

NOÉLIA CRISTINA RODRIGUES PIMENTA GOMES

O DOENTE CIRÚRGICO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: DA INFORMAÇÃO RECEBIDA ÀS NECESSIDADES EXPRESSAS

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de
Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
da Universidade do Porto.

Orientadora

Professora Doutora **DINORA MARIA GUEDES GIL DA COSTA CABRAL**

Categoria

Professora Adjunta

Afiliação

Instituto de Ciências da Saúde – Universidade católica – Pólo Asprela



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA



REPÚBLICA PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA FSE

Março 2009

*As informações são arquivadas na memória
as experiências são cravadas no coração*

Augusto Curry (2006)

Ao meu marido

Duarte

Aos meus filhos

Tiago e Catarina

AGRADECIMENTOS

Expressamos o nosso reconhecimento e gratidão à Senhora professora Doutora Maria Dinora Costa Cabral, que através da sua preciosa orientação científica, compreensão, empenhamento, palavras de incentivo tornou exequível o desenvolvimento desta investigação.

À Irmã Maria Berta Fonseca Soares Directora da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny por todo o apoio e estímulo proporcionado ao longo desta caminhada.

À equipa docente do 2º ano do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, pelo incentivo e apoio que foi imprescindível para a conclusão deste estudo.

Ao Professor José Manuel Marques pela colaboração dada no tratamento estatístico.

Às Professoras Clara Sales Correia, Luz Chaves, Merícia Bettencourt e Ressurreição Carvalho, que se disponibilizaram para validar o instrumento de colheita de dados.

À Professora Luz Chaves, pela colaboração fornecida durante a colheita de dados.

À Professora Tânia Lourenço, pela ajuda cedida durante o desenvolvimento da fase metodológica e opiniões e discussões sempre oportunas.

À Professora Rita Figueiredo pela disponibilidade demonstrada durante a formatação do trabalho.

Aos Enfermeiros das Unidades de Cirurgia Geral do Hospital Central do Funchal, pela forma calorosa como nos acolheram nos serviços e pela sua ajuda.

A minha irmã, Antónia, ao meu amigo, Emanuel pelos seus preciosos contributos nas traduções e verificação do Português.

Aos utentes que participaram nesta investigação, cuja disponibilidade tornou viável a sua realização.

Aos meus pais e sogros pelo carinho, compreensão e palavras encorajadoras que sempre manifestaram, durante o desenvolvimento deste estudo.

Aos meus filhos, Tiago e Catarina, para quem não estive tão disponível e ao meu marido, Duarte, pela paciência e compreensão que tornaram mais fácil a difícil tarefa de chegar ao fim desta etapa da minha vida.

A todos o meu sincero **muito Obrigado**

RESUMO

A enfermagem como actividade humana é muito complexa e desempenha um papel importante na satisfação das necessidades dos doentes, particularmente as necessidades de informação, quando estes são confrontados com a possibilidade de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica. É incontestável, a mais-valia proporcionada pelo conhecimento da perspectiva do doente para a prestação de cuidados de excelência.

Assim, este estudo teve como objecto o tema: **O Doente Cirúrgico No Período Pré-operatório: Da Informação Recebida Às Necessidades Expressas** e pretendeu especificamente: descrever qual a informação recebida, o conhecimento e as necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória, durante o internamento, nas unidades de cirurgia geral do Hospital Central do Funchal.

O percurso metodológico utilizado foi a abordagem quantitativa, sendo o estudo de carácter exploratório e descritivo. A técnica utilizada para a colheita de dados foi o questionário com entrevista. Os participantes da investigação foram 96 doentes, sendo a nossa amostra probabilística accidental.

Como principais conclusões, é de salientar que relativamente à variável **Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, os inquiridos revelaram possuir, na dimensão do procedimento cirúrgico, uma informação razoável e na dimensão sensorial e comportamental, insuficiente. No que concerne à variável **Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, os doentes evidenciaram possuir um nível suficiente de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e sobre os aspectos de carácter sensorial, e reduzido ao nível comportamental. Ao nível da variável **Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, a necessidade de informação foi elevada nas três dimensões: procedimento cirúrgico, sensorial e comportamental.

Em termos globais, constatámos que os doentes receberam pouca informação sobre a preparação pré-operatória, que evidenciaram pouco conhecimento sobre estes temas e que a maioria necessita de mais informação.

Também, aferimos que os doentes mais velhos tenderam a referir menor informação recebida; os doentes com nível socioeconómico mais elevado tenderam a evidenciar mais conhecimentos; que a experiência anterior de intervenção cirúrgica não influenciou significativamente a informação recebida, o conhecimento ou a necessidade de informação; e os inquiridos que receberam visita pré-operatória tenderam a referir mais quantidade de informação recebida

Apresentamos algumas sugestões/propostas para a prática de enfermagem, ensino e investigação, entre os quais: que se realize formações em serviço e que se promova encontros de reflexão sobre esta temática; a implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória, assim como um programa de informação estruturado; proporcionar, aos alunos de enfermagem, momentos de reflexão em sala de aula e nos ensinos clínicos sobre este assunto; realizar outros estudos, sobre o mesmo tema, mas de natureza qualitativa e ainda, o desenvolvimento de um trabalho semelhante aos doentes submetidos a cirurgia de urgência.

Palavras-chave: Preparação Pré-Operatória, Informação, Conhecimento, Necessidades, Procedimento Cirúrgico, Aspectos Sensoriais E Comportamentais.

ABSTRACT

As an human activity, the nursing is very complex and plays an important role in satisfying the patients needs, peculiarly the needs for information, when they are confronted with the possibility to be submitted to a surgical intervention. It is undisputed the gain provided by the patient knowledge for providing excellence cares.

Thus, this study had as object the theme: **The Surgical Patient in the Pre-Operative Period: From the Received Information the Expressed Needs** and intended specifically: to describe which information received, the knowledge and the expressed needs of information expressed by the surgical patient about a pre-operative preparation, during the internment, in the general surgery units of Hospital Central do Funchal.

The methodological procedure used was the quantitative approach, whereas the study had an exploratory and descriptive nature. The technique used for the harvest of data was the questionnaire with interview. The participants of the inquiry were 96 patients, being our sample an accidental probabilistic one.

As main conclusions, it is to point out that relatively to the variable **Information received by the surgical patient about the pre-operative preparation** the inquiries revelled to possess reasonable information in the dimension of the surgical procedure, and, in insufficient one in the sensorial and behavioural dimension. As far as variable **Surgical patient knowledge about the pre-operation preparation**, patients have reveled to possess an enough level of knowledge about the surgical procedure and about the aspects of the sensorial domain, and a reduced one on the compartmental. As far as the variable **Information needs expressed by the surgical patients for pre-operative preparation**, the need for information was high in the three dimensions: surgical, sensorial and behavioural.

In global terms, we evidenced that patients have received little information about pre- operative preparation, showed modest knowledge about these issues and that the majority needs more information.

Furthermore, we evidenced that the older patients tended to refer little information received; the patients with a higher social-economical *status* tended to show more knowledge; that the previous surgical intervention experience did not significantly

influence the received information, the knowledge or the need for information; the inquiries that have received pre-operative visits tended to refer the higher quantity of received information.

We present some suggestions/proposals to the nursery practice, learning and investigation, among which: carrying out learning while in duty and promoting meetings to meditate upon this theme; the implementation of a pre-operative nursing appointment, as well as a structured information programme; providing nursing students moments to reflect, in their classrooms and in clinical practice on this matter, accomplishing of other studies about the same theme, but of qualitative nature and also, the development of a resembling work undertaken to patients under emergency surgery.

Key-words: Pre-Operative Preparation, Information, Knowledge, Necessities, Surgical Procedure, Sensorial and Behavioural Aspects.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	25
2- QUADRO DE REFERÊNCIAS	37
2.1 – Cuidar em contexto cirúrgico	37
2.2 – A Enfermagem no período pré-operatório	41
2.2.1- A preparação pré-operatória do doente cirúrgico	45
2.3 - Necessidades humanas básicas	52
2.4 – Necessidade/ direito à informação do doente cirúrgico	60
2.4.1- A informação	65
2.4.2 – Consentimento informado numa perspectiva cirúrgica.....	66
2.5 – Benefícios de um programa de informação pré-operatória	70
3 – DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	77
3.1- Tipo de Estudo	77
3.2- Variáveis	78
3.3- Operacionalização das variáveis	79
3.3.1- Variáveis de atributo e sua categorização.....	80
3.3.2- Variável em estudo e a sua operacionalização.....	85
3.5- Amostra.....	90
3.6- Instrumento de Colheita de Dados	92
3.6.1- Validação do questionário	94
3.6.2- Pré-teste	95
3.6.3 - Questionário.....	96
3.7- Procedimento de Colheita de dados	108
3.8- Aspectos Éticos.....	110
3.9- Tratamento estatístico dos Dados.....	111

4- ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS/ RESULTADOS	115
4.1- Análise e apresentação descritiva	115
4.2- Análise e apresentação inferencial	134
 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	 141
 6- CONCLUSÕES.....	 155
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 165
 ANEXOS.....	 173
ANEXO I Questionário.....	175
ANEXO II - Pedido oficial ao Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital Central do Funchal	193
ANEXO III - Resposta do Conselho de Administração do Hospital Central do Funchal, autorizando a realização da colheita de dados	197
ANEXO IV - Consentimento informado	202

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Proposta de Modelo de Preparação do Doente Cirúrgico no Período Pré-Operatório	49
Figura nº 2 – Hierarquia das Necessidades	56
Figura nº 3 – Informação e Envolvimento: “needs iceberg”	70
Figura nº4 – Principais Resultados da Investigação	149

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – Escala de Graffar.....	82
Quadro nº 2 – Variáveis, Dimensões e Indicadores	88
Quadro nº 3 – Resultados do teste de normalidade.....	112
Quadro nº4 – Doentes cirúrgicos segundo as características sócio-demográficas.....	116
Quadro nº 5 – Doentes cirúrgicos segundo os dados relativos à cirurgia	117
Quadro nº 6 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (consentimento informado e avaliação pré-operatória).....	118
Quadro nº8 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (visita pré-anestésica e acompanhamento para o bloco operatório).....	121
Quadro nº 9 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (permanência no bloco operatório, antes da cirurgia e sala de cuidados pós-anestésicos).....	123
Quadro nº 10 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (visitas no pós-operatório e dispositivos)	125
Quadro nº11 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (métodos de controlo da dor e condições para alta).....	127
Quadro nº 12 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação de carácter sensorial (efeitos da medicação e ambiente da sala operatória).....	129
Quadro nº 13 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação de carácter sensorial (sensações no primeiro levante e sensações associadas aos dispositivos)	130
Quadro nº14 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação de carácter comportamental (principais exercícios para prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório).....	131

Quadro nº15 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação de carácter comportamental (principais exercícios para a prevenção das complicações circulatórias no pós-operatório).....	132
Quadro nº 16 – Doentes cirúrgicos segundo as principais fontes de informação e de conhecimento	133
Quadro nº17 – Medidas descritivas referentes à avaliação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação	134
Quadro nº18 – Correlação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação com a idade	135
Quadro nº19 – Comparação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação em função do nível socioeconómico.....	136
Quadro nº20 – Comparação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação em função da experiência cirúrgica anterior.....	138
Quadro nº 21 – Comparação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação em função da visita pré-operatória.....	139

CHAVE DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

$\bar{x}$ - Média aritmética

$\bar{x}_p$ - Média dos postos

% - Frequência relativa

χ^2 - Valor do teste Kruskal-Wallis

E.V – Endovenosa

Máx – Valor máximo

Md – Mediana

Min – Valor mínimo

Mo – Moda

n – Frequência absoluta

p – Significância

r_s – Correlação de Spearman

s - Desvio padrão

SPSS - Statistical Package for the Social Science

z – Valor dos testes: Kolmogorov-Smirnov e U de Mann-Whitney

α - *Alpha de Cronbach*

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos os enfermeiros têm dedicado muito do seu tempo e atenção à investigação em enfermagem, historicamente remonta à segunda metade do século XIX com os ideais de Florence Nightingale. A investigação é essencial à ciência de enfermagem, assim como a todas as áreas profissionais, para o desenvolvimento de um suporte científico que sirva de orientação para a prática e para a sua creditação. Fortin (2003) afirma que *nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação* (p.18). Esta autora ressalta que é parte integrante das funções dos enfermeiros, independentemente do seu nível de formação, a sua actualização permanente e participação no desenvolvimento das concepções da profissão.

A ciência de enfermagem, ao longo dos tempos foi influenciada por diversos factores, desenvolvendo-se ao ritmo das grandes correntes do pensamento, que foram fundamentais para a evolução dos conhecimentos. De acordo com Barros, Barreto, Braga e Veloso (1997), *a forma particular como a enfermagem relaciona os conceitos, cuidado, pessoa, saúde e meio ambiente circunscreve o domínio da responsabilidade dos enfermeiros e clarifica o seu campo de actuação* (p.9).

O enfermeiro no exercício da sua actividade profissional, munido de um corpo de conhecimentos científicos, tem o dever de desenvolver competências que lhe permitem assistir e cuidar do doente de forma holística e personalizada, quando este é ameaçado na sua integridade nomeadamente na experiência cirúrgica. Este acontecimento, na vida do homem, traduz uma alteração do seu curso normal, sendo fundamental que o enfermeiro coloque em prática os seus saberes com o objectivo de assegurar a satisfação das necessidades das pessoas.

Segundo Barros et al (1997), com o aproximar do terceiro milénio o cuidar *só pode ser entendido como um cuidar científico, onde não haja espaço para a rotina irresponsável, o fazer por fazer, a irreflexão, o domínio da técnica sobre outras dimensões da pessoa doente* (p.8). O cuidar de hoje, segundo o mesmo autor, implica *inexoravelmente, a percepção da globalidade, há que reinventar os cuidados que*

promovam a vida, (...) que restituam um sentido à vida tanto daqueles que os recebem como daqueles que os prestam (p.8).

A pessoa ao passar da condição de saudável para a posição de doente, em que necessita de ser submetido a intervenção cirúrgica, desenvolve segundo Leitão (1992) *um processo carregado de forte componente emocional. Ao abandono do seu papel na sociedade e família junta-se a dificuldade de encarar o seu novo papel e a própria situação (p.10).* De acordo com este autor o medo do desconhecido, os sentimentos de insegurança, a dependência, entre outros, são causa de ansiedade para o doente, sendo essencial o enfermeiro estabelecer uma relação de proximidade, tentando colmatar as necessidades de cuidados que o doente expresse, nomeadamente as de informação. É elementar que a abordagem ao doente cirúrgico não passe apenas pelo acto operatório em si, mas por uma preparação mais abrangente, contemplando os aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais, que são essenciais para o êxito de todas as fases que compõem o processo cirúrgico.

Alguns estudiosos têm-se debruçado sobre a temática do doente cirúrgico durante o período perioperatório. Durante a nossa pesquisa encontramos alguns trabalhos desenvolvidos nesta área nomeadamente sobre: a preparação do doente para a cirurgia, a admissão em centro cirúrgico, humanização da assistência de enfermagem, vivências do doente cirúrgico da cirurgia programada, práticas cuidativas numa unidade de cirurgia, entre outros. Contudo, não tivemos acesso a nenhum trabalho que aprofundasse a problemática das necessidades de informação do doente cirúrgico no período pré-operatório.

Consideramos, que ao identificarmos as informações que são transmitidas ao doente sobre a preparação pré-operatória, o seu conhecimento e as suas necessidades de informação sobre este assunto, permitirá reflectirmos sobre as nossas práticas diárias, contribuindo para compreendermos melhor os cuidados de enfermagem numa perspectiva holística respeitando a individualidade de cada pessoa.

Com base nestes pressupostos, da revisão bibliográfica desenvolvida e da nossa experiência profissional de contacto com o doente cirúrgico, emergiu um conjunto de inquietações que se traduzem nas questões orientadoras da nossa pesquisa: Qual a informação recebida pelos doentes cirúrgicos sobre a preparação pré-operatória? Qual o conhecimento dos doentes cirúrgicos sobre a preparação pré-operatória? Quais as necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória?

Assim, no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem, desenvolvemos a nossa dissertação sobre **O Doente Cirúrgico No Período Pré-operatório: Da Informação Recebida Às Necessidades Expressas**. Com este estudo pretendemos descrever qual a informação recebida pelos doentes cirúrgicos sobre a preparação pré-operatória; descrever o conhecimento dos doentes cirúrgicos sobre a preparação pré-operatória e descrever as necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória.

Como finalidade esperamos, que o trabalho por nós desenvolvido, contribua para a implementação de um programa de informação estruturado que satisfaça as necessidades de informação do doente cirúrgico, sobre os cuidados de enfermagem, inerentes a preparação pré-operatória e contribua para adequar o ensino de enfermagem às reais necessidades de informação do doente.

Tendo em conta os objectivos do nosso trabalho, utilizaremos a metodologia quantitativa, sendo a nossa investigação descritiva e exploratória. A nossa população contemplou os doentes internados nos serviços de cirurgia geral do Hospital Central do Funchal, durante os meses de Abril e Maio de 2008 e que ostentavam os critérios pré estabelecidos.

Atendendo, as concepções defendidas por vários autores, particularmente Fortin (2003), apresentamos a nossa investigação organizada em três fases: conceptual, metodológica e empírica.

Na fase conceptual, contextualizamos o nosso problema de investigação com a exploração do tema a investigar. Também, abordamos os conceitos pertinentes para este estudo, tendo por base a pesquisa efectuada e o parecer dos vários autores consultados.

Na fase metodológica, apresentamos o percurso efectuado ao longo da investigação incluindo o tipo de estudo, as variáveis, a população, a amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos utilizados na colheita dos dados, os aspectos éticos e a forma como os dados foram tratados.

No que concerne a última fase, efectuamos a análise e apresentação dos dados assim como a interpretação dos mesmos à luz da fundamentação teórica apresentada nas fases precedentes.

Ao concluirmos, a nossa investigação efectuamos uma reflexão dos conteúdos desenvolvidos e apresentamos as principais conclusões, limitações, sugestões entre outros aspectos do nosso estudo.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A prática de enfermagem baseia-se no conhecimento da enfermagem assim como de outras disciplinas, como a psicologia, a biologia, a filosofia e a sociologia. Dentro de cada uma das disciplinas, incluindo a enfermagem, há perspectivas muito diferentes que ajudam a prever e a explicar os fenómenos.

Segundo Silva (1995), entre outros autores consultados, as concepções teóricas iniciais na enfermagem foram desenvolvidas por Florence Nightingale no final do século XIX e revistas no início do século XX. A natureza do conhecimento em enfermagem, desenvolvido por Nightingale, destaca-se pelas suas bases profundamente humanísticas.

Os estudiosos da ciência de Enfermagem, através do desenvolvimento de perspectivas teóricas, têm tentado fornecer uma estrutura que oriente os cuidados de enfermagem numa perspectiva científica e consequentemente o desenvolvimento da disciplina. A maioria demonstra uma preocupação básica pelo ser humano, pelo meio ambiente, pela enfermagem e pela saúde.

Silva (1995) salienta que Florence Nightingale não explicitou o termo ser humano no seu sistema conceptual, no entanto, *está implícito a visão da individualidade, singularidade, originalidade e totalidade deste ser com atributos e potencialidades físicas, intelectual, emocional, social e espiritual* (p.46).

O termo meio ambiente não aparece nos escritos de Florence Nightingale, no entanto, *ênfatisou os conceitos de ventilação, calor, luz, dieta, silêncio, bem como, boas condições sanitárias, como principais componentes do ambiente* (Silva, 1995,p.47). Florence Nightingale destacou a influência do meio ambiente na vida e na saúde dos seres humanos pois, o ser humano e o ambiente estão inter relacionados e, portanto, cada um afecta o outro.

Em 1995, Silva também refere que Florence Nightingale não deu primazia à saúde/doença mas sim, ao ser humano sadio ou doente. Nas palavras da autora, *a condição de ser saudável requer equilíbrio entre as influências ambientais, o estilo de*

vida e as várias potencialidades da natureza humana (p.48).

A enfermagem foi entendida por Florence Nightingale *como uma arte e uma ciência que requer uma educação formal, organizada e científica. A arte da enfermagem Nightingaliana consiste no cuidar tanto dos seres humanos sadios como doentes* (Silva, 1995, p.48).

Desde que existimos, temos a necessidade de sermos cuidados e é daí que nasce a necessidade de cuidar dos outros.

Collière (1989) refere que:

Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. (p.236)

Ao longo dos tempos, a enfermagem cirúrgica tem, progressivamente, evoluído dando maior ênfase ao atendimento holístico da pessoa para a satisfação das suas necessidades em substituição de uma intervenção exclusivamente técnica.

Nesta linha de pensamento, Cabral (2004) refere que Virgínia Henderson (1966) considera o indivíduo completo, inteiro e independente quando as suas necessidades fundamentais são satisfeitas. *As necessidades são, por ela definidas como requisitos ou exigências de que precisa e não a falta de algo; considerando assim as necessidades como algo positivo* (Cabral, 2004, p.123) que tem em conta os aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais da pessoa.

As necessidades variam de indivíduo para indivíduo, pois cada pessoa é considerada um ser singular e único, logo a forma de satisfazer cada uma das necessidades é pessoal e individual.

Também Watson (1985) no seu modelo teórico, dá atenção especial a satisfação das necessidades da pessoa. Esta autora identificou e propôs dez factores elucidativos dos cuidados, que constituem um fundamento, sobre o qual as enfermeiras podem estudar a ciência do *human care*, devendo utilizá-los na prestação de cuidados. De acordo com a autora, o seu modelo pode ser aplicado a todas as áreas, nomeadamente na vertente dos cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico, no qual a satisfação das necessidades humanas básicas constitui um dos factores importantes para a ciência do cuidar.

A hierarquização das necessidades preconizadas por Watson (1985) integrou algumas necessidades humanas básicas, incluídas na classificação de Maslow, por tê-las considerado fundamentais. A autora acrescenta que é essencial que os enfermeiros

tenham um conhecimento profundo destas necessidades para melhor se conhecerem e se aceitarem a si próprios, condição necessária para cuidar do Outro.

A temática das necessidades humanas básicas tem sido alvo de pesquisa e análise de alguns estudiosos. Entre eles destacamos Virginia Henderson, Jean Watson não deixando de fazer referencia a teoria de Abraham Maslow, conhecida como uma das mais importantes teorias da motivação segundo a qual as:

Necessidades humanas estão organizadas e dispostas em níveis, numa hierarquia de importância e de influência, numa pirâmide, em cuja base estão as necessidades mais baixas (necessidades fisiológicas) e no topo, as necessidades mais elevadas (as necessidades de auto realização). (Serrano 2006, s.p)

A pessoa, quando se encontra numa situação de doença / dependência, necessita de alguém que tenha conhecimentos e que consiga dar resposta às suas necessidades, que naquele momento não podem ser satisfeitas. O profissional de enfermagem tem um papel fulcral nesta área porque *a doença geralmente interrompe a habilidade para atender às necessidades em diferentes níveis* (Potter & Perry, 1999, p.442). Também, López e Redondo de la Cruz (1998) partilham desta opinião, afirmando que *o indivíduo doente tende a sentir-se indefeso e a abandonar as suas obrigações e responsabilidades* (p.10).

Temos consciência que a hospitalização e particularmente uma intervenção cirúrgica, constitui de várias formas, uma ameaça à pessoa na sua identidade. *Quando um indivíduo está hospitalizado, existe uma ruptura com o seu ambiente habitual, que modifica os seus costumes, os seus hábitos e, em geral, a sua capacidade de auto-realização e de cuidado pessoal* (López & Redondo de la Cruz, 1998, p.9). Comungando deste pensamento Fernandes e Venâncio (2004) afirmam que *a hospitalização e nomeadamente a experiência cirúrgica, surgem na vida do homem como um factor adverso* (p.4).

Leitão (1992), Cruz e Varela (2002), Silva (2002) e Bellman (2003) partilham da opinião que o enfermeiro desempenha no período cirúrgico um papel fundamental. Este surge da obrigatoriedade de oferecer ao doente um cuidado autêntico com valorização, particularizada, da sua situação assim como das suas preocupações, medos e necessidades. O enfermeiro, integrado na equipa multidisciplinar da unidade de cirurgia, desempenha funções específicas e definidas, cujo objectivo comum é cuidar com qualidade, atendendo o *doente como um todo, com todas as suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais* (Pinheiro, 1993, p.6).

É imperativo investir nos saberes relacionados com o ser humano, atendendo às suas realidades, vivências, sentimentos, pensamentos e necessidades pois, como refere Fernandes et al (2004), a cirurgia *afecta a homeostasia do indivíduo, assim o enfermeiro na relação que estabelece com este tende desde o início a promover o restabelecimento da independência, indo de encontro as suas necessidades (p.7).*

Também Leitão (1992) é da opinião que a cirurgia, programada ou não, surge na vida do indivíduo como um factor desfavorável, provocando desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e mesmo sócio-familiares.

Daqui, podemos depreender que é essencial a atenção e apoio proporcionado pelo enfermeiro nestas circunstâncias em que o doente habitualmente se encontra em estado de alerta, tentando captar algo que esteja interferindo ou que possa interferir em todo o processo cirúrgico. É imprescindível, no período pré-operatório, informar o doente sobre os acontecimentos do perioperatório de forma a apaziguar os seus medos, receios, angústias, atendendo às suas necessidades naquele momento. Neste sentido, Melo (2005) ressalta que é necessário distinguir entre as necessidades *que são expressas pela pessoa que a pede e as normativas, ou seja, as consideradas desejáveis por um indivíduo, grupo ou sociedade (p.54).* Assim sendo, a informação deve ser direccionada para o doente em questão, para que seja eficaz. Contudo, existem vários aspectos que são essenciais focar: *o que irá acontecer – informação de procedimento; como se irá sentir – informação sensorial; o que poderá fazer para lidar com a situação – estratégias (...)* (Melo, 2005, p.61).

Nesta linha de pensamento Miller e Mangan citado por Melo (2005), aludem que podemos encontrar dois tipos de indivíduos os: *monitors* e os *blunters*. *Do monitors espera-se (...) que ao aguardar uma cirurgia procure o máximo de conhecimento sobre a situação, do blunte, em contraste, que tente afastar esta ideia da sua cabeça, procurando evitar qualquer informação relevante (p.66).*

Assim, a informação a transmitir deve ser congruente, convergindo com o que os indivíduos desejam e de acordo com as suas características individuais. Consequentemente, estamos a contribuir para a excelência dos cuidados, tornando-os personalizados e humanizados. Melo (2005) defende que a informação que os doentes obtêm nem sempre é a mais adequada e que, *mantê-los informados, de acordo com as suas características pessoais, será talvez, a resposta mais ajustada (p.53).* Neste contexto Woodward e Walson citados por Melo (2005) revelam que as pessoas idosas, regra geral e em contraste com os jovens, preferem que seja o técnico de saúde a tomar as decisões por eles, pois depositam toda a confiança nestes profissionais.

Segundo a nossa experiência profissional, é patente a necessidade de informação que o doente manifesta, quando é internado para ser submetido a uma intervenção cirúrgica. O doente cirúrgico no pré-operatório, manifesta preocupação com o desenrolar de todo o processo cirúrgico, principalmente com os cuidados de enfermagem que irá necessitar; com seu grau de dependência após a intervenção cirúrgica; com as sondas com que pode ficar; com as dores que poderá sentir; com o tempo de repouso no leito; com o primeiro levante, e com o período que irá necessitar para retomar a sua vida diária. Por outro lado, encontramos doentes que, embora apreensivos, não revelam grande interesse em saber o que irá acontecer, constituindo estes uma minoria.

De acordo com Santos e Caberlon citados por Paula e Carvalho (1997), *a preocupação maior envolvendo o paciente cirúrgico decorre da obscuridade das informações, englobando aspectos inerentes ao procedimento cirúrgico* (p.35).

Para Brunner e Suddarth (1993), os cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico iniciam-se desde que é dada a informação ao doente que irá ser submetido a intervenção cirúrgica e estende-se durante todo o período pré-operatório, fase operatória, recuperação da anestesia e durante a convalescença.

A temática das necessidades de informação do doente cirúrgico, no pré-operatório, constitui para nós uma inquietação que advém das constatações que efectuamos ao longo dos anos, durante a prestação de cuidados e mais recentemente, na docência, quando orientamos alunos em ensino clínico.

O nosso estudo irá incidir no período pré-operatório, por o considerarmos primordial para o sucesso da intervenção cirúrgica e recuperação do doente. Pitrez e Pioner (1999) referem que o cumprimento das etapas que fazem parte do período pré-operatório (diagnóstico da doença, avaliação do estado do doente e preparação para a cirurgia), proporciona ao doente e aos profissionais a *segurança de uma resposta adequada ao trauma cirúrgico, acompanhada de uma evolução clínica pós-operatória normal* (p.19).

Sorensen e Luckmann (1998) definem o período pré-operatório como tendo início no momento em que a cirurgia é planeada, terminando quando o doente é transferido para o bloco operatório. Normalmente, o período pré-operatório é constituído por duas fases: pré-operatório mediato, que corresponde a dias, meses ou anos e pré-operatório imediato, que corresponde às vinte e quatro horas que antecedem o acto cirúrgico.

Habitualmente, o doente submetido a cirurgia electiva é hospitalizado na véspera da intervenção, ou seja, no período pré-operatório imediato. Nesta fase, o doente entra em contacto directo com a equipa que irá lhe prestar cuidados durante o período perioperatório e é-lhe transmitida informação sobre os cuidados que compreendem todo o processo cirúrgico. Graham (2003) salienta que os doentes internados no pré-operatório imediato têm muito pouco tempo para receber orientações e assimilá-las. Seria correcto pensar que nesta fase o doente já apresentasse conhecimentos sobre os procedimentos a decorrer. No entanto, é de referir que esta prática não se sucede na nossa região nem na maioria dos hospitais do País. *O que se verifica é que uma boa percentagem dos utentes chega ao hospital com nenhuma ou pouca informação quer sobre a sua situação concreta quer sobre os acontecimentos que o aguardam* (Cerejo, 2000, p.29).

Vários estudos realizados sobre doentes submetidos a uma intervenção cirúrgica, relatam o impacto positivo da transmissão de informação no pré-operatório. Johnston, citado por Melo (2005), apurou que a informação pode: *influenciar a recuperação; reduzir o internamento, a ansiedade, os níveis de dor e, conseqüentemente, a ingestão de analgésicos* (p.68). Também Young e Humphrey, referenciados por Melo (2005), verificaram *uma redução do sofrimento e do tempo de permanência no hospital* (p.68), quando os doentes receberam informação inerente ao seu internamento.

Similarmente Garretson (2004) numa pesquisa que efectuou sobre *Benefits of pre-operative information programmes*, apurou alguns benefícios de proporcionar informações sobre a preparação pré-operatória, das quais inclui o decréscimo da duração da estadia, a menor necessidade de utilização de analgésicos no pós-operatório e o aumento da satisfação do paciente.

Paralelamente ao que foi referido anteriormente, é crucial que o enfermeiro avalie os conhecimentos do doente sobre a sua situação actual, de forma a adequar as informações a transmitir e valide os conhecimentos do doente, após a transmissão da informação, para assim garantir que a mensagem foi compreendida.

De acordo com Potter e Perry (2006), avaliar os conhecimentos do doente permite-nos determinar a capacidade de aprendizagem e compreensão do que lhe foi transmitido. Segundo estes autores, podemos avaliar os conhecimentos do doente perguntando-lhe o que sabe sobre a doença ou a causa do internamento, entre outros aspectos. Parafraseando Melo (2005), *os doentes precisam de mais conhecimentos para tomar uma decisão do que aquela que lhe é fornecida pelos serviços de saúde* (p.65).

Da revisão bibliográfica que efectuamos, cruzámo-nos com vários estudos desenvolvidos por enfermeiros e outros técnicos de saúde direccionados para o doente cirúrgico constatando que uma das maiores necessidades do doente, durante o pré-operatório, é a informação, sendo esta essencial e primordial para a recuperação e sucesso de todo o processo cirúrgico.

Neves (1998), realizou um estudo sobre *Práticas cuidativas numa unidade de cirurgia/ significado contextual para os doentes* no âmbito da aquisição do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, cujo objectivo foi determinar o significado, em contexto natural, que os doentes atribuem às praticas cuidativas dos enfermeiros de que são utentes, numa unidade de cirurgia.

De acordo com Neves (1998), os doentes cirúrgicos que participaram neste estudo nem sempre receberam, dos enfermeiros, os cuidados que esperavam e que lhes era significativo. Na maioria dos casos, e em termos globais, os doentes foram alvo de bons cuidados de enfermagem. Contudo, acham que houve um défice de informação associado a vários procedimentos, dos quais podemos destacar a preparação pré-operatória; o tipo de cirurgia a que iam ser submetidos; possíveis efeitos da anestesia e precocidade do primeiro levantar. A autora do trabalho menciona que da análise dos dados emergiram dois temas culturais: *fazem com simpatia e tratam mas não explicam* (p.8).

Cerejo (2000) também efectuou um trabalho na área do doente cirúrgico, intitulado: *Impacto de um programa de informação estruturada na recuperação pós-operatória* para obtenção do grau de Mestre, cujo principal objectivo foi verificar qual o impacto de um programa de informação estruturado, no restabelecimento do doente após cirurgia. O programa foi aplicado a 28 doentes, “grupo experimental”, que iriam ser submetidos a cirurgia electiva, instituído no pré-operatório imediato e avaliado no pós-operatório imediato.

Para o controlo do efeito do programa, a autora utilizou dois grupos de comparação; “grupo experimental I”, constituído por 27 doentes, sendo ministrada uma intervenção placebo; e “grupo de controlo” constituído por 31 doentes ao qual não foi efectuada qualquer intervenção na área da comunicação. Das conclusões que Cerejo (2000) obteve é de realçar que a recuperação pós-operatória foi melhor nos doentes do “grupo experimental” (media de 25.75) junto dos quais os enfermeiros desenvolveram um programa de ensino estruturado, com informações relativas aos cuidados pré e pós – operatório; enquanto no “grupo experimental I” a media foi de 23.26 e no grupo de

controle” 21.42. Com base nos resultados obtidos, a autora do estudo concluiu que a intervenção estruturada surtiu efeito na recuperação do doente.

Por seu lado Silva (2002) desenvolveu um estudo sobre *Vivências do Doente Cirúrgico no Perioperatório da Cirurgia Programada* para aquisição do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, sendo o objectivo do trabalho compreender as vivências do doente cirúrgico no perioperatório da cirurgia programada, partindo da questão *Qual a Estrutura do Fenómeno do Perioperatório da Cirurgia Programada?* A metodologia utilizada foi qualitativa com abordagem fenomenológica. Através dos resultados desta investigação verificou-se existir uma disparidade significativa relativamente ao tipo de emoções e sentimentos vividos pelo doente nas três fases que compõem o perioperatório, ou seja, no pré e intra-operatório sobressaíram as vivências relacionadas com a componente emocional, enquanto que no pós-operatório foi mais evidente as vivências relacionadas com a componente fisiológica.

Silva (2002) salienta que *alguns participantes foram críticos relativamente a alguns aspectos que falharam e aos quais, os enfermeiros devem dar o máximo de atenção, nomeadamente informação, presença e apoio psicológico no pré-operatório* (p.7). Através deste trabalho a investigadora constatou que *o doente precisa de mais apoio, mais informação, mais disponibilidade para expor as suas dúvidas e compreender as informações transmitidas* (p.7).

Kiyohara et al (2004) efectuaram um trabalho intitulado *Surgery information Reduces Anxiety In The Pre-operative Period*. Este estudo teve como objectivo comparar o grau de ansiedade, no dia anterior à cirurgia, entre pacientes que receberam informação sobre o seu diagnóstico, cirurgia e anestesia.

Para medir a ansiedade foi utilizado o inventário de Spielberg, State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Para uma melhor compreensão dos resultados, importa definir os termos *ansiedade-estado* e *ansiedade-traço*. Spielberg citado por Kiyohara et al (2004) alude que a ansiedade estado refere-se a uma reacção emocional transitória desencadeada por factores / episódios pontuais que desaparecem após a resolução da situação que a desencadeou; na ansiedade traço, as reacções que a pessoa apresenta estão relacionadas com a sua própria personalidade / características intrínsecas, persistindo independentemente das situações.

Como principais resultados, os autores salientam que *ansiedade-estado* foi semelhante para homens e mulheres, enquanto que a *ansiedade-traço* foi maior entre mulheres. O nível de educação não influenciou a *ansiedade-estado* mas mostrou-se inversamente relacionada à *ansiedade-traço*. No que se refere ao diagnóstico 91,7% dos

pacientes revelou conhecimento, enquanto que em relação à cirurgia e anestesia apresentaram uma percentagem de 75% e 37,5% respectivamente. O conhecimento sobre o diagnóstico e anestesia não influenciou a *ansiedade-estado*, no entanto, o desconhecimento da cirurgia elevou os níveis da ansiedade. Em termos de conclusão, Kiyohara et al (2004) salientam que os pacientes que não possuíam informação sobre a cirurgia apresentavam maior grau de *ansiedade-estado*, ou seja, quanto maior for o conhecimento sobre a cirurgia, menor serão os níveis de *ansiedade-estado*. Este estudo alerta para a necessidade de preparar adequadamente o doente no período pré-operatório, nomeadamente, fornecendo informações sobre o seu diagnóstico, cirurgia e anestesia com o intuito de reduzir a ansiedade, contribuindo desta forma para uma melhor recuperação no pós-operatório.

Nesta linha de pensamento, Melo (2005) realça que *os doentes informados sobre a sua situação clínica tendem a aderir mais, ao tratamento com repercussões positivas, não só a nível do doente, mas também a nível do próprio funcionamento do serviço* (p.14).

Neste âmbito, a autora supracitada realizou um estudo em que investigou o *Impacto da informação em doentes internados para serem submetidos a uma intervenção cirúrgica*. Como objectivos, a autora delineou: examinar o conteúdo da informação (clínica, diagnóstico e cirurgia) que é transmitida aos doentes hospitalizados que foram sujeitos a uma intervenção cirúrgica; analisar o impacto psicológico causado por esta informação; identificar disposições individuais, estilo de *coping monitoring versus blunting* e ainda, examinar o impacto da informação sobre estes indivíduos a nível da satisfação e da ansiedade.

Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos doentes possuía um défice de informação factual sobre a sua situação clínica (92 indivíduos (56.1%) face ao diagnóstico e 103 indivíduos (62.8%) face à cirurgia). No entanto, os que se encontravam informados manifestaram um maior nível de satisfação e um menor nível de ansiedade (82 indivíduos (50%) face ao diagnóstico e 70 indivíduos (42.7%) em relação a cirurgia). Os resultados encontrados comprovam que os doentes com estilo de *coping monitoring mais informados sobre a sua situação clínica, diagnóstico e cirurgia – manifestam um maior nível de satisfação face à informação fornecida e um menor nível de ansiedade, durante o período de internamento hospitalar* (Melo, 2005,p.140). Em relação aos doentes que apresentavam um estilo de *coping blunting*, através dos dados colhidos, não foi possível comprovar que os *mais informados sobre a sua*

situação clínica, diagnóstico e cirurgia manifestam um menor nível de satisfação face à informação e um maior nível de ansiedade (...) (p.148).

Ainda, Melo (2005) salienta que o fornecimento de informação constitui uma premissa na área da saúde, que por um lado resulta na necessidade de informação por parte do doente e por outro lado, da obrigatoriedade dos profissionais de saúde em transmitir a informação aos doentes de forma personalizada e adequada a cada situação.

Atendendo aos resultados obtidos nos estudos por nós consultados e da experiência profissional, podemos depreender que é essencial reflectirmos e repensarmos nas nossas práticas de cuidados diários, às quais, por vezes, é dada maior primazia à vertente técnica dos cuidados, com algum prejuízo da componente humana e relacional. Por vezes, esquecemo-nos que o doente tem o direito à informação e que esta deve ser transmitida de forma clara e adequada, permitindo assim a sua compreensão e a aquisição de conhecimento sobre o processo cirúrgico.

Na actualidade, como já foi mencionado anteriormente, regra geral o internamento do doente para ser submetido a uma intervenção cirúrgica programada acontece vinte e quatro horas antes do acto cirúrgico o que compromete a preparação adequada do mesmo. Phipps, Sands e Marek (2003) aludem que *dantes o ensino pré-operatório terminava um ou dois dias antes da cirurgia. Alterações recentes nos cuidados de saúde têm desafiado o enfermeiro perioperatório a implementar programas de ensino pré-operatório, em períodos de tempo mais curtos e locais alternativos (p.538).*

Perante este cenário, o ideal seria a existência de um programa de informação estruturado que fosse de encontro as necessidades de informação do doente cirúrgico no período pré-operatório. Este, poderia ser colocado em prática através da intervenção do enfermeiro perioperatório, no hospital, numa consulta de enfermagem pré-operatória ou numa visita domiciliária. Sugere-se, que estas deveriam acontecer durante o pré-operatório mediato, proporcionando ao doente tempo suficiente para assimilar as informações. De acordo com Cerejo (2000) a informação dirigida ao doente de forma coordenada e atempada contribui para a sua compreensão e interiorização, sendo uma pedra basilar para o sucesso do internamento.

Seria também crucial propiciar à pessoa o contacto e conhecimento da unidade e equipa que lhe prestará cuidados durante o perioperatório. Neste contacto, os profissionais de saúde poderiam aproveitar para transmitir algumas informações sobre o processo cirúrgico e, simultaneamente, proporcionar um ambiente que contribuisse para o doente expressar as suas dúvidas, angústias, incertezas, entre outros aspectos.

Atendendo às constatações efectuadas, podemos inferir que existe uma lacuna na satisfação das necessidades de informação dos doentes cirúrgicos sobre a preparação pré-operatória.

Perante estas reflexões, surgiu-nos três questões de partida:

- Qual a informação recebida pelos doentes cirúrgicos sobre a preparação pré-operatória?
- Qual o conhecimento dos doentes cirúrgicos sobre a preparação pré-operatória?
- Quais as necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória?

Assim, realizámos um estudo intitulado **“O Doente Cirúrgico No Período Pré-operatório: Da Informação Recebida Às Necessidades Expressas”**. Tendo por base os pressupostos teóricos, delineamos os seguintes objectivos:

- Descrever qual a informação recebida pelos doentes cirúrgicos sobre a preparação pré-operatória;
- Descrever o conhecimento dos doentes cirúrgicos sobre a preparação pré-operatória;
- Descrever as necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória.

Como finalidade, pretende-se que este estudo contribua para a implementação de um programa de informação estruturado que satisfaça as necessidades de informação do doente cirúrgico no período pré-operatório e que contribua para adequar o ensino de enfermagem às reais necessidades de informação do doente.

De acordo com Melo (2005) *compreender a perspectiva do doente torna-se um pré – requisito indispensável para uma boa prática profissional* (p.29). Nesta linha de ideias Silva (2002) alude que *o doente deve ter a oportunidade e o direito de ser esclarecido sobre vários aspectos que o preocupam, de acordo com as suas necessidades e não apenas naqueles aspectos que o enfermeiro julga serem importantes* (p.21). Parse citado por Silva (2002) refere que *é o doente e não o enfermeiro, a figura autoritária e o principal tomador de decisões no relacionamento* (p.21).

Ainda, Melo (2005) alerta para a importância e vantagens em proporcionar uma informação adequada às necessidades de cada doente. Refere que há uma maior *satisfação do doente; melhor cooperação com o tratamento; redução da ansiedade e da perturbação; recuperação mais rápida da cirurgia e estadias mais curtas no hospital* (p.67).

Para a elaboração deste estudo, baseamo-nos, entre muitos outros, nos seguintes autores: Watson (1985), Cerejo (2000), Silva (2002), Fortin (2003), Phipps et al (2003), Cabral (2004), Garretson (2004), e Melo (2005).

No capítulo seguinte, aprofundaremos os conceitos que consideramos pertinentes para uma melhor compreensão dos fenómenos em estudo.

2- QUADRO DE REFERÊNCIAS

De acordo com Fortin (2003), o quadro de referências representa as bases teóricas ou conceptuais da investigação, as quais permitem ordenar os conceitos entre si, de maneira a descrever, explicar, ou predizer as relações entre eles (p.89).

Por seu lado Burns & Grove, citado por Fortin (2003), referem que o objectivo do quadro de referências consiste em estruturar os elementos de um estudo, e em fornecer um contexto para a interpretação dos resultados (p.93).

Assim, tendo por base os pressupostos destes autores, desenvolvemos neste capítulo, os conceitos expressos no nosso problema de investigação que se refere ao **Doente Cirúrgico No Período Pré-Operatório: Da Informação Recebida Às Necessidades Expressas** procurando defini-los de forma lógica e racional de modo a facilitar a compreensão do tema em estudo.

2.1 – Cuidar em contexto cirúrgico

Parece-nos, essencial reflectir no nosso dia-a-dia sobre o termo “cuidar”, porque achamos, que deve ser visto como uma prática que revele o conhecimento e a competência do enfermeiro que presta cuidados ao doente.

Segundo Collière (1989) cuidar é uma das mais velhas expressões da História do Homem. Desde que existe vida, existem cuidados, sendo necessário tomar conta da vida para que ela possa permanecer com qualidade, o maior espaço de tempo possível. A mesma autora refere que:

Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita e actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se. (p. 235)

O desenvolvimento das ciências humanas e sociais por volta dos anos 50-60 influenciou, entre outras disciplinas, a Enfermagem. O Homem começou a ser

compreendido como um ser global, como um todo e não apenas a soma das partes que o compõem. Assim, surgem novas formas de abordagem dos cuidados de Enfermagem, baseados em modelos que percebem o Homem como um ser holístico, em equilíbrio com o meio externo e que se encontra inserido numa família, grupo e sociedade. Melo (2005), citando Stoudemire, salienta que a maioria das doenças, independentemente de serem físicas ou psiquiátricas, são influenciadas e determinadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, variáveis que, por sua vez, influenciam a predisposição, o aparecimento, o curso e o prognóstico da maioria das doenças (p.40).

O enfermeiro surge aqui como alguém que possui competências para ajudar a pessoa a desenvolver as suas aptidões, de forma a conseguir enfrentar a doença e promover o restabelecimento do equilíbrio.

Santos (1995) considera que:

Cuidar requer uma relação interpessoal, que engloba comportamentos e sentimentos, tais com o assistir, o ajudar, o estar ao serviço de, desenvolvendo acções de enfermagem e mostrando capacidade de empatia em relação às experiências do utente. (p. 9)

Nesta óptica, Caseiro e Pinto (2001) referem que a partilha de sentimentos, medos e alegrias podem tornar cada pessoa única para nós e nos tornam únicos na vida daquela pessoa, isto é, cuidar do outro e também de nós!

Segundo Batalha (2001), ao enfermeiro compete-lhe cuidar do ser humano, isto é, ser uma pessoa que acompanha outra que dele necessita. O mesmo autor, refere que o cuidar e a prática dos cuidados deve situar-se para além do modelo biomédico e o Homem deve ser entendido como um ser global inserido num meio singular.

Nesta perspectiva, Cerqueira (1999) salienta que a enfermagem tem a possibilidade de cuidar do Homem na sua individualidade. Se, por um lado o cuidar é a característica globalizante da humanidade por outro lado, é a forma de o concretizar que nos distingue uns dos outros. Este autor refere ainda que o Homem cuida porque é a sua natureza cuidar, a mãe cuida do seu filho.

O “cuidar” que muitos autores consideram ser a “essência da enfermagem” é, como salienta Watson (1985), o foco central da enfermagem.

A enfermagem está preocupada em promover a saúde, prevenir a doença, cuidar o doente e restaurar a saúde. A enfermagem tradicional tem integrado o conhecimento bio-fisiológico, como conhecimento do comportamento humano, para promover o bem-estar e cuidar do doente. No presente (como no passado), a ênfase está na promoção da saúde, mais do que na especialização do tratamento da doença. (p.7)

Em consequência deste pressuposto, Watson (1985) reforça que a enfermagem interessa-se pelo conhecimento e compreensão do “cuidado”, o que embora complementar, é diferente do conhecimento e compreensão do “curar”, que pertence ao campo de acção da medicina.

É importante criar um ambiente e um clima que sejam facilitadores da prática de cuidados. As práticas do cuidar são uma parte integrante da excelência no exercício da enfermagem, sendo fundamental tornarem-se visíveis.

Segundo Benner (2001):

As práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados. As práticas não podem ser completamente objectivadas ou formalizadas porque elas têm sempre de ser trabalhadas em novas formas, no âmbito de interações particulares que ocorrem em momentos reais. (p.14)

Assim, o enfermeiro da unidade de cirurgia deve ter em atenção que a hospitalização, e particularmente a experiência cirúrgica, constituem um desafio ao normal funcionamento do organismo para a pessoa em qualquer momento da sua vida, ou seja, uma interrupção do processo contínuo de saúde. Henderson (1994) realça que desde o momento que o doente é hospitalizado, cada Enfermeiro deve questionar-se sobre os seus procedimentos habituais e sobre os aspectos que limitam a acção do indivíduo na satisfação das suas necessidades básicas. Constitui uma prioridade, propiciar um ambiente hospitalar o mais semelhante ao seu domicílio, para facilitar a adaptação a nova condição. Pois *se durante demasiado tempo privarmos uma pessoa daquilo que ela mais valoriza – amor, aceitação, uma ocupação útil – estas podem ser piores que a doença que pretendemos curar* (Henderson 1994, p.17).

Nestas circunstâncias o doente aceita o internamento, na esperança que lhe sejam prestados cuidados de qualidade, sendo premente a necessidade de humanizar os cuidados. Segundo Vilaça (2004) *o cuidar só é global e completo quando a execução de qualquer técnica se encontra intrinsecamente ligada à dimensão relacional que a suporta e lhe dá sentido* (p.14).

A componente ética é indissociável da conduta do enfermeiro no cumprimento das suas funções. Para Queirós (2001), *cuidar é o núcleo central da enfermagem e é desenvolvida através do suporte e da protecção da dignidade do doente/utente* (p.18). Logo, é fundamental preservar e fomentar o direito à dignidade humana, que se encontra contemplado no Código Deontológico do Enfermeiro (2003) no Artigo 78.º ponto n.º1 *as intervenções de enfermagem, são realizadas com a preocupação da defesa*

e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (p.21) e o Artigo 89.º refere-se a *humanização dos cuidados*. Significa que a nossa intervenção deve visar a qualidade dos cuidados que prestamos, atendendo o doente de forma personalizada, no seu todo, promovendo o seu conforto e minimizando o seu sofrimento, pois só assim, é possível humanizar os cuidados que prestamos no respeito pela dignidade da pessoa.

Nesta linha de pensamento Osswald (2000) realça a necessidade de *humanizar, colocar o doente no centro do sistema e das atenções, acolher, informar, encaminhar a pessoa doente, que nunca é um caso ou um rótulo*. (p.44) É indiscutível que o papel de humanizar cabe a todos os profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro que tem características próprias e é singular no desempenho das suas funções, razão pela qual é considerado como o *agente da primeira linha da humanização*. (p.45)

Bellman (2003), partilhando das ideias de Osswald (2000) refere que:

o papel do enfermeiro de cirurgia é dinâmico, multifacetado e continua a evoluir em função de alterações que surgem do interior da enfermagem, de políticas de serviço locais e nacionais e de tecnologias em progresso acelerado. O enfermeiro de cirurgia do século XXI tem que ser, um praticante profissional, confiante e flexível capaz de articular valores de enfermagem e inovar efectivamente a prestação de cuidados, em benefício dos doentes... (p.27)

Para a enfermagem o processo de cuidar tem um enfoque importante que, segundo Watson (2002) tem o objectivo de *proteger, melhorar e preservar a dignidade humana* (p.55). Isto requer, por parte do enfermeiro, um envolvimento do seu todo, tanto a nível pessoal, como social, moral e espiritual. De acordo com esta autora, todo o cuidar está relacionado *com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença; um conhecimento de saúde-doença, interacções ambiente-pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar*. (p.55)

Silva (2002) realça que cuidar de uma pessoa que será submetida a uma intervenção cirúrgica exige, por parte do enfermeiro, um conhecimento de todo o processo cirúrgico, essencialmente do modo como o doente conceptualiza a cirurgia e relembra as experiências anteriores.

O papel que o enfermeiro desempenha numa unidade de cirurgia é crucial para o sucesso de todas as fases que compõem o período perioperatório, como referem Cruz e Varela (2002):

a enfermeira precisa de assumir a posição de “mãe” carinhosa, compreensiva e protectora; de “psicóloga”, na identificação, compreensão e conforto em presença de alterações comportamentais; de “assistente social”, na identificação e compreensão dos problemas relativos à sua

cultura e necessidades pessoais, ajudando a resolvê-los. Assume até mesmo, a posição de “religiosa” para dar apoio espiritual assim como “advogada, para defender e apoiar a pessoa de possíveis intercorrências e do próprio procedimento cirúrgico. Também coloca-se como” mensageira”, mantendo o elo de ligação com a família do doente (p.53).

O conceito de cuidar, como pudemos constatar das descrições anteriores, é amplo e varia consoante a interpretação que cada autor concebe do conceito, assim como as suas crenças, valores e ideais. No entanto, é unânime considerar que o cuidar é a essência e o centro da enfermagem. Nesta óptica, espera-se que os enfermeiros desenvolvam capacidades de ordem técnica, científica, prática, e também de ordem relacional e ética, para conseguirem dar resposta ao desafio que é CUIDAR.

Em seguida, efectuamos uma abordagem sobre a enfermagem perioperatória, especificamente sobre o período pré-operatório e os respectivos cuidados de enfermagem que o doente necessita nesta fase.

2.2 – A Enfermagem no período pré-operatório

Ao longo dos tempos e face as mudanças socioculturais, económicas, políticas e tecnológicas, que se tem verificado na nossa sociedade, a Enfermagem tal como outras profissões, tem vindo a evoluir e a desenvolver o seu leque de conhecimentos, tendo como pilar o método científico de pesquisa e a prática da Enfermagem. Os profissionais têm a incumbência de alargar os seus saberes, aprofundando os domínios que guiam os seus actos. É imperativo a existência de um conjunto teórico de conhecimentos que oriente a formação dos profissionais e assim melhore a prestação de cuidados.

Para Watson (2002) a enfermagem, na generalidade, *consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e acção, com algum grau de paixão* (p.96), daí que conhecermos e reflectirmos sobre os paradigmas da Enfermagem é fundamental para compreendermos a natureza dos cuidados e o estado da Enfermagem actual. Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1994) apresentaram várias correntes de pensamento atribuindo a designação de paradigma da categorização, paradigma da integração e o paradigma da transformação.

O paradigma da categorização representa os fenómenos de um modo linear e isoladamente, orientando o pensamento para a pesquisa de um factor causal, responsável pela doença, ocorrendo mudanças como resultado de condições anteriores. Assim, *os fenómenos são divisíveis em categorias, classes ou grupos definidos e*

considerados elementos isoláveis ou manifestações simplificáveis (Kérouac et al, 1994, p. 3). A pessoa é vista como um ser fragmentado e o ambiente é algo que está isolado da pessoa, ou seja, a pessoa e o ambiente são duas entidades independentes.

Neste paradigma, subsistem duas orientações distintas da Enfermagem: uma centrada na saúde pública, que se interessa pelas condições de saúde em que vivem as pessoas; outra orientada para a doença, estando ligada á prática médica.

O paradigma da integração é o prolongamento do paradigma anterior, em que os elementos e as manifestações de um fenómeno estão integrados num contexto específico onde se encontra. Este paradigma influenciou a orientação da Enfermagem para a pessoa, salientando-se o reconhecimento desta disciplina, distinta da disciplina médica. Nesta perspectiva, a pessoa é entendida como um todo em interacção e os cuidados de Enfermagem são prestados com a finalidade de assistir a pessoa em todas as suas dimensões (Kérouac et al, 1994).

Por outro lado, o paradigma da transformação representa uma mudança de mentalidade, perspectivando os fenómenos como únicos, jamais iguais a um outro. Kérouac et al, (1994) narram que:

os fenómenos apresentam algumas similaridades, mas nenhum se assemelha completamente. No entanto cada fenómeno pode definir-se por um estrutura e um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global mais larga, o mundo que o rodeia.
(p.12)

Neste contexto, a pessoa é considerada indissociável do seu universo, e os cuidados de Enfermagem têm como intuito o bem-estar da pessoa e a satisfação das suas necessidades individuais, sendo crucial a parceria de trabalho enfermeiro / utente. Segundo os autores supra mencionados, um dos objectivos da Enfermagem é a existência de um modelo conceptual que constitua um ponto de referência para a prática de Enfermagem e que contribua para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa, família e comunidade.

Quanto à Enfermagem perioperatória, de acordo com Ladden (1997), este termo é usado tanto no círculo de enfermagem como médico, sendo reconhecida e praticada em salas de cirurgia, centros ambulatoriais entre outros. Historicamente o termo enfermagem perioperatória é usado para descrever os cuidados ao doente nas fases pré, intra e pós-operatória, ideia partilha por Pitrez e Pioner (1999), entre outros autores.

Ainda Ladden (1997) menciona que a *enfermagem perioperatória é um processo profissional e dinâmico* (p.4). Através da identificação e planeamento das intervenções e acções, os enfermeiros perioperatórios asseguram aos pacientes cirúrgicos cuidados de

enfermagem, com base científica e têm um papel preponderante no propiciar de um ambiente seguro e eficiente para que o doente alcance resultados positivos durante todo o processo cirúrgico.

Ao longo dos tempos, a enfermagem perioperatória tem evoluído, vindo a dar, progressivamente, maior ênfase ao atendimento holístico do indivíduo para a satisfação das suas necessidades em substituição de uma intervenção exclusivamente técnica. *A Enfermagem perioperatória contemporânea é centrada no doente, em vez de orientada para as tarefas inerentes* (Phipps et al, 2003, p.526).

O período pré-operatório é descrito, por vários autores, como tendo início no momento em que o paciente e o cirurgião tomam a decisão da intervenção cirúrgica, e termina com a transferência do primeiro para a mesa cirúrgica concepção partilhada por diversos autores, entre eles, Brunner e Suddarth (1993); Pitrez e Pioner (1999); Sorensen e Luckmann (1998); Phipps, Sands e Marek (2003) e Santos, (2003). Por outras palavras podemos afirmar que o período pré-operatório *compreende o espaço de tempo que antecede o procedimento cirúrgico (...) sendo esse tempo muito variável e está sujeito a circunstâncias multifactoriais, dependentes não só da patologia como também do estado clínico do paciente* (Pitrez & Pioner, 1999, p.18). Segundo estes autores, não podemos prever a duração desta fase, uma vez que cada caso é único e individual.

Sawada, citado por Araújo, Jorgetto e Noronha (2007), acrescenta que o pré-operatório é *um período de detecção das necessidades físicas e psicológicas do paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico* (p.2).

Fazendo uma breve resenha histórica da enfermagem no período pré-operatório é notório que o papel do enfermeiro e as intervenções de enfermagem sofreram várias alterações ao longo dos tempos. Ladden (1997) parafraseando Black recorda que entre 1900 a 1919 a preparação do doente cirúrgico se realizava especialmente no domicílio, após a marcação da cirurgia. O paciente fazia uma alimentação mais reforçada, banhos com maior frequência, exposição ao sol e fazia períodos de repouso como preparação do corpo. Algumas horas antes da cirurgia, o enfermeiro deslocava-se a casa com o intuito de preparar o doente e o ambiente para que a cirurgia se realizasse. Selecionava o quarto mais apropriado, esvaziava-o e fervia os utensílios necessários, conversava com o paciente acalmando-o e obtendo informações da sua história pessoal e familiar.

Corroborando com Ladden (1997), Phipps et al (2003) aludem que no início do século XX os actos cirúrgicos eram praticados em casa do doente, em que o papel da enfermagem *centrava-se na preparação do ambiente e no suporte ao doente* (p.525).

Durante o período compreendido entre 1920 e 1939, começou a surgir um modelo de preparação pré-operatória, como resultado da afiliação dos médicos aos hospitais. *Tanto a preparação física como mental do paciente eram stressantes, o conceito de consentimento do paciente para a cirurgia foi iniciado e a preparação da sala de operações (SO) e dos instrumentos foi aplicada* (Ladden, 1997 citando Black, p.4). Neste período, segundo Phipps et al (2003), a principal função do enfermeiro consistia na assistência técnica ao cirurgião.

Entre 1940 e 1959 foram assinalados pelas descobertas científicas na área da Medicina e da Enfermagem. Os cuidados ao doente cirúrgico tornaram-se mais globais, mais completos, deu-se um maior ênfase as necessidades individuais de cada paciente e foi reconhecida a importância e utilidade da preparação psicológica antes da operação.

Segundo Ladden (1997) citando Black, nos anos compreendidos entre 1960 e 1979, a investigação nesta área foi enfatizada e *as necessidades emocionais do paciente foram reconhecidas à medida que elas relacionavam-se à cada paciente individualmente, e os conceitos de instrução pré-operatória estruturada foram introduzidos e validados pela pesquisa em Enfermagem* (p.4).

Actualmente, segundo Santos (2003), o período pré-operatório divide-se em mediato e imediato. O primeiro corresponde ao período de tempo que decorre desde o momento que é tomada a decisão de intervenção cirúrgica até às 24 horas que antecedem a cirurgia. Este intervalo de tempo pode corresponder a dias, meses e até anos, sendo o mais frequente ocorrer com o doente no domicílio tendo como objectivo *principal disponibilizar factores positivos para o acto cirúrgico e estabilizar condições que possam interferir na recuperação* (p.24).

Durante o pré-operatório mediato, o doente ir-se-á consciencializando da necessidade e importância da cirurgia, sendo normal que surjam muitas dúvidas, medos incertezas e interrogações, desempenhando o enfermeiro um papel muito importante na explanação, de forma precisa e objectiva dos aspectos que preocupam o doente, no sentido de prepará-lo adequadamente para o acto cirúrgico.

Ladden (1997) e Phipps et al (2003) aludem que nesta fase é frequente a pessoa dirigir-se à unidade hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico, para a consulta de anestesia, entre outros procedimentos, proporcionando ao enfermeiro a possibilidade de estabelecer um contacto mais próximo com o doente. Logo, este momento poderia ser aproveitado para esclarecer o doente sobre os aspectos que o preocupam e transmitir algumas informações sobre os aspectos que envolvem o perioperatório.

Seguindo o pensamento dos autores anteriores Dawson (2003) menciona que o ideal seria o doente *frequentar consultas de pré-admissão, onde conheceria o seu enfermeiro (...) esta abordagem serve para estabelecer uma relação terapêutica muito antes da realização da cirurgia* (p.399).

Relativamente ao período pré-operatório imediato, este é descrito como correspondendo apenas às 24 horas que antecedem a cirurgia, correspondendo, na maioria das vezes, ao internamento do doente. É, normalmente, nesta fase que o doente entra em contacto directo com a equipa de saúde que irá prestar-lhe os cuidados, sendo efectuada a preparação para o acto cirúrgico e, simultaneamente, quando toma conhecimento das práticas da unidade.

Em síntese, fazendo alusão a Phipps et al (2003), a avaliação inicial do doente, assim como a preparação pré-operatória, deveria ser iniciada antes do internamento na unidade hospitalar, ou seja, no período pré-operatório mediato e continuada durante o internamento e alta hospitalar. No entanto, ao nível do hospital onde trabalhamos, Hospital Central do Funchal, assim como noutros hospitais, esta prática não é comum.

2.2.1- A preparação pré-operatória do doente cirúrgico

A adequada preparação pré-operatória do doente cirúrgico, é primordial para o sucesso de todas as fases que compõem o processo cirúrgico. No período pré-operatório, são planeados cuidados de enfermagem que terão um grau de significância elevado na recuperação e êxito da cirurgia.

Hesbeen (2000) define Cuidados de Enfermagem como sendo *a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los (...). Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados as pessoas* (p.69). Assim, prestar cuidados de enfermagem é complexo e tem como finalidade ajudar a pessoa a promover a sua saúde, contribuindo para o seu bem-estar e proporcionando uma atenção particular quando esta se encontra numa situação adversa.

Segundo o autor supracitado, os Cuidados de Enfermagem são *compostos de múltiplas acções que são sobretudo, (...) uma imensidão de “pequenas coisas” que dão possibilidade de manifestar uma “grande atenção” ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares ao longo das vinte e quatro horas* (p.47).

Corroborando com as citações anteriores a Ordem dos Enfermeiros (2003) define os Cuidados de Enfermagem como *as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo o enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais* (p.1669).

De acordo com alguns autores consultados, nomeadamente Brunner e Suddarth (1993), Sorensen e Luckmann, (1998) e Phipps et al (2003), no período pré-operatório a assistência ao doente deve ser efectuada a vários níveis, sendo primordial o primeiro contacto. É crucial estabelecer um diálogo que permita ao doente sentir confiança e segurança nos enfermeiros que irão prestar-lhe cuidados, propiciando o desenvolvimento de uma relação terapêutica. Assim, o utente sentir-se-á mais confiante para transmitir alguns dados pessoais, manifestar as suas necessidades, as suas dúvidas, os seus medos, entre outros, que serão muito úteis para o planeamento de cuidados personalizados e para prevenção de complicações no pós-operatório. A avaliação inicial deve ser *holística e reflectir as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do doente e de sua família ou pessoas significativas* (Phipps et al, 2003, p.530).

Estes pressupostos são partilhados por Melo (2005) que alude ser elementar, para a prestação de cuidados, obter informações sobre o doente para posteriormente conceder instruções distintas de acordo com as necessidades individuais. *Utilizando os princípios da entrevista, o enfermeiro pode adquirir informações valiosas. Um enfermeiro tranquilo, compreensivo e cordial desperta a confiança do paciente* (Brunner & Suddarth, 1993, p.345).

Através do diálogo / entrevista, o enfermeiro adquire dados sobre as preferências alimentares do utente; hábitos de higiene; medicação que faz no domicílio; funcionamento vesical e intestinal; história de saúde; experiências cirúrgicas anteriores; hábitos de sono; existência ou não de alergias; hábitos tabágicos; ingestão de bebidas alcoólicas; passado cultural, aspectos psicossociais; entre outros aspectos.

De acordo com Phipps et al (2003), a história de saúde é essencial para avaliar os sistemas orgânicos e verificar se o doente tem condições para ser submetido a cirurgia. No que se refere ao uso de fármacos e substâncias, assim como presença de alergias, são dados muito importantes devido *aos potenciais efeitos adversos dessas substâncias, com alguns anestésicos, e o risco acrescido de complicações* (p.530).

Os autores anteriormente citados referem que o passado cultural pode influenciar as *reações a saúde, doença, cirurgia e morte* (p.531). Ainda, Phipps et al (2003), alertam para a importância das experiências cirúrgicas vividas anteriormente como uma situação que pode afectar positivamente ou negativamente o nível de ansiedade e, consequentemente a forma como o doente enfrenta este novo momento.

Brunner e Suddarth, (1993); Sorensen e Luckmann, (1998); Gonçalves, (2003); Dawson, (2003); referem que no período pré-operatório é, crucial analisar os aspectos psicossociais, sendo necessário preparar psicologicamente o doente para a intervenção cirúrgica, com o objectivo de reduzir a ansiedade que está sempre presente nestas circunstâncias. Também Cruz e Varela (2002) mencionam que a admissão do doente num serviço para ser submetido a intervenção *cirúrgica é sempre precedida da sensação de medo* (p.51). O doente manifesta, entre outros, medo do desconhecido, do ambiente estranho, da cirurgia, do seu resultado, medo da anestesia, das alterações que possam surgir na sua imagem corporal, medo da dor e medo da morte.

Quanto aos aspectos psicossociais, não podemos esquecer a avaliação da situação familiar, nomeadamente a condição financeira que *pode ter implicações consideráveis, tanto na intervenção cirúrgica imediata como nos cuidados de acompanhamento* (Phipps et al, 2003, p.532).

É imprescindível que o enfermeiro, ao cuidar do doente no pré-operatório, tenha conhecimento e consciência que é sua função *suavizar, senão eliminar o processo ansioso que o doente vivência (...)* uma *boa relação enfermeiro / doente / família permitirá um esclarecimento atempado de todos os seus medos e dúvidas, encarando a experiência vivida como mais uma etapa do seu ciclo vital* (Gonçalves, 2003, p.18).

Dawson (2003) defende que o principal objectivo dos cuidados de enfermagem no período pré-operatório é *facultar ao doente e familiares a compreensão e preparação da experiência cirúrgica* (p.395).

Assim, torna-se fundamental informar o doente sobre os aspectos inerentes ao processo cirúrgico. Esta advertência é pertinente, não só pelo facto de reduzir a ansiedade do doente, por contribuir para uma maior participação do mesmo, em todos os procedimentos, como também para uma adequada recuperação de todas as fases que constituem o período perioperatório. Segundo Dawson (2003) *quando o doente conhece e compreende a operação, a cura é mais rápida. Quando (...) é informado sobre os fármacos, adere com mais facilidade e usa-os adequadamente* (p.396).

De acordo com Phipps et al (2003) e Melo (2005), a preparação pré-operatória deve centrar-se em três dimensões elementares. Na dimensão do **Procedimento Cirúrgico**, na dimensão **Sensorial e Comportamental**.

A dimensão do procedimento cirúrgico contempla as orientações sobre a experiência cirúrgica como sendo: o consentimento informado; alimentação que deve fazer na véspera da cirurgia e no pós-operatório; a forma de preparação da pele; a preparação intestinal; a roupa que deve usar no dia da cirurgia; os cuidados a ter com os

cabelos e as próteses dentárias; a visita pré-operatória de enfermagem; a visita pré-anestésica; os cuidados que lhe serão prestados no bloco operatório; o acompanhamento para o bloco operatório; a sala de cuidados pós-anestésicos; as visitas no pós-operatório, os métodos de controlo da dor; os dispositivos que poderá trazer e as condições para alta (Phipps et al, 2003; Melo, 2005).

A dimensão sensorial inclui as sensações que o doente pode experimentar durante o perioperatório, como seja, os efeitos da medicação; o ambiente da sala operatória; as sensações ao primeiro levantar e as sensações associadas aos dispositivos (Phipps et al, 2003, Melo 2005).

No que concerne à dimensão comportamental, compreende as acções relativas aos comportamentos a adoptar pelo doente para a prevenção de complicações no pós-operatório, como sejam: a respiração profunda; exercício da tosse; o uso do inspirometro; exercícios com os membros inferiores; mobilização no leito; o primeiro levantar; entre outros (Phipps et al, 2003, Melo, 2005).

Dawson (2003) aponta que as complicações que despontam com maior frequência no pós-operatório são as respiratórias, circulatórias e as infecções. Também Phipps et al (2003) comunga da opinião do autor supra mencionado referindo que estas complicações são as que sobrevêm com maior frequência após o acto cirúrgico. Dawson (2003) e Phipps et al (2003) partilham da convicção que o risco de ocorrência destas complicações pode ser reduzido ou mesmo eliminado, se houver uma preparação adequada do doente no período pré-operatório.

De acordo com Melo (2005), a informação sensorial pode ser particularmente importante, porque ajuda a normalizar as sensações do doente durante o procedimento. Similarmente, a informação sobre o que o doente pode fazer permite, também, ajudar a reduzir o stress (p.62).

Por outro lado, Phipps et al (2003) salientam que as informações sobre a preparação pré-operatória mais relevantes para a maioria dos doentes *referem-se a exames e actividades, situações relacionadas com a cirurgia, e expectativas sobre o que vai acontecer no pós-operatório* (p.538). Nesta linha de pensamento, Cerejo (2000) alude que o doente cirúrgico na fase pré-operatória requer informações, fundamentalmente sobre a sua situação após o acto cirúrgico, ou seja, sobre o pós-operatório. Esta autora ressalta que as principais preocupações do doente prendem-se com o despertar da anestesia, saber se conseguirá respirar normalmente e que dores poderá sentir.

As informações transmitidas, assim como toda a preparação efectuada no pré-operatório, têm demonstrado ser benéficas e influenciar a resposta do doente no pós-operatório. Potter e Perry (1999) reforçam que melhora a capacidade física, permite o retorno precoce às actividades diárias e diminui o tempo de internamento. Reduz ainda a ansiedade, proporcionando uma sensação de bem-estar, evidenciando-se na diminuição das quantidades de analgésicos e contribui para uma actividade ventilatória mais eficaz.

Tendo por base os pressupostos de Phipps et al (2003) e Melo (2005), apresentamos uma proposta de modelo de preparação do doente cirúrgico no período pré-operatório (figura nº 1).

Figura nº 1 – Proposta de modelo de preparação do doente cirúrgico no período pré-operatório



Fonte: Criação da autora, tendo como referencia Phipps et al (2003) e Melo (2005)

Contudo, apesar de sermos da opinião que é fundamental a existência de um modelo de preparação do doente, que ajude a orientar os enfermeiros nas suas práticas, é importante ter em atenção que cada pessoa deve ser esclarecida de forma personalizada, uma vez que os conhecimentos, as necessidades e as dúvidas podem ser diferentes. Pois, como afirma Fox (1997) *nem todas as necessidades dos pacientes são as mesmas, nem todos os pacientes precisam de saber tudo* (p.200). Na mesma linha de pensamento,

Phipps et al (2003) mencionam que as orientações pré-operatórias devem fornecer *informações que vão ao encontro das necessidades de aprendizagem do indivíduo, promovam a segurança, promovam o conforto psicológico, promovam o envolvimento do doente e sua família (...)* (p.538).

Outro aspecto a ter em atenção é o planeamento do momento ideal de conceder as orientações e a forma de transmitir as informações ao doente e família. Relativamente a este facto, existem algumas controvérsias. Segundo Brunner e Suddarth (1993), se o doente é instruído com muita antecedência, é possível que parte da informação seja esquecida, por outro lado, se é orientado muito próximo da cirurgia (véspera), devido à componente ansiedade, é provável que não retenha todas as informações. Portanto, as orientações devem ser dadas quando *o paciente está mais receptivo e pode participar do processo de aprendizagem (...)* devem ser espaçadas ao longo do tempo, para permitir que assimile as informações e faça perguntas, à medida que as dúvidas surjam (Brunner & Suddarth, 1993, p.350).

Por outro lado, Dawson (2003), citando Cupples refere que o melhor momento para comunicar ao doente dados sobre a intervenção cirúrgica são os *dez a catorze dias que antecedem a cirurgia, o que permite tempo suficiente para digerir a informação dada e a oportunidade para colocar questões durante período pré-operatório do internamento* (p.398). Também Nelson, citado por Dawson (2003), alude que *a informação fornecida no dia anterior à cirurgia não é retida da mesma forma que a informação fornecida duas semanas antes da cirurgia* (p.398).

Na mesma linha de pensamento dos autores anteriores, Potter e Perry (1999) mencionam que a altura ideal para fornecer informações é antes da admissão do doente no hospital, por exemplo, numa consulta pré-operatória. Após o seu internamento, devemos apenas reforçar as indicações já proporcionadas.

Na realidade, o que acontece na maioria dos hospitais é que a preparação do doente e a transmissão das informações ocorrem após o doente dar entrada no hospital, ou seja, na maior parte das vezes 24 horas antes da cirurgia. Neste contexto, não só é difícil preparar convenientemente o doente, como também dificilmente este assimilará todas as informações fornecidas, como já foi anteriormente referido por diversos autores.

Logicamente, compete à equipa multidisciplinar, nomeadamente o enfermeiro que exerce funções no serviço de cirurgia em parceria com o enfermeiro do bloco operatório, o médico assistente e o médico anestesista, preparar adequadamente o doente física e psicologicamente para o acto cirúrgico. Nesta perspectiva, Lourenço

(2004) refere que é crucial a realização da visita pré-operatória, pois *indiscutivelmente a visita pré-operatória é fundamental para que se possa cuidar no bloco operatório* (p.26). Embora o trabalho de equipa seja fulcral para atingirmos os objectivos que pretendemos, o enfermeiro da unidade de cirurgia é, sem dúvida, a pedra basilar. Afinal é ele quem está em contacto mais directo e contínuo com o doente ao longo das 24 horas.

A visita pré-operatória de enfermagem, segundo Lourenço (2004), *visa globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil (...) e tem uma eficácia objectiva sobre o excesso de stress do futuro operado* (p.26). Esta opinião é partilhada por Baldwin e Webb citados por Dawson (2003) quando afirmam que *a visita pré-operatória de um enfermeiro de bloco operatório pode reduzir a ansiedade do doente* (p.398). Estes autores acrescentam ainda que o contacto do doente com o enfermeiro do bloco operatório pode ser muito útil, uma vez que se adquire informações adicionais que são fundamentais para a equipa do bloco estabelecer / planear um plano de cuidados intra-operatório personalizado e adequado a pessoa em questão.

Também Silva (2002) comunga das concepções dos autores supracitados relativamente à visita pré-operatória, ressaltando que o objectivo é preparar o doente para a intervenção cirúrgica para que consiga ultrapassar os seus medos, receios e apreensões. O enfermeiro tem de ter a capacidade de detectar as necessidades manifestadas pelo o doente e dar resposta às mesmas de forma personalizada e individualizada. Enfim, pretende-se que o doente esteja informado e consciente da situação, pois assim poderá ultrapassar mais facilmente esta nova etapa da sua vida.

De acordo com Paula e Carvalho (1997), as principais finalidades da visita pré-operatória de enfermagem são: informar o doente sobre os aspectos inerentes ao perioperatório; diminuir a ansiedade que geralmente está presente; prestar cuidados de qualidade e contribuir para a recuperação da saúde.

Para que a visita pré-operatória tenha a eficácia que se deseja é necessário criar um meio propício para esta actividade, logo *deve ser realizada num ambiente calmo e silencioso, sem factores que possam provocar distrações ou impossibilitar a relação, (...) os membros da família podem e devem estar presentes* (Pinheiro, 1999, p.42).

Sempre que possível, a visita deve ser realizada na véspera da operação e pelo enfermeiro que irá receber o doente ou acompanhá-lo durante o acto cirúrgico, no entanto, existem vários aspectos que limitam esta condição, tais como: a falta de

recursos humanos; o excesso de trabalho; a falta de tempo e ausência de formação nesta área (Lourenço, 2004).

Nesta linha de pensamento, Dawson (2003) menciona que alguns doentes consideram elementar encontrar o mesmo enfermeiro que realizou a visita pré-operatória, no bloco de cirurgia, pois sentem-se mais protegidos e acolhidos. Esta ideia é partilhada por Silva (2002) quando narra que os doentes, em geral, *perguntam pelo o enfermeiro com quem conversaram no dia anterior pois de alguma forma se sentem mais seguros por verem uma cara conhecida* (p.22).

Também Cabral (2004) partilha das opiniões dos autores atrás referidos, concluindo num estudo por si realizado, que a visita pré-operatória tem repercussões muito positivas ao nível: *da equipa de enfermagem, pela informação, estabilidade e proporcionar cuidados mais humanizados; do utente e família, pela diminuição de medos e angústias que assombram esta experiência única e pessoal que é a intervenção cirúrgica* (p.299). Neste estudo a autora verificou que a proporção de doentes com medo: em relação ao prognóstico, anestesia, rejeição familiar, serviço e morte, antes da visita pré-operatória diminuiu após a visita pré-operatória.

Dando seguimento, à pesquisa realizada sobre o fenómeno em estudo, achamos pertinente o enquadramento das necessidades humanas básicas à luz das concepções defendidas pelo filósofo Abraham Maslow e as teóricas de enfermagem Jean Watson e Virgínia Henderson.

2.3 - Necessidades humanas básicas

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (Priberam) *on-line* (2007) necessidade é definida como *aquilo que é absolutamente necessário; carácter daquilo que é imprescindível; o que é inelutável, inevitável, fatal (...) carência de coisas necessárias (...)* (s.p).

O termo necessidade, segundo Birou (1977) *conserva um sentido indefinido e complexo. Pode tratar-se de uma sensação de um estado ou de um objecto* (p.276). É segundo este autor, considerado uma sensação quando o homem vive um *sentimento de privação*, causado pela ausência de alguma coisa necessária para a sua realização pessoal. É ainda um estado, no sentido que falta algo (exterior) para conseguir atingir os objectivos, os ideais. Nesta perspectiva a pessoa pode ter necessidades para as quais não

tem consciência e que desconhece. Pode também ser considerado um objecto na medida em que o homem precisa dele para sobreviver, como se de oxigénio se tratasse.

Por seu lado, Martinez (1979) considera o conceito necessidade do ponto de vista puramente técnico, correspondendo *a um estado psicológico de insatisfação acompanhado do conhecimento da existência e da acessibilidade de um meio adequado a fazer cessar aquele estado e do desejo de possuir esse meio* (p.1777). Para este autor, as necessidades podem ser classificadas de varias formas, atendendo a diferentes critérios, sendo fundamental termos sempre em mente que *as necessidades variam de individuo para individuo, segundo as condições de civilização, o estado social, o ambiente (...), a condição profissional, a idade, o sexo, etc.* (p.1778).

Compartilhando o pensamento do autor atrás citado, Birou (1977) sustenta que as necessidades do ser humano são difíceis de definir, dado que estas variam de acordo com as condições de existência de cada individuo, os níveis de cultura, as características individuais e as aspirações infinitas do Homem.

Parafraseando Lachelier, citado por Gauquelin (1978), a necessidade *é o estado de um ser a respeito do que lhe falta para atingir os seus próprios fins* (p.355). Segundo este autor as necessidades podem ser primárias ou secundárias: as primárias correspondem às necessidades orgânicas que têm um carácter imperioso, como a fome a sede e o sono; as secundárias referem-se às necessidades de protecção, valorização e afecto.

Para Rey (1999) as necessidades vitais são definidas como sendo *básicas e não aprendidas, (...) cujo desempenho normal leva á satisfação física, a saber respirar, comer, beber, urinar, defecar, copular, repousar e dormir. (...) Elas são indispensáveis à manutenção da vida do indivíduo ou à continuidade da espécie (reprodução)* (p.531).

Para que o enfermeiro possa prestar cuidados de excelência atendendo ao todo da pessoa que irá ser submetida a cirurgia, é elementar identificar e compreender as suas necessidades. É da responsabilidade do enfermeiro elaborar um plano de cuidados com o objectivo de contribuir para a satisfação das necessidades expressas pelo doente. *Após a identificação das necessidades específicas dos clientes, o enfermeiro geralmente estabelece as prioridades para ajudá-los a atender a estas necessidades* (Potter & Perry, 1999, p.442). Também Irving (1979) é da opinião que *o enfermeiro deve determinar as necessidades do paciente, sua capacidade de atendê-las por si mesmo, e o que deve ser fornecido como ajuda da sua parte* (p.17).

De acordo com Atkinson e Murray (1989), em regra, as pessoas apresentam maior capacidade e habilidade para alcançar os seus ideais e desenvolver os seus

potenciais, quando as necessidades básicas se encontram satisfeitas. Segundo Potter e Perry (1999) as necessidades humanas básicas incluem aspectos, tais como, *alimento, água, segurança e amor, necessários para a sobrevivência e a saúde* (p.439).

Nesta linha de ideias, Irving (1979) alude que *a satisfação das necessidades básicas resulta na sobrevivência e segurança da pessoa e numa sensação de bem-estar* (p.15). Esta autora defende que as necessidades não satisfeitas provocam desconforto e *desequilíbrio dentro da pessoa, assim como entre ela e o ambiente* (p.15).

No sentido de enriquecer o nosso estudo e indo de encontro aos objectivos propostos para o desenvolvimento da nossa dissertação, achamos que havia pertinência em abordar a teoria das necessidades, na perspectiva psicológica de Maslow e da sua ligação com as teóricas de enfermagem – Virgínia Henderson e Jean Watson, estando inseridas na escola das necessidades e escola do cuidar respectivamente.

A teoria das necessidades de Maslow baseia-se essencialmente nos seguintes pressupostos:

as necessidades insatisfeitas motivam as pessoas ou influenciam o seu comportamento (...); as necessidades agrupam-se segundo uma hierarquia; as necessidades de qualquer nível da hierarquia emergem como motivadores significativos apenas quando as necessidades dos níveis inferiores àquele na hierarquia já estiverem razoavelmente satisfeitas. (Teixeira, 1998, p.124-125)

Parafraseando Teixeira (1998); Potter e Perry (1999), a hierarquia das necessidades de Maslow usualmente apresentam-se segundo uma pirâmide, estando dividida em cinco níveis. Da base para o topo temos: as *necessidades fisiológicas* que estão relacionadas com a sobrevivência do indivíduo como por exemplo a necessidade de água, de alimentos, de descanso, de evitar a dor entre outras, que se não forem satisfeitas, todas as outras necessidades mais nobres também não poderão sê-lo; As *necessidades de segurança* que referem-se a segurança física e psicológica como por exemplo a protecção contra a violência, a doença, a guerra entre outras; O terceiro nível refere-se às *necessidades sociais* que englobam a amizade, o amor, a inclusão nos grupos e a aceitação pelos outros; No quarto nível da hierarquia apresenta-se as *necessidades de estima e auto-estima* que envolvem a reputação, a autoconfiança, auto-respeito e a auto-valorização; No topo da pirâmide figura as *necessidades de auto-realização* que se refere ao alcance pleno do potencial de cada pessoa e à utilização plena dos seus talentos e habilidades para resolver as situações e problemas que surjam na vida.

Teixeira (1998) acrescenta que as necessidades humanas básicas preconizadas por Maslow podem também ser analisadas e agrupadas em *necessidades primárias*, das quais fazem parte as fisiológicas e as de segurança; *necessidades secundárias*, das quais fazem parte as sociais, de estima e auto-realização.

De acordo com a teoria de Maslow, citada por Du Gás (1984) *as necessidades de nível mais baixo precisam ser satisfeitas (ou pelo menos a maioria delas), antes que o indivíduo tente satisfazer as necessidades de nível mais elevado* (p.6). Esta opinião é concepções partilhadas por Watson (1985); Teixeira (1998); e Potter e Perry (1999).

A teoria das necessidades humanas de Maslow pode ser aplicada em diversas unidades de cuidados e a pacientes de todas faixas etárias *proporcionando uma estrutura de referência para os cuidados de enfermagem* (Potter e Perry, 1999, p.441). Todavia quando esta teoria é utilizada, na prática, pelo enfermeiro a atenção *dirige-se para as necessidades do indivíduo, e não a uma rígida aderência à hierarquia de Maslow* (p.441).

Por seu lado, Jean Watson no seu modelo teórico, entre outros aspectos, dá uma atenção especial à satisfação das necessidades humanas, por defender que estas envolvem uma grande capacidade de informação e interesse, por esta razão esta temática ocupa a segunda parte do seu livro *Nursing the philosophy and science of caring* (1985).

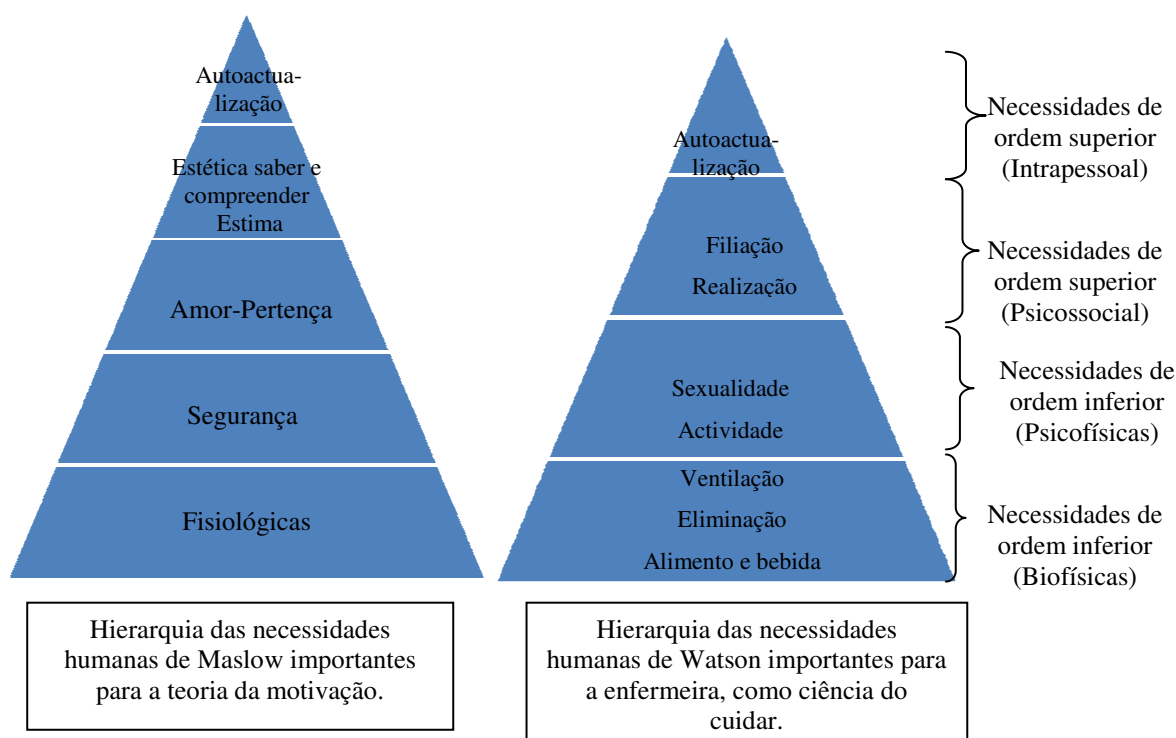
Segundo Watson (1985), as necessidades humanas podem ser discutidas de um ponto de vista físico ou psicológico. No seu livro, dá ênfase como as emoções e outras forças afectam as necessidades psicológicas.

A hierarquização das necessidades humanas básicas preconizada por Watson integrou algumas necessidades humanas descritas por Maslow, por considerar serem comuns e relevantes para a enfermagem como ciência do cuidar (figura nº 2). Esta compreende as necessidades de ordem inferior e as de ordem superior. Assim, a ordenação essencial para ajudar a enfermeira a não excluir nenhuma, integrando-as para um cuidado holístico (Watson, 1985).

Para Watson (1985), as necessidades de *ordem inferior* são *biofísicas*, que correspondem às de sobrevivência e as *psicofísicas* que se referem às funcionais. As necessidades de *ordem superior* são *psicossociais*, que correspondem às integrativas e *as intra e interpessoais*, que compreende às de busca e crescimento. A necessidade de alimentos e líquidos, de eliminação e ventilação integram as *biofísicas*; as necessidades de actividade / inactividade e de sexualidade integram-se nas *psicofísicas*; a necessidade

de auto-realização e de filiação perfazem as *psicossociais*, as necessidades de auto-actualização correspondem as *intra e interpessoais*.

Figura nº 2 – Hierarquia das Necessidades



Fonte: Watson, Jean (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Curing*. Colorado: associated University Press, p.110

É possível verificar através da figura nº 2 que tanto no modelo teórico proposto por Jean Watson como na teoria de Maslow, relativamente as necessidades humanas básicas, a realização pessoal encontra-se no topo e as necessidades fisiológicas ou de sobrevivência estão na base. Segundo Watson (1985), independentemente do nível que o doente se encontre na hierarquia, *as necessidades humanas são complexas, e elas têm diferentes significados e objectivos para diferentes indivíduos e grupos* (p.109), esta autora realça ainda *que os factores culturais afectam todas as necessidades em todos os níveis* (p.108).

Watson (1985) chama a atenção para o facto de as necessidades nunca poderem ser completamente isoladas umas das outras. As pessoas devem satisfazer as de nível mais elementar (de ordem inferior), antes de satisfazer as do nível superior da

hierarquia, no entanto, independentemente da sua natureza hierárquica devem ser todas valorizadas e atendidas para que seja prestado cuidados de qualidade visando o todo da pessoa. *Quando uma necessidade é afectada, todas as outras são afectadas directamente ou indirectamente* (p.109).

Para a autora supra mencionada, a satisfação das necessidades humanas são fundamentais para a prática do cuidar, não só porque ajuda as pessoas na realização das suas actividades diárias, como também contribui para o seu desenvolvimento e crescimento. Determinar quais as necessidades existentes, as mais importantes e a forma de as satisfazer são temas complexos, logo:

a enfermeira deve ser hábil na identificação e antecipação dessas necessidades que podem ser importantes para certos processos de saúde-doença. Todavia, é crucial (...) avaliar sempre do ponto de vista do paciente quais as necessidades superiores para ele ou para ela em determinado momento. (Watson, 1985, p.108).

Watson (1985) destaca que talvez a melhor forma de aproximação da Enfermagem na detecção das necessidades humanas no contexto da ciência do cuidar é a orientação holística – dinâmica que resume os quatro componentes: biofísico, psicofísico, psicossocial e intrapessoal, na compreensão individual, na motivação de grupo e adaptação na saúde-doença. *Qualquer teoria de motivação ou adaptação, relativa à satisfação das necessidades humanas, que é alvo da atenção da Enfermagem deve considerar as grandes capacidades de adaptação da pessoa saudável e não apenas as capacidades da pessoa doente* (p.107).

Também, Henderson no seu modelo teórico dá especial atenção às necessidades humanas básicas.

Ao longo dos tempos Virgínia Henderson procurou desenvolver uma definição de Enfermagem que descrevesse a essência da nossa profissão, desta forma defendia que a enfermagem deveria ser *explicitamente definida na bibliografia proporcionando os parâmetros, para as funções da enfermeira no atendimento ao consumidor e na salvaguarda do público de profissionais despreparados e incompetentes* (Furukawa & Howe, 2000, p.61). De acordo, com esta teórica, os princípios e a prática de enfermagem deveriam ser formados e decorrentes da definição da profissão.

A declaração definitiva de Virgínia Henderson sobre a definição de Enfermagem foi publicada em 1966 em *The nature of nursing*, sendo uma adaptação do trabalho realizado na revisão do livro de *Bertha Harmer e representa a cristalização das suas ideias*:

A função singular da Enfermeira é assistir o indivíduo, enfermo ou não, na realização das actividades que contribuam para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que ele realizaria sem ajuda se tivesse a força, o desejo ou o conhecimento necessários. E fazer isso de tal maneira que lhe ajude a adquirir a independência o mais rápido possível. (Henderson, 1994, p.21)

Furukawa e Howe (2000) referem que Virgínia Henderson baseou as suas ideias relativas ao cuidado de enfermagem nas necessidades humanas básicas e nos aspectos físicos e emocionais do indivíduo. Os autores supracitados aludem que no exercício da enfermagem, o profissional tem o papel de ajudar os pacientes na realização das suas actividades, assim como dar-lhes os conhecimentos necessários para que possam realizar estas acções sem ajuda, se assim for possível. *A enfermeira serve como substituta para tudo o que faltar ao paciente de forma a torná-lo “completo”, “total” ou “independente”, considerando a sua disponibilidade de força física, o seu desejo ou o seu conhecimento para a obtenção de boa saúde (Furukawa & Howe, 2000, p.63)*

Henderson (1994) propõe 14 necessidades básicas que abrangem todos os componentes do cuidar e que contribuem para engrandecer a sua perspectiva sobre a profissão. A definição de enfermagem e os 14 componentes, *resumem as funções que a enfermeira pode iniciar e controlar (Furukawa & Howe, 2000, p.63)*

Estas necessidades têm em conta os aspectos biológicos, sociológicos, físicos, psicológicos e espirituais da pessoa.

1. *Respirar normalmente*
2. *Comer e beber adequadamente*
3. *Eliminar os resíduos corporais*
4. *Mover-se e manter posturas adequadas*
- 5- *Dormir e descansar*
6. *Escolher roupas adequadas: vestir-se e despir-se*
7. *Manter a temperatura corporal dentro do limites normais, adequando a roupa e modificando o ambiente*
8. *Manter a higiene do corpo e a integridade da pele*
9. *Evitar os perigos ambientais e evitar lesionar as outras pessoas*
10. *Comunicar-se com os outros expressando emoções, necessidades, medos ou opiniões*
11. *Viver segundo suas próprias crenças*

12. *Trabalhar de tal forma que seu trabalho tenha um sentido de realização pessoal*
13. *Participar em actividades recreativas*
14. *Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento normal e a utilização dos serviços sanitários existentes* (Henderson, 1994, p.23)

Furukawa e Howe (2000) mencionam que estas 14 necessidades podem ser categorizadas como: *fisiológicas*, as primeiras nove actividades; a décima e a décima quarta, direccionadas para os aspectos *psicológicos* da comunicação e do aprendizado; a décima primeira, orientada para a vertente *espiritual e moral*; a décima segunda e a décima terceira, sociologicamente dirigidas para a *ocupação* e a *recreação*. Segundo estes autores, a hierarquia das necessidades humanas de Maslow adapta-se bem aos 14 componentes básicos propostos por Virgínia Henderson.

Henderson (1994) salienta que existem vários factores que estão sempre presentes e que afectam as necessidades básicas das pessoas, como a idade, estado emocional, nível cultural ou social e a capacidade física e intelectual. É fundamental que a enfermeira tenha em atenção estes aspectos durante a sua prática diária, planeando cuidados individualizados, personalizados e adequados ao doente em questão. Desta forma, estará a contribuir para a satisfação das necessidades de cada individuo ou proporcionando condições para a realização das mesmas, pelo próprio.

Como podemos constatar, existem algumas das necessidades humanas básicas instituídas por Virgínia Henderson que são comuns as preconizadas no modelo teórico de Jean Watson, assim como na teoria de Maslow. Também podemos verificar que existem concepções sobre a enfermagem e as necessidades básicas que são partilhadas por estes três autores. Através da leitura das descrições anteriores, relativas aos modelos teóricos, é possível depreender que existe uma interligação entre os mesmos. Maslow, Jean Watson e Virgínia Henderson definiram as necessidades humanas básicas atendendo ao doente como um todo, como um ser completo, contemplando, de forma global, os aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais. É interessante constatar que os conceitos de necessidades humanas básicas não são exclusivos da enfermagem, sendo aplicável noutras disciplinas.

O doente cirúrgico no período pré-operatório, como já foi referenciado anteriormente, manifesta necessidades a vários níveis. Nesta fase encontrar-se mais fragilizado, necessitando de apoio e de uma resposta por parte do enfermeiro que o ajude na realização das suas necessidades imediatas. Para que o doente possa auferir de

um atendimento holístico de excelência é elementar a satisfação das suas necessidades, nomeadamente de informação.

Assim, de seguida fazemos uma explanação sobre o direito que o doente tem à informação, sendo esta uma necessidade omnipresente.

2.4 – Necessidade / direito à informação do doente cirúrgico

O fornecimento da informação constitui uma premissa essencial em contexto de saúde (Melo, 2005, p.53). É importante analisar esta afirmação na vertente do doente e na vertente do profissional de saúde, em que por um lado o doente tem necessidade de obter informações sobre os mais variados aspectos que o intriga, e por outro lado o profissional tem o dever e obrigatoriedade de transmitir dados sobre a sua situação clínica e cuidados de enfermagem. Dawson (2003) defende que *fornecer informação ao doente confere-lhe a capacidade de fazer escolhas, colocar questões e ajuda a aliviar o stress e a ansiedade que acompanham qualquer internamento hospitalar* (p.397).

Na segunda metade do século XX aconteceram avanços surpreendentes em diferentes áreas, nomeadamente na biologia e medicina. Na realidade, nem sempre foi fácil conciliar o progresso científico com o respeito pela vida humana. Infelizmente, em muitas áreas da investigação científica, assiste-se a uma desconsideração pelos princípios mais elementares da dignidade da pessoa.

Contudo, especificamente a Enfermagem, não pode esquecer-se dos seus modelos, pois, segundo Grande (2006), no acto de cuidar encontram-se não só valores como o da vida humana e da essência de interacção humana, mas também o valor do conhecimento científico e da competência. Vieira (1995) refere que

Cuidar, mais que um saber científico, uma acção técnica ou uma relação interpessoal, deve ser um imperativo moral que fundamente o exercício da enfermagem na defesa e preservação da dignidade da pessoa que, como enfermeiros, cuidamos. (p.115)

Sousa (2007) afirma que da dignidade humana deriva a inviolabilidade de cada pessoa, o reconhecimento da autonomia de cada um traçar os seus próprios planos de vida e as suas próprias normas por excelência, sem outros limites (p.12). No entanto, não podemos esquecer que os outros também têm direito a sua autonomia e que esta precisa de ser aceite e respeitada.

Em Portugal com a publicação da Lei de Bases da Saúde – Lei nº48/90 de 24 de Agosto (Base XIV) – Estatuto dos Utentes; Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro – Regulamento Jurídico do exercício da Enfermagem (REPE); e do Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de Abril – Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), a defesa da essência humana, encontra-se mais protegida.

Para cuidarmos do doente como um ser holístico, humanizando os cuidados, é necessário respeitar os direitos do mesmo atendendo aos princípios da Bioética: autonomia, justiça, não-maleficência e beneficência. Freitas e Oguisso (2004) narram que *os princípios significam os requisitos primordiais, a base, o alicerce de alguma coisa, de uma ciência* (p.31).

É importante realçar que todos os princípios da bioética são muito importantes e fundamentais na humanização da saúde, independentemente das situações e contextos. O conjunto dos quatro princípios forma *um corpo coeso e coerente, em que cada um vale pelo valor que representa e é complementado pelos outros* (Martins, 2004, p.16).

No entanto, reflectindo nos objectivos do nosso estudo, decidimos desenvolver o princípio da autonomia uma vez que subjacente a este encontra-se o consentimento informado / direito a informação que é essencial em todo o processo cirúrgico. *Normalmente associada ao direito à informação está implícita a autodeterminação do doente, pelo que, após informar o doente, a enfermeira solicita autorização para a realização de alguns cuidados.* (Lopes, 2006, p.213).

Nesta perspectiva para Grande (2006), cada pessoa é única no seu comportamento, nas suas vivências, na sua constituição biológica e, é esta individualidade que concede a vida humana a característica mais determinante dos princípios éticos **a autonomia**.

Segundo Brykczynska (2003), o termo autonomia significa auto governo e é considerado um princípio ético no sentido que reivindica a autodeterminação, assim como, a responsabilidade pelas suas próprias acções.

Deodato (2006) considera que a designação actual de autonomia foi influenciada pelo pensamento de Kant. Segundo este filósofo, referenciado pelo autor supra mencionado, uma pessoa só é autónoma se *agir como ser moral, escolhendo e respeitando a lei moral* (p.6). Portanto, o agir de forma autónoma está intimamente relacionada com *liberdade responsável*, ou seja, as decisões que são tomadas de livre vontade e em consciência. No entanto, podemos afirmar que o exercício da autonomia tem as suas limitações, nomeadamente no que se refere às consequências que as decisões podem provocar para o próprio e para os outros. *Os actos decididos livremente*

originam consequências para o próprio e para os outros, na medida das relações estabelecidas (p.7).

Para Gauderer, citado por Freitas e Oguisso (2004), o princípio da autonomia é entendido como a capacidade de a pessoa governar-se a si mesma, ou a capacidade de autogovernar, escolher, dividir, avaliar, sem restrições internas ou externas (p.32). Este autor acrescenta que o termo autonomia é abrangente, garantindo à pessoa o direito de tomar as suas decisões de forma livre e responsável, em que é fundamental o respeito pelas suas escolhas, assim como, os seus valores, ideais e cultura.

Também Cabral (1996) é da opinião que o princípio da autonomia prescreve a aceitação das escolhas e decisões das pessoas que sejam verdadeiramente autónomas e legítimas. Este autor refere-se a este princípio como sendo o princípio da liberdade.

Na mesma linha de pensamento Vieira (1995) relata que respeitar a autonomia é respeitar a capacidade da pessoa tomar as suas opções e decisões após ter sido esclarecida. Salienta ainda que

Sendo o enfermeiro moralmente obrigado a respeitar a autonomia do doente, isto é, respeitar as suas escolhas, logo importa dar ao doente a informação possível sobre todos os actos de enfermagem que a ele digam respeito, os procedimentos e tratamentos a realizar e obter o seu acordo e permissão, mesmo para os actos que pratica por prescrição médica. (p.115)

Os autores Vieira (1995), Cabral (1996), Brykczynska (2003), Freitas e Oguisso (2004) Grande (2006) e Sousa (2007) são unânimes em considerar que o princípio da autonomia está subjacente às preocupações com o consentimento informado e ao direito à informação. *Para que o doente dê o seu acordo ou permissão com autonomia é necessário que esteja convenientemente informado; dar a informação necessária é portanto, uma forma de respeitar a autonomia (Vieira, 1995, p.116).*

Cabral (1996) refere ainda que inerente ao princípio da autonomia está a obrigatoriedade de informar convenientemente as pessoas, o que implica que as informações sejam fornecidas de forma clara e objectiva, para que seja compreendida e interpretada correctamente e assim garantir a livre decisão. Ao longo dos tempos, tem sido dado muito ênfase à compreensão da informação mais do que à própria informação. Parafraseando Melo (2005) *dar informação para facilitar a compreensão do doente face ao seu problema é um elemento central da prestação de cuidados de saúde (p.51).*

Brykczynska (2003) ressalta que o princípio da autonomia é extremamente importante para quem trabalha na prestação de cuidados de saúde e particularmente para

os enfermeiros do perioperatório, uma vez que ninguém tem o direito legal de impor a sua vontade a outra pessoa, por mais bem-intencionada que esteja. Neste princípio, está subjacente às preocupações com o consentimento informado para intervenções cirúrgicas, médicas e de enfermagem. Esta autora realça ainda que qualquer intervenção cirúrgica ou acto de enfermagem só é possível porque o doente consentiu.

O Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 84º refere-se ao dever de informar, ou seja, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- a) *Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;*
- b) *Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- c) *Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;*
- d) *Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.* (Ordem dos enfermeiros, 2003, p.71)

Relativamente à afirmação *o respeito pelo direito à autodeterminação*, podemos interpretar como referindo-se ao princípio da autonomia e entende-lo *não em termos absolutos, mas como um valor, como algo que deve ser protegido, apoiado e promovido, já que enraíza na liberdade individual e no respeito pelas decisões que cada um toma de si, conquanto sejam livres e esclarecidas* (Sousa, 2007, p.13). Relativamente as alíneas que compõem o artigo nº 84 julgo serem muito claras, objectivas e de fácil compreensão não havendo necessidade de desenvolver-las.

A Lei de Bases da Saúde – Lei nº48/90 de 24 de Agosto Base XIV n.º1 alínea e) consagra o direito do doente *ser informado sobre a sua situação de saúde (...)* (p.3454). A informação deve ser real, clara e precisa para evitar que o doente fique com dúvidas ou faça uma interpretação errada dos acontecimentos. Também é essencial adaptar a linguagem aos conhecimentos do doente, ao seu grau de escolaridade, sua cultura e idade. Caso o doente recuse obter esclarecimentos sobre a sua situação, a sua vontade deve ser respeitada.

Serrão (1997) apresenta a carta dos direitos das pessoas doentes, traduzida por si, do original em língua Francesa para a língua portuguesa. O ponto dois desta carta, refere-se à informação em que os doentes têm o direito a serem informados sobre: os serviços de saúde; a sua situação de saúde nomeadamente do diagnóstico, prognóstico,

tratamento, riscos e benefícios; os cuidados que lhe serão prestados; as regras de funcionamento do local onde esta internado; entre outros aspectos. Estas informações devem ser transmitidas de acordo com a capacidade de compreensão das pessoas, evitando a utilização de termos técnicos pouco conhecidos.

Também a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina contempla no Artigo nº 5 que *qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois da pessoa em causa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida* (2001, p.27).

Importa ressaltar que apesar de ser um direito do doente receber informação sobre qualquer intervenção que lhe vai ser prestada, de forma a conceder o seu consentimento livre e esclarecido, assistimos no dia-a-dia a situações que nos levam a pensar que este direito do doente é por muitos desconhecido como dever do enfermeiro (Correia, Fausto & Violante, 2004). Lopes (2006) menciona que *informar o doente de todos os cuidados e da razão de ser das opções tomadas é também um dever assumido pela enfermeira e consequentemente, um direito reconhecido aos doentes* (p.213).

Também Osswald (1996) relata que *ser informado com verdade e respeito; obter respostas verdadeiras a perguntas formuladas (...); poder ter acesso aos dados do seu processo – são exigências certamente justificadas e aparentemente fáceis de satisfazer* (p.95). No entanto, na prática, os profissionais têm imensa dificuldade em respeitar este direito do doente. Segundo Martins (2004), existem imensas situações em que o paciente não é devidamente informado. Este autor defende que este facto deve-se a algumas convicções e atitudes erradas que ainda persistem na nossa sociedade.

Bidasolo, citado por Martins (2004), relata algumas causas que são alegadas para justificar o acto de não informar, como: o sentimento de superioridade do profissional de saúde; o não querer divulgar os seus saberes; a perseverança do modelo biomédico que tende a confinar a saúde aos aspectos meramente físicos e a prudência no sentido de que a transmissão de algumas informações podem ser nefastas para o doente. Porém, o autor supracitado narra que *estes argumentos não têm qualquer sustentação ética possível* (p.18).

No contacto que diariamente temos com os doentes surgem muitas dúvidas e interrogações relacionadas com esta temática nomeadamente: Que informações devem ser transmitidas? Como transmitir as informações? Quem deve transmitir as informações? Qual o momento ideal? Perante estas questões / interrogações, interessa referir que cada caso é um caso, cada pessoa é única e singular, por isso, os profissionais de saúde, que assistem os doentes, devem reflectir sobre esta problemática

de forma personalizada e individualizada, não estando a espera de encontrar respostas exactas para as seleccionar.

Neste contexto, Fonseca e Videira (2003) citando Matos, salientam que existe doentes que preferem receber toda a informação e saber toda a verdade sobre a sua situação. Desta forma, assumem um papel activo e responsável no desenrolar do seu processo, sendo este preponderante na tomada de decisão. Contudo, outros optam por receber a informação de forma gradual, ou seja, conforme julguem necessário, sendo uma estratégia para não entrarem em desequilíbrio. Também há situações em que os doentes recusam qualquer informação, sendo um direito que os assiste. Todavia *dar informação é um conceito essencial em enfermagem* (Graham, 2003, p.290).

Como podemos depreender, abordar o tema do direito à informação é muito complexo, havendo muito trabalho a desenvolver nesta área de intervenção. Com o objectivo de proporcionar momentos de reflexão e meditação, achamos pertinente terminar este capítulo fazendo alusão a uma frase escrita por Parente (1998), para quem a questão da informação *tem-se revelado um intrincado novelo em que se entrelaçam, sob o peso da tradição, pré-conceitos, medos, conformismos e, infelizmente, poucas ideias claras, que perturbam o acto de pensar, viciam o raciocínio e enviesam as conclusões* (p.9).

2.4.1- A informação

Antes de desenvolver o conceito em análise, é crucial fazer a distinção entre comunicação e informação, em contexto de saúde, por vezes compreendidas e interpretadas como palavras sinónimas. Hejelm-Karlsson, citado por Melo (2005), refere que *informação deve ser entendida como conteúdo e aspectos semânticos de uma mensagem, enquanto comunicação deverá ser definida como o processo pelo qual a informação é transmitida entre o emissor e o receptor* (p.54).

Definir o termo informação tem-se revelado complicado, uma vez que os autores não são unânimes nas concepções, sobre o conceito. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (Priberam) *on-line* (2007) informação significa (...) *conjunto de conhecimentos sobre alguém ou alguma coisa; conhecimentos obtidos por alguém; facto ou acontecimento que é levado ao conhecimento de alguém ou de um público através de palavras, sons ou imagens* (...) (s.p).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIE) versão 1 (2005) não se afastando da descrição anterior, define informar como *comunicar alguma coisa a alguém* (p.136).

Parafraseando Parente (1998), o termo Informação, etimologicamente, deriva do latim *informatio, informatium, que traduz a ideia de dar forma a alguma coisa, apresentar, ensinar ou instruir, o que explica que no discurso quotidiano o seu significado se aproxime de conhecimento* (p.12). A dimensão da informação contribui decisivamente para os processos de adaptação e tomada de decisão, nomeadamente nas situações de doença e internamento. Fonseca & Videira (2003) salientam que o processo de informar *é uma resposta à satisfação das necessidades humanas, com intuito de estimular cada pessoa a realizar-se* (p.41).

Miller, citado por Parente (1998), refere-se à informação como uma necessidade que o homem apresenta quando vivência uma situação difícil, em que tem de tomar uma opção sobre um determinado assunto. Esta necessidade varia de intensidade de acordo com complexidade da opção / decisão que precisa adoptar.

Para Nunes (2001), a informação *surge como uma realidade sempre presente, no nosso contexto social, e é considerada um direito – mas, naturalmente, configura-se como dever para determinados grupos sociais* (p.27). Esta perspectiva de dever *assenta sobre bases sólidas, como são os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa* (p.27).

O fenómeno da informação, segundo o que foi possível constatar na bibliografia, é sem dúvida uma temática actual e omnipresente na sociedade em que vivemos, realça-se pela sua emergência e pertinência que resulta das mudanças de mentalidade que se tem verificado, assim como, os avanços tecnológicos. É fundamental que se enquadre o fenómeno da informação, numa visão mais ampla que *englobe a cultura, a evolução do pensamento e do conhecimento, as ideologias e os movimentos sociais* (Parente, 1998, p.14).

2.4.2 – Consentimento informado numa perspectiva cirúrgica

Dedicaremos este sub capítulo a uma abordagem mais pormenorizada sobre consentimento informado, uma vez que partimos do princípio que sem este nenhum cuidado em saúde faz sentido, em particular a experiência cirúrgica.

O consentimento informado pode ser encontrado tanto no Código Deontológico do Médico, como no do enfermeiro, sendo considerado *como um conceito de dever profissional, que respeita a autodeterminação da pessoa e o seu direito à informação e decisão sobre o seu próprio corpo* (Dias, 2003, p.41).

Na mesma linha de pensamento, Lobão (2003) define consentimento informado como *o cumprimento do dever de respeitar um direito autónomo do doente à livre determinação em matéria de saúde* (p.20). Referencia que o médico deve informar o doente sobre o diagnóstico e clarificar a essência do tratamento que vai realizar. Por sua vez, o enfermeiro deve explicar todos os cuidados que vai realizar, o objectivo dos mesmos, as consequências e os riscos que podem surgir se estes não lhe forem prestados. É importante não esquecer que *a necessidade de obter o consentimento informado assenta na protecção dos direitos à integridade física e moral do doente*. (Lobão, 2003, p.21)

Dias (2003) reforça que o consentimento informado é uma *acção voluntária e livre feita por uma pessoa autónoma, maior e na posse das suas faculdades mentais de forma a decidir uma escolha inteligente permitindo algo proposto por alguém* (p.55). Esta definição é básica, quando se aborda este tema, porém, é indispensável termos em atenção que existem situações específicas que necessitam de ser analisadas pontualmente. Todavia, o consentimento informado é imprescindível em todas as situações porque:

- 1) *É a forma de obter permissão ou de autorizar o uso dos outros;*
- 2) *Respeitar de várias formas a dignidade individual;*
- 3) *Endossa vários valores associados à liberdade dos indivíduos;*
- 4) *Reconhece que os indivíduos são frequentemente os melhores juízes para si próprios;*
- 5) *Mesmo que estes não sejam os melhores juízes, reconhece que a satisfação duma escolha livre é frequentemente preferível, em relação a uma escolha acertada feita por terceiros;*
- 6) *Reflecte a circunstancial relação médico-doente, que muitas vezes se torna capaz de criar a obrigação de revelação da informação* (Hengelhardt citado por Dias, 2003, p.55).

Para Serrão (1996), o consentimento informado representa uma modificação global da relação médico-doente, explica que estas mudanças surgiram face as

alterações verificadas no papel do médico e do doente. Antes dos anos 70, o médico era visto como um protector, defensor/pai e o doente era considerado um agente passivo, sujeito as decisões médicas. Nos anos 70, o direito a autonomia da pessoa doente foi defendido, passando o médico a ser considerado um profissional de saúde tecnicamente habilitado e o doente, uma pessoa livre e autónoma. Segundo este filósofo, *a obtenção do consentimento é um diálogo racional entre duas pessoas autónomas que decidem livremente e não um acto de sujeição da vontade de um em conflito com a vontade do outro* (p.80).

Scott et al (2003) e Chaves (2007) comungam das ideias dos autores anteriores, quando salientam que o consentimento informado traduz a decisão autónoma do doente quando este é devidamente esclarecido e informado, de forma a poder reflectir e decidir o que é melhor para si, baseando-se nos seus ideais, crenças, e valores. Estes autores alertam para as responsabilidades dos profissionais de saúde, nesta área, pois se o doente não for devidamente esclarecido, não poderá decidir livremente e em consciência plena do que está a acontecer. Assim, e de acordo com Martins (2004), o consentimento informado é resultado de *reflexão e deliberação profundas* (p.19).

Também a Ordem dos Enfermeiros (2003) aprecia esta temática e revela que o consentimento informado *é o “ultimo “ passo depois da informação e validação da mensagem para que o utente possua a informação e se sinta livre para decidir* (p.73).

Na perspectiva de Scott et al (2003), o consentimento informado é de extrema importância em qualquer contexto, no entanto, advoga que é particularmente relevante na prestação de cuidados ao doente cirúrgico. Este autor citando Dunn alerta para o facto de considerar que o doente cirúrgico concedeu o seu consentimento informado quando *a informação relevante foi totalmente revelada e os doentes compreendem bem os benefícios e os riscos do procedimento* (p.10).

O doente só pode ser submetido a intervenção cirúrgica se o cirurgião obtiver o consentimento, geralmente por escrito, deliberado e ciente do que irá acontecer. A autorização por escrito protege o doente e também o médico, na medida que o primeiro, não pode ser submetido a operação sem dar permissão e o cirurgião fica salvaguardado de possíveis reivindicações de uma cirurgia não aprovada (Brunner & Suddarth, 1993; Potter & Perry, 1999).

Contudo Scott et al (2003), citando McKee, referem que o consentimento por escrito (...) *prova que o doente concordou efectuar um dado procedimento, mas se se puder comprovar-se que não o fez de forma informada, o consentimento será considerado inválido* (p.12).

Segundo Lavareda e Soveral (2007), uma das maiores interrogações dos doentes prende-se com o seu diagnóstico. Como é do nosso conhecimento, este dado deverá ser fornecido ao doente pelo seu médico, *pois o enfermeiro tem essencialmente o dever de informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem* (p.10). No entanto, diariamente, o enfermeiro confronta-se com esta questão pois o doente sente-se mais à vontade para questionar o enfermeiro e não o médico.

Segundo Martins (2004), existem várias causas para que esta situação aconteça, nomeadamente: a relação de maior proximidade, atendendo que é este profissional que passa mais tempo com o doente; o estatuto social; o conhecimento que este apresenta, transmitindo confiança e segurança, e o facto de o enfermeiro muitas vezes entrar na intimidade do doente, pois é este que colabora nas actividades que não é capaz de fazer sozinho. Independentemente de quem é o responsável por transmitir determinado conhecimento *o direito à informação é, sem dúvida, um direito adquirido de cada e todo o doente, inerente à prestação de cuidados* (Lavareda & Soveral, 2007, p.10).

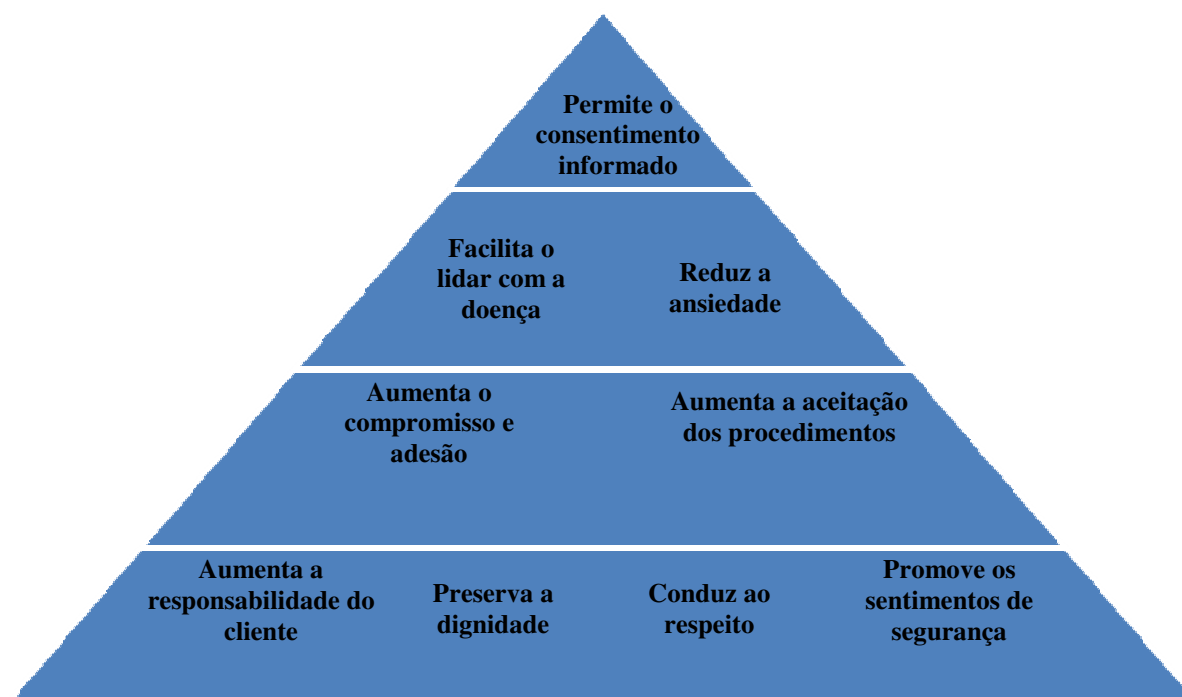
Nesta linha de pensamento e atendendo ao doente cirúrgico, antes da realização da intervenção, é necessário obter o consentimento para a cirurgia sendo este um dever do médico. Contudo, é da responsabilidade do enfermeiro assegurar que o consentimento é obtido de forma voluntária e após o doente ter sido informado e esclarecido dos possíveis riscos, complicações, benefícios, resultados esperados, incapacidades, bem como o que esperar no pós-operatório (Brunner & Suddarth, 1993; Potter & Perry, 1999; Dawson, 2003). *O papel do enfermeiro, neste processo, é o de advogado do doente* (Phipps et al, 2003, p.528).

Nenhum doente deve ser obrigado a assinar a autorização para actos cirúrgicos, possuindo o direito de recusar os cuidados e a própria cirurgia. Também, Caso existam dúvidas sobre alguns aspectos inerentes a experiência cirúrgica, deve ser dada oportunidade aos doentes de serem esclarecidos, tendo o direito a uma segunda opinião (Brunner & Suddarth, 1993).

Atendendo à explanação efectuada sobre o consentimento informado e de acordo com Martins (2004) podemos referir que são conceitos centrais no consentimento a competência e capacidade do doente para decidir, a voluntariedade na decisão, a informação e o processo de autorização (p.19).

Em síntese, parafraseando Melo (2005), as conclusões da investigação, efectuada nesta área, têm revelado que *fornecer informação aos doentes e envolvê-los na tomada de decisão satisfaz necessidades diferentes* (p.57), como podemos constatar na figura nº3.

Figura nº 3 – Informação e Envolvimento: “needs iceberg”



Fonte: Salmon citado por Melo, M. (2005). Comunicação com o doente: certezas e Incógnitas. Lisboa:Lusociência (p.58).

2.5 – Benefícios de um programa de informação pré-operatória

Com base na pesquisa efectuada, é patente o benefício que a transmissão da informação sobre a preparação pré-operatória, conduz. Como já foi referenciado, anteriormente, da nossa experiência de trabalhar num serviço de cirurgia, e baseando-nos também na investigação efectuada constatámos que a escassez de informação é um dos aspectos referenciado pelo o doente como tendo implicações directas em todo o processo cirúrgico.

Hall e Dornan, citados por Dias (1995), numa meta-análise da literatura que efectuaram, para conhecerem o grau de satisfação dos doentes, concluíram que *a informação era um dos quatro aspectos de cuidados de saúde com o qual os doentes se encontravam menos satisfeitos* (p.4). Também Correia et al (2004) referem que a informação que é dada ao doente geralmente é escassa e pouco explícita, ficando este muitas vezes com interrogações sobre o que lhe foi dito.

Melo (2005) alude que a *transmissão de informação aos doentes origina um aumento da sua satisfação, diminuindo o nível de perturbação emocional – nomeadamente da ansiedade – e uma redução no número de dias de internamento e no número de medicamentos ingeridos* (p.14).

Também Egbert et al, Hayward e Kanto et al, citados por Garretson (2004) nos seus estudos, chegaram a conclusão que os doentes a quem foi fornecida informação pré-operatória necessitaram de menos quantidade de medicação analgésica no pós-operatório. Por outro lado, Callaghan et al citado por Garretson (2004), salientam que no trabalho que desenvolveram, não registaram diminuição na administração de terapêutica para a dor. No entanto, verificaram que os doentes apresentavam-se menos ansiosos e com um elevado nível de satisfação relativamente à sua permanência no hospital.

Melo (2005) comprovou, estatisticamente, que os doentes mais informados sobre a sua situação clínica apresentavam um grau de satisfação mais elevado relativamente aos que não se encontravam informados. Esta autora, também comprovou que existe relação entre o nível de satisfação do doente e a ansiedade, tendo verificado que a ansiedade, é menor nos doentes informados, comparativamente aos doentes que não se encontram satisfeitos com a informação auferida.

Corroborando com os autores anteriormente citados, Dias (1995) concluiu que informar os doentes é *benéfico do ponto de vista do seu ajustamento psicossocial e obviamente relevante em termos de qualidade global da prestação de cuidados de saúde* (p.6).

É nítida a importância de existir programas de informação pré-operatória, que sejam *estruturados e integrados no cuidado ao paciente* (Garretson, 2004, p.33). Cipperly et al, citado por Phipps et al (2003), concluíram que um programa de informação estruturado sobre o pré-operatório é *mais eficaz do que métodos não estruturados* (p.538). Também Graham (2003), citando Felton et al defende que a transmissão de informação estruturada é mais vantajosa do que a não estruturada, uma vez que o doente assimila melhor e consegue recordar-se com mais facilidade.

Apesar de todas as evidências os programas de informação pré-operatória ainda não estão amplamente divulgados. Garretson (2004) alerta para a importância do envolvimento e esforço da equipa multidisciplinar, de forma a garantir que os doentes não cheguem a sala operatória inconscientes e assustados, pelo facto de não terem conhecimento do que lhes acontecerá.

O autor supra mencionado aponta vários obstáculos para a implementação de programas de informação, sendo a falta de tempo e dinheiro os mais evidentes. Em relação a falta de tempo, Waters, citado por Garretson (2004), *afirma que é difícil criar um ambiente de aprendizagem quando as pessoas estão ocupadas e que esta hipótese pode ser aplicada às necessidades de aprendizagem e necessidades de informação do paciente* (p.34). Portanto, para promover um programa de informação com sucesso, é necessário termos profissionais de saúde disponíveis para este efeito, de forma a permitir que os profissionais tenham tempo/disponibilidade para estar junto do doente e informá-lo convenientemente.

Garretson (2004) salienta, ainda, que apesar de considerar as principais causas que dificultam a implementação de programas de informação pré-operatória, a escassez de dinheiro e tempo, aponta para a existência de outros factores que contribuem para esta situação, como sendo *a falta de apoio dos gestores dos profissionais de enfermagem e colegas* (p.34). Outro factor é a falta confiança dos profissionais de saúde, pois *responder às necessidades psicológicas e de informação, dos pacientes, requer autoconfiança e conhecimentos clínicos, e alguns profissionais podem pensar que não estão capazes de estar à altura de fazer face a estes desafios* (BurrIDGE citado por Garretson, 2004, p.34). Também o facto do doente não querer receber informações é outro aspecto que pode dificultar a implementação de programas de informação. Todos estes aspectos mencionados dificultam os avanços nesta área e contribuem para diminuir o entusiasmo das pessoas interessadas nesta causa.

Qualquer programa de informação deve ser o mais personalizado possível e adequado às necessidades individuais de cada pessoa, no entanto há que haver alguns parâmetros padronizados, para que se consiga colocar um programa de informação pré-operatória em prática. Garretson (2004) alude que *qualquer programa necessita de ser adequado, individualmente, quanto possível* (p.35).

Quando colocamos em prática um programa de informação, devemos tentar saber qual o conhecimento que o doente já possui sobre o assunto e assegurar que o paciente compreende a mensagem que lhe é transmitida, pois só assim, tem sentido investir num programa de informação. A informação deve ser transmitida com exactidão para ser entendida de forma clara e sem ambiguidades, permitindo ao doente adquirir conhecimento sobre o que irá acontecer sem distorções. *A capacidade de compreensão varia muito de pessoa para pessoa e assegurar que a informação foi correctamente compreendida, coloca aos profissionais especiais exigências* (Correia et

al, 2004, p.37). Para sabermos se o doente compreendeu as informações fornecidas, torna-se essencial avaliar o conhecimento após a divulgação das informações.

Para Silva (1989), o conhecimento oscila entre o sentido da *informação* ou *representação* e o sentido da *participação* ou *realização*. Segundo Almeida e Tavares (1998), o fenómeno do conhecimento é essencial para o desenvolvimento de competências básicas e específicas. O conhecimento adquirido permite assimilar e organizar os pensamentos e as informações, favorecendo a tomada de decisão, a liberdade, a verdade e a justiça. De acordo com estes autores, conhecer é *uma tarefa fundamental sem a qual nada poderá acontecer de verdadeiramente significativo* (p.13).

Soares e Ferreira (2000) acrescentam que não se pode reduzir todo o conhecimento válido ao conhecimento científico (*susceptível de verificação e controlo rigoroso*), visto ser possível encontrarmos pessoas que conhecem determinados assuntos mas que não conseguem fundamentá-los. Contudo, convém averiguar se os conhecimentos se *harmonizam com a totalidade da experiência e da razão, se considerarmos que o acto de conhecer deve implicar sempre a harmonia e a adequação* (p.1667). Continuando na linha de reflexão dos autores anteriormente citados, CIPE Versão 1 (2005) descreve o conhecimento como sendo o *conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões apreendidas, conhecimento e reconhecimento da informação* (p.96).

Franklin, citado por Garretson (2004), refere que as informações podem ser fornecidas oralmente ou recorrendo a outros meios. Estudos realizados referem que apenas 35% a 40% da informação verbal é retida em situações de stress, como é o caso do processo cirúrgico. Como alternativa ou complementaridade pode-se utilizar a informação escrita. No entanto, apesar de não ser o método ideal, fornecer informações sem a presença do enfermeiro é sempre melhor do que não transmitir as informações básicas e necessárias para que o doente possa viver o período perioperatório da melhor forma possível.

Relativamente, à transmissão da informação através do suporte de papel, segue-se um exemplo de um panfleto com informação escrita sobre os aspectos inerentes a preparação pré-operatória.

Bem-vindo à enfermaria. Esperamos que este panfleto responda a algumas das muitas perguntas que possa ter no que toca à sua cirurgia.

1. *Antes da sua operação fez vários testes. Pode ter tirado sangue, feito raio X e outros testes que o médico lhe possa ter pedido.*
2. *Será mantido em dieta zero desde a meia-noite da noite anterior à sua operação. Isto significa que não terá nada para comer ou beber a partir desse momento. Isto serve para ajuda-lo a evitar qualquer náusea durante e depois da operação.*
3. *Na manhã da sua operação, a sua/seu Enfermeira(o) ajudá-lo-á a se preparar. Ser-lhe-á dado o necessário, como sabão, uma bata, toalhas, etc.*
4. *Provavelmente ser-lhe-á dado um comprimido ou uma injeção para ajudá-lo a relaxar. Isto é conhecido como uma pré-medicação. Pode fazê-lo ficar sonolento.*
5. *Auxiliares e uma/um Enfermeira (o) transportá-lo-ão para o bloco operatório quando estiver quase na hora da sua operação.*
6. *Será levado para uma área de espera e conhecerá/encontrará uma/um Enfermeira (o) do bloco operatório. Este far-lhe-á algumas perguntas e consultará o seu processo clínico.*
7. *Poderá ter uma curta espera nesta área. Pode haver outros pacientes lá.*
8. *Poderá conhecer o seu anestesista nesta sala ou noutra sala chamada sala de anestesia.*
9. *Uma vez transportado para a sala de anestesia, o seu anestesista dar-lhe-á uma anestesia e você adormecerá em alguns segundos.*
10. *Após a sua operação você acordará e estará lá um Enfermeiro(a) perto da sua cama. o/a Enfermeiro(a) verificará a sua pulsação e pressão arterial em intervalos regulares e você poderá ter uma máscara de oxigénio na sua face.*
11. *Se tiver dor ou desconforto, a/o Enfermeira(o) dar-lhe-á medicação que o médico terá prescrito.*
12. *Ficará na sala de recuperação até acordar e apresentar-se suficientemente bem para voltar para a enfermaria. Isto normalmente acontece no espaço de uma hora, mas dependendo da cirurgia que foi submetido, poderá voltar mais cedo, ou até mais tarde.*

Este panfleto tenciona dar-lhe uma visão geral muito breve de algumas das coisas que experienciará durante a sua estadia no hospital, mas não cobre tudo. Se tiver qualquer dúvida, por favor não hesite em perguntar à enfermeira ou ao médico.

Obrigado pelo seu tempo, lendo esta informação. Nós esperamos que tenha achado útil.

(Mitchell citado por Garretson, 2004, p.35)

Na mesma perspectiva que os autores supra mencionados, Paula & Carvalho (1997) aludem que a informação ao doente que irá ser submetido a cirurgia, pode ser efectuada por via oral ou através da utilização de um recurso audiovisual (vídeo). Neste sentido, realizaram um estudo com os objectivos de identificar o conhecimento dos doentes sobre o processo cirúrgico no período pré-operatório; avaliar o conhecimento após efectuar o ensino com recurso audiovisual (vídeo) e oral e ainda identificar as diferenças entre os dois grupos (aquele que recebeu informação oral e o que recebeu a informação através do vídeo). As autoras constataram que o item de menor conhecimento foi o que abordava a forma de transporte do doente da sala de cuidados pré-anestésicos para a sala cirúrgica, sendo este comum aos dois grupos. Após a realização do ensino, foi neste item que se verificou um maior aumento da informação.

Em termos de conclusão Paula & Carvalho (1997) aludem que *os grupos de pacientes eram homogéneos e que não havia diferença significativa entre os dois recursos utilizados (...)* (p.35). É importante focar que o tempo gasto na transmissão das informações foi de 10 minutos para o vídeo e 45 minutos oralmente. Porém, é de realçar que apesar de haver poupança de tempo, o recurso ao vídeo ou à informação escrita não permite ao doente verbalizar as suas dúvidas / interrogações. Estas autoras acreditam que a implementação do recurso audiovisual (vídeo) pode ser uma estratégia de ensino na assistência de enfermagem ao doente cirúrgico, permitindo uma melhor gestão do tempo dos profissionais. Contudo, alertam para a importância de complementar as informações de acordo com as necessidades específicas de cada doente e à situação em particular.

Também Graham (2003) menciona que a informação pode ser dada em grupo ou individualmente, embora vários autores defendam que os pacientes apreendem melhor a informação quando esta é dada em grupo, tendo a vantagem de permitir a participação da família ou pessoas próximas. Garretson (2004) comunga desta perspectiva realçando que os parentes mais chegados devem ser incluídos nos programas, uma vez que *eles podem ajudar na compreensão, retenção da informação e na recuperação pós-operatória* (p.36). Por seu lado, Hathaway, citado por Graham (2003), advoga que *o conceito de prestação individualizada de cuidados não é congruente com o ensino de grupos de doentes* (p.291). Assim, o fundamental é reconhecer quais as necessidades individuais de cada paciente e fornecer orientações, no sentido de satisfaze-las.

Garretson (2004) alude que os programas de informação podem ser transmitidos pelos enfermeiros do bloco operatório durante a visita pré-operatória. Quando estes, por falta de disponibilidade não efectuem a visita, o enfermeiro do serviço deve colocar em prática o programa, mantendo assim a qualidade do atendimento.

Este autor menciona algumas vantagens de ser o enfermeiro do serviço de internamento a transmitir as informações, nomeadamente: gestão do tempo, pois o enfermeiro pode aproveitar o momento do banho na cama ou durante outro período de contacto para fornecer informações. Outra vantagem, é que enfermeiro de cabeceira tem a possibilidade de estabelecer uma relação de proximidade e contínua com o doente contribuindo desta forma para que este se sinta mais a vontade para manifestar os seus medos e preocupações, o mesmo acontece com os familiares do doente. Também, os enfermeiros do internamento têm um maior contacto com as famílias conseguindo construir uma relação de proximidade que irá contribuir para o sucesso do programa de informação.

Para finalizar, é importante reforçar que a forma como a informação é fornecida, pode e irá variar de acordo com determinados aspectos, como já foi anteriormente referido. No entanto, existem alguns itens que são básicos e que devem ser contemplados numa sessão de informação pré-operatória, como sendo aspectos inerentes ao procedimento cirúrgico, aspectos de carácter sensorial e aspectos de carácter comportamental. É essencial que a informação seja concreta e o vocabulário adequado para que o doente compreenda e adquira um conhecimento autêntico dos procedimentos que sucederão.

A existência de programas de informação, onde estejam contempladas meticulosamente as principais orientações a serem fornecidas ao utente antes de um acto cirúrgico, está provado que contribui para o sucesso de todas as etapas que constituem o período perioperatório e diminui o número de doentes insatisfeitos a este nível.

Após a pesquisa efectuada, aprofundamento e clarificação dos conceitos que considerámos pertinentes, para a realização deste estudo, desenvolveremos na etapa seguinte a fase metodológica.

3 – DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

A fase metodológica ou desenho de investigação de acordo com Fortin (2003), é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (p.132). Também é um dos objectivos do desenho de investigação excluir ou pelo menos minimizar o risco de enviesamento do estudo de forma que os resultados obtidos correspondam aos dados analisados. De acordo com a autora supracitada, a metodologia precisa a forma de colher e de analisar os dados para assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo (p. 132).

Os principais elementos que compõem um desenho de investigação são: o meio onde o estudo foi realizado; a selecção da população; assim como o tamanho da amostra; o tipo de estudo; estratégias utilizadas para controlar as variáveis estranhas; os instrumentos de colheita dos dados e o tratamento dos dados (Fortin, 2003).

3.1- Tipo de Estudo

Fortin (2003) refere que *o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade* (p.133). De acordo com esta autora o nível de conhecimento sobre o fenómeno em estudo, determina o tipo de investigação que deve ser efectuada. O estudo desenvolvido foi do tipo descritivo e exploratório, uma vez que a temática em estudo encontra-se pouco explorada e muitas vezes pouco valorizada pelas equipas de saúde.

Para Gil (1999) um estudo é descritivo, porque *tem como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou estabelecimento de relações entre variáveis* (p. 44) e é exploratório porque, *tem como*

finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (p. 43).

Seguindo a perspectiva do autor anterior, Quivy e Campenhoudt (2008) salientam que o trabalho exploratório, tem vários objectivos, como sendo: constituir novos conhecimentos tendo como referencial outras investigações e reflexões desenvolvidas por outros autores, revelar outras dimensões do problema e permitir ampliar as perspectivas de análise.

Tendo em conta os objectivos do nosso estudo, utilizámos a metodologia quantitativa, de forma a descrever: a informação recebida, o conhecimento e as necessidades de informação expressas pelo o doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória.

3.2- Variáveis

Pensando um pouco no termo variável conseguimos defini-la sem dificuldades, na medida que se considera variável como algo que varia. Se analisarmos a complexidade que rodeia cada pessoa e suas experiências é claro que quase *todos os aspectos dos seres humanos e do ambiente podem ser considerados variáveis (...)* assim sendo, *variável é toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente* (Polit & Hungler, 1995, p.25-26).

Segundo Witt (1981), as variáveis correspondem a uma certa característica que numa investigação apresenta diversos valores, por seu lado, Wandelt citado por Witt (1981) descreve variável como sendo *um componente mensurável ou potencialmente mensurável de um objecto ou evento, que pode flutuar, em quantidade, de um objecto ou indivíduo para outro* (p.45).

Também, Fortin e Vissandjée (2003) compartilha da mesma opinião que os actores anteriores definindo variável como um conceito que corresponde as *qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações, que são estudadas numa investigação* (p.36). Nesta linha de ideias, Almeida e Freire (2000) descrevem variável reportando-se *as características ou atributos que podem tomar diferentes valores ou categorias, o que se opõe ao conceito de “constante”* (p.59). É fundamental realçar que as variáveis emergem das questões de investigação, podendo ser de natureza quantitativa ou qualitativa. A selecção das variáveis a utilizar num

determinado estudo devem ir de encontro aos objectivos do trabalho e nunca serem incluídas por vontade do investigador como salienta Witt (1981).

De acordo com Fortin (2003) as variáveis mais utilizadas são: variáveis independentes, variáveis dependentes, variáveis de atributo e variáveis estranhas. A estas Burns e Grove (2001), acrescentam a variável em estudo.

Neste estudo apresentamos as variáveis de atributo e as variáveis em estudo, não usámos, variável independente e variável dependente, uma vez que Fortin (2003) alude que estas não se aplicam no contexto dos estudos descritivos.

3.3- Operacionalização das variáveis

A Operacionalização das variáveis constitui uma etapa fundamental para o sucesso da investigação, pois permite confrontar as descrições apresentadas no quadro conceptual com o que será referido pelos sujeitos do estudo. Segundo Polit e Hungler (1995) o investigador deve definir as variáveis especificando o modo como a variável será observada e mensurada na pesquisa que esta a desenvolver.

Parafraseando Witt (1981) as *definições operacionais indicam a forma pela qual se chega à determinação de um objectivo estudado* (p.47). Para Polit e Hungler (1995) a definição operacional *de um conceito constitui uma especificação das operações que o pesquisador deve executar para colher as informações exigidas* (p.27).

De acordo com Gil (1999) operacionalizar uma variável corresponde à tradução dessa variável num conceito que seja mensurável. Este autor acrescenta que a operacionalização das variáveis é definida como *o processo que sofre uma variável (ou um conceito) a fim de se encontrar as correlações empíricas que possibilitem sua mensuração ou classificação* (p.89).

Corroborando, com os autores anteriormente citados, Fortin e Vissandjée (2003) aludem que o processo que tem como função tornar uma variável operacional *faz ressaltar as ligações entre o pensamento e a experiência, fixando, assim, como um conceito ou uma ideia abstracta serão identificados e medidos em termos concretos* (p.38).

3.3.1- Variáveis de atributo e sua categorização

Na perspectiva de Polit & Hungler (1995) às variáveis de atributo correspondem as características inerentes a população que esta a ser estudada, como a idade, sexo, estado civil, escolaridade entre outros.

Também Fortin e Vissandjée (2003) descrevem as variáveis de atributo *como características dos sujeitos num estudo. Estas são geralmente variáveis demográficas.* (p.37). Esta autora ressalta que a escolha das variáveis deve ser efectuada em função das necessidades da investigação.

Assim, as variáveis de atributo que seleccionámos nesta investigação são: género, idade, estado civil, religiosidade, nível socioeconómico (com recurso a escala de graffar), dependentes a seu cargo, tempo de espera (após diagnóstico da situação) para ser submetido à intervenção cirúrgica, experiência cirúrgica anterior, informação sobre a sua situação clínica e intervenção proposta, a visita pré-operatória (enfermeiro/anestesiologista), o principal ou principais transmissores das informações recebidas e a aquisição do conhecimento que apresenta relativamente à preparação pré-operatória. Relativamente às duas últimas variáveis de caracterização, é de realçar que foram colocadas no final do formulário para permitir ao inquirido compreender o âmbito das questões.

Com o objectivo de caracterizar os doentes que constituíram a amostra, categorizámos as variáveis da seguinte forma:

Variável: Género

- Masculino
- Feminino

Variável: Idade

Relativamente a esta variável construímos as classes etárias à posteriori de acordo com as respostas obtidas. Foram as seguintes:

- <30
- [30-40[
- [40-50[
- [50-60[
- [60-70[
- ≥70

Variável: Estado civil

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- União de facto

Variável: Religiosidade

- Sim
- Não

Variável: Nível sócio económico

Como já referenciámos anteriormente, para estudar esta variável, recorreremos a Escala de Graffar sendo esta uma classificação social, Internacional construída pelo Professor Graffar. É um método que se baseia no estudo, não apenas de uma característica social mas num conjunto de cinco critérios – profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro habitado (Amaro, 1996). Assim, decidimos adaptar a escala à realidade do nosso estudo (quadro nº 1).

Quadro nº1 – Escala de Graffar

Grau	Profissão	Nível de Instrução	Fontes de Rendimento familiar	Conforto do alojamento	Aspecto do bairro habitado
1º	Directores de bancos, de empresa, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	Ensino universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo).	A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida.	Casa ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.	Bairro residencial elegante, onde o valor dos terrenos ou o aluguer são elevados.
2º	Chefes de secção, administrativas, ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.	Ensino médio ou Técnico superior (10 a 11 anos de estudo).	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados.	Categoria intermédia, casas ou andares que sem serem luxuosos, são, não obstante espaçosas e confortáveis.	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
3ª	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestre-de-obras.	Ensino médio ou Técnico inferior (6 a 9 anos de estudo).	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário público.	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	Bairro em rua comercial ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.
4ª	Motoristas, policiais, cozinheiros (operários especializados) (com ensino primário completo).	Ensino primário completo (6 anos de estudo).	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jornada, por horas ou à tarefa.	Categoria intermédia entre 3 e 5.	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de fábricas.
5ª	Jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, trabalhadores manuais ou operários não especializados.	Ensino primário incompleto ou nulo.	São sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	Alojamento impróprio para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	Bairro de lata

Para obter a classe social a que o indivíduo pertencia, numa primeira fase, atribuímos a cada inquirido uma pontuação referente a cada um dos cinco critérios enumerados e, numa segunda fase, obtivemos o escalão que a família do indivíduo ocupava na sociedade com a soma dessas pontuações (Amaro, 1996).

Pontuações	Classificação
5 a 9 pontos	Classe I – Classe Social Alta
10 a 13 pontos	Classe II – Classe Social Média Alta
14 a 17 pontos	Classe III – Classe Social Média
18 a 21 pontos	Classe IV – Classe Social Média Baixa
22 a 25 pontos	Classe V – Classe Social Baixa

Variável: Dependentes a seu cargo

- Sim
- Não
- Se sim, quantos? _____

Variável: Tempo de espera (após diagnóstico da situação) para ser submetido à intervenção cirúrgica

- ≤ 6 meses
- 6 meses - ≤ 12 meses
- 12 meses - ≤ 18 meses
- 18 meses - ≤ 24 meses
- 24 meses
- Outro _____

Variável: Foi a primeira intervenção cirúrgica à qual foi submetido?

- Sim
- Não

Variável: Transmitiram-lhe informação sobre a sua situação clínica?

- Sim
- Não

Variável: Transmitiram-lhe informação acerca da intervenção cirúrgica à que foi submetido?

- Sim
- Não

Variável: Recebeu visita pré-operatória do:

- Enfermeiro do bloco operatório
- Médico Anestesista
- Não recebeu
- Outro _____

Variável: No que concerne às informações que lhe foram fornecidas, o principal ou principais transmissores das mesmas foram:

- Enfermeiro do serviço
- Cirurgião
- Anestesista
- Enfermeiro do B.O.
- Outros: _____

Variável: O conhecimento que apresenta relativamente às questões colocadas foi adquirido pelos:

- Profissionais de saúde
- Familiares e amigos
- Pesquisa própria
- Dialogo com outros doentes
- Outros: _____

3.3.2- Variável em estudo e a sua operacionalização

Para Burns e Grove (2001) a variável em estudo corresponde ao fenómeno que o investigador pretende conhecer e compreender, ou seja, as qualidades, propriedades ou características da investigação proposta, sendo o objectivo das questões analisar e medir o fenómeno em estudo.

As nossas variáveis em estudo foram:

- **Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**
- **Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**
- **Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico, sobre a preparação pré-operatória**

De acordo com Melo (2005) *a informação é indispensável para satisfazer as necessidades cognitivas do doente e, frequentemente, a que lhe é dada não está adaptada às necessidades individuais de cada um* (p.61). A mesma autora ressalta que a melhor forma de satisfazer as necessidades de informação dos doentes, seria questioná-los sobre o que gostariam de saber e responder às questões de forma compreensível.

Nesta linha de pensamento Cerejo (2000) alerta para o facto que a missão dos profissionais de saúde não termina com a transmissão da informação, pois é necessário certificar-se que o receptor captou a mensagem e compreendeu. Portanto, deve-se *questionar o utente (...) a fim de testar o seu nível de compreensão, mantendo a via de comunicação aberta (...) ao fazê-lo, a equipa tem mais uma oportunidade de verificar o nível de conhecimento que o utente tem na globalidade do processo* (p.31).

Dawson, (2003) salienta que o interesse do doente, bem como a sua capacidade de compreensão são dois factores que influenciam a aquisição de conhecimentos. É de salientar que a variável conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória não é dependente da variável informação, dado que a pessoa pode ter adquirido conhecimentos noutra contexto, que não o institucional.

Segundo Phipps, et al (2003), no pré-operatório as orientações devem centrar-se em informações que *melhorem a familiaridade do doente com a intervenção cirúrgica, para assim diminuir a ansiedade; informações sobre actividades que melhorem o*

restabelecimento fisiológico; e informações com vista à prevenção de complicações no pós-operatório (p.538).

Assim, operacionalizámos cada variável em estudo em três dimensões, com base em Phipps et al (2003), Melo (2005) e na nossa experiência clínica de trabalhar num serviço de cirurgia geral:

- **Procedimento Cirúrgico**
- **Sensorial**
- **Comportamental**

Os aspectos relativos ao procedimento cirúrgico, englobam as orientações sobre os cuidados de enfermagem, necessários durante a experiência cirúrgica, ou seja, indicações relativas ao processo cirúrgico (numa vertente mais operacional); os aspectos de carácter sensorial englobam as sensações que o doente poderá experimentar durante o período perioperatório; os aspectos de carácter comportamental incluem as indicações relativas aos comportamentos, a adoptar pelo doente, para a prevenção de complicações no pós-operatório (Phipps et al, 2003).

A dimensão **Procedimento Cirúrgico** é composta por 12 indicadores:

- Consentimento informado (cirurgia, anestesia)
- Avaliação pré-operatória (exames complementares de diagnostico/ história de saúde)
- Preparação física (tricotomia, duche, vestuário a utilizar no dia da cirurgia, alimentação antes da cirurgia, enemas, retirada de jóias, próteses dentária)
- Visita pré-operatória de Enfermagem (Planeamento/continuidade de cuidados)
- Visita pré-anestésica (tipo anestesia, medicação pré-operatória)
- Acompanhamento para o bloco operatório
- Permanência no bloco operatório, antes da cirurgia (sala de espera cirúrgica, sala operatória)
- Sala de cuidados pós-anestésicos (vigilância rigorosa do estado do doente)
- Visitas no pós-operatório (familiares, pessoas significativas)
- Dispositivos (cateteres, sondas, drenos, pensos)

- Métodos de controlo da dor (analgesia: contínua, intermitente; medidas não farmacológicas)
- Condições para alta (padrão de eliminação regular, retorno da dieta, estabilidade hemodinâmica, ausência de sinais de infecção)

A dimensão **Sensorial** é composta por 4 indicadores:

- Efeitos da medicação (sonolência, boca seca, náuseas e vômitos)
- Ambiente da sala operatória (temperatura, vestuário dos profissionais, luzes)
- Sensações ao primeiro levantar (tonturas, náuseas)
- Sensações associadas aos dispositivos (desconforto, dor)

A dimensão **Comportamental** é composta por 2 indicadores:

- Principais exercícios para a prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório: (tosse, respiração profunda e uso do inspirometro)
- Principais exercícios para prevenção das complicações circulatórias no pós-operatório: (exercícios dos membros inferiores)

De forma a sintetizar e clarificar a descrição efectuada anteriormente, segue-se o quadro nº2 com as variáveis em estudo, as suas dimensões e os respectivos indicadores a serem avaliados.

Quadro nº. 2 – Variáveis, Dimensões e Indicadores

VARIÁVEIS	DIMENSÕES	INDICADORES
Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória	<u>Procedimento Cirúrgico</u>	Consentimento informado
		Avaliação pré-operatória
		Preparação física
		Visita pré-operatória de Enfermagem
		Visita pré-anestésica
		Acompanhamento para o bloco operatório
		Permanência no bloco operatório, antes da cirurgia
		Sala de cuidados pós-anestésicos
		Visitas no pós-operatório
		Dispositivos
		Métodos de controlo da dor
Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória	<u>Sensorial</u>	Condições para alta
		Efeitos da medicação
		Ambiente da sala operatória
		Sensações ao primeiro levante
		Sensações associadas aos dispositivos
	<u>Comportamental</u>	Principais exercícios para a prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório
		Principais exercícios para prevenção das complicações circulatórias no pós-operatório
Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico, sobre a preparação pré-operatória	<u>Comportamental</u>	

Doravante, vamos utilizar as seguintes terminologias, para designar as variáveis de forma a facilitar a descrição:

- Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória/ Variável Informação
- Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória/ Variável Conhecimento
- Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico, sobre a preparação pré-operatória/ Variável Necessidades

Para avaliar as variáveis em estudo procedeu-se da seguinte forma: Relativamente à variável Informação atribuímos 1 ponto a cada resposta “sim” e procedemos à respectiva soma.

Idêntica metodologia foi adoptada para avaliar o nível de Conhecimentos que os doentes possuíam sobre os assuntos mas, neste caso, foi atribuído 1 ponto à alternativa ou alternativas correctas e zero a todas as outras. Seguidamente procedemos às respectivas somas.

Para avaliar a Necessidade de informação expressa pelos doentes atribuímos as pontuações 0, 1, 2 ou 3, respectivamente, às alternativas desnecessário, pouco necessário, necessário e muito necessário e procedemos também à soma das pontuação correspondentes às alternativas assinaladas pelos doentes.

Atendendo a que as escalas de avaliação não apresentavam a mesma amplitude, optámos por converter aquelas somas em scores expressos numa escala de 0 a 100 pontos, aplicando a fórmula seguinte:

$$Score_{(0-100)} = \frac{\text{Soma das pontuações}}{\text{Pontuação máxima esperada}} \times 100$$

Este procedimento foi adoptado ao nível das três variáveis em estudo, para cada uma das dimensões. Este mesmo processo foi utilizado para encontrar os globais das respectivas variáveis.

A metodologia adoptada para avaliar as três dimensões das variáveis centrais do nosso estudo foi no sentido de pontuações mais elevadas traduzirem mais Informação, mais Conhecimento e mais Necessidade de Informação. Atendendo a este facto, e para efeitos de análise dos resultados observados para estas variáveis, considerámos os

resultados próximos do valor central (50) como razoáveis ou suficientes, os que se aproximam do valor máximo (100) como elevados e os que tenderam para o valor mínimo (0) foram considerados baixos ou insuficientes.

3.5- Amostra

Normalmente é difícil ao nível da investigação estudar toda a população à qual o estudo se dirige, de acordo com Polit e Hungler (1995) *em regra, as pesquisas usam como sujeitos somente uma pequena fracção da população, conhecida como amostragem* (p.34). Relativamente a este aspecto Almeida e Freire (2000) salientam que por motivos económicos, acessibilidade e desinteresse estatístico não é viável o estudo da população, sendo a alternativa efectuar a investigação a uma parte da população (amostra), desde que se salvguarde algumas características, nomeadamente representatividade. Quivy e Campenhoudt (2008), também partilham das concepções dos autores anteriores, ressaltando que nem sempre é possível, ou sequer vantajoso colher dados sobre todas as unidades que compõem a população em estudo, pois é possível obter informações fidedignas sobre um determinado conjunto interrogando apenas alguns elementos que o constituem.

Também Giglione e Matalon (1997), referem que para definir uma amostra é *necessário escolher um grupo de indivíduos de tal forma que as observações que dele fizermos possam ser generalizadas à totalidade da população; é, portanto necessário que a amostra apresente características idênticas às da população, isto é, que seja representativa* (p.29), este pressuposto é defendido por todos os autores consultados.

Nesta linha de pensamento Fortin (2003), refere que *a amostra é um subconjunto de uma população, ou de um grupo de sujeitos, que fazem parte de uma mesma população sendo considerada uma réplica em miniatura da população alvo* (p. 202). Gil (1999) reforça, que através da amostra *se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população* (p.100).

Segundo Polit e Hungler (1995), Gil (1999), Fortin (2003), Almeida e Freire (2000) Hill e Hill (2005), existem duas grandes categorias relativas aos métodos de amostragem: do tipo probabilístico e não probabilístico, a qual a amostra probabilística constitui o único método que permite obter amostras representativas, com vista à generalização dos resultados. Nesta perspectiva Gil (1999) alerta que os tipos de

amostragem que fazem parte da amostra probabilística *são rigorosamente científicos* enquanto que os que fazem parte da amostra não probabilística *não apresentam matemática ou estatística, dependendo unicamente de critérios do pesquisador* (p.101).

Tendo em conta, a natureza do nosso estudo utilizámos na nossa investigação o método de amostragem não probabilística accidental, que segundo Fortin (2003) é:

Formada por sujeitos, que são facilmente acessíveis, e estão presentes, num local determinado, num momento preciso, como, por exemplo, as pessoas hospitalizadas (...) são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra, atingir o tamanho desejado. (p. 208)

A utilização desta técnica tem a vantagem de ser simples de organizar, no entanto ficamos limitados relativamente a generalização dos resultados, uma vez que esta não garante a representatividade da população alvo. Contudo, Fortin (2003) refere que no estudo exploratório *não se tem como finalidade a generalização dos resultados* (p.208).

A nossa amostra foi constituída por 96 doentes cirúrgicos que se mostraram disponíveis e aceitaram, participar neste estudo.

Os critérios que utilizamos para seleccionar a amostra incluem:

- Doentes submetidos a cirurgia electiva;
- Não terem diagnosticado uma doença oncológica;
- Encontrarem-se no pós-operatório mediato;
- Apresentarem estabilidade hemodinâmica;
- Doentes conscientes, orientados no tempo e no espaço;
- Encontrarem-se sem efeito de estupefacientes;
- Encontrarem-se sem dor

Optámos por aplicar o instrumento de colheita de dados, nas unidades de cirurgia geral aos doentes submetidos a cirurgia electiva, pelo o facto de não querermos envolver as várias especialidades cirúrgicas, cada uma com as suas particularidades e especificidades. A cirurgia electiva segundo Santos (2003) refere-se às cirurgias que não têm carácter de urgência, no entanto são situações que necessitam de intervenção. De acordo com esta autora, estas são programadas e o doente pode aguardar a sua realização, sem prejuízo do seu estado de saúde. Como exemplos Santos (2003) enumera: as hérnias inguinais, as hérnias umbilicais, os quistos sacro-coccígeos, as lítias vesiculares e quistos da tiróide. Não incluímos na amostra os doentes com

patologia oncológica e doentes submetidos a cirurgia de urgência/emergência por considerarmos que nestas situações os doentes vivem o pré-operatório com maior stress e ansiedade, logo a preparação pré-operatória e as necessidades do doente, geralmente são mais específicas e concretas exigindo por isso uma atenção diferente.

Relativamente ao critério, encontrarem-se no pós-operatório mediato, deve-se ao facto de considerarmos que a colheita de dados efectuada no pré-operatório poderia aumentar a ansiedade, que é inerente as situações cirúrgicas, a um nível que fosse prejudicial ao decurso do perioperatório.

No que se refere aos critérios, encontrarem-se hemodinamicamente estáveis, sem efeito de estupefacientes e sem dor prende-se com o facto de serem condições necessárias, para que o doente fisiologicamente e cognitivamente esteja capaz de responder as questões colocadas.

Para a selecção dos doentes foi pedida a colaboração dos enfermeiros chefes e dos Enfermeiros Responsáveis, por cada doente, de forma a cumprir os critérios de inclusão preestabelecidos.

3.6- Instrumento de Colheita de Dados

A colheita de dados, consiste em colher a informação pretendida, de forma sistemática junto dos participantes do estudo, utilizando os instrumentos de medida escolhidos para esse fim. *Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas* (Fortin, Grenier & Nadeau 2003, p. 240).

Ainda, de acordo com estes autores num estudo exploratório e descrito o investigador pode seleccionar como método de colheita de dados: o questionário, as observações, as entrevista semi-estruturadas, materiais de registo entre outros.

Seguindo este raciocínio, e indo de encontro ao nosso problema de investigação e natureza das variáveis, a estratégia metodológica que optámos para a colheita de dados foi o questionário com recurso à entrevista. É de salientar que o questionário foi por nós construído, uma vez que não encontrámos um instrumento que fosse de encontro aos objectivos pré-definidos para este estudo. Como afirma Fortin, et al (2003) *na ausência de instrumentos de medida apropriados ao estudo das variáveis, o investigador deve construí-los* (p.240).

Fooddy (1996) narra que construção dos questionários é orientada pela corrente positivista, que pretende descrever os fenómenos de forma sistemática, rigorosa e objectiva, para obter dados que sejam fiéis e reproduzíveis.

De acordo com Ghiglione e Matalon (1997) o questionário é um *instrumento rigorosamente estandardizado tanto no texto das questões como na sua ordem* (p.110).

Parafraseando Gil (1999) o questionário é definido como

A técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo como objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc. (p.128)

Nesta linha de pensamento Fortin, et al (2003) alude que o questionário é um instrumento de medida *que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis* (p.249).

Os autores supra mencionados, Fooddy (1996), Ghiglione e Matalon (1997), Gil (1999) e Fortin et al (2003), partilham da opinião que o questionário deve permitir a comparabilidade das respostas, assumindo que as perguntas efectuadas são entendidas da mesma forma por todos indivíduos participantes do estudo. Para que este objectivo seja alcançado é fundamental que as questões sejam claras, concretas, precisas, sem qualquer ambiguidade permitindo aos inquiridos compreenderem o que se espera delas. As questões devem ser formuladas *de tal forma que todas as pessoas interrogadas as interpretem da mesma maneira* (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.181).

Assim, torna-se imperativo *formular perguntas padronizadas, com significados identicamente compreensíveis pelos diferentes inquiridos, e a obrigação de formular as opções de resposta que permitem responder às perguntas* (Fooddy, 1996, p.15) sendo esta tarefa da responsabilidade do investigador.

Portanto, *uma boa questão nunca deve, sugerir qualquer resposta particular, não deve exprimir qualquer expectativa e não deve excluir nada do que possa passar pela cabeça da pessoa a quem se vai colocá-la* (Ghiglione & Matalon, 1997, p.111).

Importa realçar que as questões foram colocadas aos inquiridos pela investigadora, por considerarmos que sendo a investigadora a colocar as questões permitiria ao doente uma melhor compreensão das mesmas, mas fundamentalmente ajudar o doente a situar-se no período pré-operatório no momento de responder as questões.

Segundo Gil (1999) quando *as questões são formuladas oralmente pelo pesquisador, podem ser designados como questionários aplicados com entrevistas ou*

formulários (p.128). Por seu lado, Quivy e Campenhoudt (2008) designam questionário de “*administração indirecta*” quando o investigador o preenche a partir das respostas dadas pelo o participante.

Definindo entrevista, Fortin, et al (2003) afirma ser *um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas* (p. 245).

Por sua vez, Gil (1999) define entrevista *como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objectivo de obtenção dos dados que interessam a investigação. (...) é uma forma de interacção social.* (p. 117).

Como já foi anteriormente referenciado, na aplicação do questionário recorreremos à entrevista estruturada ou também designada por uniformizada, uma vez que as questões formuladas e colocadas aos doentes foram previamente determinadas com a ajuda de questões fechadas, *a entrevista estruturada requer questões fechadas, isto é, questões cujas respostas são determinadas antecipadamente* (Fortin, et al 2003, p.246). Assim, a autora supracitada alude que o investigador deve colocar as perguntas a todos os participantes da mesma forma e assim permitir comparações entre os respondentes.

A construção do nosso questionário foi efectuada após consultarmos vários autores, nomeadamente Foody (1996), Ghiglione e Matalon (1997), Fortin et al (2003), Gil (1999), Hill e Hill (2005), Quivy e Campenhoudt (2008) de forma a obtermos dados sobre a forma correcta de elaborar este instrumento de medida.

Assim, elaborámos o questionário seguindo as etapas, que Fortin, et al (2003) preconiza para a construção do mesmo. As etapas que esta autora descreve são: *a delimitação da informação pertinente a recolher, a formulação das questões, o estabelecimento da sequência das questões e do seu formato, a revisão do esboço do questionário, pré-teste e a redacção da introdução e das directrizes* (p.250).

3.6.1- Validação do questionário

No que se refere a revisão do esboço do questionário Fortin et al (2003) considera que após terminarmos a primeira redacção, é importante, submeter o questionário à apreciação e crítica de pessoas *peritas no conteúdo, na arte de construir um questionário, e capazes de detectar os erros técnicos e gramaticais* (p.253). Alguns

dos objectivos da validação do questionário são assegurar que o mesmo é representativo do domínio que pretendemos estudar e verificar se obtemos respostas para as questões de partida, estes princípios são partilhados por Polit e Hungler (1995).

Desta forma, após a elaboração do questionário, foi realizada a revisão do mesmo por quatro docentes da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny. Uma docente com conhecimentos na área da Investigação e outra na área da Ética, sendo estas as regentes das respectivas disciplinas na escola citada. As outras duas Professoras apresentam conhecimento e experiência na área cirúrgica.

Após análise e discussão por partes dos peritos, houve necessidade de reformular algumas questões, referentes a organização das frases e não propriamente ao seu conteúdo. Também, foi sugerido adicionar algumas variáveis de caracterização, sendo esta sugestão aceite.

3.6.2- Pré-teste

Fortin et al (2003) determina que após a revisão do questionário e antes de aplicá-lo definitivamente deverá passar por uma prova preliminar, designada de pré-teste. Esta opinião é partilhada por vários autores nomeadamente Polit e Hungler (1995), Foody (1996), Ghiglione e Matalon (1997), Gil (1999) Quivy e Campenhoudt (2008).

Tomando, como referencia Fortin et al (2003) o pré-teste é uma etapa imprescindível que permite *corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção das questões* (p.253). Nesta linha de pensamento Gil (1999) acrescenta que a finalidade do pré-teste é *evidenciar possíveis falhas (...) tais como: complexidade das questões, imprecisão na redacção, desnecessidades das questões, constrangimento ao informante, exaustão etc.* (p.137).

Por sua vez, Foody (1996) menciona que o pré-teste pode ter uma grande utilidade no que se refere aos aspectos relacionados com a interacção entrevistador/inquirido, mais do que detectar se as perguntas são ou não interpretadas nos termos pretendidos. No entanto, este autor defende que *as impressões dos entrevistadores constituem uma fonte indirecta de informação sobre a forma como os inquiridos “percebem” as perguntas* (p.204).

Corroborando com os autores anteriores Quivy e Campenhoudt (2008) defendem que o pré-teste é uma forma de assegurar que as perguntas são entendidas pelos

inquiridos da mesma maneira e que as respostas correspondem às informações procuradas.

Tendo por base os autores consultados, podemos inferir que o pré-teste tem como objectivos: assegurar a pertinência, a precisão, e a eficácia do instrumento de colheita de dados, bem como verificar se os conceitos utilizados são claros e facilmente compreendidos; se as questões descritas não apresentam ambiguidades e se permitem colher as informações desejadas.

O pré-teste é realizado mediante *o preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos)* (Fortin, et al, 2003, p.253). Gil (1999) comunga da opinião da autora anteriormente citada e acrescenta que é necessário os inquiridos aceitarem dedicar maior tempo para responder ao questionário que os respondentes definitivos. *Isto porque, depois de responderem (...) deverão se entrevistados a fim de se obterem informações acerca das dificuldades encontradas* (p.137).

Assim, após a revisão do instrumento de colheita de dados pelos peritos procedemos ao pré-teste, aplicando o questionário a uma amostra de dez doentes que reuniam os critérios preestabelecidos, no período compreendido entre 24 e 28 de Março de 2008.

Em média a duração da aplicação do questionário foi de 50 minutos. As questões colocadas foram compreendidas pelos inquiridos, no entanto, tivemos a necessidade de retirar duas questões por serem muito semelhantes, parecendo uma repetição. Posteriormente procedemos à colheita de dados efectiva.

3.6.3 - Questionário

Após a validação do questionário, aplicação do pré-teste e reformulação do instrumento de colheita de dados, a versão final do mesmo ficou estruturada da forma que passamos a citar.

O questionário (Anexo I) é constituído por cinco grupos (Grupo I – V), sendo os grupos I e V referentes às variáveis de caracterização; o grupo II, III e IV referentes às variáveis em estudo.

O grupo I é composto por onze questões (Questão 1 até 11) e o grupo V por duas questões (Q.1 e 2). O grupo II refere-se às variáveis em estudo, na dimensão das

informações sobre o procedimento cirúrgico (Q1.1 até 12.3), grupo III na dimensão das informações de carácter sensorial (Q1.1 até 4.3) e o grupo IV na dimensão das informações de carácter comportamental (Q1.1 até 2.3).

É de salientar que a fim de agilizar a colheita de dados organizámos o questionário pelos indicadores referentes a cada dimensão das três variáveis em estudo. Assim, para cada indicador formulámos três questões sendo a primeira referente à variável **Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, a segunda referente **Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória** e terceira questão referente as **Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**.

No que concerne à variável **Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória** elaborámos 18 questões recorrendo a uma escala dicotómica (sim/não); sendo 12 relativas a dimensão informações sobre o procedimento cirúrgico, quatro referentes a dimensão informações de carácter sensorial e duas referentes a dimensão informações de carácter comportamental. Utilizámos o seguinte enunciado para cada questão: “ Foi informado sobre ...?”. É de salientar que esta informação refere-se à fornecida pela equipa terapêutica, sendo este aspecto referenciado aos doentes no momento da colheita de dados.

No que respeita à variável **Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória** construímos 16 questões de escolha múltipla com três hipóteses de resposta (uma verdadeira, uma falsa e uma referente ao desconhecimento do doente – não sabe), relativas às dimensões: Procedimento Cirúrgico e Sensorial inerente a preparação pré-operatória. O facto de optarmos por apresentar apenas três alternativas de resposta, vai de encontro aos ideais de Gil (1999) que refere não ser *conveniente oferecer um número muito grande de alternativas, pois isso poderá prejudicar a escolha* (p.130), no entanto, é crucial que exista, sempre, uma alternativa em que o respondente se possa enquadrar, daí que oferecemos a hipótese “não sabe.” Também Hill e Hill (2005) aludem que quando se pretende obter o conhecimento específico dos inquiridos é aconselhável incluir a resposta “não sei”. No questionário alteramos o tempo verbal, uma vez que foi a investigadora a colocar as questões.

Relativamente à dimensão Comportamental, foi elaborada uma grelha de observação, com o objectivo de avaliar o conhecimento do doente, no que se refere aos exercícios da tosse, respiração profunda, inspirometria (grupo IV Q1.2) e exercícios dos membros inferiores (grupo IV Q2.2).

A grelha de observação relativa aos exercícios da tosse, respiração profunda e inspirometria é composta por cinco itens, a dos exercícios dos membros inferiores por sete itens e um item que refere-se ao desconhecimento da técnica, a serem avaliados através da realização da técnica pelo o doente.

Importa realçar que optámos pela observação, para avaliar a dimensão comportamental, uma vez que Fortin et al (2003) salienta que quando os investigadores pretendem estudar os *comportamentos das pessoas não têm muitas opções na forma de colher os dados: ou pedem aos sujeitos que digam o que fazem numa dada situação, por meio da observação ligada à entrevista, ou observam o que os sujeitos fazem por meio da observação directa* (p.241).

As questões relativas à variável **Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória** e fundamentação da hipótese verdadeira (sendo a primeira hipótese a verdadeira) foram descritas da seguinte forma:

Questões inerentes ao conhecimento sobre o procedimento cirúrgico

- De acordo com o seu conhecimento, o consentimento informado é necessário para:
 - Autorizar a intervenção cirúrgica, após ser informado sobre a natureza da intervenção, bem como as suas consequências.
 - Autorizar a intervenção cirúrgica sendo apenas necessário assinar um documento.
 - Não sabe.

Phipps et al (2003) referem que antes da intervenção cirúrgica o doente é solicitado a assinar um documento em como autoriza o procedimento cirúrgico. O consentimento informado *implica que o doente terá sido devidamente informado, de modo a compreender a natureza da intervenção, bem como as consequências conhecidas e as possíveis* (p.528). Brunner e Suddarth (1993) mencionam que é responsabilidade do enfermeiro certificar-se que o consentimento foi obtido de forma voluntária e que o doente se encontra informado e esclarecido.

- De acordo com o seu conhecimento, a avaliação pré-operatória é necessária para:
 - Avaliar se o doente reúne as condições físicas, psicológicas e espirituais para ser submetido à cirurgia sem riscos.
 - Avaliar apenas as condições dos órgãos antes da cirurgia.
 - Não sabe

Segundo Phipps et al (2003) na avaliação pré-operatória colhem-se dados de forma completa e efectua-se exames, com o objectivo de identificar *factores que possam aumentar o risco cirúrgico ou o desenvolvimento de complicações no pós-operatório* (p.530). Também Butler, Costa, Cardoso e Leite (2005) menciona que o principal objectivo da avaliação pré-operatória *deve ser detectar doenças (...) que possam colocar o paciente num patamar de risco acima da média* (p.7).

- De acordo com o seu conhecimento, a preparação física é necessária para:
 - Reduzir o risco de infecção e complicações intra e pós-operatórias.
 - Preparar a aparência do doente para a cirurgia de modo a ficar com uma cicatriz mais fina.
 - Não sabe

Phipps et al (2003) aludem que o objectivo da *preparação cutânea é reduzir o risco de infecção da ferida operatória: removendo da pele a sujidade e microrganismos, reduzindo os micróbios residentes (...) e inibindo o crescimento, repetido e rápido, de micróbios* (p.542).

Segundo Dawson (2003) deve-se pedir ao doente que remova todas as jóias *porque podem ser uma fonte de infecção e também para que não se percam. Quando algum objecto de metal é deixado no doente pode causar queimaduras (...)* (p.412). De acordo com Phipps et al (2003) as próteses dentárias são tiradas *porque podem provocar obstrução da via aérea com a indução da anestesia* (p.542). Estes autores salientam, ainda, que a preparação intestinal é fundamental para o sucesso de algumas cirurgias, *visto prevenir lesão do cólon, reduzir o número de bactérias intestinais, e proporcionar uma melhor visualização da região cirúrgica* (p.542).

- De acordo com o seu conhecimento a visita do enfermeiro do bloco operatório é necessária para:
 - Reduzir a ansiedade do doente e permitir ao enfermeiro do bloco operatório elaborar um plano de cuidados adequado ao doente.
 - Permitir ao enfermeiro do bloco operatório conhecer o doente com antecedência de forma a evitar troca de doentes no bloco operatório.
 - Não sabe

Dawson (2003), citando Baldwin e Webb narra que *a visita pré-operatória de um enfermeiro do bloco operatório pode reduzir a ansiedade do doente e fornecer informação adicional à equipa do bloco para que esta possa estabelecer um bom plano intra-operatório* (p.398).

- De acordo com o seu conhecimento a visita do médico anestesista é necessária para:
 - Avaliar as condições do doente para ser submetido a anestesia, informá-lo e consultá-lo sobre a anestesia e medicação pré-operatória que irá fazer.
 - Dar a conhecer pormenores da cirurgia a qual o doente será submetido, reduzindo a sua ansiedade própria da situação.
 - Não sabe

De acordo com Santos (2003) a visita pré-anestésica tem como objectivo orientar o doente em relação ao procedimento que irá receber, nomeadamente, o tipo de anestesia e medicação que poderá necessitar.

Perry e Potter (1999) narram que a medicação pré-anestésica pode ter varias finalidades de acordo com a situação e o doente em questão. Assim podem ter como objectivo *reduzir a ansiedade do cliente, a quantidade da anestesia geral necessária, o risco de náusea e vômito e as secreções do trato respiratório* (p.1293).

- De acordo com o seu conhecimento o acompanhamento do doente até o bloco operatório, pelo enfermeiro permite:
 - Reduzir a ansiedade do doente e manter a continuidade dos cuidados.
 - Ao enfermeiro conhecer a equipa que prestará cuidados durante a cirurgia.
 - Não sabe

Dawson (2003) menciona que o doente deve ser transportado para o bloco operatório na sua cama e acordar na mesma cama. Refere ainda que o ideal é ser acompanhado pelo enfermeiro do serviço, mantendo desta forma a continuidade dos cuidados e a familiaridade. O maqueiro tem a função de transportar a cama até o bloco operatório. A autora supracitada acrescenta que, de forma geral, os doentes são da opinião que o acompanhamento realizado por um enfermeiro familiar transmite maior segurança.

- De acordo com o seu conhecimento quando chegasse ao bloco operatório:
 - Primeiro permaneceria numa sala de espera, onde seriam efectuados alguns procedimentos e só depois passaria para a sala operatória.
 - Iria directamente para a sala operatória, onde seria recebido por um cirurgião que iria efectuar alguns procedimentos
 - Não sabe

Potter e perry (1999) citam que na sala de espera cirúrgica o enfermeiro explica ao doente as etapas a serem implementadas na preparação para a cirurgia. Ainda nesta sala é inserido *um cateter Endovenoso no braço do cliente a fim de estabelecer uma via para reposição de líquido e medicamentos endovenosos (E.V)* (p.1294). Na sala de operações procede-se a anestesia e cirurgia.

- De acordo com o seu conhecimento a sala de cuidados pós-anestésicos permite:
 - Uma maior vigilância do estado do doente, acompanhado por profissionais especializados e com diversidade de equipamentos.
 - Despertar da anestesia, antes de ser transportado para o serviço de origem e ter oportunidade de conversar com o cirurgião.
 - Não sabe

Phipps et al (2003) referem que a sala de cuidados pós-anestésicos encontra-se equipada com monitores cardíacos, oxímetros, dispositivos para o controle da tensão arterial, oxigénio, entre outros equipamentos, sendo o objectivo proporcionar uma maior e melhor vigilância do estado do doente nas primeiras horas após a cirurgia, assim como detectar precocemente alterações do seu estado e possíveis complicações. Segundo este autor existe estudos que comprovam a diminuição da mortalidade e morbilidade dos doentes, após a cirurgia, a partir do momento que existiram estas unidades especializadas.

Graham (2003) reforça que o período pós-anestésico imediato *coloca desafios multifacetados que requerem perícia clínica especializada para fazer os doentes regressar à homeostase fisiológica, em condições tão boas ou melhores que as pré-operatórias* (p.285).

- De acordo com o seu conhecimento poderia receber visitas:
 - No dia seguinte à cirurgia, quando já estivesse na enfermaria
 - Após despertar da anestesia e assim que o enfermeiro responsável considere que há condições para tal.
 - Não sabe

Segundo Brunner e Suddarth (1993) o doente sente-se mais tranquilo quando está informado do momento do pós-operatório que poderá receber visitas dos familiares e amigos. *Quando a condição do paciente permitir, um membro familiar íntimo pode vê-lo durante alguns momentos* (p.383). É importante salientar que este primeiro contacto do doente com a família pode acontecer na unidade de cuidados pós-anestésicos, desde que haja condições para tal. Phipps et al (2003) acrescenta que *a visita de familiares logo no início do pós-operatório, pode aliviar medos, melhorar a comunicação entre o pessoal dos cuidados de saúde e a família (...)* (p.613).

- De acordo com o seu conhecimento os dispositivos servem para:
 - Permitir um restabelecimento das funções fisiológicas e prevenção das complicações
 - É um procedimento de rotina que permite ao enfermeiro a vigilância do doente.
 - Não sabe

Parafraseando Collier (2003) os dispositivos colocados durante as cirurgias, nomeadamente os drenos, podem ser utilizados como método de tratamento ou para prevenção de possíveis complicações. Em todas as cirurgias é imprescindível a colocação de cateteres, periféricos ou centrais, tendo estes vários objectivos tais como manter o equilíbrio hidroelectrolítico e administração de terapêutica. Também a colocação das sondas, nomeadamente às nasogástricas, podem ter diversas finalidades, mas no doente *cirúrgico*, o principal propósito é a descompressão do estômago para prevenir a distensão abdominal (Potter & Perry, 1999, p. 1289).

Ward e Morris (2003) defendem que informar o doente do *porquê da necessidade dos cateteres e tubos pode servir para reassegurar e aumentar a compreensão e cooperação nestas situações* (p.443).

- De acordo com o seu conhecimento, as formas existentes para controlar a dor são:
 - Medicação Endovenosa (E.V) administrada de forma contínua ou em intervalos regulares; a massagem, mudança de posição.
 - Medicação administrada somente quando o doente referir que tem dor
 - Não sabe

De acordo com Butler et al (2005) no período pós-operatório das cirurgias, que decorrem com anestesia geral, não é recomendado administrar analgésicos por via oral, uma vez que há uma diminuição do nível de consciência e há possibilidade de náuseas e vômitos. A via de administração preferível é a E.V sendo a medicação administrada em bolus ou de forma contínua.

Estes autores alertam que para além do tratamento farmacológico não podemos esquecer as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, dando como exemplo a acupunctura, massagem, entre outros.

- De acordo com o seu conhecimento, as condições necessárias para ter alta hospitalar são:
 - Apresentar sinais de recuperação (retomar a alimentação, apresentar a ferida cirúrgica sem infecção, padrão de eliminação normal etc.).
 - Ser independente nas suas tarefas, apresentar ferida cicatrizada e estar preparado para retomar a sua actividade profissional.
 - Não sabe

Segundo Fox (1997) a enfermeira é o elemento da equipe de saúde que melhor conhece o doente, desempenhando um papel importante na avaliação das condições do doente para a alta. O planeamento da alta é uma função vital, por causa da *ênfase crescente nos cuidados domiciliários, na redução da permanência no hospital e do crescente número de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais (...)* (p.196).

Phipps et al (2003) aludem que a alta hospitalar só deve ser concebida quando o doente apresente estabilidade hemodinâmica, sinais de recuperação e adaptação a nova situação. Com o passar dos dias, o doente, vai readquirindo os seus hábitos.

Questões inerentes ao conhecimento de carácter sensorial

- De acordo com os seus conhecimentos, os efeitos secundários da medicação anestésica são:
 - Sonolência, sede, dificuldade em urinar, náuseas e vômitos.
 - Dores, falta de apetite, dificuldade em falar, calores.
 - Não sabe

Hoffer (1997) entre outros autores são da opinião que as náuseas e os vômitos que procedem a cirurgia são causados *pela a estimulação do centro do vômito (...)* decorrentes de drogas (p.165). Também, Potter e Perry (1999) salientam que a medicação utilizada durante o acto anestésico, provoca náuseas, sonolência e alterações da consciência, nomeadamente desorientação e confusão mental. Porém, *à medida que o efeito da anestesia termina, os reflexos do cliente retornam, a força muscular é readquirida e o nível normal de orientação retorna* (p.1299).

- De acordo com o conhecimento, o ambiente da sala operatória é:
 - Frio, com iluminação intensa, com profissionais vestidos de forma igual
 - Aquecido, escura, com uma cama estreita sendo o vestuário dos médicos diferentes das enfermeiras.
 - Não sabe

Santos (2003) descreve o ambiente da sala cirúrgica como sendo extremamente frio, possuindo dois sistemas de iluminação: *a iluminação geral da sala – que é feita pela luz do tecto; e a iluminação do campo operatório – que é feita pela luz de foco, também no tecto, e quando necessário com auxílio do foco móvel* (p.45). Esta autora realça a importância do fardamento obrigatório, a ser utilizados por todos os profissionais que desempenham funções no bloco operatório, como sendo calça comprida e túnica (uni sexo), gorro, máscara e os propés.

- De acordo com o seu conhecimento, as possíveis sensações que poderiam ocorrer ao primeiro levante seriam:
 - Tonturas, vertigens, náuseas
 - Sede, falta de apetite e dificuldade em falar
 - Não sabe

Brunner e Suddarth (1993) assim como Potter e Perry (1999) relatam algumas reacções que podem suceder no primeiro levante do doente como sendo as tonturas e as vertigens que, surgem devido a hipotensão postural. Estes autores acrescentam que geralmente esta situação é passageira e que se resolve após o doente descansar com a cabeceira da cama baixa e com uma leve elevação dos membros inferiores.

- De acordo com o seu conhecimento, as sensações que poderiam ocorrer associadas aos dispositivos seriam:
 - Desconforto físico, alteração da sua aparência e dor.
 - Dores de cabeça, falta de forças.
 - Não sabe

Ward e Morris (2003) mencionam que a presença de dispositivos no pós-operatório, provocam desconforto físico, no entanto, alguns doentes preocupam-se mais com reacção das visitas, relativamente a sua imagem corporal do que propriamente o desconforto ou dor provocado pelos tubos.

Questões inerentes ao conhecimento de carácter comportamental

- De acordo com o seu conhecimento demonstre como se deve proceder ao exercício da tosse:
 - Doente na posição de semi-Fowler ou sentado
 - Colocar uma mão levemente sobre o abdómen
 - Inspirar Lentamente pelo nariz
 - Suster a respiração durante 3 segundos
 - Tossir profundamente três vezes ou fazer repetidamente tossidelas tipo “sopros”
 - Não sabe

- De acordo com o seu conhecimento demonstre como se deve proceder à respiração profunda:
 - Doente na posição de semi-Fowler ou sentado
 - Colocar uma mão levemente sobre o abdómen
 - Inspirar lentamente pelo nariz
 - Suster a respiração durante 3 segundos
 - Expirar lentamente pelos lábios semicerrados
 - Não sabe

De acordo com Perry e potter (1999), Phipps et al (2003) entre outros autores, os exercícios de respiração profunda e estimulação da tosse são uma componente essencial da preparação pré-operatória. Segundo estes autores os exercícios devem ser realizados com o doente sentado ou em semi-fowler. Inicialmente é importante orientar que inspire pelo nariz e expire pela boca, depois ensinar o doente a colocar as mãos levemente sobre o abdómen e após a cirurgia sobre a ferida cirúrgica. Inspirar profundamente pelo nariz, suster a respiração durante 3 segundos e expirar completamente pela boca, no caso do exercício da tosse deverá tossir profundamente, caso haja dificuldade incentivar o doente a tossir tipo “sopro”.

- De acordo com o seu conhecimento demonstre como se deve proceder à Spirometria:
 - Doente na posição de semi-fowler ou sentado
 - Colocar o bocal dentro da boca

- Inspirar de forma lenta e profunda, para fazer subir as bolas
- Sustentar a respiração durante três a cinco segundos
- Após expirar.
- Não sabe

Segundo Perry e Potter (1999), Phipps et al (2003) entre outros autores consultados, o ensino sobre a utilização do inspirometro de incentivo, no pré-operatório, é essencial para promover a expansão pulmonar no pós-operatório. O doente deve ser instruído para ficar na posição de sentado ou em semi-fowler, colocar o bocal dentro da boca, de modo que os lábios cubram completamente a peça, depois inspirar de forma lenta e profunda, para fazer subir as bolas, uma vez atingida a inalação máxima, deverá sustentar a respiração durante três a cinco segundos e após expirar lentamente.

- De acordo com o seu conhecimento demonstre como se deve proceder aos exercícios dos membros inferiores:
 - Doente em decúbito dorsal ou sentado;
 - Alternar a dorsiflexão com a flexão plantar;
 - Movimentar os tornozelos em círculo;
 - Flexão e extensão dos joelhos;
 - Elevar cada perna, alternadamente, mantendo em posição recta;
 - Pôr em tensão os músculos da coxa de modo que a zona poplíteia seja pressionada de encontro à cama;
 - Pôr em tensão os músculos nadeagueiros, como que a sustentar um movimento intestinal
 - Não sabe

Perry e Potter (1999), Phipps et al (2003) entre outros autores, defendem que os exercícios com os membros inferiores ajudam a prevenir a congestão venosa, logo torna-se fundamental que o enfermeiro ensine ao doente no pré-operatório, para que este possa realizar no pós-operatório, o mais precocemente possível.

O doente deverá assumir a posição de supina no leito ou sentado, e alternar a dorsiflexão com a flexão plantar de ambos os pés, movimentar os tornozelos em círculo

completo, alternar a flexão com a extensão dos joelhos e alternadamente elevar cada perna em posição erecta e paralelamente à superfície da cama.

Também, o doente deve ser orientado para os exercícios com os glúteos e os quadrícipetes, respectivamente pôr em tensão os músculos nadegueiros, como que a sustentar um movimento intestinal, mantendo estes músculos em tensão durante cinco segundos e após relaxar; Pôr em tensão os músculos da coxa, de modo que a zona poplítea seja pressionada de encontro à cama, mantendo estes músculos em tensão durante cinco segundos e após relaxar.

Relativamente à variável **Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico no período pré-operatório** construímos 18 questões fechadas, utilizando uma escala de Lickert adaptada, com quatro possibilidades de resposta: muito necessário, necessário, pouco necessário e desnecessário. Foi retirada a opção de resposta nem necessário nem desnecessário, uma vez que Gil (1999) refere que esta opção ocupa uma posição indefinida, evitando desta forma medidas de tendência central. Também Fortin et al (2003) defende que esta opção, considerada neutra, *pode reduzir a possibilidade de diferenciação entre os dados* (p.257).

À semelhança da variável informação recebida pelo doente cirúrgico no pré-operatório, elaborámos 12 questões relativas a dimensão: procedimento cirúrgico, quatro referentes a dimensão: sensorial e duas referentes a dimensão: comportamental. Utilizámos o seguinte enunciado para cada questão: “ Relativamente à (...) como classifica a sua necessidade de ser informado:”

3.7- Procedimento de Colheita de dados

O processo de colheita de dados consiste em recolher os dados necessários para o estudo, ou seja, partir para acção. Segundo Fortin et al (2003) baseia-se em *colher a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim* (p.261), descrição partilhada por Quivy e Campenhoudt (2008).

É importante referenciar que antes de procedermos a colheita de dados efectiva, pedimos e obtivemos a autorização do Presidente do Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde, Entidade Pública Empresarial (EPE) após o parecer da comissão de ética para a realização da investigação e colheita de dados (anexo II e III respectivamente). Comprometemo-nos, informar o investigado do objectivo e finalidade

do estudo, a importância do seu desenvolvimento, e particularmente a importância da sua participação, garantindo que o direito à privacidade, ao anonimato e à recusa seriam respeitados.

A colheita de dados realizou-se após uma reunião, individual, com os Enfermeiros chefes dos serviços de cirurgia geral do Centro Hospitalar do Funchal. Nesta reunião demos a conhecer a nossa intenção de realizármos a colheita de dados nos serviços por elas coordenado, bem como a área temática do trabalho que nos propúnhamos realizar. As Enfermeiras Chefes foram o nosso elo de ligação com as equipas de enfermagem, mostrando-se sempre disponíveis para colaborar. Em cada serviço foi entregue uma fotocópia da autorização da comissão de ética para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

A aplicação do questionário foi efectuada aos doentes que ofereciam os critérios de inclusão definidos, sendo esta informação fornecida pelo enfermeiro responsável de cada doente. A colaboração das enfermeiras foi muito importante para a selecção dos doentes, assim como para a apresentação da investigadora aos doentes.

Como já foi anteriormente referido, neste estudo utilizámos o questionário aplicado com entrevista logo, tornou-se crucial criar um ambiente de desconstracção, de respeito, onde fosse possível atender a privacidade do doente e simultaneamente garantir o anonimato. O local onde procedemos a colheita de dados variou consoante a condição do doente e disponibilidade dos espaços no momento. Realizámos entrevistas no gabinete da enfermeira chefe, nas enfermarias onde o doente se encontrava (quando estavam sozinhos) ou em enfermarias que se encontravam sem doentes. É de salientar que a privacidade, o anonimato e o conforto do doente foram sempre salvaguardados. Gil (1999) narra que

é de fundamental importância que desde o primeiro momento se crie uma atmosfera de cordialidade e simpatia. O entrevistado deve sentir-se absolutamente livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão. Desta forma, torna-se possível estabelecer o rapport (quebra de gelo) entre o entrevistador e o entrevistado. (p.124)

Após a selecção do espaço, procedíamos novamente à nossa apresentação, explicávamos os objectivos do estudo e a forma como decorreria a recolha da informação. Garantíamos a confidencialidade e anonimato e apresentávamos o documento do consentimento informado (anexo IV) para o doente assinar, declarando como aceitava participar de livre vontade. É de salientar que houve dois doentes que

recusaram participar no estudo, alegando falta de disponibilidade e um doente que foi excluído pela investigadora vista apresentar um diálogo confuso.

É de evidenciar que a recolha dos dados foi efectuada pela investigadora e uma colaboradora, Professora da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (Prof^a Luz Chaves). Antes de procedermos a colheita de dados, realizámos uma reunião com a colaboradora a fim de transmitir os objectivos, finalidade do trabalho e a metodologia. Importa, mencionar que o facto da colaboradora, ter participado na validação do questionário, contribuiu para uma melhor compreensão dos conteúdos transmitidos. De forma a uniformizar a colheita de dados, na fase do pré-teste, aplicámos os primeiros questionários em conjunto (investigadora e colaboradora).

A colheita dos dados desenrolou-se durante os meses de Abril e Maio de 2008, de Segunda a Sábado. O tempo de cada entrevista oscilou entre 40 a 45 minutos.

3.8- Aspectos Éticos

Quando nos propomos desenvolver um trabalho de investigação é importante reflectirmos sobre o termo **ética**, sendo definida por Fortin, Homme-Brisson e Wakulczk (2003) como *o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta* (p.114).

Também Queirós (2001) se interroga sobre o verdadeiro significado da palavra: *Ética significa decidir sobre o que é mais correcto fazer? Ou decidir como devo eu agir? As respostas a estas questões devem ser descobertas nas inter-relações entre os profissionais de saúde e o doente.* (p.21)

Ao longo dos tempos, temos assistido uma evolução muito rápida no domínio da investigação, em que é notório o aumento das pesquisas a vários níveis, nomeadamente na disciplina de enfermagem. Cada vez mais os estudos envolvem as pessoas, como sujeitos da investigação, sendo crucial garantir que os seus direitos são respeitados.

Neste sentido, Polit e Hungler (1995) afirmam que *quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigações científicas (...) precisa-se ter muito cuidado para assegurar que os seus direitos estão protegidos.* (p.293)

Também Fortin et al (2003), defende que é extrema importância a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de estudos nas diversas áreas, no entanto existem certos limites (Direitos do doente) que não podem ser ultrapassados. Assim,

neste trabalho tivemos em atenção os princípios éticos, básicos, estabelecidos pelos códigos de ética e recomendados por Polit e Hungler (1995) e Fortin et al (2003): **o direito à autodeterminação**, ou seja, a pessoa é capaz de decidir livremente e por ela própria, assim todos os participantes deram o seu consentimento informado de forma voluntária; **o direito à intimidade**, ou seja, o direito de assegurar que o estudo é o menos invasivo possível (intromissão nas suas vidas pessoais) logo, a privacidade dos sujeitos foi mantida. Com o objectivo de respeitar este princípio seguimos as orientações de Fortin et al (2003) no que diz respeito *à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar na investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas* (p.117).

O direito ao anonimato e à confidencialidade, ou seja, a identidade do indivíduo não é associada as respostas fornecidas, neste sentido tomámos os procedimentos preconizados por Polit e Hungler (1995) que incluem *a segurança das declarações confidenciais, por parte de todas as pessoas envolvidas, na colheita e análise dos dados; a manutenção de informações que possam divulgar as identidades dos sujeitos num local fechado (...); a substituição dos nomes dos sujeitos por números de identificação nos registos de estudo e arquivos de computador* (P.301). Foi também garantido o anonimato dos sujeitos na divulgação dos resultados.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, ou seja, o direito à não maleficência, que protege o investigado de possíveis danos / inconvenientes derivados da pesquisa; **o direito a um tratamento justo e equitativo**, garantimos este direito do participante na medida: em que a selecção dos sujeitos foi efectuada de acordo com o problema de investigação; os participantes do estudo foram informados sobre a natureza e objectivos da investigação assim como, os métodos utilizados; e foi respeitada a vontade do doente em não participar no estudo sem prejuízo para o próprio.

3.9- Tratamento estatístico dos Dados

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 16.0 de 2007. Segundo Gil (1999) este tipo de programas *possibilita trabalhar com distribuições de frequência, tabulações*

cruzadas médias, correlações, regressão múltipla, análise factorial e outras técnicas estatísticas (p.173).

As técnicas estatística aplicadas foram:

- Frequências – absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de tendência central – média aritmética ($\bar{x}$), média dos postos ($\bar{x}_p$), mediana (Md) e moda (Mo);
- Medidas de dispersão ou variabilidade – valor mínimo (Min), valor máximo (Máx) e desvios padrão (s);
- Coeficientes – *alpha de Cronbach* (α) e correlação de Spearman (r_s);
- Testes de hipóteses – teste U de Mann-Whitney, teste Kruskal-Wallis, teste da significância do coeficiente de correlação de Spearman e teste Kolmogorov-Smirnov, como teste da normalidade.

Na maioria das variáveis centrais do estudo não se verifica uma das condições exigidas para a aplicação de testes paramétricos, ou seja, não apresentam distribuição normal, como evidenciam os resultados da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov ($p < 0.05$). Este facto levou-nos a optar pela aplicação de testes não paramétricos. Nos testes fixámos o valor de 0.05, para o nível máximo de significância.

Quadro nº 3 – Resultados do teste de normalidade

Variável – Dimensão	z	P
Informação		
Procedimento cirúrgico	0.195	<0.001
Sensorial	0.354	<0.001
Comportamental	0.474	<0.001
Conhecimento		
Procedimento cirúrgico	0.116	0.003
Sensorial	0.200	<0.001
Comportamental	0.391	<0.001
Necessidade		
Procedimento cirúrgico	0.101	0.017
Sensorial	0.127	0.001
Comportamental	0.329	<0.001
GLOBAL		
Informação	0.158	<0.001
Conhecimento	0.079	0.159
Necessidade de informação	0.073	0.200

Após a exposição da metodologia, em que elaborámos e organizámos o desenho da investigação e respectivas actividades conducentes à realização do estudo, passamos ao próximo capítulo onde apresentamos os resultados do estudo referente às variáveis de caracterização e às variáveis em estudo.

4- ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS/ RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à análise e apresentação dos dados e dos resultados obtidos com base na aplicação do questionário que elaborámos e no tratamento estatístico efectuado. Segundo Fortin (2003), a apresentação dos dados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com diferentes análises efectuadas (p.329).

Procedemos, em primeiro lugar, à análise e apresentação descritiva dos dados/resultados após a qual realizámos a análise e apresentação dos resultados em termos inferenciais.

4.1- Análise e apresentação descritiva

Os dados apresentados no quadro nº 4 permitem-nos verificar que a maioria dos doentes inquiridos, concretamente 55.2%, era do género masculino.

As idades variavam entre 18 e 82 anos, sendo a média de 50.83 anos, com desvio padrão de 15.50 anos. Verificamos ainda que 22.9% dos inquiridos apresentavam idades compreendidas entre 60 e 70 anos, seguidos de 21.9% que tinham entre 50 e 60 anos e de 20.8% cujas idades se situavam entre 30 e 40 anos.

Quanto ao estado civil, constatámos que na amostra em estudo predominavam os indivíduos casados com uma percentagem de 61.5%. Como podemos verificar, quase todos os doentes (96.9%) afirmaram que eram religiosos.

Relativamente ao nível socio-económico constatámos que 49.0% dos inquiridos pertenciam à classe IV, seguidos de 27.1% que pertenciam à classe III.

A maioria dos doentes inquiridos, concretamente 62.5%, não tinha dependentes a cargo. Dos 36 inquiridos que afirmaram ter dependentes, 47.2% tinham a seu cargo um dependente e igual percentagem tinha dois dependentes.

Quadro nº4 – Doentes cirúrgicos segundo as características sócio-demográficas

Variável	n	%
Género		
Feminino	43	44.8
Masculino	53	55.2
Grupo etário		
<30	7	7.3
[30 – 40[	20	20.8
[40 – 50[	16	16.7
[50 – 60[	21	21.9
[60 – 70[	22	22.9
≥ 70	10	10.4
$\bar{x} = 50.83$ Md = 52.50 s = 15.50 Min = 18.00 Máx = 82.00		
Estado civil		
Solteiro(a)	15	15.6
Casado(a)	59	61.5
Divorciado(a)	7	7.3
Viúvo(a)	13	13.5
União de facto	2	2.1
Religiosidade		
Sim	93	96.9
Não	3	3.1
Nível socio-económico		
Classe I	2	2.1
Classe II	10	10.4
Classe III	26	27.1
Classe IV	47	49.0
Classe V	11	11.5
Dependentes a cargo		
Sim	36	37.5
Não	60	62.5
Número de dependentes a cargo		
1	17	47.2
2	17	47.2
3	2	5.6

Analisando os dados apresentados no quadro nº 5, podemos verificar que 52.1% dos doentes afirmaram que o tempo de espera para a cirurgia foi igual ou inferior a 6 meses, seguindo-se 14.6% que esperaram entre 12 e 18 meses e 13.5% cujos tempos de espera se situaram entre 6 e 12 meses ou foi superior a 24 meses.

Para 51.0% dos inquiridos esta foi a primeira intervenção cirúrgica e quase todos (97.9%) disseram ter sido informados sobre a sua situação clínica.

Constatámos também que uma larga maioria dos doentes (90.6%) disse que tinham recebido informação sobre a intervenção cirúrgica.

Quanto à visita pré-operatória, verifica-se que 46.9% não receberam esta visita. Dos que receberam, 36.5% foram visitados pelo médico anestesista, 4.2% pelo enfermeiro do bloco operatório e apenas 12.5% disseram ter sido visitados pelo médico anestesista e pelo enfermeiro do Bloco Operatório.

Quadro nº 5 – Doentes cirúrgicos segundo os dados relativos à cirurgia

Variável	n	%
Tempo de espera para a cirurgia (meses)		
≤ 6	50	52.1
] 6-12]	13	13.5
] 12-18]	14	14.6
] 18-24]	6	6.3
> 24	13	13.5
Primeira intervenção cirúrgica		
Sim	49	51.0
Não	47	49.0
Informação sobre a situação clínica		
Sim	94	97.9
Não	2	2.1
Informação sobre a intervenção cirúrgica		
Sim	87	90.6
Não	9	9.4
Quem fez a visita pré-operatória		
Enfermeiro do BO	4	4.2
Médico anestesista	35	36.5
Ambos	12	12.5
Não recebeu	45	46.9

Os dados apresentados nos quadros nº 6 ao nº 11 permitem-nos conhecer a informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação sobre o procedimento cirúrgico. Como podemos constatar a maioria dos doentes, concretamente 95.8%, foi informada sobre o consentimento informado. Verificamos ainda que 56.3% dos inquiridos referiu que o consentimento informado consiste em autorizar a intervenção cirúrgica, após ser informado sobre a natureza da intervenção, bem como das suas consequências e 66.7% consideram ser muito necessária a informação sobre este assunto.

Quase todos os doentes (99.0%) foram informados sobre a avaliação pré-operatória nomeadamente exames necessários antes da cirurgia, aspectos da sua história de saúde, alergia, entre outros, 76.0% consideraram que a avaliação pré-operatória é necessária para avaliar se o doente reúne as condições físicas, psicológicas e espirituais

para ser submetido à cirurgia e 70.8% acharam muito necessária a informação sobre a avaliação pré-operatória.

Quadro nº 6 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (consentimento informado e avaliação pré-operatória)

Indicador	Questão Resposta	N	%
Consentimento informado	Foi informado sobre o consentimento informado (cirurgia e anestesia)		
	Sim	92	95.8
	Não	4	4.2
	De acordo com o seu conhecimento, o consentimento informado é necessário para:		
	Autorizar a intervenção cirúrgica, após ser informado sobre a natureza da intervenção, bem como das suas consequências	54	56.3
Avaliação pré-operatória	Autorizar a intervenção cirúrgica sendo apenas necessário assinar um documento	40	41.7
	Não Sabe	2	2.1
	Relativamente ao consentimento informado, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	64	66.7
	Necessário	32	33.3
	Pouco necessário	-	0.0
	Desnecessário	-	0.0
	Foi informado sobre a avaliação pré-operatória nomeadamente: exames necessários antes da cirurgia, aspectos da sua história de saúde, alergia, entre outros?		
	Sim	95	99.0
	Não	1	1.0
	De acordo com o seu conhecimento, a avaliação pré-operatória é necessária para:		
	Avaliar apenas as condições dos órgãos antes da cirurgia	18	18.8
	Avaliar se o doente reúne as condições físicas, psicológicas e espirituais para ser submetido à cirurgia	73	76.0
	Não sabe	5	5.2
	Relativamente à avaliação pré-operatória, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	68	70.8
	Necessário	27	28.1
	Pouco necessário	1	1.0
	Desnecessário	-	0.0

Quanto à preparação física, verificamos que 96.9% dos doentes foram informados sobre este assunto, nomeadamente tricotomia, duche, vestuário a utilizar no dia da cirurgia, retirada de jóias, próteses dentária, 82.3% consideraram que aquela preparação é necessária para reduzir o risco de infecção e complicações intra e pós-operatórias e 55.2% disseram necessitar muito de informação sobre este assunto.

A maioria dos inquiridos, concretamente 82.3%, não foi informada sobre a visita do enfermeiro do bloco operatório, 66.7% não revelou conhecimento sobre a visita deste enfermeiro mas 54.2% consideraram necessário ser informado sobre esta visita.

Quadro nº7 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (preparação física e visita pré-operatória de enfermagem)

Indicador	Questão Resposta	N	%
Preparação física	Foi informado sobre a preparação física, nomeadamente: rapar dos pêlos, duche, vestuário a utilizar no dia da cirurgia, retirada de jóias, próteses dentária?		
	Sim	93	96.9
	Não	3	3.1
	De acordo com o seu conhecimento, a preparação física é necessária para: Reduzir o risco de infecção e complicações intra e pós-operatórias Preparar a aparência do doente para a cirurgia de modo a ficar com a cicatriz mais fina Não Sabe	79 5 12	82.3 5.2 12.5
Visita pré-operatória de enfermagem	Relativamente à preparação física, como classifica a necessidade de ser informado: Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário	53 41 2 -	55.2 42.7 2.1 0.0
	Foi informado sobre a visita do enfermeiro do bloco operatório?		
	Sim	17	17.7
	Não	79	82.3
Visita pré-operatória de enfermagem	De acordo com o seu conhecimento a visita do enfermeiro do bloco operatório é necessária para: Permitir ao enfermeiro do bloco conhecer o doente com antecedência de forma a evitar troca de doentes no bloco operatório Reduzir a ansiedade do doente e permitir ao enfermeiro do bloco operatório elaborar um plano de cuidados adequado ao doente Não sabe	2 30 64	2.1 31.3 66.7
	Relativamente à visita do enfermeiro do bloco operatório, como classifica a necessidade de ser informado Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário	22 52 19 3	22.9 54.2 19.8 3.1

No que concerne à visita pré-anestésica, verificamos que 61.5% dos doentes cirúrgicos disseram que foram informados sobre a visita do médico anestesista, 72.9%

revelaram conhecer que esta visita é necessária para avaliar as condições do doente para ser submetido a anestesia, informá-lo e consultá-lo sobre a anestesia e medicação pré-operatória e 58.3% consideraram muito necessário serem informados sobre a visita do médico anestesista.

Verificamos também que 60.4% dos doentes não foram informados sobre quem os acompanharia até ao bloco operatório, 55.2% não conhecia a utilidade deste acompanhamento pelo enfermeiro e a maioria (77.1%) considerou necessário ou mesmo muito necessário ser informado sobre o responsável por aquele acompanhamento.

Quadro nº8 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (visita pré-anestésica e acompanhamento para o bloco operatório)

Indicador	Questão Resposta	N	%
Visita pré-anestésica	Foi informado sobre a visita do médico anestesista?		
	Sim	59	61.5
	Não	37	38.5
	De acordo com o seu conhecimento a visita do médico anestesista é necessária para:		
	Dar a conhecer pormenores da cirurgia a qual o doente será submetido, reduzindo a sua ansiedade própria da situação	5	5.2
Acompanhamento para o bloco operatório	Avaliar as condições do doente para ser submetido a anestesia, informá-lo e consultá-lo sobre a anestesia e medicação pré-operatória que irá fazer	70	72.9
	Não sabe	21	21.9
	Relativamente à visita do médico anestesista, como classifica a necessidade de ser informado		
	Muito necessário	56	58.3
	Necessário	34	35.4
	Pouco necessário	5	5.2
	Desnecessário	1	1.0
	Foi informado sobre quem o acompanharia até o bloco operatório?		
	Sim	38	39.6
	Não	58	60.4
	De acordo com o conhecimento o acompanhamento do doente até o bloco operatório, pelo enfermeiro permite:		
	Reduzir a ansiedade do doente e manter a continuidade dos cuidados	37	38.5
	Ao enfermeiro conhecer a equipa que prestará cuidados durante a cirurgia	6	6.3
	Não sabe	53	55.2
	Relativamente ao responsável em acompanhá-lo(a) até ao bloco operatório, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	32	33.3
	Necessário	42	43.8
	Pouco necessário	19	19.8
	Desnecessário	3	3.1

Como podemos constatar, a maioria dos inquiridos (67.7%) afirmou que não foi informado sobre o que aconteceria quando chegasse ao bloco operatório, 45.8% pensava que primeiro, permaneceria numa sala de espera onde seriam efectuados alguns procedimentos e só depois passaria para a sala operatória e 42.7% não sabia. Verificamos também que 55.2% dos inquiridos consideraram que era necessário ser informado sobre o que aconteceria quando chegasse ao bloco operatório.

Sobre a sala de cuidados pós-anestésicos 57.3% dos doentes disseram não ter sido informados, 57.3% afirmaram que a sala de cuidados pós-anestésicos permite uma maior vigilância do estado do doente, acompanhado por profissionais especializados e com diversidade de equipamentos e 93.7% consideraram ser necessária ou mesmo muito necessária a informação sobre a sala de cuidados pós-anestésicos.

Quadro nº 9 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (permanência no bloco operatório, antes da cirurgia e sala de cuidados pós-anestésicos)

Indicador	Questão Resposta	N	%
Permanência no bloco operatório, antes da cirurgia	Foi informado sobre o que aconteceria quando chegasse ao bloco operatório?		
	Sim	31	32.3
	Não	65	67.7
	De acordo com o seu conhecimento quando chegasse ao bloco operatório:		
	Primeiro, permaneceria numa sala de espera onde seriam efectuados alguns procedimentos e só depois passaria para a sala operatória	44	45.8
	Iria directamente para a sala operatória, onde seria recebido por um cirurgião que iria efectuar alguns procedimentos	11	11.5
Sala de cuidados pós-anestésicos	Não sabe	41	42.7
	Relativamente ao que aconteceria quando chegasse ao bloco operatório, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	28	29.2
	Necessário	53	55.2
	Pouco necessário	13	13.5
	Desnecessário	2	2.1
	Foi informado sobre a sala de cuidados pós-anestésicos?		
	Sim	41	42.7
	Não	55	57.3
	De acordo com o seu conhecimento a sala de cuidados pós-anestésicos permite:		
	Uma maior vigilância do estado do doente, acompanhado por profissionais especializados e com diversidade de equipamentos	55	57.3
	Despertar da anestesia antes de ser transportado para serviço de origem e ter oportunidade de conversar com o cirurgião	15	15.6
	Não sabe	26	27.1
	Relativamente à sala de cuidados pós-anestésicos, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	44	45.8
	Necessário	46	47.9
	Pouco necessário	5	5.2
	Desnecessário	1	1.0

Como se verifica, através do quadro nº 10 a maioria dos doentes (83.3%) não foi informado sobre quando poderia receber visitas no pós-operatório, 43.8% pensava que poderia receber visitas após despertar da anestesia e assim que o enfermeiro responsável considerasse que havia condições para tal e 51.0% consideraram ser necessário serem informados sobre este assunto.

Quanto aos dispositivos, 67.7% dos inquiridos disseram não ter sido informados sobre a possibilidade de colocação de dispositivos durante a cirurgia (sondas, drenos, soros, pensos), 65.6% consideraram que esses dispositivos servem para permitir um restabelecimento das funções fisiológicas e prevenção das complicações e 59.4% referiram ser necessário serem informados sobre este tema.

Quadro nº 10 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (visitas no pós-operatório e dispositivos)

Indicador	Questão Resposta	N	%
Visitas no pós-operatório	Foi informado de quando poderia receber visitas no pós-operatório?		
	Sim	16	16.7
	Não	80	83.3
	De acordo com o seu conhecimento poderia receber visitas:		
	No dia seguinte à cirurgia, quando já estivesse na enfermaria	20	20.8
Dispositivos	Após despertar da anestesia e assim que o enfermeiro responsável considere que há condições para tal	42	43.8
	Não sabe	34	35.4
	Relativamente às visitas no pós-operatório, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	35	36.5
	Necessário	49	51.0
	Pouco necessário	10	10.4
	Desnecessário	2	2.1
	Foi informado sobre a possibilidade de colocação de dispositivos durante a cirurgia (sondas, drenos, soros, pensos)?		
	Sim	31	32.3
	Não	65	67.7
	De acordo com o seu conhecimento estes dispositivos servem para:		
	Permitir um restabelecimento das funções fisiológica prevenção das complicações	63	65.6
	É um procedimento de rotina que permite ao enfermeiro a vigilância do doente	4	4.2
	Não sei	29	30.2
	Relativamente aos dispositivos, como classifica a necessidade de ser informado		
	Muito necessário	26	27.1
	Necessário	57	59.4
	Pouco necessário	11	11.5
	Desnecessário	2	2.1

A maioria dos inquiridos (72.9%) afirmou não ter sido informada sobre as formas de controlar a dor no pós-operatório, 39.6% não sabiam quais as formas existentes para controlo da dor e 33.3% disseram que este controlo poderia ser feito através de medicação E.V. administrada de forma contínua ou em intervalos regulares, a massagem, mudança de posição, etc. Verificamos ainda que 93.7 consideraram ser necessário ou muito necessário obter informação sobre as formas de controlo da dor.

Quanto às condições necessárias para a alta, verificamos que 72.9% dos doentes disseram que não foram informados, 91.7% referiram que para ter alta hospitalar era necessário apresentar sinais de recuperação (retomar a alimentação, apresentar a ferida cirúrgica sem infecção, apresentar um padrão de eliminação normal etc.) e 62.5% referiram que era muito necessário obter informação sobre estes aspectos.

Quadro nº11 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação sobre procedimento cirúrgico (métodos de controlo da dor e condições para alta)

Indicador	Questão Resposta	N	%
Métodos de controlo da dor	Foi informado sobre as formas de controlar a dor no pós-operatório? Sim Não	26 70	27.1 72.9
	De acordo com o seu conhecimento, as formas existentes para controlar a dor são: Medicação administrada somente quando o doente referir que tem dor Medicação E.V. administrada de forma contínua ou em intervalos regulares; a massagem, mudança de posição Não sabe	26 32 38	27.1 33.3 39.6
	Relativamente às formas de controlar a dor, como classifica a necessidade de ser informado: Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário	53 37 5 1	55.2 38.5 5.2 1.0
Condições para alta	Foi informado sobre as condições necessárias para ter alta hospitalar? Sim Não	26 70	27.1 72.9
	De acordo com o seu conhecimento, as condições necessárias para ter alta hospitalar são: Apresentar sinais de recuperação (retomar a alimentação, apresentar a ferida cirúrgica sem infecção, padrão de eliminação normal etc.) Ser independente nas suas tarefas, apresentar ferida cicatrizada e estar preparado para retomar a sua actividade profissional Não sabe	88 3 5	91.7 3.1 5.2
	Relativamente às condições necessárias para ter alta, como classifica a necessidade de ser informado: Muito necessário Necessário Pouco necessário Desnecessário	60 26 7 3	62.5 27.1 7.3 3.1

Relativamente à informação recebida, ao conhecimento e à necessidade de informação no que concerne à dimensão dos aspectos de carácter sensorial, os dados apresentados no quadro nº 12 permitem-nos verificar que 66.7% dos doentes não foram informados sobre os possíveis efeitos da medicação anestésica, 57.3% consideravam que os efeitos secundários da medicação anestésica eram sonolência, sede, dificuldade em urinar, náuseas e vômitos e 41.7% não sabiam. Verificamos ainda que 88.5% dos inquiridos acharam necessário ou muito necessário serem informados sobre esses efeitos secundários.

Quanto ao ambiente da sala operatória, 88.5% dos inquiridos não foram informados e 60.4% consideravam que o ambiente era frio, com iluminação intensa, com profissionais vestidos de igual forma. Verificamos que 45.8% dos doentes consideravam ser pouco necessário serem informados sobre o ambiente da sala operatória e que 40.6% consideram necessário este tipo de informação.

Quadro nº 12 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação de carácter sensorial (efeitos da medicação e ambiente da sala operatória)

Indicador	Questão Resposta	n	%
Efeitos da medicação	Foi informado sobre os possíveis efeitos da medicação anestésica?		
	Sim	32	33.3
	Não	64	66.7
	De acordo com os seus conhecimentos, os efeitos secundários da medicação anestésica são:		
	Dores, falta de apetite, dificuldade em falar, calores	1	1.0
	Sonolência, sede, dificuldade em urinar, náuseas e vômitos	55	57.3
Ambiente da sala operatória	Não sabe	40	41.7
	Relativamente aos possíveis efeitos da medicação anestésica, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	36	37.5
	Necessário	49	51.0
	Pouco necessário	9	9.4
	Desnecessário	2	2.1
	Foi informado sobre o ambiente da sala operatória?		
	Sim	11	11.5
	Não	85	88.5
	De acordo com o seu conhecimento, o ambiente da sala operatória é:		
	Frio, com iluminação intensa, com profissionais vestidos de igual forma	58	60.4
	Aquecido, escuro, com uma cama estreita sendo o vestuário dos médicos diferentes das enfermeiras	2	2.1
	Não sabe	36	37.5
	Relativamente ao ambiente da sala operatória, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	8	8.3
	Necessário	39	40.6
	Pouco necessário	44	45.8
	Desnecessário	5	5.2

No quadro nº 13, podemos verificar que 78.1% dos doentes afirmaram que não foram informados sobre as primeiras sensações que poderiam ocorrer ao primeiro levante, 76.0% consideravam que poderiam sentir tonturas, vertigens e náuseas e 91.7%

consideraram ser necessário ou mesmo muito necessário obter informação acerca deste assunto.

Verificamos também que 92.7% dos indivíduos não foram informados sobre as sensações que poderiam ocorrer associadas aos dispositivos (drenos, sondas, soros, cateteres), 81.3% não sabiam quais poderiam ser essas sensações e 65.6% disseram que necessitavam ou necessitavam muito de informação acerca deste tema.

Quadro nº 13 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação de carácter sensorial (sensações no primeiro levante e sensações associadas aos dispositivos)

Indicador	Questão Resposta	n	%
Sensações ao primeiro levante	Foi informado das primeiras sensações que poderiam ocorrer ao primeiro levante?		
	Sim	21	21.9
	Não	75	78.1
	De acordo com o seu conhecimento, as possíveis sensações que poderiam ocorrer ao primeiro levante seriam:		
	Tonturas, vertigens, náuseas	73	76.0
	Sede, falta de apetite e dificuldade em falar	1	1.0
Sensações associadas aos dispositivos	Não sabe	22	22.9
	Relativamente às possíveis sensações que poderiam ocorrer ao primeiro levante, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	41	42.7
	Necessário	47	49.0
	Pouco necessário	7	7.3
	Desnecessário	1	1.0
	Foi informado sobre as sensações que poderiam ocorrer associadas aos dispositivos (drenos, sondas, soros, cateteres)?		
	Sim	7	7.3
	Não	89	92.7
	De acordo com o seu conhecimento, as sensações que poderiam ocorrer associadas aos dispositivos seriam:		
	Dores de cabeça, falta de forças	3	3.1
	Desconforto físico, alteração da sua aparência e dor	15	15.6
	Não sabe	78	81.3
	Relativamente às sensações, que poderiam ocorrer associadas aos dispositivos, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	10	10.4
	Necessário	53	55.2
	Pouco necessário	27	28.1
	Desnecessário	6	6.3

Relativamente à informação recebida, ao conhecimento e à necessidade de informação de carácter comportamental, verificamos (quadro nº14) que 84.4% dos

doentes não foram informados sobre a forma de realização dos exercícios para a prevenção dos problemas respiratórios (tosse, respiração profunda, uso do inspirómetro) e em termos de conhecimentos constatámos que a maioria não sabe como fazer os exercícios da tosse (80.2%), como realizar correctamente a respiração profunda (84.4%) e como usar o inspirómetro (93.8%). Quase todos os doentes (99.0%) consideraram ser necessária ou muito necessária a informação sobre esta temática.

Quadro nº14 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação de carácter comportamental (principais exercícios para prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório)

Indicador	Questão Resposta	n	%
Principais exercícios para prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório	Foi informado sobre a forma de realização dos exercícios para a prevenção dos problemas respiratórios? (tosse, respiração profunda, uso do inspirometro)		
	Sim	15	15.6
	Não	81	84.4
	De acordo com o seu conhecimento, demonstre:		
	<u>Exercícios da tosse:</u>		
	Doente na posição de semi-Fowler ou sentado	18	18.8
	Colocar uma mão levemente sobre o abdómen	19	19.8
	Inspirar lentamente pelo nariz	10	10.4
	Suster a respiração durante 3 segundos	4	4.2
	Tossir profundamente três vezes ou fazer repetidamente tossidelas tipo “sopros”	12	12.5
	Não sabe	77	80.2
	<u>Respiração profunda:</u>		
	Doente na posição de semi-Fowler ou sentado	13	13.5
	Colocar uma mão levemente sobre o abdómen	14	14.6
	Inspirar levemente pelo nariz	11	11.5
	Suster a respiração durante 3 segundos	5	5.2
	Expirar lentamente pelos lábios semicerrados	10	10.4
	Não sabe	81	84.4
	<u>Inspirometria:</u>		
	Doente na posição de semi-Fowler ou sentado	6	6.3
	Colocar o bocal dentro da boca	6	6.3
	Inspirar de forma lenta e profunda, para fazer subir a bola	6	6.3
	Suster a respiração durante três a cinco segundos após expirar	11	11.5
	Não sabe	90	93.8
	Relativamente à forma de realizar os exercícios da tosse, respiração profunda e inspirometria, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	54	56.3
	Necessário	41	42.7
	Pouco necessário	1	1.0
	Desnecessário	-	0.0

Quanto aos principais exercícios para a prevenção das complicações circulatórias no pós-operatório (quadro nº15) verificamos que 88.5% dos inquiridos não foram informados sobre quais os exercícios e a forma de os realizar, 86.5% não sabia como fazer exercícios com os membros inferiores e 60.4% considerou ser muito necessário obter informação sobre aqueles exercícios.

Quadro nº15 – Doentes segundo a informação recebida, conhecimento e necessidade de informação de carácter comportamental (principais exercícios para a prevenção das complicações circulatórias no pós-operatório)

Indicador	Questão Resposta	n	%
Principais exercícios para a prevenção das complicações circulatórias no pós-operatório	Foi informado sobre a forma de realização dos exercícios para a prevenção dos problemas circulatórios (exercícios dos membros inferiores)?		
	Sim	11	11.5
	Não	85	88.5
	De acordo com o seu conhecimento demonstre:		
	<u>Exercícios dos membros inferiores:</u>		
	Doente em decúbito dorsal ou sentado	13	13.5
	Alternar a dorsiflexão com a flexão plantar	10	10.4
	Movimentar os tornozelos em círculos	8	8.3
	Flexão e extensão dos joelhos	11	11.5
	Elevar cada perna, alternando, mantendo em posição recta	3	3.1
	Pôr em tensão os músculos da coxa de modo que a zona poplíteia seja pressionada de encontro à cama	3	3.1
	Pôr em tensão os músculos nadegueiros, como que a sustentar um movimento intestinal	1	1.0
	Não sabe	83	86.5
	Relativamente à forma de realizar os exercícios dos membros inferiores, como classifica a necessidade de ser informado:		
	Muito necessário	58	60.4
	Necessário	36	36.5
	Pouco necessário	2	2.1
	Desnecessário	1	1.0

Questionados acerca das principais fontes de informação e de conhecimento, verificamos que 84.4% dos inquiridos referiram que a informação foi dada pelo enfermeiro do serviço, seguindo-se 31.3% que referiram o cirurgião e de 25.0% que indicaram o anestesista.

Quanto ao conhecimento que possuem, 95.8% dos doentes disseram que foi adquirido através de profissionais de saúde, 22.9% referem os familiares e amigos e 20.8% indicaram as experiências cirúrgicas anteriores.

Quadro nº 16 – Doentes cirúrgicos segundo as principais fontes de informação e de conhecimento

Variável	N	%
Fontes de informação		
Enfermeiro do serviço	81	84.4
Cirurgião	30	31.3
Anestesista	24	25.0
Enfermeiro do BO	13	13.5
Familiars da área da saúde	2	2.1
Conhecimento adquirido através de		
Profissionais de saúde	92	95.8
Familiars e amigos	22	22.9
Pesquisa própria	13	13.5
Diálogo com outros doentes	4	4.2
Experiências cirúrgicas anteriores	20	20.8
Programas de televisão	3	3.1
Professores	1	1.0

De acordo com a metodologia definida, pudemos avaliar a informação dos doentes cirúrgicos, os conhecimentos e a necessidade de informação sobre a preparação pré-operatória na dimensão: procedimento cirúrgico, sensorial, comportamental e respectivos globais.

Tendo presente os resultados apresentados no quadro nº 17 e que a escala de avaliação poderia variar entre 0 e 100 pontos, a análise dos valores das medidas de tendência central (média e mediana) permite-nos afirmar que, ao nível da variável Informação na dimensão do procedimento cirúrgico, foi dada aos doentes uma razoável quantidade de informação, na dimensão sensorial e comportamental foi transmitida pouca informação.

Relativamente à variável Conhecimento os inquiridos evidenciaram possuir um nível suficiente de conhecimento nas dimensões procedimento cirúrgico e sensorial; e que os conhecimentos são insuficientes na dimensão comportamental.

No que concerne à variável Necessidade, os doentes manifestaram elevada necessidade de informação nas três dimensões estudadas.

Uma análise comparativa permite-nos concluir que os doentes cirúrgicos envolvidos no estudo receberam muito pouca informação sobre os aspectos de carácter sensorial e comportamental, evidenciam uma elevada carência de conhecimentos, principalmente nos aspectos comportamentais, e consideram que a informação acerca de todos estes aspectos é bastante ou mesmo muito necessária.

Em termos globais, constatámos que foi transmitida pouca informação aos doentes sobre os aspectos relacionados com a preparação pré-operatória, que os doentes evidenciam pouco conhecimento sobre estes assuntos e que, na sua opinião, a sua necessidade de informação é elevada.

Quadro nº17 – Medidas descritivas referentes à avaliação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação

Variável – Dimensão	$\bar{x}$	Md	S	Min	Máx
Informação					
Procedimento Cirúrgico	49.04	41.67	17.43	16.70	91.70
Sensorial	18.49	0.00	24.93	0.00	75.00
Comportamental	13.54	0.00	28.54	0.00	100.00
Conhecimento					
Procedimento Cirúrgico	57.90	58.33	20.21	0.00	91.70
Sensorial	52.34	50.00	26.43	0.00	100.00
Comportamental	9.19	0.00	19.37	0.00	90.90
Necessidade					
Procedimento Cirúrgico	78.47	79.17	10.76	47.20	97.20
Sensorial	64.93	66.67	15.67	25.00	100.00
Comportamental	85.24	100.00	16.91	33.30	100.00
GLOBAL					
Informação	27.03	22.22	16.27	8.30	8.30
Conhecimento	39.81	39.02	14.76	5.60	80.30
Necessidade de informação	76.22	75.46	10.67	40.70	99.10

4.2- Análise e apresentação inferencial

Atendendo aos dados encontrados, sentimos necessidade de testar quatro hipóteses.

Para testar a hipótese “A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória estão relacionadas com a idade do doente” procedemos ao estudo de correlação entre os resultados das variáveis envolvidas através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância. Como se constata pelos resultados apresentados no quadro nº 18 existe, correlação estatisticamente significativa ao nível da informação recebida quanto ao procedimento cirúrgico ($p = 0.027$), quanto aos aspectos de carácter sensorial ($p = 0.003$) e também em termos globais ($p = 0.040$). O facto de estas correlações serem

negativas permite-nos ainda afirmar que os doentes mais velhos tendem a receber menos informação sobre a preparação pré-operatória.

Verificamos ainda que existe correlação estatisticamente significativa ($p = 0.019$) entre o conhecimento acerca do procedimento cirúrgico e a idade. Sendo também negativa esta correlação concluímos que os doentes mais velhos evidenciam menor conhecimento sobre o procedimento cirúrgico.

Os resultados observados permitem-nos concluir que os dados corroboram parcialmente a hipótese formulada.

Quadro nº18 – Correlação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação com a idade

Variável – Dimensão	Idade	
	rs	P
Informação		
Procedimento cirúrgico	-0.23	0.027
Sensorial	-0.30	0.003
Comportamental	+0.06	0.532
Conhecimento		
Procedimento cirúrgico	-0.24	0.019
Sensorial	-0.06	0.582
Comportamental	+0.07	0.472
Necessidade		
Procedimento cirúrgico	+0.11	0.284
Sensorial	-0.10	0.328
Comportamental	+0.07	0.522
GLOBAL		
Informação	-0.21	0.040
Conhecimento	-0.14	0.167
Necessidade	+0.02	0.855

O teste da hipótese, “A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória é diferente conforme o nível socio-económico do doente”, foi realizado através do teste Kruskal-Wallis. Analisando os resultados apresentados no quadro nº19, podemos constatar que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ao nível da informação recebida ($p = 0.041$) e do conhecimento ($p < 0.001$) sobre o procedimento cirúrgico, da informação acerca dos aspectos de carácter sensorial ($p = 0.010$) e ao nível do conhecimento global ($p = 0.028$).

Comparando os valores das medidas de tendência central podemos verificar que os doentes com nível socio-económico mais elevado evidenciam mais informação sobre o procedimento cirúrgico e sobre a dimensão sensorial e melhor conhecimento global.

Quadro nº19 – Comparação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação em função do nível socio-económico

Variável – Dimensão Nível socio-económico	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	χ^2	p
Informação – Procedimento cirúrgico						
Classe I e II	12	58.38	55.56	50.00	8.236	0.041
Classe III	26	57.37	55.45	58.33		
Classe IV	47	44.38	45.92	41.67		
Classe V	11	34.36	40.15	33.33		
Informação – Sensorial						
Classe I e II	12	55.38	27.08	12.50	11,374	0.010
Classe III	26	60.40	29.81	25.00		
Classe IV	47	41.17	11.17	0.00		
Classe V	11	44.18	13.64	0.00		
Informação – Comportamental						
Classe I e II	12	50.58	16.67	0.00	0.796	0.850
Classe III	26	47.15	9.62	0.00		
Classe IV	47	47.76	12.77	0.00		
Classe V	11	52.59	22.73	0.00		
Conhecimento – Procedimento cirúrgico						
Classe I e II	12	77.46	77.78	79.17	25.344	<0.001
Classe III	26	56.08	64.10	62.50		
Classe IV	47	42.38	53.90	58.33		
Classe V	11	25.14	38.64	50.00		
Conhecimento - Sensorial						
Classe I e II	12	50.71	54.17	50.00	1.703	0.636
Classe III	26	52.98	56.73	50.00		
Classe IV	47	44.96	48.94	50.00		
Classe V	11	50.64	54.55	50.00		
Conhecimento – Comportamental						
Classe I e II	12	52.04	12.50	0.00	0.466	0.926
Classe III	26	46.79	6.47	0.00		
Classe IV	47	48.69	9.58	0.00		
Classe V	11	47.86	10.33	0.00		
Necessidade – Procedimento cirúrgico						
Classe I e II	12	38.58	73.38	75.00	2.375	0.498
Classe III	26	52.63	79.92	83.33		
Classe IV	47	47.80	78.49	77.78		
Classe V	11	52.55	80.56	80.56		
Necessidade – Sensorial						
Classe I e II	12	40.88	59.72	62.50	4.279	0.233
Classe III	26	57.62	70.19	66.67		
Classe IV	47	45.87	63.48	66.67		
Classe V	11	46.50	64.39	66.67		
Necessidade – Comportamental						
Classe I e II	12	48.42	84.72	100.00	1.822	0.610
Classe III	26	43.44	81.41	83.33		
Classe IV	47	49.90	86.53	100.00		
Classe V	11	54.55	89.39	100.00		
GLOBAL – Informação						
Classe I e II	12	59.29	33.10	30.56	6.109	0.106
Classe III	26	55.85	31.62	29.17		
Classe IV	47	42.24	23.29	19.44		
Classe V	11	46.09	25.51	19.44		
GLOBAL – Conhecimento						
Classe I e II	12	65.96	48.15	51.39	9.078	0.028
Classe III	26	54.69	42.43	41.67		
Classe IV	47	42.31	37.47	33.33		
Classe V	11	41.27	34.50	36.11		
GLOBAL – Necessidade						
Classe I e II	12	41.71	72.61	72.22	1.531	0.675
Classe III	26	51.98	77.17	78.70		
Classe IV	47	47.21	76.16	74.07		
Classe V	11	53.18	78.11	79.63		

Testámos a hipótese “A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória é diferente conforme as experiências anteriores” através do teste de Mann-Whitney. Os resultados apresentados no quadro nº 19, permitem-nos verificar que apenas existem diferenças, estaticamente significativas, no conhecimento relativo a dimensão sensorial ($p = 0.046$) e na informação acerca dos aspectos inerentes a dimensão comportamental ($p = 0.038$). Comparando os valores das medidas de tendência central, verificamos que os doentes que foram submetidos à primeira intervenção cirúrgica, ou seja, sem experiências anteriores de cirurgia, evidenciaram menor conhecimento dos aspectos pertencentes à dimensão sensorial e receberam menos informação relativamente aos aspectos comportamentais.

Quadro nº20 – Comparação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação em função da experiência cirúrgica anterior

Variável – Dimensão	n	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	Z	p
Primeira intervenção cirúrgica						
Informação – Procedimento cirúrgico						
Sim	49	51.77	50.17	50.00	-1.190	0.234
Não	47	45.10	47.87	41.67		
Informação – Carácter sensorial						
Sim	49	49.19	18.37	0.00	-0.280	0.779
Não	47	47.78	18.62	0.00		
Informação – Comportamental						
Sim	49	44.42	8.16	0.00	-2.072	0.038
Não	47	52.76	19.15	0.00		
Conhecimento – Procedimento cirúrgico						
Sim	49	51.76	60.37	66.67	-1.179	0.238
Não	47	45.11	55.32	58.33		
Conhecimento – Sensorial						
Sim	49	43.16	46.94	50.00	-1.994	0.046
Não	47	54.06	57.98	50.00		
Conhecimento – Comportamental						
Sim	49	44.43	6.31	0.00	-1.822	0.068
Não	47	52.74	12.19	0.00		
Necessidade – Procedimento cirúrgico						
Sim	49	46.79	77.61	77.78	-0.618	0.536
Não	47	50.29	79.37	80.56		
Necessidade – Sensorial						
Sim	49	49.04	64.80	66.67	-0.197	0.844
Não	47	47.94	65.07	66.67		
Necessidade – Comportamental						
Sim	49	46.44	83.67	83.33	-0.817	0.414
Não	47	50.65	86.88	100.00		
GLOBAL – Informação						
Sim	49	48.11	25.57	22.22	-0.140	0.889
Não	47	48.90	28.55	22.22		
GLOBAL – Conhecimento						
Sim	49	44.89	37.87	38.89	-1.299	0.194
Não	47	52.27	41.83	39.39		
GLOBAL – Necessidade						
Sim	49	46.33	75.36	75.00	-0.781	0.435
Não	47	50.77	77.11	76.85		

A hipótese “a informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória é diferente conforme a visita pré-operatória” foi testada aplicando de novo o teste de Mann-Whitney. Com base nos resultados apresentados no quadro nº 21, podemos verificar que existem diferenças estaticamente significativas ao nível da informação sobre o procedimento cirúrgico (p

<0.001), sobre a dimensão sensorial ($p = 0.013$) e da informação global ($p = 0.004$). Verificamos ainda a existência de diferença estatisticamente significativa, no conhecimento acerca do procedimento cirúrgico ($p = 0.003$). Os valores das medidas de tendência central revelam que os doentes que receberam a visita pré-operatória evidenciam maior informação (procedimentos cirúrgico, sensorial e global) e possuem mais conhecimento sobre os procedimentos cirúrgicos.

Quadro nº 21 – Comparação da informação recebida, conhecimento e necessidade de informação em função da visita pré-operatória

Variável – Dimensão	N	$\bar{x}_p$	$\bar{x}$	Md	z	p
Visita pré-operatória						
Informação – Procedimento cirúrgico						
Não recebeu	45	34.08	40.56	41.67	-4.592	<0.001
Recebeu	51	60.59	56.54	50.00		
Informação – Sensorial						
Não recebeu	45	41.80	11.11	0.00	-2.489	0.013
Recebeu	51	54.41	25.00	25.00		
Informação – Carácter comportamental						
Não recebeu	45	49.94	14.44	0.00	-0.675	0.500
Recebeu	51	47.23	12.75	0.00		
Conhecimento – Procedimento cirúrgico						
Não recebeu	45	39.43	51.48	50.00	-3.022	0.003
Recebeu	51	56.50	63.56	66.67		
Conhecimento – Sensorial						
Não recebeu	45	45.51	49.44	50.00	-1.027	0.304
Recebeu	51	51.14	54.90	50.00		
Conhecimento – Comportamental						
Não recebeu	45	49.64	10.20	0.00	-0.471	0.638
Recebeu	51	47.49	8.29	0.00		
Necessidade – Procedimento cirúrgico						
Não recebeu	45	45.16	77.35	77.78	-1.110	0.267
Recebeu	51	51.45	79.47	80.56		
Necessidade – Sensorial						
Sim	45	44.09	63.15	66.67	-1.478	0.139
Não	51	52.39	66.50	66.67		
Necessidade – Comportamental						
Não recebeu	45	47.79	85.19	83.33	-0.259	0.795
Recebeu	51	49.13	85.29	100.00		
GLOBAL – Informação						
Não recebeu	45	39.82	22.04	16.67	-2.878	0.004
Recebeu	51	56.16	31.43	25.00		
GLOBAL – Conhecimento						
Não recebeu	45	42.78	37.04	36.11	-1.892	0.058
Recebeu	51	53.55	42.25	41.67		
GLOBAL – Necessidade						
Não recebeu	45	45.24	75.23	74.07	-1.076	0.282
Recebeu	51	51.37	77.09	77.78		

Após a análise e apresentação dos resultados obtidos neste estudo, onde se explanou os dados colhidos, continuaremos no próximo capítulo a discussão dos mesmos, à luz do quadro de referências e da crítica reflexiva desenvolvida da investigadora.

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise e apresentação dos resultados Fortin (2003) preconiza que façamos a interpretação dos mesmos à luz das questões de investigação formuladas. Segundo esta autora esta etapa é crucial e implica termos em consideração todos os aspectos da investigação: *o processo inicia-se por um exame profundo dos resultados tendo em vista o problema em estudo, o quadro de referência, o objectivo da investigação e o conjunto de decisões que foram tomadas no momento do estabelecimento da fase empírica* (p.329).

Assim, procedemos à discussão dos resultados que consideramos mais pertinentes e relevantes do estudo, fazendo um paralelo com a opinião dos autores referenciados na fundamentação teórica.

Relativamente às características sócio-demográficas, verificamos que a amostra em estudo era predominantemente do género masculino, num leque de idades diversificado, variando entre os 18 e os 82 anos. No entanto, podemos constatar que a maioria dos inquiridos são idosos, apresentando uma idade compreendida entre os 60 e os 70 anos, embora a diferença em relação aos outros intervalos dos 50 e 60 e dos 30 e 40 seja pouco significativa. Os participantes do estudo são maioritariamente casados, religiosos e pertencentes à classe social média baixa. Pensamos que esta situação se deve ao facto de uma grande parte dos nossos investigados serem reformados e terem um nível de escolaridade baixo. A maioria não tem dependentes a seu cargo, contudo entre os que têm, impera um a dois dependentes.

No que respeita aos dados relativos à cirurgia, é notório que o tempo de espera dos doentes para serem intervencionados oscilou muito, no entanto, constata-se que a maioria dos doentes esteve na lista de espera por um período inferior ou igual a seis meses. Embora com uma diferença pouco significativa, na nossa amostra, prevalece doentes que foram submetidos a uma cirurgia pela primeira vez.

Apuramos que quase todos os participantes receberam informação sobre a sua situação clínica e sobre a intervenção cirúrgica que iriam ser submetidos. Estes dados

opõem-se aos resultados da investigação realizada por Melo (2005), em que ficou demonstrado que a maioria dos doentes possuía um défice de informação factual sobre a sua situação clínica: diagnóstico e cirurgia. Neste contexto Melo (2005) realça que *os doentes informados sobre a sua situação clínica tendem a aderir mais, ao tratamento com repercussões positivas, não só a nível do doente, mas também a nível do próprio funcionamento do serviço* (p.14).

No que concerne à visita pré-operatória, só um número reduzido de inquiridos recebeu visita do médico anestesista e do enfermeiro do bloco operatório, pois quase metade da população estudada não recebeu qualquer visita pré-operatória. Estes dados contrapõem-se aquilo que é advogado, sobre a visita pré-operatória, pela maioria dos autores consultados. Particularmente, Lourenço (2004) afirma que *indiscutivelmente a visita pré-operatória é fundamental para que se possa cuidar no bloco operatório* (p.26). Nesta linha de pensamento, Dawson (2003) menciona que alguns doentes consideram ser elementar encontrar o mesmo enfermeiro que realizou a visita pré-operatória no bloco de cirurgia, pois sentem-se mais protegidos e acolhidos.

Tendo como alicerce os ideais advogados por Lourenço (2004), entre outros aspectos existem alguns que limitam a concretização da visita pré-operatória, como sendo a falta de recursos humanos, o excesso de trabalho, a falta de tempo e a ausência de formação nesta área.

Depreendemos que existe uma grande lacuna a este nível, a qual pode ser prejudicial à qualidade dos cuidados que são prestados no período perioperatório. Atrevemo-nos a pensar que poderá estar em causa o direito do doente à excelência dos cuidados individualizados e personalizados.

Relativamente à variável em estudo **Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, na dimensão do Procedimento Cirúrgico é de realçar que os aspectos em que o doente recebeu mais informação referem-se aos indicadores: avaliação pré-operatória; preparação física; consentimento informado e visita pré-anestésica.

Os aspectos em que os inquiridos receberam menos informação referem-se aos indicadores: visitas no pós-operatório; visita pré-operatória de enfermagem, métodos de controlo da dor; condições para alta hospitalar; permanência no bloco operatório; dispositivos; acompanhamento para o bloco operatório e sala de cuidados pós-anestésicos. Podemos reconhecer que existem oito indicadores com percentagens elevadas referentes à falta de informação, enquanto apenas quatro indicadores

apresentam uma percentagem elevada referente à informação recebida. Isto leva-nos a crer que os profissionais dão primazia a alguns aspectos em detrimento de outros, ao nível da dimensão do Procedimento Cirúrgico.

Na dimensão Sensorial, é notório o elevado número de participantes que não receberam informação sobre estes aspectos, nomeadamente: sensações associadas aos dispositivos; ambiente da sala operatória; sensações ao primeiro levante e efeitos da medicação.

Também, verificamos que em relação à dimensão Comportamental a maioria dos doentes não foi informada sobre os principais exercícios para a prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório, assim como os principais exercícios para a prevenção das complicações circulatórias, constituindo a dimensão com maior défice de informação transmitida com um percentual superior a 80%.

Esta constatação, leva-nos a inferir que os enfermeiros perioperatório provavelmente não estão despertos para a necessidade de fornecer informação sobre os temas de carácter Comportamental, ou não têm tempo suficiente para investir nesta área ou, ainda por julgarem que esta actividade deve ser desempenhada por enfermeiros especialistas (reabilitação).

Importa realçar que os dados que obtivemos não são compatíveis com o que se preconiza, ou seja, na preparação do doente para a intervenção cirúrgica é necessário focar: *o que irá acontecer – informação de procedimento, como se irá sentir – informação sensorial, e o que poderá fazer para lidar com a situação – estratégias (...)* (Melo, p.61). A autora salvaguarda ainda que a informação de carácter sensorial e comportamental podem ser particularmente importantes, uma vez que podem ajudar a normalizar as sensações e diminuir a ansiedade e stress.

No que toca à variável **Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, na dimensão do Procedimento Cirúrgico, é de salientar que os indicadores em que os doentes revelaram um maior conhecimento são referentes: às condições para ter alta hospitalar; à preparação física; à avaliação pré-operatória; à visita pré-anestésica; aos dispositivos; à sala de cuidados pós-anestésicos e ao consentimento informado. Os indicadores em que os investigados manifestaram um maior défice de conhecimento referem-se, por ordem decrescente: à visita pré-operatória de enfermagem; ao acompanhamento até ao bloco operatório; à permanência no bloco operatório; às medidas de controlo da dor e às visitas no pós-operatório. Estes dados corroboram, parcialmente, os resultados obtidos no estudo efectuado por Paula &

Carvalho (1997) em que as autoras constataram que o item que os doentes revelaram menor conhecimento foi o que abordava a forma de transporte do doente da sala de cuidados pré-anestésicos para a sala cirúrgica. As autoras aludem que após efectuarem ensino aos doentes sobre estes aspectos, verificou-se que foi neste que se verificou um maior aumento da informação.

Na dimensão Sensorial, verificamos que apesar de um número significativo de doentes referirem não terem sido informados sobre estes aspectos, revelaram terem algum conhecimento sobre os mesmos. Constatámos que os doentes revelaram conhecimentos sobre determinados assuntos os quais não tinham sido informados, o que na leva a inferir que adquiriram estas informações através de outros meios que não através dos profissionais de saúde pertencentes à equipa terapêutica. Esta nossa inferência foi comprovada, uma vez que 22.9% dos inquiridos referiu que as principais fontes de informação foram os familiares e amigos enquanto 20.8% indicaram as experiências anteriores. O indicador onde é mais patente o défice conhecimento prende-se com as sensações associadas aos dispositivos. Consideramos que estes dados podem estar associados ao facto de ainda persistir, em alguns profissionais, uma cultura de que um doente com conhecimento mais aprofundado sobre o processo cirúrgico, ficará mais ansioso, o que poderá influenciar na recuperação pós-operatória. No entanto, a maioria dos autores consultados defendem que um doente com conhecimento enfrentará o período perioperatório de forma mais tranquila e pacífica.

Apuramos que a dimensão Comportamental evidencia-se pela elevada percentagem de participantes que apresentaram défice de conhecimentos sobre estes assunto, (superior a 80%) o que, uma vez mais, está em dissonância com o esperado, pois de acordo com Perry e Potter (1999), Phipps et al (2003) entre outros autores, esta dimensão constitui uma componente essencial da preparação pré-operatória.

No que concerne à variável **Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, na dimensão do Procedimento Cirúrgico, é de destacar que os doentes são da opinião que é necessário, ou muito necessário, serem informados sobre todos os indicadores que fazem parte desta dimensão. É de realçar que os indicadores onde os inquiridos revelaram menor necessidade de informação (pouco necessário/ desnecessário) foram: visita pré-operatória de enfermagem; acompanhamento para o bloco operatório e permanência no bloco operatório.

Tendo por base os dados apresentados, podemos evidenciar que os indicadores que os doentes revelaram ser pouco necessários, ou mesmo desnecessários, são comuns às três variáveis, ou seja, os entrevistados foram pouco informados sobre estes aspectos, revelaram um défice de conhecimento sobre os mesmos e também evidenciaram pouca necessidade de informação. Realçamos o facto de os doentes afirmarem ter pouca necessidade de informação sobre a visita pré-operatória de enfermagem, no entanto, consideramos que esta prática é crucial para uma adequada preparação pré-operatória. Pensamos, que esta situação pode prender-se com vários aspectos, nomeadamente, a baixa frequência desta actividade (16.7%) e também pelo facto de o doente ter acesso ao enfermeiro do serviço que o esclarece acerca dos acontecimentos inerentes aos cuidados no bloco operatório.

Na dimensão Sensorial, é óbvio que a amostra considera que é necessário ou muito necessário ser informada sobre todos os itens que fazem parte desta dimensão, com excepção do indicador relativo ao ambiente da sala operatória que 51% dos doentes consideraram ser pouco necessário / desnecessário este tipo de informação. Ao reflectimos sobre este dado, concluímos que este valor pode estar interligado com o facto de 64.4% dos doente possuírem conhecimento sobre este indicador, apesar de 88,5% não terem sido informados.

Relativamente à dimensão Comportamental quase todos os participantes consideraram ser necessário ou mesmo muito necessário a informação sobre esta temática, constituindo a dimensão que os doentes referiram maior necessidade de informação. Assim, depreendemos que o facto de a maioria dos profissionais de saúde terem descurado esta dimensão pode ter contribuído para a falta de conhecimento e grande necessidade de informação.

Aferimos que o principal transmissor da informação, no período pré-operatório, foi o enfermeiro do serviço e que o conhecimento foi adquirido, essencialmente através dos profissionais de saúde, seguindo-se os familiares, os amigos e as experiências anteriores.

Efectuando uma interpretação integral das três variáveis de acordo com cada dimensão, constatámos que ao nível da variável **Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, que estes receberam informação suficiente relativa ao Procedimento Cirúrgico, e reduzida informação nas dimensões Sensorial e Comportamental.

No que se refere à variável **Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, apuramos que relativamente ao Procedimento Cirúrgico os inquiridos possuíam um nível suficiente de conhecimentos, assim como nos aspectos de carácter Sensorial, enquanto que ao nível dos aspectos de carácter Comportamental revelaram muito pouco conhecimento.

Ao nível da variável **Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, deslindamos que a necessidade de informação é elevada em todas as dimensões estudadas, destacando a dimensão comportamental, com uma média de 85.24. Contudo não podemos esquecer que as necessidades variam de indivíduo para indivíduo, pois cada pessoa é considerada um ser singular e único, logo, a forma de satisfazer cada uma das necessidades é pessoal e individual.

Efectivando uma comparação global, das três variáveis, concluímos que os doentes foram pouco informados (média de 27.03) e evidenciaram pouco conhecimento (média de 39.81) sobre a preparação pré-operatória, todavia manifestaram uma grande necessidade de serem informados (média de 76.22). Estes resultados levam-nos a reflectir sobre uma afirmação citada por Lavareda e Soveral (2007) o *direito à informação é, sem dúvida, um direito adquirido de cada e todo o doente, inerente à prestação de cuidados* (p.10). Apesar do direito à informação estar consagrado em diversos diplomas legais, como por exemplo, a Lei de Bases da Saúde e o Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de Abril – Código Deontológico do Enfermeiro, confirma-se através dos resultados da investigação, que este direito não tem sido respeitado plenamente pelos profissionais de saúde. Concomitantemente, o Código Deontológico do Enfermeiro no Artigo 84ª contempla o dever do enfermeiro informar o doente sobre os cuidados de enfermagem.

Os dados colhidos estão em consonância com os resultados obtidos por Neves (1998), uma vez que os doentes cirúrgicos que participaram no seu estudo nem sempre receberam dos enfermeiros os cuidados que esperavam e que lhes era significativo, ou seja, na maioria dos casos e em termos globais os doentes foram alvo de bons cuidados de enfermagem. No entanto houve, entre outros, um défice de informação associado à preparação pré-operatória, ao tipo de cirurgia a que iam ser submetidos, aos possíveis efeitos da anestesia e à precocidade do primeiro levante. Também Silva (2002), salienta no estudo por si realizado que *alguns participantes foram críticos relativamente a alguns aspectos que falharam e aos quais os enfermeiros devem dar o máximo de*

atenção, nomeadamente informação, presença e apoio psicológico no pré-operatório (p.7).

Neste âmbito Perry e Potter (2006) defendem que avaliar os conhecimentos do doente permite-nos determinar a capacidade de aprendizagem e compreensão do que lhe foi transmitido. Nesta linha de pensamento, Melo (2005) alude que *os doentes precisam de mais conhecimentos para tomar uma decisão do que aquela que lhe é fornecida pelos serviços de saúde* (p.65).

Como já foi referenciado anteriormente, os inquiridos manifestaram uma elevada necessidade de informação sobre os aspectos inerentes a preparação pré-operatória, o que deduzimos que esta situação se deve ao défice de informação e conhecimento referenciado pelos doentes, como podemos verificar nos resultados atrás descritos. Esta situação contrapõe-se com o que se pretende, pois como refere Dawson (2003) o principal objectivo dos cuidados de Enfermagem no período pré-operatório é *facultar ao doente e familiares a compreensão e preparação da experiência cirúrgica* (p.395). Também, Sawada citado por Araújo, Jorgette e Noronha (2007) defendem que o pré-operatório é *um período de detecção das necessidades físicas e psicológicas do paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico* (p.2).

No entanto, outros autores têm chegado a conclusões idênticas, aquelas que encontramos na nossa investigação, Paula e Carvalho (1997), citando Santos e Caberlon aludem que *a preocupação maior envolvendo o paciente cirúrgico decorre da obscuridade das informações (...)* (p.35). Igualmente, Silva (2002), nos resultados do seu trabalho, constatou que *o doente precisa de mais apoio, mais informação, mais disponibilidade para expor as suas dúvidas e compreender as informações transmitidas* (p.7).

Atendendo aos resultados obtidos é evidente a necessidade de preparar adequadamente o doente para que ele consiga vivenciar as fases que compõem o perioperatório, de forma interventiva como elemento central da equipa terapêutica. Esta nossa conclusão é corroborada por Cerejo (2000), que concluiu no seu trabalho, que os doentes junto dos quais os enfermeiros desenvolveram um programa de ensino estruturado, com informações relativas aos cuidados pré e pós-operatório, apresentaram uma melhor recuperação pós-operatória, comparativamente aos grupos que não receberam este tipo de informação. A autora supra mencionada é da opinião que o doente cirúrgico na fase pré-operatória requer informações, fundamentalmente sobre a sua situação após o acto cirúrgico, ou seja, sobre o pós-operatório. Ressalta ainda que as

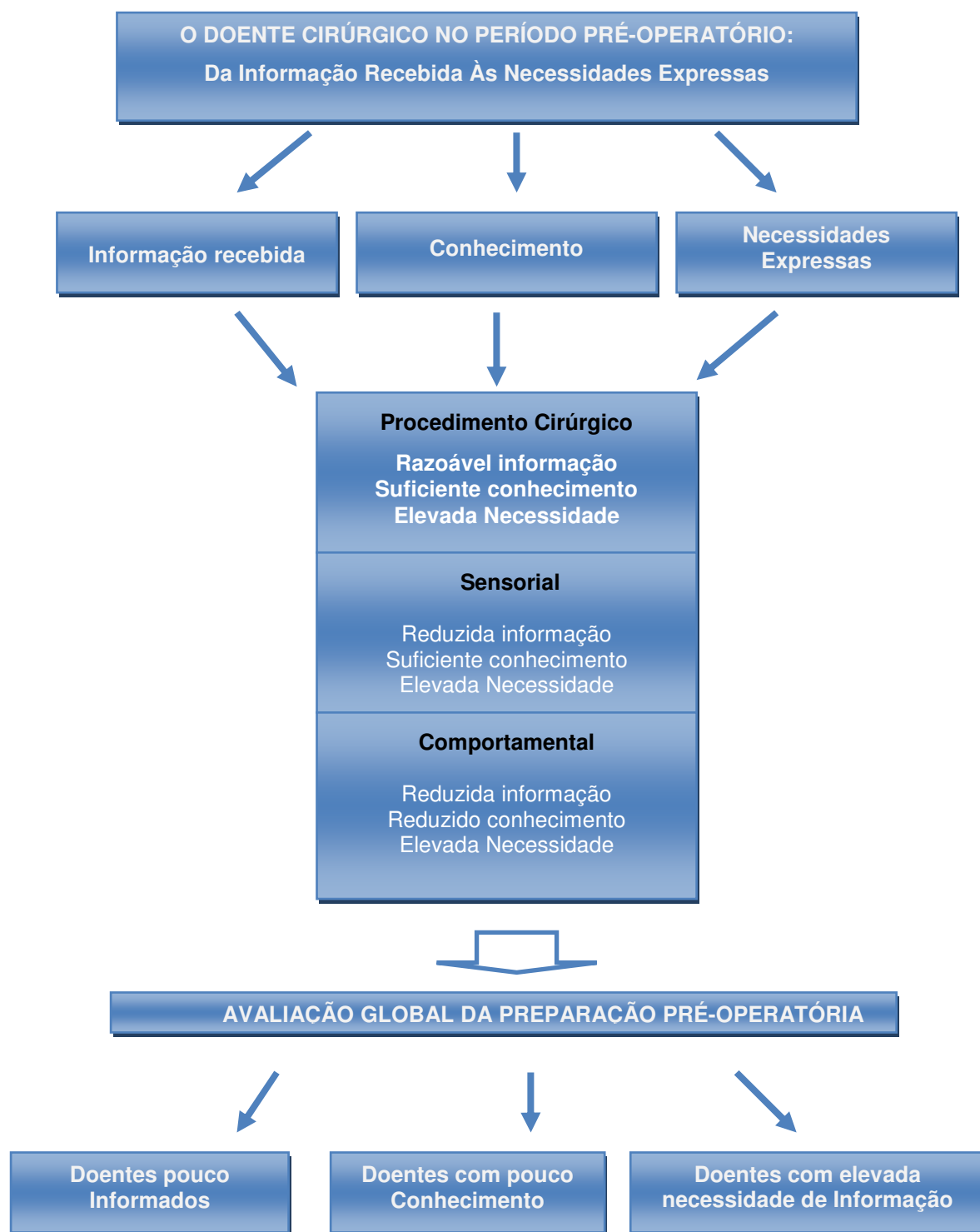
principais preocupações do doente prendem-se com o despertar da anestesia, em saber se conseguirá respirar normalmente e com as dores que poderá sentir nesta fase.

Em jeito de remate, relativamente às necessidades informação expressas pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória, fazemos alusão a Fonseca e Videira (2003), que salientam que o processo de informar *é uma resposta à satisfação das necessidades humanas, com intuito de estimular cada pessoa a realizar-se* (p.41).

Perante este cenário, onde se verifica que os doentes foram pouco informados, que apresentam um défice de conhecimento e elevada necessidade de informação, o ideal seria a existência de um programa de informação estruturado que fosse de encontro às necessidades de informação do doente cirúrgico, no período pré-operatório. Este seria colocado em prática através da intervenção do enfermeiro perioperatório, no hospital, numa consulta de enfermagem pré-operatória ou numa visita domiciliária. Este pressuposto vai de encontro ao que Cabral (2004) defende, na sua tese de doutoramento, como uma mais valia no sentido de *esclarecer o utente/família sobre procedimentos pré-operatórios; ouvir o que o utente/família tem para dizer; esclarecer dúvidas; clarificar conceitos erróneos; preparar o internamento/cirurgia; motivar para a cirurgia, diminuindo a ansiedade do utente/família* (p.449). Estamos convictos que assim iríamos diminuir o número de doentes com défice de informação e conhecimentos e estaríamos a contribuir para a satisfação das necessidades expressas pelos mesmos.

De forma a sintetizar e clarificar a descrição efectuada anteriormente, segue-se a figura nº4 com os principais resultados da investigação.

Figura nº4 – Principais Resultados da Investigação



Apesar do nosso estudo ser de natureza exploratória descritiva considerámos que os dados colhidos mereciam ser explorados, testando algumas hipóteses através de correlações /comparações.

Neste sentido, considerou-se quatro hipóteses sendo a primeira a seguinte: **A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da**

preparação pré-operatória estão relacionadas com a idade do doente. Efectivamente, em termos globais, verificamos que existe correlação, estatisticamente significativa, entre a idade do doente cirúrgico e a informação que lhe foi transmitida. As correlações entre a idade e o conhecimento e a necessidade de informação não são estatisticamente significativas. O facto de a correlação entre a idade e a informação ser negativa permite-nos ainda afirmar que os doentes mais velhos tenderam a referir menor informação recebida. Fazendo uma leitura mais pormenorizada, é de realçar que os doentes mais velhos foram tendencialmente menos informados sobre os aspectos relacionados com o Procedimento Cirúrgico e os aspectos de carácter Sensorial, pois em relação à dimensão comportamental, não houve diferenças, estatisticamente significativas, ou seja, independentemente da idade os doentes foram pouco informados sobre estes assuntos.

Neste contexto Woodward e Walson citados por Melo (2005) revelam que as pessoas idosas, regra geral e em contraste com os jovens, preferem que seja o técnico de saúde a tomar as decisões por eles. Talvez por esta convicção existir nas mentalidades dos profissionais de saúde, os doentes mais velhos tenham recebido menos informação.

Apesar de Melo (2005) apoiar a tese de que a informação a transmitir ao doente deve ser *de acordo com as suas características pessoais (...)* (p.53), e ressaltar que é necessário distinguir entre as necessidades *que são expressas pela pessoa que a pede e as normativas, ou seja, as consideradas desejáveis por um indivíduo, grupo ou sociedade* (p.54), no nosso estudo ficou patente não existir diferenças estatisticamente significativas em relação a necessidade de informação, pois independente da idade os doentes revelaram grande necessidade de serem informados sobre todos os aspectos que englobam a preparação pré-operatória.

A segunda hipótese por nós elaborada: **A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória é diferente conforme o nível socio-económico do doente**, surgiu tendo por base as concepções de vários autores, nomeadamente Phipps et al (2003), que salienta ser necessário não esquecer a avaliação da situação familiar, e em particular a condição financeira, uma vez que esta *pode ter implicações consideráveis, tanto na intervenção cirúrgica imediata como nos cuidados de acompanhamento* (p.532). Os resultados obtidos no teste da segunda hipótese permitiu-nos, no global, verificar a existência de diferenças, estatisticamente significativas, unicamente ao nível do conhecimento, constatando-se que os doentes com nível socioeconómico mais elevado tendem a

evidenciar mais conhecimentos, enquanto que os doentes de níveis mais baixos revelam possuir menores conhecimentos.

Podemos pensar que esta situação está associada a vários factores, entre eles: o facto de as pessoas com nível socioeconómico mais elevado terem maior acesso à informação; a maioria possuir um grau de escolaridade mais elevado o que contribui para terem mais conhecimento sobre estes assuntos; ou apresentarem uma maior capacidade de compreender e assimilar a informação transmitida pelos técnicos de saúde. Ao analisarmos de forma mais minuciosa os resultados obtidos, é nítido que os inquiridos de nível socioeconómico mais elevado tenderam a receber mais informação relativamente ao Procedimento Cirúrgico e à dimensão Sensorial. É, portanto, compreensível que o conhecimento aumente na medida que aumenta o nível socioeconómico. Em relação aos aspectos de carácter Comportamental, não há diferença, estatisticamente significativa. Logo, podemos inferir que independentemente do nível socioeconómico os doentes foram pouco esclarecidos sobre estas temáticas.

A terceira hipótese enunciada foi: **A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória é diferente conforme as experiências anteriores.** Em termos globais não observamos qualquer diferença estatisticamente significativa, ou seja, a experiência anterior de intervenção cirúrgica não influenciou significativamente a informação, o conhecimento ou a necessidade de informação do doente cirúrgico. No entanto, não podemos deixar de valorizar as experiências cirúrgicas vividas anteriormente como uma situação que pode afectar positivamente ou negativamente o nível de ansiedade e consequentemente a forma como o doente enfrenta este novo momento (Phipps et al, 2003).

É curioso averiguar que analisando de forma parcelar os resultados obtidos os investigados que tinham experiências anteriores de cirurgia tendencialmente revelaram maior conhecimento na dimensão Sensorial e receberam mais informação sobre os temas de carácter Comportamental, do que os inquiridos que não tinham sido submetido a cirurgias anteriormente.

Sugerimos que esta situação se deve ao facto das sensações sentidas e vivenciadas em experiências anteriores ficarem marcas na memória das pessoas, o que significa que estas se lembrem das sensações e não de outros aspectos que não foram sentidos. Relativamente ao facto dos doentes, sem experiências anteriores, terem recebido menos informação na dimensão Comportamental, não encontramos uma justificação plausível para esta situação pois o que constatámos, como já foi

anteriormente citado é que esta dimensão de forma global foi a que os doentes receberam menos informação. Contudo, atrevemos a deduzir que os doentes com experiências anteriores de cirúrgica, estivessem mais despertos para as possíveis complicações no pós-operatório, tendo este factor contribuído para uma maior informação recebida inerente à dimensão Comportamental.

Considerando a quarta hipótese que formulamos: **A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória é diferente conforme a visita pré-operatória (enfermeiro do B.O, médico anestesista ou ambos)**, aferimos que, no global, a visita pré-operatória influencia tendencialmente a informação que foi transmitida aos doentes, ou seja, aqueles que receberam esta visita tenderam a referir mais informação recebida. Nas restantes variáveis (conhecimento e necessidade de informação), as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Estes dados vão de encontro ao que é defendido pela maioria dos autores consultados, em relação a esta temática, pois estes são unânimes em considerar as vantagens da realização da visita pré-operatória. Pelos resultados obtidos, podemos verificar que um dos objectivos da visita pré-operatória foi conseguido, ou seja, informar o doente sobre os aspectos inerentes ao perioperatório, o que de acordo com Paula e Carvalho (1997), constitui uma das principais finalidades da visita pré-operatória, entre outras: diminuir a ansiedade que geralmente está presente; prestar cuidados de qualidade e contribuir para a recuperação da saúde.

Neste sentido, segundo Silva (2002), os doentes que recebem a visita pré-operatória sentem-se mais preparados para intervenção cirúrgica e conseguem ultrapassar de forma mais segura os seus medos, receios e apreensões, pois a pessoa informada e consciente da situação, consegue vivenciar de forma mais tranquila esta nova etapa da sua vida.

Também Cabral (2004) partilha das opiniões dos autores atrás referidos, concluindo num estudo por si realizado, que a visita pré-operatória tem repercussões muito positivas a nível: *da equipa de enfermagem, pela informação, estabilidade e proporcionar cuidados mais humanizados; do utente e família, pela diminuição de medos e angústias que assombram esta experiência única e pessoal que é a intervenção cirúrgica* (p.299). Neste estudo a autora verificou que a proporção de doentes com medo, em relação ao prognóstico, anestesia, rejeição familiar, ao serviço e morte, antes da visita pré-operatória, diminuiu após a visita pré-operatória.

Realça-se que, de forma global, o facto de não haver relação, estatisticamente significativa, entre o conhecimento e a visita pré-operatória, ao contrário da variável informação onde se verificou uma relação estatisticamente significativa. Portanto, os participantes do estudo que receberam visita pré-operatória, tendencialmente revelaram ter recebido mais informação, não sendo esta acompanhada de maior conhecimento. Estes resultados, na nossa perspectiva podem ser discutidos em duas vertentes: Uma leva-nos a deduzir que os doentes podem não ter compreendido ou não ter interiorizado parte da informação transmitida; outra vertente prende-se com o facto de termos obtido, na dimensão Comportamental, médias muito baixas, relativamente à variável conhecimento, o que pode ter interferido no global desta variável.

Importa destacar que, de forma parcelar, os doentes que receberam visita pré-operatória, tendencialmente receberam mais informação sobre os aspectos relacionados com o Procedimento Cirúrgico e com os aspectos Sensoriais, no entanto, apenas demonstraram mais conhecimento na primeira dimensão.

Concluindo a discussão dos resultados obtidos, efectuada à luz dos vários autores e estudos consultados, é de realçar a reduzida informação que foi transmitida ao doente, a falta de conhecimento manifestado pelo mesmo e a elevada necessidade de informação sentida pelos inquiridos em relação a toda a preparação pré-operatória. Convém destacar que estes dados estão em sintonia com os resultados alcançados por outros pesquisadores em investigações desenvolvidas neste domínio de pesquisa.

No capítulo seguinte faremos uma alusão às principais conclusões desta investigação, às suas limitações, bem como às propostas futuras, com vista a excelência dos cuidados de enfermagem prestados ao doente no período perioperatório.

6- CONCLUSÕES

Ao chegar a esta etapa do nosso estudo e efectuando uma retrospectiva de todas as fases que tivemos de ultrapassar, sentimos que cada etapa constituiu um desafio, uma luta para alcançar os objectivos com que iniciámos esta investigação. Notámos que estamos diferentes, que crescemos, que evoluímos, que passámos a olhar para a investigação como sendo algo que tem de fazer parte do nosso dia-a-dia se pretendemos a excelência dos cuidados e enfermeiros capazes de dar uma resposta adequada às necessidades dos doentes.

Durante a execução do trabalho experimentámos realmente o que é fazer investigação e, apesar da bibliografia sobre esta temática ser explícita, só a aplicando na prática é que conseguimos ter uma percepção real do quanto é fundamental apostarmos nesta área.

O cuidar, em contexto perioperatório, engloba uma área de conhecimento científico muito abrangente, mas com especificidades próprias que merecem a nossa especial atenção. Efectivamente, o doente cirúrgico no período pré-operatório vive a incerteza, a angústia, a ansiedade que é provocada pelo aproximar da intervenção cirúrgica. O enfermeiro pode contribuir no apaziguar destes sentimentos, se tiver conhecimento das necessidades do doente, nomeadamente as necessidades de informação. Segundo Watson (2002), *o cuidar requiere envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro (...), pois o cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana* (p.55).

O tema por nós abordado **O DOENTE CIRÚRGICO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: DA INFORMAÇÃO RECEBIDA ÀS NECESSIDADES EXPRESSAS** engloba uma panóplia de conteúdos muito interessantes e actuais. Numa primeira parte pesquisámos os trabalhos científicos relacionados com o doente cirúrgico, com o período pré-operatório, com a informação e com as necessidades de forma a conhecermos os resultados e sugestões, propostos pelos autores.

Numa fase posterior desenvolvemos o nosso quadro teórico em que abordámos vários conceitos relacionados com o cuidar em contexto cirúrgico; enfermagem no

período pré-operatório; preparação pré-operatória, necessidades humanas básicas; necessidade/ direito à informação; consentimento informado na perspectiva cirúrgica; benefícios da implementação de um programa de informação pré-operatória, de forma a dar resposta as nossas questões de investigação.

Consideramos que os dados obtidos, através da aplicação do questionário com entrevista, permitiu-nos descrever e conhecer melhor o fenómeno em investigação. Estamos convictos que atingimos os objectivos propostos e estamos convictos que a realização deste trabalho será uma mais-valia para a prática dos cuidados, para a formação de novos enfermeiros e para futuras investigações.

Passamos então, a descrever as principais conclusões do nosso trabalho de acordo com a ordem com que os temas surgem ao longo da análise e interpretação dos resultados, isto é, primeiro a caracterização da amostra e depois as variáveis em estudo.

Deste modo, no que refere à variável de caracterização, a nossa amostra foi constituída por 96 doentes. Verificamos que a maioria dos indivíduos pertenciam ao género masculino com 55,2%, sendo a média de idades de 50.83 anos, a classe etária mais frequente é a dos 60 aos 70 anos com um percentual de 22.9%.

A maior parte dos doentes são casados (61,5%), e afirmam ser religiosos (96.9%). Relativamente ao nível socioeconómico, 49.0% da amostra pertence à classe média baixa, não tendo dependentes a seu cargo (62.5%) enquanto 47.2% têm a seu cargo um, e igual percentagem, dois dependentes.

No que concerne ao tempo de espera para ser submetido a cirurgia, maioritariamente (52.1%) foi igual ou inferior a 6 meses, enquanto para 51.0% dos inquiridos foi a primeira intervenção cirúrgica, quase todos foram informados sobre a sua situação clínica e sobre a intervenção cirúrgica (97.9%) e (90.6%) respectivamente. É de realçar que apenas 12.5% da nossa amostra recebeu visita pré-operatória do médico anestesista e do enfermeiro do bloco operatório. O principal transmissor da informação no período pré-operatório foi o enfermeiro do serviço (84.4%) e o conhecimento foi adquirido essencialmente através dos profissionais de saúde (95.8%), seguindo-se os familiares e amigos (22.9%) e as experiências anteriores (20.8%).

Quanto à variável em estudo **Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, na dimensão do Procedimento Cirúrgico, é de realçar, que os indicadores onde se verificou que o doente recebeu mais informação referem-se: a avaliação pré-operatória (99.0%), a preparação física (96.9%), ao consentimento informado (95.8%) e visita pré-anestésica (61.5%). Os aspectos que os inquiridos

receberam menos informação referem-se aos indicadores: visitas no pós-operatório (83.3%), visita pré-operatória de enfermagem (82.3%), métodos de controlo da dor (72.9%), condições para alta hospitalar (72.9%), permanência no bloco operatório e dispositivos, com a mesma percentagem (67.7%), acompanhamento para o bloco operatório (60.4%) e sobre a sala de cuidados pós-anestésicos (57.3%).

Na dimensão Sensorial, 92.7% dos indivíduos não receberam informação sobre as sensações associadas aos dispositivos, 88.5% sobre o ambiente da sala operatória, 78.1% sensações ao primeiro levante e 66.7% efeitos da medicação. A dimensão Comportamental destaca-se pela negativa, ou seja, 84.4% dos inquiridos não foram informados sobre os principais exercícios para a prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório assim como os principais exercícios para a prevenção das complicações circulatórias no pós-operatório (88.5%).

Concluimos, relativamente à **Informação recebida pelo doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, que ao nível do Procedimento Cirúrgico foi fornecida uma razoável quantidade de informação (media de 49.04), ao nível Sensorial foi dada pouca informação, assim como ao nível Comportamental (media de 18.49 e 13.54 respectivamente).

Relativamente à variável em estudo **Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória** na dimensão do Procedimento cirúrgico, é de salientar que os indicadores em que os doentes revelaram um maior conhecimento são referentes: às condições para ter alta hospitalar (91.7%), a preparação física (82.3%), avaliação pré-operatória (76.0%), visita pré-anestésica (72.9%), dispositivos (65.6%), sala de cuidados pós-anestésicos (57.3%), consentimento informado (56.3%). Os indicadores em que os investigados manifestaram um maior défice de conhecimento referem-se aos indicadores: visita pré-operatória de enfermagem (66.7%), acompanhamento até ao bloco operatório (55.2%), permanência no bloco operatório (42.7%), medidas de controlo da dor (39.6%) e visitas no pós-operatório (35.4%).

Na dimensão Sensorial, averiguamos que os inquiridos revelaram possuir alguns conhecimentos: 76.0% sobre as sensações ao primeiro levante, 60.4% sobre o ambiente da sala operatória e 57.3% sobre os efeitos da medicação. O item onde foi mais patente o défice conhecimento prende-se com as sensações associadas aos dispositivos (81.3%). A dimensão Comportamental evidencia-se, novamente, pela elevada percentagem de participantes que apresentaram défice de conhecimento sobre o exercício da tosse

(80.2%), respiração profunda (84.4%), inspirometria (93.8%) e exercícios com os membros inferiores (86.5%).

Concluimos, no que concerne à variável **Conhecimento do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória**, que os doentes evidenciaram possuir um nível suficiente de conhecimento sobre o Procedimento Cirúrgico e sobre os aspectos de carácter Sensorial (média de 57.90 e 52.34 respectivamente) e reduzido ao nível Comportamental (média de 9.19).

No que se refere à variável em estudo **Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico, sobre a preparação pré-operatória**, na dimensão do Procedimento Cirúrgico, é de destacar que em média 78.47 dos doentes consideraram necessário ou muito necessário serem informados sobre todos os indicadores que fazem parte desta dimensão, apenas os indicadores visita pré-operatória de enfermagem, acompanhamento para o bloco operatório, permanência no bloco operatório, tiveram uma percentagem superior a 15% no que se refere ao pouco necessário ou desnecessário.

Na dimensão Sensorial, em média 64.93 dos indivíduos têm a concepção que é necessário ou muito necessário serem informados sobre todos os itens que fazem parte desta dimensão, com excepção do indicador relativo ao ambiente da sala operatória que 45.8% dos doentes consideraram ser pouco necessário este tipo de informação. Na dimensão Comportamental, quase todos os participantes consideraram ser necessário ou mesmo muito necessário a informação sobre esta temática (média de 85.24) constituindo a dimensão que os doentes referiram maior necessidade de informação.

Concluimos que ao nível da variável **Necessidades de informação expressas pelo doente cirúrgico, sobre a preparação pré-operatória**, a necessidade de informação é elevada nas três dimensões, Procedimento Cirúrgico, Sensorial e Comportamental (media de 78.47; 64.93 e 85.24 respectivamente).

Em termos globais, constatámos que os doentes receberam pouca informação sobre a preparação pré-operatória (media de 27.03), que evidenciaram pouco conhecimento sobre estes temas (media de 39.81) e que a maioria necessita de muita informação (media de 76.22). Estes dados corroboram com os resultados obtidos noutros estudos relacionados com a temática em questão, como já foi explanado no capítulo anterior.

Fazendo uma reflexão crítica dos dados obtidos, é evidente que os doentes que fizeram parte desta amostra não receberam por parte da equipa terapêutica uma

preparação pré-operatória adequada as suas necessidades, pois houve muitos aspectos que falharam e que foram desvalorizados na preparação do doente para o acto cirúrgico. Estamos certos que existem vários factores que contribuíram para que esta situação acontecesse.

Arriscamo-nos a dizer que talvez falte aos profissionais, nomeadamente os enfermeiros, alguma formação específica sobre os cuidados inerentes a preparação do doente no período pré-operatório. Da nossa experiência profissional, constatamos que nalguns serviços ainda existe o mito de o doente cirúrgico necessitar de menos atenção e menos cuidados, no pré-operatório, por ser independente nas actividades de vida, na maioria das vezes. Pensamos que este facto pode ter contribuído para os resultados que obtivemos.

Outro aspecto que certamente contribuiu para este cenário é a falta de tempo que os enfermeiros têm para preparar convenientemente o doente, ou seja, geralmente os doentes de cirurgia electiva, que é o caso da nossa amostra, dão entrada no serviço na véspera da intervenção, logo é muito difícil conseguir preparar adequadamente o doente neste curto espaço de tempo. Além do que, está provado que fornecer muita informação de forma consecutiva, dificulta a sua compreensão e consequentemente a interiorização e assimilação.

Também aferimos que nos serviços onde aplicámos o nosso instrumento de colheita de dados não existe programas de informação pré-operatória o que na leva a concluir que a inexistência dos mesmos seja um dos factos que também tenha contribuído para os resultados que obtivemos.

Ainda no que se refere aos resultados obtidos, apesar de não ser nosso objectivo inicial fazer correlações/comparações, considerámos que os dados colhidos mereciam ser explorados nesse sentido, daí que, elaborámos quatro hipóteses.

Relativamente à primeira hipótese “A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória estão relacionadas com a idade do doente” em termos globais, verificámos que existia correlação estatisticamente significativa entre a idade do doente cirúrgico e a informação que lhe foi transmitida ($p = 0.040$). As correlações entre a idade e o conhecimento e a necessidade de informação não são significativas ($p > 0.05$). O facto da correlação entre a idade e a informação ser negativa, permitiu-nos ainda afirmar que os doentes mais velhos tenderam a referir menor informação recebida.

Relativamente à hipótese “A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória, é diferente conforme o nível socioeconómico do doente”, no global, averiguámos a existência de diferenças estatisticamente significativas unicamente ao nível do conhecimento ($p = 0.028$), constatando-se que os doentes com nível socioeconómico mais elevado tenderam a evidenciar mais conhecimentos enquanto os doentes de níveis mais baixos revelaram possuir menores conhecimentos.

Na terceira hipótese enunciada “A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória é diferente conforme as experiências anteriores,” em termos globais, não observámos qualquer diferença estatisticamente significativa, ou seja, a experiência anterior de intervenção cirúrgica, não influenciou significativamente a informação, o conhecimento ou a necessidade de informação do doente cirúrgico.

Considerando a quarta hipótese que formulámos “A informação recebida, o conhecimento e a necessidade de informação acerca da preparação pré-operatória é diferente conforme a visita pré-operatória” verificámos que, no global, esta só influenciou significativamente ($p = 0.004$) a informação que foi transmitida aos doentes, ou seja, aqueles que receberam esta visita tenderam a referir mais quantidade de informação recebida. Nas restantes variáveis (conhecimento e necessidade de informação), as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Através dos resultados observados, nas hipóteses enunciadas, concluímos que as variáveis em estudo tenderam a variar em função da idade, nível socioeconómico e da visita pré-operatória.

Importa, realçar que um estudo desta natureza consome muitas horas de trabalho, dedicação e envolvimento pessoal. Assim, durante o desenvolvimento da nossa dissertação deparámo-nos com algumas dificuldades, nomeadamente as limitações de tempo, que não foram compatíveis com a continuação da recolha de dados para além de dois meses, ficando a amostra composta por 96 doentes. Outro aspecto prende-se com à exigência das nossas actividades concomitantes, sendo estas profissionais e familiares.

Sentimos algumas dificuldades na pesquisa de trabalhos relacionados com o tema, uma vez que em Portugal se tem estudado muito pouco acerca das necessidades de informação do doente cirúrgico sobre a preparação pré-operatória, contudo esta limitação foi minimizada pelo acesso à alguns trabalhos realizados noutros países.

O facto de a amostragem ser não probabilística accidental, constituiu uma limitação do nosso estudo, relativamente a generalização dos resultados, uma vez que esta não garante a representatividade da população alvo. Também, consideramos que o instrumento de colheita de dados utilizado pode ser, considerado, limitativo uma vez que o mesmo foi apenas validado por juízes, não sendo submetido a outros testes de validação pois este pressuposto ultrapassava o âmbito desta investigação.

Como aspectos facilitadores é de realçar a motivação pessoal pois sem esta não era exequível a investigação assim como a livre escolha do tema a investigar. Queria destacar a colaboração dos enfermeiros, dos respectivos serviços, onde foi aplicado o instrumento de colheita de dados, que foram fundamentais na selecção da nossa amostra e não poderia esquecer a participação dos doentes, que sem dúvida foram a pedra basilar deste estudo.

Temos consciência que ao longo deste trabalho poderão existir algumas lacunas e aspectos que foram pouco explorados e aprofundados, no entanto a realização deste proporcionou-nos momentos de reflexão, confrontação e aquisição de conhecimentos que irão contribuir para melhorar a nossa intervenção como enfermeiros e docentes de enfermagem. Desta forma estamos convictos que os resultados que obtivemos terão implicações para à prática de enfermagem, para o ensino e para a investigação.

Assim, propomos algumas sugestões:

Ao nível da prática de enfermagem, sugerimos que se realize formações em serviço e que se promova encontros de reflexão sobre a temática em estudo. Outro aspecto, é a implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória à semelhança da consulta de anestesia. Relativamente a este facto, estamos cientes que este percurso não se afigura fácil pois, não depende dos enfermeiros a concretização da mesma. No entanto, com a divulgação dos resultados que obtivemos no nosso estudo, estamos convictos que estes poderão contribuir para a exequibilidade desta acção, que já constitui uma realidade noutros países.

Tendo em atenção os resultados obtidos, pensamos que a implementação de um programa de informação estruturado, onde fosse contemplado as três dimensões estudadas na nossa dissertação (Procedimento Cirúrgico, Sensorial e Comportamental) seria uma mais-valia na preparação do doente para todas as etapas que constituem o perioperatório.

Gostaríamos de fomentar e estimular a realização da visita pré-operatória, a todos os doentes submetidos a cirurgia electiva, uma vez que foi notório a baixa percentagem de doentes que receberam a mesma.

Ao nível do ensino de enfermagem, dever-se-á continuar a dar cada vez mais ênfase aos conteúdos leccionados na disciplina de enfermagem, no módulo correspondente ao Cuidar da Pessoa com Afecções Cirúrgicas, nomeadamente ao período pré-operatório. Planear momentos de reflexão com os alunos, em sala de aula e durante os ensinos clínicos, sobre esta temática. Desta forma, estaremos a contribuir para que o aluno adquira conhecimentos sobre as verdadeiras necessidades de informação do doente no pré-operatório, sem dúvida importante para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem mais individualizada e humanizada.

Importa ressaltar, que os docentes responsáveis pela leccionação deste tema, devem estar despertos para estes assuntos para que consigam partilhá-los com os alunos, durante a fase teórica mas essencialmente durante os ensinos clínicos.

Seguramente, que a divulgação e posterior reflexão dos resultados deste estudo irão permitir aos docentes um activar de memórias relativas a esta temática e aos estudantes de enfermagem a construção de um conhecimento e prática baseada na evidência.

Ao nível da investigação em enfermagem, sugerimos que seria útil a realização de outro estudo, sobre o mesmo tema, mas de natureza qualitativa utilizando a entrevista não estruturada.

Achamos, que seria relevante a realização de um trabalho semelhante a este aos doentes submetidos a cirurgia de urgência, ou seja, cirurgia não programada, para podermos efectuar algumas comparações. Também, seria pertinente a realização de um estudo direccionado para os enfermeiros dos serviços de cirurgia e enfermeiros perioperatórios para conhecermos as suas perspectivas sobre este tema.

A realização de uma investigação que permitisse a validação do instrumento de colheita de dados, por nós construído, seria uma mais-valia. Assim, poderíamos utilizá-lo em populações semelhantes em estudos posteriores.

Apesar de estarmos conscientes das limitações do nosso estudo, acreditamos que ele poderá servir de base para futuras investigações relacionadas com esta temática.

Consideramos que o desenvolvimento da dissertação foi enriquecedor, pois possibilitou-nos muita leitura sobre os temas desenvolvidos; contribuiu para a nossa formação pessoal e profissional; permitiu contactar directamente com o doente, alvo dos nossos cuidados; além de que proporcionou muitos momentos de reflexão sobre a nossa prática diária de trabalhar num serviço de cirurgia (cerca de nove anos) e actualmente no acompanhamento de alunos durante os ensinamentos clínicos.

Para terminar, queríamos deixar aqui expresso a vontade de divulgar os resultados que apuramos nesta investigação junto dos nossos alunos de enfermagem, dos profissionais das Unidades de Internamento, Bloco operatório e junto das Entidades Superiores do Hospital Central do Funchal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Athinson, L. & Murray, M. (1989). *Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Almeida, L. & Tavares, J. (1998). *Conhecer, Aprender, Avaliar*. Porto editora
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (2ª Ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Amaro, Fausto (1996). Escala de Graffar Adaptada. In. Ana Maria Bénard Costa et al *Currículos Funcionais*. (Vol.II). Lisboa: Instituto de Inovação Educacional
- Araújo, I., Jorgetto, G. & Noronha, R. (2007). *Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa*. [consulta: 20 Agosto 2007]. Url: <http://www.fen.ug.br/revista/revista7-3/original-03.htm>
- Barros, M., Barreto, M., Braga, M., & Veloso, M. (Maio 1997). O cuidar de ontem e de hoje. *Nursing*, 111, p. 8-13
- Batalha, L. (Set. / Out. 2001). A criança com dor e a família: saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos. *Servir*, 49 (5), p. 213-223
- Bellman, L. (2003). *O enfermeiro de cirurgia como profissional independente e colaborante*. In L. Bellman & Kin Manley (eds). *Enfermagem cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusociência
- Benner, P. (2001). *Do iniciado a perito*. 2ª ed. Lisboa: Quarteto
- Birou, A. (1977). *Dicionário das ciências sociais*. (3ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote
- Brunner & Suddarth (1993). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (7ª edição, Volume I). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Bruns, N. & Grove, S. (2001). *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization* (3ª ed.). Philadelphia: Saunders Company
- Brykczynska, G. (2003). *Aspectos éticos em enfermagem cirúrgica*. In L. Bellman & Kin Manley (eds). *Enfermagem cirúrgica: prática avançada*. Loures: Lusociência

- Butler, A., Costa, C., Cardoso, C., & Leite, N. (2005). *Risco cirúrgico: rotinas de avaliação*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan
- Cabral, D. M. (2004). *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação*. [Tese de Doutoramento]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar-Universidade do Porto
- Cabral, R. (1996). Princípios da autonomia, beneficência e não maleficência e justiça. In L. Archer et al. *Bioética*. Lisboa: Verbo
- Cândido, M. (Fevereiro 2001). *Opinião dos familiares dos doentes internados num serviço de medicina de um Hospital Central de Lisboa*, *Revista Investigação em Enfermagem*, 3, 40-47
- Caseiro, H. & Pinto, I. (Set. 2001). Dor oncológica: que sentido. *Nursing*, 158, p. 15-21
- Cerejo, M. (2000). *Impacto de um Programa de Informação Estruturada na Recuperação Pós-operatória*. [Tese de Mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra -Faculdade de Medicina
- Cerqueira, C. (Jan. 1999). Uma perspectiva filosófica do cuidar. *Enfermagem oncológica*, 9, p. 41-45
- Chaves, L. (Maio 2007). Consentimento informado: o direito legítimo a uma decisão esclarecida, *Sinais Vitais*, 72, 51-52
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE (2005): versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Collier, M. (2003). Princípios de drenagem, cicatrização e controlo de feridas. In Kim Manley e Loretta Bellman. *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lisboa: Lusociência
- Collière, Marie-Françoise (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Correia, R., Fausto, F., & Violante, A.(Jan. /Jun. 2004). Do dever de informar. *Informar*, 32, 35-37
- Comissão Nacional para Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde. (s.d). *Doentes: Direitos e deveres*. Lisboa: D.G.S.
- Cruz, E. & Varela, Z. (2002). Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado. [versão electrónica]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4 (1), 51-58. URL: <http://www.fen.ufg.br>

- Cury, A. (2006). *Pais Brilhantes, Professores Fascinantes – Como formar jovens felizes e inteligentes*. Cascais: Editora Pergaminho
- Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In Kim Manley e Loretta Bellman. *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lisboa: Lusociência
- Deodato, S. (Janeiro 2006). Autonomia e Morte. *Ordem dos Enfermeiros*, 20, 6-13
- Dias, C. (2003). *Consentimento informado: como mediador razoável da relação profissional de saúde-doente*. Coimbra: Formasau
- Dias, M. (Janeiro 1995). Informar os doentes oncológicos. *Divulgação*, 33, 1-8
- Dicionário da Língua Portuguesa on-line*. [consulta: 23 Agosto 2007].
URL: www.priberam.pt/dlfo
- DuGas, B. W. (1984). *Enfermagem Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan
- Fernandes, J. & Venâncio, D. (Jan. /Jun. 2004). Um olhar sobre o cuidar em contexto cirúrgico. *Informar*, 32, p. 4-9
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora
- Fonseca, S. & Videira, A. (Janeiro 2003). Informação em meio hospitalar. *Sinais Vitais*, 46, 40-44
- Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Fortin, M.F., Grenier, R. & Nadeau, M. (2003). Método de colheita de dados. In Fortin, M.F. (Ed.). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (p.239-265). Lisboa: Lusociência
- Fortin, M.F., Prud'homme-Brisson & Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Noções de ética em investigação. In Fortin, M.F. (Ed.). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (p. 114-130). Lisboa: Lusociência
- Fortin, M.F.; Côté, J. & Vissandjée, B. (2003). A investigação científica. In Fortin, M.F. (Ed.). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (p. 15-24). Lisboa: Lusociência
- Fortin, M.F.; Côté, J. & Vissandjée, B. (2003). Escolher um problema de investigação. In Fortin, M.F. (Ed.). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (p. 48-60). Lisboa: Lusociência
- Fox, V. (1997). Educação do paciente e planeamento da alta. In M. Meeker e Rothrock, J. Alexander *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

- Freitas, G. & Oguisso, T. (Jan. /Mar. 2004). Direitos dos consumidores dos serviços de enfermagem e princípios de bioética, *Enfermagem*, 33, 29-34
- Furukawa, C. & Howe, J. (2000). Virginia Henderson. In J.George. *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul
- Garretson, S. (August, 2004). Benefits of pré-operative information programmes. *Nursing Stand.* 18(47), 33-37
- Gauquelin, M. et al (1978). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Verbo
- Giglione, R. & Matalon, B. (1997). *Inquérito: teoria e prática* (3ª ed.). Oeiras: Celta Editora
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas da pesquisa social* (5ª Ed.). São Paulo: Editora Atlas, S. A.
- Gonçalves, r. (Jan/Ago. 2003). Controlo do stress no acolhimento do doente cirúrgico no bloco operatório, *Informar*, 30, 14-18
- Graham, Deena (2003). O serviço de cirurgia hospitalar, o bloco operatório e a unidade de cuidados pós-operatórios imediatos. In Kin Manley; Loretta Bellman et al (Eds). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. (p. 275-295). Lisboa: Lusociência
- Grande, Nuno (Professor). Apontamentos cedidos nas aulas de ética e deontologia. Porto. 16/1/06
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación: reflexiones 25 años después*. Interamericana: mcGraw-Hill
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência
- Hill, M. & Hill, M. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Silabo, Lda
- Hoffer, J. (1997). Anestesia. In M. Meeker e Rothrock, J. Alexander *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A
- Irving, S. (1979). *Enfermagem Psiquiátrica Básica* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interamericana
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions e stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes
- Kiyohara, Ly et al (2004). Surgery information reduces anxiety in the pré-operative period. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med.* 59(2), [Consulta: Agosto 2007]. URL: <http://www.scielo.br/pdf/rhc/v59n2/a01v59n2.pdf>

- Ladden, C. (1997). Conceitos básicos de enfermagem perioperatoria. In M. Meeker e Rothrock, J. Alexander *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Lavareda, L. & Soveral, F. (Junho 2007). Informação: uma perspectiva de intervenção: estudos em enfermagem. *Jornal de Enfermagem*, 104, 10
- Leitão, J. (Nov. 1992). Contributo da relação enfermeiro/utente no comportamento do doente cirúrgico. *Nursing*, 57, p. 6-17
- Lobão, C. (Jan. / Ago. 2003). Consentimento informado. *Informar*, 30, p. 20-22
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente: como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau
- López, M. & Redondo de la Cruz, M. (1998). *Guias práticos de Enfermagem: hospitalização*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill
- Lourenço, M. (Abril 2004). Cuidar no bloco operatório. *Nursing*, 187, 25-28
- Martinez, P. Soares (1979). *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. (13ª ed.). Lisboa: Editorial Verbo
- Martins, J. (Novembro 2004). Os enfermeiros e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento: percepções, atitudes e opiniões. *Referência*, 12, 15-26
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lisboa: Lusociência
- Neves, L. (1998). *Práticas Cuidativas numa Unidade de Cirurgia: Significado Contextual para os Doentes*. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Nunes, L. (Março 2001). A propósito de dever, de informar e de dever de sigilo. *Ordem dos enfermeiros*, 2, 27-31
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: O.E.
- Osswald, W. (1996). Direitos dos utentes. In L. Archer; J. Biscaia & W. Osswald. *Bioética*. São Paulo: Editorial Verbo
- Osswald, W. (Agosto 2000). A relação enfermeiro-doente e humanização dos cuidados de saúde. *Cadernos de Bioética*, 23, 41-45
- Parente, P. (1998). Que informação a dar ao doente/família. In *Ética nos cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau

- Paula, A. & Carvalho, E. (Julho 1997). *Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral*. Rev. Latino-am. Enfermagem, 5 (3), 35-42. [Consulta:Agosto2007].
URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a06.pdf>
- Phipps, Sands & Marek. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (vol. 1). Lisboa: Lusodidacta
- Pinheiro, M. (Fev. 1993). Bloco cirúrgico: que tendências. *Nursing*, 61, 6-10
- Pinheiro, M. (Jul./Set. 1999). Medos do idoso face à cirurgia. *Enfermagem*, 15, 41-46
- Pitrez, F. & Pioner, S. et al (1999). *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas
- Polit e Hungler (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Portugal. Assembleia da República. Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da Biologia e da Medicina. Diário da República I Série – A. Nº 2 de 3 de Janeiro de 2001
- Portugal. Ministério da Saúde. *Decreto-Lei nº 161/96* de 4 de Setembro
- Portugal. Ministério da Saúde. *Lei nº 48/90* de 24 de Agosto
- Portugal. Ministério da saúde. *Decreto-Lei nº 104/98* de 21 de Abril
- Potter, P. & Perry, A. (1999). *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência
- Queirós, A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações
- Rey (1999). *Dicionário e termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Santos, A. (Janeiro 1995). A dor e o cuidar. *Nursing*, 84, 7-10
- Santos, N. (2003). *Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Iátria
- Scott, P. (Outubro 2003). Autonomia, privacidade e consentimento informado: perspectiva cirúrgica. *Nursing*, 181, 9-19
- Serrano, D. (2006). *Teoria de Maslow: a hierarquia das necessidades*. [Consulta: 26 Agosto 2006]. Url: <http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/maslow.htm>

- Serrão, D. (1996). Consentimento informado. In L. Archer; J. Biscaia & W. Osswald. *Bioética*. São Paulo: Editorial Verbo
- Serrão, D. (1997). Direito das pessoas doentes: uma revolução tranquila e benfazeja. *Servir*, 45 (4), 176-180
- Silva, A. (1995). *O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica*. In V. Waldow; M. Lopes & D. Meyer (Eds). *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes médicas
- Silva, C. (1989). Conhecimento. In *Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia* (Vol.1). Lisboa: Verbo
- Silva, M. (2002). *Vivências do Doente Cirúrgico no Perioperatório da Cirurgia Programada*. [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Soares, M. & Ferreira, V. (2000). *Grande Dicionário Enciclopédico*. Alfragide: Clube Internacional do livro
- Sorensen, K. & Luckmann, J. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psico-fisiológica*. Lisboa: Lusodidacta
- Sousa, M. (Abril 2007). Consentimento informado para intervenções de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 25, 11-17
- Teixeira, S. (1998). *Gestão das organizações*. Amadora: McGraw-Hill
- Vieira, M. (Maio/Jun. 1995). Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa cuidada. *Servir*, 43 (3), p. 114-117
- Vilaça, I. (2004). Relação de ajuda no âmbito do cuidar em enfermagem. *Pensar enfermagem*, 8 (1), p. 14-28
- Ward, K. e Morris, D. (2003). Princípios dos cuidados pós-operatórios. In Kim Manley e Loretta Bellman. *Enfermagem Cirúrgica: prática avançada*. Lisboa: Lusociência
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: Associated University Press
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lisboa: Lusociência
- Witt, A. (1981). *Pesquisa de enfermagem*. Lisboa: Associação Católica de Enfermagem e Profissionais de Saúde

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

-----Nº DE ORDEM _____

Grupo I – Variáveis de caracterização

1 – Género:

☐ Masculino

☐ Feminino

2 – Idade: _____

3 - Estado Civil:

☐ Solteiro/a

☐ Casado/a

☐ Divorciado/a

☐ Viúvo/a

☐ União de facto

4 – Religiosidade

☐ Sim

☐ Não

5- Nível Socioeconómico

5.1- Profissão

Grau	Condições	Opção
1º	Directores de bancos, de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	
2º	Chefes de secções administrativas, ou de negócios de grandes empresa, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.	
3º	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestre-de-obras.	
4º	Motoristas, policiais, cozinheiros (operários especializados) (com ensino primário completo).	
5º	Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, trabalhadores manuais ou operários não especializados.	

5.2- Nível de instrução

Grau	Condições	Opção
1º	Ensino universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo).	
2º	Ensino médio ou Técnico superior (10 a 11 anos de estudo).	
3º	Ensino médio ou Técnico inferior (6 a 9 anos de estudo).	
4º	Ensino primário completo (6 anos de estudo).	
5º	Ensino primário incompleto ou nulo.	

5.3- Fontes de rendimento familiar

Grau	Condições	Opção
1º	A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida.	
2º	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados.	
3º	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário público.	
4º	Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por jornada, por horas ou à tarefa.	
5º	São sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	

5.4 Conforto do alojamento

Grau	Condições	Opção
1º	Casa ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.	
2º	Categoria intermédia, casas ou andares que sem serem luxuosos, são, não obstante espaçosas e confortáveis.	
3º	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	
4º	Categoria intermédia entre 3 e 5.	
5º	Alojamento impróprio para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	

5.5- Aspecto do bairro habitado

Grau	Condições	Opção
1º	Bairro residencial elegante, onde o valor dos terrenos ou o aluguer são elevados.	
2º	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
3º	Bairro em rua comercial ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.	
4º	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de fábricas.	
5º	Bairro de lata	

6 – Dependentes a seu cargo?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, quantos _____

7 – Quanto tempo esteve à espera para ser submetido a esta intervenção cirúrgica?

☐ ≤ 6 meses

☐ >6 meses - ≤ 12 meses

☐ > 12 meses - ≤ 18 meses

☐ > 18 meses - ≤ 24 meses

☐ > 24 meses

Outro _____

8- Foi a primeira intervenção cirurgia à qual foi submetido?

☐ Sim

☐ Não

9– Transmitiram-lhe informação sobre a sua situação clínica?

☐ Sim

☐ Não

10 – Transmitiram-lhe informação acerca da intervenção cirúrgica à que foi submetido?

☐ Sim

☐ Não

11- Recebeu visita pré-operatória do:

☐ Enfermeiro do bloco operatório

☐ Médico Anestesista

☐ Não recebeu

Outro _____

Grupo II – Informação recebida, Conhecimento e Necessidades de informação sobre o Procedimento Cirúrgico

INDICADORES	QUESTÕES	DADOS A COLHER
1 – Consentimento informado	1.1 – Foi informado sobre o consentimento informado (cirurgia, anestesia)?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	1.2– De acordo com o seu conhecimento, o consentimento informado é necessário para:	☐ a) Autorizar a intervenção cirúrgica, após ser informado sobre a natureza da intervenção, bem como as suas consequências. ☐ b) Autorizar a intervenção cirúrgica sendo apenas necessário assinar um documento. ☐ c) Não sabe
	1.3 – Relativamente ao consentimento informado, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário
2 – Avaliação pré-operatória	2.1 – Foi informado sobre a avaliação pré-operatória nomeadamente: exames necessários antes da cirurgia, aspectos da sua história de saúde, alergias, entre outros)?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	2.2 – De acordo com o seu conhecimento, a avaliação pré-operatória é necessária para:	☐ a) Avaliar apenas as condições dos órgãos antes da cirurgia. ☐ b) Avaliar se o doente reúne as condições físicas, psicológicas e espirituais para ser submetido à cirurgia sem riscos. ☐ c) Não sabe
	2.3 – Relativamente à avaliação pré-operatória, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário

INDICADORES	QUESTÕES	DADOS A COLHER
3 – Preparação física	3.1 – Foi informado sobre a preparação física nomeadamente: rapar dos pêlos, duche, vestuário a utilizar no dia cirurgia, retirada de jóias, próteses dentárias?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	3.2- De acordo com o seu conhecimento, a preparação física é necessária para:	☐ a) Reduzir o risco de infecção e complicações intra e pós-operatórias. ☐ b) Preparar a aparência do doente para a cirurgia de modo a ficar com uma cicatriz mais fina. ☐ c) Não sabe
	3.3 – Relativamente à preparação física, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário
4 – Visita pré-operatória de Enfermagem	4.1 – Foi informado sobre a visita do enfermeiro do bloco operatório?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	4.2- De acordo com o seu conhecimento a visita do enfermeiro do bloco operatório é necessária para:	☐ a) Permitir ao enfermeiro do bloco conhecer o doente com antecedência de forma a evitar troca de doentes no bloco operatório. ☐ b) Reduzir a ansiedade do doente e permitir ao enfermeiro do bloco operatório elaborar um plano de cuidados adequado ao doente. ☐ c) Não sabe
	4.3 – Relativamente à visita do enfermeiro do bloco operatório, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário

INDICADORES	QUESTÕES	DADOS A COLHER
5 – Visita pré-anestésica	5.1 – Foi informado sobre a visita do médico anestesista?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	5.2 – De acordo com o seu conhecimento a visita do médico anestesista é necessária para:	☐ a) Dar a conhecer pormenores da cirurgia a qual o doente será submetido, reduzindo a sua ansiedade própria da situação. ☐ b) Avaliar as condições do doente para ser submetido a anestesia, informá-lo e consultá-lo sobre a anestesia e medicação pré-operatória que irá fazer. ☐ c) Não sabe
	5.3 – Relativamente à visita do médico anestesista, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário
6 – Acompanhamento para o bloco operatório	6.1 – Foi informado sobre quem o acompanharia até o bloco operatório?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	6.2 – De acordo com o seu conhecimento o acompanhamento do doente até o bloco operatório, pelo enfermeiro, permite:	☐ a) Reduzir a ansiedade do doente e manter a continuidade dos cuidados. ☐ b) Ao enfermeiro conhecer a equipa que prestará cuidados durante a cirurgia. ☐ c) Não sabe
	6.3 – Relativamente ao responsável em acompanhá-lo (a) até ao bloco operatório, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário

INDICADORES	QUESTÕES	DADOS A COLHER
7 – Permanência no bloco operatório, antes da cirurgia	7.1 – Foi informado sobre o que aconteceria quando chegasse ao bloco operatório?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	7.2 – De acordo com o seu conhecimento quando chegasse ao bloco operatório:	☐ a) Primeiro, permaneceria numa sala de espera onde seriam efectuados alguns procedimentos e só depois passaria para a sala operatória. ☐ b) Iria directamente para a sala operatória, onde seria recebido por um cirurgião que iria efectuar alguns procedimentos. ☐ c) Não sabe
	7.3 – Relativamente ao que aconteceria quando chegasse ao bloco operatório, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário
8 – Sala de cuidados pós-anestésicos	8.1 – Foi informado sobre a sala de cuidados pós-anestésicos?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	8.2 – De acordo com o seu conhecimento a sala de cuidados pós-anestésicos permite:	☐ a) Uma maior vigilância do estado do doente, acompanhado por profissionais especializados e com diversidade de equipamentos. ☐ b) Despertar da anestesia antes de ser transportado para o serviço de origem e ter oportunidade de conversar com o cirurgião. ☐ c) Não sabe
	8.3 – Relativamente à sala de cuidados pós-anestésicos, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário

INDICADORES	QUESTÕES	DADOS A COLHER
9 – Visitas no pós-operatório	9.1 – Foi informado sobre quando poderia receber visitas no pós-operatório?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	9.2 – De acordo com o seu conhecimento poderia receber visitas:	☐ a) No dia seguinte a cirurgia, quando já estivesse na enfermaria. ☐ b) Após despertar da anestesia e assim que o enfermeiro responsável considere que há condições para tal. ☐ c) Não sabe
	9.3 – Relativamente às visitas no pós-operatório, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário
10 – Dispositivos	10.1 – Foi informado sobre a probabilidade de colocação de dispositivos durante a cirurgia (sondas, drenos, soros, pensos)	☐ a) Sim ☐ b) Não
	10.2 – De acordo com o seu conhecimento os dispositivos servem para:	☐ a) Permitir um restabelecimento das funções fisiológicas e prevenção das complicações. ☐ b) É um procedimento de rotina que permite ao enfermeiro a vigilância do doente. ☐ c) Não sabe
	10.3 – Relativamente aos dispositivos, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário

INDICADORES	QUESTÕES	DADOS A COLHER
11 – Métodos de controlo da dor	11.1 – Foi informado sobre as formas de controlar a dor no pós-operatório?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	11.2 – De acordo com o seu conhecimento, as formas existentes para controlar a dor são:	☐ a) Medicação administrada somente quando o doente referir que tem dor. ☐ b) Medicação endovenosa administrada de forma contínua ou em intervalos regulares; a massagem, mudança de posição. ☐ c) Não sabe
	11.3 - Relativamente às formas de controlar a dor, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário
12- Condições para alta	12.1 Foi informado sobre as condições necessárias para ter alta hospitalar?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	12.2 – De acordo com o seu conhecimento, as condições necessárias para ter alta hospitalar são:	☐ a) Apresentar sinais de recuperação (retomar a alimentação, apresentar a ferida cirúrgica sem infecção, padrão de eliminação normal etc.). ☐ b) Ser independente nas suas tarefas, apresentar ferida cicatrizada e estar preparado para retomar a sua actividade profissional. ☐ c) Não sabe
	12.3 – Relativamente às condições necessárias para ter alta, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário

Grupo III – Informação recebida, Conhecimento e Necessidades de informação de carácter Sensorial

INDICADORES	QUESTÕES	DADOS A COLHER
1-Efeitos da medicação	1.1 – Foi informado sobre os possíveis efeitos da medicação anestésica?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	1.2 – De acordo com os seus conhecimentos, os efeitos secundários da medicação anestésica são:	☐ a) Dores, falta de apetite, dificuldade em falar, calores. ☐ b) Sonolência, sede, dificuldade em urinar, náuseas e vômitos. ☐ c) Não sabe
	1.3 – Relativamente aos possíveis efeitos da medicação anestésica, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário
2 – Ambiente da sala operatória	2.1 – Foi informado sobre o ambiente da sala operatória?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	2.2 – De acordo com o seu conhecimento, o ambiente da sala operatória é:	☐ a) Frio, com iluminação intensa, com profissionais vestidos de igual forma. ☐ b) Aquecido, escuro, com uma cama estreita sendo o vestuário dos médicos diferentes das enfermeiras. ☐ c) Não sabe
	2.3 - Relativamente ao ambiente da sala operatória, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário

INDICADORES	QUESTÕES	DADOS A COLHER
3 – Sensações ao primeiro levante	3.1 – Foi informado sobre as possíveis sensações que poderiam ocorrer ao primeiro levante?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	3.2 – De acordo com o seu conhecimento, as possíveis sensações que poderiam ocorrer ao primeiro levante seriam:	☐ a) Tonturas, vertigens, náuseas. ☐ b) Sede, falta de apetite e dificuldade em falar. ☐ c) Não sabe
	3.3 – Relativamente às possíveis sensações que poderiam ocorrer ao primeiro levante, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário
4 – Sensações associadas aos dispositivos	4.1 – Foi informado sobre as sensações que poderiam ocorrer associadas aos dispositivos (drenos, sondas, soros, cateteres)?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	4.2 – De acordo com o seu conhecimento, as sensações que poderiam ocorrer associadas aos dispositivos seriam:	☐ a) Dores de cabeça, falta de forças. ☐ b) Desconforto físico, alteração da sua aparência e dor. ☐ c) Não sabe
	4.3 – Relativamente às sensações, que poderiam ocorrer associadas aos dispositivos, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário

Grupo IV – Informação recebida, Conhecimento e Necessidades de informação de carácter Comportamental

INDICADOR	QUESTÕES	DADOS A COLHER
1– Principais exercícios para a prevenção das complicações respiratórias no pós-operatório	1.1 – Foi informado sobre a forma de realização dos exercícios para a prevenção dos problemas respiratórios? (tosse, respiração profunda, uso do inspirometro)	☐ a) Sim ☐ b) Não
	1.2 – De acordo com o seu conhecimento, demonstre:	Exercício da tosse: ☐ Doente na posição de semi-Fowler ou sentado ☐ Colocar uma mão levemente sobre o abdómen ☐ Inspirar lentamente pelo nariz ☐ Suster a respiração durante 3 segundos ☐ Tossir profundamente três vezes ou fazer repetidamente tossidelas tipo “sopros” ☐ Não sabe Respiração profunda: ☐ Doente na posição de semi-Fowler ou sentado ☐ Colocar uma mão levemente sobre o abdómen ☐ Inspirar lentamente pelo nariz ☐ Suster a respiração durante 3 segundos ☐ Expirar lentamente pelos lábios semicerrados ☐ Não sabe Inspirometria: ☐ Doente na posição de semi-fowler ou sentado ☐ Colocar o bocal dentro da boca ☐ Inspirar de forma lenta e profunda, para fazer subir a bola ☐ Suster a respiração durante três a cinco segundos ☐ Após expirar. ☐ Não sabe

	1.3 – Relativamente à forma de realizar os exercícios da tosse, respiração profunda e inspirometria, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário
2 – Principais exercícios para a prevenção das complicações circulatórias no pós-operatório	2.1 – Foi informado sobre a forma de realização dos exercícios para a prevenção dos problemas circulatórios (exercícios dos membros inferiores)?	☐ a) Sim ☐ b) Não
	2.2 – De acordo com o seu conhecimento demonstre:	Exercícios dos membros inferiores: ☐ Doente em decúbito dorsal ou sentado; ☐ Alternar a dorsiflexão com a flexão plantar; ☐ Movimentar os tornozelos em círculo; ☐ Flexão e extensão dos joelhos; ☐ Elevar cada perna, alternadamente, mantendo em posição recta; ☐ Pôr em tensão os músculos da coxa de modo que a zona poplíteia seja pressionada de encontro à cama; ☐ Pôr em tensão os músculos nadegueiros, como que a suster um movimento intestinal ☐ Não sabe
	2.3 – Relativamente à forma de realizar os exercícios dos membros inferiores, como classifica a necessidade de ser informado:	☐ a) Muito necessário ☐ b) Necessário ☐ c) Pouco necessário ☐ d) Desnecessário

Grupo V – Variáveis de caracterização

1. No que concerne às informações que lhe foram fornecidas, o principal ou principais transmissores das mesmas foram:

- ☐ Enfermeiro do serviço
- ☐ Cirurgião
- ☐ Anestesista
- ☐ Enfermeiro do B.O.
- ☐ Outros: _____

2. O conhecimento que apresenta relativamente às questões colocadas foi adquirido pelos:

- ☐ Profissionais de saúde
- ☐ Familiares e amigos
- ☐ Pesquisa própria
- ☐ Dialogo com outros doentes
- ☐ Outros: _____

**ANEXO II – PEDIDO OFICIAL AO SR. PRESIDENTE DO CONSELHO
DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL CENTRAL DO
FUNCHAL**

Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes
Caminho da Quinta de Sant' Ana nº 71
9200-128-Machico

Ex.mo Sr. Presidente
do Conselho de Administração
do Serviço Regional de Saúde, EPE

Eu, Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes, Professora Assistente na Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny, venho solicitar a V^a Ex.^a a autorização para a aplicação de um formulário aos doentes internados nos serviços de cirurgia geral do Centro Hospitalar do Funchal, no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar sobre o tema **O Doente Cirúrgico No Período Pré-operatório: Da Informação Recebida Às Necessidades Expressas.**

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 os princípios éticos que serão desenvolvidos ao longo do estudo, no sentido de respeitar os seus direitos, assim ser-lhes-á pedido consentimento escrito para participar no estudo.

Grata pela atenção dispensada, aguardo deferimento.

Funchal, 26 de Fevereiro de 2008

Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

**ANEXO III – RESPOSTA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL, AUTORIZANDO
A REALIZAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS**



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

C/C

Direcção Clínica da Área Hospitalar

Direcção de Enfermagem da Área Hospitalar

Exma. Senhora

Prof.^a Noélia Cristina Rodrigues

Pimenta Gomes

Caminho da Quinta de Sant'Ana, n.º 71

9200-128 Machico

Serviço Regional de Saúde, E.P.E

SAÍDA

S.0803837 / 5 2008/03/12

Sua referência

Sua comunicação

26.02.2008

Assunto: PEDIDO PARA APLICAÇÃO DE FORMULÁRIOS

Relativamente ao pedido de autorização para aplicar um Formulário aos doentes internados nos Serviços de Cirurgia do Hospital Central do Funchal, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS subordinada ao tema "Doente Cirúrgico no Pré-Operatório: Da Informação recebida às Necessidades Expressas", informo V. Ex.^a. que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 12.03.2008, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde, do qual se junta fotocópia.

Mais informo V. Exa. que, depois da sua aplicação, deverá ser enviado os dados finais do Formulário em questão ao Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos.

O Vogal do Conselho de Administração

Luís Adelino Gonçalves Fragoeiro

FA



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

**Comissão de Ética para a Saúde do Serviço Regional de
Saúde, E.P.E.
(CES/SRS, EPE)**

Handwritten signature and date: 07.03.12

Parecer nº 30/08

O Pedido:

Recebido do Conselho de Administração para parecer, pedido de autorização de Noélia Cristina Pimenta Gomes, Professora Assistente na ESESJC, para aplicar um Formulário aos doentes internados nos Serviços de Cirurgia do HCF no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS subordinada ao tema "Doente Cirúrgico no Pré-Operatório: Da Informação recebida às Necessidades Expressas".

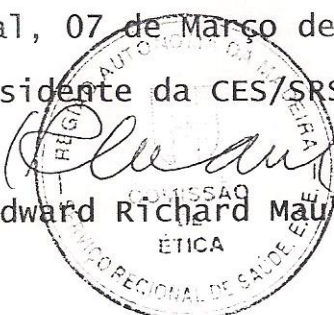
Parecer:

A CES/SRS, EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Richard Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Jorge Santos, Médico, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo, Enfermeira Isabel Santos, Dr. Sílvio Sousa, Juiz Desembargador, e Dr^a Inês Ribeiro, Farmacêutica, na sua reunião de 03 de Março de 2008, decidiu por unanimidade dar parecer favorável ao pedido acima identificado por não levantar qualquer problema de ordem ética.

Funchal, 07 de Março de 2008

O Presidente da CES/SRS, EPE

(Handwritten signature of Edward Richard Maul)
(Edward Richard Maul)



ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Declaro que fui devidamente informado/ informada do objectivo e finalidades da minha participação neste trabalho efectuado pela Prof. Noélia Pimenta, docente da Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny, e aceito de livre vontade nele participar, podendo desistir a qualquer momento

(Assinatura do doente)

(Assinatura do Investigador/ Colaborador)

Carta de informação ao participante

Chamo-me Noélia Pimenta, sou Professora na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, e neste momento estou a fazer o Mestrado em Ciências de Enfermagem e encontro-me a desenvolver um trabalho cujo tema é: **O Doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas.**

OU

Chamo-me Luz Chaves, sou Professora na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, e neste momento estou a colaborar com a Prof.^a Noélia Pimenta na recolha de dados para o trabalho de Mestrado em Ciências de Enfermagem cujo tema é: **O Doente Cirúrgico No Pré-Operatório: Da Informação Recebida Às Necessidades Expressas.**

A sua participação é muito importante, uma vez que este estudo tem como finalidade contribuir para a implementação de um programa de informação estruturado que satisfaça as necessidades de informação do doente cirúrgico no período pré-operatório e contribuir para adequar o ensino de enfermagem às reais necessidades de informação do doente. Neste sentido, venho pedir a vossa colaboração e disponibilidade para participar no estudo, que desde já agradeço.

Os participantes deste estudo são doentes que foram submetidos a cirurgia electiva, a mais de 24 horas e que reúnem as condições necessárias para responder às questões. O modo de participar será uma conversa em que colocarei algumas questões, que o Sr^o/Sr.^a será livre de responder ou não, para tal será necessário cerca de 45 minutos.

De forma a garantir o anonimato dos participantes não será colocado o seu nome no formulário e tratamentos dos dados; o facto de participar neste estudo não lhe trará nenhum risco, inconveniente ou encargos, será apenas pedido algum do seu tempo para responder às questões colocadas.

Após a conclusão do trabalho, os resultados serão apresentados aos serviços de cirurgia de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

A sua participação é inteiramente voluntária. Se por algum motivo quiser abandonar a entrevista pode fazê-lo não necessitando de justificar a vossa decisão.