

**Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny**

**ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA NA CIRURGIA  
DA CATARATA:  
Satisfação do utente**

**Goreti Timóteo**

**Relatório de estágio apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S.  
José de Cluny para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica.**

**Funchal,**



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**2017**

**Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny**

**ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA NA CIRURGIA  
DA CATARATA:  
Satisfação do utente**

**Goreti Timóteo**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Merícia Bettencourt**

**Relatório de estágio apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S.  
José de Cluny para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica.**

**Funchal,**

**2017**

Em memória do meu pai, António,  
quem me ensinou que na vida,  
a satisfação não é uma meta!  
É o fruto de uma dedicação contínua.

## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, pela criação das condições necessárias à frequência deste curso.

Ao Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Hospital Dr. Nélio Mendonça da Região Autónoma da Madeira EPE, por terem aprovado a realização deste estudo.

À Enfermeira Diretora Luísa Baeta, por ter permitido a realização deste estudo.

À Dra. Sandra Moniz, Diretora do serviço de Oftalmologia e ao Dr. Aires Teixeira, responsável pelo serviço de Cirurgia do Ambulatório por terem autorizado a realização deste estudo.

À Professora Doutora Merícia Bettencourt, orientadora deste trabalho, pela sua serenidade, dedicação, receptividade, incentivo constante e sabedoria nas suas observações. A sua humildade e determinação ficarão gravadas na minha memória e serão exemplos no meu percurso pessoal e profissional.

Aos utentes que aceitaram participar neste estudo, pela disponibilidade e colaboração, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

Agradeço ainda a todos os que colaboraram direta ou indirectamente na realização deste trabalho (Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais e Secretariado), da Consulta Externa de Oftalmologia e Cirurgia do Ambulatório, por toda a disponibilidade que sempre demonstraram neste percurso.

Às minhas filhas, Catarina e Mariana, por acreditarem sempre, que sou capaz e por serem a minha fonte de inspiração.

À minha mãe, a melhor do mundo, pelo seu incondicional apoio.

Ao Paulo, meu companheiro, pela sua imensa paciência, infinita compreensão e por nunca me deixar desistir.

A todos os meus familiares e amigos a quem dei menos atenção durante a elaboração deste trabalho, mas que ainda assim, me deram força para continuar.

Obrigada pela disponibilidade, ajuda, interesse e colaboração que sempre manifestaram neste precioso percurso.

A ti, meu pai, a quem devo quase tudo, um eterno obrigada. Tenho a certeza que algures, no além, estarás muito orgulhoso de mim.



## RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a catarata é responsável por 47,8% dos casos de cegueira no mundo, acometendo principalmente a população idosa. O seu tratamento é cirúrgico, em regime de ambulatorio, o que segundo a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (2011), se traduz por grandes benefícios sociofamiliares, económicos e psicológicos.

O desenvolvimento e a expansão crescente que se verifica na cirurgia da catarata em regime ambulatorio, assim como a ausência de estudos nesta área, na Unidade de Cirurgia do Ambulatorio do Hospital Dr. Nélio Mendonça, do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira Entidade Publica Empresarial, constituíram um desafio e uma oportunidade para responder à pergunta de investigação: Será que os utentes intervencionados à cirúrgica da catarata, em regime ambulatorio, estão satisfeitos face aos cuidados de enfermagem perioperatórios recebidos?

Nesta perspetiva e com o objetivo de conhecer a satisfação dos utentes submetidos a cirurgia da catarata, na Unidade de Cirurgia do Ambulatorio do Hospital Dr. Nélio Mendonça, em relação aos cuidados de enfermagem perioperatórios, desenvolvemos este estudo exploratório – descritivo, de nível I, do tipo quantitativo com análise qualitativa do conteúdo.

A recolha de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas a 13 participantes submetidos a cirurgia da catarata em regime de cirurgia do ambulatorio na primeira consulta pós-cirúrgica, entre 17 e 30 de junho de 2016. A partir da técnica de análise de conteúdo, com base em Charmaz (2006), Bardin (2008) e Vala (2009), definimos seis categorias à *posteriori*, nas quais foram identificadas 163 unidades de enumeração, sendo que 107 revelaram satisfação e 56 insatisfação. A satisfação foi maior na categoria “Competências humanas e relacionais” com 47 unidades de enumeração. Por outro lado, a insatisfação foi mais acentuada na categoria “Explicação dos procedimentos técnicos” com 23 unidades de enumeração.

Conhecidos os aspetos em que os participantes neste estudo estão satisfeitos ou não, estamos em condições de fornecer um eventual contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem aos utentes que passam por esta experiencia e aumentar a sua satisfação.

**Palavras-Chave:** Catarata, Cirurgia Ambulatoria, Cuidados de Enfermagem perioperatórios e satisfação dos utentes.

## **ABSTRACT**

According to the World Health Organization (WHO), cataract is responsible for 47.8% of cases of blindness worldwide, affecting mainly the elderly population. The treatment is surgery, on an outpatient basis, which according to the Organization for Economic Co-operation and Development (2011) translated by major social-familial, economic and psychological benefits.

The development and increasing expansion of outpatient cataract surgery, as well as the absence of studies in this area, at the Outpatient Surgery Unit of Dr. Nélio Mendonça Hospital, of the Regional Health Service of the Autonomous Region of Madeira, EPE, presented a challenge and an opportunity to answer the research question: Do the patients who underwent cataract surgery on an outpatient basis are satisfied with the perioperative nursing care received?

In this perspective and with the purpose of knowing the satisfaction of patients submitted to cataract surgery, in the Surgery Unit of the Hospital Dr. Nélio Mendonça, in relation to nursing care Perioperative studies, we developed this exploratory - descriptive, level I, quantitative type study with qualitative content analysis.

Data collection was done through semi-structured interviews with 13 participants who underwent cataract surgery under ambulatory surgery at the first postoperative visit, between June 17 and 30, 2016. Based on the content analysis technique, Based on Charmaz (2006), Bardin (2008) and Vala (2009), we defined six categories a posteriori, in which 163 enumeration units were identified, of which 107 revealed satisfaction and 56 dissatisfaction. Satisfaction was highest in the category "Human and relational competences" with 47 enumeration units. On the other hand, dissatisfaction was more pronounced in the category "Explanation of technical procedures" with 23 enumeration units.

Knowing the aspects in which the participants in this study are satisfied or not, we are able to provide an eventual contribution to the improvement of the nursing care to the users who go through this experience and increase their satisfaction.

**Key words:** Cataract, Ambulatory Surgery, perioperative Nursing Care and users satisfaction.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AAO - American Academy Ophthalmology

ABCCR - Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refractiva

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN - Association of peri Operative Registered Nurses

APA - American Psychological Association

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia Ambulatória

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

DGS - Direção Geral de saúde

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

HNM - Hospital Nélio Mendonça

ISP - Instrumento de Satisfação do Paciente

LIO - Lente Intra Ocular

ME - Ministério de Educação

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico.

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SESARAM EPE - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira E.P.E.

SWOT - Strength, Weaknesses, Opportunities e Threats

SO - Sala de Operações

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UCA - Unidade de Cirurgia Ambulatória

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPITULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPITULO II - REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPITULO III – QUADRO DE REFERÊNCIA .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1. Catarata .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2. Cirurgia da Catarata em Regime Ambulatório .....</b>	<b>36</b>
3.2.1. Facoemulsificação.....	38
<b>3.3- Enfermagem Perioperatória.....</b>	<b>39</b>
3.3.1- Cuidados de Enfermagem Pré-Operatórios .....	41
3.3.2 Cuidados de Enfermagem Intra operatórios.....	43
3.3.3- Cuidados de Enfermagem Pós-operatórios.....	44
<b>3.4 Satisfação do Utente.....</b>	<b>47</b>
3.4.1- Métodos e Técnicas para Avaliação da Satisfação .....	48
<b>CAPÍTULO I V – METODOLOGIA .....</b>	<b>51</b>
<b>4.1. Tipo de Estudo .....</b>	<b>52</b>
<b>4.2. População /Amostra.....</b>	<b>54</b>
<b>4.3. Variáveis .....</b>	<b>55</b>
<b>4.4. Instrumento de Colheita de Dados .....</b>	<b>56</b>
4.4.1 Entrevista Semi- estruturada .....	57
<b>4.5. Aspetos Éticos.....</b>	<b>59</b>
<b>4.6. Tratamento dos Dados.....</b>	<b>61</b>
4.6.1. Análise de Conteúdo .....	61
<b>CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>65</b>
<b>5.1 - Dados de Caraterização dos Participantes.....</b>	<b>66</b>
5.1.1- Caraterização Demográfica.....	66
<b>5.2 - Dados Relativos à Variável em Estudo.....</b>	<b>72</b>

<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>92</b>
<b>OUTRA BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE</b> .....	<b>100</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>i</b>
Apêndice A – Guião da Entrevista às/aos Utentes .....	ii
Apêndice B – Pedido de autorização ao Conselho de Administração para a Recolha de Dados .....	iiiiv
Apêndice C – Requisitos Solicitados Pela Comissão de Ética .....	v
Apêndice C1 – Síntese do Projeto de Investigação Enviado à Comissão de Ética.....	v
Apêndice C2 – Parecer do Responsável do Serviço de Cirurgia do Ambulatório do SESARAM Sobre o Estudo de Investigação .....	x
Apêndice C3 – Parecer do Diretor do Serviço de Oftalmologia do SESARAM Sobre o Estudo de Investigação.....	xi
Apêndice C 4 – Parecer da Enfermeira Diretora do SESARAM Sobre o Estudo de Investigação.....	xii
Apêndice D – Autorização do Conselho de Administração para a realização do estudoxii	
Apêndice E – Declaração do Consentimento Informado e Esclarecido .....	xiiiiv
Apêndice F – Exemplo de uma Entrevista Realizada .....	xv
Apêndice G- Distribuição das Unidades de Registo Segundo as Categorias Encontradas .....	xvi
Apêndice H- Dados de Caraterização dos Utentes .....	xxvi

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema do Olho Humano .....	35
Figura 2 - Entrada da luz na retina.....	35
Figura 3 - Visão normal e visão com catarata .....	36
Figura 4 - Facoemulsificação da catarata .....	39
Figura 5 - Introdução de Lente intraocular .....	39

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por género .....	67
Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo o grupo etário.....	68
Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo o estado civil.....	68
Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo a coabitação .....	69
Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo o nível de escolaridade .....	70
Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo a situação profissional .....	70
Tabela 7- Distribuição dos participantes segundo o acompanhamento no dia cirurgia.....	71
Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo a ajuda no regresso a casa.....	72
Tabela 9 - Distribuição dos participantes segundo o número de vezes que foi operado(a) à catarata .....	72
Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo convívio com alguém com a mesma situação .....	72
Tabela 11-Distribuição das unidades de enumeração, por categorias, em relação à satisfação/insatisfação dos participantes.....	76
Tabela 12 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação com as competências humanas e relacionais, no percurso perioperatório.....	78
Tabela 13-Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação em relação à explicação dos procedimentos técnicos no percurso perioperatório. ....	80
Tabela 14-Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação na “Qualidade no atendimento com a técnica utilizada” no percurso perioperatório.....	82
Tabela 15-Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação Identificação/apresentação do Enfermeiro, no percurso perioperatório .....	84
Tabela 16-Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação na “Qualidade na informação transmitida”, no percurso perioperatório. ....	85
Tabela 17-Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação com o “Tempo de espera”, no percurso perioperatório.....	87

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por género .....	67
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes segundo o grupo etário6 <b>Erro! Marcador não definido.</b>	
Gráfico 3 - Distribuição dos participantes segundo o estado civil6 <b>Erro! Marcador não definido.</b>	
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes segundo a coabitação .....	69
Gráfico 5 - Distribuição dos participantes segundo o nível de escolaridade .....	70
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes segundo a situação profissional .....	70
Gráfico 7 - Distribuição dos participantes segundo o acompanhamento no dia da cirurgia	71
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes segundo a ajuda no regresso a casa .....	72
Gráfico 9 - Distribuição dos participantes segundo o número de vezes que foi operado(a) à catarata .....	72
Gráfico 10 - Distribuição dos participantes segundo convívio com alguém com a mesma situação .....	72
Gráfico 11 - -Distribuição das unidades de enumeração, por categorias, em relação à satisfação/insatisfação dos participantes.....	76
Gráfico 12 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação com as competências humanas e relacionais, no percurso perioperatório.....	78
Gráfico 13 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação com as “competências humanas e relacionais, nos períodos pré, intra e pós perioperatório” .....	79
Gráfico 14 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação em relação “à explicação dos procedimentos técnicos” no percurso perioperatório .....	80
Gráfico 15- Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação na “Qualidade no atendimento com a técnica utilizada” no percurso perioperatório .....	82
Gráfico 16- Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação “Identificação/apresentação do Enfermeiro”, no percurso perioperatório.....	84
Gráfico 17 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação na “Qualidade na informação transmitida”, no percurso perioperatório. ....	86

Gráfico 18-Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação com o “Tempo de espera”, no percurso perioperatório.....87

## **INTRODUÇÃO**

As constantes modificações sociais, profissionais e institucionais colocam grandes desafios à profissão de enfermagem, nomeadamente na avaliação constante do seu objeto de trabalho enquanto profissão, que é o “cuidado”. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2005) refere, que a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador de qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, a opinião dos utentes é também uma oportunidade de participação e envolvimento no progresso de um Serviço de Saúde à sua medida, baseado na perceção e valorização dos cuidados que lhe são prestados, de acordo com as suas necessidades e expetativas.

Ao longo dos tempos a Enfermagem tem contribuído, através do seu interesse e dedicação crescente pela investigação científica, para um desenvolvimento consolidado da qualidade dos serviços de saúde e para uma consequente melhoria dos cuidados prestados no seio da profissão, o que na opinião de Hesbeen (2000), lhe atribui uma gradual afirmação como arte e ciência.

A catarata é uma doença ocular muito comum, causada pela opacificação do cristalino que impede a luz de chegar à retina em quantidade suficiente, prejudicando a qualidade da visão. Segundo Palay (1999), Harrison e Krachemer (1999) e Kansky e Bowling (2011) com o avançar da idade, a catarata agrava-se (catarata senil) e o seu tratamento é a cirurgia. É realizada predominantemente em regime de ambulatório, com benefícios sociofamiliares, económicos e psicológicos para o doente Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE, 2011).

A este propósito McGarvey, Chambers e Boore (2000), Leal (2006) e OE (2006) referem que o desenvolvimento da cirurgia ambulatória está associado aos progressos científicos, anestésicos, antissépticos e de antibioterapia e proporcionou ao enfermeiro a aquisição de saberes específicos à evolução da prática baseada na evidência.

Cada vez mais há uma necessidade crescente de cuidados de enfermagem diferenciados, nos períodos pré, intra e após a experiência cirúrgica ambulatória, onde os enfermeiros são os profissionais de referência na segurança e continuidade dos cuidados.

Mediante a oportunidade de realizar um Relatório Final, no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), enveredamos por uma temática cuja escolha recai sobre a vertente da

prática dos cuidados de Enfermagem que se insere no contexto de trabalho do meu quotidiano, onde exerço funções de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, colaboradora na área da gestão.

A constatação da inexistência de qualquer estudo sobre a satisfação da qualidade dos cuidados de enfermagem peri operatórios ao utente operado à cirurgia da catarata nesta unidade, entre outros argumentos pessoais e profissionais fundamentam a razão do estudo. Desta forma, neste processo dinâmico, de constante busca baseada no querer e saber questionar-se constantemente, característica desta profissão a que pertença, desenvolvi este estudo de investigação de forma a responder à seguinte questão de investigação: “Será que os utentes intervencionados à cirúrgica da catarata, em regime ambulatorio, estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem perioperatórios recebidos?”

O objetivo geral consistiu em conhecer a satisfação dos utentes submetidos a cirurgia da catarata, na Unidade de Cirurgia do Ambulatório (UCA) do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) Entidade Publica Empresarial (EPE), em relação aos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Desenvolvemos um estudo quantitativo com análise qualitativa do conteúdo e o mesmo assume características de um estudo exploratório – descritivo, de nível I.

Para a fundamentação científica baseámo-nos na pesquisa bibliográfica em livros, revistas científicas e em artigos científicos acedidos através das bases de dados científicas utilizando os descritores Catarata; Cirurgia Ambulatorial; Enfermagem e Satisfação utente.

O corpus analisado correspondeu ao conteúdo das entrevistas aos participantes.

Será apresentado em três fases distintas: conceptual, metodológica e apresentação, análise e discussão dos dados. Na fase conceptual, capítulo um, começaremos por apresentar a contextualização do estudo, procurando situá-lo no contexto da investigação. No capítulo dois será apresentada a revisão de literatura, fundamentada em estudos publicados por outros autores que estudaram esta temática, de forma a melhor compreendermos o problema em estudo. No capítulo três abordaremos, temas fundamentais como uma breve retrospectiva da evolução da cirurgia da catarata e regime ambulatorio, conceitos sobre fisiopatologia da catarata, tipos de tratamento, enfermagem perioperatória na cirurgia da catarata e satisfação do utente e métodos e técnicas para avaliação da satisfação.

A fase metodológica será apresentada no capítulo quatro. Incidirá, sobre o desenho de investigação (variáveis, determinação da população e da amostra, o tipo de amostragem,

seleção e a elaboração do instrumento de colheita de dados, a escolha dos métodos de colheita e de análise dos dados) e também aspetos relacionados com as considerações éticas.

O capítulo cinco corresponde à última fase, análise e discussão dos dados. Serão apresentadas a análise e discussão dos dados obtidos, a partir da colheita de dados e respetiva confrontação com os resultados de outros autores, assim como, a justificação de alguns dados com base nos conhecimentos adquiridos na fundamentação teórica.

No capítulo seguinte mencionamos as principais conclusões, limitações e dificuldades inerentes à pesquisa, bem como algumas sugestões para futuros trabalhos neste âmbito. No último capítulo constam as referências bibliográficas utilizadas no estudo.

Pensamos que os resultados deste estudo poderão proporcionar a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios prestados ao utente intervencionado à catarata, em regime de cirurgia ambulatória, no serviço onde foi efetuado o estudo e noutros semelhantes.

## **CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO**

A catarata é a opacificação do cristalino (lente natural do olho responsável pela nitidez da visão), sendo mais frequente nas pessoas com idade superior a 65 anos, também designada por catarata senil (Brunner & Suddart, 1994). Contudo, pode também resultar de problemas congénitos, traumatismos e inflamações oculares, doenças crónicas dos olhos ou doenças sistémicas. O seu único tratamento eficaz é a cirurgia.

Cunha, Barreto, Costa, Nascimento e Vieira (2014), tal como os autores anteriores, referem que a catarata é uma doença ocular, causada pela opacificação do cristalino que é a lente natural do olho, responsável pela focalização da luz sobre a retina. Acrescentam, que quando o cristalino se torna opaco, a luz não chega à retina em quantidade suficiente, prejudicando a qualidade da visão. Com o passar do tempo, a catarata pode agravar-se até causar cegueira reversível.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a catarata é responsável por 47,8% dos casos de cegueira no mundo, acometendo principalmente a população idosa. O seu tratamento é cirúrgico, em regime de ambulatório, o que segundo a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE, 2011), se traduz por grandes benefícios sociofamiliares, económicos e psicológicos.

Este pensamento vai de encontro ao que Lemos, Jarrett e Beverly (2006) haviam defendido, quando referiram que a popularidade mundial da Cirurgia de Ambulatório está associada a um conjunto significativo de vantagens, das quais salientam: a baixa incidência de complicações; a redução das listas de espera; a recuperação pós-operatória mais rápida e a racionalização da despesa em saúde.

Recentemente, a Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refrativa (ABCCR, 2015) defendeu que a cirurgia para extração da catarata é a cirurgia mais realizada na oftalmologia e tem evoluído com o tempo, sendo atualmente realizada em regime de ambulatório. Esta fonte acrescenta, que se trata de um procedimento microscópico de alta complexidade, mas muito seguro, porém, como qualquer procedimento invasivo, não é isento de riscos.

Vários estudos científicos associam a expansão da cirurgia ambulatória aos avanços das tecnologias e dos instrumentos cirúrgicos, possibilitando intervenções cirúrgicas menos invasivas, mais rápidas, mais económicas e mais seguras.

Esta prática proporcionou novos conhecimentos e procedimentos, que exigem da enfermagem perioperatória, o desenvolvimento de estratégias e competências, como desafio para a prestação de cuidados de saúde de excelência. Segundo McEwen (2008), a preferência pela cirurgia ambulatória, proporcionou também à enfermagem oportunidades e alternativas

para mudar a sua prática tradicional, permitindo uma evolução significativa na enfermagem perioperatória.

Correia (2010), num estudo apresentado no IV inquérito Nacional de Cirurgia de Ambulatório, realizado pela Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), revelou que houve um aumento de 4,7% destas cirurgias do ano de 2005 para o de 2006.

Marques (2011) defende que a enfermagem é uma profissão em mudança, sendo-lhe por isso exigidas adaptações sucessivas dos conhecimentos e competências, na busca de novos conhecimentos e na sua afirmação como profissão.

O ato de cuidar, à luz da Enfermagem, envolve aspetos científicos, de interação e desenvolvimento humano. A este propósito, a OE defende que a satisfação dos utentes/clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador de qualidade dos cuidados prestados. A avaliação da satisfação dos utentes, em relação aos cuidados de enfermagem, é uma forma de envolver o utente, permitindo a sua opinião sobre os cuidados que lhe são prestados, tendo como pressuposto que é o centro de todas as estratégias para melhorar a qualidade.

Toda a investigação pressupõe uma conjuntura considerada controversa, que necessita ser explorada. Segundo Mace (1988), “...esta situação problemática surge quando é constatado um desvio entre a situação julgada insatisfatória e a situação desejável, em que se sente a necessidade de suprimir esse desvio” (citado por Fortin, Vissandjée e Côtê, 1999, p. 48).

A minha experiência profissional na unidade de Cirurgia de Ambulatório do HNM do SESARAM, EPE e a constatação da ausência de qualquer estudo sobre a satisfação do utente/ausência de dados sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem peri operatórios ao utente operado à cirurgia da catarata, nesta unidade, entre outros argumentos pessoais e profissionais, fundamentam a razão do estudo que desenvolvemos. Ambicionamos também, na sequência da reestruturação deste serviço, nas novas instalações, colaborar nos desafios do quotidiano, avaliando potenciais opções, e atualizando/implementando procedimentos e protocolos.

Na pesquisa bibliográfica efetuada na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo, entre 1995 a 2015, consultámos e seleccionámos alguns trabalhos de investigação, cujo conteúdo se revelou ir de encontro à nossa preocupação, utilizando os descritores: Catarata; Cirurgia Ambulatorial; Enfermagem; Satisfação utente, de forma a nos basearmos em fatos semelhantes, já estudados.

A visão é um dos sentidos de maior relevância, na interação do homem com todo o ambiente físico que o rodeia. As alterações do sentido da visão evoluem de forma progressiva com o avançar da idade. A maioria, dos autores consultados, refere que é entre os quarenta e os cinquenta anos. Harrison e Krachemer (1999) e AAO (2011) acrescentam que as alterações da visão são muito variadas sendo uma das mais significativas, a dos meios transparentes, incluindo o cristalino, o qual por volta dos cinquenta anos, começa a apresentar alterações degenerativas, que poderão evoluir até à formação da catarata.

Para compreender o desenvolvimento de uma catarata, é necessário rever a anatomia e fisiologia da estrutura ocular. Alves (2011), na sua tese de doutoramento sobre “a informação médica e a tomada de decisão em cirurgias refrativas: o uso de recursos audiovisuais a dar suporte à escolha dos utentes”, abordou aspetos anatomo-fisiológicos e patológicos das disfunções refrativas.

A este propósito, a revista *Nursing Standard* (2009) publicou um artigo da autoria de Joanne Hardy, cujo tema é “*Supporting patients undergoing cataract extration surgery*”, onde é efetuada uma revisão da anatomia do olho e dado destaque ao papel vital que o enfermeiro tem no atendimento pré e pós-operatório dos doentes submetidos a cirurgia da catarata.

Considerámos importante, conhecer o conceito de “Cirurgia do Ambulatório”, tendo em conta o seu enquadramento neste estudo. A revista Latino-americana de Enfermagem de março-abril, publicou um trabalho intitulado “Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais”, realizado por Pinto, Araújo e Gallani (2005). Este estudo, caracterizou o perfil dos utentes atendidos num Centro Cirúrgico Ambulatorial, identificou os procedimentos a que foram submetidos, bem como as necessidades biológicas e psicossociais desses pacientes.

A este respeito, a Direção Geral da Saúde de Portugal definiu a Cirurgia Ambulatória como uma cirurgia programada, realizada com anestesia, podendo ser efetuada em instalações próprias, de acordo com as atuais *leges artis*, em regime de admissão e alta no mesmo dia.

Atualmente, a cirurgia ambulatória representa em muitos países, mais de metade das cirurgias programadas. Um estudo realizado por Couto (2014), relata a evolução da cirurgia do ambulatório. Este trabalho referencia a opinião de Manley e Bellman (2003) no que se refere aos sucessivos avanços na cirurgia ambulatória, nomeadamente ao nível da quantidade de intervenções realizadas.

Cuidar está na origem de todas as culturas. É um princípio de sobrevivência, desde o início da história da humanidade, e são muitos os estudos que abordam esta temática: Florence Nightingale abordou e estudou o “cuidar”, sob diferentes perspetivas filosóficas e éticas; Collière (2003) defendeu que “os cuidados são a garantia direta da continuidade da vida do grupo, da espécie Homo” (p. 25).

A qualidade dos cuidados de enfermagem tem sido o foco de vários estudos a nível nacional e internacional, com evidências que favorecem a prática dos enfermeiros, além de proporcionar maior satisfação profissional e contribuir positivamente para a segurança do utente. No que se refere aos cuidados de enfermagem ao utente submetido à cirurgia de catarata, há escassez de investigação. Desta forma, pesquisou-se trabalhos que abordassem a cirurgia ambulatorial, na sua generalidade.

Um estudo sobre “Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de Cirurgia ambulatorial - relato de experiência” da autoria de Cárnio, Cintra e Tonuss (1995), descreveu um programa de orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação para cirurgia ambulatorial, onde as autoras analisaram as preocupações expressas pelos pacientes em relação à catarata, aos procedimentos cirúrgicos e cuidados pós-operatórios.

Cunha et al (2014), numa revisão integrativa sobre “Ações da enfermagem no controle e tratamento da catarata”, estudaram a evolução científica do tratamento cirúrgico da catarata e as ações de enfermagem ao paciente no período perioperatório de cirurgia de catarata.

Ruiz, Silvestre e Andonegui (2008) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a concordância entre os oftalmologistas e enfermeiros relativamente à primeira avaliação pós-cirúrgica dos utentes submetidos a catarata através de faco emulsificação sem complicações em cirurgia. O estudo intitula-se “*Concordância oftalmólogo-enfermeira en la primera exploración postquirúrgica de la cirugía de cataratas*” e concluíram que existe uma elevada taxa de concordância entre médico e enfermeiro em 4 das variáveis estudadas (100% para os casos de pressão intraocular, irregularidade da pupila e reação inflamatória da câmara anterior e prolapso da íris; 65,9% para a presença de Seidel e 60,5% para o edema da córnea grave) o que oferece a possibilidade do enfermeiro realizar esta avaliação pós-cirúrgica. Para tal, o período de treino do enfermeiro teria de ser maior, de forma a aumentar os valores nas referidas variáveis, que foram estudadas e identificavam as complicações mais frequentes da cirurgia de catarata.

Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP, 2006), em Enfermagem Perioperatória é necessário um conjunto de conhecimentos teóricos

e práticos, que permitam ao enfermeiro, nas várias etapas, reconhecer a importância de avaliar as necessidades das pessoas, de planear cuidados, executá-los e avaliar os resultados, em suma, realizar o Processo de Enfermagem.

Flório e Galvão (2003), através da sua dissertação de Mestrado, estudaram os diagnósticos de enfermagem no período perioperatório do paciente cirúrgico ambulatorial, utilizando a teoria de Levine. O seu trabalho consistiu na implementação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico ambulatorial, baseado em conhecimento científico, tendo-se norteado por Risner e Carpenito e pela taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Concluíram apenas duas etapas do processo de enfermagem (colheita de dados e identificação dos diagnósticos de enfermagem), tendo identificado quinze diagnósticos dos quais, só analisaram os que obtiveram frequência igual ou maior que 50%: ansiedade - devido à situação nova em que se encontra; risco para infeção - do sítio cirúrgico; risco para lesão-pelo posicionamento perioperatório e dor justificada pelo final da anestesia e existência lesão tecidual.

Para se obter sucesso e atender às reais necessidades do utente, é imprescindível observar a maneira como é realizado o cuidado de enfermagem, bem como a forma de estabelecer a relação entre o utente e os profissionais. Surgem muitas vezes dúvidas e inquietações na prática do enfermeiro, que podem causar constrangimentos e desconfortos ao utente. O Enfermeiro questiona-se sobre a forma como pode melhorar a qualidade dos cuidados realizados no perioperatório, baseados em fundamentação científica.

O trabalho da autoria de Fonseca (2014) sobre “A influência do ensino pré-operatório de enfermagem na redução da ansiedade intra-operatória em cirurgia ambulatorial de extração da catarata”, concluiu que a realização da visita pré operatória influencia significativamente a diminuição dos níveis de ansiedade no período intra- operatório dos clientes submetidos (pela primeira vez) à extração da catarata em cirurgia de ambulatório.

Na cirurgia ambulatorial, a maioria dos doentes tem alta para o domicílio no mesmo dia, o que pressupõe a necessidade da continuidade de cuidados, que são assegurados, prioritariamente, pelas famílias. A este propósito Oliveira (2010) na sua dissertação sobre as “Vivências dos familiares em contexto de cirurgia ambulatorial - a família como suporte ao cuidar”, refere que a intervenção cirúrgica é geradora de *stress* na família e que a família é a peça fundamental, no puzzle da continuidade de cuidados no domicílio aos utentes submetidos a Cirurgia Ambulatória.

A satisfação do utente em relação aos cuidados de enfermagem constitui uma realidade pertinente e atual, na medida em que a perspetiva do utente é indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde. Um estudo realizado por Marques (2011) sobre “Cuidados de Enfermagem Pré e Pós-Operatórios em Cirurgia Ambulatória: Perceção dos Doentes”, teve como objetivo geral descrever a perceção dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados, no pré e pós-operatório de cirurgias a hérnias e varizes, em regime ambulatório. De acordo com os objetivos e através da análise de conteúdo efetuada identificaram três categorias: Preparação Pré-Operatória, Preparação para a Alta e Sugestões. Nas conclusões, a autora destacou que na perspetiva dos doentes, o acolhimento no dia da cirurgia é realizado pelos enfermeiros, de forma personalizada e individualizada, desde a entrada na unidade até ao encaminhamento ao bloco operatório.

Este tema, também foi abordado por Lopes (2013), na sua dissertação, através do estudo: “Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Eiras”. Com este trabalho concluiu, que a satisfação reflete a opinião dos utilizadores, na medida em que não poderá existir uma elevada qualidade dos cuidados de enfermagem, se o utente estiver insatisfeito. Acrescentou, que a satisfação dos utentes deve ser encarada como um guia orientador na conduta dos enfermeiros e é um importante, indicador de qualidade.

Após a síntese da opinião dos autores acima descritos, relativamente à abordagem da problemática relacionada com a cirurgia da catarata em regime ambulatória e a vivenciada no quotidiano da nossa atividade profissional, compete-nos saber a perspetiva do utente, acerca dos cuidados perioperatórios prestados pelo enfermeiro. Neste âmbito, formulamos a seguinte questão de investigação:

**Será que os utentes intervencionados à cirúrgica da catarata, em regime ambulatório, estão satisfeitos face aos cuidados de enfermagem perioperatórios recebidos?**

Ao estudar esta questão pretendemos: conhecer a satisfação dos utentes submetidos a cirurgia da catarata, na Unidade de Cirurgia do Ambulatório do HNM, do SESARAM EPE, em relação aos cuidados de enfermagem perioperatórios.

De acordo com Adebo (1974), “um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou uma modificação” (citado por Fortin et al., 1999, p.48). Nesta perspetiva pretende-se fomentar conhecimentos e proporcionar uma ferramenta para os profissionais de enfermagem melhorarem a sua eficácia na prestação dos

cuidados perioperatórios ao utente intervencionado à cirurgia da catarata em regime ambulatório.

A revisão de literatura, descrita no capítulo seguinte, está fundamentada em estudos e publicações de diversos autores. Pretendemos desta forma, conhecer os seus resultados para posterior confrontação com os do nosso estudo.

## **CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA**

A revisão da literatura é uma etapa fundamental para aprofundar conhecimentos relativamente aos conceitos, às metodologias utilizadas e aos avanços no domínio da questão que pretendemos estudar. A revisão de literatura “é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”. Continuando a referir a mesma autora, “o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos” (Fortin & Vissandjée, 1999, p. 74).

De acordo com os estudos disponíveis, selecionámos alguns trabalhos de investigação que abordam aspetos pertinentes para a compreensão do fenómeno em estudo. Encontrámos trabalhos na área da satisfação do utente; qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios; cirurgia ambulatória e catarata. Não encontramos trabalhos de investigação, que abordassem em concreto a questão de investigação que pretendemos estudar: Enfermagem perioperatória na cirurgia da catarata - satisfação do utente.

Começamos por fazer referência a um trabalho da autoria de Cárnio et al. (1995) apresentado em diversos congressos e também publicado na revista Brasileira Enfermagem Brasília designado “Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial - relato de experiência”. Foi elaborado por três Enfermeiras do serviço Ambulatório do Hospital de Clínicas. Descrevem o percurso efetuado na realização de um programa de orientação pré-operatória a pacientes com indicação para cirurgia ambulatorial para extração da catarata. Basearam-se em vários estudos e concluíram, na altura, que: 2% da população brasileira de 50 anos era cega devido a catarata; 1 % dos portadores de catarata tinham indicação cirúrgica; a catarata do tipo senil era a mais comum e representava, aproximadamente, 85% das cataratas.

Na sua análise, as autoras verificaram, que os pacientes com indicação cirúrgica, após a consulta oftalmológica, eram encaminhados por uma auxiliar de enfermagem para o agendamento da cirurgia e orientação quanto ao jejum e ao horário de comparecimento no hospital. Também se aperceberam que o número de abstenções para as cirurgias era elevado e nem sempre justificado. Para resolver este problema, elaboraram um programa de orientação pré-operatória, visando reduzir o número de abstenções na cirurgia da catarata em regime ambulatorial. O programa teve início em março de 1992, há já 25 anos.

Desse mesmo programa constava uma reunião de grupo, com vários utentes, para orientação pré-operatória, em que a presença do acompanhante era pré-requisito para o agendamento da cirurgia. Seguidamente, os participantes eram orientados/ensinados sobre os procedimentos perioperatórios, enfatizando os cuidados pós-operatórios (com

demonstração quanto a aplicação de colírios, limpeza ocular e colocação de penso oftálmico). No final da reunião, era fornecida informação escrita aos doentes e posteriormente, eram encaminhados para o agendamento da cirurgia.

Após a implementação do programa, as enfermeiras obtiveram resultados positivos, dos quais destacaram: os relatos positivos dos pacientes, salientando que as orientações prévias os tornaram mais tranquilos e cautelosos em relação aos cuidados pós-operatórios; a redução do número de infeções e traumas pós-operatórios e a diminuição do número de abstenções. Dos aspetos menos positivos consideraram as despesas financeiras para os utentes se deslocarem às reuniões, bem como a disponibilidade de tempo.

Concluíram, que este programa foi importante para o desenvolvimento adequado dos cuidados perioperatórios e para a participação mais efetiva do utente e a sua adesão ao tratamento. Também consideraram que a orientação em grupo apresentou vantagens em relação à individual, pois através da troca de ideias e ajuda mútua, os utentes reagiram com maior facilidade na exteriorização do seu diagnóstico e cirurgia obtendo também, apoio dos outros profissionais e técnicos.

Uma vez que não tinham dados estatísticos, fundamentaram-se na observação diária e em depoimentos de vários oftalmologistas, que consideraram este trabalho de grande importância, tendo em vista o conhecimento adquirido pelos pacientes e sua adesão ao tratamento. Na sequência deste programa, médicos de outras especialidades passaram a solicitar o programa para pacientes submetidos às respetivas cirurgias ambulatoriais.

Noutra perspetiva e mais recentemente, enquadra-se o estudo intitulado “Vivências dos familiares em contexto de Cirurgia Ambulatória. A família como suporte ao cuidar.” da autoria de Oliveira (2010). Constou de uma análise e reflexão das vivências dos familiares dos doentes criança, adulto e idoso, no ambiente hospitalar e no domicílio, que teve como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e apoio aos familiares do doente cirúrgico em regime de ambulatório.

A autora referiu que, cada vez mais a literatura incentiva a presença e participação da família no processo de cuidar. No entanto, não há ainda *guidelines*, acerca dos papéis e competências dos familiares neste processo. Não havendo consensos sobre o desenrolar da continuidade de cuidados, decidiu, através de um processo de análise e interpretação, refletir sobre as vivências dos familiares no hospital, durante a intervenção cirúrgica em Cirurgia Ambulatória e na continuidade dos cuidados no domicílio. Definiu dois objetivos que foram: identificar as vivências dos familiares durante a realização da intervenção cirúrgica no

intraoperatório, no pós-operatório e no domicílio; reconhecer e valorizar a importância dos familiares na continuidade dos cuidados ao doente submetido a cirurgia.

Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal. Os participantes foram todos, familiares dos utentes submetidos a intervenção cirúrgica em contexto de Cirurgia Ambulatória, que se adequaram aos seguintes critérios: aceitar participar no estudo após ter assinado o consentimento informado; ter idade superior a 18 anos e ser portugueses. Participaram 44 pessoas; 12 familiares de doentes crianças; 22 familiares de doentes adultos e 10 familiares de doentes idosos.

A recolha de dados foi efetuada durante os meses de abril e maio de 2010. O tipo de amostragem utilizado foi não probabilístico e intencional. A técnica utilizada na colheita de dados foi a entrevista direcionada para os familiares dos utentes submetidos a cirurgia nas diferentes fases, desde o planeamento à elaboração do guião para orientação e à pré-testagem. O guião foi submetido a uma validação, através da realização de entrevistas a dois elementos representativos de cada grupo dos familiares, a um perito na área da investigação em enfermagem e à orientadora do estudo. Para assegurar a preservação dos dados e a sua posterior análise, recorreram ao gravador digital. Após a audição integral de cada uma das entrevistas, foi efetuada a sua transcrição, organização e codificação, terminando com a análise do conteúdo da informação do tipo indutivo interpretativa. Após a leitura e codificação das entrevistas, foram definidas unidades de registo e posteriormente transcritas e enquadradas segundo categorias e subcategorias, procedendo-se à análise de dados.

A autora concluiu que a intervenção cirúrgica foi geradora de *stress* nos três grupos de participantes em estudo, uma vez que mesmo quando referiram não terem sentido *stress*, a sua voz trémula, a sua postura, o medo do diagnóstico, foram indicadores de alterações do seu estado. No entanto, destacou que a preparação pré-operatória minimiza o *stress* no doente.

Na sua grande maioria, o grupo estudado considerou os serviços prestados, sem nada a apontar. No entanto, referiram aspetos negativos, diretamente associados ao impacto da cirurgia no doente, às consequências da cirurgia, ao tempo de espera, a fatores de nível organizacional e à falta de informação quer no intraoperatório, quer no pós-operatório. Os cuidados de enfermagem foram considerados como uma mais-valia quer no hospital, quer na continuidade dos cuidados no domicílio. Concluiu também, que os enfermeiros deveriam apostar mais na informação/formação dos cuidados no domicílio, visto serem os aspetos onde os utentes sentiram mais dificuldades e receios.

A perspetiva do utente foi abordada por Marques (2011) noutro estudo denominado “Cuidados de Enfermagem Pré e Pós-Operatórios em Cirurgia Ambulatória: Perceção dos Doentes”. O objetivo principal da investigação foi descrever a perceção dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados, no pré e pós-operatório, de cirurgias a hérnias e varizes sob raquianestesia. Tratou-se de um estudo de enfermagem, de carácter exploratório-descritivo da investigação qualitativa, cujos dados foram obtidos através de entrevistas semi dirigidas com uma amostra acidental de dez doentes, no momento que antecedeu a alta.

O método selecionado para análise das entrevistas foi a análise de conteúdo, do tipo temático e frequencial. Os dados, tal como no estudo anterior, foram colhidos através da realização de entrevistas semi dirigidas, segundo um guião elaborado previamente, composto por questões abertas. Cada entrevista durou, em média, 15 minutos. Após leituras sucessivas de todas as entrevistas, foi efetuada uma pré-análise, onde a partir da elaboração de indicadores, foram sistematizadas as ideias iniciais. No sentido de facilitar a comunicação e garantir que no final da entrevista todos os temas propostos tinham sido abordados, foi efetuada a sua gravação áudio, o que permitiu a transcrição dos dados colhidos antes da sua análise.

Tendo em conta que o objetivo do estudo, estava centrado na perceção dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório de cirurgias em regime ambulatório, elaboraram as seguintes questões de investigação: Quais foram as informações transmitidas pelos enfermeiros no pré-operatório; Quais os ensinamentos realizados pelos enfermeiros no pré-operatório; Qual a importância que os doentes atribuíram aos ensinamentos pré-operatórios, realizados pelos enfermeiros, a nível da sua recuperação e altas precoces; Quais foram os cuidados de enfermagem com maior relevância para os doentes.

A seleção dos participantes, foi realizada de acordo com o método não probabilístico, tendo sido a amostra acidental, constituída pelos doentes intervencionados no período de 18 de fevereiro a 15 de abril de 2011. A amostra foi constituída por 9 doentes submetidos a intervenção cirúrgica às varizes e 1 doente a cirurgia por hérnia.

Na análise do estudo, a autora salientou que os participantes em geral estavam satisfeitos relativamente aos cuidados de enfermagem, no perioperatório, no entanto referiram que deveriam iniciar-se no pré-operatório com a realização de uma consulta de enfermagem, numa data próxima do dia da intervenção. Apesar de salientarem satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, sugeriram como aspetos a melhorar: uma maior proximidade da informação relativamente à intervenção cirúrgica; o aumento da

quantidade de alimentos às refeições durante a estadia no serviço e uma maior disponibilidade e acompanhamento por parte dos enfermeiros no serviço.

Ainda dentro desta temática, um estudo mais recente desenvolvido por Freitas, Silva, Minamisava, Bezerra e Sousa (2014) sobre a “Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem e da satisfação do paciente de um hospital de ensino da região Centro-Oeste do Brasil”, procurou demonstrar a relação entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação dos pacientes.

Teve como objetivos, avaliar a qualidade dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, segundo a perspectiva dos pacientes; avaliar a satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem prestados e verificar a relação entre a qualidade do cuidado de enfermagem e a satisfação dos pacientes.

Tratou-se de um estudo transversal, com a participação de 275 pacientes internados nesse hospital do Brasil. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar internado há mais de 48 horas e estar em boas condições físicas e psíquicas para responder aos instrumentos de colheita de dados.

A colheita de dados foi realizada entre novembro de 2012 e janeiro de 2013 e constou de entrevistas aos pacientes. Utilizaram três instrumentos, aplicados ao mesmo tempo: o primeiro, visou a caracterização sociodemográfica da população; o segundo instrumento utilizado, também conhecido como “Roteiro de Entrevista do Cuidado de Enfermagem para Paciente Internado”, foi construído com base na fundamentação na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e era composto por nove itens e 40 subitens, de acordo com a necessidade afetada. Tinha como objetivo a avaliação da qualidade dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem. Relativamente ao terceiro instrumento utilizado, denominado “Instrumento de Satisfação do Paciente” (ISP), continha 25 frases afirmativas, agrupadas em três domínios: técnico-profissional, confiança e educacional, construídas em forma de escalas tipo Likert.

As correlações entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação do utente foram descritas por coeficientes de correlação de Spearman. Na análise dos dados concluíram que houve déficite de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na instituição. No entanto, revelaram alto nível de satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem recebidos em todos os domínios avaliados. Porém, identificaram uma correlação de fraca a moderada entre qualidade da assistência de enfermagem e satisfação do paciente.

Os autores do estudo concluíram que, para que haja cuidados de enfermagem de qualidade, são necessárias intervenções baseadas na evidência científica direcionadas à realização da gestão do cuidado. Para tal, é essencial, além de outros fatores, estabelecer indicadores para avaliação dos resultados, haver compromisso e envolvimento de todos no processo de melhoria contínua, e o atendimento das expectativas dos trabalhadores e dos pacientes.

A satisfação na perspetiva dos cuidadores foi tema do estudo realizado por Couto (2014), denominado “A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório”. Tratou-se de um projeto que avaliou a satisfação das pessoas/cuidadores informais, em relação à informação fornecida para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório, assim como os aspetos facilitadores e dificultadores referidos pelos Enfermeiros.

Este estudo decorreu no período de 23 de setembro de 2013 e 11 de abril de 2014 e baseou-se na metodologia de projeto.

Numa primeira fase, o autor do trabalho elaborou uma entrevista semi-dirigida à Enfermeira Coordenadora, posteriormente numa discussão/reunião foi definido a temática do projeto, onde foi destacado que a importância do tema era “não haver resultados de *feedback* sobre a satisfação das pessoas/cuidador informal”. O projeto teve por base um método de análise de gestão, a análise de *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT). Foi com base nesta análise que Couto concluiu, que existiam aspetos positivos e aspetos menos positivos no desenvolvimento de projetos no serviço onde realizou o estudo. Após a definição da temática e do problema/questão principal, foram levantados os problemas parcelares do Projeto de Intervenção: inexistência de *feedback* sobre a satisfação em relação à informação fornecida; inexistência de instrumento de avaliação da satisfação e inexistência de resultados concretos sobre os níveis de satisfação das pessoas. Posteriormente idealizou o resultado a alcançar com o objetivo geral de contribuir para a melhoria da informação fornecida pelos enfermeiros à pessoa/ cuidador informal sobre os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.

Na fase de planeamento do projeto, articulou a sua intervenção com os restantes membros da Equipa de Enfermagem, assim como com os restantes profissionais da Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Realizou um cronograma para as atividades a desenvolver utilizando um guião, que serviu de instrumento de trabalho com o qual, organizou todas as atividades, estratégias, meios/recursos, tempos e constrangimentos. Do guião constou o

objetivo pretendido, a atividade a desenvolver para atingi-lo, o profissional que deveria executar, o material necessário, o tempo de demora e o tipo de avaliação.

Na pesquisa bibliográfica que efetuou, analisou vários livros de referência na área e artigos nas bases científicas como B-on, EBSCOhost Web e Pubmed. Após a revisão bibliográfica identificou um instrumento de avaliação da satisfação, relativamente à informação fornecida ao utente no âmbito da cirurgia de ambulatório, que serviu de base ao questionário que foi o instrumento central de avaliação da satisfação do utente, após ter sido adaptado à realidade do estudo.

Neste estudo, a amostra foi constituída por 75 pessoas com os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos; sem limitações psicológicas que dependessem de terceiros; que soubessem falar português. Os resultados revelaram uma amostra, maioritariamente feminina (69% mulheres) com idade média de 52 anos. Em relação aos acompanhantes presentes a sua grande maioria, 53%, foram maridos/esposas, seguidos de filhos/filhas com 17% e amigos, 15%. A maioria das pessoas, 95% (71 pessoas), referiu que os enfermeiros explicaram o que deviam fazer em caso de complicações, tendo sido apenas quatro pessoas a referirem que não se lembravam. Desta amostra 79% das pessoas referiram estar muito satisfeitas e 21% estarem satisfeitas, não sendo assinaladas as opções “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem insatisfeito nem satisfeito”. A grande maioria das questões, revelaram resultados muito positivos com pessoas muito satisfeitas.

A totalidade da amostra mencionou que enfermeiros explicavam a informação de forma compreensível, preocupavam-se em repetir a informação e entregavam sempre informação escrita. Contudo em relação à preocupação em envolver o acompanhante os resultados são diferentes, 92% da amostra relata que existe preocupação, 2,7% das pessoas refere que não e 5,3% (4 pessoas) não sabem/ não se lembram.

Na análise dos estudos atrás descritos, verificámos que satisfação em relação aos cuidados de enfermagem é uma área muito estudada tanto na perspetiva do utente, como na do acompanhante. Apesar de não termos encontrado estudos sobre a satisfação do utente submetido a cirurgia da catarata relativamente aos cuidados de enfermagem perioperatórios. Pela síntese da revisão de literatura, notámos que é preocupação dos Enfermeiros melhorar cada vez mais a qualidade do seu desempenho.

Em síntese, Cárnio et al (1995) descreveram o percurso efetuado na realização de um programa de orientação pré-operatória a pacientes com indicação para cirurgia da catarata em regime ambulatorial, com o intuito de reduzir o número de abstenções das cirurgias; Oliveira (2010), no seu estudo referiu que cada vez mais a literatura incentiva a presença e

participação da família no processo de cuidar, no entanto, não há ainda *guidelines*, acerca dos papéis e competências dos familiares neste processo; Marques (2011) estudou a perceção dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem que lhes eram prestados, no pré e pós-operatório, de cirurgias em regime ambulatorio; Freitas et al. (2013) procuraram demonstrar a relação entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação dos pacientes e Couto (2014) também estudou a satisfação em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem mas na perspectiva dos cuidadores.

Todos estes trabalhos, quer em termos gerais, quer nos resultados específicos de cada um, foram de grande importância na compreensão do fenómeno em estudo e no delinear do caminho seguido nesta investigação.

### **CAPÍTULO III – QUADRO DE REFERÊNCIA**

O quadro de referência foi definido por Fortin e Côté (1999) como um “termo utilizado para denominar o quadro conceptual ou o quadro teórico que tem função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação” (p.93). É um processo interativo, constituído por duas etapas. A primeira consiste na definição de conceitos, que por sua vez emergem do problema e servem de impulso às variáveis. A segunda etapa consiste em precisar as relações entre os conceitos e em ilustrá-las (Fortin et al, 1999).

Nesta perspetiva, uma vez que o domínio deste estudo foi pouco aprofundado, pretendemos concetualizar alguns conceitos pertinentes e clarificá-los, nomeadamente: cirurgia da catarata; cirurgia ambulatoria; enfermagem perioperatória e satisfação do utente. Pretendemos também descrever e explicar as relações entre os conceitos estudados.

### **3.1. Catarata**

Segundo a AAO (2011), já os antigos gregos e romanos se preocupavam com o sentido da visão. Mais tarde Felix Plater, médico suíço (1536-1614) descobriu pela primeira vez que era a retina, a parte do olho responsável pela visão. No entanto, a mesma fonte acrescenta que, ainda hoje, existem dúvidas na fisiologia e bioquímica do olho, sendo esta uma área de ativa pesquisa.

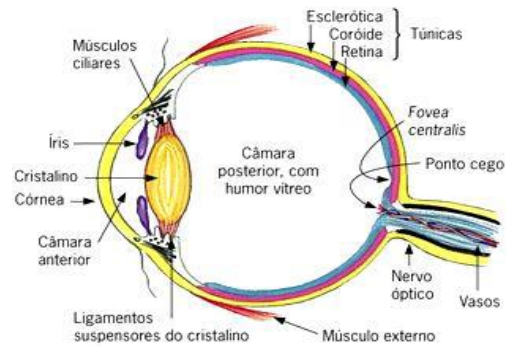
A OMS (s.d.) citada por Cárnio et al. (1995) refere que a catarata é a principal causa de deficiência visual em todo o mundo. Com o envelhecimento geral da população, a prevalência global de perda de visão aumenta a cada ano. Em 2002 a OMS estimou que a catarata causada por cegueira reversível afetava mais de 17 milhões (47,8%) dos 37 milhões de pessoas cegas em todo o mundo, e prevê que este número irá aumentar para 40 milhões até o ano de 2020.

Segundo a AAO (2011) a formação da lente cristalina humana começa na embriogénese e à medida que as fibras da lente se formam, a lente continua a crescer e a se tornar mais complexa. Desta forma a catarata associada à idade pode ser considerada, como fator de risco no aumento da mortalidade em pessoas idosas.

Na opinião de Palay (1999) “a catarata, é uma das causas mais comuns da perda de visão progressiva crónica podendo estar associada a história na família de cataratas, diabetes ou utilização crónica de corticosteroides” (p. 27).

A figura 1 representa a anatomia do olho, onde podemos observar o cristalino que, segundo Harrison e Krachemer (1999) é uma estrutura transparente e biconvexa situada atrás da íris, cuja função que é manter a sua própria transparência, refratar a luz e fornecer acomodação.

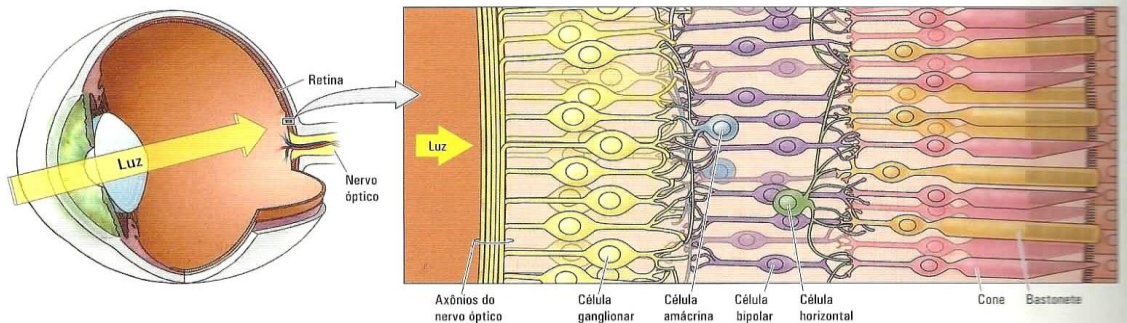
**Figura 1 - Esquema do Olho Humano**



Fonte: Alves (2011)

Mais recentemente, Smith (2008) partilha desta descrição e acrescenta que o poder acomodativo diminui com o processo de envelhecimento e à medida que o cristalino vai perdendo a sua elasticidade quando as células endurecem, causam opacidade do cristalino também designado de catarata. A autora compara o funcionamento do olho ao de uma câmara, em que os raios luminosos de um objeto atravessam o sistema refrativo e são desviados de modo a atingir a retina. A figura seguinte elucidada esse processo.

**Figura 2 - Entrada da luz na retina**



Fonte: Alves (2011)

A AAO (2011) está em consonância com esta opinião e refere que ao longo da vida, as células epiteliais da lente continuam a multiplicar-se, levando ao aumento de peso e espessura da lente, tendo como consequência a diminuição do poder de acomodação.

Qualquer agressão ao cristalino, quer seja metabólica, nutricional, inflamatória, química, mecânica, elétrica ou por irradiação, pode resultar numa descompensação do seu equilíbrio, levando ao aparecimento de várias patologias, das quais se destaca a catarata.

Várias são as referências que relatam que os tipos e graus da catarata variam de autor para autor, podendo ser classificadas de diversas formas. De acordo com Smith (2008) as

cataratas apresentam graus variáveis de densidade, tamanho e localização sendo em geral causadas pelo envelhecimento ou por trauma.

Este conceito vai de encontro ao que havia sido definido por Harrison e Krachemer (1999) quando referiram que a catarata senil é um distúrbio relacionado com o envelhecimento. Segundo estes autores, existem quatro tipos de catarata que são a nuclear, a cortical, a subcapsular posterior e a branca densa.

Mais recentemente, Kansky e Bowling (2011) referem que a catarata pode ser adquirida ou congénita, classificando-a em relação ao grau de opacidade, com a denominação de catarata imatura, hipermadura e morgariana.

Na maioria das vezes, na fase inicial a catarata não pode ser diagnosticada a olho nu e nem mesmo é percebida facilmente pelos próprios portadores. A este propósito, Harrison e Krachemer (1999) referem que ocorre perda de visão ou enevoamento progressivo, ao longo de meses, ou até anos, podendo surgir problemas com a claridade, nomeadamente com a aproximação de luzes, na condução noturna e perceção reduzida das cores. As figuras seguintes mostram-nos a diferença entre a visão normal e a visão com catarata.

**Figura 3 - Visão normal e visão com catarata**



Fonte: Alves (2011)

Como vimos são inúmeros os fatores que podem provocar ou acelerar o aparecimento da catarata, no entanto a AAO (2011) refere que as causas do aparecimento da catarata não estão bem definidas, porém estudos epidemiológicos revelam a associação à idade.

### **3.2. Cirurgia da Catarata em Regime Ambulatório**

A cirurgia ambulatória embora tenha crescido a partir de 1980, já existia há muito tempo. Segundo Burden (2000) há referências documentadas de cirurgia ambulatória, desde

as antigas civilizações babilónica, egípcia e indiana oriental. No entanto, foi só a partir de 1960 que se começaram a realizar intervenções cirúrgicas sem internamento hospitalar.

Mais recentemente, McEwen (2008) também menciona, que existem relatos de procedimentos cirúrgicos datados de 3000 a.C. e acrescenta que a cirurgia ambulatória está intimamente ligada à história da evolução da medicina e da enfermagem. A autora acrescenta que nos Estados Unidos em cada ano, são realizadas mais de 8000 cirurgias em aproximadamente 4000 Centros de Cirurgias Ambulatoriais. Por seu lado, a OMS prevê que, entre 2000 e 2020, o número de cirurgias de catarata realizadas em todo o mundo, terá de triplicar de forma a colmatar as necessidades da população mundial (Cárnio et al., 1995).

De fato a AESOP (2006) também refere que a cirurgia em regime de ambulatório foi a área de maior expansão cirúrgica nos últimos 30 anos, devido às múltiplas vantagens que lhe estão associadas como por exemplo, a qualidade, a racionalização da despesa em saúde e a melhoria do acesso dos doentes à cirurgia, através da redução de listas de espera cirúrgica. Continuando a referir a AESOP, a Direção Geral da Saúde de Portugal definiu a Cirurgia Ambulatória como uma cirurgia programada, realizada com anestesia, podendo ser efetuada em instalações próprias, de acordo com as actuais *leges artis*, em regime de admissão e alta no mesmo dia. Atendendo a este conceito, o utente de cirurgia ambulatória, faz a recuperação pós-operatória no domicílio, cuidado por familiares ou amigos.

Nesta perspetiva, McEwen (2008) defende que cada utente deve ser cuidadosamente avaliado pelos profissionais da equipe multidisciplinar, nomeadamente o cirurgião, o anestesista e o enfermeiro perioperatório. Segundo a autora, os critérios de seleção dos utentes para cirurgia ambulatória, evoluíram ao longo do tempo. A preferência deixou de ser, os utentes jovens e saudáveis, sem doença subjacente, dando lugar aos utentes que apresentam afeções clínicas complexas e processos patológicos subjacentes. No entanto, existem fatores de risco para a cirurgia ambulatória, como por exemplo a hipertensão arterial, a doença cardíaca e respiratória, entre outros.

Na mesma linha de pensamento, a AESOP (2006) refere que é imprescindível o enquadramento dos utentes, candidatos à cirurgia ambulatória em critérios específicos, dos quais destacamos: ter assegurada a companhia de uma pessoa significativa pelo menos nas primeiras 24 horas após a intervenção cirúrgica; ter área de residência ou local para pernoitar, a menos de 60 minutos do hospital e ter condições adequadas de habitabilidade no local onde vai pernoitar.

As intervenções realizadas em regime ambulatório são muitas e de todas as

especialidades cirúrgicas. Para este estudo, considerámos importante mencionar apenas as que se referem à oftalmologia, mais precisamente a da catarata.

A opção para a cirurgia da catarata, no entender da AAO (2011), é do paciente. No entanto a decisão de operar é determinada pelo médico, mediante a previsão do prognóstico após a cirurgia. O mesmo acontece para a decisão de cirurgia ao segundo olho, que só deve ser realizada após ter sido confirmado o sucesso e segurança da primeira.

Continuando a mencionar a mesma fonte, são vários os estudos que revelam que a cirurgia da catarata é a cirurgia de eleição para a integração de um programa de cirurgia ambulatoria.

### 3.2.1. Facoemulsificação

No que se refere ao procedimento cirúrgico, na pesquisa efetuada, verificámos que as duas técnicas mais utilizadas para a cirurgia da catarata são: a extração extracapsular e a facoemulsificação, sendo as duas realizadas com implante de lente intraocular.

Neste estudo, aborda-se a técnica da facoemulsificação, que é a predominante nos países desenvolvidos e tem assumido maior preferência, por ser uma técnica segura, com menor número de complicações e recuperação visual quase imediata. Esta, também é a técnica mais utilizada no serviço de cirurgia do ambulatório do HNM.

Segundo a AAM (2011), o primeiro tratamento cirúrgico documentado de catarata, data do século V a.C., praticado na Índia, com a utilização de técnicas simples e instrumentos rudimentares, espalhando-se por todo o Império Romano, Europa e África. No entanto foi Jacques Daviel em 1696-1762 quem propulsou a cirurgia de catarata para a era moderna, com a técnica de remover, em vez de deslocar a catarata. Este procedimento revolucionário demorava apenas alguns minutos e era realizada sem qualquer anestesia ou técnica asséptica. No entanto teve uma taxa de sucesso de 50%, devido às complicações.

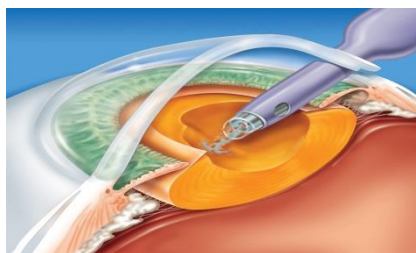
A AAM (2011) refere que o aperfeiçoamento das técnicas e dos materiais ao longo dos tempos, evoluiu para a cirurgia de facoemulsificação, proposta por Kelman em 1967 e que consiste na emulsificação do cristalino na câmara anterior, permitindo o implante de uma lente intraocular (LIO), através de uma pequena incisão.

Esta técnica só foi possível nas últimas décadas, a partir dos grandes avanços das técnicas microcirúrgicas, anestésicas e de esterilização, bem como com o aperfeiçoamento das lentes intra-oculares, que proporcionaram o encurtamento do tempo da cirurgia, a rápida recuperação física e visual e a redução do tempo de internamento tornando esta a técnica de eleição. Está em constante evolução e utiliza tecnologia avançada. Atualmente os

instrumentos utilizados envolvem o ultra-som, o vácuo e a dinâmica de fluidos, podendo ser comparados a uma britadeira com vácuo, que permite quebrar o núcleo da lente cristalina em fragmentos e aspirá-los. É realizada basicamente a doentes em ambulatório e demora cerca de 20 a 45 minutos, segundo Harrison e Krachmer (1999) e a AAO (2011).

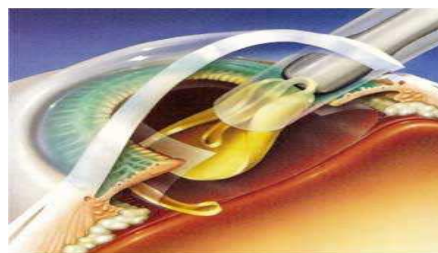
As figuras 9 e 10 elucidam a técnica por Facoemulsificação.

**Figura 4 - Facoemulsificação da catarata**



Fonte: Alves (2011)

**Figura 5 - Introdução de Lente intraocular**



Fonte: Alves (2011)

### **3.3- Enfermagem Perioperatória**

O cuidar é um fenómeno universal que influencia a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação aos outros. Tem sido conceptualizado por diversos autores.

Está na origem de todas as culturas como um “princípio” e desde o início da história da humanidade.

Watson (1985) definiu cuidar, como um ponto de partida e uma atitude, que pressupõem um ideal ético e moral da enfermagem, que permite proteger a dignidade humana, um fator básico que promove um sistema de valores humanístico e altruísta. A autora refere que a enfermagem é uma profissão de ajuda, cujos valores principais passam pela forma de ser, estar, conhecer e de fazer. Acrescenta que todo o processo de cuidar em enfermagem tem em conta a valorização das pessoas e da vida humana, tendo também grande respeito pela autonomia e liberdade de escolha.

Como esta, são vários os autores que se referem ao cuidar como uma conduta cuidativa, que distingue a enfermagem das outras profissões. Na enfermagem tem sido abordado ao longo do tempo, sob diferentes perspetivas filosóficas e éticas. Foi Florence Nightingale quem primeiro salientou o cuidar como algo de humano e profundo, sentindo a necessidade de instituir uma profissão especialmente “vocacionada” para o cuidar.

A Enfermagem enquanto profissão, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em

que se encontra integrado (...) Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996).

Collière (2003) afirma que “os cuidados são a garantia direta da continuidade da vida do grupo, da espécie Homo “(p. 25). É esta característica que sustenta o decurso do desenvolvimento do ser humano como indivíduo, como grupo, como sociedade.

Os cuidados de enfermagem perioperatórios requerem uma preparação dentro das áreas específicas onde se inserem, sendo quatro o tipo de intervenções: circulante, instrumentista, anestesia e cuidados pós anestésicos.

Os cuidados de enfermagem em cirurgia de ambulatório regem-se pelos mesmos princípios de qualquer bloco operatório. A AESOP (2006) define que os cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório são um conjunto de intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros da sala de operações, no sentido de dar resposta às necessidades do utente intervencionado cirurgicamente.

A nossa experiência revela-nos que é nos momentos que antecedem a intervenção cirúrgica, que o utente e família necessitam de mais atenção. O gesto, o sorriso, a mão, a explicação, que antecede qualquer ato, a palavra calma e reconfortante, mas também segura, são pequenos grandes cuidados que a enfermeira perioperatória não deve minimizar.

A permanente atualização dos conhecimentos científicos e a introdução de novas técnicas anestésicas e cirúrgicas já referidas proporcionaram à Enfermagem perioperatória, o desenvolvimento de novas competências, de forma a poder acompanhar este processo em contínuo crescimento. A Enfermagem perioperatória, assume cada vez mais um papel primordial dentro do processo cirúrgico. Rothrock (2008) defende que deixou de ser a enfermagem da sala de operações, como era conhecida no passado, em que se restringia apenas aos limites geográficos dos centros cirúrgicos, em contexto do modelo biomédico. Sofreu grandes modificações, o que a torna uma área extensa e ilimitada, exigindo profissionais com boas capacidades intelectuais e faculdades físicas, grande eficácia e eficiência de forma a desempenharem as suas funções em proveito da saúde do utente e o bem-estar da equipa, capacitados de uma grande base de conhecimentos e de experiências, bem como, resistência física e mental.

O mesmo autor acrescenta, que atualmente o seu campo de intervenção está expandido, pressupondo todas as intervenções de enfermagem desenvolvidas em centros de cirurgia convencional, unidades de cirurgia ambulatória, unidades cirúrgicas móveis, serviços de endoscopia, departamentos de radiologia invasiva, entre outros.

Smith (2008) reforça a perspetiva do autor anterior, referindo que a enfermagem perioperatória evoluiu, à medida que houve evolução da cirurgia da catarata. Conforme as restrições pós-operatórias foram suavizadas e o internamento hospitalar reduzido, os cuidados de enfermagem também sofreram alterações. No entanto, os cuidados de enfermagem continuam a influenciar ativamente o resultado do utente nomeadamente na orientação pré-operatória ao utente e família, na implementação de cuidados seguros e eficazes, assim como no planeamento da alta hospitalar e na avaliação pós operatória.

A função do enfermeiro perioperatório na sala de operações consiste nas atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós-operatórias. Segundo a AESOP (2006), compete ao enfermeiro perioperatório, identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo no sentido de pôr em prática um plano de cuidados individualizado, para antes, durante e após a cirurgia.

Nesta linha de pensamento, Rothrock (2008) acrescenta que, após a avaliação do paciente, a enfermeira perioperatória efetua o levantamento, organiza e prioriza os dados, estabelece diagnósticos de enfermagem, identifica os resultados desejados pelos utentes, desenvolve e implementa um plano de cuidados de enfermagem e avalia os cuidados, atuando de modo independente e interdependente.

O mesmo autor também refere que faz parte da enfermagem perioperatória a aplicação dos cuidados com base em evidências científicas e é essencial, na fase de implementação dos cuidados de enfermagem, o conhecimento das intervenções cirúrgicas, dos materiais e equipamentos. A falta desses conhecimentos põe em causa o procedimento cirúrgico, com implicações para o paciente e para toda a equipa cirúrgica.

A cirurgia ambulatorial engloba todos os elementos dos padrões da *Association of Peri Operative Registered Nurses* (AORN), para a enfermagem perioperatória. No entanto, segundo McEwen (2008) o padrão sob o qual o enfermeiro perioperatório administra os cuidados ao utente ambulatorio é muito diferente, daquele do utente de cirurgia convencional. Há que ter em atenção que o utente da cirurgia ambulatoria é saudável e o tempo que fica internado no hospital é relativamente curto, portanto o seu plano de atendimento tem de ser organizado e eficiente, adaptado a essas especificidades.

### 3.3.1- Cuidados de Enfermagem Pré-Operatórios

Os estudos sobre os cuidados de enfermagem no período pré-operatório centram-se principalmente na educação/informação do utente, na prevenção da ansiedade decorrente da

cirurgia e na preparação física. Vários estudos revelam que antes da realização de uma intervenção cirúrgica ambulatoria, deve ser realizada uma consulta de enfermagem, constituindo um requisito essencial na prestação dos cuidados ao utente e acompanhante.

De acordo com a AESOP (2006), esta consulta tem como objetivos promover o contacto do utente com a equipa multidisciplinar, proporcionar condições ideais para o esclarecimento do utente e da pessoa significativa sobre os cuidados nos períodos pré, intra e pós-operatórios e envolver a pessoa significativa no plano de assistência proposto.

Na opinião de Smith (2008) a preparação pré-operatória deveria ter início no consultório médico ou clínica, de forma a coordenar e orientar o utente, uma vez que isso aumenta a eficiência e eficácia dos procedimentos pré-operatórios. Como isso não se verifica, para a maioria dos utentes, no momento de admissão do utente para a cirurgia um elemento da equipa deve dar orientação completa em relação ao ambiente físico. Na avaliação inicial, há que colher informações pertinentes de forma abrangente, suficientes para facilitar o cuidado adequado em caso de emergência, assim como tomar conhecimento da terapêutica usada diariamente. Nesta altura também são explorados fatores adicionais relacionados com o planeamento da alta hospitalar. É importante avaliar: o aspeto geral do olho (existência de secreção ocular); os sinais vitais; inquietação, desconforto, ansiedade; limitações de mobilidade; presença de próteses e problemas médicos importantes (como por exemplo diabetes, hipertensão, doença cardiovascular). Podem ser detetados os seguintes diagnósticos de enfermagem: conhecimento deficiente relacionados com o diagnóstico, a intervenção cirúrgica e os cuidados pós operatórios; ansiedade relacionada com perda visual, com a intervenção cirúrgica, o estado de consciência durante a intervenção cirúrgica e o sucesso da mesma; percepção sensorial perturbada relacionada com o deficit visual, intervenção cirúrgica e oclusão do olho; dor aguda relacionada com a pressão intraocular e a intervenção cirúrgica e risco de infeção relacionado com a intervenção cirúrgica.

McEwen (2008) também refere, que após a admissão, o utente e acompanhante devem receber orientações sobre o espaço físico e a sequência dos procedimentos que vai realizar. Acrescenta que, posteriormente deve guardar a sua roupa e outros pertences, vestir a roupa da instituição e dirigir-se à sala de acolhimento ou admissão pré-operatória.

Para a AESOP (2006), no momento da admissão, o enfermeiro deve: validar o ensino efetuado na consulta de enfermagem, detetar se o conhecimento e o consentimento informado foram efetuados eficazmente, confirmar o jejum obrigatório e dar oportunidade para o utente expressar quaisquer necessidades não detetadas na consulta de enfermagem.

McEwen (2008) menciona ainda que, nesta fase, o enfermeiro deve: identificar o

paciente e mantê-lo confiante, falando com suavidade, clareza e confiança, ficando perto do utente e tocando-o; certificar que o nome do paciente na pulseira de identificação está conforme o do mapa cirúrgico e confirmá-lo verbalmente com o paciente e familiar, que também devem dizer qual o olho a ser operado e qual o procedimento a realizar; confirmar com o cirurgião o olho que foi preparado, usando a palavra direito ou esquerdo (não devem ser usadas abreviações); verificar se o consentimento informado foi devidamente assinado pelo utente; avaliar a ansiedade, o comportamento físico e psicossocial do utente e a apreensão relacionados com a intervenção cirúrgica; retirar próteses, adornos, *piercings*; aparelhos auditivos; avaliar os sinais vitais; iniciar a aplicação dos colírios oftálmicos para dilatação; puncionar um acesso venoso periférico e avaliar os conhecimentos relativamente à cirurgia, recuperação e cuidados pós-operatórios e administrar a medicação pré-operatória se prescrita.

O mesmo autor alude, que a família deve acompanhar o utente na fase pré-operatória, devendo ser tomadas providencias para o seu conforto, uma vez que o acompanhante faz parte integral do bem-estar do utente. No que diz respeito à prevenção da infeção, o enfermeiro tem um papel muito importante na educação do utente e acompanhante, antes, durante e após a alta para o domicílio.

### 3.3.2 Cuidados de Enfermagem Intra operatórios

No sentido de acompanhar a evolução tecnológica da cirurgia oftalmológica, o enfermeiro desenvolveu, tal como a AESOP preconiza, competências na área dos cuidados perioperatórios, nomeadamente no controlo de infeção e da segurança, bem como na técnica cirúrgica e anestésica.

A este propósito, também Smith (2008) refere que os enfermeiros perioperatórios têm várias responsabilidades: na preparação da sala e dos equipamentos; na verificação cuidadosa de todo o material e equipamento e devem estar familiarizados com todo o material e equipamento. A disponibilidade dos implantes oculares específicos solicitados, devem ser confirmados com antecedência para evitar retardamento ou cancelamento da cirurgia. A autora salienta: a importância da técnica assética e as intervenções relacionadas com a segurança e conforto do utente (efetuar *check list* pré operatória, cumprir com todas as normas de segurança, assegurar o bom funcionamento do microscópio, preparar a mesa cirúrgica); vigiar a perfusão de soro endovenoso; vigiar os sinais vitais e colocar óculos nasais para a oxigenioterapia.

Continuando a referir Smith (2008), na maioria das vezes a cirurgia é efetuada com anestesia local e o utente permanece acordado. A sala deve permanecer em silêncio e calma para diminuir a ansiedade do utente e aumentar a sua cooperação, reduzindo, assim, a necessidade de uma sedação mais profunda. Nesse caso, é administrada pelo cirurgião ou anestesista. No entanto, é a enfermeira do perioperatório que é responsável pela monitorização da resposta à sedação e anestésico local. Toda a equipe deve estar ciente dos seus papéis, caso se verifique alguma complicação ou emergência.

Voltando a mencionar a mesma fonte e no sentido de manter as medidas de segurança na administração da terapêutica é importante o enfermeiro atender aos seguintes aspetos: conhecer toda a medicação específica assim como a sua finalidade, potência, ação, duração, reações adversas, via de administração e contra indicações; verificar o rótulo da medicação quanto ao nome e prazo de validade; informar o paciente do efeito de cada terapêutica e o porquê de cada procedimento, para ele ser capaz de avaliar a sua eficácia.

A autora acrescenta que o posicionamento é outro aspeto muito importante nas cirurgias oftálmicas e geralmente requer dispositivos adicionais para a estabilização e o alinhamento da cabeça, bem como para proteção das proeminências ósseas. Compete ao enfermeiro posicionar o utente com uma almofada circular, um travesseiro sob os joelhos, e os braços fixados ao longo do corpo, de forma a permanecer confortável. Para evitar o movimento, a cabeça do utente é fixada à mesa cirúrgica com adesivo.

Relativamente à preparação do local cirúrgico Smith (2008) e McEwen (2008) referem que deve ser realizada com técnica asséptica, geralmente após administração do anestésico. A desinfeção é efetuada com uma preparação de diluição de desinfetante cutâneo antimicrobiano em soro fisiológico. Por vezes, há necessidade de colocar película sobre as pestanas, para evitar que caiam nos olhos ou face. Esta preparação ocular inclui limpar as pálpebras do olho, as margens palpebrais, os cílios, as sobrancelhas e a pele. Só depois de completamente seca, é que colocam os campos operatórios. No fim da cirurgia, a área do olho operado é limpa com soro fisiológico, é aplicada pomada oftálmica com antibiótico e colocado penso ocular. Antes do utente ir para a UCPA é feita uma avaliação global do seu estado geral e o enfermeiro efetua os registos de enfermagem pormenorizados.

### 3.3.3- Cuidados de Enfermagem Pós-operatórios

As intervenções de enfermagem realizadas na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) devem ser efetuadas por um enfermeiro com competências específicas nessa área.

Das várias competências específicas do enfermeiro peri operatório na UCPA, que a AESOP (2006) preconiza destacamos: conhecer as intervenções cirúrgicas; as técnicas e agentes anestésicos; as complicações e incidentes anestésico-cirúrgicos possíveis e ter boa capacidade de observação, rapidez de raciocínio, organização, ponderação nas decisões e calma na atuação.

Com as novas técnicas, os cuidados pós-operatórios deixaram de ser tão rígidos, no entanto, o bom senso deve prevalecer, pois apesar de se tratar de uma cirurgia rápida, é muito delicada e minuciosa. Há cuidados imprescindíveis como por exemplo não esfregar, coçar, ou dormir sobre o olho operado nos primeiros dias do pós-operatório bem como a aplicação de terapêutica tópica.

Os objetivos dos cuidados de enfermagem no pós-operatório são, na opinião da AESOP (2006), “avaliar no final da cirurgia se o bem-estar e a segurança do utente foram respeitados, e avaliar se os objetivos das intervenções foram atingidos, comparando-os com os previamente definidos” (p.10).

McEwen (2008) acrescenta que o período pós-operatório deve ser dividido em primeira e segunda fase, com duas zonas distintas. Na primeira fase (etapa de recuperação da anestesia), os parâmetros mais comuns de avaliação incluem respiração, circulação, nível de consciência, cor de pele e nível de atividade voluntária. Existem vários sistemas de scores simples de usar, que permitem relatos padronizados como por exemplo a escala de aldrete. Nesta fase, a autora enumera as seguintes intervenções de enfermagem: monitorizar os sinais vitais e existência de dor e edemas; avaliar a coloração e condições da pele; avaliar a permeabilidade das vias aéreas, a necessidade de oxigenioterapia e outras terapêuticas adjacentes; avaliar o funcionamento das perfusões endovenosas e avaliar o olho operado.

Continuando a citar a mesma fonte, após a recuperação da primeira fase, o utente é transferido para a unidade de cuidados pós-anestésicos secundário, onde decorre a segunda fase da recuperação (McEwen, 2008). Esta é a fase de readaptação ao ambiente onde a pessoa é encorajada a sentar-se, andar de pé, urinar e deambular. O Enfermeiro deve avaliar a deglutição e tolerância gástrica (através da ingestão de chá e alimentos leves). Também é nesta fase que o profissional de Enfermagem deve informar a pessoa significativa do estado do utente e previsão para a alta. A autora acrescenta que há cuidados de enfermagem que se

repetem nomeadamente: monitorizar dor, náuseas e vómitos relacionados com a anestesia; incentivar a deambulação precoce e a ingestão progressiva de líquidos, conforme apropriado e rever as instruções para alta.

A AESOP (2006) salienta que o utente permanecerá na UCPA o tempo necessário ao restabelecimento das funções vitais, de acordo com o tipo de cirurgia e de anestesia realizadas.

McEwen (2008) diz que, se tudo estiver normalizado nesta fase, o utente terá alta sendo efetuado o ensino sobre os cuidados a ter no domicílio. As intervenções de enfermagem perioperatória incluem: reforçar o ensino e rever as instruções sobre os cuidados a ter após a alta; avaliar a perceção do utente e da pessoa significativa em relação ao ensino e entregar informação por escrito.

A AESOP (2006) destaca como ensinamentos necessários a reforçar no momento da alta, a importância do repouso, os cuidados especiais nas limitações impostas pela cirurgia e anestesia e o retorno às atividades do quotidiano.

A opinião de Smith (2008) vai de encontro às anteriores e ainda refere, que devem ser facultadas instruções escritas sobre: o contacto telefónico hospitalar para esclarecimento de dúvidas ou complicações; recomendações para não esfregar os olhos; revisão dos sinais de alerta; orientação para o uso de óculos escuros durante o dia de forma a evitar a contração da pupila; orientação sobre a importância das consultas; confirmação do objetivo, dosagem, posologia, efeitos adversos e via de administração de toda a medicação; revisão da forma correta para aplicar os colírios; explicação sobre a necessidade de evitar atividades que aumentem a pressão intracraniana (carregar pesos, exercícios excessivos, curvar-se abaixo da cintura, tossir, vomitar) e instrução do utente para não dormir sobre o lado operado.

Rothrock (2008) está em consenso com as referências anteriores. Refere, que no momento da alta são revistas as instruções relativas às possíveis complicações, às restrições de atividade, à alimentação, à toma da terapêutica, ao controlo da dor, ao cuidado à ferida/penso entregando informações escritas sobre os cuidados. Neste momento deve-se reforçar a exposição de dúvidas e entregar um contacto telefónico para qualquer complicação ou dúvida que surge em casa. O autor recorda que a participação da pessoa significativa do utente neste processo é muito importante.

Voltando a referir a AESOP, no dia seguinte à intervenção cirúrgica, o enfermeiro deve contactar telefonicamente o utente para avaliar o seu estado de saúde, proporcionando a continuidade dos cuidados. Neste momento averigua e regista possíveis complicações, assim como, reforça ensinamentos e esclarece dúvidas, para além de avaliar o grau de satisfação do

cliente – indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados (AESOP, 2006).

Concluimos assim, que o objetivo da Enfermagem Perioperatória continua a ser a prestação de cuidados de enfermagem aos utentes, não só nos procedimentos inerentes ao ato cirúrgico como também, no período pré cirúrgico e na preparação para a alta precoce em que o utente/pessoa significativa são responsabilizados pelo seu autocuidado. Nesse sentido os cuidados de enfermagem são essencialmente dirigidos à preparação do utente e pessoa significativa, para que a sua recuperação e reinserção na vida ativa também ocorram o mais precocemente possível.

De seguida, destacamos algumas das diferentes teorias e conceitualizações relativamente à satisfação dos utentes e à sua importância nos cuidados de enfermagem perioperatórios.

### **3.4 Satisfação do Utente**

Sendo o objetivo primordial deste estudo conhecer a satisfação dos doentes, em relação aos cuidados de enfermagem perioperatórios, considerámos crucial uma breve revisão da literatura relacionada com esta temática.

A preocupação dos prestadores de serviços, relativamente à satisfação das necessidades é antiga. De acordo com Pego (1998), o interesse sobre a satisfação dos doentes remonta à Roma antiga. Nos últimos anos, citando o Ministério da Educação (ME, 1998) “ao assumir que o cliente é o eixo à volta do qual se desenvolvem todas as atividades, qualquer organização tem necessariamente que investir, primeiro na identificação e depois, no conhecimento dos seus clientes” (p.83-84).

Os cuidados de saúde melhoraram ao longo do tempo, devido à preocupação em adaptá-los às expectativas dos utentes. Os utentes por sua vez têm a expectativa de que os cuidados de saúde devem ser de qualidade, acessíveis, efetivos, equitativos, com baixo risco e a custos socialmente suportáveis. Segundo Pisco e Biscaia (2001) “já não basta fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível” (p.44).

A qualidade dos serviços de saúde pode ser analisada sob diferentes óticas, como a dos profissionais de saúde ou gestores/administradores. É na perspetiva dos utentes que se desenvolve este estudo.

A OMS definiu que a qualidade dos serviços prestados por uma instituição de saúde deve ser avaliada tendo em conta a perspetiva do utente, já que eles são elementos participativos nos cuidados de saúde. Em Portugal é reconhecida a opinião do utente, que se encontra legislada na base XXX da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto). Santos (2009) refere, que a satisfação do utente é um elemento essencial na avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços, dependentes do Ministério da Saúde.

A “satisfação do utente” é um conceito difícil de definir, pelo que se podem encontrar várias definições e vários níveis de análise sobre este tema e são múltiplos os aspetos que podem influenciar o grau de satisfação dos utentes, como por exemplo o estilo de vida, as suas experiências anteriores, as expectativas, os valores individuais e da sociedade.

Monteiro (1991) já partilhava desta opinião. Para este autor a satisfação pode ser entendida como a reação do utente perante os cuidados recebidos ou o comportamento do prestador, mas também pode resultar da avaliação pessoal da sua experiência relativamente à prestação de cuidados a que foi sujeito, de acordo com as suas expectativas, necessidades e resultados obtidos.

A satisfação é o resultado que se deseja obter no processo de prestação, assim como, uma componente da qualidade dos cuidados de saúde. Sepúlveda (1998) defendeu, que nunca poderá existir uma elevada qualidade dos cuidados se o utente estiver insatisfeito.

Este conceito vai de encontro à opinião de Filho (1990) que anteriormente havia defendido, que o nível de satisfação dos utentes possibilita: saber se os objetivos foram cumpridos e com que qualidade; identificar as razões que conduzem à satisfação e à insatisfação; detetar deficiências às quais só se tem acesso ouvindo a opinião dos utentes; e identificar e conhecer problemas para os poder corrigir.

Independentemente da diversidade de definições sobre a avaliação da satisfação, o importante é que todos os utilizadores se sintam responsáveis e tenham um contributo ativo na obtenção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

### 3.4.1- Métodos e Técnicas para Avaliação da Satisfação

Nos estudos que pesquisámos, apercebemo-nos que há vários fatores que influenciam a satisfação do utente, relativamente aos cuidados que lhe são prestados. No entanto, a literatura é divergente. Têm sido propostas diversas classificações das dimensões da satisfação, algumas adequadas apenas para alguns tipos de serviços de saúde, outras procurando um modelo mais abrangente.

Donabedian (1988), Brook, McGlynn e Cleary (1996) referiram que para medir a qualidade existem métodos eficientes e sofisticados que se podem basear na estrutura, no processo ou nos resultados: a estrutura (são os recursos organizacionais e profissionais que estão à disposição do serviço); o processo (todas as atividades desenvolvidas no atendimento do utente durante o tratamento) e o resultado (produto final da assistência). Se utilizadas convenientemente, tanto as medições do processo como dos resultados podem fornecer informações úteis sobre a qualidade dos serviços. Os resultados da avaliação variam de acordo com a metodologia utilizada. Os autores acrescentam, que existem dois tipos de resultados: os técnicos (relacionados com os aspetos físicos e funcionais dos cuidados) e os interpessoais que englobam a satisfação dos utentes com os cuidados recebidos.

O controlo da melhoria da qualidade nos serviços de saúde tem sido alterado progressivamente deixando de estar ao critério dos profissionais de saúde. A este propósito, Alves (2009) refere que a perceção dos utilizadores pode ser valorizada de duas formas: direta (através de livros, investigações, reclamações, sugestões) e de forma indireta (através de visitas de observação, baseada em auditorias, observação e perguntas através do telefone).

Este conceito está de acordo com o que Ware, Snyder, Wright, e Davies, (1983) haviam defendido anteriormente. Estes autores defenderam que a satisfação do utente engloba oito dimensões, nomeadamente: aspetos interpessoais (respeito, preocupação, amizade, cortesia); qualidade da técnica do cuidado; acessibilidade/ conveniência (tempo de espera, facilidade de acesso); aspetos financeiros; eficácia/ resultados do cuidado; continuidade dos cuidados; ambiente físico (sinalização, equipamentos, ambiente agradável) e disponibilidade de recursos humanos em quantidade suficiente.

Para MEzomo (2001) há organizações que se preocupam em ouvir os pacientes, apenas utilizando as suas reclamações, outras utilizando o questionário e fazendo entrevistas. O mesmo autor também refere que para além de medir a satisfação do utente, é preciso também medir o nível de satisfação dos familiares, amigos e comunidade, bem como dos funcionários. Acrescenta que após esta avaliação, é necessário mudar os métodos e os processos e sobretudo a mentalidade e o nível de compromisso no atendimento.

Relativamente aos métodos e instrumentos utilizados para a avaliação da satisfação do utente, os estudos de revisão que pesquisámos revelam que existem diversos, sendo habitualmente utilizados mais que um instrumento no mesmo estudo.

De acordo com Cardoso (2002), a complexidade na medição de um indicador da qualidade dos cuidados de saúde é grande porque é composta por inúmeras variáveis (relativas aos utentes, aos prestadores de cuidados, à instituição e à natureza dos cuidados).

Constatámos que nos vários estudos sobre a satisfação do utente que pesquisámos, são utilizadas diferentes metodologias, com vários tipos de questionários e escalas, de acordo com a finalidade e o âmbito de cada obra. Uns utilizam os métodos quantitativos, outros os qualitativos e outros ainda a combinação dos dois métodos, complementando-se mutuamente.

Na opinião de Carr-Hill (1992), a utilização de questões diretas ou indiretas são também métodos fiáveis. As questões diretas estão associadas à produção de níveis de satisfação geral e as indiretas aos níveis de satisfação a partir de questões dirigidas ao serviço prestado.

Concluída a fundamentação teórica que proporcionou o enquadramento e contextualização da temática em estudo e a revisão de alguns estudos publicados, avançamos para a fase da metodologia.

## **CAPÍTULO I V – METODOLOGIA**

A bibliografia consultada refere que a metodologia é um guia para atingir os objetivos propostos, devendo por isso fazer parte de qualquer estudo de investigação. Fortin (1999), Polit e Beck (2011) definem, que a fase metodológica consiste em determinar como o fenómeno em estudo será adaptado ao plano de trabalho de forma a determinar as atividades orientadas para a investigação.

Ainda na opinião de Fortin (2003), é no decurso desta fase que é determinado o método a utilizar no estudo de forma a obter as respostas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas. É necessário escolher um desenho apropriado conforme o tipo de estudo a efetuar. A autora acrescenta ainda que, os principais elementos que o constituem são: o ou os meios onde o estudo será realizado, a seleção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; a estratégia utilizada para controlar as variáveis estranhas; os instrumentos de colheita de dados e o tratamento dos dados.

Nos subcapítulos seguintes são apresentados os métodos e as técnicas que foram utilizadas no quadro desta investigação. Abordamos os aspetos relacionados com o tipo de estudo, as variáveis e a sua operacionalização, a população-alvo e amostra, o instrumento e os procedimentos utilizados na colheita de dados, onde se incluem as questões éticas. Por fim apresentamos como tratámos os dados.

#### **4.1. Tipo de Estudo**

O método é um procedimento sistemático, utilizado na descrição e explicação dos fenómenos que estão a ser pesquisados. De acordo com Fortin (1999) existem dois métodos de investigação utilizados no desenvolvimento do conhecimento: o quantitativo e o qualitativo.

Cada método propõe etapas e abordagens diferentes. No entanto, ambos requerem que a investigação seja rigorosa e sistemática. Para a autora supracitada, o método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de fatos objetivos de acontecimentos e fenómenos. A sua finalidade é contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos e oferece também a possibilidade de generalizar os resultados e prever e controlar os acontecimentos.

Espiridão e Trad (2005) acrescentam que os métodos quantitativos são reducionistas, porque não abordam a parte subjetiva da questão. Em contrapartida, os métodos qualitativos possibilitam que o utente expresse a sua opinião a partir de um leque mais alargado, o que facilita o estudo de grupos de difícil acesso.

Contudo, Streubert e Carpenter (2002) salientam que na investigação qualitativa o rigor é determinado pelos participantes do estudo, sendo as suas experiências “achados” da investigação qualitativa. Desta forma é essencial que estas experiências sejam relatadas segundo a perspetiva dos utentes que as viveram.

No entender de Streubert e Carpenter (2002) a análise de dados na investigação qualitativa tem início no momento em que se começa com a colheita de dados. Neste sentido, durante as entrevistas, o investigador deve rever continuamente os registos, de forma a detetar se há necessidade de reformular as perguntas.

A este propósito, Fortin (1999) defende que o objetivo do método qualitativo é descrever e interpretar, mais do que avaliar, porque permite a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, uma vez que observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los.

Morse (2007), Polit e Hungler (1995) definiram que o paradigma qualitativo, ao contrário do quantitativo, deve ser utilizado quando: existe pouco conhecimento em relação ao fenómeno que estamos a estudar; quando há suspeita de haver contradição entre os conhecimentos e as teorias existentes; ou quando o problema de investigação pretende compreender ou descrever um fenómeno ou evento que exige maior investigação.

Voltando a referenciar Fortin (1999), quando a questão de investigação se situa ao nível de conhecimentos I e II, o estudo será respetivamente exploratório descritivo ou descritivo simples. Se a questão está no nível III, o estudo é descritivo correlacional, e se está no nível IV, será utilizado um estudo do tipo experimental.

A autora acrescenta, que o objetivo dos estudos descritivos é discriminar os fatores determinantes ou conceitos que estão associados aos fenómenos em estudo, de forma a obter o máximo de informação, não só em relação às características da população, mas também sobre os fenómenos quando existem poucos trabalhos de investigação (Fortin, 2003).

Nesta perspetiva, este estudo é um estudo inserido no paradigma quantitativo, dado que não segue qualquer dos métodos classificados no paradigma qualitativo, como a fenomenologia ou a teoria fundamentada nos dados. No entanto, recorre à análise qualitativa do conteúdo possibilitando, também, obter a subjetividade dos doentes acerca do fenómeno em estudo e porque, como já referimos na revisão de literatura, o fenómeno satisfação apesar de analisado na literatura científica, encontra-se pouco explorado na perspetiva específica dos cuidados de enfermagem perioperatórios ao utente submetido a cirurgia da catarata. Foi nossa intenção compreender o fenómeno a partir dos discursos dos participantes.

Assume características de um estudo exploratório-descritivo de nível I, dado que se revelou adequado à natureza da temática a investigar, pela possibilidade de descrição e compreensão das experiências humanas tal como elas surgem. Permitiu-nos compreender e explorar o fenómeno em estudo e obter novos conhecimentos.

Atendendo a que o estudo está direcionado para a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem perioperatórios, em contexto da cirurgia da catarata em regime ambulatorio, pretendemos conhecer a satisfação dos utentes deste serviço, em relação aos cuidados de enfermagem perioperatórios que lhes são prestados.

## **4.2. População /Amostra**

A determinação da população/amostra é uma etapa da fase metodológica que, na opinião de Fortin et al. (1999) é efetuada após a adequação do desenho de investigação à questão em estudo. Nesta fase, o investigador caracteriza a população, estabelece critérios de seleção, precisa a amostra e determina o seu tamanho.

A população é um grupo de indivíduos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. Fortin et al. (1999) acrescenta que, nos estudos descritivos pode trabalhar-se com a população total ou com uma amostra com a ajuda de técnicas de amostragem. Relativamente à amostra, a autora define-a como um subconjunto de elementos tirados da população, ou seja, uma réplica em miniatura da população alvo.

Nos estudos quantitativos com análise qualitativa de conteúdo, o que interessa é a riqueza da informação obtida, pelo que não existe uma regra que defina o tamanho da amostra. Ela deverá ser intencionalmente reduzida, para que permita selecionar casos que nos proporcionem uma informação mais rica, possibilitando um estudo em profundidade e a compreensão do fenómeno em estudo. A este propósito Polit, Beck e Hungler (2004) e Charmaz (2006) mencionam, que o tamanho da amostra na investigação que pretende obter a qualidade dos fenómenos é definido essencialmente pela complexidade dos mesmos e pela finalidade e objetivos do estudo. Referem também, que o número de participantes é geralmente pequeno, sendo determinado pela saturação dos dados.

Na sequência dos fundamentos anteriores, a nossa amostra foi constituída por 13 pessoas (numero que permitiu a saturação dos dados), submetidas a cirurgia da catarata, na UCA do HNM.

Como critérios de inclusão, determinámos: utentes submetidos a cirurgia da catarata,

com idade igual ou superior a 18 anos; intervencionadas com sedo analgesia; com capacidade de resposta verbal coerente; que aceitaram participar livremente no estudo e que falem português.

A seleção do meio onde se desenrolou o estudo de investigação foi um dos componentes da definição do desenho. Foi selecionado para o desenvolvimento deste estudo, o meio natural, que de acordo com Fortin et al. (1999), corresponde ao que é efetuado fora de lugares altamente controlados, como são os laboratórios. Desta forma o estudo, decorreu na Unidade de Cirurgia de Ambulatório no contexto do Bloco Operatório de Oftalmologia do HNM SESARAM EPE, local onde desenvolvo a minha atividade profissional, como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, a exercer funções de colaboração na área da gestão.

Definidas as características da população/amostra e selecionado o plano de amostragem, o passo seguinte contemplou a definição das variáveis da investigação, que passamos a abordar.

### **4.3 – Variáveis**

As variáveis devem estar direcionadas para os objetivos do estudo. Para Fortin et al. (1999), o termo “variável” é o preferido no âmbito das aplicações de medida e pode tomar diferentes valores, conforme se pretende exprimir graus, quantidades ou diferenças. A autora define, que “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (p.36).

Polit e Hungler (1995), citados por Fortin et al. (1999), referem que “a atividade de investigação é delineada com o objetivo de compreender como e porquê os valores de uma variável mudam e a forma como estão associados a valores diferentes de outras variáveis (...) as variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras segundo a sua utilização numa investigação (...) os tipos de variáveis mais correntemente apresentadas são: 1) as variáveis independentes e dependentes, 2) as variáveis de atributo ou de caracterização e 3) as variáveis estranhas” (Fortin et al., 1999, p. 37). Relativamente às variáveis de atributo ou de caraterização os mesmos autores referem que são as que permitem caracterizar a população e são geralmente variáveis demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil, entre outras. A escolha destas variáveis é determinada em função das necessidades do estudo (Fortin et al., 1999).

Nesta investigação, considerámos como variável em estudo, a “**satisfação dos utentes submetidos a cirurgia da catarata em regime ambulatorio face aos cuidados de enfermagem perioperatórios**”. Como variáveis de caracterização, contemplamos a idade, o género, estado civil, coabitação, habilitações literárias, profissão /ocupação, acompanhante, número de vezes que foi operado/a à catarata, ajuda no regresso a casa e convivência com alguém com a mesma situação.

#### **4.4. Instrumento de Colheita de Dados**

Os métodos de colheita de dados são variados. Na opinião dos autores que consultámos, a natureza da pesquisa determina o tipo de método a utilizar no procedimento de colheita de dados.

Como já foi referido, num estudo com análise qualitativa de conteúdo, para reunir a maior quantidade de informação, são utilizados instrumentos que contemplem diversos aspetos do fenómeno. De acordo com Fortin et al. (1999) neste nível, são vários os instrumentos que podem ser utilizados nomeadamente: a observação, a entrevista e o questionário, entre outros.

Continuando a referir a mesma autora, a entrevista, assim como o questionário, são instrumentos que permitem colher informação relativas aos fatos, ideias, comportamentos, preferências, expectativas, sentimentos e atitudes. Estes dois instrumentos dão acesso apenas à informação que os participantes permitem. A escolha de um ou outro instrumento, depende do objetivo do estudo, do nível de conhecimentos do fenómeno em estudo e das variáveis.

Na opinião de Gil (1999) e Charmaz (2006) a entrevista é uma técnica fundamental utilizada na investigação devido à sua flexibilidade.

Gil (1999) também refere que como qualquer outro instrumento de colheita de dados, tem vantagens e limitações. Das vantagens, destaca o fato de que a pessoa entrevistada não precisa saber ler nem escrever e possibilita o maior número de respostas do que por exemplo um questionário. No que se refere às limitações, salienta a falta de motivação do entrevistado e a possível influência nas opiniões por parte do entrevistador.

Charmaz (2006) acrescenta que as entrevistas permitem ao investigador ir além do senso comum e do óbvio, assegurando uma riqueza de dados que refletem novas perspetivas sobre os fenómenos.

Para escolher o tipo de entrevista, há que ter em consideração se os utentes preferem transmitir os seus sentimentos e perceções por escrito de forma anónima, através

de uma entrevista face a face ou até por telefone.

#### 4.4.1 Entrevista Semi- estruturada

Seja qual for o tipo de entrevista realizada existem duas características que são comuns: por um lado conforme Bingham e Moore (1924), referido por Ghiglione e Matalon, “a entrevista é uma conversa com um objetivo” (Ghiglione & Matalon, 1993, p.70), por outro lado, uma entrevista é um encontro interpessoal que ocorre num contexto e situação social específica e que implica a presença de duas pessoas, assumindo uma delas por acumulação o estatuto de “profissional” (Ghiglione & Matalon, 1993). No nosso caso, o tipo de entrevista que seguimos, caracterizou-se pelo controlo parcial da forma, extensão e conteúdo das respostas dos participantes, visando a exploração de um domínio que à partida consideramos desconhecer.

Relativamente aos tipos de entrevista e às formas de realizá-las, a bibliografia é vasta. Existem diversas formas de descrever e classificá-las. Powney e Watts (1987), citados por Lessard-Hérbart, Goyette e Boutin (1990), sugerem duas grandes categorias de entrevistas: as que são orientadas para a resposta e as que são orientadas para a informação. A entrevista orientada para a resposta caracteriza-se pelo fato do entrevistador manter o controlo no decorrer do processo. Pode ser estruturada ou semiestruturada. Visa essencialmente a recolha de informações, sem se preocupar com a sua ordem. No que se refere á entrevista orientada para a informação, visa a perceção do individuo ou grupo, numa determinada situação. O processo pode ser mais ou menos estruturado, no entanto é o entrevistado que impõem o grau de estruturação, sendo frequentemente designada por não estruturada.

Também, Gil (1999) refere que podem ser definidos diferentes tipos de entrevista em função do seu nível de estruturação, sendo as mais estruturadas as que predeterminam um maior grau das respostas a serem obtidas.

Pourtois e Desmet, citados por Lessard-Hérbart et al. (1990), acrescentam que muitas vezes é aconselhável iniciar uma entrevista por uma questão aberta, no sentido de estimular a espontaneidade do entrevistado e deixar as questões fechadas como por exemplo a idade, a profissão, entre outras, para a fase final da entrevista. Após a questão inicial ou o tema central, a sequência das questões ou temas não é predeterminada e fica à livre disposição do entrevistador para as colocar de acordo com as oportunidades deixadas pelas palavras do entrevistado.

Os autores também referem, que durante o processo da entrevista, o entrevistador deve estar atento, com postura encorajadora e não deve fazer críticas ou avaliações. A este propósito Charmaz (2006) refere, que ser crítico relativamente aos dados, não é ser crítico em relação aos participantes.

Existem muitos outros aspetos a ter em conta no decurso de uma entrevista. Van der Maren, citado por Lessard-Hérbart et al. (1990), destaca os seguintes aspetos: evidenciar o interesse do entrevistado, incitar o entrevistado a continuar, a prosseguir ou a aprofundar a ideia expressa; retomar o discurso do entrevistado; formular questões adicionais; utilizar silêncios, permitindo a reflexão do entrevistado.

Ao terminar, o entrevistador pode dizer que não tem mais questões a colocar e deve perguntar se o entrevistado gostaria de partilhar mais alguma coisa. Quer por razões éticas, quer técnicas, a entrevista deve terminar num clima de cordialidade como se iniciou e com o máximo de respeito pelo entrevistado pois, a entrevista permite o acesso ao mundo «interior» dos participantes, podendo tornar-se incómoda e até invasiva (Gil, 1999 & Charmaz, 2006). Por outro lado, o participante também beneficia deste clima de cordialidade.

O registo do conteúdo das entrevistas constitui o material de análise fundamental para o estudo. Deve ser registado por escrito, ou transcrito (no caso de ter havido gravação áudio) e codificado, para ser tratado posteriormente.

Nesta sequência e tendo em conta o objetivo, a variável em estudo e as características da população do estudo, optámos pela entrevista semiestruturada de modo a termos a possibilidade de explorar, aprofundar e clarificar alguns pontos do discurso dos participantes, que na opinião de Morse (2007) e Charmaz (2006) possibilitam uma flexibilidade na condução da entrevista, com a finalidade de se conseguir uma explicitação da opinião dos participantes. Este tipo de entrevista correspondeu aos objetivos delineados para a temática deste estudo, porque permitiu colher informação junto dos participantes relativamente à satisfação dos doentes face aos cuidados de enfermagem peri operatórios aquando da cirurgia ambulatória da catarata.

Os dados foram recolhidos no período de 17 a 30 de junho de 2016. Procedemos à recolha de informações pertinentes acerca das experiências dos participantes de forma livre e espontânea sem, no entanto, permitir um discurso desviante.

A estruturação da entrevista decorreu em diferentes fases: planeamento dos conteúdos a abordar, elaboração do guião para orientação, validação e a pré-testagem.

Para a realização da entrevista, elaborámos um guião (Apêndice A) constituído por duas partes: a primeira parte, constituída por questões abertas, no sentido de orientar o diálogo relativamente à variável em estudo; a segunda parte, constituída por questões fechadas, formuladas no sentido de caracterizar os participantes.

Procedemos à realização de um pré-teste, para avaliar a operacionalidade do guião (previamente submetido à apreciação da orientadora do estudo) e aferimos a melhor estratégia para salvaguardar o enviesamento da entrevista.

Uma vez que o local onde decorreram as entrevistas também é um fator importante a ter em conta, optámos por agendá-las, de forma a garantir a sua realização em data, hora e local pré-estabelecido. Tiveram a duração média de 15 minutos e foram realizadas numa sala da consulta externa de oftalmologia, no dia da consulta médica de revisão cirúrgica. Pretendemos, desta forma, alterar o menos possível as perceções em relação ao fenómeno em estudo e evitar que o utente necessitasse de outra deslocação ao hospital.

Foram áudio-gravadas e transcritas, uma vez que o texto e a gravação constituíram os materiais de análise e a fonte de produção de conhecimento. Após a audição integral de cada uma das entrevistas, efetuámos a sua transcrição, organização e codificação, terminando com a análise do conteúdo da informação. A leitura das entrevistas e a codificação dos seus conteúdos permitiram encontrar as unidades de registo e enquadrá-las segundo categorias com termos significativos usados pelos participantes, os quais, segundo Charmaz (2006), o investigador deve tentar perceber, observando, questionando o seu significado e analisando.

#### **4.5. Aspetos Éticos**

A aquisição de conhecimentos é um objetivo nobre. No entanto, é sabido, que qualquer que seja o estudo de investigação, que abranja seres humanos, existe um limite no âmbito ético e moral que não pode, nem deve ser ultrapassado, de forma a salvaguardar os direitos dos participantes. Este limite refere-se ao respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana.

De acordo com Fortin et al. (1999) qualquer investigação relacionada com o “Ser Humano” levanta questões de ordem ética e moral, uma vez que pode contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também pode lesar os direitos fundamentais da pessoa.

Todos os trabalhos de investigação associados a seres humanos devem apoiar-se, segundo Fortin et al. (1999), em cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, determinados pelos códigos de ética que são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

Continuando a referir a autora, o direito à autodeterminação contempla o direito do sujeito em decidir se participa ou não numa investigação; o direito à intimidade, faz referência à liberdade da pessoa, de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas; o direito ao anonimato e à confidencialidade, contempla a confidencialidade dos dados e a proteção da identidade do sujeito; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, salvaguarda as regras da proteção de sujeitos de todos os inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de os prejudicarem. Finalmente o direito a um tratamento justo e equitativo refere-se, essencialmente, ao direito que todo o entrevistado tem de ser informado da natureza, duração e fim da investigação para qual foi solicitado Fortin (2003). Estes princípios estão conforme o artigo 106º, Lei nº 156/2015 do Código Deontológico dos Enfermeiros presente no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

No presente estudo, foram respeitados todos estes aspetos, seguindo as premissas de um estudo de investigação. Solicitámos a autorização ao Conselho de Administração para recolha de dados (Apêndice B), do qual fizemos acompanhar todos os requisitos solicitados pela comissão de ética (Apêndice C1, C2, C3, C4) e cujo despacho favorável, se encontra no Apêndice D.

Relativamente aos participantes, procedemos à explicação da natureza do estudo, dos objetivos do mesmo, bem como do tempo estimado para a entrevista. Garantimos o seu anonimato, confidencialidade e respeito ao longo de toda a entrevista. Respeitámos a liberdade de desistência da participação e demos oportunidade aos participantes para colocarem questões de esclarecimento sobre a investigação e sobre a sua participação. Após o esclarecimento fornecemos a declaração de “Consentimento livre e esclarecido” (Apêndice E) para o utente assinar, estabelecendo-se assim um compromisso de honra. Alguns participantes preferiram declarar verbalmente, ficando um registo áudio, no início da entrevista da sua vontade em participar no estudo.

A informação recolhida no âmbito deste trabalho foi restrita ao mínimo indispensável e tratada com o máximo respeito. Todo o conteúdo foi codificado e guardado em lugar seguro. Logo após a discussão do estudo os documentos originais e todos os dados

colhidos através das entrevistas serão destruídos (queimados ou desfiados, ou apagado definitivamente o ficheiro). Os resultados poderão ser apresentados em encontros científicos, mas sem identificação dos participantes.

#### **4.6. Tratamento dos Dados**

Na bibliografia consultada, apercebemo-nos que num estudo quantitativo com análise qualitativa de conteúdo, o tratamento dos dados é uma tarefa difícil. Desta etapa, consta a transcrição integral do registo das entrevistas *verbatim*, a preparação e organização da informação, com a finalidade de se efetuar a análise de dados assegurando com rigor o que foi referido pelos participantes.

Terminada a fase de colheita de dados e obtida a informação, procedemos ao tratamento estatístico das variáveis de caracterização com o objetivo de ordenar, organizar e tratar os dados de forma a permitir a sua análise e ficarmos a conhecer em termos sociodemográficos o grupo de participantes. Segundo Polit e Hungler (1995), os dados quantitativos colhidos num projeto de pesquisa, não passam de uma massa caótica de números. O tratamento estatístico é imprescindível para o pesquisador reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica.

Noutra perspetiva, prosseguimos para o tratamento de dados obtidos com as perguntas abertas das entrevistas. Na opinião de Fortin et al. (1999) após a colheita de dados, segue-se uma fase preliminar à análise propriamente dita que é a de organização de dados. A autora salienta, que a codificação é uma operação que consiste em decompor as transcrições em unidades de registo ou notas extensivas.

A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objeto de estudo, de forma a aprofundar o fenómeno em estudo. É uma etapa muito importante, na medida em que permite relembrar o que foi verbalizado pelos participantes e compreender a sua perspetiva.

Desta forma, o primeiro passo para o tratamento dos dados foi a transcrição das entrevistas, após audição integral de cada uma. Foi um trabalho moroso, mas rico que nos permitiu relembrar e acompanhar os discursos dos participantes. No (apêndice F) consta um exemplo de uma entrevista realizada.

##### 4.6.1. Análise de Conteúdo

Após a colheita de todos os dados é necessário proceder à sua análise. A análise de conteúdo é uma técnica de organização e análise de dados, identificada como uma estratégia adequada de análise de dados qualitativos. Abrange um conjunto de técnicas, com o objetivo último de descobrir sentidos escondidos nos discursos dos participantes quando entrevistados.

Das várias definições que pesquisámos, salientamos a de Belsion (1952), citada por Ghiglione e Matalon, o qual definiu a análise de conteúdo, como uma técnica de investigação que permite “a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. Os mesmos autores definiram a análise de conteúdo como “uma técnica para fazer inferências por identificação sistemática e objetiva das características específicas de uma mensagem” (Ghiglione & Matalon, 1993, p. 197). Também Polit e Hungler (1995) referiram que a análise de conteúdo “é um procedimento para análise de comunicações escritas ou verbais, de maneira sistemática e objetiva” (p. 358).

Por outro lado, Bardin (2008) definiu análise de conteúdo como um método que pode ser aplicado tanto na pesquisa quantitativa como na investigação qualitativa, embora com aplicação diferente. A autora acrescenta que este método não serve apenas para se proceder à descrição do conteúdo, na medida em que é um conjunto de técnicas de análise, mas também visa alcançar através de processos organizados e objetivos a explicação do conteúdo de forma a obter a conclusão de conhecimentos relativos às variáveis inferidas.

No que se refere às **etapas da análise de conteúdo**, os autores utilizam diferentes terminologias, as quais são bastante semelhantes. Perante a diversidade de definições e conceitos, optámos por referir um conjunto de passos predefinidos que conferem rigor e profundidade ao processo de investigação, que são defendidos por Bardin (2008). A autora organiza as etapas da técnica em três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. **A primeira (pré-análise)**, organiza o conteúdo, de forma a torná-lo operacional.

Segundo a mesma autora, **a segunda fase (exploração do material)**, consiste na definição de categorias (sistemas de codificação) e na identificação das unidades de registo (unidade de significação a codificar) visando a categorização, a contagem frequencial e das unidades de contexto. A codificação, corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, de forma a atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. A categorização consiste na classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género.

Finalmente a **terceira fase (tratamento dos resultados, inferência e interpretação)**, na opinião de Bardin (2008), é destinada ao tratamento dos resultados. Aqui é efetuada a condensação e destaque das informações a analisar, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Relativamente às fases da análise de conteúdo, outros autores propõem fases semelhantes, apenas com algumas particularidades que não alteram o processo em si.

Charmaz (2006) refere que a definição das categorias pode ter origem nas próprias palavras dos utentes, mas acrescenta que as codificações preconceituosas devem ser evitadas, uma vez que os preconceitos não devem determinar a análise dos dados.

O corpus de análise do presente trabalho, foi constituído por todos os dados colhidos através das entrevistas semiestruturadas, efetuadas a 13 utentes intervencionados à cirurgia da catarata, no serviço de Cirurgia de Ambulatório. Após a transcrição das entrevistas na íntegra, efetuámos uma leitura flutuante de todo o material recolhido de forma a organizar os aspetos mais relevantes do discurso dos participantes. Posteriormente, procedemos à leitura minuciosa, visando a exclusão de dados com menor relevância, assim como o conteúdo que de alguma forma identifique o participante. As entrevistas foram por sua vez, identificadas de um a treze, com nomes de instrumentos musicais, pois a música, está cada vez mais associada ao bem-estar e satisfação da pessoa e nalgumas áreas da saúde, a musicoterapia é um complemento muito significativo.

Concluída a reunião das unidades de análise, procedemos à definição de momentos, codificámos as mensagens em unidades de registo e com base nestas, identificamos as categorias, que de acordo com Vala (2009) correspondem a um termo chave que indica o significado principal do conceito que se pretende. O autor acrescenta que a construção de um sistema de categorias pode ser feita à “*priori*” ou a “*posteriori*”, ou ainda através da combinação dos dois. Neste estudo em particular, optámos pelo sistema à *posteriori*.

Os momentos foram baseados na estrutura do guião da entrevista, cujas questões se inseriram nos principais momentos do percurso da pessoa submetida a cirurgia da catarata, desde a comunicação da data da cirurgia até à preparação para o regresso a casa.

No decurso desta etapa, tivemos presentes as características a que deve obedecer uma categoria: a exclusividade, a exaustividade, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a produtividade Bardin (2008). Este conjunto de qualidades confere o rigor e a validade necessários às categorias finais identificadas, que resultaram de leituras exaustivas e sucessivas dos documentos em análise.

Asseguramo-nos também da fidelidade dos dados utilizando a técnica do intracodificador, em que um mesmo analista em dois momentos diferentes de tempo, classifica da mesma forma uma mesma unidade de registo e cujo índice obtido é igual ou superior a 0,7 após a aplicação da fórmula proposta por Ghiglione, Beauvois, Chabrol e Thognon (1980):

$$N = n \times 2 / i + j > 0,70$$

em que: o (N) corresponde ao valor do índice de fidelidade obtido; o (n) corresponde ao número de especificações comuns às duas análises; o (i) corresponde ao número de especificações encontradas na primeira análise e o (j) corresponde ao número de especificações identificadas na segunda análise.

Dos oito momentos definidos, que vão desde o contato telefónico até à preparação para o regresso a casa, seleccionámos as três categorias com mais unidades de enumeração e aplicámos o índice de Ghiglione et al. (1980), cujos resultados foram:

#### **Satisfação:**

Momento pré-operatório - acolhimento categoria “Competências humanas e relacionais” - N= 0,94;

Momento pré-operatório na sala de preparação pré-operatória “Competências humanas e relacionais” - N= 0,90;

Momento pré-operatório na sala de preparação pré-operatória “Qualidade no atendimento com a técnica aplicada” - N= 0,90;

#### **Insatisfação**

Momento pós-operatório na preparação para o regresso a casa “ensino pós-operatório à pessoa submetida a cirurgia da catarata e família” - N= 1;

Momento pré-operatório na sala de preparação pré-operatória “Explicação dos procedimentos técnicos” - N= 0,77;

Momento pré-operatório na sala de preparação pré-operatória “Identificação/ do profissional” - N= 1;

Como podemos verificar, pelos resultados acima descritos, todas as categorias apresentaram resultados aceitáveis, fundamentando assim a fidelidade dos dados.

Após a apresentação do modo de organização dos conteúdos das entrevistas, passamos à apresentação, análise e discussão dos resultados provenientes das entrevistas efetuadas à população deste estudo.

## **CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Efetuada a transcrição das entrevistas e a leitura flutuante procedemos à exploração do seu conteúdo. Depois efetuámos a desagregação do texto em categorias e a codificação em função da repetição das palavras, frases e ideias, constituindo-se assim, as unidades de registo Charmaz (2006). As categorias foram descritas, em conformidade com a temática em estudo e estão pautadas nas narrativas dos entrevistados, conforme podemos observar na tabela que consta no Apêndice G.

A sistematização dos discursos, obtidos através da análise de conteúdo, foi organizada em tabelas e gráficos, de modo a tornar a leitura e análise dos dados, mais perceptível. Caracterizámos os participantes, através dos dados das questões fechadas do instrumento de colheita de dados e procedemos à análise de conteúdo das entrevistas realizadas, apresentando as unidades de registo/contexto, tendo em consideração o objetivo e questão de investigação.

### 5.1 - Dados de Caracterização dos Participantes

A caracterização da amostra tornou possível conhecer as características dos participantes. Este estudo foi realizado com a participação e testemunho de 13 utentes, eleitos por satisfazerem os critérios da seleção da amostra. A caracterização foi efetuada segundo uma perspetiva demográfica, coabitação e outras variáveis consideradas relevantes, tais como as ajudas que dispõe quando chegar a casa, experiências passadas com situações idênticas, que passo a citar e consta no Apêndice G.

#### 5.1.1- Caracterização Demográfica

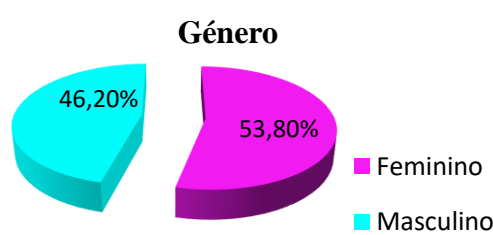
##### Idade

Na análise da tabela nº 1 e respetivo gráfico, verificámos uma maior percentagem de utentes do sexo feminino em relação ao sexo masculino, sendo estas percentagens de 53,8% e de 46,2%, respetivamente.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por género

Sexo	Porcentagem
Fem	53,80%
Mas	46,20%
Tot	100,00%

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por género



Para facilitar o estudo relativo à idade, dividimos a amostra em grupos etários. Verificámos que a idade mínima encontrada foi de 58 anos e a máxima de 77 anos. A média de idades foi de 68,5 anos, e a moda situou-se na classe [65-75]. O grupo mais representativo da nossa amostra, situou-se no grupo etário [65-75], com uma percentagem de 53,8%. Somando as percentagens dos escalões etários mais altos, inferimos que 76,9% dos participantes se encontram na faixa etária igual ou superior a 65 anos. A restante percentagem, 23,1 % registou-se na faixa etária inferior a 65 anos.

Estes dados vão de encontro à pesquisa bibliográfica efetuada, nomeadamente Brunner e Suddart (1994), que referem que a opacificação do cristalino é frequente nas pessoas com idade superior a 65 anos, também designada por catarata senil.

A tabela e gráfico que se seguem mostram a distribuição da população, segundo o grupo etário.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo o grupo etário

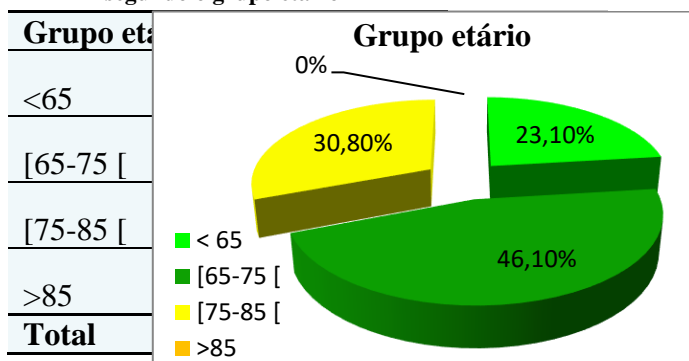


Gráfico 2 - Distribuição dos participantes segundo o grupo etário

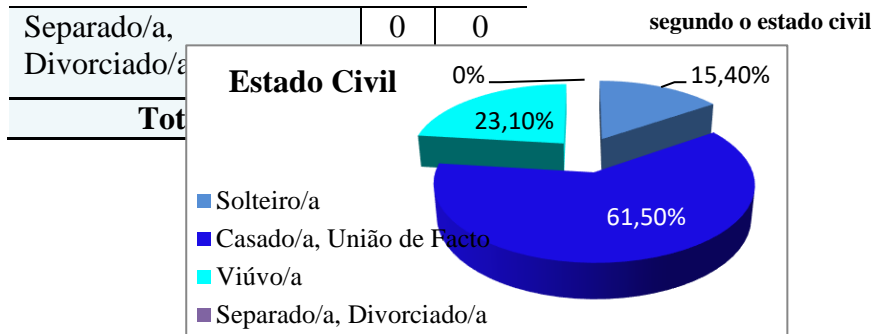
### Estado Civil

No que respeita ao estado civil, tabela e gráfico nº 3, constatámos que mais de metade da amostra, (61,5 % dos inquiridos), são “Casados (as) /União de Facto”, 23,1% são “viúvos” e 15,4% são “solteiros”.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes

Estado civil	Nº	%
Solteiro/a	2	15,4
Casado/a, União de Facto	8	61,5
Viúvo/a	3	23,1

Gráfico 3 - Distribuição dos participantes segundo o estado civil



### Coabitação

A coabitação do utente é um dado importante para o nosso estudo, na medida em que na opinião de McEwen (2008), a responsabilidades da maior parte do atendimento pré e pós-operatório é assumida pelo paciente e familiar ou acompanhante.

Dos 13 utentes inquiridos, a maior parte (38,5%) coabita com o cônjuge e filha/o (as/os), seguindo-se com os irmãos e com o cônjuge na percentagem de 15,4% para cada. Salientamos o percentual de 7,7% para os utentes que vivem sós. A tabela e gráfico seguintes, mostram essa distribuição.

**Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo a coabitação**

Coabitação	Nº	%
Cônjuge e filha/o (as/os)	5	38,5
Irmã	2	15,4
Cônjuge	2	15,4
Neto/bisneto	2	15,4
Filha/neto	1	7,7
Só	1	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

- Cônjuge e filha/o (as/os)
- Irmã
- Cônjuge
- Neto/bisneto
- Filha/neto
- Só

**Gráfico 4 - Distribuição dos participantes segundo a coabitação**

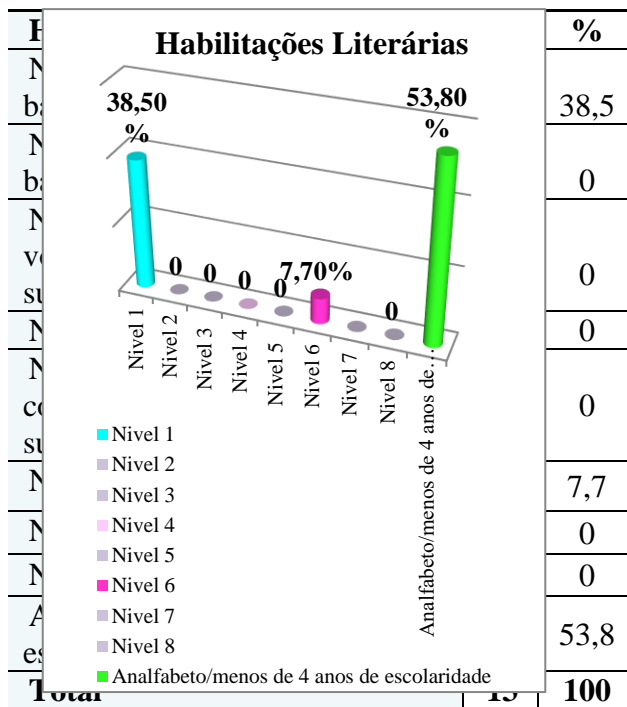
### Escolaridade

Segundo Rothrock (2008), para se desenvolver um plano de ensino ao utente/pessoa significativa e o planeamento da alta, o enfermeiro deve ter em conta a avaliação o nível de formação do utente, bem como a informação a facultar.

Para efeitos de análise do nível de escolaridade dos participantes foi consultado o Quadro Nacional de Qualificações (QNQ, 2009).

No que concerne ao nível de escolaridade constatámos que 38,5 % da amostra têm o 2º ciclo do ensino básico e apenas 7,7% a licenciatura. É importante refletir, que o escalão etário a que pertence esta população tem na sua maioria (92,3%), mais de 65 anos de idade, o que, atendendo ao contexto histórico e socioeconómico da altura, implica um baixo nível de escolaridade. Isto é um fato que se verifica neste estudo, uma vez que o utente com o maior grau de escolaridade é o que tem menos idade. É de acrescentar, que 53,8% não sabem ler nem escrever ou têm menos de 4 anos de escolaridade.

**Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo o nível de escolaridade**

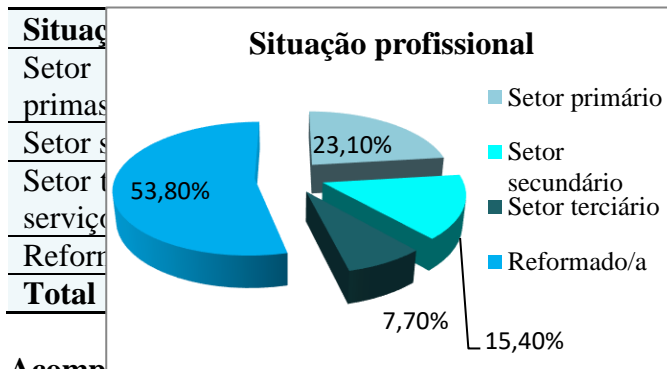


**Gráfico 5 - Distribuição dos participantes segundo o nível de escolaridade**

### Situação Profissional

Apesar dos inquiridos pertencerem maioritariamente à população idosa, a tabela e gráfico seguintes mostram que (46,2%) da população ainda tem ocupação profissional. No entanto a maioria (53,8%) é reformada. A população com atividade profissional exerce cargos profissionais diversificados, que vão desde o sector primário com 23,1%, até o sector terciário com 7,7%.

**Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo a situação profissional**

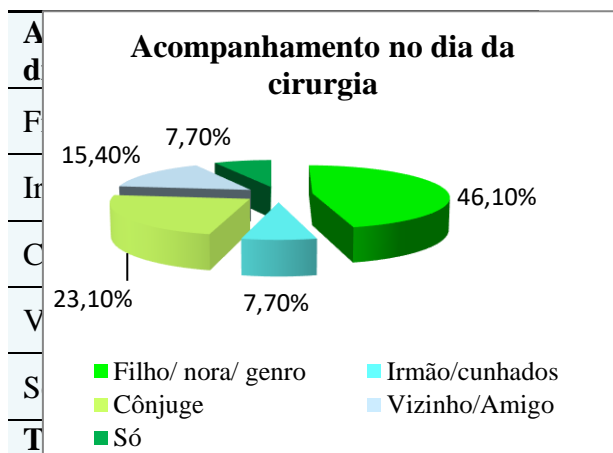


**Gráfico 6 - Distribuição dos participantes segundo a situação profissional**

**Acompanhamento**

Analisando a tabela nº 7 e o respetivo gráfico verificámos que a maior parte dos familiares que acompanharam o utente no dia da cirurgia” (46,1%) foram os filhos, nora ou genro, seguindo-se os que foram acompanhados pelo cônjuge (23,1%).

**Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo o acompanhamento no dia da cirurgia**



**Gráfico 7 - Distribuição dos participantes segundo o acompanhamento no dia da cirurgia**

No entanto salientamos, que há utentes que são acompanhados por vizinhos ou amigos e 7,7% vão sós. Esta última variante não está em conformidade com a bibliografia consultada, uma vez que “ir acompanhado” é um dos requisitos para os utentes operados em regime ambulatorio, como nos refere McEwen (2008).

Na cirurgia da catarata, a maioria dos utentes tem alta para o domicílio no mesmo dia, o que pressupõe a necessidade da continuidade de cuidados, que são assegurados, maioritariamente, pelas famílias. Segundo McEwen (2008) a responsabilidades da maior parte do atendimento pré e pós-operatório é assumida pelo paciente e familiar ou acompanhante. Também, a AESOP (2006) define que deve ser assegurada a companhia da pessoa significativa pelo menos nas primeiras 24 horas após a intervenção cirúrgica.

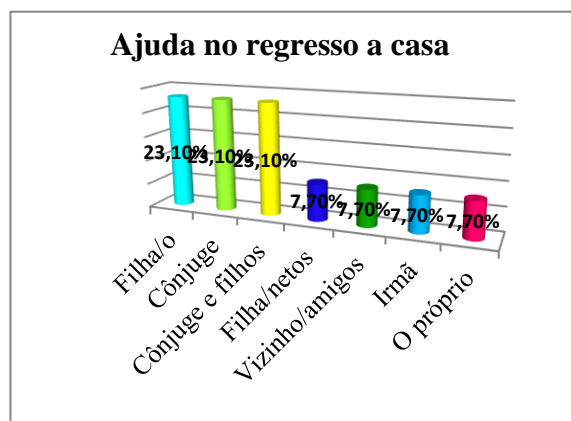
### Ajuda no regresso a casa

Na tabela e gráfico abaixo, podemos verificar que em relação à variável “Ajuda no regresso a casa”, 23,1% dos utentes referiram que iriam ser cuidados pelos filhos, igualando a mesma percentagem dos que iriam ser cuidados pelo cônjuge assim como pelo cônjuge / filhos. Salientamos que 7,7% da população referiu não ter qualquer tipo de ajuda, sendo o próprio utente a se autocuidar, o que não está em conformidade com a recomendação das boas práticas.

**Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo a ajuda no regresso a casa**

Ajuda no regresso a casa	Nº	%
Filha/o	3	23,1
Cônjuge	3	23,1
Cônjuge e filhos	3	23,1
Filha/netos	1	7,7
Vizinho/amigos	1	7,7
Irmã	1	7,7
O próprio	1	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Gráfico 8 - Distribuição dos participantes segundo a ajuda no regresso a casa**



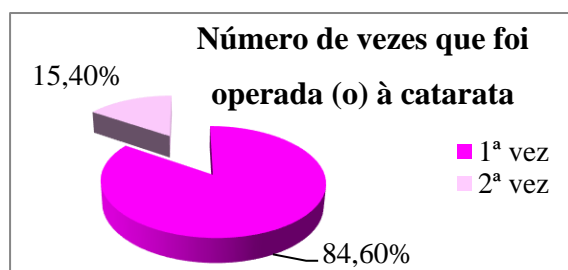
### Número de vezes que foi operado à catarata

Quanto à variável “número de vezes que foi operado à catarata”, a grande maioria dos inquiridos (84,6%) refere que esta foi a primeira vez. A tabela e gráfico nº 9 mostram-nos a distribuição dos dados.

**Tabela 9 - Distribuição dos participantes segundo o número de vezes que foi operado(a) à catarata**

Número de vezes que foi operada(o) à catarata	Nº	%
1ª vez	11	84,6
2ª vez	2	15,4
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Gráfico 9 - Distribuição dos participantes segundo o número de vezes que foi operado(a) à catarata**

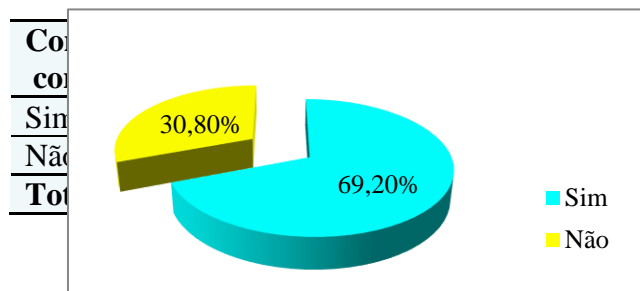


Considerámos importante conhecer se os utentes já tinham convivido com alguém com a mesma situação. A tabela e quadro seguintes, revelam que 69,2% das respostas foram negativas.

**Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo**

**Gráfico 10 - Distribuição dos participantes segundo convívio com alguém com a mesma situação**

convívio com alguém com a mesma situação



Convívio com alguém com a mesma situação

Após o tratamento dos dados estatísticos, relativamente à caracterização dos participantes, passamos à abordagem e tratamento dos dados que se referem à variável em estudo de forma a transformar os resultados em bruto em resultados personalizados.

### 5.2 - Dados Relativos à Variável em Estudo

Neste subcapítulo são descritos os momentos principais inerentes ao processo porque passa o utente no período perioperatório e expostos os dados relativos à variável em estudo: satisfação da pessoa submetida a cirurgia da catarata em regime ambulatorial face aos cuidados de enfermagem perioperatórios.

O utente, no seu processo de contato com a Instituição hospitalar para ser submetido a cirurgia da catarata em regime ambulatorial, passa por **três momentos principais**, considerados universalmente como período pré, intra e pós-operatório, que segundo a AESOP (2006) e McEwen (2008) é designado por período perioperatório.

Destes três momentos, no serviço onde decorreu o estudo, o **primeiro período (pré-operatório)**, é constituído por cinco fases delimitadas, cuja natureza das intervenções é específica: contato telefónico para informação da data da cirurgia e marcação da consulta pré-cirúrgica; consulta de enfermagem pré-operatória; acolhimento no dia da cirurgia; preparação pré-operatória e permanência na zona de transfere, enquanto aguarda a entrada para o bloco operatório.

O que formalmente está consignado no serviço onde esta investigação decorreu é que, inicialmente, as pessoas inscritas na lista de espera para cirurgia de catarata, são contactadas telefonicamente pelos serviços administrativos da consulta externa de oftalmologia, para o agendamento dos exames oftalmológicos necessários à cirurgia, bem como para a comparência na consulta oftalmológica médica e de enfermagem pré-operatória.

Nesse dia, após os exames oftalmológicos e a consulta médica, os utentes são encaminhados para uma consulta de enfermagem, na Consulta Externa. Este momento corresponde ao primeiro contato pré-operatório com o enfermeiro, que lhe faz um breve

ensino sobre os cuidados pré-operatórios, fornece material para cumprimento do procedimento nº 50 do manual do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) - Higiene Corporal pré-operatória e lhe entrega um folheto informativo com as recomendações a seguir antes da cirurgia. Este procedimento, fica aquém do preconizado pela AESOP (2006), a qual definiu que um dos objetivos desta consulta seria proporcionar condições ideais para o esclarecimento do utente e da pessoa significativa sobre os cuidados nos períodos pré, intra e pós-operatórios.

No dia da cirurgia, o utente e acompanhante são acolhidos por um enfermeiro que procede ao acolhimento conforme estipulado pelo serviço e o encaminha para o vestiário, onde também orienta o assistente operacional para o assistir na troca de vestuário. Posteriormente é acompanhado pelo assistente operacional até à sala de preparação pré-operatória, onde está o enfermeiro que inicia a sua preparação física e psicológica para a cirurgia, conforme procedimento do serviço.

A última fase dos cuidados de enfermagem pré-operatórios é a transferência do utente, para a zona de transfere, onde aguarda até entrar para a sala operatória.

O **segundo período (intra-operatório)** refere-se ao período de tempo em que o utente se mantém na sala operatória, até o momento da saída para a UCPA. Aqui, os enfermeiros têm várias responsabilidades: na preparação da sala e dos equipamentos; na disponibilidade e verificação cuidadosa de todo o material e equipamento assim como com o cumprimento de todas as normas de segurança, entre outros (Smith, 2008).

Relativamente ao terceiro **período (pós-operatório)** é constituído por dois tempos que se referem à permanência na UCPA e ao momento de preparação para o regresso a casa. A permanência na UCPA, por sua vez é dividida em duas fases, sendo a primeira a de recuperação imediata da anestesia e a segunda fase ou secundária, durante a qual decorre a readaptação ao ambiente. Este período, cujo objetivo principal se centra no retorno do utente, a um nível ótimo de segurança, deve ser tão rápido quanto possível.

Na primeira fase na UCPA, a intervenção do enfermeiro, deve focar-se no conforto e segurança do utente, assegurando a sua estabilidade hemodinâmica e controlando a dor, as náuseas e os vômitos McEwen (2008). Continuando a referir a mesma autora, após a recuperação da primeira fase, o utente é transferido para a unidade de cuidados pós-anestésicos secundária, onde decorre a segunda fase da recuperação. É a etapa de readaptação ao ambiente, onde o utente é encorajado a sentar-se, alimentar-se (dieta ligeira), urinar e deambular. Há cuidados de enfermagem que se repetem: monitorização da dor, das

náuseas e vômitos relacionados com a anestesia e a revisão das instruções para alta, iniciando-se o regresso gradual à sua atividade normal.

Finalmente, no último momento do processo e da fase pós-operatória é a preparação para o regresso a casa. Se tudo estiver normalizado nesta fase, o utente terá alta. Um dos aspetos mais importantes é o ensino pós-operatório e a explicação do panfleto alusivo. Este procedimento está em conformidade com as opiniões de McEwen (2008) e Rothrock (2008), quando referem que as intervenções de enfermagem perioperatória incluem reforçar o ensino rever as instruções sobre os cuidados a ter após a alta; avaliar o conhecimento do utente e da pessoa significativa em relação ao ensino e entregar informação por escrito.

Alguns autores defendem que o regresso a casa constitui um quarto período pós-operatório. De acordo com Pitrez e Pioner (1999) pode-se acrescentar aos três períodos atrás descritos, uma quarta etapa, que abarca o seguimento no domicílio (*follow up*). Neste período são realizadas revisões periódicas para controlo e revisão de eventuais complicações tardias. Esta fase não está contemplada no serviço onde foi efetuado o presente estudo.

### **Satisfação do utente submetido a catarata**

Depois de explicado o processo de contato do utente com a Instituição, decidimos apresentar os dados relativos à satisfação do utente submetido à cirurgia da catarata, por categorias encontradas.

Após a análise do discurso dos utentes durante as entrevistas, emergiram seis categorias: “Qualidade na informação transmitida”; “Competências humanas e relacionais”; “Identificação/apresentação do profissional”; “Explicação dos procedimentos técnicos”; “Qualidade no atendimento, com a técnica utilizada” e “Tempo de espera”.

Na tabela nº 11 e respetivo gráfico podemos observar um resumo global das categorias encontradas e respetivas unidades de enumeração, de acordo com as unidades de registo, relativamente à **satisfação/insatisfação** do utente submetido a cirurgia da catarata no serviço de Cirurgia do Ambulatório do Hospital DNM, no que se refere aos cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatório.

Podemos verificar um total de 163 unidades de enumeração, com uma média de 12,5 citações por participante, para as 6 categorias encontradas, sendo a maioria (107) expressões que revelam satisfação e 56 unidades de enumeração, para os registos que traduzem insatisfação.

Da análise das entrevistas, concluímos que os participantes estão satisfeitos em relação às categorias: “Competências humanas e relacionais”, “Qualidade no atendimento

com a técnica utilizada” e com a “Qualidade na informação transmitida”, perfazendo um total de 86 registos. Esta evidência revelou-se muito positiva comparando com as 16 enumerações que revelaram insatisfação nestas categorias.

O estudo revelou que os participantes estão insatisfeitos com as restantes categorias ou seja: a “Explicação dos procedimentos técnicos; a “Identificação/apresentação do profissional” e o “Tempo de espera”, perfazendo um total de 43 registos. Apenas menos de metade (21) dos registos traduziram satisfação nestas categorias.

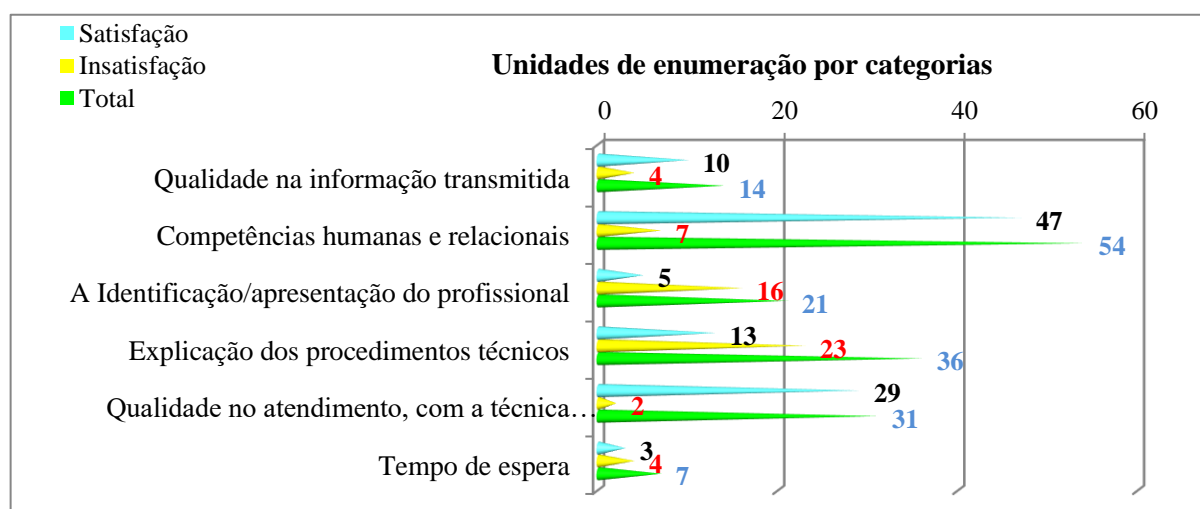
Salientamos que um dos inquiridos não referenciou qualquer unidade de registo que indique insatisfação, em relação a todo o processo desde a confirmação da data da cirurgia até a preparação para o regresso a casa.

Na continuação, tendo em conta a revisão de literatura, o quadro de referência e as opções metodológicas, apresentamos o desenvolvimento de cada categoria, incluindo alguns excertos das entrevistas que consideramos mais pertinentes.

**Tabela 11 - Distribuição das unidades de enumeração por categorias em relação à satisfação/insatisfação dos participantes**

<b>Categorias/Tempo</b>	<b>Satisfação</b>	<b>%</b>	<b>Insatisfação</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Qualidade na informação transmitida	10	9,2	4	7,1	14	8,6
Competências humanas e relacionais	47	43,5	7	12,5	54	33,1
Identificação/apresentação do profissional	5	4,6	16	28,6	21	12,9
Explicação dos procedimentos técnicos	13	13	23	41,1	36	22,1
Qualidade no atendimento, com a técnica utilizada	29	26,9	2	3,6	31	19,0
Tempo de espera	3	2,8	4	7,1	7	4,3
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

**Gráfico 11 - Distribuição das unidades de enumeração por categorias em relação à satisfação/insatisfação dos participantes**



Iniciamos a apresentação mais específica dos dados, tendo em atenção, por um lado, a categoria que obteve mais unidades de enumeração e por outro, a relevância para a compreensão do fenómeno em estudo, direcionado para a satisfação no serviço de cirurgia do ambulatório do HNM.

O profissional de enfermagem tem que estar preparado, não só com habilidades técnico-instrumentais específicas, mas também, com competências relacionais para lidar com as manifestações do processo de adaptação do utente e ajudá-lo a aliviar o sofrimento e a ultrapassar de forma positiva a situação. Começaremos por abordar a especificidade da relação enfermeiro-utente.

A enfermagem perioperatória assenta num aspeto relacional que é salientado, não só através da comunicação, mas também, noutras dimensões que abrangem, o reconhecimento, respeito, complementaridade e aceitação do outro. Uma vez que a população mais atingida pela catarata é a dos idosos, com patologias decorrentes do processo de envelhecimento, os cuidados de enfermagem segundo Smith (2008) devem se nortear pela segurança, realizando cuidados com destreza, envolvendo o utente e respeitando as suas necessidades e sentimentos.

Uma vez que as categorias deste estudo foram definidas à *posteriori*, para **“Competências humanas e relacionais”** considerámos: a capacidade do enfermeiro no desenvolvimento de relações interpessoais e de confiança com o utente e a sua aplicação, nas suas formas de interagir numa dinâmica bio-psico-social, mas também de saber interpretar e lidar com a sua própria postura relacional.

Conforme podemos observar na tabela nº 12 e respetivo gráfico, a categoria “Competências humanas e relacionais”, foi referida em todos os momentos (8) do percurso perioperatório e surge com o maior número de registos (54) sendo 47 unidades de enumeração para os registos que revelam satisfação e 7 para insatisfação.

O discurso dos participantes mostrou que o maior número de enumerações se registou no pré-operatório, tendo sido referido em cinco momentos distintos, dos quais destacamos “o acolhimento na CA” e os cuidados “na sala de preparação pré-operatória”, com o maior número de manifestações (10) para cada. Dos registos que traduzem satisfação

englobaram relatos que traduzem humanismo, carinho, simpatia, ou até o amor. Salientamos como exemplo:

“... nunca esperava de encontrar um carinho como encontrei, em relação à Enfermagem. Na maneira de diálogo, de lidar...” (braguinha);

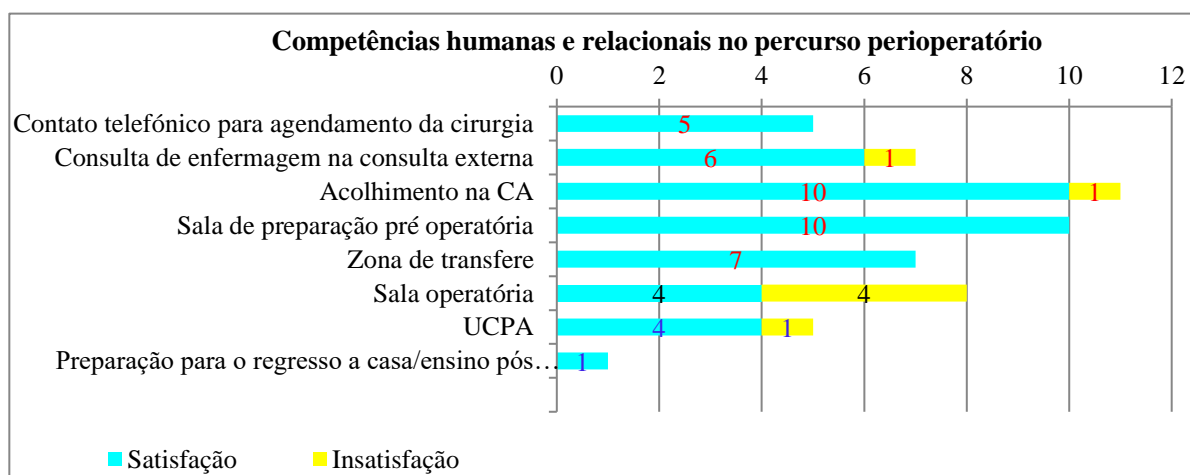
“... estou satisfeita (com todos os aspetos). As Enfermeiras foram muito atenciosas. Elas chamavam-me, o meu nome.” (harpa);

A maior parte das expressões que transmitiram **insatisfação** (4), verificaram-se na sala operatória, das quais destacamos a seguinte “Se as sras. enfermeiras falaram, foi pouco... elas não vieram falar comigo.” (tuba).

**Tabela 212 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação com as competências humanas e relacionais, no percurso perioperatório**

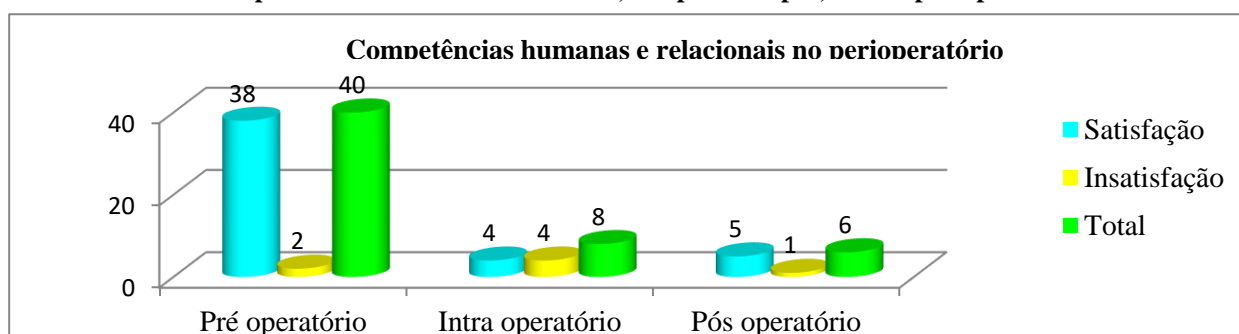
Competências humanas e relacionais / Momentos		Satisfação	Insatisfação	Total
Pré operatório	Contato telefónico para agendamento da data de cirurgia	5	0	5
	Consulta de enfermagem na consulta externa	6	1	7
	Acolhimento na CA	10	1	11
	Sala de preparação pré operatória	10	0	10
	Zona de transfe	7	0	7
Intra operatório	Sala operatória	4	4	8
Pós operatório	UCPA	4	1	5
	Preparação para o regresso a casa/ensino pós operatório	1	0	1
<b>Total</b>		<b>47</b>	<b>7</b>	<b>54</b>

**Gráfico 12 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação com as competências humanas e relacionais, no percurso perioperatório**



Na sequência da tabela anterior, através do gráfico n.º 13, verificamos que o período pré-operatório é o que regista maior número de enumerações, com 40 no total, sendo 38 registos que traduzem satisfação e apenas 2 que revelam insatisfação em relação aos cuidados de enfermagem. As enumerações do período intra-operatório e do pós-operatório são pouco frequentes, correspondendo a 14 registos, sendo 8 no período intra-operatório e 6 no pós-operatório respetivamente. Destes registos, 9 revelam satisfação e 5 insatisfação.

**Gráfico 13 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação relativamente às competências humanas e relacionais, nos períodos pré, intra e pós-operatório**



A importância da informação, abordada no sentido da interligação enfermeiro/utente cirúrgico, preparando-o para a intervenção, é muito referenciada na bibliografia consultada.

A este propósito, Smith (2008) refere que os cuidados de enfermagem devem transmitir segurança, sendo importante fornecer informações compreensíveis e realizar cuidados com destreza, envolvendo o utente e respeitando as suas necessidades e sentimentos.

Santos et al. (2009) acrescentam, que as orientações e informações coerentes diminuem a insegurança das pessoas, proporcionando sucesso e satisfação no tratamento.

No atual estudo considerámos **“Explicação dos procedimentos técnicos”** toda a informação/explicação transmitida pelos enfermeiros ao utente, sobre os procedimentos técnicos que lhe foram prestados e qual o seu objetivo, no percurso perioperatório visando prepará-lo o melhor possível para a experiência cirúrgica.

Esta foi uma área valorizada pelas pessoas submetidas a cirurgia da catarata, o que vai de encontro à opinião dos autores anteriores. Foi a segunda categoria mais referenciada com 36 registos. A maioria das expressões dos participantes (23) revelou insatisfação, verificando-se apenas 13 enumerações para a satisfação.

Através da tabela e gráfico seguintes, verificámos que esta categoria foi abordada em cinco (5) momentos do período perioperatório: consulta externa (8 registos); sala de preparação pré-operatória (12 registos); zona de transfere (5 registos); sala operatória (6 registos) e UCPA (5 registos).

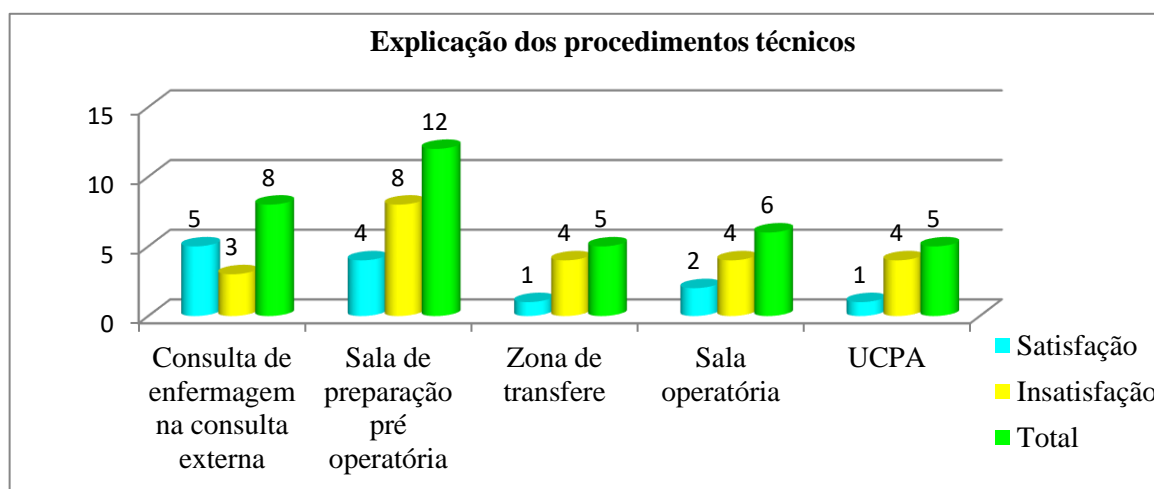
O período pré-operatório - na sala de preparação pré-operatória foi onde mais se evidenciou com 8 registos que transmitem insatisfação e apenas metade (4) satisfação. A maioria dos registos revelaram também insatisfação na zona de transfere, sala operatória e na UCPA, com 4 registos para cada momento. Na consulta de enfermagem (consulta externa) a maioria dos utentes considera-se satisfeito com a forma como foi esclarecido sobre os procedimentos.

Salientamos que a aquisição dos conhecimentos explicados pelos enfermeiros na fase pré-operatória foi seletiva, na medida em que alguns utentes referiram não necessitar de mais informação, outros referiram que se necessário questionavam nesse sentido, outros acrescentaram que não tinham capacidade para assimilar mais informação, nesse momento, devido o nervosismo inerente.

**Tabela 13 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação em relação à explicação dos procedimentos técnicos no percurso perioperatório**

Explicação dos procedimentos técnicos		Satisfação	Insatisfação	Total
Pré-operatório	Consulta de enfermagem na consulta externa	5	3	8
	Sala de preparação pré operatória	4	8	12
	Zona de transfere	1	4	5
Intra operatório	Sala operatória	2	4	6
Pós-operatório	UCPA	1	4	5
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>23</b>	<b>36</b>

**Gráfico 14 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação em relação à explicação dos procedimentos técnicos no percurso perioperatório**



Algumas expressões utilizadas pelos participantes retrataram a sua **insatisfação** em relação à explicação dos Enfermeiros no período perioperatório e das quais salientamos:

-“(...se me tivessem explicado), eu talvez ficava menos nervosa ou uma coisa assim, mas pronto...” (saxofone);

-“... eu não sabia que ele ia passar ali uma fita para prender a cabeça... que tava a levar um frasco de soro que não sei para que era...” (braguinha);

No entanto, como já referimos, embora em menos quantidade, houve expressões que transmitiram satisfação em relação à explicação dos procedimentos técnicos nos cuidados de enfermagem perioperatórios como por exemplo:

-“Fiz a dilatação da vista. Explicaram-me tudo. (colírios oftálmicos)” (flauta).

As competências em enfermagem têm sido alvo de interesse de diversos autores como Collière (1999), Hesbeen (2000), Benner (2001), Watson (2002) e Phaneuf (2005).

Collière (1999) considera que em qualquer profissão, a aquisição de competências decorre do domínio prévio de um conjunto organizado de conhecimentos. Há que ter em conta as fontes desses conhecimentos e o modo como se organizam e utilizam.

Na opinião de Rothrock (2008) a realização dos cuidados com base em evidências científicas é essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem. A falta desses conhecimentos põe em causa o procedimento cirúrgico, com implicações para o paciente e para toda a equipa cirúrgica.

Indo de encontro a estas opiniões definimos a categoria “**Qualidade no atendimento com a técnica utilizada**”, como uma prática de excelência executada pelo enfermeiro, que não se limite apenas à simples aplicação das técnicas aprendidas, mas também à prestação dos cuidados com arte, preservando a dignidade do utente submetido a cirurgia da catarata.

Esta categoria foi a terceira mais referenciada pelos participantes. A tabela e gráfico abaixo, refletem que foi referenciada em cinco momentos do período perioperatório com um total de 31 enumerações, sendo a maioria (29), expressões que demonstraram satisfação. Os valores apresentados na tabela seguinte revelaram, que o maior número de enumerações ocorreu na sala de preparação pré-operatória (10), seguindo-se o período intra operatório com 6 registos. Embora, em quantidade reduzida, foram encontradas duas expressões que revelaram insatisfação.

**Tabela 14 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação na “Qualidade no atendimento com a técnica utilizada “no percurso**

Qualidade no atendimento com a técnica utilizada		Satisfação	Insatisfação	Total
Pré-operatório	Consulta de enfermagem na consulta externa	2	0	2
	Sala de preparação pré operatória	10	1	11
	Zona de transfe	5	0	5
Intra-operatório	Sala operatória	6	1	7
Pós-operatório	UCPA	6	0	6
<b>Total</b>		<b>29</b>	<b>2</b>	<b>31</b>

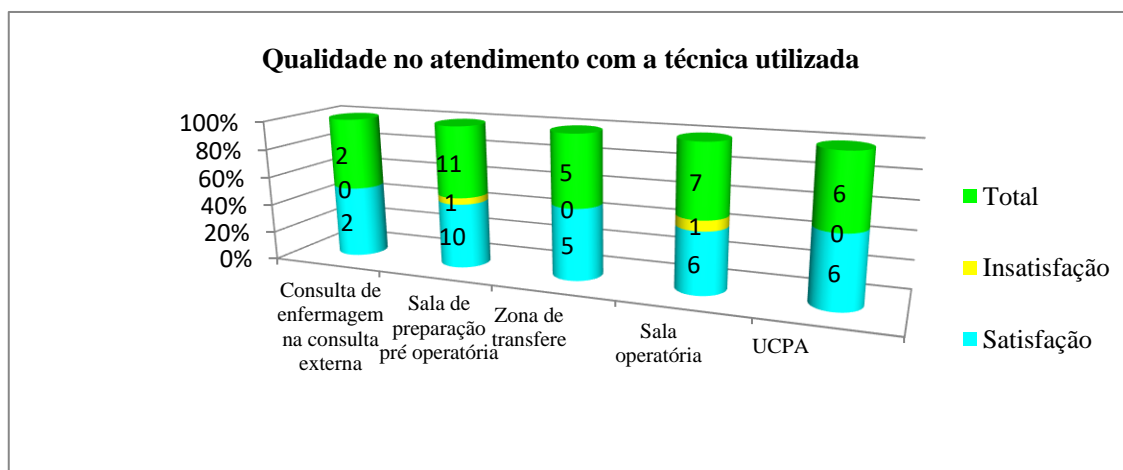
Das expressões referidas pela população entrevistada que evidenciaram **satisfação** para esta categoria, destacamos:

- “... a Enfermeira disse eu vou picá-la... mas vou fazer isto com muito cuidado, mas às vezes... não corre bem, ou dói mais, ou coisa...mas foi perfeito...trabalham muito, pôs tudo direitinho, primeiro foi o soro...” (flauta);

-“Essa Sra. Enfermeira é uma ...categoria. Nem sequer senti. Qualquer uma delas (enfermeiras). Todas me trataram bem” (oboé);

Nesta categoria salientaram a importância dos conhecimentos prévios relacionados com experiências cirúrgicas anteriores próprias ou de pessoas próximas.

**Gráfico 15 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação na “Qualidade no atendimento com a técnica utilizada” no percurso perioperatório.**



A identificação/apresentação do enfermeiro ao utente é parte integrante dos cuidados de enfermagem e contribui para que o utente consiga enfrentar e conviver nas diferentes etapas do percurso da cirurgia. As primeiras impressões de quem se depara com o ambiente desconhecido como é um hospital, podem ser determinantes para todo o percurso

de perioperatório. A este propósito Hesbeen (2000) refere que o enfermeiro deve proceder à sua apresentação e à apresentação sumária da geografia do serviço, assim como dos outros profissionais presentes. Ao acolher, como menciona o mesmo autor, é função do enfermeiro apresentar-se, indicando o seu nome e função e ceder tempo para sossegar o doente e acompanhante.

Com base no autor anterior, definimos **“Identificação/apresentação do Enfermeiro”** como alguns procedimentos e atitudes que o Enfermeiro deve adotar no sentido de proporcionar ao utente uma envolvência agradável de confiança, segurança e tranquilidade. Inclui a sua apresentação e identificação como Enfermeiro e verbalização do seu nome, assim como a explicação da composição da equipa multidisciplinar e respetivas cores dos fardamentos, através de uma comunicação eficaz e eficiente.

Das entrevistas realizadas, constatou-se, que no que concerne a esta categoria, foi das seis, a quarta mais referida e também a segunda onde predominam as referências negativas (16), sendo menos de um terço as que revelam satisfação (5).

Como podemos observar na tabela e gráfico, esta categoria, foi mencionada em cinco etapas do perioperatório, no entanto, foi no período pré-operatório, onde apresentou os únicos registos satisfatórios (um registo no momento da confirmação telefónica da data da cirurgia e 4 na sala de preparação pré-operatória), onde é notório um sentimento generalizado de bem-estar e confiança:

- “As Enf. também estiveram lá.” (flauta);
- “As enfermeiras disseram o nome e tudo” (piano);

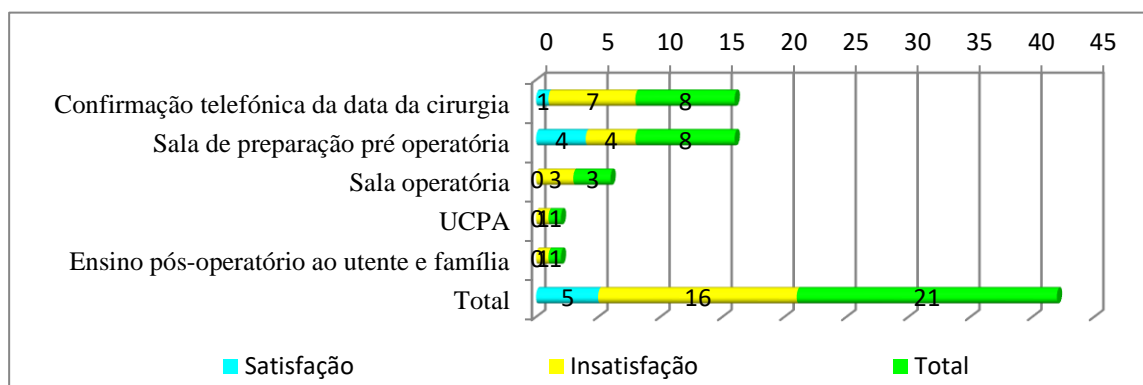
O maior número de expressões insatisfatórias registou-se na confirmação telefónica da data da cirurgia com 7 registos, seguindo-se na sala de preparação pré operatória com 4. Das expressões que revelaram **insatisfação**, as mais referenciadas referem-se ao fato do utente não saber qual o profissional que o estava a cuidar:

- “... eu vejo aquilo todas fardadas, eu sei lá se aquilo são enfermeiras, se o que é?” (fagote);
- “... não sei se era srs. doutores, se era enfermeiros. Só uma se identificou...” (tuba, violino).

**Tabela 15 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação na Identificação/ apresentação do Enfermeiro, no percurso perioperatório.**

Identificação/apresentação do Enfermeiro		Satisfação	Insatisfação	Total
Pré-operatório	Confirmação telefónica da data da cirurgia	1	7	8
	Sala de preparação pré operatória	4	4	8
Intra-operatório	Sala operatória	0	3	3
Pós-operatório	UCPA	0	1	1
	Ensino pós-operatório ao utente e família	0	1	1
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>16</b>	<b>21</b>

**Gráfico 16 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação Identificação/apresentação do Enfermeiro, no percurso perioperatório**



É sabido que, a informação eficaz, melhora a satisfação e reduz a ansiedade relacionada com a experiência da cirurgia. Dar informação à pessoa submetida a cirurgia da catarata é um dos aspetos que mais preocupa os Enfermeiros, na cirurgia de ambulatório. Na opinião de McEwen (2008), a responsabilidade da maior parte do atendimento pré e pós-operatório é assumida pelo paciente e familiar ou acompanhante. Nesta perspetiva, cabe à equipa de enfermagem, colaborar, comunicar com eficácia e preparar o utente e familiar/acompanhante, para os cuidados domiciliários, tornando possível a continuidade aos cuidados.

A categoria que se segue vai de encontro a este conceito tão importante na cirurgia ambulatorial. A “**Qualidade na informação transmitida**” foi definida para este estudo, como a arte de instruir o utente/pessoa significativa sobre todo o processo cirúrgico, o atendimento perioperatório bem como sobre os cuidados pós-operatórios a ter no domicílio onde irá recuperar totalmente da cirurgia sob o seu autocuidado e da pessoa significativa

Esta categoria revelou ter um peso importante, apenas em dois momentos distintos: no período pré-operatório, em que a informação é imprescindível e aquando da confirmação telefónica da data da cirurgia e no pós-operatório aquando das informações transmitidas no momento da alta, com um total de 14 registos. A satisfação predominou, com 10 referências que revelam satisfação e 4 insatisfação.

Salientamos que a informação dos procedimentos pré-operatórios a efetuar no domicílio, foi fornecida na consulta de enfermagem da consulta externa (quando realizada previamente), onde foi entregue um panfleto elucidativo. No que se refere à informação de comparência no serviço para ser operada, foi efetuada por via telefónica, pela funcionária administrativa da consulta externa.

Relativamente aos ensinamentos pré-operatórios foi dada pouca relevância. No que se refere ao momento de preparação para o regresso a casa, salientaram que as informações transmitidas foram reforçadas com um panfleto alusivo.

Podemos verificar através da tabela nº 16 e gráfico nº 17, que o maior número de unidades de enumeração (9) se verificou na altura do “ensino para preparação para alta”. Para o outro item “confirmação telefónica da data da cirurgia” registaram-se apenas 5 enumerações.

**Tabela 16 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação na “Qualidade na informação transmitida”, no percurso perioperatório.**

Qualidade na informação transmitida		Satisfação	Insatisfação	Total
Pré-operatório	Confirmação telefónica da data da cirurgia	3	2	5
Pós-operatório	Ensino pós-operatório ao utente e família	7	2	9
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>4</b>	<b>14</b>

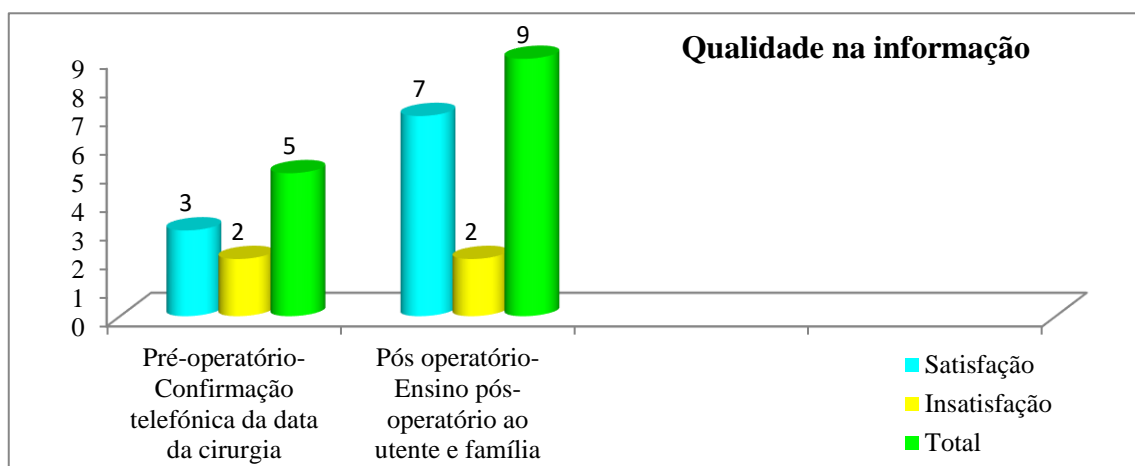
Das manifestações dos participantes que evidenciaram a satisfação destacamos:

-“... a Sra. Enf. teve me explicando para fazer isto e para fazer aquilo...fiquei satisfeito” (clarinete);

- “... correu tudo bem...também deram o papel com as coisas escritas... acho que foi tudo bem.” (guitarra).

**Gráfico 17 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação na “Qualidade na informação transmitida”, no percurso perioperatório.**

Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny – Goreti Timóteo



Finalmente e com menos evidência, a última categoria que emergiu das expressões da população em estudo, foi “o tempo de espera”.

Segundo Cardoen e Jeroen (2010), citado por Marinho (2012) o tempo de espera é um indicador de desempenho e pode ser avaliado em relação ao doente, ao tempo de espera do cirurgião e às horas extra da sala cirúrgica. Os autores acrescentam que existe uma relação entre o tempo desde a entrada e a saída do sistema após a obtenção de serviços, que condiciona o aumento ou redução dos montantes pré-estabelecidos pela instituição para cada procedimento cirúrgico.

A AESOP (2011) também refere, que o tempo de espera, é um indicador importante na gestão da despesa e redução de desperdícios no Bloco Operatório.

Norteados pelo exposto acima tivemos presente apenas a vertente da satisfação do utente e o pré-estabelecido pelo serviço onde se desenrola este estudo. Definimos como “**Tempo de espera**” o tempo que decorre desde a chegada do utente submetido a cirurgia da catarata na UCA e o momento do ensino pós-operatório.

A tabela seguinte e respetivo gráfico mostram que nesta categoria foram apenas efetuadas 7 referências, sendo a maioria (4), expressões que revelam insatisfação e 3 satisfação. Foi referida em dois momentos do período pré-operatório (no acolhimento e na sala de preparação pré-operatória), no intraoperatório e no pós-operatório (UCPA), conforme podemos observar na tabela e gráfico abaixo.

Das quatro manifestações que revelam **insatisfação** destacamos:

- No acolhimento - “...E eu tive lá sentada, à espera que me chamassem...” (fagote);
- Na sala operatória - “A gente demora muito tempo” (oboé);

Das três manifestações que revelam **satisfação** salientamos:

- “Entrei logo e já me puseram o soro” (guitarra);

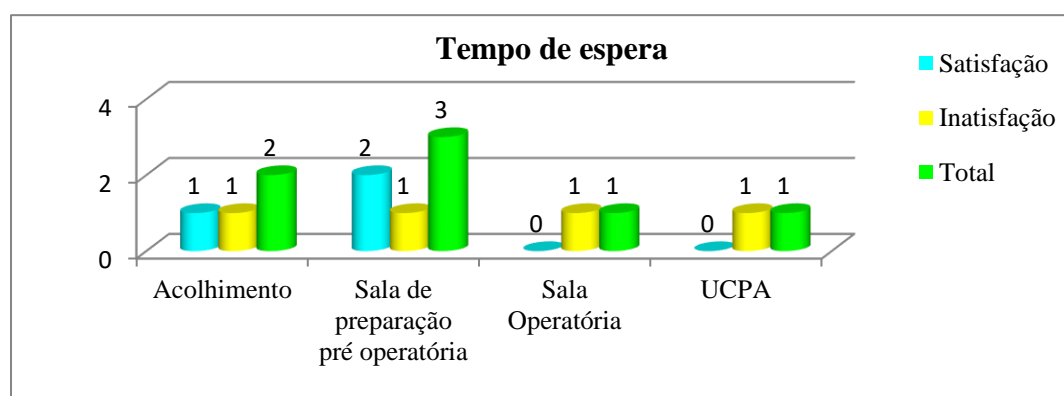
Dos registos apresentados na tabela e gráfico seguintes, notou-se a coexistência de uma posição de quase neutralidade que foi conotada como aspeto positivo. Esta posição ilustra não só uma postura de abstenção a comentários lesivos, mas, igualmente, uma atitude latente de não se querer envolver.

Salientámos o fato de um dos inquiridos referir que estava satisfeito relativamente ao tempo que aguardou na sala operatória e insatisfeito no tempo que permaneceu na sala de preparação pré-operatória, bem como na UCPA.

**Tabela 17 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação com o “Tempo de espera”, no percurso perioperatório.**

Tempo de espera		Satisfação	Insatisfação	Total
Pré-operatório	Acolhimento	1	1	2
	Sala de preparação pré operatória	2	1	3
Intra operatório	Sala Operatória	0	1	1
Pós-operatório	UCPA	0	1	1
<b>Total</b>		<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

**Gráfico 18 - Distribuição das unidades de enumeração que revelaram satisfação/insatisfação com o “Tempo de espera”, no percurso perioperatório.**



Finalizamos assim, a apresentação, análise e discussão dos dados face às questões de investigação formuladas inicialmente relevando as informações fornecidas pela análise e estabelecendo resultados, descritivos e gráficos, da população em estudo. Foi uma etapa crucial, que implicou a reflexão de todos os aspetos da investigação.

## **CONCLUSÃO**

A visão é um dos sentidos de maior relevância na interação da pessoa, com o ambiente físico, o que torna a cirurgia da catarata em regime ambulatorio um tema pertinente, pela sua elevada incidência e contributo na redução das listas de espera cirúrgicas de uma população cada vez mais idosa.

Sendo um importante indicador de qualidade dos serviços, a satisfação reflete, a opinião dos utilizadores na medida em que não poderá existir uma elevada qualidade dos cuidados de enfermagem se o utente estiver insatisfeito. Neste sentido, a satisfação dos utentes deve ser encarada como um guia orientador na conduta dos enfermeiros.

Cientes de que a investigação é um complemento do exercício profissional de enfermagem e contribui para o desenvolvimento da prática baseada na evidência e otimização dos resultados nos serviços de saúde, considerámos oportuna a realização deste trabalho.

Tratou-se de um estudo exploratório – descritivo, de nível I, quantitativo com análise qualitativa do conteúdo, cujos resultados se basearam nas expressões verbalizadas pelos participantes no estudo.

Como todo o estudo de investigação, este também passou por um processo complexo, desde as primeiras ideias até a sua conclusão, com a finalidade de poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do HNM, SESARAM EPE e conseqüentemente, para uma maior satisfação dos utentes aí intervencionados.

Na primeira fase efetuámos uma apreciação conceptual que compreendeu o enquadramento no domínio da pesquisa, as questões de investigação e a definição do problema. Descrevemos também estudos realizados neste domínio, segundo autores como: McGarvey et al. (2000), Ruiz et al (2008), Marques (2011), Freitas et al.(2013), Couto (2014), entre outros, para posteriormente confrontarmos com os deste estudo. Para a definição do quadro conceptual baseámo-nos em Harrison e Krachemer (1999), Collière (2003), AESOP (2006), Smith (2008), Rothrock (2008), Kansky e Bowling (2011), e outros autores, de forma a organizar ideias e conceitos e adquirirmos referências para a interpretação dos resultados.

Relativamente aos autores em que nos baseamos para a fase metodológica foram essencialmente: Ghiglione (1980), Fortin (2003), Charmaz (2006), Bardin (2008), Vala (2009), entre outros.

A amostra estudada foi constituída por 13 pessoas submetidas a cirurgia da catarata neste serviço, predominantemente do género feminino (53,8%) e com idade igual ou superior a 65 anos (76,9%). Mais de metade da amostra, (61,5 % são casados (as) /união de facto e a maior parte (38,5%) coabita com o cônjuge e filha/o (as/os). Quanto às habilitações literárias, a maioria (53,8%) não sabe ler nem escrever ou têm menos de 4 anos de escolaridade. Apesar dos participantes pertencerem maioritariamente à população idosa e a maioria (53,8%) ser reformada, (46,2%) da população ainda tem ocupação profissional e exercem cargos profissionais diversificados. A maior parte dos acompanhantes (46,1%), foram os filhos, nora ou genro e (7,7%) foram sós. Este dado não está em conformidade com a bibliografia consultada, uma vez que “ir acompanhado”, é um dos requisitos para os utentes operados em regime ambulatorio. Em relação à variável “Ajuda no regresso a casa”, 7,7% da população referiu não ter qualquer tipo de ajuda, sendo o próprio utente a se autocuidar, o que também não está em conformidade com a recomendação das boas práticas. A maioria dos participantes (84,6%) refere que esta foi a primeira vez que foi operado à catarata e 69,2% não tinham convivido com outras pessoas com a mesma situação.

No âmbito da variável de estudo, depois de explicado o processo de contato do utente com a instituição, a partir da análise do corpus das 13 entrevistas semiestruturadas efetuadas, apresentámos os dados relativos à satisfação da pessoa submetida a cirurgia da catarata, por categorias. Nas seis identificadas, encontramos 163 unidades de enumeração, das quais 107 revelaram satisfação e 56 insatisfação.

Da análise das entrevistas, concluímos que os participantes estão satisfeitos em relação às categorias: “Competências humanas e relacionais”, “Qualidade no atendimento com a técnica utilizada”, e com a “Qualidade na informação transmitida”, perfazendo um total de 86 registos. Esta evidência salientou-se comparando com as 16 enumerações que revelaram insatisfação nestas categorias.

O estudo revelou que os participantes estão insatisfeitos no que concerne a natureza das restantes categorias, ou seja: a “explicação dos procedimentos técnicos; a “Identificação/apresentação do profissional” e “Tempo de espera”, perfazendo um total de 43 registos. Apenas menos de metade (21) dos registos traduziram satisfação nestas categorias.

A categoria “Competências humanas e relacionais” foi a mais referenciada pelos participantes com 54 enumerações, sendo 47 as que transmitem satisfação e 7 insatisfação.

Foi enumerada em todos os momentos (8) do percurso perioperatório. No entanto, foi o período pré operatório que registou o maior número de enumerações, com 40 no total,

sendo 38 registos que traduzem satisfação e apenas 2 que revelam insatisfação em relação aos cuidados de enfermagem. As unidades de registo dos períodos intra e pós-operatório foram pouco frequentes, correspondendo a 14, sendo 8 no período intra-operatório e 6 no pós-operatório respetivamente. Destas unidades de registo, 9 revelam satisfação e 5 insatisfação.

A segunda categoria mais relevante foi a “Explicação dos procedimentos técnicos”, com 36 enumerações, em que a maioria (23) traduziu insatisfação, havendo apenas 13 unidades de registo que transmitiram a satisfação. Foi referida em 5 momentos do período perioperatório tendo sido na sala de preparação pré operatória onde mais se evidenciou, com 12 registos sendo 8 reveladores de insatisfação e metade (4) satisfação. Salientamos também, que de todas as categorias encontradas, esta é a que representa um maior número de registos que traduzem insatisfação.

Relativamente à “Qualidade no atendimento, com a técnica utilizada”, esta ocupou o terceiro lugar nas citações mais referenciadas pelos participantes, com 31 enumerações, sendo a maioria (29) expressões que demonstram satisfação e 2 insatisfação. O maior número de enumerações reveladoras de satisfação ocorreu na sala de preparação pré operatória com 10 as quais se referiram à qualidade no atendimento relativamente à avaliação dos sinais vitais e preparação física.

“A identificação/apresentação do enfermeiro” apesar de ser parte integrante dos cuidados de enfermagem e determinante para uma boa impressão de quem se depara com o ambiente desconhecido como é um hospital, foi das 6, a 4ª categoria mais referida. No entanto a segunda onde predominaram os registos que demonstram insatisfação. Os participantes referiram 16 unidades de registo sugestivas de insatisfação, sendo o total 21. Foi também mencionada em cinco etapas do perioperatório tendo sido, no período pré operatório, aquele que apresentou os únicos 5 registos satisfatórios.

O maior número de expressões insatisfatórias registou-se na confirmação telefónica da data da cirurgia, com 7 registos e na sala de preparação pré operatória com 4.

Pela bibliografia consultada verificámos que a “Qualidade na informação transmitida” é uma área muito significativa na cirurgia ambulatória, no entanto foi pouco referida pelos participantes, tendo sido expressa apenas nos dois momentos distintos do período pré operatório: confirmação telefónica da data da cirurgia e no pós-operatório aquando das informações transmitidas no momento da alta, com um total de 14 unidades de registo.

Finalmente, com menos evidência, a última categoria que emergiu das expressões da população em estudo, foi “o tempo de espera”, com 7 enumerações, sendo a maioria (4) expressões que revelaram insatisfação.

Consideramos que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos, na medida em que os resultados obtidos através da análise de conteúdo às entrevistas semiestruturadas permitiram descrever a satisfação dos participantes relativamente à variável em estudo.

Em função dos resultados deste estudo sugere-se a realização de um estudo sobre a satisfação dos cuidadores destes utentes, acerca das informações prestadas no pré operatório e na preparação para o regresso a casa. Seria também importante a implementação de um sistema de avaliação contínua sobre a qualidade dos serviços prestados, pela aplicação de um questionário aos doentes, após o regresso a casa.

Na prática de cuidados seria fundamental a implementação de uma consulta de enfermagem pré operatória, permitindo ao utente conhecer a unidade e a equipa, assim como receber informação verbal e escrita sobre a intervenção cirúrgica e o pré e pós-operatório.

No percurso da investigação e aquando do contacto com os participantes surgiram oportunidades únicas e momentos de reflexão e de aprendizagem, os quais contribuíram de uma maneira indescritível para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A escolha da técnica, da análise de conteúdo revelou-se adequada, embora difícil, dada a minha inexperiência na área, no entanto, considero que foi um desafio superado.

Na abrangência dos conceitos que suportaram o estudo, houve necessidade de uma pesquisa bibliográfica exaustiva, cuja síntese por vezes foi difícil.

O estudo já teve repercussões a nível pessoal pelo desenvolvimento de competências na área da investigação, nas áreas temáticas abordadas e no tema do estudo.

Do esforço sua realização resulta um trabalho, que acreditamos constituir uma mais-valia para a prática dos cuidados e sobretudo, para promover a satisfação dos utentes face aos mesmos, reconhecendo o enfermeiro, como um prestador de cuidados fundamental no seu percurso cirúrgico em Cirurgia Ambulatória.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J. S. (2011). *A informação Médica e tomada de decisão em cirurgias refractivas: o uso de recursos audiovisuais a dar suporte à escolha dos utentes*. (Tese de Doutoramento em Educação para obtenção de Grau de Doutor). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Associação Brasileira de Catarata e Cirurgia Refractiva. (2015). *Catarata e cirurgia refractiva*. Rio de Janeiro: Flamengo.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2001). *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. Loures: Lusociência.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Alves, M. P. (2009). *Avaliação e qualidade das organizações*. Lisboa: escolar.
- Alves, J. S. (2011). *A informação médica e a tomada de decisão em cirurgias refractivas: o uso de recursos audiovisuais a dar suporte à escolha dos utentes*. Apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Instituto de Ciências da Educação para obtenção de Grau de Doutor à em Educação. Lisboa.
- American Academy of Ophthalmology. (2011). *The Eye M.D.Association "Lens and cataract"*. Cingapura: San Francisco.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Cleary, P. D. (1996). Quality of health care: Part 2: Measuring quality of care. *The New England Journal of Medicine*.
- Brunner, L. & Suddart, D. (1994). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.

- Burden, N. (2000). The specialty of ambulatory surgery. In N. Burden, D. M. F. Quinn, D. O'Brien & B. S. G. Dawes (Coords.). *Ambulatory surgery nursing*. (2ª ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Cardoso, F. (2002). *Avaliação da qualidade dos serviços de urgência: Satisfação dos utentes*. (Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Cárnio, A. M., Cintra, F. A., Tonuss, J. A. G. (1995, jan - mar). Orientação pré-operatória pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial -relato de experiência. *R. Bras. Enferm. Brasília*. 48, (1), 39-45.
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, (14), 236-249.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A Primeira Arte da Vida* (2ª ed). Camarate: Lusociência.
- Correia, R. (2009/2010). *Inquérito de avaliação de qualidade e satisfação do utente do serviço de cirurgia de ambulatório do Hospital de Santo António*. (Artigo de Investigação de Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto, Porto.
- Couto, A. A. A. (2014). *Relatório de Estágio: A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatório). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- Cunha, E. N., Barreto, A. R. C, Costa, V. S, Patrícia, V. N. & Vieira, S. L. (2014). Ações da enfermagem no controle e tratamento da catarata. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(2), 407-415.

- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Boas práticas em oftalmologia: Elementos clínicos de avaliação e referência*. Lisboa: Autor.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), 1743-1748.
- Espiridão, M. & Trad, L. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 303-312.
- Filho, G. N. (1990). O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8(2), 59-64.
- Flório, M. C. S. & Galvão, C. M. (2003) Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de Enfermagem no período perioperatório. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 630-637.
- Fonseca, M. J. B. (2014). A influência do ensino pré-operatório de enfermagem na redução da ansiedade intra-operatória em cirurgia ambulatorial de extração da catarata. *Enfermagem*, 28-34.
- Freitas, J. S., Silva, A. E. B. C., Minamisava, R., Bezerra A. L. Q., & Sousa M. R. G. (2014). Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 454-460.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. (3ª ed). Loures: Lusociência.
- Gil, A. C. (1999). *Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Ghiglione, R., Beauvois J., Chabrol, C. & Thognon, A. (1980). *Manuel d'analyse de contenu*. Armand Colin, Editeur, 103 boulevard Saint Michel, Paris.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1985). *O Inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

- Harrison, A. R. & Krachemer, H. J. (1999). Anomalias do cristalino. In D. A. Palay & J. H. Krachemer (Eds.). *Princípios básicos de oftalmologia* (pp.86-93). Loures: Lusociência
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Kanski, J. & Bowling, B. (2011). *Clinical Ophtalmology: A systematic approach*. (7<sup>a</sup> ed.). USA: Elsevier.
- Joanne, H. (2009). Supporting patients undergoing cataract extration surgery. *Nursing Standard*, 24(14), 51 - 56.
- Leal, M. T. (2006). Cirurgia Ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 10(1), 67-74.
- Lemos, P. Jarrett, P. & Beverly (2006). *Day surgery development and practice*. Porto: Artes gráficas.
- Leininger, M. (2007). Critérios de avaliação e de crítica de estudos de investigação qualitativa. In J. M. Morse. *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa* (pp. 102-121). Coimbra: Formasau.
- Lopes, S. M. G. M. (2013). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na unidade de cuidados de saúde personalizados de Eiras*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990) *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Piaget.
- Manley, K. & Bellman. L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusodidacta.
- Marinho, L. M. J. (2012). *Gestão do Bloco Operatório*. (Projeto de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde). Universidade do Minho Escola de Economia e Gestão, Minho.

- Marques A. R. O. (2011). *Cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios em cirurgia ambulatória: Percepção dos doentes*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- McEwen, D. R. (2008). Cicatrização de feridas, curativos e drenos. In J. C. Rothrock (coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª ed.) (pp 228-245). Loures: Lusodidacta.
- McEwen, D. R. (2008). Cirurgia ambulatorial. In Jane C. Rothrock (Coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª Ed) (pp. 1047-1065). Loures: Lusodidacta.
- McGarvey, H. E., Chambers, M. G. A., & Boore, J. R. P. (2000). Development and definition of the role of the operating department nurse: A review. *Jornal of advance Nursing*. 32, (5), 1092-100.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Editora Manoir.
- Monteiro, J. M. L. (1991). Satisfação em saúde numa perspetiva da garantia da qualidade. *Boletim do Hospital de Bragança*, 1(2).
- Morse, H. M. (2007). *Aspectos essenciais da metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Organización Mundial de la Salud. (1984). *Estrategas para la prevenclon dela ceguera en programas. nacionales*. Ginebra: Autor.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico Mundial. (2011). Waiting times. In *Health in a glance: OECD Indicators*. Paris: OECD iLibrary. Doi: 10.1787/health\_glance-2011-en
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico Mundial. (2011). *A system of health accounts*. Paris: Autor.
- Oliveira A. M. (2010). *Vivências dos familiares em contexto de Cirurgia ambulatória a Família como suporte ao cuidar*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em

- Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, (16), p. 53-60.
- Palay, D. & Krachmer, J. (1999). *Principios Básicos de Oftalmologia*. Loures: [Lusociência.
- Palay, A. P. (1999). Diagnóstico Diferencial em Oftalmologia. In A. P. Palay & J. H. Krachmer (Eds.). *Princípios básicos de oftalmologia* (pp.23-35). Loures: Lusociência
- Pego, Z. M. S. C. M. (1998). Qualidade dos Serviços de Urgência: A Perspectiva dos Utentes. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde). Universidade de Coimbra - Faculdade de Economia, Coimbra.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto T. V., Araújo I. E. M, & Gallani M. C. B. J. (2005). Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 13(2), 208-215.
- Pisco, L. & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários [Volume Temático]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (2), 75-82.
- Pitrez, F. A.& Pioner, S. R. (1999). O paciente cirúrgico e sua abordagem. In F. Pirtez & S. Pioner (Coords.). *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada* (pp. 17-22). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B.(2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D. & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (7ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (30 jan. 2009). Portaria nº132/2009. *Diário da República, nº 21, I Série*
- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional. (2009). Quadro Nacional de Qualificação. Lisboa: Autor. Disponível em <http://www.catalogo.anqep.gov.pt/Home/QNQ>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998) Manual de investigação em ciências sociais. (2ªed.). Lisboa: Gradiva.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Autor
- Reimer, T. T., Soroman, B., Peters, J., & Waterman, J. E. (2007) Equipas de Investigação: Possibilidades e dificuldades na investigação qualitativa em colacoração. In J.M. Morse (Ed.). *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa* (pp. 311-324). Coimbra: Formasau.
- Rothrock, J. C. (2008). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In Jane C. Rothrock (coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª ed.) (pp 01-14).. Loures, Lusodidacta.
- Rothrock, J. C. (2008). Segurança do paciente e do ambiente. In Jane C. Rothrock (Coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª ed.) (pp 15-42). Loures: Lusodidacta.
- Ruiz M. N. S., Silvestre M. C. & Andonegui J. (2008 septiembre-diciembre). Concordancia oftalmólogo-enfermera en la primera exploración postquirúrgica de la cirugía de cataratas. *An. Sist. Sanit. Navar.* 31, (nº 3). 241-246.
- Santos, G. M. M. (2009). Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória. Dissertação apresentada à Universidade de Trás os Montes e Alto Douro para obtenção do grau de mestre em Gestão de Serviços de Saúde. Vila Real.

- Sepúlveda, M. R. (1998). A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na Sã Vida, Medicina Apoiada, S.A. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16(4), 33-55.
- Smith S.C. (2008). Cirurgia Oftálmica. In J. C. Rothrock (Coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (pp 585-629). (13ª Ed). Loures, Lusodidacta.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2ª ed.) Loures: Lusociência.
- Vala, J. (2009). Análise de Conteúdo. In: A. S. Silva & J. M. Pinto. *Metodologia das Ciências Sociais* (15ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W.R. & Davies, A.R. (1983). *Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning*. Ann Arbor, 6, 247-263.
- Watson, J. (1985). *The Philosophy and Science of Caring Nursing*. Boulder: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

## **OUTRA BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE**

Bilbao, M. (2005). Enfermeiro Instrumentista: Sim ou Não? *Revista Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações*, 4(18), 7-12.

Jesus, E. (2006). *A decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Lemos, P. (1998). Indicações e vantagens da cirurgia ambulatória. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, (9), 104-113.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Desenvolvimento profissional: Certificação de competências: Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (26), 4-8 .

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Modelo de desenvolvimento profissional fundamentos: Processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Autor.

Souza N. V. & Rodrigues M. L.V. (1992). Opacificações dos meios oculares. In M.L.V. Rodrigues(Org). *Oftalmologia para alunos de graduação em medicina* (pp. 61-66). Ribeirão Preto: Legis Summa.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – GUIÃO DA ENTREVISTA ÀS/AOS UTENTES**

Nos últimos dias foi intervencionado à cirurgia da catarata, no serviço de cirurgia de ambulatório do Hospital Dr. Nélío Mendonça, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira EPE (SESARAM, EPE), onde foi cuidado por Enfermeiros.

Solicito-lhe que me fale sobre os aspetos que o/a deixou mais satisfeito/a no atendimento dos Enfermeiros, por exemplo:

- Na preparação para a cirurgia na consulta externa
- No acolhimento no dia da cirurgia
- Na preparação pré-operatória no dia da cirurgia
- Durante a intervenção cirúrgica
- Após a intervenção cirúrgica

Solicito-lhe agora que me fale sobre os aspetos que o/a deixou menos satisfeito/a ou insatisfeito/a no atendimento dos Enfermeiros, por exemplo:

- Na preparação para a cirurgia na consulta externa
- No acolhimento no dia da cirurgia
- Na preparação pré-operatória no dia da cirurgia
- Durante a intervenção cirúrgica
- Após a intervenção cirúrgica

### **Dados de caracterização do participante**

Idade \_\_\_\_\_

Género \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Coabitação \_\_\_\_\_

Habilitações literárias \_\_\_\_\_

Profissão /ocupação \_\_\_\_\_

Quem o acompanhou \_\_\_\_\_

É a primeira vez que vai ser operado à catarata \_\_\_\_\_

Quem vai ajudá-lo quando regressar a casa \_\_\_\_\_

Já conviveu com alguém com a mesma situação \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA A RECOLHA DE DADOS**

Ex.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Presidente  
do Conselho de Administração do  
Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

Maria Goreti de Freitas Timóteo, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, a exercer funções no Serviço de Cirurgia de Ambulatório, do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), aluna do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, no âmbito do seu Relatório Final de mestrado, vem mui respeitosamente, solicitar a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> a autorização para proceder à recolha de informação para a consecução do seu projeto de Investigação sobre o tema: “Enfermagem perioperatória na cirurgia da catarata- satisfação do utente”.

A Orientadora do projeto é a Professora Doutora Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt Jesus.

A recolha será efetuada a partir de uma entrevista semi estruturada, cujo guião se encontra no anexo I. Os participantes são os utentes com idade igual ou superior a 18 anos, intervencionados à cirurgia da catarata, no serviço de Cirurgia de Ambulatório do serviço de cirurgia de ambulatório, do Hospital Dr. Nélio Mendonça, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), que aceitem participar livremente no estudo.

Tendo em consideração os princípios éticos, comprometo-me a respeitar o direito à autodeterminação dos participantes, ao anonimato e à confidencialidade dos dados colhidos. Os participantes serão devidamente informados sobre a natureza do estudo e dos cuidados éticos, que serão desenvolvidos ao longo do estudo, no sentido de respeitar os seus direitos e ser-lhes-á pedido consentimento escrito para participar no estudo (Anexo II).

Certa do vosso reconhecimento acerca do contributo deste estudo para a melhoria contínua dos Cuidados de Enfermagem na RAM,

Subscrevo-me mui respeitosamente  
Maria Goreti de Freitas Timóteo

Funchal, 04 de Maio de 2016

## **APÊNDICE C – REQUISITOS SOLICITADOS PELA COMISSÃO DE ÉTICA**

### **APÊNDICE C1 – SÍNTESE DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO ENVIADO À COMISSÃO DE ÉTICA**

<b>PREVISIVEL ÍNDICE GERAL DO ESTUDO</b>
<b>0 – INTRODUÇÃO</b> <b>1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA</b> <b>2- REVISÃO DA LITERATURA</b> <b>3- QUADRO DE REFERÊNCIA</b> <b>3.1- Catarata</b> 3.1.1- Estrutura anatómica e fisiológica do cristalino 3.1.2- Fisiopatologia da catarata 3.1.3- Etiologia/sintomatologia/fatores de risco <b>3.2- - Cirurgia em regime ambulatorio</b> 3.2.1- Cirurgia da catarata 3.2.1.1- Facoemulsificação <b>3.3 - Enfermagem perioperatória</b> 3.3.1- Cuidados de enfermagem pré-operatórios 3.3.2- Cuidados de enfermagem intra-operatórios 3.3.3 - Cuidados de enfermagem pós-operatórios <b>3.4 - Satisfação do utente</b> 3.4.1- Evolução e Conceitos 3.4.2- Métodos e técnicas para avaliação da satisfação <b>4 - METODOLOGIA</b> <b>4.1-Tipo de estudo</b> <b>4.2- População /amostra</b> <b>4.3- Variáveis</b> <b>4.4 – Instrumento de colheita de dados</b> 4.4.1 – Entrevista semi estruturada <b>4.5 – Aspectos éticos</b> <b>4.6- Tratamento dos dados</b> <b>5- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> <b>6-CONCLUSÃO</b> <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> <b>APÊNDICES</b> <b>ANEXOS</b>
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b>

Vários estudos científicos associam a expansão da cirurgia da catarata em regime ambulatorio, aos avanços das tecnologias e dos instrumentos cirúrgicos, possibilitando intervenções cirúrgicas menos invasivas, mais rápidas e económicas, e mais seguras.

Segundo McEwen (2008), a preferência pela cirurgia ambulatoria proporcionou à enfermagem oportunidades e alternativas para mudar a sua prática tradicional, permitindo uma evolução significativa na enfermagem perioperatória.

O ato de Cuidar, à luz da Enfermagem, envolve aspetos científicos, de interação e desenvolvimento humano. A satisfação do utente em relação aos cuidados de enfermagem constitui uma realidade pertinente e actual, na medida em que a perspectiva do utente é indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde.

A este propósito, a Ordem dos Enfermeiros OE (2005), defende que “a satisfação dos utentes/clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador de qualidade dos cuidados prestados” (p.53-60). A avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem é uma forma de envolver o utente, permitindo a sua opinião sobre os cuidados que lhe são prestados, tendo como pressuposto que é o centro de todas as estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nesta sequência e como enfermeira a exercer funções na unidade de Cirurgia Ambulatoria, do hospital Dr. Nélio Mendonça da RAM e estudante do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Medico Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, estou a desenvolver este estudo de Investigação, no âmbito do meu Relatório Final de mestrado, sobre o tema “Enfermagem perioperatória na cirurgia da catarata- satisfação do utente”.

Na pesquisa bibliográfica efetuada através da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo, entre 1995 a 2015, foram consultados alguns trabalhos de investigação. Efetuou-se uma seleção daqueles, cujo conteúdo se revelou ir de encontro à nossa preocupação, utilizando os descritores: Catarata; Cirurgia Ambulatorial; Enfermagem e Satisfação do utente, de forma a nos basearmos em fatos semelhantes, já estudados.

Na análise dos estudos que se efetuou, verificou-se que a satisfação em relação aos cuidados de enfermagem é uma área muito estudada, tanto na perspectiva

do utente, como na do acompanhante. Apesar de não termos encontrado estudos sobre a satisfação do utente submetido a cirurgia da catarata relativamente aos cuidados de enfermagem perioperatórios, pela síntese da revisão de literatura, verifica-se que é preocupação dos Enfermeiros melhorar cada vez mais a qualidade do seu desempenho.

Após a síntese da opinião dos vários autores e a realidade vivenciada no quotidiano da minha atividade profissional, pretendo saber a perspetiva do utente perante este fenómeno.

Atendendo a que o estudo está direcionado para a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem perioperatórios em contexto da cirurgia da catarata em regime ambulatorio, pretende-se conhecer a satisfação/insatisfação dos utentes deste serviço, relativamente aos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Assim, identificada a satisfação/insatisfação dos utentes participantes neste estudo, os cuidados de enfermagem perioperatórios terão condições para um aperfeiçoamento cada vez maior.

## **METODOLOGIA**

**OBJETIVO:** “Conhecer a satisfação dos utentes intervencionados a cirurgia da catarata, no serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE, em relação aos cuidados de Enfermagem Perioperatórios.

**DESENHO:** Trata-se de um estudo, qualitativo, exploratório – descritivo, de nível I.

**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS:** A recolha será efetuada a partir de uma entrevista semiestruturada, cujo guião se encontra no anexo I.

**AMOSTRA/CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Estima-se que a amostra, dada a natureza qualitativa do estudo, será constituída por 12 participantes, que são os utentes com idade igual ou superior a 18 anos intervencionados à catarata, no serviço de Cirurgia de Ambulatório do serviço de cirurgia de ambulatório, do Hospital, Dr. Nélio Mendonça, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), que aceitem participar livremente no estudo. A recolha será efetuada entre junho e Julho de 2016.

**ASPETOS ÉTICOS:** Tendo em consideração os princípios éticos, comprometo-me a respeitar o direito à autodeterminação dos participantes, ao anonimato e à confidencialidade dos dados colhidos. Os participantes serão devidamente informados sobre a natureza do estudo e dos cuidados éticos, que serão considerados ao longo do estudo, no sentido de respeitar os seus direitos e ser-lhes-á pedido consentimento escrito para participar no estudo (Anexo II).

**TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS:** Os dados serão tratados com recurso à técnica da análise de conteúdo para a variável em estudo: Satisfação dos doentes submetidos a cirurgia da catarata em regime ambulatorio face aos cuidados de Enfermagem e através da estatística descritiva para as variáveis de caracterização.

**DIVULGAÇÃO DOS DADOS:** Após a conclusão do estudo e respetiva discussão pública, será entregue um exemplar do estudo ao SESARAM.

## BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE

American Academy of Ophthalmology the Eye M. D. Association (2011) – *Lens and Cataract*. Section 11, Singapore

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2006, *Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*, Lusodidacta, Loures.

Fortin, M. F. (2003). - *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa:

Lusociência, 388p.

Gil, António Carlos (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (3ª ed.). São Paulo:

Atlas.

Jack J. K. (2011) *Clinical Ophthalmology: a Systematic Approach* (7ª ed.). Elsevier Saunders.

Lessard-Hébert, M.; Goyette, G. & Boutin, G. (1990) *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Piaget

McEwen D. R. (2008). Cirurgia Ambulatorial. In Jane C. Rothrock (coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* 13ª Edição. Loures, Lusodidacta (p.

1047-1065).

Ordem dos Enfermeiros. *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem.*

Lisboa. Nº 16 (Mar. 2005), p. 53-60.

Reimer, T.T., Soroman, B., Peters, J. Waterman, J. E. (2007) Equipas de Investigação:

Possibilidades e dificuldades na investigação qualitativa em colocação. In Morse,

J.M. (Ed.), *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*, (P. 311-

324), Coimbra: Formasau

Rothrock, J. C. (2008). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. in Jane C.

Rothrock (coord.). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. (13ª ed).

Loures, Lusodidacta (01-14).

Palay, A. P. (Ed). (1999). Diagnóstico Diferencial em Oftalmologia. In D.A Palay &

J.H.Kracheimer (Eds.), *Princípios básicos de oftalmologia* (pp.23-35).

Lusociência

Edições técnicas e científicas, Lda. Rua Diário Canas,5-A 2670-427 Loures.

## ANEXOS

Anexo I- Guião de entrevista semi estruturada

Anexo II- Consentimento Informado e Esclarecido do doente

## **APÊNDICE C2 – PARECER DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO DE CIRURGIA DO AMBULATÓRIO DO SESARAM SOBRE O ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Na qualidade de Responsável do Serviço de Cirurgia do Ambulatório do SESARAM EPE, tomei conhecimento do estudo **“Enfermagem Perioperatória na cirurgia da catarata: Satisfação do Utente”**, o qual será desenvolvido pela Enfermeira Goreti Timóteo no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S José de Cluny.

Considero que esta investigação será uma mais-valia para a saúde da RAM, pois contribuirá não só para avaliar a satisfação dos doentes submetidos a cirurgia da catarata em regime de ambulatório face aos cuidados de enfermagem recebidos e identificar eventuais insatisfações com os mesmos, como também contribuirá para a implementação das melhores práticas.

Funchal, 17 de Maio de 2016

O Diretor de Serviço

---

Aires Teixeira

## **APÊNDICE C3 – PARECER DO DIRETOR DO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA DO SESARAM SOBRE O ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Na qualidade de Diretor do Serviço de Oftalmologia do SESARAM, tomei conhecimento do estudo **“Enfermagem Perioperatória na cirurgia da catarata: Satisfação do Utente”**, o qual será desenvolvido pela Enfermeira Goretí Timóteo no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S José de Cluny.

Considero que esta investigação será uma mais-valia para a saúde da RAM, pois contribuirá não só para avaliar a satisfação dos doentes submetidos a cirurgia da catarata em regime de ambulatório face aos cuidados de enfermagem recebidos e identificar eventuais insatisfações com os mesmos, como também contribuirá para a implementação das melhores práticas.

Funchal, 29 de Abril de 2016

O Diretor de Serviço

---

Sandra Moniz

## **APÊNDICE C 4 – PARECER DA ENFERMEIRA DIRETORA DO SESARAM SOBRE O ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Na qualidade de Enfermeira Diretora do SESARAM, tomei conhecimento do estudo **“Enfermagem Perioperatória na cirurgia da catarata: Satisfação do Utente”**, o qual será desenvolvido pela Enfermeira Goreti Timóteo no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S José de Cluny.

Considero que esta investigação será uma mais-valia, na medida em que a Enfermeira Goreti Timóteo desempenha funções na cirurgia do ambulatório. Assim ao avaliar a satisfação dos doentes submetidos a cirurgia da catarata em regime de ambulatório face aos cuidados de enfermagem recebidos e identificar eventuais insatisfações com os mesmos, poderá contribuir para a melhoria contínua dos cuidados a estes doentes através da própria sensibilização dos colegas ou da implementação de protocolos de atuação e no sentido das boas práticas.

Funchal, 29 de Abril de 2016

A Enfermeira Diretora

---

Luísa Baeta

## APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

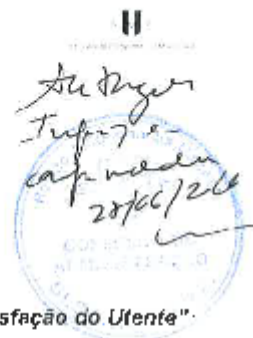


(CES/ SESARAM, EPE)

PARECER nº 17/2016

Sobre o Pedido/Estudo:

*"Enfermagem Perioperatória na Cirurgia da Catarata – Satisfação do Utente"*



### A – RELATÓRIO

- A.1** A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento Nº 21 de 2016 pedido submetido pela Enfª Goreti Trmóteo, enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, para realizar projecto de investigação sobre *"Enfermagem Perioperatória na Cirurgia da Catarata – Satisfação do Utente"*. Trata-se de um projecto de um trabalho de mestrado em enfermagem Médico Cirúrgica, pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, sob a orientação da Professora Doutora Marla Merícia Jesus e que pretende conhecer a satisfação dos utentes intervencionados a cirurgia da catarata, no Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça.
- A.2** O documento em análise é constituído por, ofício dirigido ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E1670245) datado de 04 de Maio de 2016, que inclui questionário de submissão, projecto de investigação, guião da entrevista, consentimento informado, termo da orientadora, parecer do director do serviço, da direcção de enfermagem e do coordenador da unidade de cirurgia de ambulatório (E1676994)
- A.3** Trata-se de um estudo observacional a ser aplicado na Cirurgia de Ambulatório, e que pretende avaliar a satisfação dos doentes submetidos a cirurgia da catarata, face aos cuidados de enfermagem recebidos e identificar eventuais insatisfações com os mesmos, contribuindo para implementação das melhores práticas. A recolha de informação será efectuada a partir de uma entrevista semiestruturada e áudio gravada, no dia da consulta médica pós operatória programada, a participantes com idade igual ou superior a 18 anos. As questões colocadas

## **APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO**

Investigadora: Maria Goreti de Freitas Timóteo

Instituição: Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

Orientadora: Professora Doutora Maria Mercia Gouveia Rodrigues Bettencourt Jesus

Projeto: “Enfermagem perioperatória na cirurgia da catarata – satisfação do utente”

### Parte I

Exerço a minha atividade profissional como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica neste serviço (Cirurgia de Ambulatório, do Hospital Dr. Nélio Mendonça, (SESARAM, EPE)).

Estou a realizar um projeto de Investigação no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, que tem como objetivo geral conhecer a satisfação com os cuidados de enfermagem perioperatórios que lhes são prestados.

Optei por recorrer a si, por ser uma pessoa adulta, operada recentemente à catarata neste serviço. Pedirei que me fale de como decorreu o processo desde a preparação para a cirurgia, até a sua saída do serviço e a sua satisfação ou não. Também necessito que me autorize a gravar o seu testemunho.

A sua participação neste estudo é voluntária e poderá desistir, a qualquer momento, se assim o desejar, sem sofrer qualquer prejuízo.

Toda a informação será confidencial, pelo que o seu nome não será utilizado em qualquer momento.

Pensamos que o seu contributo poderá ajudar os Enfermeiros a compreenderem melhor a situação dos utentes operados à cirurgia da catarata neste serviço, de forma a melhorar, cada vez mais, os cuidados de Enfermagem.

Este estudo foi aceite pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e aprovado pelo Conselho de Administração do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE).

## Parte II

Declaro que fui devidamente informado(a) da natureza e finalidade do estudo acima descrito, realizado pela Enfermeira Maria Goreti de Freitas Timóteo e que tive a oportunidade de colocar questões julgadas pertinentes tendo ficado satisfeito/a com as respostas facultadas.

Aceito participar de livre vontade no estudo e tenho conhecimento de que posso suspender a minha participação em qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo nos cuidados de Enfermagem que possa vir a precisar.

Disponibilizamo-nos para o esclarecimento de qualquer dúvida através dos telefones 917808963 ou 291966268.

---

(Assinatura do participante)

---

(Data)

## APÊNDICE F – EXEMPLO DE UMA ENTREVISTA REALIZADA

Entrevista cinco (flauta); Áudio: I (000 21); Data: 28-06-2016; Local: Gabinete de consultas da consulta externa nº 28 – Oftalmologia.

Estou a fazer um estudo de investigação, no âmbito do curso de Mestrado que estou a realizar cujo objetivo é conhecer a satisfação dos doentes em relação aos cuidados de enfermagem perioperatórios, isto é, os cuidados prestados pelo Enfermeiro antes, durante e após a cirurgia. Para isso tenho de fazer esta entrevista (... min 00:39)

Sim. Mas eu não tenho muito para dizer.

Mas depois eu vou perguntando....

Sim, eu fui operada a um quisto e foi muito bem tratada...

Mas eu queria saber só em relação ao serviço onde foi operada na sexta-feira (... min 01:27). Qual é a sua satisfação em relação à forma como foi contactada, quando foi para vir fazer a cirurgia? Quando telefonaram para casa, antes de vir fazer a cirurgia? Como foi, e como é que se sentiu, satisfeita, ou não?

Eu, nem sei explicar...

Sabe quem lhe telefonou? Se foi um Enf, se foi ...

Foi uma (01:58). Não se identificou.

Enão acha que se tivessem se identificado, não se sentiria mais satisfeita?

Ela foi muito simpática, e foi muito rápida, eu também tava a me despachar para...

E ficou esclarecida com o que lhe disseram que vinha fazer aqui?

O que ela disse é que tinha consulta para preparação...

Para a cirurgia...

Ela não falou na cirurgia. Falou para vir aqui fazer testes. Exames.

Foi contactado e veio aqui. Nesse dia como é que se sentiu em relação aos cuidados de enfermagem?

Senti-me muito bem, Fiz a dilatação da vista.

Explicaram ...

Explicaram. Explicaram-me tudo, viram se o olho estava em condições de ser operada...

Não. Aqui. No dia da consulta.

Ah, no dia da consulta. A Sra. Dra.... sabe, eu não sabia... pensava que era por causa dos exames. E a Sra. Dra., depois de eu fazer esses exames todos, disse-me assim: Vai

ser operada amanhã. Não me diga. Eu vou-lhe dar muitos, beijos, eu fiquei radiante e feliz. Sabe porquê? Porque eu não via de um olho, e fiquei maravilhada.

Mas isso foi em relação à Sra. Dra. E as minhas colegas? Como é que...

As suas colegas, não há nada a dizer. Todas....

Deram-lhe aquela esponja para tomar banho....

Sim. Deram a esponjas que era o desinfetante para eu trazer, fiz isso tudo, foi muito bem atendida. Olhe, a parte humana do hospital, está cada ficando vez melhor.

E o que é que a deixou menos satisfeita, ou insatisfeita? Então ficou muito satisfeita em tudo, em relação aos cuidados de enfermagem antes da cirurgia, aqui neste serviço?

Sim, satisfeítíssima, eu tava preparada. Eu tava desejando de ser operada.

Isso foi num dia, e depois ser operada lá em cima. Quando chegou ao serviço, como...

Calma. Tranquila, porque eu tava à espera disto...não tava cheia de nervos, nada. Eu cheguei, perguntei onde era, disseram-me a sala, e lá estava mais pessoas, também à espera, para serem operadas. E eu tive lá sentada, à espera que me chamassem, foi a última, sempre calma, sempre tranquila, e portei-me muito bem como a Sra. Dra. disse, na operação. Porque o meu grande desejo era ver. Eu tava...

Não se importava se fosse bem cuidada ...

Fui bem tratada.

Naquela sala onde fizeram (...min 05:40). Antes de entrar para a sala, foi com um familiar seu perguntaram se tinha doenças, se tinha alergias...não fizeram isso?

Já tinham feito isso antes.

Depois de vestir a roupa do hospital, entrou numa sala onde puseram o soro, e...

E ela veio se apresentando, a Dra. apresentou-se como minha anestesista.

E as Enf? Apresentaram-se?

E as Enf. também estiveram lá.

Disseram o nome? As Enf.

Não. Sabe o que é (...min 06:15)

Mas elas não disseram o nome?

Susana

Mas essa Sra., não é Enf. é AO.

Ah

E o quero saber dos Enfermeiros. O meu trabalho, é sobre os enfermeiros.

Ah, é só dos Enfermeiros, estava lá um rapaz novo, que não consigo saber se...

Não estou a dizer nessa sala, na outra fora?

Não tinha, quando eu cheguei, lá a secretária estava vazia, a auxiliar não estava, e eu esperei o tempo que tinha de esperar ali.

Depois na sala quando lhe puseram o soro...

Sim. Tava lá também um Sr a ser preparado, para ir logo a seguir. E eu estava ali para ir depois de ele ser operado, para eu ser operada. A seguir era eu. Ele estava...

Primeiro. É a Segunda vez que a Sra. F, foi operada da vista aqui?

Sim. As Enf. lá, quando puseram o soro, explicaram qual era a posição que devia ficar na sala...A posição que ...explicaram tudo. Que não devia de me deitar, para o olho que foi operado...

Estou a dizer, dentro da sala operatória, na hora de ser operada, é colocado um adesivo para fixar a cabeça...

Sim, sim...

Antes de entrar para a sala, explicaram que não podia mexer com a cabeça...

Não

As minhas colegas explicaram?

Não. Sabe porquê?

E não acha que deviam explicar?

Sim. Eu tão ansiosa que estava, eu fazia tudo direitinho. A Dra., já S. tava no final, ela disse, foi bom, se disse, foi bom, e foi bom estarmos sós, e ela disse, portou-se lindamente...

Mas...

A Dra. disse, mantenha-se nesta posição, com a cabeça direitinha, sim, e não mexa a cabeça, que vamos começar a cirurgia.

Mas não acha que se fora, tivessem explicado como é que ia ficar exatamente, que era melhor para si, para se sentir menos nervosa e mais confortável, quando chegasse à sala ...

Sabe... eu já estou numa fase da minha vida, muito habituada a, a... se calhar foi com a pessoa errada que veio fazer a entrevista.

Não...

Eu já estou muito habituada a tratamentos e a sofrer...

A sofrer! É uma guerreira!

É isso, uma guerreira, e também, a tratar. Meu marido também morreu com cancro e eu é que tratei. Até bloqueie as minhas lágrimas, que não conseguia chorar. Já estava, eu ia ao hospital, sempre só, e portanto eu já estava numa fase, em que só o queria ver ( ... min 09:49).

Mas então, dentro da sala operatória, na altura que estava operada, com aquelas luzes por cima e tudo o resto, porque já vi que para trás a Sra. está satisfeita. Não é assim?

Sim, sim.

Não tem nada de menos satisfeito que possa...

Não.

É que a sua opinião é muito importante...

Sim, sim, sim. Eu penso que tão a melhorar cada vez mais, os espaços que já fizeram, que não tínhamos isto.

Pois, eu estou a dizer em relação aos cuidados de enfermagem...

Em relação aos cuidados... sabe, eu praticamente não via nada...

Na altura em que estava a ser operada, ou antes?

Não. Antes. Eu não via quase nada, portanto, eu não podia fazer perguntas, não podia...

Mais uma razão para as minhas colegas se apresentarem, e falarem...

Mas elas vinham sempre...mas sabe, naquela ocasião a gente, não fixa. Elas até podiam ter dito.

Mas não se lembra...

Mas sabe o que é, aquela atarantação toda e eu também não via, não...

Naquela altura, o que mais desejava era ver...

Sim eu queria era ver. Mas se eu visse, eu perguntava (...min 11:00). E o pessoal de enfermagem, pessoal muito atencioso, trabalham muito, pôs tudo direitinho, primeiro foi o soro, juntamente com a anestesia. Os outros Srs., que tavam lá também. Ela, dispa-se e coisa, tirou-me os sapatos, até que a Enf, ou Enf, chegou lá, atacou os sapatos, e disse, não faça...cuidados, muito muito, muito.

Dentro da sala operatória, sabe quantos Enf. estavam? Os Enf. identificaram-se? Uma vez que não via, teve noção, na forma como as pessoas falavam, de quantas pessoas estavam lá?

Uns três.

São três. Dois de ...

E um rapaz.

Sim (...min 12:14)

Também a Dra. anestesista. Ela veio se apresentar...

Mas está a ver, ela veio se apresentar...

Não, elas ampararam-me. Disseram, venha para aqui, vai ter que tirar a sua roupinha, tire ali, o que não puder diga-me...

Mas isso não era uma Enf, era uma AO?

Sim. Mas não tenho nada a dizer. Não.

Na sala correu tudo bem, depois veio para o recobro, não foi?

No recobro.

Diga alguma coisa!..

Teve lá sempre...porque foi a ultima, e tive lá bem. Sozinha, mas sem sentir sintomas nenhuns, nem...

Sentiu que os Enf. estavam lá presentes se precisasse de alguma coisa?

Sim, sim, sim...

Foi preciso chamar para alguma coisa ou elas estavam lá?

Não, não, não. O que era preciso... olhe até teve lá uma enfermeira, ou era anestesista, que disse: eu vou picá-la por causa da anestesia, mas... vou fazer isto com muito cuidado, mas às vezes...ela foi muito simpática... às vezes não corre bem, ou dói mais, ou coisa...mas foi perfeito. (... min 14:00). Olhe, a minha filha, foi operada aqui, não se vai mais longe, noutra área. Ela escreveu uma carta ao Conselho SERAM

SESARAM

SESARAM a elogiar os Médicos, o Médico que a operou e o Médico que me operou. Portanto eu sou uma veterana.

Pois sim, mas eu estou a falar dos Enfermeiros, já viu?

Mas Enf. Goreti, os Enfermeiros e os Médicos...mas os Enfermeiros e os Médicos fazem parte da equipa Médica. São atenciosos, são bons.

Mas os Enfermeiros têm a sua área de intervenção, assim como os Médicos têm a deles.

Sim. Eles trabalham, porque eles agora tão cheios de trabalho. É a mandar é a por isto, a pôr aquilo. Sabe, é pouco pessoal...

Olhe, e lá no recobro, por exemplo explicaram - lhe porque é que tinha de tomar o chazinho?

Eu já vi, porque estava cheia de fome, eu já vi...

Sim, primeiro porque tinha fome. Já sei! Mas não é só por isso. Nós também damos o chá, para ver se a pessoa tolera a alimentação...

Não, não. Não me falaram nisso.

Mas a Sra. não acha se tivessem falado...

Sim, sim, elas trouxeram-me o chazinho e a bolachinha e disse...olhe, e até me ajudaram, porque também tinha a vista tapada, e não via nada, da outra não via. Ela até me segurou na chávina com cuidado e coisa, e falou comigo, atenciosa. Eu bebi. Aquilo soube-me! (...min 15:23)

Isso aí, também era uma AO, não era uma Enfermeira. Tou a ver que as Enfermeiras não fizeram nada ...

Fizeram, o seu serviço...As enfermeiras? A Susana também é?

A Susana é Assistente Operacional. E é muito simpática.

Eu disse-lhe a ela, eu não vejo bem. Tou toda...de um olho não vejo, o outro tá tapado, mas gostava muito de falar consigo (... min 15:56)

Olhe, voltando outra vez aos Enfermeiros (...min 16:00). Depois fora...

O meu filho tava à minha espera...

O filho estava à espera e os enfermeiros, fizeram o ensino pós-operatório. Como...

Fizeram, fizeram.

Como se sentiu. Percebeu tudo, explicaram bem...

O meu filho tava lá também me ajudou. Você deita-se para o lado do olho que não foi operada, ou de barriga para o ar e toma os medicamentos, como vai...ensinou, e o meu filho tava lá para me auxiliar, porque eu não via nada. E depois, já me trouxe uma cadeira de rodas, que o meu filho trouxe de lá adiante, porque não via.

Quem fez o ensino foi uma Enfermeira. Não é assim?

Foi uma Enfermeira, foi. Eu não via...

Mas a enfermeira podia se ter identificado e a Sra. sabia. Isso é um cuidado que nós sabemos que devemos fazer. Mas por exemplo na altura de tirar o penso, em casa, para deitar as gotinhas, nesse dia à noite, há doentes que vêem logo e outros que não, e é normal? Alguém explicou-lhe isso?

Não. Mas quando cheguei à rua, por baixo do penso, eu senti um clarão de luz (... 17:57). Agradeço aos Médicos, agradeço aos enfermeiros, agradeço a toda a gente que me ajudou, porque os enfermeiros também são muito...rezo muito por eles, pelo pessoal de

enfermagem, porque são indispensáveis, embora os médicos estejam ali e tudo, mas quem prepara são os Enfermeiros. São os que tão ali a nos ajudar nalguma pergunta, são eles, bem hajam os enfermeiros, bem-haja o pessoal de enfermagem, médico, tudo. Peço a Deus, que passe para as mãos dos médicos e dos enfermeiros, para graças a Deus correr tudo bem. Queria saber outras coisas, mas eu não lhe posso dizer mal, porque foi bem atendida.

Não. Eu queria saber a sua opinião...

Eu via, eles passar para lá e para cá, mas tinham também outros doentes para tratar, e eles já tavam a tomar o chazinho e eu não. Eu ia para a operação. Quando eu regresssei, teve um pedaço no recobro. Tive lá um pedaço, depois quando bebi aquele chazinho. Trouxe o chá e umas bolachinhas e disse: para se sentir bem,...eu disse, muito obrigada. Mas não dá para ver quem é...por isso eu perguntei e parece que era essa Susana.

Mas está ver como é importante dizer o nome. Mais ninguém disse o nome, senão a Susana, Senão a Sra. também se lembrava do nome das outras pessoas.

Porque eu perguntei o nome dela (...min 20:30). Faça um bom trabalho, diga que o pessoal é excelente e vai ficar cada vez melhor, e que as pessoas estão satisfeitíssimas (...min 19:58). Olhe, pode dizer no seu trabalho, que em todas as extensões o pessoal de enfermagem foi impecável para mim (...min 21:10).

Chave:

Preto - Enfermeira

Azul/verde - Utente

Verde - unidades de registo

## APÊNDICE G- DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTO SEGUNDO AS CATEGORIAS ENCONTRADAS

Satisfação do utente em relação aos cuidados de enfermagem perioperatórios na cirurgia da catarata em regime ambulatório							
Momentos	Satisfação			E.	Insatisfação		
	Categorias	Unidades de registo			Categorias	.E.	
1 - Confirmação telefónica da data da cirurgia	Qualidade no atendimento: 1-Qualidade na informação transmitida	- “Fiquei contente.” (bateria); - “Todo o cuidado foi justo...Só tenho a dizer bem.” (braguinha); -“Satisfeito. Não posso <i>cramar</i> .” (clarinete);		3	1-Informação incompleta	-“ Disse que eu tinha de ser operada, porque não enxergava.” (bateria); -“O que ela disse é que tinha consulta para preparação... Ela não falou na cirurgia. Falou para vir aqui fazer testes. Exames.” (flauta);	2
	2-Competências humanas e relacionais	-“ Ela foi muito simpática, e foi muito rápida” (flauta); -“Eu fiquei satisfeita (com a forma como falaram comigo) ” (harpa); -“Foi magnífico (a forma como me contataram) ” (piano); -“Ah, sim, foi bem...foi bem atendida.” (saxofone); - “Tudo, tudo. Trataram-me muito bem, tudo bem... Fico satisfeito...tava contente (com a forma como falaram comigo) ” (violino);		6			
	3-Identificação /apresentação do profissional	“Claro. Disse que era enfermeiro (quem telefonou).” (fagote);			1.3-Falta de identificação do profissional	-“Não sei...Foi uma Enfermeira” (bateria); -“A pessoa não se identificou” (braguinha); -“Não se identificou (flauta);	7

					<p>-“Não sei quem me telefonou” (guitarra);</p> <p>-“Não sei quem me contactou” (harpa);</p> <p>-“Não sei quem me telefonou.” (oboé);</p> <p>“Não. Não sei (se foi um enfermeiro, se um técnico) ” (violino).</p>	
2- Cuidados de Enfermagem pré-operatórios- consulta externa	2.1 Competências humanas e relacionais	<p>-“Tou, tou (satisfeita com a forma como fui atendida quando vim buscar as esponjas para tomar banho) ”( bateria);</p> <p>-“ Todos eles, tem me falado bem (a forma como a Enfermeira falou).” (braguinha);</p> <p>-“Trataram-me bem. Não me dei mal, lá dentro.” (fagote);</p> <p>-“Senti-me muito bem...a parte humana do hospital, está cada ficando vez melhor.” (flauta);</p> <p>-“Foi tratada bem... Sim (gostei da forma como fui tratada).” (harpa);</p>	6	2.1- Competências humanas e relacionais	<p>- “eu acho é que (a enfermeira) devia vir aqui à sala e dizer: tá a tal Sra.?...Porque se ela chamou /enfermeira), foi de dentro, bem devagarinho e eu não ouvi.” (oboé);</p>	1

de oftalmologia.	2.2- Explicação dos procedimentos técnicos	<p>-“Tou satisfeito com tudo. correu tudo bem... fiquei satisfeito, com a forma como falaram comigo”( tuba);</p> <p>-“Sim explicaram para que era (as esponjas) ...Deram para levar para casa”( fagote);</p> <p>-“Fiz a dilatação da vista. Explicaram-me tudo. (colírios oftálmicos) ” (flauta);</p> <p>- “Fiquei satisfeita, quando vim aqui, buscar as esponjas para tomar banho (a Enfermeira, explicou-me tudo) ” (guitarra);</p> <p>-“A enfermeira explicou-me tudo (em relação às esponjas)” (harpa);</p> <p>- “Elas deram-me (as esponjas) ...e explicaram... Explicaram tudo, bem explicadinho. Nisso, cá não tenho queixa nenhuma, sinceramente.” (saxofone);</p>	5	3.2- Explicação dos procedimentos insuficiente	<p>- “...só temos é que ter paciência, e esperar pela nossa vez.” (braguinha);</p> <p>-“Nessa hora, não me disseram nada (qual o efeito das gotas para os olhos) ”( fagote)</p> <p>- “...eu não sabia (a razão da consulta)... pensava que era por causa dos exames.” (flauta);</p>	3
	2.3-Qualidade no atendimento técnico	<p>- “ A enfermeira deitou-me os pingos nos olhos” (fagote);</p> <p>- “...muito bem atendida ...Viram se o olho estava em condições de ser operado.” (flauta);</p>	2			

<p>3- Cuidados de Enfermagem pré-operatórios-Preparação pré-operatória no serviço de Cirurgia do Ambulatório: No Acolhimento</p>	<p>3.1- Competências humanas e relacionais</p>	<p>- “os enfermeiros, por acaso, atenderam-me muito bem...Qualquer uma delas, quando foram me buscar, qualquer uma delas, foi bem recebido. Com respeito ao pessoal, estamos muito bem servido” (clarinete);  - “Fui bem tratada. E o pessoal de enfermagem, pessoal muito atencioso” (flauta);  - “Foi a Enf lá” (guitarra);  -“ Atenderam bem, falaram bem comigo.” (harpa);  - “Depois veio a Enfermeira, lá fora. Satisfeito totalmente” (piano)  - “ Estou (satisfeito).” (oboé);  - “ Me atenderam tão bem...foi impecável. Adorei. Até senti-me mais à vontade.” (saxofone);  - “Tou sim Srª. Tudo satisfeita. Tudo.” (trompa); -“Tou satisfeito (com a forma como me trataram) ”( tuba);  - “Qualquer trabalho lá em cima, correu tudo bem, trataram-me muito bem...” (violino)</p> <p>-“esperámos ali um pouquinho, é normal” (piano);</p>	<p>10</p> <p>1</p>	<p>3.1- Competências humanas e relacionais</p> <p>3.2-Tempo de espera</p>	<p>- “Ora, puseram-me lá...” (bateria);</p> <p>-“E eu tive lá sentado, à espera que me chamassem...” (flauta);</p>	<p>1</p> <p>1</p>
--	--	---	--------------------	---	--	-------------------

<p>4- Na sala de preparação pré-operatória.</p>	<p>4.1- Competências humanas e relacionais</p>	<p>- "...depois elas perguntaram-me a mim: A Sra. tá nervosa? Tou satisfeita. Fiquei contente." (bateria);</p> <p>- "nunca esperava de encontrar um carinho como encontrei, em relação à Enfermagem. Na maneira de diálogo, de lidar..." (braguinha);</p> <p>- "Falaram comigo muito bem... Eu tava, satisfeito, lá." (clarinete);</p> <p>- "Ela (a enfermeira) foi muito simpática." (flauta);</p> <p>- "estou satisfeita (com todos os aspectos). As Enfermeiras foram muito atenciosas. Eles chamavam-me, o meu nome." (harpa);</p> <p>- "Foi tratado muito bem. Pela atenção e tudo." (piano);</p> <p>- "A Srª (enfermeira), foi tão simpática, tão carinhosa." (saxofone);</p> <p>- Os Enfermeiros, e as Enfermeiras, foram todos simpáticos. Não tenho razão de queixa. Tudo me apoiavam à minha beira, que eu fiquei até maravilhada." (trompa);</p> <p>- "...achei as pessoas tudo humildes, ... Sinto-me satisfeito." (tuba);</p> <p>- "Levaram-me, foi bem tratado, falaram bem comigo, lá Enfermeiras...bem</p>	<p>0</p>			
---	--	--	----------	--	--	--

	<p>4.2- Identificação/a apresentação do Enfermeiro</p> <p>4.3-Tempo de espera</p> <p>4.4- Qualidade no atendimento</p>	<p>faladas, trataram-me muito bem. Sempre a acalmarem as pessoas e coisa...Sinto-me muito satisfeito” (violino).</p> <p>- “Nomeavam tantos nomes, mas qualquer uma que tava lá... “ (oboé)</p> <p>- “Houve lá duas que disseram o nome... Por acaso senti-me bem.” (fagote);</p> <p>- “As Enf. também estiveram lá.” (flauta);</p> <p>- “As enfermeiras disseram o nome e tudo” (piano);</p> <p>- “...Tive lá um pedacinho e depois vim outra vez embora, levaram-me para o lado de lá...” (fagote)</p> <p>- “ Entrei logo e já me puseram o soro” (guitarra);</p> <p>- “e outra vez tiraram a Tensão....”( bateria);</p>	0	<p>4.2- Falta de Identificação/ apresentação do Enfermeiro</p> <p>4.3. Tempo de espera</p>	<p>“... eu vejo aquilo todas fardadas, eu sei lá se aquilo são enfermeiras, se o que é?” (fagote);</p> <p>- “Teve lá uma enfermeira, ou era anestesista. Não (disseram o nome).” (flauta);</p> <p>-“Não se identificaram” (harpa);</p> <p>- “...não sei se era Srs. doutores, se era enfermeiros. Só uma (se identificou), que foi a Sr<sup>a</sup>, que disse, que vinha hoje aqui falar comigo.” (tuba);</p> <p>-“Tive de esperar até a hora deles me virem buscar para ir para a cirurgia, ora! Não podia fazer outra coisa.” (fagote);</p> <p>- “Quando foi por o soro) vou lhe picar aqui, eu disse: aí Sr<sup>a</sup> Enfermeira não, porque me dói.</p>	
--	--	---	---	--	--	--

	com a técnica aplicada	<p>- “Atenderam-me muito bem... sei que elas deitaram muitas gotas. Desta ultima vez, eu acho que deitaram-me mais gotas que da outra vez.” (clarinete);</p> <p>- “Foi bem atendido, por acaso as raparigas atendem bem..” (fagote);</p> <p>- “ a Enfermeira disse) eu vou picá-la...mas vou fazer isto com muito cuidado, mas às vezes... não corre bem, ou dói mais, ou coisa...mas foi perfeito...Trabalham muito, pôs tudo direitinho, primeiro foi o soro, juntamente com a anestesia.” (flauta);</p> <p>-“Correu tudo bem. Eu por acaso gostei ... (guitarra);</p> <p>-“Foi bem tratada. Foi bem atendida... estou satisfeita... bem atendida. Ah, sim, viram a tensão, e puseram-me... Puseram, tantas vezes (Os pingos nos olhos).” Não posso dizer mal.” (harpa);</p> <p>- “Foi tratado muito bem. Creio que está tudo correto” (piano);</p> <p>-“Essa Sra. Enfermeira é uma ...categoria. Nem sequer senti. Qualquer uma delas (enfermeiras). Todas me trataram bem”(oboé);</p> <p>- “os cuidados de vocês, sempre a me deitar gotas nos olhos..., por acaso não tenho</p>		4.4- Com a técnica aplicada	Mas ela disse. Vai ter que ser aqui.” (saxofone);	
--	------------------------	--	--	-----------------------------	---	--

	<p>4.5-Explicação dos procedimentos</p>	<p>queixas, não tenho...Trataram-me muito bem... Estou satisfeita. Ela pôs (o soro),com tanto cuidado, que tive todo o tempo aqui com o soro e não me doeu..." (saxofone);  "Fuí bem tratado lá em cima." (violino).</p> <p>-“ Informaram tudo (os procedimentos) Explicaram a coisa como ia ser.” (braguinha);  - Sim (informaram em que posição ia ficar na hora de ser operado) ” (fagote);  - “As Enfermeiras lá, quando puseram o soro, explicaram qual era a posição que devia ficar na sala” (flauta)  - “Disseram sim Sr<sup>a</sup>, que não podia mexer com a cabeça... Eu fiquei satisfeita.” (trompa);</p>		<p>4.5- Explicação Insuficiente sobre os procedimentos</p>	<p>-“ Só senti elas deitarem umas coisas no olho...Explicaram, alguma coisa, que não... me doía, nem coisa nenhuma, e puseram-me como soro, um maior, e um mais pequenino.” (bateria);  -“há coisas ali, certos segredos que eles, nem sabem”( braguinha);  -“ que eu ia ser operado, e assim, foi isto ...Desta ultima vez, eu acho que deitaram-me mais gotas que da outra vez...Não (como devia ficar posicionado dentro da sala operatória) Deviam ter dito, mas não.” (clarinete);  - Não explicaram, que não podia mexer com a cabeça.” (flauta);  -“Acho que não explicaram para que eram as gotas dos olhos” (guitarra);  -“Não explicaram porque estavam a por as gotas” (harpa);  -“Ela meteu aqui, creio que foi o soro”( oboé);</p>	
--	---	--	--	--	---	--

5-Zona de transfere	5.1 Competências humanas e relacionais	<p>-“Falavam: Está quase indo; está quase a seguir.” (clarinete);</p> <p>- “De vez em quando perguntavam se estava tudo bem.” (guitarra);</p> <p>- “As enfermeiras foram falar comigo e estavam sempre lá... “ (harpa);</p> <p>- Ela (enfermeira) disse, não se preocupe, estamos aqui, está bem encaminhado, se tiver algum problema..., tá a doer alguma coisa?”(piano);</p> <p>-“...vinham ao pé de mim. ..perguntavam se eu me sentia bem ...”(oboé);</p> <p>-“Achei tudo bem. Foi muito bem atendida.” (harpa);</p> <p>...”tava tudo bem, tava tudo bem...”(violino).</p>		<p>- Não. Fora não me explicaram nada” (saxofone);</p> <p>- Não (explicaram) elas só me disseram lá na sala. (tuba).</p>	
---------------------	--	--	--	--	--

	<p>5.2.Qualidade no atendimento com a técnica aplicada</p>	<p>-“ Só tive dores nas costas, mas a enfermeira deu-me uma almofada...( guitarra)  -“ Sim tavam sempre a pôr as gotas... Puseram, tantas vezes (pingos nos olhos)” (harpa);  -“... tiravam sempre a tensão. De pedacinho a pedacinho, a máquina começava a trabalhar ...”( oboé);  -“voltei e meia, deitavam dois, três pingos na vista...”( violino).</p>		<p>Explicação insuficiente sobre os procedimentos</p>	<p>- “Essa parte da cabeça (imobilização), se eles explicaram eu não assino”( braguinha);  -“ Não explicaram (que não podia mexer com a cabeça) ”( flauta);  -“ (se me tivessem explicado),eu talvez ficava menos nervosa ou uma coisa assim, mas pronto...”( saxofone);  -“Não me explicaram nada (qual o posicionamento dentro da sala operatória) ...” (violino).</p>	
<p>6- Cuidados</p>		<p>-“Falaram comigo (as enfermeiras).” (bateria);</p>	<p>4</p>	<p>6.1- Competências humanas e</p>	<p>-“Ninguém me conheceu, e eu também não conhecia nenhum.” (fagote);</p>	<p>4</p>

<p>de Enfermagem intra-operatórias</p>	<p>6.1-Qualidade no atendimento: Disposibilidade/Acompanhamento Compêtnncias humanas e relacionais</p> <p>6.2- Com a técnica aplicada</p>	<p>-“Começaram a falar comigo... Foi bom.” (clarinete);</p> <p>-“Elas disseram que tivesse tranquila, quietinha...Senti-me satisfeita”. (oboé);</p> <p>-“Elas disseram que ia correr tudo bem, que tava tudo bem.”( saxofone);</p> <p>-“Mas eles puseram uma coisa aqui (na cabeça), e a pessoa, já não se mexia...”(bateria);</p> <p>-“Lá correu tudo bem. Ninguém me chateou.” (fagote);</p> <p>-“Fui bem atendida. Mas foi rápido. Achei muito rápido... Muito satisfeita.” (guitarra);</p> <p>-” Fui bem tratada, mas tava nervosa... Mas fui bem tratada. Estou satisfeita”( harpa);</p> <p>-“estou satisfeito com a forma como foi cuidado lá. (A enfermeira) disse, para ficar calmo, falava para a pessoa ficar tranquilo, nós vamos ficar aqui, ... estavam todas, ali...” (piano);</p> <p>- “Fiquei satisfeito porque, o que tinham a fazer, fizeram.” (tuba);</p>	<p>6</p>	<p>relacionais insuficientes</p> <p>6.2- Com a técnica aplicada</p> <p>6.3- Explicação</p>	<p>-“Sentia outras vozes, creio que eram outras Enfermeiras que andavam.”( oboé);</p> <p>-“Se as Srs. enfermeiras, falaram, foi pouco... Elas não vieram falar comigo. (tuba);</p> <p>- “...não falaram comigo”( violino);</p> <p>- “Não sei se podiam ter feito melhor. Eles é que sabem.” (fagote);</p> <p>-“ qualquer um, operado da vista que vá pela primeira vez, a gente, pensa-se antes uma coisa,</p>	
--	---	--	----------	--	--	--



				6.5- Tempo de espera	-“A gente demora muito tempo” (oboé);	
7- Cuidados Enfermagem pós-operatórios:  UCPA	7.1- Competências humanas e relacionais	<p>- “...as Enf. Sim, foram bem atenciosas, falaram bem e tudo... Senti-me satisfeito...”(bateria);</p> <p>- “...Por acaso foi bem atendido (na UCPA).” (fagote);</p> <p>-“Sim, sim, sim (senti que os Enf. estavam lá presentes se precisasse de alguma coisa) ... Eles trabalham, porque eles agora tão cheios de trabalho. É a mandar, é a por isto, a pôr aquilo. Sabe, é pouco pessoal... Eu via, eles passar para lá e para cá, mas tinham também outros doentes para tratar... (flauta);</p> <p>- “Sim fiquei satisfeita, sim, me sentia ali, mais tranquila porque tavam todos carinhosos, simpáticos.” (saxofone);</p>		Competências humanas e relacionais	-“Eu tava à espera ali e não dizia nada...não queria dar maçada (harpa);	1
	7.2-Com técnica aplicada	<p>- “Foi bom...Olhe, deram-me uma injeção que tirou-me as dores.”( bateria);</p> <p>-“Trataram-me bem. Fiquei satisfeito...Já tinha sido operado e estava a me sentir bem.” (clarinete);</p> <p>- “Gostei muito, da forma como foi tratado lá. Eu creio que melhor, não pode ser.” (piano);</p>				

	<p>7.3- Explicação dos procedimentos técnicos</p>	<p>-“Senti-me satisfeita, e deram-me no fim um chazinho e tudo. Eu não tenho razão de queixa. Não posso me queixar de nada. Nada, nada, nada.”( trompa); - “ Sinto (satisfeito), o trabalho que fizeram, graças a Deus, está, bom.” (tuba); -“ (senti-me satisfeito com tudo) ... Ninguém me maltratou graças a Deus. Tudo bem... Correu tudo bem.” (violino).</p> <p>-“Explicaram tudo...” (piano);</p>		<p>7.3- Falha na Explicação dos procedimento s técnicos</p>	<p>-“O chá, não é preciso explicarem. Eu interpretei à minha maneira...” (braguinha); -“Não sei. Não sei porque me trouxeram chá” (clarinete); “Tomei o chá, porque estava cheia de fome... Não me falaram que era também para ver se tolerava a alimentação.” (flauta); - “Eu não sei o que teve lá a fazer (na UCPA) ...Não me disseram (onde estava) ...Não sei (se estou satisfeita com isso) ...não sei (porque que tinha de</p>	<p>4</p>
--	---	--	--	---	---	----------

<p>8- Ensino pós-operatório ao utente e família</p>	<p>8.1- Competências humanas e relacionais</p> <p>8.2- Informações Transmitidas no Momento da Alta</p>	<p>-“ ... pessoal de enfermagem, porque são indispensáveis,... São os que tão ali a nos ajudar nalguma pergunta...foi bem atendida.” (flauta);</p> <p>-“A enfermeira é que veio com os papéis, e então disse à minha filha que era para de manhã tirar o penso e deitar os pingos”. (bateria);</p>		<p>7.4- Tempo de espera</p> <p>7.5- Falta de identificação /apresentação do Enfermeiro</p> <p>8.2- Informações incompletas</p>	<p>tomar o chá e as bolachas) ...é que eu tinha fome” (harpa);</p> <p>“Foi esperar até chegar à hora delas dizer que podia vir embora. O que é que ia fazer. Não podia fazer outra coisa.” (fagote);</p> <p>-“Não sei se era Enf. Por acaso era uma Sra. de roupa azul ...Acho que foi a Enfermeira. Que telefonou para o meu filho...” (guitarra);</p> <p>Se não percebi tudo, ficou alguma coisa para trás....” (fagote);</p> <p>-“...Ela disse que não podia explicar tudo, que o papel era muito grande, não me ficava tudo na memória.” (violino)</p>	<p>4</p> <p>1</p>
---	--	--	--	--	--	-------------------

		<p>-“. A segunda vez, a Sra. Enf. teve me explicando, para fazer isto, e para fazer aquilo ...fiquei satisfeito”. (clarinete);</p> <p>“- Foi uma Enfermeira, foi (quem fez o ensino). Eu não via...quem prepara são os Enfermeiros.” (flauta);</p> <p>- “Lá correu tudo bem... Mas também deram o papel com as coisas escritas... acho que foi tudo bem.” (guitarra);</p> <p>-“ Foi tudo muito bom...Satisfeita em tudo...Explicaram tudo muito bem...” (harpa);</p> <p>-“Bem elucidado...satisfeito” (piano);</p> <p>-“Fiquei, satisfeita graças a Deus” (oboé);</p>		<p>no Momento da Alta</p> <p>8.3- Falta de Identificação /apresentação do Enfermeiro</p>	<p>“Não sei quem fez o ensino...” (harpa);</p> <p>-“A que entregou o papel, não sei se é enfermeira, se é médica...” (violino);</p>	
<p>9- O que foi que o deixou menos satisfeito no seu percurso;</p>		<p>-...“tá tudo ok, ninguém me escandalizou, ninguém me fez nada, ninguém me chateou... ninguém me disse coisas em contrário, Tou mais ou menos satisfeito, ...foi tudo mais ou menos...”( fagote);</p>	<p>9</p>			

		<p>- "...em todas as extensões o pessoal de enfermagem foi impecável para mim." (flauta);</p> <p>- "Eu fiquei (satisfeita)." (guitarra);</p> <p>- "dei-me muito bem. Fui bem tratada" (harpa);</p> <p>- "Nada...tudo satisfeito...Magnifico." (piano); - "Lá no hospital, não tenho nada...fiquei satisfeita sim. Não tenho nada ao contrário" (oboé);</p> <p>- "eu não achei nada menos satisfeito. Eu achei tudo satisfeito...as Sra. enfermeiras, elas foram todas carinhosas comigo. (saxofone);</p> <p>- "Mas correu tubo bem, e estou satisfeita" (trompa);</p> <p>- "Lá, não percebi nada de ficar desiludido. Foi tudo normal. Tenho a dizer bem." (violino)</p>				
--	--	--	--	--	--	--

### Apêndice H – Dados de Caracterização dos Utentes

Utente		Bate ria	Bra gui nha	Clari nete	Fago te	flaut a	guita rra	harp a	pian o	oboé	Saxo fone	trom pa	tuba	Violi no	total
Grupo etário	≤ 65								X						1
	[61-75[	X	X	X	X	X				X	X			X	8
	[75-85[						X	X				X	X		4
	≥ 85														

<b>Género</b>	<b>Feminino</b>	X				X	X	X		X	X	X			<b>7</b>
	<b>Masculino</b>		X	X	X				X				X	X	<b>6</b>
<b>Estado civil</b>	<b>Solteiro/a</b>								X			X			<b>2</b>
	<b>Casado/a União de fato</b>	X	X	X	X		X	X			X			X	<b>8</b>
	<b>Separado/a Divorciado/a</b>														
	<b>Viúvo/a</b>					X				X			X		<b>3</b>
<b>Coabitação</b>	<b>Só</b>								X						<b>1</b>
	<b>Cônjuge e filho/a (os/as)</b>	X	X	X	X						X				<b>5</b>
	<b>Cônjuge</b>							X						X	<b>2</b>
	<b>Irmãos</b>									X		X			<b>2</b>
	<b>Filha/neto</b>												X		<b>1</b>
	<b>Neto/bisneto</b>					X	X								<b>2</b>
<b>Habilitações literárias</b>	<b>Nível 1- 2º Ciclo do ensino básico</b>					X	X			X	X	X			<b>5</b>
	<b>Nível 2- 3º Ciclo do ensino básico</b>														
	<b>Nível 3- Ensino Secundário vocacionado para o prosseguimento de estudos a nível superior</b>														
	<b>Nível 4- Ensino Secundário</b>														

	Nível 5- Qualificação de nível pós Sec. não superior com créditos para o prosseguimento de estudos superiores														
	Nível 6- Licenciatura								X						1
	Nível 7- Mestrado														
	Nível 8- Mestrado														
	Analfabeto/menos de 4 anos de escolaridade	X	X	X	X			X					X	X	7
Situação Profissional	Sector primário: matérias-primas		X							X	X				3
	Sector secundário: indústria					X			X						2
	Sector terciário: comercio e serviços			X											1
	Reformado/a	X			X		X	X				X	X	X	7
Acompanha-mento no dia da cirurgia	Só								X						1
	Filhos/Nora/Genro	X	X		X	X	X						X		6
	Irmãos/cunhados									X					1
	Cônjuge							X			X			X	3

	Vizinhos/amigos			X								X			2
Quantas vezes já foi operado à catarata	1ª vez	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	11
	2ª vez			X									X		2
	Mais vezes														
Ajuda no regresso a casa	Cônjuge							X				X		X	3
	Cônjuge /Filhos		X	X	X										3
	Filha/o	X				X	X								3
	Filha /Netos												X		1
	Vizinhos/amigos											X			1
	O Próprio								X						1
	Irmã									X					1
Já conviveu com alguém com a mesma situação	Sim	X		X		X							X		4
	Não		X		X		X	X	X	X	X	X		X	9