383848.
- Pires, A.S., Cerqueira, A.V. (2008). *Parceria Enfermeiro-Família: a perspectiva do enfermeiro na inclusão do cuidador familiar em contexto hospitalar*. Seminário de reflexão na Escola Superior de Enfermagem, Pólo Calouste Gulbenkian).
- Prielipp, R., Weinkauff, J., Esser, T., Thomas, B., Warner, M. (2017). Falls from the O.R. or procedure table. *Anesthesia & Analgesia*, 125(3), 846-851. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002125>.
- Prime, H., Wade, M., Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631-643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>.
- Ramirez, A., Contreras, O. (2021). Intervenção de enfermagem para satisfazer as necessidades dos familiares durante a espera no centro cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5028.3483>.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Crítica, na Área à Pessoa em Situação Paliativa, na Área à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II, N.º 135 (16-07-2018) (19359-19368).

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II, N.º 26 (06-02-2019) (4744-4750).

Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República II, N.º 131 (08-07-2022) (179-182).

Rocha, L., Souza, A., Arrieira, I. (2020). Fé e espiritualidade no cotidiano de pacientes pré-operatórios internados na clínica cirúrgica. *Journal of Nursing and Health*, 10(2), 1-13. <https://doi.org/10.15210/joanah.v10i2.17868>.

Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *British Journal of Nursing*, 23(7), 370-374. <https://doi: 10.12968/bjon.2014.23.7.370>.

Schmocker, R., Stafford, L., Sy, A., Levenson, G., Winslow, E. (2015). Understanding the determinants of patient satisfaction with surgical care using the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems surgical care survey (S-CAHPS). *Surgery*, 158(6), 1724-1733. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.06.018>.

Schumacher K., Jones P., Meleis A. (1999). Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. *Nursing Science*, 1-26. <https://repository.upenn.edu/nrs>.

Shinae, A., Nam-Ju, L. (2019). Experience of Communication for Patient Safety by Perioperative Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 25(4), 329-339. <https://doi.org/10.11111/jkana.2019.25.4.329>.

Silva, E., Rodrigues, F. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, 20(46), 134-145. ID: ibc-159847.

Silva, R. (2019). *Cultura de Segurança do Doente no Bloco Operatório: Subsídios para a Qualidade dos Cuidados em Saúde*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Escola Superior de Saúde. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2272/1/>.

Silva, T. (2014). Intervenções do Enfermeiro Perioperatório para a prevenção da Infecção do Local Cirúrgico durante o período intraoperatório. *Percursos*, 30, 41-52. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n30.pdf.

- Silva, T., Romeu, M. (2019). A espiritualidade no cuidado perioperatório: a perspetiva do paciente. *Journal of Nursing and Health*, 9(2), 1-15. <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i2.14752>.
- Smith, M., Parker, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice* (4ª edição). FA Davis. ISBN 978-0-8036-3312-4.
- Soares, C. (2021). *Formação de Estudantes em Ensino Clínico: Intervenção Supervisiva do Tutor*. [Tese de Doutoramento, Departamento de Educação e Psicologia]. Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/30568>.
- Somavilla, I., Perlini, N., Dalmolin, A., Oliveski, C., Coppetti, L., Santos, E., Senter, B. (2021). No Limiar da Esperança: A Perceção da Família no Transoperatório de Cirurgia Cardíaca. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v2>.
- Streubert, H. J., Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. Lusodidacta. ISBN: 9789898075345.
- Stacciarini, A. (2019). *Evolução do Conceito de Família: as novas Configurações Familiares e suas Consequências Jurídicas e Sociais*. [Dissertação de Mestrado], Universidade Autónoma de Lisboa. [https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/5224/1/Dissertacao_Andr%C3%A9%20Stacciarini_Final%20 .pdf](https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/5224/1/Dissertacao_Andr%C3%A9%20Stacciarini_Final%20.pdf).
- Suriano, M., Lopes, D., Macedo, G., Michel, J., Barros, A. (2009). Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 928-934. ISSN 0103-2100. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700016>.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª edição) Edições Sílabo. ISBN: 9789895610976.
- Watson, D. (2011). *Perioperative Safety*. Mosby. ISBN: 978-0-323- 06985-4.
- Wieck, M., Blake, B., Sellick, C., Kenron, D., Devries, D., Terry, S., Krishnaswami, S. (2017). Utilizing technology to improve intraoperative family communication. *American Journal of Surgery*, 213(5), 895-900. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.03.014>.

Wottrich, S., Moré, C. (2017). Rede Pessoal Significativa de Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca. *Paidéia*, 27(1), 422-429. <https://doi:10.1590/1982-432727s1201707>.

Wright, L., Leahey, M. (2019). *Nurses and Families: A guide to family assesment and intervention* (7ª edição). F.A. Davis. ISBN 10:0803669623.

Wu, Q., Huang, L., Xing, M., Feng, Z., Shao, L., Zhang, M., Shao, R. (2017). Establishing nursing-sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China. *Australian Critical Care - Official Journal of the Australian College of Critical Care Nurses*, 30(1), 44- 52. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.04.003>.

ANEXOS

ANEXO I: Parecer da Comissão de Ética



em reunião de 11/04/2022

Trabalho de Investigação

N.º Reg. 09/2022

Estudo - "Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa Submetida à Cirurgia Eletiva."

Proponente (as):

Enf.ª Carmem Cristina dos Santos Soares;

Parecer da Comissão de Ética: Favorável,

Data de entrega no Conselho de Administração 08.04.2022

Parecer do Conselho de Administração

O Conselho de Administração

Data ____/____/____

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga Reunião do Conselho de Administração <i>16.04.2022</i>	
<i>Deliberado em favor</i>	
<i>[Signature]</i> Presidente	<i>[Signature]</i> Vogal Executivo
<i>[Signature]</i> Vogal Executivo Berta Mendes	<i>[Signature]</i> Vogal Executivo Berta Mendes
<i>[Signature]</i> Vogal Executivo Cristina Carvalho	<i>[Signature]</i> Vogal Executivo Berta Mendes

ANEXO II: Declaração da Ação de Sensibilização



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Carmen Cristina Dos Santos Soares** natural de , nascido(a) a **27-06-1984**, portador(a) do **BI**, n.º **12627798-2ZY4**, participou como **ORIENTADOR**, na ação de formação em serviço, **Comunicação no Perioperatório: impacto na família da pessoa submetida a cirurgia eletiva**, de **17-02-2022** a **17-02-2022** com a duração total de **01h00** hora(s).

Santa Maria da Feira, 17 de fevereiro de 2022.

O Centro de Formação

José Miguel Dias Paiva E Costa

Presidente do Conselho de Administração

ANEXO III: Dados Estatísticos *SPSS*®

Sexo

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Masculino	15	29.4	29.4	29.4
	Feminino	36	70.6	70.6	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Grau de Parentesco

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Cônjuge	26	51.0	51.0	51.0
	Filho / a	15	29.4	29.4	80.4
	Irmã / o	3	5.9	5.9	86.3
	Cunhada	1	2.0	2.0	88.2
	Nora	2	3.9	3.9	92.2
	Namorado	1	2.0	2.0	94.1
	Mãe	1	2.0	2.0	96.1
	Sobrinha	1	2.0	2.0	98.0
	Amiga	1	2.0	2.0	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Estado Civil

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Casado	40	78.4	78.4	78.4
	Solteiro	9	17.6	17.6	96.1
	União de Facto	1	2.0	2.0	98.0
	Viúvo	1	2.0	2.0	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Habilitações Literárias

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1º Ciclo	11	21.6	21.6	21.6
	2º Ciclo	17	33.3	33.3	54.9
	Secundário	12	23.5	23.5	78.4
	Licenciatura	10	19.6	19.6	98.0
	Mestrado	1	2.0	2.0	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

É a primeira vez que tem um familiar a ser submetido a uma cirurgia eletiva?

		<u>Frequência</u>	<u>Porcentagem</u>	<u>Porcentagem válida</u>	<u>Porcentagem acumulativa</u>
<u>Válido</u>	<u>Não</u>	29	56.9	56.9	56.9
	<u>Sim</u>	22	43.1	43.1	100.0
	<u>Total</u>	51	100.0	100.0	

Se respondeu que sim à questão anterior, indique o número de vezes que passou pela experiência

		<u>Frequência</u>	<u>Porcentagem</u>	<u>Porcentagem válida</u>	<u>Porcentagem acumulativa</u>
<u>Válido</u>	<u>Uma vez</u>	2	3.9	6.9	6.9
	<u>Duas vezes</u>	9	17.6	31.0	37.9
	<u>Três vezes ou mais</u>	18	35.3	62.1	100.0
	<u>Total</u>	29	56.9	100.0	
<u>Omis.</u>	<u>Sistema</u>	22	43.1		
<u>Total</u>		51	100.0		

Qual a pertinência da informação transmitida no perioperatório através do contacto por SMS?

		<u>Frequência</u>	<u>Porcentagem</u>	<u>Porcentagem válida</u>	<u>Porcentagem acumulativa</u>
<u>Válido</u>	3	1	2.0	2.0	2.0
	4	6	11.8	11.8	13.7
	5	44	86.3	86.3	100.0
	<u>Total</u>	51	100.0	100.0	

A informação fornecida via telemóvel durante a cirurgia eletiva foi importante para a redução do nível de ansiedade?

		<u>Frequência</u>	<u>Porcentagem</u>	<u>Porcentagem válida</u>	<u>Porcentagem acumulativa</u>
<u>Válido</u>	2	2	3.9	3.9	3.9
	4	20	39.2	39.2	43.1
	5	29	56.9	56.9	100.0
	<u>Total</u>	51	100.0	100.0	

Qual o grau de satisfação e qualidade do serviço prestado no âmbito da comunicação do perioperatório?

		<u>Frequência</u>	<u>Porcentagem</u>	<u>Porcentagem válida</u>	<u>Porcentagem acumulativa</u>
<u>Válido</u>	3	2	3.9	3.9	3.9
	4	18	35.3	35.3	39.2
	5	31	60.8	60.8	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

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

		<u>Frequência</u>	<u>Porcentagem</u>	<u>Porcentagem válida</u>	<u>Porcentagem acumulativa</u>
<u>Válido</u>	<u>Não</u>	18	35.3	35.3	35.3
	<u>Sim</u>	33	64.7	64.7	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Recomendaria este hospital para alguém conhecido ser operado?

		<u>Frequência</u>	<u>Porcentagem</u>	<u>Porcentagem válida</u>	<u>Porcentagem acumulativa</u>
<u>Válido</u>	<u>Não</u>	4	7.8	7.8	7.8
	<u>Sim</u>	47	92.2	92.2	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

ANEXO IV: Certificados de Participação





Certifica-se que

apresentou o trabalho intitulado "COMUNICAÇÃO NO PERIOPERATÓRIO: IMPATO NA FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA ELETIVA", no formato de Poster, que teve como autor/autores Isabel Maria Pais Melo; Carmen Cristina Santos Soares; Custódio Sérgio Cunha Soares no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros, que se realizou nos dias 5, 6 a 7 de maio de 2022, com duração total de 19 horas, no Altice Forum Braga.

Braga, 7 de maio de 2022

Ana Rita Pedroso Cavaco
Presidente do VI Congresso dos Enfermeiros

Ana Fonseca
Presidente da Comissão Científica
do VI Congresso dos Enfermeiros



Certifica-se que

apresentou o trabalho intitulado "NOVAS TECNOLOGIAS NO PERIOPERATÓRIO: COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA", no formato de Poster, que teve como autor/autores Carmen Cristina Santos Soares; Isabel Maria Pais Melo; Custódio Sérgio Cunha Soares no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros, que se realizou nos dias 5, 6 a 7 de maio de 2022, com duração total de 19 horas, no Altice Forum Braga.

Braga, 7 de maio de 2022

Ana Rita Pedroso Cavaco
Presidente do VI Congresso dos Enfermeiros

Ana Fonseca
Presidente da Comissão Científica
do VI Congresso dos Enfermeiros



APÊNDICES

**APÊNDICE I: Póster – Redução da Ansiedade à Pessoa em
Situação Perioperatória**

“Redução da Ansiedade à Pessoa em Situação de Perioperatório”

Autores: Cármen Soares, Dânia Dias, Maribel Costa, Paulo Calheiros, Silvana Rocha
Organização: Enfermeiros do Bloco Operatório do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga
Mestrando em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação de Perioperatória



Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

INTRODUÇÃO

A ansiedade perioperatória é um problema generalizado de variável dependência da individualidade e personalidade de cada indivíduo. Está presente em todas as fases do perioperatório, sendo relatado por 85% dos pacientes submetidos a cirurgia (Smith, 2015, p. 1). Muitas vezes, surge como uma resposta a um estímulo específico, pelo receio da anestesia, de sentir dor no pós-operatório, pela percepção da perda de controlo e pela alteração da imagem corporal (Bailey, 2010, p. 445). Pode influenciar adversamente todo o processo cirúrgico, inclusive a qualidade da recuperação e diminuição da satisfação dos pacientes.

Será que a musicoterapia em contexto de Bloco Operatório (BO) influencia os níveis de ansiedade no Paciente Cirúrgico?

OBJETIVOS

• Realizar uma revisão da literatura para determinar os efeitos da música ao nível de ansiedade e das respostas fisiológicas ao paciente em contexto perioperatório.

• Identificar as intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica para diminuir a ansiedade no perioperatório.

METODOLOGIA

Método: Revisão Integrativa de Literatura

Base de dados: EBSCOhost

Palavras-chave: operating room OR operating theatre OR surgery; AND anxiety AND music therapy; AND nurse OR nurses OR nursing, de acordo com os descritores MESH/DeCS

Data pesquisa: 17 e 18 de Março de 2021

Total artigos: 137 resultados

Crítérios de inclusão: publicações de 2014-2020; texto integral em língua inglesa e com referência ao uso da música em contexto perioperatório → 9 Artigos → 4 Artigos com relevância para o estudo.

RESULTADOS

Publicação Autor, Ano Cidade	Tipo de estudo Instrumento de colheita de dados	Participantes Amostra	Objetivo geral
1- Intra-operative music listening for anxiety, the BIS index, and the vital signs of patients undergoing regional anesthesia Baea, I.; Limb, H.M.; Hur, M.H.; Lee, M. 2014, Coreia do Sul	Estudo pré-teste de grupo de controlo não equivalente-quase experimental	80 pacientes que foram agendados para uma cirurgia cuja anestesia seria loco-regional.	Investigar os efeitos da audição de música no intraoperatório sobre a ansiedade, o Índice BIS e os sinais vitais de pacientes submetidos à anestesia loco-regional.
2- Effects of music listening on anxiety and physiological responses in patients undergoing awake craniotomy Wu, P.; Huang, M.; Lee, W.; Wang C.; Shih, W. 2017, Tailândia	Estudo randomizado experimental	38 pacientes: - 19 pacientes selecionaram música de acordo com preferências. - 19 pacientes cuidados habituais.	Explorar os efeitos da audição de música no nível de ansiedade e respostas fisiológicas na craniotomia com cliente acordado.
3 - Effects of Music Listening on Preoperative and State Anxiety and Physiological Parameters in Patients Undergoing General Surgery Mohammadi, A.; Ajorpez, N.M.; Torabi, M.; Mirsane, A.; Moradi, F., 2014, Irão	Estudo randomizado quase experimental	60 pacientes: - 30 ouviram música clássica com fones nos ouvidos por 20 minutos antes de entrar na sala de cirurgia; Restantes 30 não ouviram música. - Instrumento de avaliação da ansiedade Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI) e os parâmetros fisiológicos por oximetria de pulso.	Avaliar os efeitos da música na ansiedade pré-operatória e os parâmetros fisiológicos: frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial em pacientes submetidos a cirurgia geral.
4 - Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting Laila Bailey, M, Msn, Cnor 2010, Hospital Virginia EUA	Revisão sistemática da literatura	• A - 64 Pacientes de uma clínica de urologia, com idades entre 18 e 65 anos; • B - 180 Pacientes com mais de 18 anos de idade, capazes de usar fones de ouvido com facilidade, ser fluente em inglês e não poderiam ter tomado sedativos pré-operatórios antes da intervenção. - Instrumento de avaliação ansiedade: (STAI).	Identificar as intervenções baseadas em evidências para diminuir a ansiedade do paciente na prática perioperatória.

DISCUSSÃO

Ansiedade foi significativamente diferente entre os dois grupos.
• Índice BIS foi significativamente menor no grupo experimental do que no grupo de controlo de 15 minutos até o final da operação.
• Sinais vitais diferiram marginalmente entre 2 grupos.

• Depois de ouvir música, houve uma diminuição significativa no nível de ansiedade.

• A intervenção musical reduziu significativamente a taxa de batimentos cardíacos 84,5, da pressão sistólica 42, e da pressão diastólica 38, ao longo do tempo.

• Houve uma diferença insignificante nos dados demográficos entre os dois grupos, antes e depois de ouvir música.
• Diferença significativa foi observada no estado de ansiedade.

A - Os pesquisadores concluíram que o fato de os pacientes ouvirem música no pré-operatório como uma intervenção de enfermagem reduziu os níveis de ansiedade dos pacientes no pré-operatório.

B - Os resultados deste estudo apoiaram a hipótese de que ouvir música por 30 minutos antes da cirurgia no dia da cirurgia está associado a uma diminuição da ansiedade pré-operatória.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM BASEADA NUMA PRÁTICA AVANÇADA

- 1º - Explicar todo o procedimento ao paciente;
- 2º - Avaliar o nível de Ansiedade, através da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI) e da Escala Visual Analógica (VAS) no pré-operatório imediato, 15-30min antes cirurgia;
- 3º - Avaliação dos Sinais Vitais (FC; TA; FR);
- 4º - Fornecer fones de ouvido e MP3, e proceder à escolha musical de 10 listas de músicas de estilos diferentes (pop; clássicas; jazz; relaxamento; música portuguesa);
- 5º - Proceder à auto-seleção musical (caso exista visita pré-operatória);
- 6º - Ajustar o volume de som ideal, recomendável até 60db;
- 7º - Musicoterapia 15-30 minutos antes da cirurgia; durante o procedimento cirúrgico e UCPA;
- 8º - Segunda avaliação do STAI e da VAS no fim da cirurgia nos casos de Anestésias Locais/ Locais Regionais e terceira avaliação antes da alta para internamento.

VAS (Visual Analogue Scale): 0- Ausência Total de Ansiedade e 10- Ansiedade Máxima

STAI: Composto por 20 questões, os pacientes indicam como se sentem 'no momento', utiliza uma escala Likert de 4 pontos que varia de 'nada' a 'muito'. Os scores variam de 20 a 80 (1 a 20: não ansioso; 21 a 40: ansiedade leve; 41 a 60: ansiedade moderada; + 61: ansiedade severa)

CONCLUSÃO

Concluímos com o presente estudo que a musicoterapia no perioperatório pode ser usada como uma intervenção terapêutica não invasiva reduzindo significativamente a ansiedade e os parâmetros fisiológicos em pacientes submetidos a cirurgia. É um método pouco dispendioso e facilmente disponível em situações complicadas em comparação com os tratamentos farmacológicos. Pode ajudar a maximizar os esforços para promover o conforto, o relaxamento assim como a reduzir/controlar o sofrimento do paciente no perioperatório.

Esta forma de Enfermagem do Perioperatório (EP) poderá ter um papel de destaque nesta área, questionando a prática atual, criando novos conhecimentos e melhorando a prestação de cuidados de enfermagem, munido-se daquilo que é uma Prática Avançada em Enfermagem (Lukosius, 2004, p. 520). A promoção da mudança passará pelas competências avançadas adquiridas e pelos conhecimentos sustentados na mais recente evidência científica, valendo-se de instrumentos de avaliação do nível de ansiedade, com a utilização da escala VAS e o mais usual o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) de Spielberger, que está validada para a população portuguesa desde 1996.

Estas intervenções autónomas de enfermagem pelo EP exigirão não só conhecimentos técnicos e científicos como também uma grande componente humanística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bae, I.; Limb, H. M.; Hur, M. & Lee, M. (2014). Intra-operative music listening for anxiety, the BIS index, and the vital signs of patients undergoing regional anesthesia. *Evidence-Based Nursing*, 22(2), 251-256. DOI: 10.1016/j.ctm.2014.02.002
- Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN Journal*, 92(4), 45-460. DOI: 10.1016/j.aorn.2010.04.017
- Gonçalves, M. (2018). *Influência da Intervenção de Enfermagem em Ansiedade Pré-Operatória: Dissertação de Mestrado*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Lukosius, D.; Dicenso, A.; Brown, G. & Pinielli, J. (2004). *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation*. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519-529.
- Machado, S. (2016). *Ansiedade do doente no Pré-Operatório de Cirurgia Ambulatória influenciada consultada enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Mohammadi, A.; Ajorpez, N.; Torabi, M.; Mirsane, A. & Moradi, F. (2014). Effect of music listening in preoperative state anxiety and physiological parameters in patients undergoing general surgery: a randomized quasi-experimental trial. *Journal of Nursing and Midwifery*, 5(4), 156-160. DOI: 10.15406/jnm.2014.05.0011
- Nissan-LJ. (2008). The anxiety and pain reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN Journal*, 84(4), 780-807. DOI: 10.1016/j.aorn.2007.09.013. Acesso em março 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18395022/>
- Smith, C. & McClurkin, S. (2015). The Duration of Self-Selected Music Used to Reduce Preoperative Anxiety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, June 2016 31(3):195-208. DOI: 10.1016/j.jopan.2014.05.017
- Wu, P.; Huang, M.; Lee, W.; Wang C. & Shih, W. (2017). Effect of music listening on anxiety and physiological responses in patients undergoing awake craniotomy. *Evidence-Based Nursing*, 25(3), 56-60. DOI: 10.1016/j.ctm.2017.03.007

APÊNDICE II: Comunicação Oral – Bloco Operatório do Futuro, uma Realidade Próxima

XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

**“Bloco Operatório
uma Realidade Próxima”**



Cármen Soares, Dânia Dias, Maribel Costa, Paulo Calheiros, Silvana Rocha
Enfermeiros do Bloco Operatório do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga
Mestrandos em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização de
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Hospitais do futuro – Blocos Operatórios Inteligentes

- Ter a tecnologia como foco;
- Prezar pelo design das instalações das salas e infraestrutura;
- Excluir o papel como principal meio de registos;
- Maior eficiência;
- Maior produtividade;
- Redução drástica de custos;
- Maior qualidade no atendimento ao paciente;
- Melhora no funcionamento do hospital pela entrega eletrónica.

XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Bloco operatório do futuro: mais integração, menos erros

- O uso da tecnologia em hospitais cada vez mais evidente, pois é um diferencial que promove salvar ainda mais vidas e eliminar os desperdícios.
- Uso de instrumentos mais invasivos desempenham um desafio fundamental na ótica da integração.
- Sistemas de navegação com montagem complexa, requerem a intervenção de várias pessoas.
- Manutenção preventiva aumenta a fiabilidade do sistema.

XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Bloco operatório do futuro: mais integração, menos erros

- ✓ Salas de cirurgia equipadas com a mais recente tecnologia médica.
- ✓ Os vários dispositivos e fontes de dados fornecem grandes quantidades de informações [Sem título] árias para uma cirurgia.
- ✓ Soluções geralmente são isoladas.
- ✓ O cirurgião ainda precisa de combinar cognitivamente todas as informações durante a operação.



XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Bloco operatório do futuro: mais integração, menos erros

O objetivo mais importante é a saúde do paciente. Por meio de uma rede inteligente de dados, as operações podem ser realizadas com mais precisão e os pacientes podem ser tratados com mais rapidez e cuidado. Um ambiente técnico operacional que suporte uma intervenção com diferentes funcionalidades pode tornar isso possível.



XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Inteligência Artificial – Bloco Operatório

O objetivo da I.A. é partir do *big data*, a gestão, recolha e análise de um grande volume de dados informáticos, para chegar ao *smart data*, o fluxo de dados inteligente que vai permitir melhorar todos os processos.



XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

CONECTAR - os Hospitais com os seus Profissionais de Saúde, fabricantes de dispositivos e fornecedores independentes de software, fornecendo os dados certos na hora certa.



INTEGRAR - informações do processo do paciente, disponibilidade de hemoderivados, resultados do laboratório, dados de sensores de dispositivos médicos ou mesmo imagens médicas de um endoscópio. A combinação com imagens de TC ou RM para criar um aumento 3D das estruturas (internas) na área cirúrgica.

XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Inovação hospitalar - A demanda dos dias atuais pede que os hospitais sejam integrados de forma mais inteligente. Hospitais antigos que usam métodos antiquados, devem estar cientes dessa transformação que converge para a criação de B.O. inteligentes.



Robótica nos B.O. - A robótica nos B.O. e a informatização desses ambientes são uma estratégia, porque inova ao aplicar as ferramentas mais avançadas para diagnosticar e tratar pacientes com mais precisão.

XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Bloco operatório do futuro: mais integração, menos erros

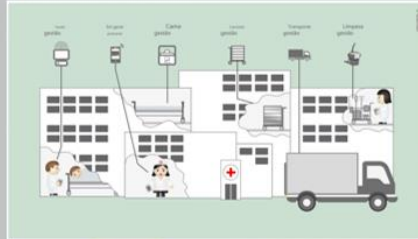
- Otimizar diagnósticos e terapêuticas através do uso de sistemas assistidos por computador – uso da Inteligência Artificial
- Disponibilizar um modelo digital do paciente com todas as informações relevantes.
- Aumentar a eficácia, evitar erros e aumentar a segurança do doente.



XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

LOGISTICA – Just in time

- incluem sistemas para localizar e rastrear funcionários e equipamentos
- soluções para automatizar tarefas básicas e repetitivas
- Centralização de todo o manuseio de produtos e equipamentos estéreis;



XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Roupas “ Inteligentes ”

Sensores de humidade integrados em roupas inteligentes para mapear a incontinência em pacientes;



Lençóis ou colchões integrados a sensores de pressão para controlar e prevenir feridas, garantindo que o paciente se mova na superfície o suficiente.

XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Inteligência Artificial – Bloco Operatório

O sistema de IA permite verificações de inventário hospitalar, de ocupação de camas, conformidade com protocolos de controle de infecção.

Tecnologia para avaliar o uso adequado de EPI, para analisar a conformidade do trabalhador com as práticas de controle de infecção e para contabilizar o equipamento necessário numa sala de cirurgia.



XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Inteligência Artificial – Bloco Operatório

Todo o ambiente cirúrgico pode ser personalizado, de forma consciente, para permitir ao utilizador fazer o controlo a partir de um ponto central. Esta personalização vai desde os instrumentos de endoscopia, fontes de vídeo e de dados, até equipamentos periféricos, tais como a mesa de cirurgia ou os braços e iluminação pendentes.



XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória



Sala Com Visualização de Exames com I.A.



Cirurgia em Realidade Aumentada

XII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Conclusão

- É preciso ter uma estrutura robusta para a criação de um hospital / bloco inteligente, pois não adianta ter todas as [tecnologias de ponta](#) apenas para agradar aos olhos.
- É necessário que seja uma instituição que opere sem falhas e de forma eficiente, sem desperdícios, que promova melhores condições de trabalho para os seus Profissionais e um excelente atendimento aos pacientes
- Objetivos INOVAR, CONECTAR e INTEGRAR são fundamentais.

**APÊNDICE III: Póster – Novas Tecnologias no Perioperatório:
Comunicação com a Família**



NOVAS TECNOLOGIAS NO PERIOPERATÓRIO: COMUNICAÇÃO COM A FAMÍLIA

Carmen Soares*; Isabel Melo**; Sérgio Soares***

* Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira no Bloco Operatório CHEDV
 ** Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Bloco Operatório do CHEDV
 *** Enfermeiro Especialista e Professor Doutor Adjunto da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

INTRODUÇÃO

A comunicação no perioperatório com o cliente/família continua a ser um desafio constante para os enfermeiros do perioperatório. Independentemente de ser uma cirurgia simples, eletiva ou de urgência todas são geradoras de ansiedade, stress e medo para o cliente e inevitavelmente para a família, principalmente no intraoperatório. É neste período que os familiares referem sentir-se mais isolados, ansiosos e com a sensação de que o tempo não passa. A inovação tecnológica móvel, permitiu novas opções de comunicação nomeadamente com a família, utilizando o seu contacto para envio email/SMS para obter informações sobre o status cirúrgico do cliente (ADRN, 2019).

OBJETIVOS

Identificar novas estratégias para reduzir a ansiedade da família do cliente cirúrgico, aumentando o grau de satisfação.

Realizar uma revisão da literatura sobre a utilização de novas tecnologias na comunicação no perioperatório com a família do cliente cirúrgico.

METODOLOGIA



RESULTADOS

PUBLICAÇÃO, AUTOR, ANO, CIDADE	TIPO DE ESTUDO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	PARTICIPANTES AMOSTRA	OBJECTIVO PRINCIPAL
Perioperative family updates reduce anxiety and improve satisfaction. Howe LS, Wignore D, Nelms M, Schottel P, Bartlett C, Halsey D, Krag M, Lunardini D, Monsey R, Beynonn B, Blankstein M; 2021.	Ensaio clínico prospectivo randomizado	Cirurgiões e familiares dos clientes cirúrgicos	Determinar se as atualizações padronizadas no perioperatório têm influência na ansiedade e na satisfação dos familiares assim como na duração do procedimento cirúrgico.
The impact of a real-time locating system within the Perioperative Environment on Physicians and Patients Families; Martin Heller; Joseph Kovaj; Ethan Miller; Shirley Solomon; 2020.	Estudo qualitativo descritivo exploratório, entrevistas semiestruturadas	Médicos e familiares dos clientes cirúrgicos	Explorar as percepções dos médicos e familiares sobre a funcionalidade e eficiência do sistema de localização em tempo real.
Implementing Patient-Family Communication Technology, Kari Poulsen, 2019.	Estudo qualitativo exploratório	Clientes cirúrgicos e seus familiares	Diminuir a ansiedade do cliente/família e fornecer à família uma experiência interativa comunicando por via telefone e pager sobre o status cirúrgico.

DISCUSSÃO

Os estudos analisados constataram que o número de mensagens a serem enviadas às famílias devem ser no mínimo de três e no máximo de 5 para se obter resultados positivos. A última mensagem enviada deve agradecer ao familiar/cliente a escolha do hospital, convidando-o a avaliar a experiência e grau de satisfação, sugerindo comentários. Para uma maior adesão dos enfermeiros do perioperatório no aumento do número de envios de mensagens, foram publicados os comentários de satisfação dos familiares em locais de destaque no bloco operatório, motivando-os a reservarem um pouco do seu tempo nesta "nova" forma de comunicação com a família.

CONCLUSÕES

O desafio de gerir a comunicação e o fluxo de trabalho é uma tarefa árdua para os enfermeiros do perioperatório. Um programa de software avançado que visa o envio de emails sobre o status cirúrgico, garantindo à família informações oportunas e consistentes revelou-se uma aposta extremamente bem-sucedida. Como sugestão de melhoria e otimização propõem o envio de mensagens por sms, por ser mais imediato, simples, fácil leitura, sem restringir à sala de espera, permitindo ao familiar deambular pelo bar ou jardim do hospital minimizando a sua ansiedade. A tecnologia não deve substituir a comunicação interpessoal direta sempre que seja possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association of Perioperative Registered Nurses Journal. (2018). Enhancing intraoperative communication with patients/families. ADRN J, 108(5), 7-9. <https://doi.org/10.1002/aoom.12431>;
- Association of Perioperative Registered Nurses Journal (2019). Implementing Patient-Family Communication Technology ADRN J, 110(4), 373-378. <https://doi.org/10.1002/aoom.12821>;
- Hellel M, Kovaj, J., Mier, E., Solomon, S. (2020) The Impact of a Real-Time Locating System within the Perioperative Environment on Physicians and Patients Families. *Healthcare Quarterly* 23, 24-32. <https://doi.org/10.12927/hq.2020.26175>;
- Howe L., Wignore D., Nelms M., Schottel P., Bartlett C., Halsey D., Krag M., Lunardini D., Monsey R., Beynonn B., Blankstein M. (2021) Perioperative Family Updates Reduce Anxiety and Improve Satisfaction: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 5(2), 107-112. <https://doi.org/10.17284/23300698.1805>;
- European Operating Room Nurses Association (2019). European Common Core Curriculum for operating department nursing. EORNA. https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/09/EORNA-curriculum_July2019.pdf.

**APÊNDICE IV: Póster – Projeto de Comunicação no
Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa submetida a
Cirurgia Eletiva**



PROJETO DE COMUNICAÇÃO NO PERIOPERATÓRIO: IMPACTO NA FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA ELETIVA

Carmen Soares*, Isabel Melo**, Sérgio Soares***

- * Mestranda em Enfermagem Médico -Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira no Bloco Operatório CHEDV
- ** Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica no Bloco Operatório do CHEDV
- *** Enfermeiro Especialista e Professor Doutor Adjunto da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

O ato cirúrgico é percebido pelos clientes/familiares como uma ameaça externa, um acontecimento crítico e gerador de diferentes níveis de ansiedade. Os Enfermeiros do Perioperatório reconhecem que sentimentos de ansiedade, medo e stress são vivenciados pelo cliente cirúrgico e inevitavelmente pela família principalmente no intraoperatório. Ironicamente, é durante este período que pouca ou nenhuma comunicação é estabelecida entre os familiares e os profissionais de saúde. Torna-se imperativo instituir práticas de enfermagem baseadas na mais recente evidência científica que permitam colmatar esta falha na comunicação, como o contacto por SMS do status cirúrgico para o familiar de referência (AORN, 2019).

OBJETIVOS

- Desenvolver a comunicação no perioperatório com o familiar de referência, através do contacto por SMS sobre o status cirúrgico do cliente;
- Sensibilizar os enfermeiros do perioperatório para a problemática em estudo;
- Reduzir o nível de ansiedade vivenciado pela família da pessoa submetida a cirurgia eletiva.



METODOLOGIA

Método: estudo qualitativo descritivo, exploratório concretamente um estudo de caso a decorrer no Bloco Operatório de um hospital da região norte.

Instrumentos de recolha de dados incidem em técnicas indiretas:

- 1ª Fase: ação de sensibilização aos enfermeiros do perioperatório sobre a problemática em estudo, com respetivo questionário estruturado no final;
- 2ª Fase: análise documental retrospectiva através da consulta dos processos clínicos sobre o número de contactos SMS inseridos referentes a março de 2022;
- 3ª Fase: inquérito via telefone a familiar de referência, para avaliação da importância atribuída à comunicação estabelecida no perioperatório, o seu grau de satisfação e consequente redução da ansiedade.

Amostra: amostragem não probabilística intencional - enfermeiros do perioperatório do bloco operatório e os clientes/família submetidos a cirurgia eletiva.

Critérios inclusão: Idade superior a 18 anos; Ausência de défices cognitivos e auditivos; Habilidade no manuseio do telemóvel; Tempo operatório previsto até 2h; Especialidades cirúrgicas: cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e urologia.

RESULTADOS

- Sensibilização dos enfermeiros do perioperatório em 70% para a problemática em estudo;
- Aumento em 50% do número de contactos inseridos por via SMS da família no perioperatório;
- Reduzir o nível ansiedade dos familiares de referência.

Palavras-chave (MeSH/DeCS)

Perioperative nursing ; Communication ; Family ; Anxiety

DISCUSSÃO

O hospital em questão, tem disponível desde 2018 a opção de contato por SMS sobre o status cirúrgico. Até ao momento esta ferramenta valiosa poucas vezes foi utilizada de forma efetiva para estabelecer comunicação com a família no perioperatório, reduzir a ansiedade e aumentar o grau de satisfação.

CONCLUSÃO

Esta opção de comunicação é simples, segura e com atualizações em tempo real, permitindo que os familiares não estejam restritos à sala de espera, às vezes com poucas condições e que circulem pelo bar ou mesmo jardins do hospital minimizando a sua ansiedade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association of periOperative Registered Nurses Journal. (2018). Enhancing intraoperative communication with patients families AORN J, 108(5), 7-9. <https://doi.org/10.1002/aorn.12431>;
- Association of periOperative Registered Nurses Journal. (2019). Implementing Patient-Family Communication Technology. AORN J, 110(4), 372-376. <https://doi.org/10.1002/aorn.12831>;
- Carregoso, J. (2014). Comunicação com a Família do Doente Cirúrgico Programado no Período Intraoperatório. [Tese de Mestrado Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://hdl.handle.net/10362/2677312>;
- European Operating Room Nurses Association. (2019). European Common Core Curriculum for operating department Nursing. EORNA. https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/09/EORNA-core-curriculum_July2019.pdf;



**APÊNDICE V: Comunicação Oral – Comunicação no
Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa Submetida a
Cirurgia Eletiva**

**XX CONGRESSO NACIONAL
AESOP**

28 – 30 Setembro 2022, Santa Maria da Feira

**COMUNICAÇÃO NO PERIOPERATÓRIO:
IMPACTO NA FAMÍLIA DA PESSOA
SUBMETIDA A CIRURGIA ELETIVA**

Carmen Soares¹; Sérgio Soares²; Isabel Melo³

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira Especialista MC no Bloco Operatório CHEDV;

² Enfermeiro Especialista e Professor Doutor Adjunto da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa;

³ Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Bloco Operatório do CHEDV

Setembro 2022

PALAVRAS – CHAVE: Enfermagem Perioperatória; Comunicação; Família; Ansiedade (DeCS/MeSH)

INTRODUÇÃO

O ato cirúrgico é percebido pelos clientes/família como um acontecimento crítico gerador de ansiedade. Ironicamente, é no perioperatório que pouca ou nenhuma comunicação é estabelecida entre os enfermeiros e os familiares (AORN, 2019). Uma estratégia de comunicação passa pelo envio de SMS sobre o status cirúrgico (início e fim da cirurgia), através do software informático, ao familiar.

OBJETIVO

Compreender a importância e a forma como é percebida a comunicação no perioperatório pela família do cliente submetido a cirurgia eletiva.

**XX CONGRESSO NACIONAL
AESOP**

Uma organização da
AESOP
www.aesop.org

METODOLOGIA

- Estudo qualitativo descritivo e exploratório desenvolvido num Bloco Operatório central da região Norte entre março e maio de 2022;
- Amostra não probabilística intencional, incidindo na família do cliente submetido a cirurgia eletiva (n= 51) das especialidades de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e urologia com duração prevista até 2h, sem défices cognitivos e auditivos e que sabem manusear o telemóvel;
- Técnica e instrumento de colheita de dados: inquérito por questionário via telefone ao familiar;
- Análise dos dados: estatística descritiva e análise de conteúdo segundo Bardin.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Cumprimento dos princípios éticos nacionais e internacionalmente estabelecidos e submetido a apreciação do Conselho e de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar.

**XX CONGRESSO NACIONAL
AESOP**

Uma organização da
AESOP
www.aesop.org

RESULTADOS

- 61% dos familiares são do sexo feminino, sendo que 56% são o cônjuge, seguido de 22% os filhos;
- 55%, era a primeira vez que tinham um familiar a ser submetido a cirurgia eletiva;
- **85%** considerou de **extrema importância a pertinência da informação** transmitida através do contacto por **SMS**;
- **95%** considerou que a informação facultada permitiu reduzir a ansiedade, **62% extremamente importante** e **33% muito importante**;
- **Grau de satisfação de 94%: 58%** ficaram **extremamente satisfeitos** e **36% muito satisfeito**;
- **Análise Conteúdo:** C.1 Comunicação (C.1.1 Informação)
 - C.2 Estado Emocional
 - C.3 Família
 - C.4 Espiritualidade

**XX CONGRESSO NACIONAL
AESOP**



CONCLUSÕES

- Os resultados obtidos foram extremamente positivos, indo de encontro ao explanado na mais recente evidência científica.
- Trata-se de uma estratégia de comunicação simples, segura e precisa através de um software informático com atualizações em tempo real.
- Os familiares não necessitam de estar restritos a uma sala de espera, podendo circular pelo bar ou mesmos pelos jardins do hospital, minimizando a sua ansiedade.
- Destaca-se também a espiritualidade como conceito que emergiu desta investigação, uma área com inúmeras produções científicas nos últimos anos. A espiritualidade é uma dimensão intrínseca do ser humano, reconhecida como uma necessidade, logo, inerente aos cuidados de enfermagem.

**XX CONGRESSO NACIONAL
AESOP**



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Association of periOperative Registered Nurses Journal. (2018). Enhancing intraoperative communication with patients families. AORN J, 108(5), 7-9. [https:// doi: 10.1002/aorn.12431](https://doi.org/10.1002/aorn.12431);
- Association of periOperative Registered Nurses Journal. (2019). Implementing Patient-Family Communication Technology. AORN J, 110(4), 372-376. [https:// doi: 10.1002/aorn.12821](https://doi.org/10.1002/aorn.12821);
- Heller, M., Koval, J., Miller, E., Solomon, S. (2020). The Impact of a Real-Time Locating System within the Perioperative Environment on Physicians and Patients Families. *Healthcare Quarterly*, 23, 24-32. [https:// doi: 10.12927/hcq.2020.26175](https://doi.org/10.12927/hcq.2020.26175);
- Carregoso, J. (2014). Comunicação com a Família do Doente Cirúrgico Programado no Período Intraoperatório. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/7715>;
- European Operating Room Nurses Association. (2019). European Common Core Curriculum for operating department Nursing. EORNA. https://eorna.eu/wpcontent/uploads/2019/09/EORNA-core-curriculum_July2019.pdf;

**XX CONGRESSO NACIONAL
AESOP**



APÊNDICE VI: Ação de Sensibilização aos Enfermeiros do Bloco Operatório

COMUNICAÇÃO NO PERIOPERATÓRIO

CONTRIBUTOS NA FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA ELETIVA



Bloco Operatório
Carmen Soares
Enfª. Especialista MC

17 Fevereiro, 2022

1

COMUNICAÇÃO NO PERIOPERATÓRIO

CONTRIBUTOS NA FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA ELETIVA

Este trabalho surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Médico Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

17 Fevereiro, 2022

Carmen Soares
Enf. Especialista MC

OBJETIVOS

- Sensibilizar os enfermeiros do perioperatório para a problemática em estudo;
- Desenvolver a comunicação no perioperatório com o familiar de referência, através do contacto por SMS sobre o status cirúrgico do cliente, disponível no BAnesthisc®/Patient Care;
- Diminuir o nível de ansiedade vivenciado pela família da pessoa submetida a cirurgia eletiva.



3

ESTUDO QUALITATIVO – ESTUDO DE CASO

- **1ª fase:** ação de sensibilização aos enfermeiros do perioperatório --> questionário semiestruturado – Fevereiro 2022.
- **2ª fase:** recolha de dados através da análise documental retrospectiva dos processos clínicos referentes a março de 2022;
- **3ª fase:** inquérito via telefónica ao familiar sobre a satisfação com a comunicação no perioperatório (avaliação do grau de satisfação) – Abril de 2022.

4

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

- Clientes com idade igual ou superior a 18 anos;
- Clientes sem défices cognitivos e auditivos;
- Submetidos a cirurgia eletiva das especialidades:
 - Ortopedia;
 - Cirurgia Geral;
 - Ginecologia;
 - Urologia.

5

RESULTADOS A ALCANÇAR

- Sensibilização dos enfermeiros do perioperatório em 70% para a problemática em estudo;
- Aumentar em 50% do número de contactos por via SMS com a família no perioperatório;
- Reduzir o nível ansiedade dos familiares de referência.

Contribuir para o enriquecimento das práticas clínicas, baseadas em evidência científica

6

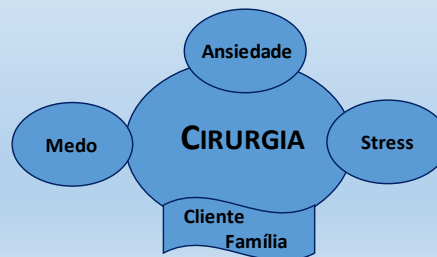
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Bloco Operatório (BO) é um dos serviços mais complexos na área da saúde, onde enfermeiros do perioperatório se inserem como parte integrante de uma equipa multidisciplinar.
- São exigidos conhecimentos altamente diferenciados, num ambiente envolto de tecnologia avançada, que deverá ser encarada como aliada na dicotomia do cuidar/humanizar
- A European Operating Room Nurses Association (EORNA), defende que todos os clientes submetidos a cirurgia ou a qualquer procedimento anestésico têm o direito de ser cuidados por profissionais qualificados (EORNA, 2019).

7

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- A realização de uma cirurgia é geradora de ansiedade, medo e stress;
- Um terço dos clientes submetido a cirurgia sofriam altos níveis de ansiedade e stress (Aust et al., 2016).



8

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- **Medo:** percepção de uma ameaça, reconhecida como um perigo.
- **Ansiedade:** sentimento vago, incomodativo e desconfortável, perante uma fonte frequentemente inespecífica e desconhecida (Suriano et al., 2009).
- **Stress:** resposta multifatorial, baseada numa avaliação cognitiva (Almeida et al., 2015).
- **Stresse a Ansiedade:**
 - o que os distingue é algo muito ténuo;
 - muitas vezes utilizados como sinónimos

9

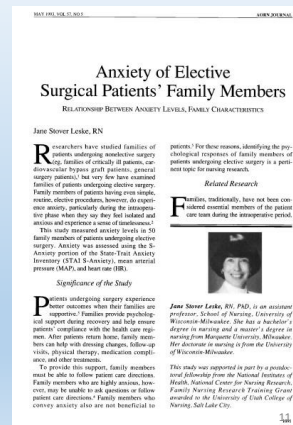
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Explosão de emoções surge:
 - incerteza do diagnóstico;
 - possibilidade de dor;
 - procedimentos cirúrgicos;
 - medo de não despertar da anestesia;
 - perda de autonomia;
 - morte.



Fundamental incluir a família em todo este processo de acordo Association of periOperative Registered Nurses (AORN)

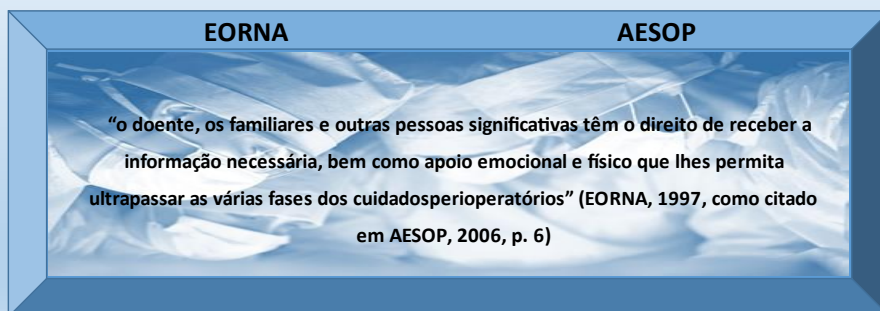
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



ENQUADRAMENTO TEÓRICO



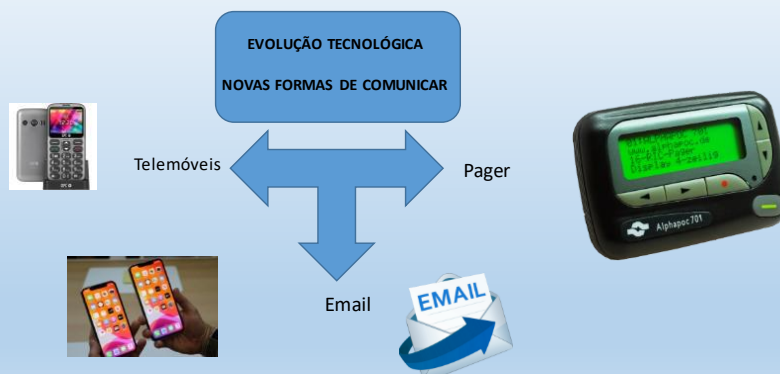
16

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- **Comunicação e informação**, muitas vezes compreendidos e interpretados como palavras sinónimas;
- **Informação**: o conteúdo e os aspetos semânticos de uma mensagem;
- **Comunicação**:
 - processo pelo qual a informação é transmitida, entre o emissor e recetor;
 - expressar-se e permitir que o outro também o faça;
 - processo de compreensão recíproca Phaneuf (2005).

17

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



18

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



19

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Hospital Johns Hopkins em Baltimore, 2019;
- Integração de um novo sistema de comunicação com a família através do envio de mensagens predefinidas por email;
- Caso a família não receba notificação a enfermeira do perioperatório ligava para o familiar;
- Mensagens padronizadas
 - fácil aplicação e compreensão;
 - menos tempo despendido;
 - respeitar a privacidade do cliente.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Mensagens do género “o cliente entrou para a sala operatória” ou “o cliente está bem”;
- Enviadas a cada duas horas;
- Obtido feedback bastante positivo dos familiares;
- Irão atualizar o software --> enviar mensagens de texto em vez do email;



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- **Porque mensagens textos?**
 - mais imediatas;
 - fácil leitura tanto nos telemóveis simples como smartphones;
 - comunicação simples e segura;
 - atualizações em tempo real;
 - pode ser enviada para vários familiares em simultâneo;
 - não restringe a um único local de espera, às vezes com poucas condições;
 - permite que os familiares circulem pelo bar/jardins do hospital reduzindo a sua ansiedade.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

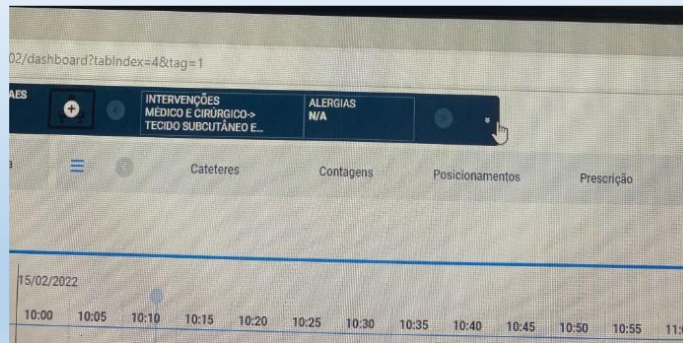
Destaca-se que informações dadas pessoalmente em prol de outras vias continua a ser, à luz da evidência existente, a mais eficaz no sentido da diminuição da ansiedade dos familiares (AORN, 2016).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- BSIMPLE nasce no Porto em 2002, tona-se uma referência na área informática médica;
- 2008 foca-se na área dos cuidados intensivos;
- 2013 desenvolve o BAnesthetic® para bloco operatóriq

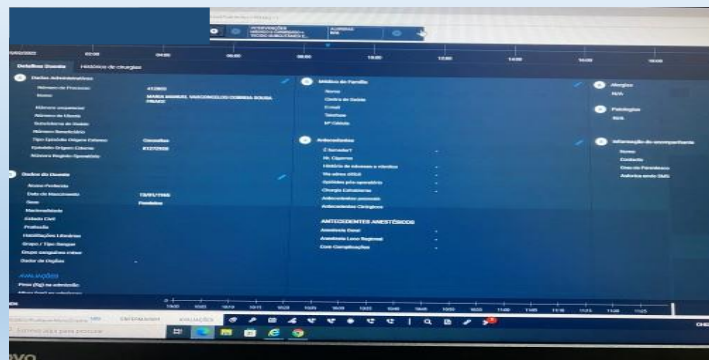
**Centro Hospitalar dispõedo software BAnesthetic® desde2018
Nº contactos SMS familiar/ Pessoa significativa???????????**

CONTACTO SMS



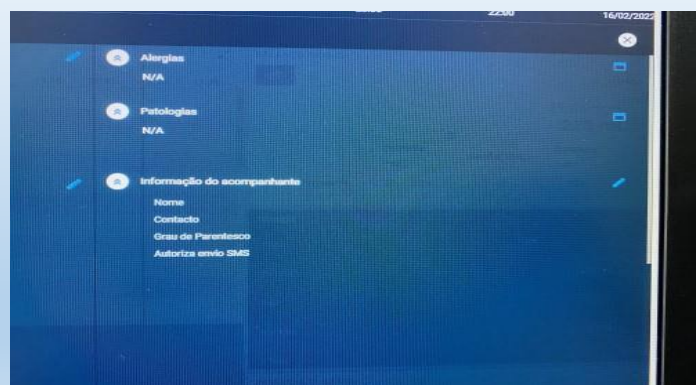
25

CONTACTO SMS



26

CONTACTO SMS



27

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

- Seis princípios International Council of Nurses (ICN):
 - beneficência;
 - avaliação da maleficência;
 - fidelidade;
 - justiça;
 - veracidade;
 - confidencialidade.
- Ordem dos Enfermeiros:
 - Código deontológico em Enfermagem --» Artigos 78º e 88º
 - Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros --» Artigo 9º, pontos 5 e 6

31

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

- Projeto submetido apreciação da Comissão de Ética do CHEDV;
- Todos os participantes no estudo após explicação clara das fases da investigação, os benefícios, os riscos deverão dar o seu consentimento livre e esclarecido;
- Consentimento entregue e assinado pessoalmente por escrito;
- Participação:
 - Voluntária;
 - Pode retirar o seu consentimento a qualquer momento --» sem penalidade, perda de benefícios e sem necessidade de justificar a sua saída.

The form is titled "CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO" and is for the study "DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE RELEVÂNCIA E A CONVENÇÃO DE OVIÉDAS". It includes sections for the study title, objectives, explanation of the study, and a declaration of understanding and consent. It is signed by the researcher and the participant.

32

COLHEITA DE DADOS

This block contains several questionnaires for data collection.
 1. 'Formação Académica' with options: Curso Geral em Enfermagem, Bacharelato, Licenciatura de Enfermagem, Pós-Graduação Qual?, Especialização Qual?, Mestrado Qual?.
 2. 'Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório' with options: 1-5 anos, 6-10 anos, 11-15 anos, 16-20 anos, >20 anos.
 3. 'Situação contratual com o Hospital' with options: Contrato sem termo, Contrato a termo certo, Contrato a termo incerto, Outro Qual?.
 4. 'Como classifica a importância da comunicação com a família no periop. assist?' with a Likert scale from 1 (Sem importância) to 5 (Muito importante).
 5. 'Como classifica a importância do acompanhamento e comunicação com a família no período intra-operatório por parte da equipa de Enfermagem?' with a similar Likert scale.
 6. 'Com que frequência fazes o contacto por SMS do familiar de referência no BA/Anestesiol?' with a Likert scale from 1 to 5.
 7. A questionnaire about family communication with Likert scales for 'Nunca' to 'Muito frequente', 'Nada sensibilizado' to 'Muito sensibilizado', 'Sem importância' to 'Muito importante', and 'Identifica alguma dificuldade na utilização da comunicação por contacto SMS?'.

33

COLHEITA DE DADOS

<https://docs.google.com/forms/d/1v7Ag0sSchvKqYzCqoC07vubwU7K7b3v8W0W62agq/edit#viewform=SurveyLink>

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO ÀS FAMÍLIAS

Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva

Data do contacto telefónico: __/__/2022 Inquérito nº: _____

Fala a enfermeira Carmen Soares do bloco operatório, a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, venho contactá-lo telefonicamente para a realização de um estudo de um inquérito "Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva". 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 à comunicação estabelecida por via oral no dia em que o seu familiar foi operado.

Finalizar:

- Agradecer a colaboração do entrevistado e a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados ao longo da entrevista;
- Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais alguma informação que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Obrigado pela colaboração.

ESF Especialista MC Carmen Soares

Sexo

- Masculino
- Feminino

Idade: _____

Grav de Parentesco: _____

Estado Civil

- Solteiro
- Casado
- União de fato
- Viúvo

Profissão: _____

Habilitações Científicas

- 1º ciclo do ensino básico
- 2º ciclo do ensino básico
- Ensino secundário
- Curso Tecnológico (profissional/outro)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

É a primeira vez que tem um familiar a ser submetido a uma cirurgia eletiva?

- Sim
- Não
- Não Quantas vezes? _____

Qual a pertinência da informação transmitida no perioperatório através do contacto por SMS?

1 2 3 4 5

Nada relevante Extremamente relevante

A informação transmitida via telemóvel durante a cirurgia eletiva foi importante para a redução do nível de ansiedade?

1 2 3 4 5

Sem importância Muito importante

Qual o grau de satisfação e qualidade do serviço prestado no âmbito da comunicação do perioperatório?

1 2 3 4 5

Nada Satisfeito Extremamente satisfeito

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

- Não
- Sim
- Qual? _____

Recomendaria este hospital para alguém conhecido ser operado?

- Sim
- Não

Deseja fazer alguma sugestão de melhoria?

Observações

DIVULGAÇÃO RESULTADOS



CONCLUSÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida M., Lima, L., Guerreiro A. (2015). Vivência de ansiedade e stress dos doentes com tumor cerebral no pré-operatório de neurocirurgia. *Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa*, 29(8), 24-31. <http://hdl.handle.net/10400/26/36194>;
- Bardis L. (2011). *Análise de Conteúdo*. (4ª edição) Edições 70. ISBN 9789724415062;
- Bozette F. (2008). *Familles et maladies comportant un risque vital*. Medsi Mc Graw Hill ISBN 286439281X 9782864392811;
- Associação dos Enfermeiros de Saúde Operatória Portuguesa (2006). *Enfermagem perioperatória – da filosofia à Prática dos cuidados*. Lusodidacta;
- Association of Perioperative Registered Nurses Journal (1993). Anxiety of elective surgical patients and family members: Relationship between anxiety levels and family characteristics. *AORN J*, 57(5), 1091-1096. [https://doi:10.1016/s0001-2092\(07\)67315-3](https://doi:10.1016/s0001-2092(07)67315-3);
- Association of Perioperative Registered Nurses Journal (2016). Evaluating enhancement to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN J*, 103(4), 414-420. <https://doi:10.1016/j.aorn.2016.01.017>;
- Association of Perioperative Registered Nurses Journal (2018). Enhancing intraoperative communication with patients' families. *AORN J*, 108(5), 7-9. <https://doi:10.1002/aorn.12431>;
- Association of Perioperative Registered Nurses Journal (2019). Implementing patient family communication technology. *AORN J*, 110(4), 372-376. <https://doi:10.1002/aorn.12821>;

37

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aust H., Rüsçh D., Schuster M., Sturm T., Brehm T., Nestoriuc Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research*, 16(250), 2-10. <https://doi:10.1186/s12913-016-1492-5>;
- Carregos P. (2014). *Comunicação com a Família do Doente Cirúrgico Programado no Período Intraoperatório*. [Tese de Mestrado] Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400/26/7715>;
- Denzin N., Lincoln Y. (2005). Introduction- The discipline and practice of qualitative research. In N. Denzin Y. Lincoln (Eds), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (pp.1-32). Sage Publications;
- European Operating Room Nurses Association. (2019). *European Common Core Curriculum for operating department Nursing*. EORNA https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/09/EORNA-core-curriculum_Ju0019.pdf;
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta ISBN 978-989-8075-18-5;
- Martins J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 62-66. <http://hdl.handle.net/10400/26/23998>;
- Melo M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lusociência ISBN 9789728383862;
- Nunes L. (2003). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem* [Relatório Técnico] Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. ISBN: 978-989-98206-1-6. <http://hdl.handle.net/10400/26/4547>;

38

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Phaneuf M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência ISBN 9789728383848;
- Pinto I., Campos C., Siqueira C. (2018). Investigação qualitativa: perspetiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 14, 30-34. <http://dx.doi.org/10.21011/apn2018.1406>;
- Sousa J., Santos S. (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, 10(2), 1396 - 1416. ISSN 22379444. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>;
- Suriano M., Lopes D., Macedo G., Michel J., Barros A. (2009). Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 928-34. ISSN 0103-2100. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700016>;

39

APÊNDICE VII: Questionário de Avaliação da Ação de Sensibilização aos Enfermeiros

QUESTIONÁRIO AOS ENFs. PERIOPERATÓRIO Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva

Este trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, com o objectivo de:

- desenvolver a comunicação no perioperatório com os familiares através do contacto por SMS no BAnesthisc®, fornecendo informações do status cirúrgico do cliente;
- diminuir o nível de ansiedade vivenciado pela família da pessoa submetida a cirurgia eletiva
- sensibilizar os enfermeiros do perioperatório para a problemática.

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

Obrigado pela colaboração.

Enfª Especialista MC Carmen Soares

Sexo

- [] Feminino
- [] Masculino

Faixa etária

- () 20 -25 anos
- () 26 - 30 anos
- () 31 - 35 anos
- () 36 - 40 anos

Formação Académica

- () Curso Geral em Enfermagem
- () Bacharelato
- () Licenciatura de Enfermagem
- () Pós - Graduação Qual?

() Especialização Qual? _____

() Mestrado Qual? _____

Tempo de experiência profissional em Bloco Operatório

- () < 1 ano
- () 1 - 3 anos
- () 4 - 9 anos
- () 10 - 14 anos
- () 15 - 19 anos
- () > 20 anos

Situação contratual com o Hospital

- () Contrato sem termo
- () Contrato a termo certo
- () Contrato a termo incerto
- () Outro Qual?

Como classifica a importância da comunicação com a família no perioperatório?

	1	2	3	4	5	
Sem importância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito importante

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

	1	2	3	4	5	
Sem importância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito importante

Com que frequência insere o contacto por SMS do familiar de referência no BANesteshic®?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muita frequência

Após esta ação de informação, o quão sensibilizado se sente relativamente à problemática em estudo?

	1	2	3	4	5	
Nada sensibilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito sensibilizado

Considera importante a comunicação no perioperatório por contacto SMS para a redução do nível de ansiedade dos familiares de referência?

	1	2	3	4	5	
Sem importância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muito importante

Identifica alguma dificuldade na utilização da comunicação por contacto SMS?

Qual a sugestão para ultrapassar as dificuldades referidas anteriormente?

Sugestões de melhoria.

APÊNDICE VIII: Questionário do Estudo de Investigação

INQUÉRITO

Comunicação no Perioperatório:

Impacto na Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva

Data do contacto telefónico __/__/2022

nº: _____

Fala a enfermeira Carmen Soares do bloco operatório, a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, venho contactá-lo telefonicamente para a realização de um estudo de investigação “Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva”. O objetivo deste estudo é compreender a forma como é percebida a comunicação no perioperatório pela família da pessoa submetida a cirurgia eletiva.

Gostaria de saber se está na disposição de responder a algumas perguntas sobre este assunto. Este inquérito demorará aproximadamente 5 - 10 minutos.

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

Após estas informações, consente de forma livre e esclarecida participar neste estudo, havendo garantia total de confidencialidade e anonimato, podendo a qualquer altura interromper este inquérito sem qualquer prejuízo.

Relembro que as questões que vou colocar dizem respeito unicamente à comunicação estabelecida por via SMS no dia em que o seu familiar foi operado.

Finalizar:

- Agradeço a colaboração do participante e a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados ao longo da entrevista;
- Dar a oportunidade ao participante de acrescentar mais alguma informação que tenha ficado por referir.

Obrigado pela colaboração.

Enfª Especialista MC Carmen Soares

Sexo *

- () Masculino
- () Feminino

Idade

- () 18 - 28 anos
- () 29 - 39 anos
- () 40 - 50 anos
- () 51 - 61 anos
- () 61 - 71 anos
- () > 72 anos

Grau de Parentesco

Estado Civil

- () Solteiro
- () Casado
- () União de fato
- () Viúvo

Profissão

Habilitações Literárias

- () 1º ciclo do ensino básico
- () 2º ciclo do ensino básico
- () Ensino secundário
- () Curso tecnológico/profissional/outro
- () Bacharelato
- () Licenciatura
- () Mestrado
- () Doutoramento

É a primeira vez que tem um familiar a ser submetido a uma cirurgia eletiva?

- () Sim
- () Não

Se respondeu que sim à questão anterior, indique o número de vezes que passou pela experi

- () 1
- () 2
- () 3 ou mais

Qual a pertinência da informação transmitida no perioperatório através do contacto por SMS?

	1	2	3	4	5	
Nada relevante	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	Extremamente relevante

A informação fornecida via telemóvel durante a cirurgia eletiva foi importante para a redução do nível de ansiedade?

	1	2	3	4	5	
Sem importância	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	Muito importante

Qual o grau de satisfação e qualidade do serviço prestado no âmbito da comunicação do perioperatório?

	1	2	3	4	5	
Nada Satisfeito	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	<input type="radio"/> ()	Extremamente satisfeito

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

- () Não
- () Sim

Se respondeu que sim à questão anterior, indique que outro tipo de informação gostaria de receber.

Recomendaria este hospital para alguém conhecido ser operado?

- () Sim
- () Não

Deseja fazer alguma sugestão de melhoria?

Observações

APÊNDICE IX: Consentimento Informado dos Participantes



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Título do estudo: "Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva".

Enquadramento: esta investigação está inserida no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, com o objetivo de desenvolver a comunicação no perioperatório com a família, através do contacto por SMS fornecendo informações do decurso da cirurgia eletiva e diminuir o nível de ansiedade da família.

Explicação do estudo: a participação neste estudo não tem qualquer custo nem risco, sendo voluntária. Pode retirar o seu consentimento a qualquer momento sem qualquer penalidade, sem perda de benefícios e sem necessidade de justificar a sua saída. A privacidade, anonimato e confidencialidade serão preservados pelo investigador ao longo de todo o estudo. Todos os dados recolhidos nos processos clínicos serão tratados por forma a salvaguardar os nomes e os números do processo, com codificação por letras e números (C1;C2;...). Os dados ficarão na exclusiva posse do investigador, guardados informaticamente e protegidos por password. Após a conclusão do estudo todos os dados serão eliminados. Não se prevê conflitos de interesses.

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: __/__/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.ar.suorte.mim-saude.pt/portal/page/portal/ARSSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Fidatirov/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dce.pt/pdf/edip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



APÊNDICE X: Projeto de Investigação



PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo de investigação (máximo de 15 palavras)
Comunicação no Perioperatório: Impacto na Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva

Área científica de investigação: Enfermagem
Linha de investigação a que se propõe: L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença

Investigador responsável
Nome: Carmen Cristina dos Santos Soares Nacionalidade: Portuguesa Grau académico: Licenciatura Categoria profissional: Enfermeira Especialista em Médico Cirúrgica Instituição: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga Email: carmen_soares@msn.com Telemóvel: 914744584 Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: https://orcid.org/0000-0002-4450-8119

Calendarização
Data prevista de início da fase empírica: Janeiro de 2022 Data prevista de conclusão: Junho de 2022

Instituições envolvidas
Instituição principal: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV): Unidade de Santa Maria da Feira Papel: Instituição de Acolhimento Outras instituições: Não Aplicável Papel: Não Aplicável

Orientador
Nome: Custódio Sérgio Cunha Soares Nacionalidade: Portuguesa Grau académico: Doutor Categoria profissional: Professor Adjunto Instituição: ESSnorteCVP Email: sergio.soares@essnortecvp.pt Telemóvel: 256661430 Link/código* para acesso a Curriculum Vitae (CV) ou anexar CV: https://orcid.org/0000-0002-8629-4411





COMPONENTE CIENTÍFICA

Resumo (mínimo de 150 e o máximo de 250 palavras)

O ato cirúrgico é percebido pelos clientes/familiares como uma ameaça externa, um acontecimento crítico e como tal, gerador de diferentes níveis de ansiedade. Os Enfermeiros do Perioperatório reconhecem que os familiares vivenciam ansiedade, medo e stress, principalmente no intraoperatório. Ironicamente, é durante esse período que pouca ou nenhuma comunicação é estabelecida entre os familiares e os profissionais de saúde.

Os objetivos deste estudo são: desenvolver a comunicação no perioperatório com o familiar de referência, através do contacto por SMS sobre o status cirúrgico do cliente, disponível no BANestheshic®; sensibilizar os enfermeiros do perioperatório para a problemática e diminuir o nível de ansiedade vivenciado pela família da pessoa submetida a cirurgia eletiva.

Enveredamos por um estudo qualitativo, descritivo, um estudo de caso. Na primeira fase realizar-se-á uma ação de sensibilização aos enfermeiros do perioperatório sobre a problemática em estudo e respetivo questionário semiestruturado. Numa segunda fase, procedesse à recolha de dados através da análise documental retrospectiva dos processos clínicos referentes a março de 2022. Por fim, em abril, será efetuado um inquérito por via telefone ao familiar no âmbito da avaliação do grau de satisfação face à comunicação no perioperatório estabelecida.

Os resultados a alcançar são: sensibilização dos enfermeiros do perioperatório em 70% para a problemática em estudo; o aumento em 50% do número de contactos por via SMS com a família no perioperatório e reduzir o nível ansiedade dos familiares.

Este estudo pretende contribuir para o enriquecimento das práticas clínicas, baseadas em evidência científica.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Comunicação; Família; Ansiedade

Revisão da Literatura (máximo de 1000 palavras)

O Bloco Operatório (BO) é considerado um dos serviços mais complexos na área da saúde, onde enfermeiros do perioperatório se inserem como parte integrante de uma equipa multidisciplinar. A estes, são-lhes exigidos conhecimentos altamente diferenciados, num ambiente envolto de tecnologia avançada, que deverá ser





encarada como aliada na dicotomia do cuidar/humanizar. A European Operating Room Nurses Association (EORNA), defende que todos os clientes submetidos a cirurgia ou a qualquer procedimento anestésico têm o direito de ser cuidados por profissionais qualificados (EORNA, 2019).

A evidência científica tem demonstrado que a realização de uma cirurgia é geradora de ansiedade, medo e stress, tendo em 2016 um estudo desenvolvido por Aust e seus colegas, concluído que um terço dos clientes submetido a cirurgia sofriam de altos níveis de ansiedade e stress (Aust et al., 2016).

O medo, é definido por alguns autores como uma resposta face à perceção de uma ameaça, reconhecida como um perigo. Já a ansiedade é definida como um sentimento vago, incomodativo e desconfortável, perante uma fonte frequentemente inespecífica e desconhecida (Suriano et al., 2009).

Já o stress e a ansiedade o que os distingue é algo muito ténuo, sendo muitas vezes utilizados como sinónimos. O stress é uma resposta multifatorial, baseada numa avaliação cognitiva, enquanto a ansiedade reporta-se a uma emoção negativa que depende da avaliação do estímulo causador de stress (Almeida et al., 2015).

Esta explosão de emoções surge pela incerteza do diagnóstico, possibilidade de dor, procedimentos cirúrgicos, medo de não despertar da anestesia, perda de autonomia e mesmo a morte. Estes sentimentos são vivenciados pelo cliente cirúrgico e inevitavelmente pela sua família, tornando-se fundamental incluir a família em todo este processo, tal como recomenda Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Já em 1993 com um estudo revolucionário e impulsionador nesta área, a mesma entidade frisou que o seu envolvimento permitiria um aumento na cooperação por parte do cliente, uma diminuição da ansiedade, um aumento da satisfação da família pelos cuidados prestados e uma visão positiva em relação ao hospital (AORN, 1993). A mesma entidade, em sucessivos estudos conclui que os familiares sentem-se excluídos e desejam ser envolvidos nos cuidados (AORN, 2018). As principais necessidades verbalizadas pelos familiares no momento da cirurgia passam por: estar informado sobre o estado do cliente; obter informações fidedignas; poder falar com o médico responsável e sentir que os cuidados prestados foram os melhores possíveis (Bozett, 2008).





De salientar que independentemente de se tratar de uma cirurgia simples, eletiva ou de urgência todas são geradoras de ansiedade, principalmente no intraoperatório. É neste período que os familiares se sentem mais isolados, ansiosos e com a sensação de que o tempo não passa! Ironicamente, é durante este período que pouca ou nenhuma comunicação é estabelecida entre os familiares e profissionais de saúde (AORN, 2018).

Perante estes factos, a AORN nos sucessivos estudos relata uma mudança de paradigma, ao introduzir um enfermeiro especialista e/mestre na área do perioperatório a desempenhar funções como enfermeiro de referência na gestão da comunicação no perioperatório (AORN, 2016).

Também a EORNA e a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) defende o quão importante é a comunicação no perioperatório, citando que “o doente, os familiares e outras pessoas significativas têm o direito de receber a informação necessária, bem como apoio emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios” (EORNA, 1997, como citado em AESOP, 2006, p. 6)

Torna-se pertinente fazer a distinção dos conceitos comunicação e informação, muitas vezes compreendidos e interpretados como palavras sinónimas. A informação é compreendida como o conteúdo e os aspetos semânticos de uma mensagem, enquanto que a comunicação é definida como o processo pelo qual a informação é transmitida, entre o emissor e o recetor (Hejelm-Karlsson, como citado em Melo, 2005). De acordo com Phaneuf (2005) comunicar é criar e recriar, é expressar-se e permitir que o outro também o faça, sendo um processo de compreensão recíproca. Com a evolução tecnológica, urgem novas formas de comunicar. Se até há alguns anos atrás consideraríamos os telefones, mensagens, pager, email (...) meios de comunicação frios e impessoais, nos dias de hoje isso já não se coloca. Face à grande produção cirúrgica, à gestão rigorosa dos tempos operatórios e dos profissionais de saúde estes meios de comunicação podem se tornar uma mais valia. No entanto, é necessário salvaguardar que a informação seja clara, precisa e isenta de terminologia, para um maior impacto terapêutico (AORN, 2018).

Mais recentemente em 2019, no Hospital Johns Hopkins em Baltimore realizou-se um estudo após integração de um novo sistema de comunicação com a família através





do envio de mensagens predefinidas por email. Caso a família não receba notificação a enfermeira do perioperatório ligava para o familiar. A escolha recaiu em mensagens padronizadas por serem de fácil aplicação e compreensão, menos tempo despendido e respeitar a privacidade do cliente. São mensagens do género “o cliente entrou para a sala operatória” ou “o cliente está bem”, enviadas a cada duas horas (AORN, 2019). O estudo supracitado destaca o feedback bastante positivo obtido dos familiares e por isso irão atualizar o software, passando a enviar mensagens de texto em vez do email. Estas são mais imediatas e de fácil leitura tanto nos telemóveis simples como smartphones. Esta opção de comunicação é simples, segura, com atualizações em tempo real e pode ser enviada para vários familiares em simultâneo. Estes não precisam de se restringir a um único local de espera, às vezes com poucas condições, permitindo que circulem pelo bar ou mesmo jardins do hospital reduzindo a sua ansiedade.

Destaca-se que informações dadas pessoalmente em prol de outras vias continua a ser, à luz da evidência existente, a mais eficaz no sentido da diminuição da ansiedade dos familiares (AORN, 2016).

Ressalvo que o CHEDV dispõe do software BAnesthishic® desde 2018 não tendo sido até ao momento utilizada esta ferramenta valiosa do contato por SMS para de forma efetiva estabelecer comunicação com a família no perioperatório, reduzindo a sua ansiedade e aumentando a satisfação.

Material e Métodos (máximo de 1000 palavras)

A elaboração de um processo de investigação científica assenta num conjunto de métodos e técnicas, à qual Fortin, designa de metodologia (Fortin, 2009). É nesta fase que se procede ao delineamento do desenho e se estabelece as melhores estratégias a utilizar.

De acordo com os objetivos delineados, enveredamos por um estudo qualitativo descritivo, concretamente um estudo de caso. Este decorrerá no ambiente natural onde o investigador será o principal agente. Agente este que irá descrever, interpretar e clarificar o objeto de estudo de acordo com os significados atribuídos pelos participantes, analisando os dados de forma indutiva (Denzin, 2005). Salientando que num estudo de caso, para além da investigação aprofundada de um





indivíduo, família ou grupo, este explica relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção (Fortin, 2009).

Este estudo de caso é composto por três fases que decorrerão no BO central, após as devidas autorizações. Os instrumentos de recolha de dados incidem em técnicas indiretas, na primeira fase realizar-se-á uma ação de sensibilização aos enfermeiros do perioperatório sobre a problemática em estudo, com respetivo questionário estruturado no final (anexo I). Numa segunda fase, procedesse à recolha de dados recorrendo a uma análise documental retrospectiva através da consulta dos processos clínicos referentes a março de 2022. Por fim, em abril, será efetuado um inquérito por via telefone ao familiar de referência, onde a primeira parte incidirá nos aspectos sócio-demográficos e numa segunda, no âmbito da avaliação do grau de satisfação da importância atribuída à comunicação no perioperatório através de contacto via SMS e na redução da ansiedade (anexo II). Daremos relevância às variáveis das áreas abaixo discriminadas que serão operacionalizadas através de uma escala de Likert que varia entre 0 e 4:

- Pertinência da informação transmitida no perioperatório através do contato por SMS (nada relevante - extremamente relevante);
- A informação fornecida foi importante para a redução da ansiedade (totalmente em desacordo – totalmente de acordo)
- Satisfação e qualidade do serviço prestado no âmbito da comunicação perioperatória (nada satisfeito - extremamente satisfeito);

Este inquérito terá ainda espaço para sugestões de melhoria e observações oportunas.

A seleção dos participantes consistirá numa amostragem não probabilística intencional, decorrendo a recolha de dados entre Março e Abril de 2022. Estes elementos não têm todos a mesma probabilidade de serem selecionados para formar a amostra, sendo feita deliberadamente segundo critérios definidos pelo investigador (Fortin, 2009). Neste contexto a nossa amostra corresponde aos enfermeiros do perioperatório do BO central e os clientes/família submetidos a cirurgia eletiva das especialidades de: cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e urologia que

O inquérito por via telefone será aplicado em Abril pelo investigador responsável pelo projeto, a todos os familiares dos clientes submetidos à cirurgia eletiva (predefinido)





durante o mês Março, sem custos associados nem deslocações extraordinárias ao hospital para realização do estudo. Estes contactos serão efetuados pelo próprio investigador através do telefone fixo do hospital num gabinete reservado para garantir o anonimato e confidencialidade.

Após a colheita de dados concluída, procederemos à análise e organização dos mesmos, com recurso à análise de conteúdo de acordo com Bardin. Esta assenta em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento de resultados, utilizando como apoio ferramentas informáticas nomeadamente o SPSS versão 23 (Bardin, 2011).

A pesquisa qualitativa no âmbito da saúde tem se revelado uma mais valia, destacando a sua relevância para a compreensão de experiências e sentimentos dos clientes e famílias, assim como para o estudo da organização dos serviços de saúde (Pinto, 2018).

Considerações éticas (máximo de 500 palavras)

Toda a investigação científica desenvolvida acarreta grande responsabilidade ética por parte do investigador. Este é um longo caminho a ser percorrido, tendo início na seleção do problema e fim com a publicação dos resultados (Martins, 2008). Todo ele decorre sobre o olhar atento da ética, preocupando-se com a qualidade ética dos procedimentos, assim como pelo respeito pelos princípios estabelecidos (Nunes, 2013).

Na investigação em enfermagem raramente surgem riscos consideráveis para os investigados, o que não significa de forma alguma fugir às exigências e requisitos éticos (Martins, 2008). Esta deverá obedecer aos princípios éticos nacionais e internacionalmente estabelecidos. Nomeadamente os seis princípios emanados pelo International Council of Nurses (ICN): beneficência; avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade e pela Ordem dos Enfermeiros, através dos Artigos 78º e 88º, do Código Deontológico em Enfermagem e Artigo 9º, pontos 5 e 6 do Regulamento Exercício Profissional dos enfermeiros (Nunes, 2013).

À luz destes princípios, numa fase inicial este projeto será submetido para apreciação





da Comissão de Ética do CHEDV. Com esta investigação pretende-se dar respostas concretas a um problema da prática clínica, melhorando a qualidade assistencial e satisfação do cliente/família, com repercussões positivas e sem custos associados.

Nenhum participante será incluído no estudo sem antes ter a oportunidade de dar o seu consentimento livre e esclarecido. Este será entregue e assinado pessoalmente por escrito após explicação clara das fases da investigação, os benefícios, os riscos e os custos. Também deve ficar claro que a sua participação é voluntária, podendo retirar o seu consentimento a qualquer momento da investigação, sem qualquer penalidade, perda de benefícios e sem necessidade de justificar a sua saída.

De ressaltar que a privacidade dos participantes será salvaguardada ao longo de todo o processo de investigação, não se prevendo conflito de interesses. Os dados recolhidos nos processos clínicos, questionário e inquérito serão tratados de maneira a garantir o anonimato e confidencialidade, sem nomes nem números do processo, através da codificação por letras e números (C1;C2;...). Os dados ficarão na exclusiva posse do investigador, guardados informaticamente e protegidos por password conhecida apenas pelo próprio. Após a conclusão do estudo todos os dados serão eliminados.

A divulgação dos resultados é um dever ético do investigador, que deverá incluir toda a informação pertinente sem que seja possível identificar nenhum dos investigados (Martins, 2008). Com este intuito, pretende-se proceder à divulgação dos achados científicos através da elaboração de um artigo científico e em eventos científicos através de comunicação livre ou póster.

Os resultados finais também devem ser comunicados aos clientes/famílias que nela participaram, sendo obrigação do investigador fazê-lo, sempre que possível (Nunes, 2013).

Em suma, deverão ser os pressupostos de qualquer investigador independentemente do trabalho desenvolvido, competência, respeito, sentido de responsabilidade, com especial cautela com o rigor assim como com os princípios da verdade e da honestidade intelectual (Martins, 2008).

Referências bibliográficas (máximo de 20 referências de acordo com APA 7ª edição)





Almeida, M., Lima, L., Guerreiro, A. (2015). Vivências de ansiedade e stresse dos doentes com tumor cerebral, no pré-operatório de neurocirurgia. *Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa*, 29(8), 24-31. <http://hdl.handle.net/10400.26/36194>;

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. (4ª edição) Edições 70. ISBN 9789724415062;

Bozzet, F. (2008). *Familles et maladies comportant un risque vital*. Medsi: Mc Graw-Hill. ISBN 286439281X 9782864392811;

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória – da filosofia à Prática dos cuidados*. Lusodidacta;

Association of periOperative Registered Nurses Journal. (1993). Anxiety of elective surgical patients family members. Relationship between anxiety levels, family characteristics. *AORN J*, 57(5), 1091-1096. [https:// doi: 10.1016/s0001-2092\(07\)67315-3](https://doi:10.1016/s0001-2092(07)67315-3);

Association of periOperative Registered Nurses Journal. (2016). Evaluating Enhancements to a Perioperative Nurse Liaison Program. *AORN J*, 103(4), 414-420. [https:// doi: 10.1016/j.aorn.2016.01.017](https://doi:10.1016/j.aorn.2016.01.017);

Association of periOperative Registered Nurses Journal. (2018). Enhancing intraoperative communication with patients families. *AORN J*, 108(5), 7-9. [https:// doi: 10.1002/aorn.12431](https://doi:10.1002/aorn.12431);

Association of periOperative Registered Nurses Journal. (2019). Implementing Patient-Family Communication Technology. *AORN J*, 110(4), 372-376. [https:// doi: 10.1002/aorn.12821](https://doi:10.1002/aorn.12821);

Aust, H., Rüsçh, D., Schuster, M., Sturm, T., Brehm, T., Nestoriuc, Y. (2016). Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Services Research*, 16(250), 2-10. [https://doi: 10.1186/s12913-016-1492-5](https://doi:10.1186/s12913-016-1492-5);





Carregoso, J. (2014). *Comunicação com a Família do Doente Cirúrgico Programado no Período Intraoperatório*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/7715>;

Denzin, N., Lincoln Y. (2005). Introduction – The discipline and practice of qualitative research. In N. Denzin, Y. Lincoln (Eds), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-32). Sage Publications.

European Operating Room Nurses Association. (2019). *European Common Core Curriculum for operating department Nursing*. EORNA. https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/09/EORNA-core-curriculum_July2019.pdf;

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5;

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 62-66. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>;

Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incognitas*. Lusociência. ISBN 9789728383862;

Nunes, L. (2003). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. [Relatório técnico, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. ISBN: 978-989-98206-1-6. <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. ISBN: 9789728383848;

Pinto, I., Campos, C., Siqueira, C. (2018). Investigação Qualitativa: perspetiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 14, 30-34. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1406>;





Sousa, J., Santos, S. (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, 10(2), 1396 -1416. ISSN 22379444. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>;

Suriano, M., Lopes, D., Macedo, G., Michel, J., Barros, A. (2009). Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 928-34. ISSN 0103-2100. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700016>.

Financiamento e apoios previstos

Não existe financiamento ou qualquer apoios.

Previsão de disseminação científica

Pretende-se desenvolver um artigo de investigação científica (Scoping Review), assim como participar em eventos científicos sob a forma de comunicação oral/póster disseminando assim, os conhecimentos emergentes resultantes da investigação de enfermagem realizada.

Estes resultados serão também apresentados ao Conselho de Administração do CHEDV.

Autorização para tratamento, utilização e divulgação de dados

Autorizo o tratamento, a utilização e a divulgação dos dados constantes neste documento para efeitos de introdução na base de dados da UID, divulgação dos Estudos de Investigação da UID e divulgação da produção científica dos autores deste Projeto de Estudo de Investigação.

Assinatura do investigador responsável: Carmen Soares **Data:** 30/01/2022



APÊNDICE XI: *Corpus de Análise*

Corpus análise: 51 Questionários (2 questões abertas)	
Unidade de Contexto	Unidade de Registo
<p>P2: Q1 – “<u>Se correu bem</u>” Q2 – “<u>Falar com alguém seria o ideal</u>”; P3: Q2 – “<u>Quando tem alta do recobro</u>”; P4: Q1 – “<u>Estado, se correu bem</u>”; P5: Q1 – “<u>Estado, se correu bem</u>”; Q2 – “Pedi ao meu filho para <u>ligar</u> para o hospital para saber se cirurgia já tinha começado e depois recebi a <u>sms</u>”; P6: Q1 – “<u>Se correu bem e quando ia ter alta para internamento</u>”; P7: Q1 – “<u>Se correu bem, dentro do possível</u>”; P9: Q1 – “<u>Saber quando vai ter alta para internamento</u>”; P11: Q1 – “<u>Se fosse algo grave, saber como correu</u>”; P12: Q1 – “<u>Informação quando sobe para internamento</u>”; P13: Q1 – “<u>Se tinha corrido bem</u>”; Q2 – “Fiquei mais satisfeita. Estar na sala de espera tanto tempo e <u>não vir ninguém cá fora dizer nada</u>”. P14: Q1 – “<u>Se tinha corrido dentro do esperado</u>”; P15: Q1 – “<u>Se correu bem, dentro do esperado</u>”; P17: Q1 – “<u>Se correu bem, dentro do esperado</u>”; P18: Q1 – “<u>Se correu bem, dentro do esperado</u>”; Q2 – “<u>Falar com alguém</u>” P21: Q1 – “<u>Se correu dentro esperado</u>”. Q2 – “<u>Sugiro que façam telefonemas</u>”; P22: Q1 – “<u>Ter Feedback, se correu dentro do esperado, se correu bem</u>”; Q2 – “<u>Quando está no recobro, o enfermeiro falar com familiar que estava na sala de espera</u>”. P24: Q1 – “<u>Se correu tudo bem, ter informação clínica</u>”; P28: Q1 – “<u>Estado clínico, se correu bem, o expectável</u>”; P29: Q1 – “<u>Se correu bem e quando teve alta do internamento</u>”; P30: Q1 - “<u>Se correu bem</u>”; Q2 – “Esteve 6 horas no bloco operatório... quando terminou <u>alguém devia ter ligado</u> e não o fizeram, não faz sentido... Não informam a família”; P31: Q1 - “<u>Quando teve alta do recobro para internamento</u>”; P32: Q1 – “<u>Se correu bem, dentro do esperado</u>”; P35: Q1 – “<u>Se correu dentro do esperado</u>”; P37: Q1 – “<u>Se correu bem, dentro esperado; Receber SMS quando tem alta para internamento com nº da cama e o piso</u>”; P38: Q1 – “<u>Saber quando tem alta para o internamento</u>”; Q2 – “<u>Melhorar a comunicação no internamento. Não atendem os telefones</u>”; P39: Q1 – “<u>Quando foi para o internamento, a que horas foi. Se correu bem</u>”; P40: Q1 – “<u>Se correu bem</u>”; Q2 – “É sempre uma mais valia este <u>tipo de informação</u>, mesmo que seja SMS já ajuda”; P41: Q1 – “<u>Se correu bem</u>”; P42: Q1 – “<u>Se correu bem</u>”; P43: Q1 – “<u>Se correu bem</u>”; Q2 – “<u>Virem à sala de espera para dar informações pessoalmente</u>”; P44: Q2 – “<u>Ser mais fácil ligar para o hospital, que atendam</u>”; P46: Q1 – “<u>Se correu bem</u>”; Q2 – “<u>Possibilidade de falar com o médico que o operou; O privado já faz, e sempre bom que o SNS se atualize</u>”; P48: Q1 – “<u>Médico ligar a dar Feedback</u>”; P49: Q1 – “<u>SMS a dizer quando tem alta para internamento</u>”; P51: Q1 – “<u>Se correu bem, dar mais informação... Quando tem alta para internamento</u>”;</p>	<p>C:14 I: 52</p> <p>- Formas de comunicação e Necessidade de informação</p> <p>- Formas de comunicação e Necessidade de informação</p>
<p>P1: Q2 - “Fiquei muito <u>surpreendido</u> com a atitude, quando se fala no SNS só se fala mal e ver algo de novo e <u>preocupação</u> com a família <u>é reconfortante</u>”; P8: Q2 - “Pessoas de idade <u>sabe sempre bem</u> saber alguma coisa nestes momentos”; P10: Q2 – “Foi muito importante, fiquei <u>menos nervosa</u>”; P23: Q2 – “Uma coisa tão simples e tão fácil que <u>sossega a alma</u>. Tive o meu pai internado noutra hospital, bem maior e não teve nada a ver, não houve cuidado em informar”; P25: Q2 – “Fiquei <u>admirada/ surpreendida</u>”; P34: Q2 – “Estava <u>preocupada, fiquei bem</u> quando recebi SMS”;</p>	<p>Expressão de sentimentos e emoções 12</p>

<p>P37: Q2 – “Fiquei <u>surpreendida, muito admirada</u> porque no privado já fazem, mas no público não sabia. Foi importante. A cirurgia correu muito bem”;</p>	
<p>P32: Q2: “Acima de tudo porque essa pequena SMS ajudou-me a ficar mais calmo e dar <u>informação a outros familiares</u>. Gostei por ser SMS e ser algo prático”; P36: Q2 – “<u>Saber que a cirurgia terminou e ninguém ligou é um bom sinal</u>”. P41: Q2 – “<u>Acho prático, porque hoje muita coisa funciona por telemóvel e é uma mais valia, acalma. Permite passar informação aos outros familiares</u>” P42: Q2 – “<u>Quando tem alta para internamento que assim já se sabe quando podemos ligar para telemóvel e falar com ele</u>”; P51: Q2 – “<u>É bom por não se esquecerem da família que fica sempre sem notícias</u>;</p>	<p>Família no processo cirúrgico 5</p>
<p>P9: Q2 – “Saber quando a cirurgia começa e termina <u>já é muito bom</u>”; P11: Q2: “É uma <u>boa aposta</u>”; P14: Q2 – “<u>Interessante é uma mais valia. Não estava à espera e fiquei surpreendida pela positiva</u>”; P15: Q2 – “<u>5 estrelas. Muito satisfeita mesma</u>”; P16: Q2 – “<u>Não, está tudo bem</u>”; P17: Q2 – “<u>Não recomendo hospital porque houve complicação cirúrgica, mas a questão das SMS achei importante</u>”; P18: Q2 – “Um pequeno passo, mas uma grande ajuda, para ajudar quem está em casa. <u>Surpreendida pela positiva</u>”; P19: Q2 – “<u>Surpreendida quando vi SMS. Foi muito bom ser informado do fim</u>”; P20: Q2: - “<u>Muito boa ideia</u>”; P26: Q2 – “<u>Somos muito atenciosos</u>”. P27: Q2 – “<u>Correu tudo bem, foi o importante. Nada a sugerir, não correu nada mal!</u>” P28: Q2 – “<u>Obrigada pela preocupação</u>”; P29: Q2 – “<u>Sugiro SMS a dizer alta para internamento. Estamos a caminhar bem... continuem assim! Não sabia deste projeto. O fato de não saber quando teve alta do recobro deixou-me um pouco nervoso, no internamento não atendiam telefones!</u>” P31: Q2 – “<u>Boa iniciativa! Continuem a tentar fazer o melhor</u>”; P33: Q2 – “<u>Quando o meu pai foi operado em fevereiro não recebeu SMS e notei a diferença. É algo bastante positivo, mas como pai faleceu não recomendo o hospital</u>”; P35: Q2 – “<u>Foi muito importante sem dúvida receber a SMS</u>”; P39: Q2 – “<u>Dar os parabéns por estarem a tentar fazer coisas novas para melhorar e pensarem na família</u>”; P45: Q2 – “<u>Obrigado menina pela preocupação</u>”; P47: Q2 – “<u>Agradecer o cuidado pelo telefonema</u>”;</p>	<p>Manifestação de satisfação 24 (23+1)</p>
<p>P12: Q2 – “Foi importante <u>saber o momento para poder rezar um bocadinho no momento</u>”; P48: Q2 – “<u>Agradecer porque assim sabemos o momento da cirurgia e podemos fazer as nossas orações</u>”; P49: Q2 – “<u>Consegui rezar no momento que ela estava a ser operada, isso foi importante</u>”; P50: Q2 – “<u>Fiquei surpreendida por receber a SMS, não sabia que faziam esta comunicação assim. Foi importante para centrar os meus pensamentos positivos nela!</u>”</p>	<p>Esfera da espiritualidade 4</p>