

DOUTORAMENTO
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Construção e implementação de um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada

Marco António Rodrigues Gonçalves

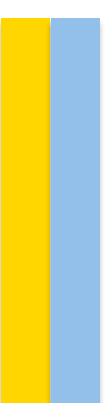
D

2025



**Construção e implementação de um
modelo de consulta de enfermagem no
pré-operatório de cirurgia geral programada**
Marco Antônio Rodrigues Gonçalves

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



MARCO ANTÓNIO RODRIGUES GONÇALVES

**CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE
CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DE
CIRURGIA GERAL PROGRAMADA**

**Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de
Enfermagem;**

**Programa Doutoral da Universidade do Porto (Instituto de
Ciências Biomédicas de Abel Salazar)**

Orientadora – Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Coorientadora – Doutora Natália de Jesus Barbosa Machado

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Porto, julho de 2025

Marco António Rodrigues Gonçalves

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese,

À Carina, à Matilde e ao Martim, pelo amor, presença e apoio que me impulsionaram e motivaram de uma forma única.

Aos meus pais, António e Teresa, pela vida e pelo constante apoio que apenas pais dedicados conseguem dar.

PENSAMENTO

«A persistência é o caminho do êxito».

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta tese corresponde ao culminar de um percurso que contou com inúmeros momentos de aprendizagem e partilha, que permitiram o meu crescimento do ponto de vista científico, profissional e pessoal, sempre sob orientação e acompanhamento de um conjunto importante de pessoas, às quais pretendo agradecer.

À Prof.^a Doutora Aurora Pereira e à Prof.^a Doutora Natália Machado, orientadora e coorientadora desta tese respetivamente, por toda a orientação neste processo, pela pertinência das suas críticas e sugestões, assim como pela sua disponibilidade e partilha de conhecimento.

Ao Conselho de Administração da instituição onde decorreu a investigação, de um modo especial à Senhora Enfermeira Diretora, pela autorização da realização do mesmo e pelo reconhecimento da sua importância.

Aos clientes que integraram a investigação ao longo das várias fases.

Aos enfermeiros entrevistados, pela sua importante disponibilidade e motivação.

Aos peritos que permitiram validar o modelo estruturado da consulta pré-operatória de enfermagem.

Aos enfermeiros que integraram a equipa de implementação, pela resiliência e por sempre acreditarem no sucesso da sua intervenção.

A todos os meus amigos, sem exceção, pelo inestimável apoio, na partilha de horas, alentos e desalentos ao longo deste percurso.

À minha esposa e aos meus filhos, por estarem sempre presentes, por me escutarem nos momentos de incerteza e cansaço, por compreenderem a minha “ausência” ao longo destes anos e por valorizarem as minhas conquistas.

Por último, aos meus pais, sogros e cunhada, pela confiança que sempre depositaram em mim.

A todos, o meu sincero obrigado!

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA REALIZADA NO ÂMBITO DA TESE

Artigos Científicos

- Gonçalves, M., Pereira, M. A., & Machado, N. (2025). Impacto da implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem: um estudo pré-experimental. *Revista de Enfermagem Referência* [artigo submetido]
- Gonçalves, M., Pereira, M. A., & Machado, N. (2024). Nurses' perceived difficulties in preparing surgical clients: a qualitative study. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(23), e33779. <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>
- Gonçalves, M. A. R., Pereira, M. A. G., & Machado, N. J. B. (2024). Development and Validation of a Preoperative Nursing Consultation Model: A Delphi Study. *Journal of perianesthesia nursing*, S1089-9472(24) 00375-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.07.007>
- Gonçalves, M., Pereira, A., & Machado, N. (2024). Nurses' perceptions of surgical client preparation: contributions to structuring a preoperative consultation. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(25), e36971. <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>
- Gonçalves, M. A. R., Pereira, M. A. G., & Machado, N. de J. B. (2023). Preparación preoperatoria: la percepción de la persona que se somete a una cirugía programada. *Index de Enfermería Digital*, 32(2), e14318. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235773>

Resumos em atas de eventos científicos

- Gonçalves, M., & Machado, N. (2021). Preparação pré-operatória: a percepção dos clientes submetidos a cirurgia - contributos para a criação de um modelo de Consulta de Enfermagem. In *Suplemento ao n.º 6, Série V da Revista de Enfermagem Referência*, VI Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa, Coimbra (pp. 507-508) ISSN: 2182.2883

- Gonçalves, M., Pereira, M., & Machado, N. (2019). Construção e implementação de um modelo de Consulta de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada. In *Suplemento Digital da Revista ROL Enfermería* Vol. 42 (N.º 11-12), Espanha (p. 54) ISSN 0210-5020
- Gonçalves, M., Pereira, M., & Machado, N. (2019). Construction and implementation of a model of nursing consultation in the preoperative general programmed surgery. In *Abstract Book*, 9th EORNA Congress On the Move, Netherlands (pp. 90-91)

Comunicações a convite

- Gonçalves, M. (2023, 9 de maio). *Consulta pré-operatória de Enfermagem*. In *Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória* [Conferência]. NursID Spring School, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Gonçalves, M. (2022, 8 de julho). *Informação pré-operatória: importância da consulta de enfermagem*. In *VII Simpósio do Ensino Clínico III* [Conferência]. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal.
- Gonçalves, M. (2021, 29 de maio). *Consulta de Enfermagem no Pré-operatório: O percurso para a sua implementação*. In *Mesa 1 – O doente cirúrgico: repensar os cuidados de Enfermagem* [Conferência]. IX Jornadas Internacionais de Cirurgia, Hotel Vila Galé em Coimbra, Portugal.
- Gonçalves, M. (2020, 18 de maio). *Ansiedade Pré-Operatória: o papel do Enfermeiro*. In *Seminário C34 – Segurança em Enfermagem Perioperatória: exercício profissional e riscos associados* [Conferência]. Via Online, Portugal.

Comunicações orais

- Gonçalves, M., Pereira, M., & Machado, N. (2023, 10 de maio). *Estrutura de uma consulta pré-operatória de enfermagem: estudo de validação por um painel de peritos*. In *II Convenção Internacional dos Enfermeiros* [Comunicação oral]. Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, Portugal.

- Gonçalves, M.A., & Pereira, M.A. (2021, 26 de outubro). *Preparação pré-operatória: um estudo exploratório com clientes submetidos a cirurgia*. In *V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?* [Comunicação oral]. Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, Portugal.
- Gonçalves, M., Pereira, M., & Machado, N. (2018, 13 de julho). *Construção e implementação de um modelo de Consulta de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programa*. In *NursID Week 2018 – Semana de Investigação em Enfermagem* [Comunicação oral]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Pósteres

- Gonçalves, M.A., & Pereira, M.A. (2021, 26 de outubro). *Protocolo de construção e implementação de uma Consulta de Enfermagem pré-operatória*. In *V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?* [Apresentação de póster]. Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz, Portugal.
- Gonçalves, M.A., & Machado, N.J. (2021, 9 de junho). *Preparação pré-operatória: a perceção dos clientes submetidos a cirurgia – contributos para a criação de um modelo de Consulta de Enfermagem*. In *VI Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa e II Simpósio Internacional de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência* [Apresentação de póster]. Via online, Portugal.
- Gonçalves, M., Pereira, A., & Machado, N. (2021, 28 de maio). *Preoperative nursing care: the perception of clients undergoing general surgery*. In *EORNA Virtual Congress 2021* [Apresentação de póster]. Via online.
- Gonçalves, M., Pereira, M., & Machado, N. (2019, 21 de novembro). *Consulta de Enfermagem no pré-operatório: o percurso para a sua implementação!* In *II Simposium de Investigação em Enfermagem: da visão à implementação* [Apresentação de póster]. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.

- Gonçalves, M.; Pereira, M. & Machado, N. (2019, 17 de maio). *Construction and implementation of a model of nursing consultation in the preoperative general programmed surgery*. In *9th Annual Conference of the European Operating Room Nurses Association* [Apresentação de póster]. Haia, Holanda.
- Gonçalves, M., Pereira, M., & Machado, N. (2019, 3 de janeiro). *Consulta de Enfermagem no pré-operatório: um projeto de investigação-ação*. In *I Encontro Internacional e VI Encontro Nacional dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Médico-Cirúrgica* [Apresentação de póster]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

RESUMO

Contextualização: A intervenção do enfermeiro é fundamental no período pré-operatório, garantindo a segurança e a preparação do cliente. Uma consulta pré-operatória de enfermagem é uma intervenção complexa e autônoma, que deve incluir um conjunto de atividades que permitam conhecer o cliente e informá-lo acerca do seu percurso cirúrgico, considerando as suas necessidades e expectativas.

Objetivo: Estruturar e implementar um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório ao cliente submetido a cirurgia geral programada.

Métodos: Esta investigação seguiu o percurso de uma investigação-ação. Foram realizados quatro estudos: dois estudos qualitativos, um envolvendo clientes que foram submetidos a cirurgia geral programada e o outro com enfermeiros a exercer a sua ação profissional em serviços de internamento de cirurgia geral e em bloco operatório; um estudo *e-Delphi* modificado e um estudo pré-experimental.

Resultados: Os clientes consideraram que nem sempre as suas necessidades informativas são satisfeitas, percecionando emoções como a ansiedade e o medo, para as quais utilizam diferentes estratégias. Os enfermeiros identificam várias dificuldades na preparação dos clientes para cirurgia e sistematizam alguns aspetos a atender na organização de uma consulta pré-operatória de enfermagem. A integração dos resultados obtidos, possibilitou a construção de um modelo de consulta pré-operatória de enfermagem com quarenta itens, dividido em cinco dimensões: condições prévias para a consulta; receção e avaliação do cliente; informação a proporcionar ao cliente; síntese da consulta e documentação da consulta. Após a implementação da intervenção, verificou-se uma melhoria do nível de informação pré-operatória ($p < 0,001$). Relativamente ao nível de ansiedade, houve uma diminuição após a consulta, ainda que desde essa altura até ao momento do internamento se tenha verificado um ligeiro aumento. Globalmente, 89% dos clientes classificou a consulta como muito boa.

Conclusões: A realização dos diferentes estudos permitiu identificar a perceção dos clientes submetidos a cirurgia geral programada e dos enfermeiros acerca da preparação pré-operatória efetuada e, desse modo, avaliar as necessidades em cuidados de enfermagem, no pré-operatório. A partir daí, construiu-se um modelo de consulta pré-operatória de enfermagem cuja implementação permitiu diminuir o nível de ansiedade dos clientes, aumentar o seu nível de informação e garantir a sua satisfação com a intervenção.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória; cuidados pré-operatórios; cirurgia eletiva; consulta de enfermagem; cirurgia geral.

ABSTRACT

Background: The nurse's intervention is fundamental in the preoperative period to ensure the client's safety and preparation. A preoperative nursing consultation is a complex and autonomous intervention that should include a series of activities to get to know the client and inform them about their surgical journey, considering their needs and expectations.

Objective: To structure and implement a preoperative nursing consultation model for clients undergoing elective general surgery.

Methodology: This research took the form of action research. Four studies were carried out: two qualitative studies, one with clients who had undergone elective general surgery and the other with nurses working in general surgery inpatient wards and operating theatres; a modified e-Delphi study; and a pre-experimental study.

Results: Clients feel that their information needs are not always met, and they experience emotions such as anxiety and fear, for which they use different strategies. Nurses identified several difficulties in preparing clients for surgery and systematized some aspects to be considered when organizing a preoperative nursing consultation. The integration of the results obtained made it possible to construct a model of preoperative nursing consultation with forty items divided into five dimensions: preconditions for the consultation, reception and assessment of the client, information to be given to the client, summary of the consultation and documentation of the consultation. After the intervention, there was an improvement in the level of preoperative information ($p < 0.001$). There was a decrease in anxiety after the consultation, although there was a slight increase from then until the time of hospital admission. Overall, 89% of clients rated the consultation as very good.

Conclusions: The different studies made it possible to identify the perceptions of clients undergoing elective general surgery and of nurses regarding the preoperative preparation carried out, and thus to assess the preoperative nursing care needs. From this, a model of preoperative nursing consultation was constructed, the implementation of which made it possible to reduce clients' anxiety, increase their level of information and guarantee their satisfaction with the intervention.

Keywords: Perioperative nursing; preoperative care; elective surgery; nursing consultation; general surgery.

LISTA DE SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of Operating Room Nurses

APA – American Psychiatric Association

APAIS – Escala de Ansiedade e Necessidade de Informação Pré-Operatória de Amesterdão

CPE – Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

EORNA – European Operating Room Nurses Association

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery

EUA – Estados Unidos da América

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

OE – Ordem dos Enfermeiros

STAY-Y – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

TCC – Terapia cognitivo-comportamental

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Modelo de Enfermagem Perioperatória da EORNA	34
Figura 2 – Representação esquemática das várias fases da investigação ..	68
Figura 3 – Etapas do processo de investigação (Estudo <i>e-Delphi</i> modificado)	110

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	23
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	31
1.1 AÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO	34
2. PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	39
2.1 INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO	40
2.2 GESTÃO DA ANSIEDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO	42
2.3 CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	50
3. MODELOS TEÓRICOS NO CUIDAR EM PERIOPERATÓRIO	55
PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO – DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	
4. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	63
4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO 1	70
ARTIGO 1 “Preparación preoperatoria: la percepción de la persona que se somete a una cirugía programada”	73
4.2 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO 2	81
ARTIGO 2 “As dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na preparação do cliente cirúrgico: um estudo qualitativo”	87
ARTIGO 3 “Perceção dos enfermeiros sobre a preparação do cliente cirúrgico: contributos para estruturar uma consulta pré-operatória” ...	97
4.3 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO 3	107
ARTIGO 4 “Development and Validation of a Preoperative Nursing Consultation Model: A Delphi Study”	113
4.4 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO 4	119
ARTIGO 5 “Impacto da implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem: um estudo pré-experimental”	121
CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	137

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de entrevista aos clientes

APÊNDICE II – Formulário de consentimento informado aos clientes para realização das entrevistas

APÊNDICE III – Questionário sociodemográfico (entrevistas aos clientes)

APÊNDICE IV – Matriz de redução de dados (entrevistas aos clientes)

APÊNDICE V – Guião de entrevista aos enfermeiros

APÊNDICE VI – Formulário de consentimento informado aos enfermeiros para realização das entrevistas

APÊNDICE VII – Questionário sociodemográfico (entrevistas aos enfermeiros)

APÊNDICE VIII – Matriz de redução de dados (entrevistas aos enfermeiros)

APÊNDICE IX – Formulário de consentimento informado aos peritos

APÊNDICE X – Questionário da 1.^a ronda do estudo *e-Delphi*

APÊNDICE XI – Relatório dos resultados da 1.^a ronda do estudo *e-Delphi*

APÊNDICE XII – Questionário da 2.^a ronda do estudo *e-Delphi*

APÊNDICE XIII – Relatório dos resultados da 2.^a ronda do estudo *e-Delphi*

APÊNDICE XIV – Modelo final validado para a consulta pré-operatória de enfermagem

APÊNDICE XV – Guia orientador de apoio à consulta

APÊNDICE XVI – Apresentação da formação à equipa de implementação da consulta

APÊNDICE XVII – *Frames* do vídeo demonstrativo do percurso do cliente

APÊNDICE XVIII – Folheto informativo fornecido aos clientes

APÊNDICE XIX – Formulário de consentimento informado aos clientes na consulta

APÊNDICE XX – Questionário do momento antes da consulta

APÊNDICE XXI – Questionário do momento após a consulta

APÊNDICE XXII – Questionário do momento da admissão ao internamento

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética

ANEXO II – Autorização institucional para a realização da investigação

ANEXO III – Autorização para utilização da versão do STAI-Y de Spielberger

ANEXO IV – Declaração de submissão do Artigo 5

INTRODUÇÃO

A evolução do panorama dos cuidados de saúde exige abordagens inovadoras no cuidado ao cliente, particularmente no contexto perioperatório, onde a complexidade da gestão pré-operatória desempenha um papel importante nos resultados dos clientes cirúrgicos. À medida que a enfermagem, enquanto ciência, continua a expandir o seu âmbito de prática e a aprofundar o seu conhecimento, a implementação de consultas pré-operatórias representa uma oportunidade para melhorar a educação do cliente, abordar preocupações individuais acerca do seu estado de saúde-doença e facilitar uma transição mais suave ao longo da experiência cirúrgica.

De acordo com a American Association of Operating Room Nurses (AORN, 2021), a enfermagem perioperatória é um domínio especializado, diversificado e complexo, com várias subespecialidades, abrangendo predominantemente os cuidados de enfermagem nos domínios da preparação pré-operatória, da intervenção cirúrgica, da anestesiologia e dos cuidados pós-anestésicos. Poderá ainda abranger outros ramos como os cuidados de ambulatório, a endoscopia, a esterilização, a radiologia de intervenção e a gestão da dor. Esta diversidade de funções constitui um desafio para o desenvolvimento das competências essenciais de um enfermeiro em contexto perioperatório.

Nesse sentido, espera-se que os enfermeiros, qualificados e experientes, integrados no âmbito de uma equipa multidisciplinar, desempenhem as suas funções de forma competente, demonstrando uma sensibilidade para os desenvolvimentos atuais da investigação e dos conhecimentos relativos ao bloco operatório e aos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Os cuidados de enfermagem perioperatória são definidos como os cuidados de enfermagem prestados nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, ao cliente que é submetido a uma intervenção cirúrgica, de modo a dar resposta às necessidades apresentadas por este.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no período pré-operatório, fornecendo informações essenciais que reforçam a segurança e o cuidado ao cliente. Realizam avaliações pré-operatórias completas para avaliar o estado físico

e emocional do cliente, identificando potenciais riscos e necessidades que possam impactar a experiência cirúrgica. Adicionalmente, os enfermeiros são responsáveis pela reconciliação da medicação, assegurando que a lista de medicamentos habituais do cliente é explícita para prevenir erros e reações adversas. A identificação de alergias é outro aspeto importante, uma vez que ajuda a prevenir o desenvolvimento de reações alérgicas durante a cirurgia. Por último, a educação dos clientes é vital, uma vez que reduz a ansiedade e promove o seu envolvimento e adesão aos cuidados, ao informar os clientes sobre a sua cirurgia, cuidados de enfermagem e recuperação. Globalmente, estas intervenções reforçam a importância dos enfermeiros na facilitação de uma experiência perioperatória segura e eficaz (Duarte & Martins, 2014; Rothrock, 2021).

Esta tese de doutoramento explicita o processo de construção e implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem (CPE), componente vital dos cuidados perioperatórios que visa melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Apesar da reconhecida importância da avaliação e preparação pré-operatórias, muitos sistemas de saúde ainda carecem de protocolos padronizados que utilizem plenamente a *expertise* dos enfermeiros nesta fase crucial do cuidado ao cliente. Esta investigação procura colmatar esta lacuna através do desenvolvimento de um modelo abrangente para consultas pré-operatórias de enfermagem que não só abordem as necessidades clínicas dos clientes, mas também incorporem aspetos psicossociais que podem influenciar os resultados cirúrgicos.

Nos últimos anos, a complexidade dos cuidados ao cliente cirúrgico tem sublinhado a necessidade de os enfermeiros adaptarem os seus métodos para responder às necessidades em evolução das diversas populações de clientes. Esta investigação procura explorar a integração de práticas baseadas em evidências nos fluxos de trabalho de enfermagem, com foco no desenvolvimento e implementação de estratégias que promovam um cuidado centrado no cliente. Ao envolver ativamente os enfermeiros no processo de investigação, pretende-se também capacitá-los a identificar desafios dentro da sua prática, propor soluções e avaliar o impacto dessas intervenções.

Assim, o objetivo geral desta investigação é estruturar e implementar um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório ao cliente submetido a cirurgia geral programada, do qual decorre a questão de investigação:

“Como estruturar um modelo de consulta pré-operatória de enfermagem, por forma a diminuir o nível de ansiedade e aumentar os ganhos em conhecimento do cliente submetido a cirurgia geral programada?”.

Neste sentido, realizaram-se quatro estudos com o propósito de responder aos objetivos específicos delineados, nomeadamente: avaliar as necessidades em cuidados de enfermagem, no pré-operatório, do cliente submetido a cirurgia geral programada; identificar a perceção dos clientes submetidos a cirurgia geral programada acerca da sua preparação pré-operatória; conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à preparação pré-operatória efetuada a clientes submetidos a cirurgia geral programada; estruturar uma consulta pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia geral programada; implementar uma consulta pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia geral programada e, por último, avaliar o impacto de uma consulta pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia geral programada.

Os quatro estudos que estão incluídos nesta tese foram realizados através do desenvolvimento de um percurso de investigação-ação, designadamente dois estudos de abordagem qualitativa, um deles envolvendo clientes que foram submetidos a cirurgia geral programada e o outro com enfermeiros a exercer a sua ação profissional em serviços de internamento de cirurgia geral e em bloco operatório; um estudo *e-Delphi* que contou com a colaboração de um painel de vinte peritos e que permitiu validar um modelo de CPE e, por último, um estudo pré-experimental com desenho pré e pós, de grupo único, envolvendo clientes que iriam ser submetidos a cirurgia geral programada e aos quais foi implementado o modelo de consulta validado, de modo a avaliar o seu impacto no nível de ansiedade, ganhos na área do conhecimento e satisfação dos clientes.

Ao longo deste percurso de investigação-ação pretendeu-se potenciar a melhoria dos cuidados de enfermagem através da investigação e reflexão colaborativas. Este processo, caracterizado pelo seu método cíclico de diagnóstico, planeamento, ação, observação e reflexão (avaliação), fornece uma estrutura robusta para os enfermeiros se envolverem numa investigação sistemática que conduza a melhorias significativas na sua prática e nos resultados dos clientes.

A implementação deste modelo de CPE foi avaliada através de uma série de métodos qualitativos e quantitativos, avaliando o seu impacto na satisfação dos clientes, níveis de ansiedade e ganhos na preparação e conhecimento. Através desta investigação, pretende-se que esta tese contribua para o corpo de

conhecimentos em ciências de enfermagem, oferecendo *insights* que podem informar mudanças políticas e potenciar a prática do enfermeiro em contexto perioperatório, especificamente em contextos de cuidados pré-operatórios. Este trabalho pretende, assim, defender uma abordagem mais proativa e holística da gestão do cliente no ambiente perioperatório, sublinhando a intervenção autónoma e fundamental do enfermeiro na melhoria da prestação de cuidados de saúde e nas experiências dos clientes.

Esta tese encontra-se estruturada em introdução, onde é realizada uma abordagem à pertinência desta investigação e apresentada a finalidade e os objetivos da mesma. Seguidamente, apresenta-se a primeira parte, relativa ao enquadramento teórico, onde ao longo de três capítulos serão expostas as definições conceptuais e teóricas dos conceitos relevantes para a investigação. Depois, segue-se a segunda parte, relativa ao percurso metodológico, em que é feita a apresentação global da metodologia utilizada, pretendendo-se justificar as opções metodológicas tomadas, e dos objetivos, com uma breve abordagem a cada um dos estudos desenvolvidos e com especial relevo à sequência lógica entre eles. Ao longo desta apresentação, são integrados progressivamente os quatro artigos publicados em revistas científicas da área de enfermagem (nacionais e internacionais), bem como um artigo submetido, que se encontra em fase de revisão por pares, cada um precedido de um enquadramento sob a forma de resumo alargado. Por fim, nas conclusões e perspetivas futuras apresenta-se uma sinopse dos resultados mais relevantes, por objetivo e estudo desenvolvido, destacando os aspetos mais pertinentes, limitações e implicações, tanto para a prática clínica como para o desenvolvimento no futuro de outros estudos de investigação.

A importância dos estudos desenvolvidos reside não só no seu potencial para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, mas também na sua contribuição para o corpo de conhecimentos das ciências de enfermagem, através do envolvimento colaborativo com as partes interessadas, nomeadamente clientes, equipas de saúde e instituições.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A enfermagem à pessoa em situação perioperatória compreende os cuidados que são prestados antes, durante e após procedimentos cirúrgicos e invasivos.

No passado, a enfermagem de sala de operações referia-se igualmente às várias fases da experiência cirúrgica, no entanto, com limitação ao espaço físico do bloco operatório, o que pode ter contribuído para algum estereótipo face ao enfermeiro em contexto perioperatório, na medida em que não previa grande interação com os clientes intervencionados (Rothrock, 2021).

Em 1889, a enfermagem de sala de operações é considerada a primeira especialidade em enfermagem nos Estados Unidos da América (EUA), surgindo depois nos anos seguintes vários cursos e formações dirigidos a estes profissionais. O desenvolvimento e reconhecimento desta área de atuação dos enfermeiros, conduziu em 1949 nos EUA à criação da AORN cujo objetivo principal passava pela formação de um grupo específico para partilha de experiências e conhecimentos entre os enfermeiros de sala de operações.

Em 1978, partiu da AORN a primeira definição da Enfermagem Perioperatória: “A função perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste nas atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós-operatórias da experiência cirúrgica do doente. O enfermeiro em contexto perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia”.

Já em 1986 é fundada em Portugal a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). Com o seu aparecimento, houve um contributo importante para a fundamentação das práticas e para a sua normalização, tendo como objetivo a promoção da melhoria dos cuidados de enfermagem em contexto

perioperatório. Para além disso, permitiu organizar e promover a formação profissional na área (AESOP, 2012).

O ambiente perioperatório está em constante mudança, considerando questões de segurança, gestão do risco, profissionalismo e responsabilidade, o que influencia necessariamente os enfermeiros que trabalham neste contexto (European Operating Room Nurses Association [EORNA], 2023).

Ao longo dos anos, tem-se assistido à implementação e consolidação do processo de enfermagem na prática de enfermagem perioperatória, com grande impacto naquilo que é a ação profissional do enfermeiro neste contexto.

Ao nível da investigação, e de acordo com a AORN é importante que os enfermeiros desenvolvam investigação na área da enfermagem perioperatória de modo a promover a segurança no local de trabalho e dos cuidados prestados (Hicks, 2023). Torna-se fundamental avaliar a eficácia de novas abordagens de cuidados perioperatórios por parte dos enfermeiros e consolidar o impacto da tecnologia nos resultados cirúrgicos.

A AORN definiu em 2023 as diretrizes para a identificação das lacunas de investigação na área da enfermagem perioperatória. Uma das dimensões identificadas tem a ver com os chamados cuidados complementares, onde são identificadas lacunas relacionadas com a definição do tempo ótimo para o período pré-operatório, a normalização da preparação pré-operatória e a avaliação das respetivas intervenções, e as técnicas de aconselhamento individualizado no pré-operatório. Por outro lado, outra dimensão referida diz respeito à gestão da informação, especificamente os aspetos relacionados com a documentação dos cuidados de enfermagem perioperatórios e a perceção dos clientes acerca da informação que lhes é fornecida (Hicks, 2023).

As associações internacionais de enfermeiros de contexto perioperatório têm desenvolvido uma série de padrões para a enfermagem perioperatória que consistem em recomendações que enumeram e definem as responsabilidades do enfermeiro em contexto perioperatório:

- O foco: prestação de cuidados ao cliente perioperatório;
- A responsabilidade: com adequação dos recursos e das condições de trabalho;
- A estrutura conceptual para a prática: utilização de modelos focados nos clientes perioperatórios;

- O processo de enfermagem: desde a colheita de dados à avaliação do impacto das intervenções implementadas;
- A qualidade da prática de cuidados: com avaliações sistemáticas;
- A avaliação da própria prática profissional: considerando os padrões profissionais definidos pelos órgãos reguladores da profissão;
- O trabalho em equipa e colaboração: através de uma interação multidisciplinar com os colegas de trabalho;
- A personalização dos cuidados de enfermagem: devem ser individualizados e planeados de acordo com as necessidades dos clientes, e devem ter em conta as diversidades culturais, raciais e étnicas, juntamente com as preferências e objetivos dos clientes (Rothrock, 2021).

Efetivamente, a evolução do conceito de enfermagem perioperatória tem sido pautada por avanços significativos nos últimos anos, refletindo mudanças na prática clínica e nas necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes. Tradicionalmente, a enfermagem perioperatória focava-se na prestação de cuidados durante o período em que o cliente permanecia no bloco operatório. Recentemente, porém, a definição expandiu-se para incluir uma abordagem mais holística, que abrange a preparação pré-operatória, a recuperação pós-operatória e, no fundo, a continuidade dos cuidados ao longo de toda a experiência cirúrgica (AORN, 2023). Vários estudos têm enfatizado a importância de um planeamento e preparação pré-operatórios detalhados, incluindo a educação do cliente e a avaliação do risco, que demonstraram reduzir complicações e melhorar os resultados cirúrgicos (Mathenge, 2020; Breda & Cerejo, 2021; Fernandes et al., 2024).

Para além disso, o recurso a tecnologias avançadas e práticas baseadas em evidências tem transformado a enfermagem perioperatória. Exemplos disso, são as ferramentas como a cirurgia robótica, a monitorização remota de clientes e a implementação de protocolos como o Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), pois têm desempenhado um papel crucial no desenvolvimento desta área. A literatura recente destaca como estas inovações aumentam, por um lado, a eficiência e a segurança dos procedimentos cirúrgicos, e por outro lado, melhoram a experiência do cliente ao diminuir o tempo de recuperação pós-operatória e ao reduzir a ansiedade associada à cirurgia (Mattessich, 2020; Moloney et al., 2023).

O modelo conceptual de cuidados perioperatórios (Figura 1) sugerido pela EORNA (2019a) reconhece os princípios básicos que sustentam as competências práticas específicas e o desenvolvimento pessoal do enfermeiro em contexto perioperatório. A progressão na aquisição de competência e conhecimento começa com a exposição inicial à experiência dos cuidados perioperatórios até se tornar um profissional competente, à semelhança do que considera Benner (2001). Depois do programa de integração no contexto perioperatório, este modelo reconhece a necessidade de um tempo de desenvolvimento adicional para o enfermeiro se tornar um perito perioperatório, admitindo-se que alguns podem nunca atingir este nível.



Figura 1 – Modelo de Enfermagem Perioperatória da EORNA.

(Fonte: *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing – Edition 2019*)

1.1 AÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

No âmbito do seu processo de tomada de decisão e raciocínio clínico, o enfermeiro em contexto perioperatório utiliza o processo de enfermagem colhendo os dados a partir do cliente e organiza-os. Define diagnósticos de enfermagem a partir da

identificação de necessidades em cuidados de enfermagem, identifica resultados a atingir, prescreve e implementa intervenções de enfermagem (no domínio autónomo e interdependente) e, por último, avalia o impacto dessas intervenções face aos resultados alcançados para o cliente (Rothrock, 2021).

O documento "EORNA Framework for Perioperative Nurse Competencies" define as competências essenciais para o enfermeiro em contexto perioperatório. Este documento, crucial para a formação e desenvolvimento destes enfermeiros, está estruturado em cinco domínios principais de competências (EORNA, 2019b):

- A prática profissional, ética e legal, pois o enfermeiro em contexto perioperatório é responsável por analisar situações, entender e fazer juízos clínicos, mantendo práticas éticas e respeitando os clientes. As suas práticas devem estar em conformidade com a legislação e orientações profissionais em vigor. Deve aceitar a responsabilidade profissional pelas suas ações e atua como defensor dos clientes, respeitando diferentes culturas, crenças, costumes, religiões e valores;
- Os cuidados de enfermagem e a prática perioperatória, na medida em que os cuidados de enfermagem perioperatórios devem ter uma abordagem holística e individualizada, garantindo um ambiente seguro e eficaz para a gestão dos cuidados, utilizando a tecnologia mais recente. Estes enfermeiros promovem a saúde e segurança no local de trabalho, aplicando estratégias de gestão do risco para prevenir lesões, e integram os princípios de controlo e prevenção de infeção de acordo com diretrizes internacionais;
- As relações interpessoais e a comunicação, que deve ser eficiente e de forma a estabelecer sistemas de comunicação eficazes com os clientes, as famílias e a equipa multidisciplinar. O enfermeiro em contexto perioperatório deve reconhecer a importância do trabalho em equipa para alcançar resultados de alta qualidade e utilizar estratégias de comunicação apropriadas (verbais e escritas) para garantir a transferência precisa de informações no melhor interesse do cliente. Deve ser ainda capaz de resolver conflitos eficazmente;
- As habilidades organizacionais, de gestão e liderança, uma vez que o enfermeiro em contexto perioperatório deve atuar como modelo a seguir, mantendo altos padrões de qualidade dos cuidados, motivação própria e habilidades interpessoais eficazes baseadas em compreensão e respeito mútuo. Deve realizar auditorias às práticas para assegurar a garantia dessa qualidade, e gerir os recursos humanos de forma adequada para garantir a prontidão na prestação de cuidados. Para além

disso, deve gerir os recursos financeiros de forma responsável e os dispositivos médicos para garantir o seu uso seguro;

– A educação, investigação e desenvolvimento profissional, pois o desenvolvimento contínuo deve ser um compromisso do enfermeiro em contexto perioperatório, procurando e proporcionando oportunidades de formação para si e para os outros. Deve refletir e analisar a sua prática profissional e participar em investigações na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Tendo em consideração a elevada abrangência da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Ordem dos Enfermeiros (OE) subdividiu-a em quatro subáreas em 2018, criando assim a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Perioperatória. Esta evolução vem no sentido da necessidade de especificar as competências dos enfermeiros tendo em conta os clientes e os diferentes contextos de intervenção (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

De acordo com este regulamento, as competências específicas destes enfermeiros especialistas incidem sobre duas dimensões principais, por um lado, o cuidar da pessoa em situação perioperatória e sua família ou pessoa significativa e, por outro lado, a maximização da segurança da pessoa a vivenciar uma situação cirúrgica e da própria equipa pluridisciplinar, de acordo com a consciência cirúrgica. Fica assim definido que a sua intervenção se desenvolve em cinco áreas distintas, mas complementares: a consulta perioperatória, a anestesia, a circulação, a instrumentação e os cuidados pós-anestésicos.

O enfermeiro em contexto perioperatório é incentivado a basear a sua prática em evidência científica e a partir do próprio contexto clínico. Hicks (2023) identifica cinco áreas que devem orientar a prática clínica dos enfermeiros: a função da equipa de cuidados de saúde, a influência das suas características nos resultados clínicos dos clientes, a formação do enfermeiro em contexto perioperatório, os sentimentos de equidade, diversidade, inclusão e pertença e, por último, a liderança em enfermagem perioperatória. Torna-se igualmente importante definir indicadores perioperatórios de qualidade que promovam resultados positivos para os clientes, nomeadamente em áreas como a segurança, as práticas de educação dos clientes, os diferentes contextos de cuidados de saúde, as inovações, as políticas de cuidados de saúde e o acesso a esses cuidados. Particularmente na área da educação dos clientes, são importantes estudos que investiguem a

abrangência e a profundidade da informação proporcionada pelos enfermeiros, de modo a melhorar os resultados dos clientes que vivenciam uma experiência cirúrgica.

A enfermagem perioperatória desempenha um papel fundamental na segurança do cliente cirúrgico e numa gestão eficiente do contexto cirúrgico. Neste sentido, a ação profissional do enfermeiro no contexto perioperatório exige competências técnicas e interpessoais que integram os cuidados diretos aos clientes, a gestão de recursos humanos e materiais, o sentido de trabalho em equipa multidisciplinar e a implementação de protocolos de gestão do risco (Santos & Wilk, 2023).

Ao longo das três fases da experiência cirúrgica, a ação do enfermeiro deve considerar o cliente como o foco central dos cuidados, ainda que as suas intervenções sejam distintas. No período pré-operatório o enfermeiro prepara o cliente para o procedimento cirúrgico através de uma avaliação rigorosa que permita identificar condições clínicas e fatores de risco que interfiram com o procedimento e recuperação, da sua educação e orientação através do fornecimento de informações e da organização de materiais e equipamentos necessários à intervenção cirúrgica e processo anestésico. De seguida, no período intraoperatório o enfermeiro gere o ambiente cirúrgico no sentido de garantir a segurança da equipa, dos equipamentos e dos clientes, efetua uma monitorização e vigilância intensivas e contínuas e previne eventos adversos através da aplicação de protocolos, no sentido de antecipar complicações. Por fim, no período pós-operatório, a ação do enfermeiro inclui a monitorização de sinais vitais com particular atenção ao correto controlo da dor, o acompanhamento da recuperação anestésica, a prevenção de complicações pós-operatórias como a hemorragia ou outras condições adversas e a preparação do cliente para a alta (Hinkle & Cheever, 2020; Rothrock, 2021; Danski et al., 2023; Santos & Wilk, 2023).

2. PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na fase de preparação pré-operatória do cliente que será submetido a cirurgia, pois têm a possibilidade de interagir de forma direta e frequente com os clientes, proporcionando suporte emocional, educacional e de orientação. Encontram-se assim, numa posição privilegiada para poder implementar diversas estratégias e adaptar as suas intervenções de acordo com as necessidades individuais de cada cliente.

As competências comunicacionais são uma ferramenta poderosa para reduzir a ansiedade pré-operatória, e os enfermeiros que comunicam de forma clara, empática e aberta com o cliente, criam um ambiente de confiança e segurança, onde este sente abertura para expressar as suas dúvidas e medos (Dias et al., 2022). Esta abordagem permite o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz, onde o enfermeiro não se limita a fornecer informações, mas constitui-se como um facilitador da experiência cirúrgica.

Esta comunicação, para além de incluir informações detalhadas, deve ser reveladora de uma abertura para escutar e responder às dúvidas, com a devida adaptação da linguagem ao nível de compreensão do cliente.

O enfermeiro em contexto perioperatório também precisa de competências específicas para assistir os clientes na gestão da ansiedade pré-operatória. Estas competências incluem aspetos relacionados com a comunicação terapêutica, o domínio do processo anestésico e cirúrgico e, ainda, os conhecimentos sobre técnicas de relaxamento. Torna-se importante que o enfermeiro esteja desperto para a avaliação deste estado emocional e, deste modo, consiga identificar os sinais de ansiedade elevada, para que esta passe a constituir um foco da sua atenção, ou possibilite a referenciação do cliente para outros profissionais de saúde. Todos os clientes submetidos a uma cirurgia devem ser avaliados relativamente à ansiedade pré-operatória e ao modo como percebem esse estado emocional (Salzmann et al., 2021).

O acompanhamento contínuo, desde o primeiro contacto com o cliente até ao pós-operatório, é uma estratégia valiosa na gestão da ansiedade. Ao manter uma presença

constante, o enfermeiro proporciona apoio emocional e reforça as informações já fornecidas, ajudando o cliente a integrar e a consolidar melhor o que foi aprendido (Clair et al., 2020). Este acompanhamento contínuo promoverá assim um sentimento de segurança e bem-estar, fulcrais para a diminuição da ansiedade.

2.1 INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO

A literatura atual destaca que o período pré-operatório é crucial para a segurança e o bem-estar do cliente, tornando-se essencial a preparação física, psicológica e informativa para enfrentar o procedimento cirúrgico (Rothrock, 2021). A informação pré-operatória fornecida pelo enfermeiro é fundamental para a diminuição do nível de ansiedade do cliente e para aumentar a sua adesão aos cuidados perioperatórios.

Do ponto de vista ético e deontológico, e tendo em consideração o exposto no artigo 105.º do Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da OE, este 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” (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

Segundo Mitchell (2017), o enfermeiro assume um papel vital ao fornecer informações que promovem a autonomia do cliente e reduzem os riscos associados ao processo anestésico e cirúrgico.

A educação em saúde é um processo contínuo que visa informar e preparar o cliente para diferentes momentos, com o objetivo de promover a sua autonomia e a capacidade de tomar decisões informadas. De acordo com Almashi et al. (2020), a informação pré-operatória é crucial, pois, além de reduzir a ansiedade, permite que o cliente crie expectativas realistas em relação à experiência cirúrgica.

Os benefícios da informação pré-operatória incluem assim o aumento do bem-estar emocional e a diminuição da taxa de complicações pós-operatórias. Um estudo realizado por Othin et al. (2020) revelou que clientes bem informados são mais

colaborantes no seu processo de recuperação, e referem maior satisfação com os cuidados que lhes são prestados.

O impacto psicológico da informação também é significativo, pois o período pré-operatório pode ser um período caracterizado por medo e ansiedade, e uma comunicação ativa e empática por parte do enfermeiro ajudará a reduzir o stress e a tornar os clientes mais confiantes, na medida em que saberão o que esperar antes, durante e após a cirurgia (Dias et al., 2022).

Neste seguimento, os modelos de preparação pré-operatória baseiam-se em guias práticos para a comunicação e a educação dos clientes que irão ser submetidos a cirurgia, constituindo-se como ferramentas essenciais que ajudam o enfermeiro a fornecer informações claras e objetivas aos clientes (Almashi et al., 2020).

A educação pré-operatória do cliente cirúrgico é fundamental para a melhoria da sua experiência cirúrgica. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Longo et al. (2023), o fornecimento de informação ao cliente no pré-operatório foi associado a uma diminuição da dor pós-operatória, do nível de ansiedade pré-operatória e do tempo de internamento. Adicionalmente, verificou-se uma melhoria ao nível do sono, adesão terapêutica, conhecimentos e expectativas dos clientes.

A Teoria da Comunicação Interpessoal de Rogers (1986) é um dos referenciais que orienta a prática da comunicação em saúde, sendo essencial para a transmissão de informações claras e adaptadas às necessidades do cliente. Segundo Miranda e Freire (2012), uma abordagem interpessoal alicerçada numa comunicação eficaz cria um ambiente de confiança e empatia, facilitando a compreensão do cliente. Por outro lado, contribuirá para um processo de fornecimento de informações bem-sucedido e para o fortalecimento do vínculo entre o cliente e o enfermeiro.

Assim, é fundamental que o enfermeiro consiga estabelecer uma comunicação centrada no cliente, com foco na compreensão que cada um possui, demonstrando habilidades para uma comunicação que promova confiança e que considere os princípios éticos.

Na literatura atual é um desafio encontrar instrumentos de medida que permitam avaliar a informação que o cliente submetido a cirurgia programada possui no pré-operatório. Gonçalves e Cerejo (2020) desenvolveram a Escala de Avaliação de Informação Pré-Operatória que permite avaliar a perceção do cliente acerca da informação que possui. O instrumento revela boas propriedades psicométricas e é constituído por quinze itens aos quais os clientes respondem numa escala de *Likert*

com quatro opções de resposta, de zero a três pontos. A pontuação total obtida poderá oscilar entre zero e quarenta e cinco pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a percepção dos clientes em relação à informação pré-operatória que possuem. A Escala de Avaliação de Informação Pré-Operatória tem sido utilizada na investigação relacionada com o contexto perioperatório, o que confirma a sua utilidade clínica para avaliar a informação possuída pelos clientes no período pré-operatório (Fernandes et al., 2024; Costa et al., 2024).

2.2 GESTÃO DA ANSIEDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO

A ansiedade pré-operatória é um estado emocional complexo, comum no cliente submetido a cirurgia e constitui uma reação emocional caracterizada por sentimentos de nervosismo, tensão, preocupação e medo (Baagil et al., 2023). A sua prevalência é significativa, estimando-se que cerca de 50% dos clientes submetidos a cirurgia, experienciem algum nível de ansiedade antes do procedimento (Abate et al., 2020), podendo chegar mesmo aos 80% dos clientes programados para procedimentos cirúrgicos de alto risco (Zemła et al., 2019). Para além do impacto psicológico, a ansiedade pode ter consequências físicas, interferindo na recuperação pós-operatória e influenciando negativamente o resultado cirúrgico final. A preparação pré-operatória surge assim, como uma intervenção fundamental que visa minimizar os níveis de ansiedade e melhorar a experiência dos clientes.

Considerando a ação profissional do enfermeiro, o papel da preparação pré-operatória é vital, uma vez que os enfermeiros estão diretamente envolvidos no cuidado e na comunicação com o cliente. Através de estratégias educacionais, apoio emocional e intervenções farmacológicas, os enfermeiros conseguem influenciar alguns dos fatores determinantes da ansiedade pré-operatória e, assim, contribuir para que o cliente fique mais bem capacitado para enfrentar a cirurgia.

A ansiedade é definida como uma resposta emocional complexa caracterizada por sentimentos de apreensão, preocupação e tensão perante uma situação percebida como ameaçadora, caracterizada por manifestações cognitivas, fisiológicas e comportamentais (Spielberger, 1972; American Psychiatric Association [APA], 2022). Também Serra (1980) define ansiedade como uma antecipação de um perigo indefinido e imprevisível, sendo uma resposta a uma ameaça que é desconhecida e vaga. Na área da saúde, a ansiedade pode ser uma resposta natural a uma série de

situações, como doenças graves, tratamentos invasivos ou hospitalizações prolongadas. No entanto, quando a ansiedade se torna intensa e perdura no tempo, pode interferir com o bem-estar emocional e físico do cliente, dificultando o seu processo de recuperação e aumentando a probabilidade de complicações.

No contexto da prática clínica de enfermagem, a avaliação precisa do nível de ansiedade é uma componente essencial para a implementação de intervenções individualizadas, pois permite monitorizar a evolução do quadro e os resultados das intervenções implementadas. A literatura atual indica que é universalmente defendida a avaliação da ansiedade pré-operatória, dos seus determinantes e das preocupações específicas do cliente (Nowicka-Sauer et al., 2024). Zemła et al. (2019) acrescentam ainda que o planeamento das intervenções educativas, farmacológicas e psicológicas necessárias deve ser precedido da avaliação dos níveis de ansiedade, podendo a avaliação da sua intensidade ser efetuada com recurso a escalas psicométricas.

Na escolha da escala devem ser tidas em consideração diversas variáveis, nomeadamente a sua fiabilidade e precisão, o objetivo da avaliação, a idade e o estado clínico do cliente, bem como o tipo de cirurgia planeada (Zemła et al., 2019).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) é um conhecido questionário de autorrelato acerca do sofrimento emocional constituído por catorze itens, sendo um dos mais frequentemente utilizados, por exemplo, em oncologia. Originalmente, foi concebido para diagnosticar quadros de sofrimento emocional dos clientes em contextos não psiquiátricos, avaliando duas dimensões: ansiedade e depressão, excluindo sintomas somáticos como cefaleias ou insónias (Kulpa et al., 2023). O cliente assinala para cada um dos sintomas elencados, a resposta que melhor reflete a forma como se tem sentido na última semana, face às quatro opções, sendo estas classificadas numa escala de *Likert* (de zero a três pontos). O *score* final da escala oscila entre os zero e vinte e um pontos, em que uma pontuação mais elevada indica uma maior gravidade dos sintomas de ansiedade. As principais vantagens da sua utilização são a fiabilidade, a facilidade e o curto tempo de preenchimento, bem como a possibilidade de se conseguir interpretar o resultado no imediato (Zemła et al., 2019). A HADS tem sido utilizada em estudos relacionados com o contexto perioperatório, que confirmam a sua utilidade clínica na avaliação da ansiedade pré-operatória (Marcolino et al., 2007; Bradshaw et al., 2016).

A Escala de Ansiedade e Necessidade de Informação Pré-Operatória de Amesterdão (APAIS) foi desenvolvida especificamente para avaliar a ansiedade pré-operatória. É composta por seis afirmações, quatro das quais constituem uma medida global da ansiedade pré-operatória (duas relacionadas com a anestesia e as outras duas relacionadas com a cirurgia) e as outras duas numa subescala que avalia a necessidade de informação (Moerman et al., 1996). O cliente refere-se a cada afirmação seleccionando uma resposta classificada de um ponto até cinco pontos. A pontuação máxima da subescala da ansiedade é de vinte pontos, com dez pontos para as afirmações que avaliam as necessidades de informação. Um *score* final mais elevado indica uma ansiedade pré-operatória mais intensa e uma maior necessidade de informação. A principal vantagem deste instrumento é o facto de avaliar para além do nível de ansiedade, o nível de necessidade de informação acerca da anestesia e cirurgia (Zemła et al., 2019).

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI-Y) é uma escala amplamente utilizada para avaliar a ansiedade nas suas componentes de traço e de estado. O STAI-Y é composto por quarenta itens (vinte para a ansiedade traço e vinte para a ansiedade estado), que os participantes classificam numa escala de um a quatro pontos. As pontuações finais variam entre vinte e oitenta pontos para cada subescala (ansiedade traço e ansiedade estado), sendo que pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de ansiedade estado e traço (Annunziata et al., 2020). Um *score* final a partir de quarenta e quatro pontos é interpretado como clinicamente relevante para um quadro de ansiedade pré-operatória, sendo esta escala considerada o *gold standard* entre os instrumentos de avaliação da ansiedade (Zemła et al., 2019). O STAI-Y é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar os níveis de ansiedade no pré-operatório (Gonçalves et al., 2017; Altinsoy et al., 2020; Ezepue et al., 2023; Fernandes et al., 2024).

A subescala de ansiedade estado permite acompanhar as alterações dos sinais e sintomas de ansiedade, mesmo em curtos períodos, daí a sua grande relevância em estudos prospetivos e na monitorização do estado emocional dos clientes. A principal desvantagem em termos de utilização na prática clínica diária é o facto de ser uma escala extensa com um elevado número de afirmações e, por vezes, difícil de completar por clientes idosos (Zemła et al., 2019). Para a população portuguesa, existe uma versão traduzida e adaptada do STAI-Y por Teresa McIntyre e Scott McIntyre em 1995.

Em contexto perioperatório, o nível de ansiedade tende a aumentar devido à incerteza relativamente ao resultado cirúrgico, ao medo de complicações intra e pós-operatórias e à perda de controlo durante o procedimento (Eberhart et al., 2020). A antecipação da experiência de dor, dos efeitos colaterais do processo anestésico e das possíveis consequências negativas da cirurgia são fatores que contribuem para o aumento dos níveis de ansiedade. Em muitos casos, os clientes sentem que correm risco de vida, o que intensifica ainda mais este estado de ansiedade (Oteri et al., 2021).

A ansiedade pode ser dividida em dois tipos principais, conforme referido por Spielberger (1972): a ansiedade-estado, que se refere à reação emocional transitória a um evento iminente, como por exemplo, uma cirurgia, e a ansiedade-traço, que está relacionada com uma predisposição mais duradoura à ansiedade, constituindo uma característica mais estável da personalidade da pessoa. De um modo geral, os clientes que apresentam níveis de ansiedade-traço mais elevados, têm uma maior probabilidade de desenvolver ansiedade-estado em situações potencialmente stressantes, como é o caso da preparação para uma cirurgia (Gürler et al., 2022).

Neste seguimento, podemos designar a ansiedade-estado que surge previamente à cirurgia como ansiedade pré-operatória. Esta é influenciada por uma série de fatores que podem ser organizados em três grandes categorias: psicológicos, sociais e clínicos (Nigussie et al., 2014). De forma a implementar intervenções eficazes e direcionadas, é essencial que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, consigam identificar estes fatores.

De entre os fatores psicológicos, a presença de transtornos de ansiedade, depressão e outras condições de saúde mental prévias desempenham um papel crucial. De acordo com a literatura, os clientes com transtornos de ansiedade generalizada, transtornos obsessivo-compulsivos ou transtornos de pânico tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade pré-operatória (Li et al., 2021). Para além disso, clientes com história de depressão ou que passaram por experiências anteriores negativas, como complicações cirúrgicas, também são mais vulneráveis à apresentação de níveis de ansiedade superiores previamente a uma nova intervenção cirúrgica (Gürler et al., 2022).

Na maioria das situações, a ansiedade surge quando a pessoa percebe que não possui recursos suficientes para lidar com determinada situação ameaçadora. Particularmente no contexto perioperatório, isso pode traduzir-se em sentimentos de

impotência e medo de não conseguir enfrentar os desafios físicos e emocionais da cirurgia.

Como referido anteriormente, os fatores sociais e culturais também influenciam significativamente o nível de ansiedade pré-operatória. O apoio emocional da família e de pessoas significativas pode ajudar o cliente a lidar de forma mais eficaz com a cirurgia a que vai ser submetido (Oh et al., 2024). No entanto, os clientes que demonstrem tendência a isolamento social ou que têm preocupações culturais ou religiosas não abordadas adequadamente podem apresentar níveis mais elevados de ansiedade.

Do ponto de vista da cultura, a percepção da experiência cirúrgica altera, ao ponto de, em algumas culturas, a cirurgia ser vista como um último recurso e como uma intervenção que aumenta a apreensão e o medo (Hinkle & Cheever, 2020). Neste sentido, a sensibilidade cultural por parte dos enfermeiros é fundamental para lidar adequadamente com esta dimensão, fornecendo informações e apoio adaptados ao contexto e cultura do cliente.

As características clínicas, como o tipo e a complexidade do procedimento anestésico e cirúrgico, bem como o estado geral de saúde do cliente, têm um impacto direto sobre os níveis de ansiedade pré-operatória. Adicionalmente, cirurgias de alto risco, como as cardíacas ou oncológicas, estão muito associadas a uma ansiedade-estado mais elevada, uma vez que os clientes percecionam o risco de vida ou a possibilidade de complicações cirúrgicas graves (Sertçakacilar et al., 2022). Assim, clientes com múltiplas comorbilidades ou que necessitam de cirurgias mais invasivas tendem a experienciar maiores níveis de ansiedade-estado devido a esta percepção do aumento do risco anestésico e cirúrgico (Sadhana, 2022).

Outros fatores clínicos incluem as experiências cirúrgicas anteriores do cliente, já que os clientes que passaram por experiências cirúrgicas positivas podem sentir-se mais confiantes, enquanto aqueles que tiveram complicações ou experiências anteriores negativas tendem a apresentar-se mais ansiosos (Gonçalves et al., 2017). A falta de informação adequada sobre o procedimento, as possíveis complicações e os cuidados pós-operatórios também pode intensificar o nível de ansiedade, reforçando a importância de uma comunicação eficaz por parte da equipa de enfermagem.

A ansiedade pré-operatória pode afetar negativamente um conjunto de *outcomes* cirúrgicos, tanto em termos de complicações físicas como emocionais/psicológicas. A literatura demonstra que o aumento da ansiedade antes da cirurgia está associado

a piores desfechos, como a necessidade de administração de mais medicação para o controlo da dor pós-operatória, o aumento do tempo de internamento e uma recuperação pós-operatória mais lenta (Jovanovic et al., 2022).

O estado de ansiedade provoca uma ativação do sistema nervoso simpático, resultando no aumento dos níveis de cortisol, adrenalina e outras hormonas associadas ao stresse. Essa resposta fisiológica pode conduzir ao aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e à vasoconstrição, o que potencializa o risco de complicações intraoperatórias, como sejam arritmias cardíacas graves ou picos de hipertensão arterial (Hinkle & Cheever, 2020). Para além disso, os níveis elevados de cortisol podem diminuir a capacidade de resposta do sistema imunitário, tornando assim o cliente mais suscetível ao desenvolvimento de infeções no período pós-operatório (Rothrock, 2021).

Outro aspeto fisiológico que pode ser considerado enquanto consequência da ansiedade pré-operatória é a exacerbação da dor pós-operatória. Os clientes com altos níveis de ansiedade antes da cirurgia tendem a referir dor mais intensa no pós-operatório, o que pode aumentar a necessidade de administração de analgésicos, nomeadamente com recurso a fármacos opióides, e retardar a sua recuperação. Alguns estudos sugerem que a dor pós-operatória pode ser, em parte, influenciada pela perceção e pela interpretação dos sintomas físicos que o cliente experiencia, o que leva a considerar a gestão da ansiedade como parte essencial do plano individualizado de cuidados perioperatórios (Oh et al., 2024).

Além dos efeitos fisiológicos imediatos descritos, a ansiedade pré-operatória pode apresentar também consequências psicológicas a longo prazo. Neste sentido, os clientes que apresentam níveis elevados de ansiedade antes de uma cirurgia têm maior risco de desenvolver distúrbios emocionais no período pós-operatório, como a perturbação de stresse pós-traumático ou até quadros clínicos de depressão (Martinelli et al., 2021). Estas condições psicológicas podem prejudicar a qualidade de vida do cliente, dificultando a sua recuperação pós-operatória e, em alguns casos mais graves, pode exigir internamento hospitalar.

A literatura também refere que a ansiedade pré-operatória está igualmente associada a uma maior probabilidade de o cliente apresentar *flashbacks* da experiência cirúrgica, insónia e medo persistente face a futuras intervenções, o que pode influenciar negativamente a adesão do cliente a tratamentos subsequentes (Oteri et al., 2021). Deste modo, pode afirmar-se que a gestão adequada da ansiedade pré-

operatória não melhora apenas os resultados imediatos da cirurgia, mas também contribui para o bem-estar emocional do cliente a longo prazo.

Nowicka-Sauer et al. (2024) enfatizam a necessidade de individualizar a avaliação da ansiedade e reconhecer a subjetividade inerente a cada cliente, para além de se assegurar uma avaliação minuciosa das suas preocupações específicas. Os autores realçam ainda a importância de se realizarem estudos qualitativos acerca desta problemática e estudos que avaliem as intervenções no pré-operatório.

A preparação pré-operatória adequada dos clientes desempenha um papel fundamental na mitigação da sua ansiedade e constitui um conjunto de intervenções direcionadas para o fornecimento de informações acerca do processo cirúrgico, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, bem como técnicas que promovam o relaxamento e permitam a obtenção da confiança do cliente e o seu consequente envolvimento. Ao longo dos anos têm sido estudadas e adotadas diversas abordagens com o objetivo de diminuir a ansiedade e melhorar, deste modo, a experiência cirúrgica dos clientes (Shao et al., 2019; Tan et al., 2021; Yesilot & Yeşilkuş, 2022; Oliveira et al., 2023).

As intervenções educativas representam uma das estratégias mais comuns e efetivas para a preparação pré-operatória, e que pode incluir a explicação do procedimento, possíveis riscos associados, o processo anestésico, e o que o cliente pode esperar no período pós-operatório. Essas informações, fornecidas pelo enfermeiro, promovem a compreensão e o controlo emocional, diminuindo o desconhecimento e a incerteza que habitualmente contribuem para aumentar o nível de ansiedade (Althobiti et al., 2020).

Neste seguimento, um dos formatos educacionais mais eficazes é o fornecimento de material escrito ou audiovisual, que explica e sintetiza de forma clara e acessível a informação fornecida oralmente pelo enfermeiro. Alguns estudos demonstram que os clientes que recebem esta informação detalhada sobre como decorrerá todo o período perioperatório, tendem a apresentar menores níveis de ansiedade (Karalar et al., 2023). Adicionalmente, as sessões de preparação pré-operatória em pequenos grupos também se têm mostrado eficazes, uma vez que permitem aos clientes a partilha de experiências e o esclarecimento de dúvidas num contexto moderado pelo enfermeiro. As intervenções baseadas na realidade virtual têm sido consideradas mais simples, mais seguras e mais eficazes para reduzir a ansiedade em clientes submetidos a cirurgia, comparativamente com os cuidados convencionais, o que pode constituir

uma opção interessante para antecipar o ambiente do bloco operatório para clientes sem experiências cirúrgicas anteriores (Chiu et al., 2023; Gao et al., 2023).

Para além das intervenções educacionais, o apoio emocional e as técnicas de relaxamento são componentes cruciais na redução da ansiedade pré-operatória. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem eficaz para ajudar os clientes que irão ser submetidos a cirurgia, a identificar e modificar pensamentos negativos relacionados com o procedimento cirúrgico (Oliveira et al., 2023). O enfermeiro, nomeadamente o especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, desempenha um papel crucial a este nível, facilitando a realização de sessões de TCC e promovendo a prática de técnicas de relaxamento, como a respiração profunda e a imaginação guiada, que ajudam a aliviar a tensão e a ativação fisiológica. Estas técnicas não farmacológicas, frequentemente aplicadas por enfermeiros, têm demonstrado reduzir significativamente os níveis de ansiedade em clientes no período pré-operatório. Por outro lado, não só diminuem a resposta ao stress fisiológico, como também proporcionam ao cliente um sentimento de controlo e autoconfiança (Agüero-Millan et al., 2023).

Perante clientes com ansiedade elevada, pode estar indicado o recurso a uma abordagem farmacológica com a administração de ansiolíticos de curta duração como parte da preparação pré-operatória. Apesar de ter de haver alguma cautela na utilização destes fármacos, esta constitui-se uma ferramenta importante para evitar um estado de ansiedade incapacitante e que condicione a realização do procedimento cirúrgico (Oteri et al., 2021). É importante frisar que o uso de fármacos deve ser visto como uma medida complementar às intervenções não farmacológicas, de modo a reduzir os riscos de dependência e efeitos secundários. A sua combinação, quando necessária, tende a melhorar significativamente a experiência cirúrgica do cliente, reduzindo a sua ansiedade e promovendo uma recuperação mais tranquila e com menos complicações (Eberhart et al., 2020).

Face ao descrito, pode afirmar-se que a literatura tem relevado os benefícios de uma preparação pré-operatória estruturada, sugerindo a sua eficácia na redução da ansiedade, na melhoria dos *outcomes* cirúrgicos e na satisfação do cliente.

Os clientes submetidos a intervenções estruturadas, completas e individualizadas no período pré-operatório têm menor necessidade de medicação analgésica no pós-operatório e tempos de recuperação mais rápidos e, para além disso, relatam uma

experiência cirúrgica mais positiva e com menor desconforto emocional (Althobiti et al., 2020).

Em suma, a ansiedade pré-operatória é uma preocupação relevante que afeta tanto a saúde emocional quanto a física do cliente. Existem diversos fatores que contribuem para esse estado emocional, incluindo variáveis psicológicas, sociais e clínicas. A preparação pré-operatória surge como uma estratégia essencial, que permite aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, educar, tranquilizar e preparar o cliente para a experiência cirúrgica. Esta intervenção tem-se mostrado eficaz na redução dos níveis de ansiedade, promovendo um ambiente mais seguro e favorável à recuperação pós-operatória.

A intervenção do enfermeiro destaca-se assim neste contexto, uma vez que este pode atuar diretamente sobre os principais fatores que influenciam a ansiedade, proporcionando apoio emocional, intervenções educacionais e técnicas de relaxamento. O enfermeiro em contexto perioperatório deve estar capacitado para adaptar a sua intervenção às necessidades e expectativas de cada cliente, promovendo uma experiência cirúrgica mais positiva e menos stressante.

2.3 CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

A experiência cirúrgica é frequentemente uma experiência desafiadora e ansiogénica para os clientes. Quando alguém recebe um diagnóstico que implica uma intervenção cirúrgica, a pessoa e família são confrontados com a necessidade de tomada de decisões importantes, enquanto tentam lidar com sentimentos por vezes complexos (Gonçalves et al., 2017).

De acordo com a Portaria n.º 207/2017, uma consulta é o “(...) ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. A consulta pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, os profissionais envolvidos e as ações tomadas, podendo ser presencial e/ou mediada por tecnologias de informação, ou não presencial, e ser realizada por um profissional de saúde ou por vários” (alínea d), n.º 1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017, p. 3552). A mesma portaria esclarece ainda que uma consulta de enfermagem é a “(...) consulta realizada por enfermeiro” (p. 3552).

No contexto dos cuidados perioperatórios, a CPE emerge como uma intervenção crucial para garantir uma abordagem integral ao cliente que será submetido a cirurgia, focando-se na sua preparação física, emocional e do ponto de vista educativo.

O enfermeiro é o responsável pela realização da consulta de enfermagem, recorrendo a metodologia científica, ao processo de enfermagem, do qual constam a colheita de dados, a formulação de diagnóstico(s) de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem e a avaliação de resultados. A consulta de enfermagem, como tal, tem por base a avaliação efetuada e o(s) diagnóstico(s) de enfermagem, que sustentam a elaboração e/ou atualização de um plano de intervenção do enfermeiro (Parecer Conselho de Enfermagem n.º 53/2021).

A preparação pré-operatória vai muito para além da realização de exames auxiliares de diagnóstico e do cumprimento de algumas rotinas médicas; ela requer uma abordagem holística das necessidades do cliente, considerando aspetos biopsicossociais. Deste modo, uma consulta de enfermagem será fundamental na promoção da segurança do cliente e na humanização dos cuidados, alinhada com os princípios éticos e científicos da profissão.

De acordo com o Conselho de Enfermagem da OE, no âmbito da consulta, o enfermeiro deve socorrer-se da melhor evidência científica, pautando-se pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, orientado pelos referenciais legais e ético-deontológicos da profissão.

A CPE é uma intervenção complexa e autónoma, que deve incluir um conjunto de atividades cuja finalidade é a de conhecer o cliente e de o informar acerca de todo o seu percurso cirúrgico, considerando as suas necessidades e expectativas. Pode assim ser definida como um momento estruturado e sistemático entre o enfermeiro e o cliente antes da cirurgia, com o objetivo de realizar diversas avaliações (nomeadamente as que impactam com o risco anestésico e cirúrgico), fornecer informações/orientações e preparar o cliente para o procedimento em si. Alguns dos objetivos desta intervenção passam por reduzir a ansiedade pré-operatória, preparar fisicamente o cliente e promover a segurança perioperatória. A orientação deve ser adaptada ao perfil individual do cliente, recorrendo a materiais visuais, simulações ou outros. De acordo com a literatura, a CPE parece ter impacto ao nível da segurança do cliente, nomeadamente na prevenção de complicações e redução de eventos

adversos, bem como na agilização da recuperação pós-operatória (Mendes & Ferrito, 2021).

Este tipo de intervenções de enfermagem, como é o caso da CPE, pode ser realizado de modo presencial ou por via telefónica. Aliás, de acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2017), uma consulta de enfermagem presencial é a consulta que ocorre com a presença física do cliente, como tal, também designada de consulta de enfermagem direta, enquanto que a consulta de enfermagem não presencial é a consulta que ocorre sem a presença física do cliente, sendo o contacto estabelecido através de outros meios, entre eles, telefone, videochamada, carta, correio eletrónico, representante legal e/ou cuidador. Pode ser síncrona ou assíncrona, como tal, também designada de consulta de enfermagem indireta (ACSS, 2017). Num estudo realizado por Brown et al. (2018) com mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia, e cujo objetivo foi analisar a diferença da sua perceção consoante a CPE era realizada presencial ou telefonicamente, concluíram que as mulheres que tiveram uma consulta presencial no período pré-operatório referiram que receberam mais informação e apoio emocional e prático, comparativamente com aquelas que tiveram uma consulta telefónica. Neste sentido, os autores sugerem que quando as circunstâncias do cliente o permitam, deve ser proporcionada uma consulta de enfermagem presencial e quando tal não for possível, deve ser realizada por via telefónica.

A consulta telefónica também permite identificar fatores de risco para complicações cirúrgicas, e permite ainda ajudar o enfermeiro em contexto perioperatório a implementar intervenções precisas para prevenir ou atenuar o atraso na recuperação pós-operatória (da Silva Schulz et al., 2020).

De acordo com Breda e Cerejo (2021), a CPE é eficaz na construção da relação enfermeiro-cliente, uma vez que permite ao enfermeiro escutar atentamente os problemas e as dúvidas do cliente para posteriormente planear a implementação de intervenções autónomas. Para além disso, este tipo de intervenção tem potencial para influenciar a diminuição de custos pela diminuição de disparidades na preparação pré-operatória que podem comprometer a realização da cirurgia.

Num estudo realizado por Pedro et al. (2024), com o objetivo de conhecer as principais barreiras e constrangimentos à operacionalização da CPE, emergiram aspetos como a metodologia a adotar, o tempo, a ausência do serviço, a privacidade,

a motivação/reconhecimento profissional, o espaço físico, os recursos humanos, entre outros.

Para a concretização da CPE, a instituição deve garantir a existência de recursos humanos e materiais adequados às necessidades em cuidados de enfermagem e, ainda, a existência de espaço próprio. Paralelamente a estes aspetos mais operacionais, é importante o desenvolvimento da parametrização dos sistemas de informação de modo a que seja possível a extração da informação necessária à produção de indicadores em saúde e, em particular, indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No âmbito da preparação pré-operatória do cliente cirúrgico, nem sempre se verifica o necessário equilíbrio entre a preparação ao nível físico, emocional ou psicológico e na área do conhecimento, o que pode estar relacionado com o tempo disponível pelo enfermeiro para a preparação pré-operatória que, na maioria das vezes, é escasso, mas também com os recursos humanos disponíveis (Pedro et al., 2024).

Neste sentido, a falta de estruturação e planeamento da preparação pré-operatória deve ser tida em conta, tornando-se premente o desenvolvimento de intervenções estruturadas por parte dos enfermeiros (Mendes & Ferrito, 2021).

A CPE contribui para uma melhoria dos processos e resultados através de uma melhor preparação do cliente, mais informação e maior colaboração da sua parte. Adicionalmente, é possível verificar o seu impacto ao nível do pós-operatório, com os clientes a retomarem a sua autonomia na mobilização mais precocemente, encontram-se mais e melhor informados, mais integrados nos cuidados de enfermagem que lhes são prestados, tornando a experiência cirúrgica mais positiva, para além de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios (Kuczmainski et al., 2020; Breda & Cerejo, 2021; Mendes & Ferrito, 2021; Carvalho, 2024).

3. MODELOS TEÓRICOS NO CUIDAR EM PERIOPERATÓRIO

A Teoria das Transições desenvolvida por Meleis (2010) centra-se no conceito de mudança como um processo dinâmico e multifacetado. De acordo com a teórica, uma transição ocorre quando uma pessoa experimenta uma mudança significativa na sua vida, o que pode envolver aspetos físicos, emocionais, psicológicos ou sociais. Essas transições, que incluem desde alterações do estado de saúde até eventos situacionais, representam períodos críticos que requerem suporte adequado para garantir que o cliente se consiga adaptar à nova condição.

De acordo com Meleis (2012), a transição pode ser definida como um processo complexo, que ocorre ao longo do tempo e que envolve uma série de fatores que influenciam a capacidade de adaptação do cliente. Esse processo pode então ser facilitado ou inibido por uma variedade desses fatores, incluindo condições pessoais (por exemplo, idade, estado de saúde prévio, capacidade de resiliência), condições comunitárias (por exemplo, apoio social, acesso a cuidados de saúde) e condições sociais (por exemplo, fatores culturais, expectativas sociais). Deste modo, o enfermeiro desempenha um papel fundamental como facilitador da transição, ajudando o cliente a reconhecer as mudanças que estão a ocorrer e a encontrar estratégias de *coping* adequadas.

A Teoria das Transições identifica quatro tipos principais de transição que podem ocorrer simultaneamente ou de forma independente (Meleis, 2010):

- Transição de saúde/doença, que se refere a mudanças no estado de saúde do cliente, como a necessidade de um procedimento cirúrgico, o diagnóstico de uma doença crónica, ou a reabilitação após um acidente de viação. Este tipo de transição é particularmente relevante no contexto perioperatório, pois envolve mudanças rápidas no estado físico e psicológico do cliente;
- Transição de desenvolvimento, respeitante às alterações que ocorrem ao longo das diferentes fases de vida, como a puberdade, a maternidade ou o envelhecimento. Transpondo para o contexto perioperatório, este tipo de transição poderá ser relevante em situações como intervenções cirúrgicas em crianças ou idosos;

- Transição situacional, quando diz respeito a uma mudança de papéis nos vários contextos onde o cliente está envolvido, incluindo a adição ou perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte, por exemplo;
- Transição organizacional, que se refere a mudanças no ambiente de trabalho ou no sistema de cuidados de saúde. Para os enfermeiros, este tipo de transição pode ocorrer quando há implementação de novas políticas ou práticas, alteração na estrutura hospitalar ou na equipa de cuidados, influenciando a qualidade dos cuidados prestados aos clientes cirúrgicos.

Para além dos diferentes tipos de transição, Meleis (2010) descreve um conjunto de propriedades das transições, que são alguns aspetos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade destas experiências e que ajudam os enfermeiros a identificar e avaliar as experiências dos clientes. Estas propriedades incluem:

- A consciência ou conhecimento, relacionado com o grau de consciencialização do cliente sobre a experiência que está a vivenciar. Na experiência cirúrgica, a consciencialização envolve o reconhecimento, por parte do cliente, de que irá passar por uma mudança significativa no seu estado de saúde e rotina diária;
- O envolvimento ou ajustamento diz respeito ao grau de envolvimento do cliente no processo de transição, estando este dependente do conhecimento que detém sobre o processo. Durante o período perioperatório, o envolvimento do cliente pode manifestar-se pela forma como ele participa na preparação pré-operatória e na recuperação pós-operatória;
- A mudança e diferença, relaciona-se com a perceção do cliente de que estão a ocorrer mudanças na sua vida, inerentes ao processo de transição. É importante entender os significados que o cliente lhe atribui e que podem ser obtidos através da explicitação de algumas das suas dimensões, designadamente a natureza, a temporalidade, a perceção da importância ou severidade, as expectativas pessoais, familiares e sociais. Considerando o contexto cirúrgico, essas mudanças podem incluir a perda temporária da mobilidade, a experiência de dor ou alterações da aparência física;
- O tempo ou período de experiência e os acontecimentos críticos, pois uma transição é um processo temporal, e existem períodos críticos durante os quais o cliente pode necessitar de apoio adicional para garantir uma adaptação saudável. Eventuais

complicações pós-operatórias podem constituir-se como eventos críticos capazes de condicionar o curso da transição.

Estas propriedades fornecem uma estrutura prática para que os enfermeiros possam avaliar a progressão da transição relativa à experiência cirúrgica e identificar áreas onde o cliente possa necessitar de uma intervenção adicional.

A Teoria das Transições é particularmente relevante para a prática de enfermagem, pois fornece uma estrutura conceptual que permite aos enfermeiros entender de forma clara o modo como os clientes vivenciam as mudanças na sua vida e, particularmente, no seu estado de saúde. Meleis (2012) defende que os enfermeiros estão frequentemente envolvidos em processos de transição, por exemplo, ao cuidar de clientes hospitalizados ou com doenças crónicas, a sua intervenção vai para além do cuidado físico, pois envolve igualmente o apoio emocional, intervenções educativas e o acompanhamento ao longo do processo de transição.

Em contexto perioperatório, a ação profissional dos enfermeiros inicia-se desde o período pré-operatório, quando as expectativas e o nível de ansiedade são mais elevados, até ao período pós-operatório, onde o foco passa a estar na recuperação/reabilitação e adaptação às mudanças físicas e emocionais, resultantes da cirurgia. A teoria das transições orienta os enfermeiros a reconhecerem os diferentes estadios da transição, a avaliar as necessidades individuais dos clientes e a implementar intervenções que promovam a sua adaptação e recuperação.

Em síntese, o foco desta teoria está na promoção de uma transição saudável, o que significa que o cliente deve ser capaz de dominar a nova realidade imposta pela cirurgia, aceitando as alterações daí decorrentes. Segundo Meleis (2010), a transição saudável envolve a capacidade do cliente em redefinir o seu autoconceito e desenvolver novas estratégias para o ajudar a enfrentar as exigências do pós-operatório.

A experiência cirúrgica é, para muitos clientes, um momento importante de transição na vida, com mudanças profundas ao nível físico, mental e emocional. Para o processo de conceção de cuidados de enfermagem, entender essas mudanças à luz da perspetiva da Teoria das Transições de Afaf Meleis, permite uma abordagem mais humanizada e centrada nas necessidades individuais dos clientes. Esta teoria fornece um modelo para a compreensão das transições pelas quais os clientes passam em diferentes etapas das suas vidas, particularmente nas situações de saúde e doença.

Ao longo de todo o período perioperatório, o cliente pode vivenciar múltiplas fases de transição que exigem uma adaptação contínua, e que o afetam tanto a ele quanto aos seus familiares, exigindo intervenções especializadas da equipa de enfermagem para facilitar um processo de recuperação saudável.

A experiência cirúrgica pode ser entendida como uma série de transições interconectadas, que envolvem mudanças no estado físico, psicológico e emocional do cliente, como já foi referido. A cirurgia é, assim, uma intervenção significativa que afeta a integridade física e provoca uma série de reações emocionais e psicológicas, desde o medo do processo anestésico e cirúrgico até à incerteza relacionada com a recuperação e a capacidade de retornar às atividades normais.

Esta experiência pode ser compreendida como uma transição de saúde/doença, uma vez que o cliente passa de um estado de saúde (ou doença controlada) para outro, em que o resultado da cirurgia pode afetar verdadeiramente a sua qualidade de vida. Para além disso, envolve uma mudança temporária no ambiente e nas atividades diárias do cliente, que é internado e submetido a um processo de recuperação que pode exigir, nalguns casos, uma reabilitação prolongada.

Neste contexto, aspetos fundamentais como a mudança, a incerteza, a vulnerabilidade e a necessidade de adaptação, fazem com que o enfermeiro se afirme como facilitador da transição, devendo para tal assistir o cliente a entender e a lidar com essas alterações, proporcionando um apoio contínuo através de intervenções direcionadas.

A experiência cirúrgica, como referido no primeiro capítulo, é habitualmente dividida em três fases principais: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Cada uma dessas fases exige diferentes intervenções de enfermagem para garantir que o cliente consegue lidar de forma eficaz com as mudanças que ocorrem em cada etapa.

Durante o período pré-operatório, o cliente pode vivenciar sentimentos de ansiedade, medo e incerteza em relação ao procedimento, sendo a educação pré-operatória realizada pelos enfermeiros uma intervenção fundamental para reduzir o medo e aumentar a sensação de controlo da situação, por parte do cliente (Malley et al., 2015). Além disso, esta fase representa o início da transição para este.

Relativamente à fase intraoperatória, marcada pela realização do procedimento cirúrgico propriamente dito, o cliente pode estar sedado ou sob o efeito da anestesia, o que significa que está temporariamente incapaz de participar ativamente nos

cuidados. Neste seguimento, o enfermeiro é responsável por garantir a sua segurança, por meio de intervenções de monitorização e vigilância, mantendo a sua integridade física e atuando como defensor dos seus direitos ao longo de todo o procedimento. Efetivamente, o período intraoperatório distingue-se das outras duas fases do perioperatório pelo facto de o cliente estar incapaz de participar nos cuidados, ainda que de modo reversível, acabando o enfermeiro por assumir um papel de substituição, como é defendido por Virginia Henderson na sua teoria das catorze necessidades básicas. Segundo esta teórica, o enfermeiro “entra na pele do doente”, vincando esta visão de que este faz aquilo que o cliente não consegue fazer por si mesmo (Tomey & Alligood, 2003, p. 116).

Por último, o período pós-operatório é um momento de adaptação e recuperação. Durante esta fase, o cliente precisa lidar com as consequências físicas e emocionais da cirurgia, pelo que a intervenção do enfermeiro durante o pós-operatório é crucial para garantir que este consiga fazer uma transição saudável.

A promoção da autonomia é outro aspeto importante da ação do enfermeiro no pós-operatório, pois à medida que o cliente recupera a sua capacidade física, o enfermeiro deve incentivá-lo a participar ativamente nos cuidados. Uma transição bem-sucedida nesta fase relaciona-se com a sua capacidade em retomar as suas atividades de vida diária e estar capacitado para o autocuidado, na ausência de complicações cirúrgicas.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis fornece uma estrutura sólida para compreender a experiência cirúrgica como uma transição de saúde. Através dos seus conceitos centrais e propriedades das transições, a teoria permite que os enfermeiros identifiquem as necessidades dos clientes e implementem intervenções eficazes para promover uma transição saudável. A presença permanente, a educação pré-operatória, o controlo da dor e a promoção da autonomia são alguns dos elementos-chave para assegurar que o cliente consegue adaptar-se às mudanças impostas pela cirurgia e alcançar a sua recuperação pós-operatória. A teoria destaca ainda a importância de cuidados centrados no cliente e constitui-se como uma base prática e teórica para a melhoria dos cuidados de enfermagem e da qualidade de vida pós-operatória (Im, 2021).

**PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO – DESENVOLVIMENTO DO
MODELO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM**

4. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Uma cirurgia geral constitui-se como uma transição de saúde-doença, associada a uma mudança súbita no desempenho de papel resultante da alteração da condição de saúde. Os enfermeiros devem providenciar educação para a saúde, capacitando e ajudando a pessoa a adquirir estratégias de *coping* (Gonçalves et al., 2017).

O fornecimento de informações no período pré-operatório é uma estratégia adotada pelos enfermeiros, de forma a controlar os níveis de ansiedade dos clientes que irão ser submetidos a cirurgia. O enfermeiro é o profissional que deve, legal e moralmente, informar o cliente através de uma linguagem acessível, acerca dos cuidados de enfermagem que serão prestados ao longo de todo o período perioperatório. No entanto, quando o cliente é admitido no próprio dia da cirurgia, a mais-valia das informações que lhe possam ser fornecidas é limitada, quer pela escassez de tempo disponível, quer devido ao seu elevado nível de ansiedade. Neste sentido, quando a informação pré-operatória é insuficiente ou até inexistente, leva a um maior sofrimento psicológico por parte dos clientes, comprometendo a sua consciencialização acerca da importância do momento e, consequentemente, o seu envolvimento no plano terapêutico (Brown et al., 2018).

Num estudo realizado anteriormente (Gonçalves, 2016), com o objetivo de avaliar a informação que os clientes tinham acerca do ato anestésico-cirúrgico, no pré-operatório de cirurgia programada e analisar a relação entre essa informação e a ansiedade pré-operatória manifestada por estes, chegou-se à conclusão que a perceção dos clientes acerca da informação que possuíam era baixa e que se consideravam melhor informados acerca de aspetos administrativos, organizacionais e logísticos, em comparação com os cuidados de enfermagem de que seriam alvo ao longo do período perioperatório. Desse estudo, surgiu a perspetiva futura da criação de uma consulta de enfermagem no período pré-operatório, sob a forma de “uma intervenção estruturada, exequível, objetiva e individualizada, que tivesse em consideração as diferenças individuais e as circunstâncias clínicas de cada cliente” (p. 95).

A ausência do planeamento, suporte e estruturação da intervenção do enfermeiro no período pré-operatório ao cliente submetido a cirurgia programada esteve na origem desta investigação, pois com base na análise da prática clínica em contexto real, percebeu-se que com o encurtamento progressivo do tempo de internamento antes da cirurgia e ausência de contacto entre o cliente que será submetido a cirurgia e a equipa de enfermagem, fica comprometida a sua preparação pré-operatória e o seu empoderamento para fazer face à experiência cirúrgica. Perante a falta de uma intervenção de enfermagem devidamente estruturada no pré-operatório, e previamente ao internamento para cirurgia programada, deixa de ser possível o fornecimento de informações importantes e o esclarecimento de dúvidas aos clientes, aspeto que pode agravar os seus níveis de ansiedade antes da cirurgia e comprometer o seu percurso ao longo de todo o período perioperatório.

Tendo em conta o exposto, optou-se pela condução de uma investigação-ação com a finalidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem que são prestados aos clientes cirúrgicos, submetidos a cirurgia geral programada, e com foco na sua preparação pré-operatória, através de uma abordagem estruturada, que procura materializar a intervenção autónoma dos enfermeiros para melhorar o nível de conhecimento dos clientes, de forma compreensiva e sustentada, diminuir os seus níveis de ansiedade e garantir a sua satisfação com os cuidados prestados.

A investigação-ação é um encontro entre a investigação e a ação, isto é, entre a prática e a teoria. Neste sentido, a investigação-ação apresenta duas vertentes, por um lado, diz respeito à resolução de problemas práticos em situações do mundo real, à melhoria da prática e/ou à melhoria de uma situação considerada problemática por alguns intervenientes e, por outro lado, também diz respeito à investigação, constituindo-se como um método que permite o desenvolvimento de novo conhecimento (McKay & Marshall, 2001).

Esta metodologia de investigação apresenta algumas características que a tornam uma excelente alternativa a outros métodos, nomeadamente (Vilelas, 2020):

- Desenvolve-se de modo cíclico, prevendo a definição do âmbito e planeamento, prévio à ação, seguido de revisão e reflexão crítica;
- Facilita simultaneamente a capacidade de resposta e o rigor nos requisitos da investigação e da ação;

- Proporciona uma ampla participação que gera responsabilidade e envolvimento;
- Produz mudanças inesperadas, conduzindo a processos inovadores.

Atendendo às características fundamentais do método, considerou-se que a investigação-ação seria uma metodologia adequada à situação identificada, garantindo um acréscimo no conhecimento que existe acerca da problemática, tendo sido conduzida de acordo com os pressupostos teóricos de McKay e Marshall (1999). Adicionalmente, julga-se que permitirá melhorar a prática clínica dos enfermeiros, bem como a compreensão dessa prática, para além de assegurar a participação dos integrantes do processo (clientes e enfermeiros), por forma a propiciar o seu compromisso com a mudança (Streubert & Carpenter, 2013; Vilelas, 2020).

Assim, o objetivo principal desta investigação é estruturar e implementar um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório ao cliente submetido a cirurgia geral programada. Como objetivos específicos definiu-se:

1. Identificar a perceção dos clientes submetidos a cirurgia geral programada acerca da sua preparação pré-operatória (Estudo 1);
2. Conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à preparação pré-operatória efetuada a clientes submetidos a cirurgia geral programada (Estudo 2);
3. Avaliar as necessidades em cuidados de enfermagem, no pré-operatório, do cliente submetido a cirurgia geral programada (Estudos 1 e 2);
4. Estruturar uma consulta pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia geral programada (Estudo 3);
5. Implementar uma consulta pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia geral programada (Estudo 4);
6. Avaliar o impacto de uma consulta pré-operatória de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia geral programada (Estudo 4).

Do ponto de vista dos procedimentos formais e éticos, foi obtido o parecer favorável por uma Comissão de Ética (**ANEXO I**) e a consequente autorização institucional (**ANEXO II**) para a realização da investigação. O respeito pela autodeterminação de cada participante traduziu-se na sua participação voluntária e com obtenção prévia do seu consentimento livre e esclarecido.

O estudo 1 pretendeu dar resposta aos objetivos específicos 1 e 3 e consistiu num estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com uma amostra de clientes que

tinham sido submetidos a cirurgia geral programada há menos de 6 meses. Os dados foram colhidos através de entrevistas individuais semiestruturadas, cujo guião foi construído pelos investigadores, por forma a dar resposta aos objetivos do estudo. Depois de realizado o pré-teste do guião, as entrevistas realizadas foram audiogravadas e transcritas tipo *verbatim*, e o seu conteúdo foi analisado à luz dos pressupostos teóricos de Laurence Bardin (2018), após ter sido validado pelos participantes.

De acordo com Bardin (2018), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos. De acordo com a autora, a dimensão qualitativa deste método surge na interpretação dos significados subjacentes aos dados, que por sua vez, são categorizados de modo a garantir a sua organização e a facilitar a sua interpretação. Esta interpretação não deve estar desvinculada do seu contexto.

O processo de análise inicia-se com uma pré-análise, que envolve a organização inicial do material a ser analisado e inclui uma leitura flutuante, a formulação de hipóteses e objetivos, e a definição do *corpus*. De seguida, ocorre a codificação dos dados, a classificação em categorias e a análise propriamente dita. As categorias devem ser definidas de maneira clara e sistemática. Por fim, dá-se a elaboração de inferências e interpretação dos dados, com base nos objetivos da investigação e nas teorias de referência (Bardin, 2018).

O estudo 2, por sua vez, pretendeu dar resposta aos objetivos específicos 2 e 3 e consistiu também num estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com uma amostra de enfermeiros que exerciam a sua atividade profissional há pelo menos cinco anos em serviços de internamento de cirurgia geral ou em bloco operatório. À semelhança do estudo 1, os dados foram colhidos através de entrevistas individuais semiestruturadas.

Considerando a metodologia de investigação-ação, os estudos 1 e 2 integraram a fase de diagnóstico.

Com o estudo 3, pretendeu-se dar resposta ao objetivo específico 4, através de um estudo *e-Delphi* que foi desenvolvido com um painel de peritos cuja atividade profissional se desenvolve nas áreas da prestação de cuidados, da gestão, do ensino e da investigação. Após a realização de duas rondas, o modelo final da CPE ficou constituído por quarenta itens distribuídos por cinco dimensões.

O estudo 3 integrou a fase de planeamento.

Por último, o estudo 4 pretendeu dar resposta aos objetivos específicos 5 e 6, e consistiu num estudo pré-experimental, quantitativo, longitudinal, do tipo pré e pós, com grupo único constituído por clientes que iriam ser submetidos a cirurgia geral programada e aos quais foi implementado o modelo de consulta validado no estudo 3. Foi avaliado o impacto da intervenção no nível de ansiedade, ganhos na preparação e conhecimento e satisfação dos clientes. A duração média de cada consulta rondou os 30 a 45 minutos, o que vai de encontro ao último Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, emanado pela OE (Regulamento n.º 743/2019). As consultas foram conduzidas pelos enfermeiros que constituíam a equipa de implementação e documentadas no sistema de informação em uso na instituição, como previsto no modelo. O impacto da consulta foi avaliado através da aplicação de um questionário em momentos diferentes: antes da consulta, após a consulta e no momento da admissão ao internamento.

Adicionalmente, foram promovidas reuniões de *debriefing* após cada dia de consultas, com a equipa de implementação, no sentido de promover um processo de autorreflexão e reflexão crítica que permitisse identificar aspetos a melhorar e integrar modificações ao inicialmente planeado. Como refere Nunes (2020), a reflexão sobre a prática transforma essa mesma prática, tornando-se geradora de novas atitudes, podendo resultar na reorganização do nosso conhecimento com consequências ao nível da ação.

Tendo em consideração a metodologia de investigação-ação, o estudo 4 integrou as fases de implementação e avaliação.

A figura 2 mostra de forma esquemática as várias fases da investigação, de acordo com a metodologia de investigação-ação.

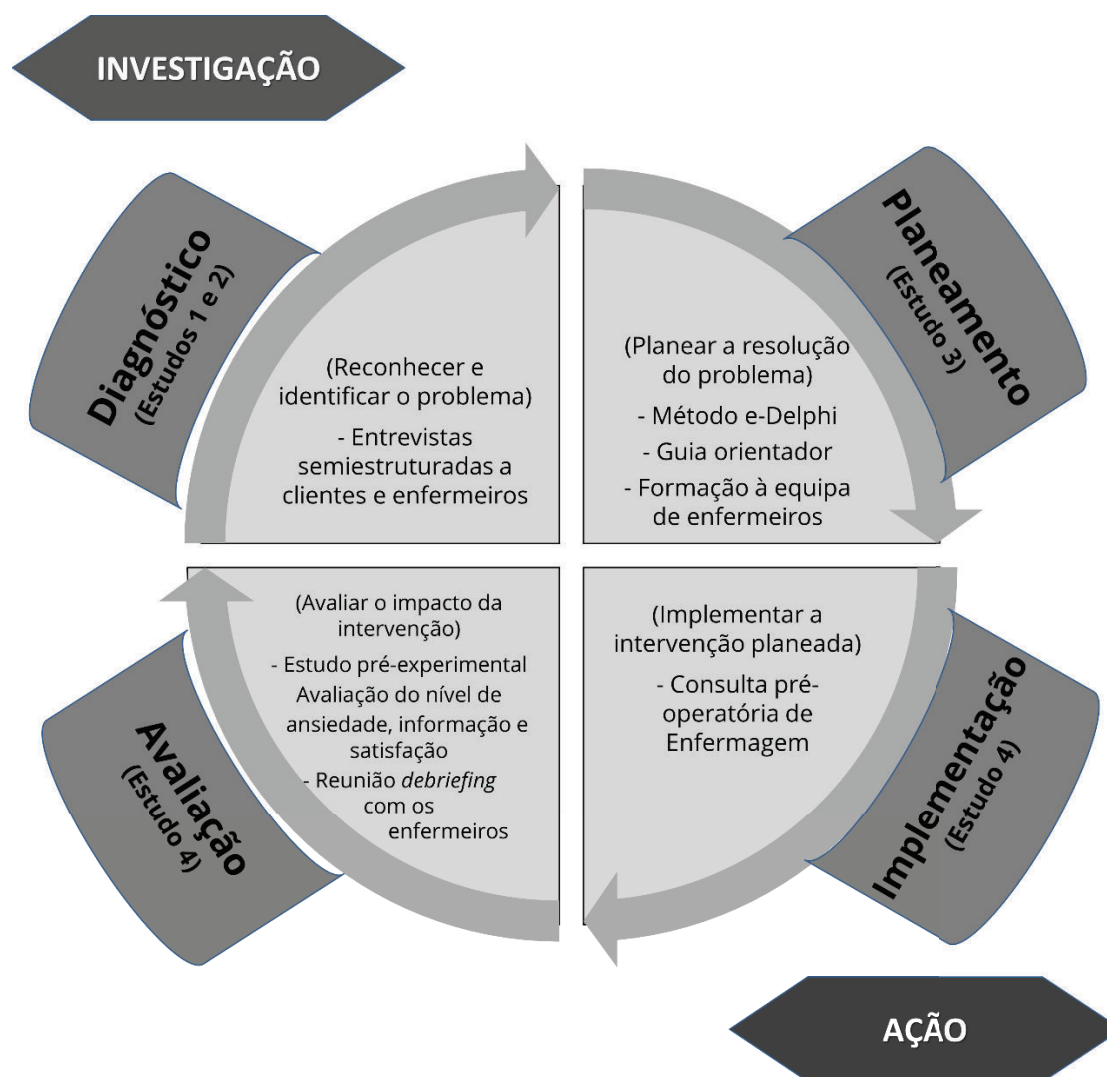


Figura 2 – Representação esquemática das várias fases da investigação. (Adaptado de McKay & Marshall, 2001)

A construção e o processo de implementação desta CPE foram influenciados pela Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A transição pela qual o cliente passa ao ser submetido a uma cirurgia programada é um processo complexo que envolve diversas dimensões, com impacto na diáde saúde/doença do mesmo e até na organização dos cuidados. Algumas propriedades desse momento de transição, como por exemplo, o nível de consciencialização, o grau de envolvimento e o próprio processo de mudança poderão ser influenciadas pelo espaço temporal dessa transição e por eventuais eventos críticos que possam surgir.

Assim, devem ser considerados os múltiplos fatores que poderão influenciar o modo como o cliente vivencia essa transição. Do ponto de vista pessoal, importa avaliar na CPE os significados atribuídos à cirurgia, as atitudes e crenças culturais, bem como o nível de conhecimento e preparação do cliente. Ao nível da comunidade, o enfermeiro também deverá considerar a existência e a utilização de recursos de apoio e serviços de saúde. Por fim, também sob o ponto de vista da sociedade, é importante considerar o impacto das políticas de saúde, do acesso aos serviços e do apoio social, na experiência cirúrgica do cliente.

No sentido de perceber o impacto da consulta pré-operatória, e considerando a Teoria das Transições, o enfermeiro deve ter em conta indicadores de processo e de resultado, que se constituem como padrões de resposta à intervenção (Meleis et al., 2000). Os indicadores de processo poderão incluir a adesão do cliente às orientações, a sua interação com a equipa de enfermagem, o seu sentimento de segurança. Por outro lado, os indicadores de resultado focam-se na diminuição da ansiedade pré-operatória, no nível de conhecimento e compreensão do processo cirúrgico, na menor incidência de complicações cirúrgicas, na redução do tempo de internamento e na melhoria da qualidade de vida após a cirurgia.

De maneira a garantir que estes resultados sejam conseguidos, o enfermeiro deverá estar presente ao longo de todo o processo, proporcionando conhecimento ao cliente que o vivencia, assim como àqueles que o rodeiam, e promovendo deste modo um nível efetivo de segurança e bem-estar (Meleis et al., 2000).

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO 1

O estudo 1 baseou-se num estudo qualitativo de carácter exploratório, com base em entrevistas semiestruturadas (**APÊNDICE I**) aplicadas a dez clientes que tinham sido já submetidos a cirurgias gerais programadas, há menos de seis meses, num hospital universitário de Portugal. Foram assegurados os aspetos éticos e legais, e previamente ao início da entrevista, foi obtido o consentimento informado (**APÊNDICE II**) de cada cliente e ainda solicitado o preenchimento de um breve questionário sociodemográfico (**APÊNDICE III**). Os participantes foram selecionados com base em critérios como idade superior a 18 anos, compreensão do idioma português, capacidade auditiva preservada e ausência de alterações mentais. As entrevistas, conduzidas presencialmente, tiveram uma duração média de quinze minutos e foram audiogravadas, transcritas e o seu conteúdo foi analisado sem recurso a software e de acordo com os pressupostos de Bardin (2018).

O período perioperatório é um momento de transição significativo na vida dos clientes, caracterizado por mudanças súbitas no estado de saúde e no desempenho de papéis sociais. Essas mudanças têm repercussões importantes no bem-estar e nos padrões de vida, exigindo uma atenção especial dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Neste contexto, a enfermagem desempenha um papel crucial ao proporcionar suporte emocional, informação detalhada e estratégias de empoderamento para que os clientes possam lidar melhor com a experiência cirúrgica.

Assim, este estudo teve como objetivo principal identificar a perceção dos clientes submetidos a cirurgia geral programada acerca da sua preparação pré-operatória e, desse modo, avaliar as suas necessidades em cuidados de enfermagem no período pré-operatório. Para além disso, procurou explorar as expectativas dos clientes sobre os cuidados de enfermagem e analisar como essas perceções podem contribuir para a estruturação de uma CPE.

Os achados (**APÊNDICE IV**) foram organizados em cinco unidades temáticas principais: a perceção da experiência cirúrgica, os sentimentos e emoções percebidos, as necessidades de informação, as expectativas em relação aos cuidados de enfermagem no período pré-operatório e as perspetivas sobre a existência de uma consulta de enfermagem.

Os participantes atribuíram significados positivos à experiência cirúrgica quando identificaram suporte emocional por parte dos profissionais de saúde, mas também referiram aspetos negativos devido à imprevisibilidade do ambiente cirúrgico. Sentiram-se mais confortáveis quando a comunicação com os profissionais foi clara e empática. As unidades de registo destacaram a relevância da preparação pré-operatória, incluindo a realização de exames auxiliares de diagnóstico e orientações específicas, como o uso de meias elásticas ou a suspensão da toma de medicamentos habituais.

Em relação aos sentimentos e emoções percebidos, predominaram sentimentos de ansiedade e medo, especialmente entre os clientes que se submetiam à sua primeira cirurgia, sendo que o desconhecido foi identificado como o principal fator de stresse. Os participantes também mencionaram estratégias para lidar com essas emoções, como a abstração, a relativização e o evitamento de informações potencialmente ansiogénicas.

Considerando as necessidades informativas, os entrevistados apontaram lacunas significativas na informação recebida, especialmente em relação ao ambiente cirúrgico, possíveis complicações, cuidados pós-operatórios, sinais e sintomas, cuidados de preparação pré-operatória e presença de dispositivos médicos. A procura por informações era frequentemente direcionada para fontes externas, como internet, amigos ou familiares e equipa médica, em detrimento dos enfermeiros.

Os participantes esperavam maior pessoalização dos cuidados, para além de uma comunicação mais clara e empática por parte dos enfermeiros. Segundo estes, os enfermeiros deveriam ser mais proativos ao proporcionar informações detalhadas, adaptadas às necessidades de cada cliente.

Por último, os participantes destacaram a necessidade de consultas pré-operatórias como espaços multidisciplinares para suprir lacunas de informação e proporcionar suporte emocional. As consultas foram consideradas fundamentais para melhorar a preparação psicológica, diminuindo a ansiedade e aumentando a segurança emocional antes da cirurgia.

Os resultados do estudo corroboram a literatura existente (Bagheri et al., 2019; Redondo-Sáenz & Ramírez-Elizondo, 2021), que reforça a importância de uma comunicação clara e da pessoalização dos cuidados prestados no contexto perioperatório. Além disso, destacam o papel essencial do enfermeiro como

facilitador da informação e do suporte emocional. Contudo, foi evidenciada uma lacuna na prática clínica atual, com participação pouco ativa dos enfermeiros na educação pré-operatória.

Este estudo evidencia assim a relevância de estruturar intervenções específicas de enfermagem no período pré-operatório, com destaque para a implementação de consultas de enfermagem. Tais consultas podem contribuir para suprir lacunas de informação, reduzir os níveis de ansiedade, melhorar a experiência do cliente e facilitar a colaboração entre clientes e equipa de saúde.

Estas intervenções representam um passo essencial para promover a segurança, autonomia e bem-estar dos clientes, para além de fortalecer o papel autónomo do enfermeiro enquanto elemento central na equipa de saúde perioperatória.

Este estudo deu origem a um artigo de investigação, denominado “*Preparación preoperatoria: la percepción de la persona que se somete a una cirugía programada*”. Foi publicado em 2023, na Revista Index de Enfermería, e está disponível em língua espanhola e inglesa (é apresentada a versão espanhola) (cf. Artigo 1) em formato online <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235773>.

ARTIGO 1

**“Preparación preoperatoria: la percepción de la persona que se somete
a una cirugía programada”**



Preparación preoperatoria: la percepción de la persona que se somete a una cirugía programada

Marco António Rodrigues *Gonçalves*,^{1,2} (<https://orcid.org/0000-0001-7342-8145>)

Maria Aurora Gonçalves *Pereira*,^{2,3} (<https://orcid.org/0000-0002-1710-1663>)

Natália de Jesus Barbosa *Machado*,⁴ (<https://orcid.org/0000-0002-0818-0777>)

Resumen Abstract

Objetivo principal: Conocer la percepción de la persona sometida a una cirugía general programada sobre su preparación preoperatoria. **Método:** Estudio cualitativo y exploratorio. Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas con personas que se habían sometido a una cirugía general programada en los últimos seis meses en un hospital universitario de la región central de Portugal. Para analizar los datos se utilizó la técnica del análisis de contenido. **Resultados principales:** Surgieron cinco unidades temáticas, percepción de la experiencia quirúrgica, sentimientos/emociones percibidas, necesidades de información, expectativas sobre los cuidados de enfermería preoperatorios y perspectivas sobre la existencia de una consulta de enfermería, que se subdividieron en varias categorías y subcategorías. **Conclusión principal:** Algunas personas siguen viendo la experiencia quirúrgica como algo traumático y consideran el entorno quirúrgico como un generador de estrés. Este estudio refuerza la relevancia del personal de enfermería en la preparación de las personas en situaciones perioperatorias y puede proporcionar importantes contribuciones a la estructuración de una consulta de enfermería. **Palabras clave:** Enfermería perioperatoria. Cuidados preoperatorios. Cirugía general.

Preoperative preparation: perceptions of elective surgery patients

Objective: This study aimed to identify elective surgery patients' perceptions of their preoperative preparation. **Methods:** A qualitative, exploratory study was carried out. Ten semi-structured audio-recorded interviews were conducted with people who had undergone elective general surgery in the last six months at a university hospital in central Portugal. The content analysis technique was used to analyze the data. **Results:** Five thematic units emerged: perception of the surgical experience, perceived feelings/emotions, information needs, expectations towards preoperative nursing care, and perspectives on the existence of a nursing consultation. They were subdivided into several categories and subcategories. **Conclusions:** Surgery is still considered a traumatic experience, and the surgical environment causes stress. This study reinforces the relevance of nurses in the preoperative preparation of patients and can contribute considerably to structuring a nursing consultation.

Keywords: Perioperative nursing. Preoperative care. General surgery.

¹Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidad de Oporto, Portugal. ²Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería, Escuela Superior de Enfermería de Coimbra (ESENFC), Portugal. ³Escuela Superior de Salud de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), Portugal. ⁴Escuela Superior de Enfermería de Oporto (ESEP), Portugal.

CORRESPONDENCIA:
marcogoncalves@esenfc.pt (Marco António Rodrigues Gonçalves)

Manuscrito recibido el 7.11.2022
Manuscrito aceptado el 9.01.2023

Index Enferm 2023; 32(2):
e14318
<https://doi.org/10.58807/indexenferm20235773>

Introducción

La cirugía es una nueva realidad que provoca cambios profundos en la vida de cada individuo, lo que tiene importantes implicaciones en el bienestar y la salud, en los patrones básicos de la vida a nivel individual y familiar.¹ La experiencia quirúrgica, que puede considerarse una transición de la salud a la enfermedad, está asociada con un cambio repentino en el desempeño del papel derivado del cambio del estado de salud. Esta transición tiene ciertas propiedades, como la concienciación, la implicación y el cambio, a las que el enfermero debe prestar especial atención para contribuir a que el paciente tenga una experiencia tranquila y adaptada. A través de la educación sanitaria, los enfermeros deben empoderar a los pacientes y ayudarles a adquirir estrategias de afrontamiento que les permitan sobrellevar mejor la operación.²

Por otro lado, dentro del ámbito de su práctica profesional y de acuerdo con el Código Deontológico, los enfermeros deben informar al paciente sobre los cuidados de enfermería que se le van a prestar a lo largo del periodo perioperatorio, con lo que contribuyen a la seguridad del paciente quirúrgico y a la reducción de su ansiedad.¹

La intervención de los enfermeros en la valoración preoperatoria implica la identificación de las necesidades de los pacientes y de los factores de riesgo relacionados no solo con la operación, sino también con toda la trayectoria del paciente a lo largo del periodo perioperatorio. En un estudio, y tras las entrevistas con algunos enfermeros, se identificaron cuatro temas principales que surgen durante la valoración preoperatoria: la comprensión de las vulnerabilidades del paciente, las distintas dimensiones del proceso de comunicación, la gestión de las expectativas del paciente y, por último, el papel del enfermero para compensar las lagunas de conocimiento/información.³

Así, partiendo de la pregunta de investigación ¿Cuáles son las necesidades de los cuidados de enfermería preoperatorios de las personas que se someten a una cirugía general programada?, este estudio tuvo como objetivos: conocer la percepción de las personas que se someten a una cirugía general programada sobre su preparación preoperatoria, iden-

tificar sus principales preocupaciones sobre la experiencia quirúrgica, conocer sus expectativas respecto a los cuidados de enfermería preoperatorios e identificar los temas/sujetos cuyo planteamiento se considera relevante.

Método

La estructuración de este artículo siguió la "Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ) checklist".⁴ Se realizó un estudio cualitativo de carácter exploratorio. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de un Centro Hospitalario y Universitario (074/CES-CHUC-138-18), y se siguieron todos los supuestos intrínsecos a este tipo de investigación.

Los criterios de inclusión para la selección de los participantes fueron los siguientes: tener 18 años o más, hablar portugués, tener agudeza auditiva y no tener trastornos mentales ni haber sido sometido a una cirugía general programada (cirugía media y mayor) en los últimos 6 meses. Los participantes fueron seleccionados el día en que tenían su primera cita posoperatoria, una vez aplicados los criterios de inclusión, por lo que se trataba de una muestra de conveniencia. Todos los participantes aceptaron participar en el estudio y dieron su consentimiento informado por escrito antes del comienzo de la entrevista. Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas con un guion, de forma presencial en una oficina para tal efecto, y solo se grabó el audio para la recogida de datos.

Las entrevistas duraron una media de 15 minutos. Las transcribió uno de los investigadores, y los archivos de audio fueron codificados y serán destruidos después de que acepten su publicación. El análisis de contenido de las entrevistas transcritas se llevó a cabo sin apoyo de software y siguiendo los supuestos de Bardin.⁵⁻⁷

El entrevistador se reunió periódicamente con el resto del equipo de investigación para organizar y analizar los principales temas planteados por los participantes.

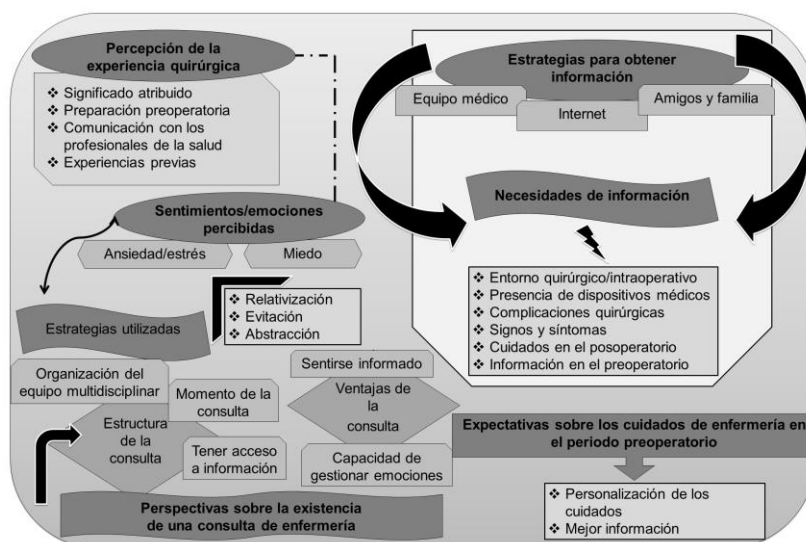
Resultados

En el estudio participaron diez pacientes, seis hombres y cuatro mujeres, con una edad media de 65 años. La mitad de los participantes había completado el primer ciclo de educación básica, la mayoría estaba jubilada y vivía en zonas rurales. En cuanto al estado civil, la mitad de ellos estaban casados o vivían en una pareja de hecho.

Del análisis de contenido de las entrevistas surgieron unidades temáticas como la percepción de la experiencia quirúrgica, los sentimientos/emociones percibidos, las necesidades de información, las expectativas sobre los cuidados de enfermería preoperatorios y las perspectivas sobre la existencia de una consulta de enfermería (ver figura 1).

La "percepción de la experiencia quirúrgica" fue presentada por los entrevistados a partir del significado atribuido por ellos, la preparación preoperatoria, la

Figura 1. Representación esquemática del fenómeno estudiado



ORIGINALES

comunicación con los profesionales de la salud y las experiencias quirúrgicas previas.

Cuando se los preguntó por su experiencia quirúrgica, los participantes le atribuyeron, por un lado, un significado positivo, basado principalmente en la relación establecida con los profesionales sanitarios, y, por otro, un significado negativo, debido a lo imprevisible de la experiencia y al propio contexto: *“en el quirófano empezaron a hablarme y a distraerme, y eso me alivió un poco”* (E10); *“fue de repente..., fue en un momento en el que no podía ni pensar”* (E1); *“la experiencia de ser operado nunca es una buena experiencia, (...) encontré el ambiente un poco estresante para mí”* (E8).

Al referirse a la "preparación preoperatoria" a la que habían sido sometidos, los participantes se refirieron a las pruebas diagnósticas auxiliares realizadas, a la preparación física para la cirugía y a la suspensión del régimen de medicación habitual. Valoraron en su discurso la importancia de realizar ciertas pruebas antes de la cirugía y de tener una correcta preparación física: *“tuve que hacerme las pruebas previas y tuve que quedarme en el hospital (...), me hice las pruebas que eran necesarias”* (E8); *“fui a bañarme, me pusieron unas medias elásticas y me dieron la medicación”* (E7).

La suspensión del régimen de medicación habitual debido a la cirugía resultó ser un factor de preocupación para algunos de los encuestados: *“tengo depresión y, como no me dieron mi medicación habitual, lo pasé mal los primeros días”* (E3).

La percepción de la experiencia quirúrgica de los participantes también se vio influida por la forma en que se estableció la comunicación con los enfermeros: *“cuando llegué a la enfermería, había una enfermera que estaba a cargo de mí y me dio algunas indicaciones, nada más”* (E8).

Además, las experiencias quirúrgicas previas y la forma en que se llevaron a cabo también contribuyeron a la manera en que se describió la experiencia quirúrgica: *“pensé que, si ya me habían hecho una colonoscopia con anestesia, la operación me resultaría fácil”* (E10).

Los "sentimientos/emociones percibidos" por los entrevistados fueron principalmente ansiedad/estrés y miedo.

Además, se refirieron a las estrategias usadas para hacer frente a estos sentimientos.

La mayoría de los encuestados admitieron que se sentían bastante ansiosos, sobre todo en los casos en que era su primera experiencia quirúrgica. Lo desconocido se revela como el mayor foco de preocupación para la persona que vive un proceso quirúrgico: *“estaba muy ansioso (...), como es la primera vez, nunca se sabe..., era la primera cirugía de mi vida, por eso, creo que fue un poco traumática”* (E5).

Además de la ansiedad, los participantes dijeron sentir miedo ante diversos aspectos relacionados con la experiencia quirúrgica, como las posibles complicaciones, la anestesia e incluso la muerte: *“también me preocupaba (...) lo que me pasaría”* (E4); *“la anestesia y el miedo a no despertar”* (E10); *“cuando vas a algo así, piensas ‘no sé si volveré’”* (E10).

El análisis del discurso de los participantes también permitió identificar algunas estrategias usadas por ellos para hacer frente al miedo y la ansiedad mencionados, como la relativización, la evitación y la abstracción: *“soy una persona muy desprendida de todo, incluso de la vida”* (E6); *“ya iba con miedo de que si preguntaba, me dijeran algo que no me gustara..., prefería no saberlo”* (E7); *“cuando pasamos por una situación así, tenemos que abstraernos de todo lo que nos rodea y pensar en todo lo positivo que tenemos en la vida”* (E10).

Los entrevistados también identificaron lo que consideraban sus "necesidades de información", que engloban los aspectos que consideraban más relevantes y las estrategias más utilizadas para obtener la información.

Así, las necesidades de información mencionadas se refieren a la descripción del quirófano/entorno intraoperatorio, la posibilidad de la presencia de dispositivos médicos tras la cirugía y las sensaciones asociadas, los aspectos relacionados con el periodo preoperatorio, las posibles complicaciones quirúrgicas, los posibles signos y síntomas derivados de la cirugía y los cuidados posoperatorios: *“nadie me había explicado cómo era el ambiente allí abajo, en el quirófano”* (E3); *“sabía que me iban a hacer un drenaje, pero no sabía lo que era un drenaje”* (E3); *“qué me va a pasar, qué puede pasar, qué problemas tengo o*

puedo tener” (E4); *“qué nos iba a pasar después de la operación, cómo nos íbamos a sentir (...), hay síntomas que tengo que no sé cómo definir”* (E1); *“mi mayor preocupación era la dieta que tenía que seguir en el posoperatorio, esta información no me la dieron”* (E4); *“en cuanto a la cirugía, no tenía ninguna información”* (E9).

En relación con las estrategias utilizadas para obtener información, cabe destacar que nunca se mencionó al personal de enfermería como fuente potencial y que la información se obtenía normalmente del equipo médico, concretamente del cirujano, consultando Internet y a través de amigos o familiares: *“la información sobre la que tenía curiosidad se la pregunté a uno de los médicos (...), el resto lo leí en Internet”* (E5); *“también tengo algunos primos que son enfermeros (...), con amigos médicos también”* (E6).

Las "expectativas hacia los cuidados de enfermería preoperatorios" descritas por los participantes se centraron en una mayor personalización de los cuidados y una mejor información. Por un lado, los participantes destacaron los aspectos actitudinales y la importancia de que los enfermeros establezcan una relación empática con los pacientes para tranquilizarlos. Por otro lado, consideraron que se debe esperar que los enfermeros demuestren habilidades que promuevan una comunicación personalizada y adecuada a la persona, para permitir la expresión de dudas y temores: *“el seguimiento y la aclaración por parte del enfermero es muy importante para el paciente (...), antes de ingresar no había tenido contacto con ningún enfermero antes de la cirugía, pero creo que sería importante”* (E4); *“creo que deberían tranquilizarnos un poco”* (E8); *“hay que saber comunicar (...), las habilidades literarias son un indicador fundamental del tipo de comunicación que voy a establecer con el paciente (...), el arte de comunicar es fundamental”* (E6).

Además, los participantes mostraron unas expectativas de mejor información, sobre todo más detallada y que respondiera a sus necesidades de información: *“quizás una información más detallada (...), a veces en ciertos temas tenía que esperar a que viniera el médico (...), nos podían informar los propios enfermeros,*

ORIGINALES

que es su área" (E5); "hay asuntos que deben explicarse mejor" (E8).

Por último, cuando se los preguntó por sus "perspectivas sobre la existencia de una consulta de enfermería", los entrevistados se refirieron a su estructura y sus ventajas. Según sus declaraciones, el momento de una posible consulta de enfermería preoperatoria debería coincidir con otras visitas al hospital, la estructura debería tener en cuenta el carácter multidisciplinar del periodo perioperatorio y debería permitir a los pacientes tener acceso a la información pertinente: "si hay una consulta de anestesia, creo que hay que coordinarla para que la persona no tenga que venir dos veces" (E5); "creo que el equipo debería estar formado por un médico y un enfermero porque me parece que, dada la especificidad del enfermero y del médico, cada uno tendrá su propia área y le resultará más fácil aclarar al paciente cierto tipo de situaciones (...), este tiempo que podría ocupar el enfermero liberaría al médico para otras cuestiones" (E4); "creo que debería ser para informarnos de todo (...), todavía tengo tantas dudas (...), al final, pensé que me deberían haber dicho ciertas cosas que no me dijeron y que necesitaba saber" (E1).

Las principales "ventajas de la consulta" mencionadas por los entrevistados fueron sentirse informados y tener mayor capacidad para gestionar sus emociones. Una vez más, se observa que se da gran importancia a la cuestión de la información y a los beneficios obtenidos a través del conocimiento. Por otro lado, la consulta de enfermería permitirá una mejor preparación emocional del paciente, tranquilizándolo y haciéndolo más apto psicológicamente para enfrentar el momento de la cirugía: "una consulta con los enfermeros podría ser importante, para hacernos conscientes de las cosas, para preparar mejor a la persona, para que sepa cómo va a ser" (E3); "deben centrarse en la preparación psicológica de la persona porque en estas cosas todo pasa muy rápido. Si realmente existiera esta consulta, con esta preparación psicológica, ayudaría mucho" (E8).

Discusión

En un estudio con los pacientes sometidos a prostatectomía y sus familias, los autores afirman la importancia de que

estos pacientes tengan un papel activo en su salud, mediante el suministro de información relacionada con el proceso quirúrgico.⁸ Se desarrolló una clase preoperatoria en la que se explicaron los pasos de preparación antes de la cirugía, el cuidado de los dispositivos médicos (sonda urinaria, catéter venoso), se aclaró cómo tratar las complicaciones menores después del alta y se habló de cuándo recurrir a los servicios sanitarios. Los participantes en nuestro estudio también mencionan estos aspectos como respuesta a sus necesidades de información. Los autores concluyeron que la intervención redujo significativamente los niveles de ansiedad, aumentó el nivel de confianza en el posoperatorio inmediato y también aumentó el nivel de satisfacción al alta. Aspectos como las distintas fases del periodo perioperatorio, los procedimientos al alta, los cuidados de alimentación, el hábito de fumar, los cuidados de higiene, la capacidad para conducir vehículos y la reanudación de la actividad profesional no siempre están suficientemente detallados en la preparación preoperatoria.⁹ La evaluación del nivel de ansiedad, como aspecto de la preparación preoperatoria, también se recomienda especialmente en la literatura.¹⁰

La enfermería centrada en la persona la concibe como un ser humano reflexivo capaz de tomar decisiones racionales.¹¹ Sin embargo, esta capacidad depende de aspectos contextuales, como la comunicación en la asistencia sanitaria. La información preoperatoria proporcionada por los enfermeros puede ayudar a los pacientes a aliviar su ansiedad, así como a mejorar su capacidad de autocuidado. Los pacientes también deben preferir recibir información antes del ingreso para estar preparados para la hospitalización.¹²

La información proporcionada por los enfermeros ayuda a aumentar la satisfacción del paciente, a reducir la ansiedad y a proporcionar una rápida recuperación en casa. El suministro de información al paciente quirúrgico ha ido cambiando tanto en el contenido como en la forma. Actualmente, el enfoque está centrado en las tareas, con escasas oportunidades de diálogo entre el enfermero y el paciente, lo que limita la capacidad de este para hacer preguntas.¹³ Esto nos lleva a la necesidad de tener un enfoque estructurado por parte de los enfermeros en el periodo preoperatorio, concretamente a

través de una consulta de enfermería, ya que el suministro de información que responda a los intereses y dudas del paciente, durante encuentros de duración limitada, es uno de los retos de la cirugía planificada actual. Los resultados de nuestro estudio lo confirman, puesto que no se menciona a los enfermeros como forma de obtener información.

Los aspectos de la comunicación son esenciales, porque, además de la información que se transmite a los pacientes, los enfermeros deben asegurar su comprensión. A menudo, se informa a los pacientes sobre aspectos relacionados con el periodo perioperatorio, pero este conocimiento no está consolidado.⁹ La forma de transmitir la información también influye en su comprensión, ya que los pacientes indican que cuando esta se produce cara a cara, les resulta más fácil de asimilar, en comparación con la llamada telefónica, por ejemplo.¹⁴ Sin embargo, hay pruebas de que el teléfono, utilizado por el personal de enfermería como complemento del método presencial, permite identificar el riesgo de complicaciones posoperatorias, lo cual brinda la oportunidad de aplicar intervenciones para prevenirlas.¹⁵

Este estudio tiene algunas limitaciones, a saber, el escaso número de participantes, a pesar de ser un estudio cualitativo y de que se alcanzó la saturación de datos. Además, los participantes se tomaron de un único centro hospitalario, por lo que la preparación preoperatoria no tuvo la misma variabilidad en comparación con la posibilidad de que el estudio fuera multicéntrico.

Conclusiones

Los resultados de este estudio pueden aportar importantes contribuciones al desarrollo y la mejora de los cuidados perioperatorios. La percepción de la persona que se somete a una cirugía general programada sobre su preparación preoperatoria varía, dependiendo de sus experiencias previas, sus necesidades de información y su estado emocional. La experiencia quirúrgica no deja de ser un momento de gran ansiedad, por lo que es importante el apoyo emocional proporcionado por los enfermeros en el periodo preoperatorio.

El empoderamiento de los pacientes en el ámbito del conocimiento es esencial

para que tomen conciencia del momento perioperatorio y para que los enfermeros consigan su implicación en todo el proceso. El equipo de enfermería debe tener competencias comunicativas que le permitan identificar el nivel de alfabetización en salud del paciente y sus necesidades de información, para personalizar su enfoque, que, siempre que sea posible, debe ser cara a cara.

Consideramos que este estudio contribuye a estructurar la intervención del enfermero en el periodo preoperatorio, concretamente a través de una consulta de enfermería.

Bibliografía

1. Gonçalves M, Cerejo M, Martins JA influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência* 2017; 4(14): 17-26. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV17023>.
2. Meleis A. *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer, 2010.
3. Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B. The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*. 2015; 102(2): 181.e1-181.e9. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.004>.
4. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 19(6): 349-357. <https://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
6. Sousa J, Santos S. *Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer*. Pesquisa e debate em Educação 2020; 10(2): 1396-1416. <https://dx.doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.
7. Mendes R, Miskulin R. El análisis de contenido como una metodología. *Cadernos de Pesquisa* 2017; 47(165):1044-1066. <https://dx.doi.org/10.1590/198053143988>.
8. Bisbey C, Ristau T, Johnson M, Streed M, Bursiek A, Grubbs P. The power of education: Preoperative class reduces anxiety and increases confidence. *MEDSURG Nursing* 2017; 26(5): 324-326. <https://bit.ly/3QVrfJX>.
9. Alacagad M, Cilingir D. Presurgery Anxiety and Day Surgery Patients' Need for Information. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2018; 33(5): 658-668. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2017.06.125>.
10. Bagheri H, Ebrahimi H, Abbasi A, Atashsokhan G, Salmani Z, Zamani M. Effect of Preoperative Visitation by Operating Room Staff on Preoperative Anxiety in Patients Receiving Elective Hernia Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2019; 34(2): 272-280. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2018.04.005>.
11. Redondo-Sáenz D, Ramírez-Elizondo N. Cuidado centrado en la persona en la cirugía de extracción multiorgánica: ¿todavía es importante? *Index de Enfermería* 2021; 30(1-2): 65-9. <http://ciberindex.com/c/ie/e13035>.
12. Pettersson M, Öhlén J, Friberg F, Hydén L, Carlsson E. Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2016; 31(4): 674-686. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12378>.
13. Mitchell M. Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing* 2016; 26: 225-237. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13375>.
14. Brown J, Refeld G, Cooper A. Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum* 2018; 45(3): 389-398. <http://dx.doi.org/10.1188/18.ONF.389-398>.
15. Schulz R, Santana R, Santos C, Faleiro T, Passarellles D, Hercules A, et al. Telephonic nursing intervention for laparoscopic cholecystectomy and hernia repair: A randomized controlled study. *BMC Nursing*. 2020; 19(38). <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-020-00432-y>.

4.2 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO 2

O estudo 2 também se tratou de um estudo qualitativo de caráter exploratório, com base em entrevistas semiestruturadas (**APÊNDICE V**), a vinte e três enfermeiros com mais de cinco anos de experiência profissional em serviços de internamento de cirurgia geral ou em bloco operatório. A amostra foi intencional, visando profissionais com conhecimento prático e técnico consolidado, sendo as entrevistas audiogravadas e analisadas em profundidade, com a definição de unidades temáticas a partir do discurso dos participantes, e com base na análise de conteúdo de Bardin (2018). As entrevistas foram conduzidas presencialmente e tiveram uma duração média de trinta minutos. Todos os aspetos éticos e legais foram garantidos, e previamente ao início da entrevista, foi obtido o consentimento informado (**APÊNDICE VI**) de cada enfermeiro e solicitado o preenchimento de um breve questionário sociodemográfico (**APÊNDICE VII**). Deste estudo resultaram três unidades temáticas: as dificuldades sentidas, os contributos da consulta de enfermagem pré-operatória e os aspetos a atender na organização da consulta (**APÊNDICE VIII**).

O período pré-operatório é um período que vai desde a decisão de intervenção cirúrgica até à transferência do cliente para a mesa operatória. Nesta fase, os enfermeiros desempenham um papel essencial na avaliação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos clientes, sendo responsáveis por educá-los, reduzir a sua ansiedade e prepará-los fisicamente para a cirurgia. No entanto, como demonstrado pela literatura, desafios como o tempo limitado, a ansiedade dos clientes e as lacunas no sistema de saúde, comprometem, muitas vezes, a eficácia deste processo. Este estudo destaca a importância de um planeamento estruturado e personalizado para atender às necessidades do cliente e da família durante o período perioperatório.

Deste modo, o principal objetivo deste estudo foi conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à preparação pré-operatória efetuada a clientes submetidos a cirurgia geral programada, o que permitiu identificar e compreender as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória desses clientes, bem como conhecer a sua opinião sobre a estruturação e operacionalização de uma eventual CPE.

No que diz respeito às dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória dos clientes, os achados permitiram dividi-las entre aquelas que são

centradas na preparação do cliente propriamente dita e as centradas nas condições para essa preparação. A preparação física do cliente foi amplamente referida pelos enfermeiros, que destacaram a importância de garantir que os clientes estejam adequadamente preparados para o procedimento cirúrgico, sobretudo em termos de higiene e tricotomia, de modo a não comprometer a qualidade da cirurgia e a evitar a infecção, nomeadamente, do local da ferida cirúrgica. Por outro lado, a preparação emocional é uma dimensão que os enfermeiros consideram como essencial, mas que, de acordo com os participantes, muitas vezes não é abordada adequadamente. Esta lacuna na preparação emocional é vista como um fator que pode comprometer a colaboração do cliente e aumentar a sua ansiedade, particularmente em momentos críticos como a chegada ao bloco operatório.

A falta de informações claras e compreensíveis para os clientes foi outro ponto amplamente referido pelos entrevistados, dado que muitos clientes chegam ao bloco operatório sem saber aspetos importantes sobre o procedimento ao qual serão submetidos, como o tipo de cirurgia, a anestesia ou os dispositivos médicos que serão utilizados. A falta de uma consulta pré-operatória estruturada foi identificada como uma das principais lacunas no processo de cuidados.

Outro aspeto destacado foi a limitação da preparação a aspetos logísticos, como informações sobre o espaço físico e a rotina do serviço, sem explorar profundamente as necessidades individuais de cada cliente. Este aspeto leva a um processo fragmentado e pouco eficaz, que contribui para a desinformação e aumenta o nível de ansiedade dos clientes.

Em relação às condições para a preparação pré-operatória, os enfermeiros mencionaram a falta de tempo como uma barreira significativa para a realização de uma intervenção adequada. Segundo eles, o curto período pré-operatório e a pressão temporal limitam o contacto com os clientes, dificultando a transmissão de informações detalhadas e o esclarecimento de dúvidas. Por outro lado, a escassez de enfermeiros nos serviços foi outro obstáculo identificado, pois afeta diretamente a disponibilidade de profissionais para fazer face às necessidades dos clientes. Adicionalmente, foram apontadas falhas na comunicação entre as equipas dos serviços de internamento e blocos operatórios, agravadas pela ausência de sistemas integrados de documentação, comprometendo a continuidade e a segurança dos cuidados. Por fim, os participantes referiram que a preparação pré-operatória carece de estruturação e planeamento adequados, sendo muitas vezes realizada de forma rotineira e improvisada. Deste modo, essa abordagem não só

reduz a eficácia do processo, como também dificulta a compreensão das informações pelos clientes, aumentando o nível da ansiedade pré-operatória.

Os achados deste estudo evidenciaram que a implementação de uma CPE pode apresentar contributos significativos a três níveis: para o cliente, para os cuidados de enfermagem e para a organização. Relativamente ao cliente, os participantes destacaram que a consulta permite reduzir a ansiedade e os medos associados à experiência cirúrgica, promovendo uma maior tranquilidade e confiança. O contacto prévio com os enfermeiros contribui também para uma melhor aceitação do estado de saúde e para o fortalecimento de uma relação terapêutica, essenciais para a adesão ao regime terapêutico e à recuperação pós-operatória. Outro aspeto crucial referido foi a melhoria do conhecimento do cliente acerca do processo perioperatório, tornando-o mais informado e capacitado para lidar com as exigências do período pós-operatório, o que impacta positivamente na sua satisfação com os cuidados recebidos e na redução de complicações.

No que concerne aos cuidados de enfermagem, os participantes realçaram que a consulta pré-operatória representa uma oportunidade para melhorar a segurança e a qualidade das intervenções, permitindo uma abordagem mais individualizada e centrada no cliente. Para além disso, destacaram que esta intervenção pode assegurar maior visibilidade à profissão, evidenciando a autonomia e a relevância das suas competências nos cuidados perioperatórios. Essa visibilidade pode influenciar positivamente a perceção social acerca do papel dos enfermeiros, fortalecendo, assim, a sua valorização.

Para a organização, a consulta é vista como uma estratégia que pode otimizar os recursos, promovendo a redução do tempo de internamento e, consequentemente, dos custos associados ao processo cirúrgico e à recuperação dos clientes. Os entrevistados sublinharam que, ao preparar adequadamente o cliente para a cirurgia e para os cuidados subsequentes, a consulta contribuirá para uma gestão mais eficiente dos recursos hospitalares, além de reforçar a visibilidade da instituição em termos de qualidade dos cuidados prestados.

Ao nível da organização da consulta, os participantes enfatizaram a necessidade de uma abordagem sistemática e estruturada, devendo iniciar-se o processo com uma avaliação abrangente do cliente, considerando não apenas os antecedentes clínicos e cirúrgicos, mas também os seus hábitos de vida e aspetos psicossociais. Essa avaliação detalhada permitirá identificar necessidades específicas e planejar

intervenções individuais adequadas. Adicionalmente, os participantes sugeriram que a consulta inclua orientações claras sobre os cuidados pré e pós-operatórios, utilizando materiais educativos e garantindo que os clientes estejam bem informados.

Outro ponto relevante foi a menção à importância de condições adequadas para a realização da consulta. Foi sugerido que o espaço físico deve ser confortável e reservado, garantindo a privacidade e o bem-estar do cliente. Os entrevistados salientaram ainda a necessidade de flexibilidade no agendamento e a utilização de um guião flexível que permita personalizar as orientações conforme as características da cirurgia e as necessidades do cliente. Além disso, destacaram que o envolvimento de um familiar ou pessoa significativa durante a consulta pode facilitar a compreensão e retenção das informações fornecidas. No que diz respeito aos enfermeiros responsáveis por essa consulta, os achados reforçam que devem possuir competências técnicas e comunicacionais robustas, associadas à motivação e empatia. Consideraram também que a formação especializada, nomeadamente na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, é essencial para garantir a qualidade da intervenção.

Os resultados deste estudo estão em consonância com investigações anteriores (Krupic, 2019; Torres et al., 2020; Filho et al., 2020; Fernández et al., 2023), que sublinham a importância de uma abordagem holística, que vá além da preparação física, abrangendo a dimensão emocional e psicológica, e recomendam a realização de intervenções pré-operatórias estruturadas para melhorar a comunicação entre as equipas e com os clientes.

Para além disso, corroborou que intervenções educativas no período pré-operatório têm um impacto significativo na redução da ansiedade, melhoria da satisfação dos clientes e otimização dos resultados pós-operatórios, com especial destaque para o papel da consulta de enfermagem na promoção da autonomia do enfermeiro e visibilidade da profissão (Schulz et al., 2020; Ataro et al., 2024; Gao et al., 2024).

Estes resultados destacam a necessidade de intervenções estruturadas e integradas para melhorar a preparação pré-operatória e, consequentemente, os resultados cirúrgicos e a experiência dos clientes. No entanto, a operacionalização de uma CPE exige uma abordagem sistemática, centrada no cliente e suportada por estratégias organizacionais robustas.

Considerando a extensão da análise de conteúdo efetuada e a pertinência em incluir as unidades de registo que fundamentassem a divisão realizada em categorias e subcategorias, este estudo deu origem a dois artigos de investigação. O primeiro, referente à unidade temática “dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória”, foi denominado “As dificuldades percebidas pelos enfermeiros na preparação do cliente cirúrgico: um estudo qualitativo”. Foi publicado em 2024, no *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, e está disponível em língua portuguesa e inglesa (é apresentada a versão portuguesa) (cf. Artigo 2) em formato online: <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>. O segundo artigo, que se reporta às unidades temáticas “contributos da consulta de enfermagem pré-operatória” e “aspetos a atender na organização da consulta”, foi denominado “Perceção dos enfermeiros sobre a preparação do cliente cirúrgico: contributos para estruturar uma consulta pré-operatória”, também foi publicado em 2024, no *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, e está disponível em língua portuguesa e inglesa (é apresentada a versão portuguesa) (cf. Artigo 3) em formato online: <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>.

ARTIGO 2

**“As dificuldades percebidas pelos enfermeiros na preparação do
cliente cirúrgico: um estudo qualitativo”**

Millenium, 2(23)

pt

AS DIFICULDADES PERCECIONADAS PELOS ENFERMEIROS NA PREPARAÇÃO DO CLIENTE CIRÚRGICO: UM ESTUDO QUALITATIVO

NURSES' PERCEIVED DIFFICULTIES IN PREOPERATIVE PATIENT PREPARATION: A QUALITATIVE STUDY

DIFICULTADES PERCIBIDAS POR LAS ENFERMERAS EN LA PREPARACIÓN DE CLIENTES QUIRÚRGICOS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Marco Gonçalves^{1,2,3}  <https://orcid.org/0000-0001-7342-8145>

Maria Aurora Pereira⁴  <https://orcid.org/0000-0002-1710-1663>

Natália Machado³  <https://orcid.org/0000-0002-0818-0777>

¹ Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Porto, Portugal

² UICISA: E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Coimbra, Portugal

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

⁴ Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal

Marco Gonçalves - marcogoncalves@esenfc.pt | Maria Aurora Pereira – aurorapereira@ess.ipvc.pt | Natália Machado - natalia@esenf.pt



Autor Correspondente

Marco Gonçalves

Rua da Laranjeira. N.º 13. Machada
3105-286 – Pelariga - Portugal
marcogoncalves@esenfc.pt

RECEBIDO: 27 de novembro de 2023

REVISTO: 28 de janeiro de 2024

ACEITE: 11 de março de 2024

PUBLICADO: 26 de março de 2024

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>

RESUMO

Introdução: O papel do enfermeiro no pré-operatório passa por identificar as necessidades dos clientes e os fatores de risco relacionados com todo o período perioperatório. Esta preparação pré-operatória nem sempre é um processo linear e reveste-se de alguns desafios que é importante explorar para dar relevo à intervenção autónoma do enfermeiro neste período.

Objetivo: Conhecer as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória de clientes submetidos a cirurgia geral programada.

Métodos: Foi realizado um estudo exploratório, de abordagem qualitativa. Para a recolha de dados foram realizadas 23 entrevistas semiestruturadas a enfermeiros que exercem a sua atividade em bloco operatório ou serviços de cirurgia geral há mais de 5 anos. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: Da análise de conteúdo emergiram três unidades temáticas: dificuldades sentidas, contributos da consulta de enfermagem pré-operatória e aspetos a atender na organização da consulta. As dificuldades referidas pelos enfermeiros centraram-se na preparação do cliente cirúrgico e nas condições para essa preparação.

Conclusão: A identificação da perceção dos enfermeiros acerca da preparação pré-operatória que é efetuada atualmente aos clientes submetidos a cirurgia geral programada permitiu conhecer as dificuldades sentidas por estes. A preparação pré-operatória deverá ser estruturada e ter em conta várias dimensões como a física, a emocional, o conhecimento e os aspetos logísticos. Estes resultados contribuirão para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados durante o período perioperatório.

Palavras-chave: enfermagem; cuidados pré-operatórios; cirurgia geral; pesquisa qualitativa

ABSTRACT

Introduction: The role of the nurse in the preoperative period involves identifying the client's needs and the risk factors related to the entire perioperative period. This preoperative preparation is not always a straightforward process and has some challenges that are important to explore in order to highlight the autonomous intervention of nurses during this period.

Objective: To explore the difficulties perceived by nurses in the preoperative preparation of clients undergoing scheduled general surgery.

Methods: An exploratory, qualitative study was carried out. To collect data, 23 semi-structured interviews were carried out with nurses who had been working in operating theatres or general surgery departments for more than 5 years. The data was analyzed using Bardin's content analysis technique.

Results: Three thematic units emerged from the content analysis: difficulties experienced, contributions of the preoperative nursing consultation, and aspects to be taken into account when organizing the consultation. The difficulties mentioned by the nurses centered on the preparation of the surgical client and the conditions for this preparation.

Conclusion: Identifying nurses' perceptions of the preoperative preparation that is currently carried out for clients undergoing scheduled general surgery made it possible to find out about the difficulties they experience. Preoperative preparation should be structured and take into account various dimensions such as physical, emotional, knowledge and logistical aspects. These results will contribute to improving the nursing care provided during the perioperative period.

Keywords: nursing; preoperative care; general surgery; qualitative research

RESUMEN

Introducción: El papel de la enfermera en el periodo preoperatorio implica identificar las necesidades del cliente y los factores de riesgo relacionados con todo el periodo perioperatorio. Esta preparación preoperatoria no siempre es un proceso sencillo y presenta algunos retos que es importante explorar para enfatizar la intervención autónoma de las enfermeras durante este periodo.

Objetivo: Conocer las dificultades percibidas por los enfermeros en la preparación preoperatoria de los clientes sometidos a cirugía general programada.

Métodos: Se realizó un estudio exploratorio y cualitativo. Para recoger los datos, se realizaron 23 entrevistas semiestructuradas a enfermeras que llevaban más de 5 años trabajando en quirófanos o departamentos de cirugía general. Los datos se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido de Bardin.

Resultados: Del análisis de contenido surgieron tres unidades temáticas: dificultades experimentadas, aportaciones de la consulta de enfermería preoperatoria y aspectos a tener en cuenta en la organización de la consulta. Las dificultades mencionadas por las enfermeras se centraron en la preparación del cliente quirúrgico y en las condiciones de esta preparación.

Conclusión: Identificar las percepciones de los enfermeros sobre la preparación preoperatoria que se realiza actualmente a los clientes sometidos a cirugía general programada permitió conocer las dificultades que experimentan. La preparación preoperatoria debe ser estructurada y tener en cuenta varias dimensiones, como los aspectos físicos, emocionales, de conocimiento y logísticos. Estos resultados contribuirán a mejorar los cuidados de enfermería prestados durante el periodo perioperatorio.

Palabras Clave: enfermería; cuidados preoperatorios; cirugía general; investigación cualitativa

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>

INTRODUÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros definiu no seu regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória que este deve identificar as necessidades da pessoa e família em situação perioperatória e elaborar um plano de intervenção em função dessas necessidades (Regulamento n.º 429/2018).

Também a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP, 2012) considera que a ação de enfermagem se desenvolve no pré-operatório, orientada para a preparação psicológica/suporte emocional do cliente, exigindo competências relacionais e humanas, de modo a assegurar a relação enfermeiro-cliente.

Quando o cliente é admitido no dia da cirurgia, o valor das informações que lhe são fornecidas é limitado, devido ao seu nível de ansiedade e à escassez de tempo disponível. Uma informação pré-operatória insuficiente ou inexistente conduz a um maior sofrimento psicológico por parte dos clientes (Brown et al., 2018).

A educação pré-operatória do cliente cirúrgico é, assim, fundamental para a melhoria da sua experiência cirúrgica. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Longo et al. (2023), o fornecimento de informação ao doente no pré-operatório foi associado a uma diminuição da dor pós-operatória, do nível de ansiedade pré-operatória e do tempo de internamento. Adicionalmente, verificou-se ainda uma melhoria ao nível do sono, adesão terapêutica, conhecimentos e expectativas dos clientes.

De acordo com Mendes et al. (2020), clientes mais informados percebem melhor a sua responsabilidade na recuperação e colaboram mais nos cuidados pós-operatórios, o que favorece o processo cirúrgico e a melhoria dos outcomes.

Os enfermeiros perioperatórios precisam de uma organização estruturada do seu trabalho, que permita tempo adequado para a preparação pré-operatória dos clientes e incentive a reflexão sobre a prática (Işık et al., 2020).

A compreensão da forma como é efetuada atualmente a preparação pré-operatória, por parte dos enfermeiros, permitirá identificar lacunas e dificuldades e, dessa forma, contribuir para estruturar uma intervenção que garanta a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, desenvolveu-se um estudo com o objetivo principal de conhecer as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória efetuada aos doentes submetidos a cirurgia geral programada.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A fase pré-operatória inicia-se quando é tomada a decisão de uma intervenção cirúrgica e termina com a transferência do cliente para a mesa operatória. O espectro das intervenções de enfermagem durante esse período pode incluir a avaliação pré-operatória, assegurar-se que os exames pré-operatórios foram ou serão realizados e proporcionar educação pré-operatória, providenciando informação estruturada e pertinente acerca dos cuidados de enfermagem a prestar ao longo de todo o período perioperatório (Hinkle & Cheever, 2020).

A avaliação pré-operatória do cliente cirúrgico é crucial para atender às suas necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais, bem como da família ou pessoa significativa. Os dados obtidos nessa avaliação são importantes para o planeamento dos cuidados a implementar durante o período perioperatório. A preparação pré-operatória deve incluir para além da preparação física, a preparação psicológica, visto que os desequilíbrios emocionais e psicossociais favorecem a ansiedade. Desta forma, a pessoa deve ser avaliada numa visão holística e direcionada, promovendo cuidados o mais individualizados possíveis (Gonçalves et al., 2017).

Ao longo da preparação pré-operatória do cliente cirúrgico, o enfermeiro deve fornecer informações relacionadas com os cuidados de enfermagem, adaptadas às necessidades informativas dos clientes e família. De acordo com Ferreira et al. (2022), esta informação deve ser simples, transmitindo segurança e envolvendo o cliente em todo o processo. Deste modo, a comunicação é melhorada, aumenta a satisfação do cliente e a ansiedade relacionada com a experiência cirúrgica diminui.

A educação e aconselhamento pré-operatórios têm sido associados a uma diminuição das taxas de complicações pós-operatórias, bem como dos níveis de ansiedade. A tendência para encurtar o tempo de internamento e o aumento da cirurgia de ambulatório trazem novos desafios para uma melhor educação pré-operatória e preparação dos clientes, bem como uma boa coordenação entre o cliente e o sistema de saúde (Koivisto et al., 2020).

Considerando os cuidados perioperatórios atuais, é necessário desenvolver intervenções pré-operatórias estruturadas para melhorar a comunicação, designadamente em termos de transmissão de informações e explicação de procedimentos, de modo que o cliente possa compreender facilmente (Krupic, 2019).

2. MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, cujo desenvolvimento teve em consideração a guideline COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (Tong et al., 2007).

Realizaram-se 23 entrevistas semiestruturadas a enfermeiros que prestavam cuidados a clientes cirúrgicos. Os critérios de inclusão foram: ter 5 ou mais anos de experiência profissional e exercer funções em serviços de internamento de cirurgia geral ou no bloco operatório de um hospital central, tratando-se de uma amostra intencional. As entrevistas foram realizadas por um dos investigadores, enfermeiro, com experiência na realização de entrevistas. As mesmas decorreram nos respetivos serviços dos participantes, em sala

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>

para o efeito, definida pelo enfermeiro gestor. O entrevistador e os entrevistados não se conheciam previamente. Em relação ao instrumento de colheita de dados, foi elaborado um guião de entrevista para o efeito e pré-validado pela equipa de investigadores. As questões efetuadas centraram-se na perceção acerca da abordagem que é feita, no pré-operatório, pelos enfermeiros, aos clientes que irão ser submetidos a cirurgia programada, bem como nos fatores que podem influenciar (positiva e negativamente) a realização e a qualidade da preparação pré-operatória.

Depois do consentimento informado de cada participante, dado por escrito, as entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas. Após cada entrevista, confirmou-se com o entrevistado se havia algum conteúdo que pretendesse ocultar, não se tendo verificado em nenhuma situação. A duração de cada entrevista foi em média de 30 minutos e o entrevistador reuniu frequentemente com os restantes investigadores para analisar os temas principais referidos pelos participantes.

A análise de conteúdo teve em consideração os pressupostos definidos por Bardin (2018). Depois de uma pré-análise que incluiu uma leitura flutuante e preparação do material, realizou-se a sua codificação, identificando as unidades de registo, e posteriormente, constituíram-se as categorias e subcategorias através dos critérios semântico, léxico ou expressivo. No final, a análise efetuada foi explicada e partilhada com os participantes, de modo que a pudessem validar, não surgindo daí qualquer alteração.

Esta investigação obteve parecer favorável da Comissão de Ética de um Centro Hospitalar e Universitário português (074/CES-CHUC-138-18).

3. RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 23 enfermeiros, 21 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com média de idades de 45 anos. Cerca de 65% trabalhavam há 21 ou mais anos, 12 trabalhavam em serviço de internamento e 11 em bloco operatório. Relativamente às habilitações profissionais 11 eram enfermeiros especialistas e 12 eram generalistas, enquanto do ponto de vista da formação académica 5 tinham o grau de mestre, sendo os restantes (18) licenciados.

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, emergiram três unidades temáticas: dificuldades sentidas, contributos da consulta de enfermagem pré-operatória e aspetos a atender na organização da consulta. Neste artigo optou-se por apresentar e desenvolver a dimensão das dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação do cliente cirúrgico, e a sua divisão em categorias e subcategorias (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos achados por unidade temática, categorias e subcategorias

Unidade temática	Categorias	Subcategorias
Dificuldades sentidas	Centradas na preparação do cliente cirúrgico	Preparação física
		Preparação emocional
		Preparação na dimensão do conhecimento
		Aspetos logísticos
	Centradas nas condições para a preparação do cliente cirúrgico	Falta de tempo
		Escassez de enfermeiros
		Falta de comunicação entre equipas do internamento e bloco operatório
		Ausência de estruturação na preparação do cliente cirúrgico

Depois de questionados sobre a sua perceção acerca da preparação pré-operatória efetuada a clientes submetidos a cirurgia geral programada, os participantes referiram-se às dificuldades que sentiam nessa preparação. Essas dificuldades estão centradas na preparação do cliente cirúrgico e nas condições para essa preparação.

Tendo em conta a preparação do cliente cirúrgico, os entrevistados admitiram problemas ao nível da preparação física, que nalguns casos consideram como deficitária. No entanto, noutros casos referem que a preparação pré-operatória se foca unicamente na preparação física, não indo para além disso:

"A maior parte das vezes acho que 'não tem preparação pré-operatória'. Às vezes 'nem o banho tomado sequer têm', pelo menos aparentemente. Muitas das vezes nem a tricotomia está feita." (EE_19);

"Nós fazemos o mínimo que deve ser feito. Tudo o que sejam preparações propriamente ditas para cirurgia, nós fazemos tudo muito bem feito, a preparação física. O resto fica muito aquém ..." (EE_17).

Ainda no que se refere à preparação do cliente cirúrgico, os participantes referem que existe um enfoque maior na preparação física, em detrimento da preparação emocional. Mesmo perante clientes com níveis elevados de ansiedade, a preparação psicológica não é valorizada pelos enfermeiros:

"Do ponto de vista da preparação psicológica acho que ainda há uma grande lacuna. Acho que os enfermeiros não valorizam" (EE_1).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>

Este aspeto acaba por afetar a preparação dos clientes na dimensão do conhecimento, na medida em que, por um lado, lhes limita a capacidade de escuta e interpretação da informação que lhes é transmitida e, por outro lado, é insuficiente face às suas necessidades informativas:

"Os doentes quase não sabem ao que é que vêm, o que é que se vai passar aqui no bloco e isso se calhar também tem a ver porque nós não fazemos a visita pré-operatória" (EE_2);

"eu acho que há uma desinformação muito grande dos doentes" (EE_2).

A análise do discurso dos participantes permitiu também perceber que, frequentemente, a preparação pré-operatória do cliente cirúrgico se resume, em termos de fornecimento de informação a aspetos logísticos que integram a rotina do serviço e que são considerados mera burocracia:

"o que faço é no momento do acolhimento a apresentação da enfermaria, do espaço físico, dos colegas que estiverem presentes nesse momento, dos nossos gabinetes para se poderem dirigir a nós. Fazemos a colheita dos dados" (EE_11);

"Aquilo que nós informamos mais é o que vai acontecer naquele dia em que estão a ser admitidos, que são mais burocracias como exames que vão fazer" (EE_23).

Algumas das dificuldades sentidas e referidas pelos participantes estão centradas nas condições para a preparação do cliente cirúrgico, nomeadamente a falta de tempo, a escassez de enfermeiros, a falta de comunicação entre equipas do internamento e bloco operatório e a ausência de estruturação na preparação do cliente cirúrgico.

No que concerne à falta de tempo, os entrevistados referiram que não dispõem do tempo necessário para uma correta preparação pré-operatória dos clientes cirúrgicos, passando pouco tempo junto destes, condicionando, entre outros aspetos, o esclarecimento de dúvidas e o momento ideal para a melhor compreensão por parte do cliente, da informação transmitida. Este aspeto parece também estar relacionado com o encurtamento do período pré-operatório:

"Os utentes muitas vezes entram no serviço no próprio dia, e nesse dia vão ser intervencionados ... Muitas vezes não há o tempo necessário para fazer esse tipo de preparação." (EE_1);

"na admissão que fazemos eles ficam com tantas dúvidas, que muitas vezes não há tempo para esclarecer" (EE_23)

Outro aspeto que emergiu da análise ao conteúdo das entrevistas encontra-se na esfera da gestão e está relacionado com os recursos humanos. De acordo com os participantes do estudo, a escassez de enfermeiros condiciona a sua ação profissional e prejudica a preparação pré-operatória dos clientes:

"Os enfermeiros no internamento são escassos e tudo isso condiciona o resultado que nós vemos aqui no bloco" (EE_2);

"Nós estamos condicionados acima de tudo por falta de pessoal" (EE_17).

Os entrevistados consideram também que existe falta de comunicação entre as equipas do serviço de internamento e do bloco operatório. Para além dos problemas na transição de cuidados, este aspeto foi também relacionado com o facto de o sistema de informação para a documentação dos cuidados não ser o mesmo em ambos os serviços, o que poderá afetar a continuidade dos cuidados e, até mesmo, a segurança dos clientes:

"Não tenho o feedback do que é feito no internamento como preparação pré-operatória para o doente" (EE_15);

"os colegas dos internamentos não conhecem o bloco, não sabem o que aqui se passa e, portanto, acho que era fundamental que houvesse uma maior comunicação" (EE_2).

Por último, outro aspeto que emergiu das entrevistas realizadas foi a ausência de estruturação na preparação do cliente cirúrgico, isto é, os enfermeiros referem que esta preparação constitui, na maioria das vezes, um ato rotineiro que acontece sem grande planeamento e sem um determinado fio condutor, ficando dependente das condições existentes no momento. Esta falta de estruturação compromete a compreensão, por parte do cliente, da informação que lhe é transmitida, podendo constituir mais um fator de ansiedade:

"Ao nível do acompanhamento pré-operatório não está nada estruturado, ou seja, nós só os encontramos no momento do internamento" (EE_9);

"Neste momento (...) as coisas não estão estruturadas" (EE_13);

"Eles nem tão pouco conseguem processar a informação, porque é tudo feito sob grande stress e tudo de uma vez. (...) Não se valida a informação transmitida" (EE_17).

4. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, os enfermeiros entrevistados referiram que frequentemente a prioridade na preparação do cliente que será submetido a cirurgia é atribuída à componente física, em detrimento daquilo que é a preparação emocional e psicológica do cliente. Também Torres et al. (2020) concluíram no seu estudo que a preparação pré-operatória ultrapassa o aspeto fisiológico e é influenciada principalmente pelo estado mental e emocional dos clientes. A abordagem de questões como a ansiedade e a literacia em saúde durante essa preparação, pode melhorar a gestão da dor e a experiência cirúrgica, exigindo uma abordagem individualizada e centrada no cliente.

À semelhança do que emergiu neste estudo, também Filho et al. (2020) concluíram que existe atualmente uma fragmentação do processo de trabalho e uma falta de investimentos, de recursos humanos e de tempo no que diz respeito ao período

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>

perioperatório, identificando fragilidades na operacionalização da sistematização da preparação pré-operatória do cliente cirúrgico nos serviços de saúde. Também Schiavon et al. (2021) evidenciam a dificuldade de comunicação entre profissionais e clientes, o desconhecimento profissional sobre informações pertinentes a proporcionar aos clientes e a não realização de consultas ou visitas pré-operatórias de enfermagem, o que pode influenciar negativamente a experiência cirúrgica ao longo de todo o período perioperatório.

A implementação de intervenções autônomas de enfermagem no período pré-operatório é fundamental para otimizar o processo cirúrgico. Num estudo realizado por Fernández et al. (2023), foram identificados alguns preditores pré-operatórios de complicações pós-operatórias, passíveis de serem melhorados pelos enfermeiros, entre os quais a ansiedade, a educação para a saúde e os conhecimentos dos clientes.

A escassez de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, em contexto perioperatório parece afetar a preparação pré-operatória que é realizada atualmente. Numa revisão integrativa da literatura realizada por Nijkamp e Foran (2021) mostraram que, para além de outros fatores, também os rácios enfermeiro-cliente têm um impacto significativo na segurança dos clientes. A adequação dos recursos humanos pode melhorar significativamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Os resultados deste estudo vão de encontro à literatura, já que no estudo de Işık et al. (2020) concluíram que as falhas de comunicação são um problema relevante no ambiente perioperatório. Segundo estes autores, a comunicação eficaz e o trabalho de equipa entre os membros da equipa perioperatória são fulcrais para a segurança dos clientes. Foram identificadas três causas para estes problemas comunicacionais: fatores institucionais, fatores individuais e a especificidade do ambiente perioperatórios. Também num estudo realizado por Marsh et al. (2020), os enfermeiros perioperatórios referiram que os aspetos relacionados com a comunicação e preparação foram mais frequentemente descuidados em comparação com a segurança dos clientes e os requisitos legais. Adicionalmente, o número de salas operatórias, a formação e categoria dos enfermeiros, bem como a perceção pessoal sobre dotações seguras, influenciam a referência à omissão de cuidados perioperatórios.

Krupic (2019) sugere no seu estudo que sejam desenvolvidas e estruturadas reuniões pré-operatórias para melhorar a comunicação e que se encontre uma forma de melhorar o envolvimento dos clientes neste diálogo e o desenvolvimento de competências nos enfermeiros para otimizar esta comunicação.

Uma das limitações a apontar a este estudo prende-se com o tamanho reduzido da amostra (enfermeiros de serviço de internamento e de bloco operatório), no entanto, uma amostra maior poderia trazer dificuldades na análise com profundidade das entrevistas. Por outro lado, apesar de o entrevistador não ser conhecido dos entrevistados, exerce funções na mesma instituição, conhecendo a dinâmica organizacional, pelo que se admite que esse aspeto possa ter influenciado a forma como alguns enfermeiros expuseram as suas ideias. Por fim, e apesar dos participantes terem sido identificados em serviços diferentes, pertenciam ao mesmo hospital, o que aliado ao tipo de estudo e ao facto de a amostragem ser intencional, não permitirá generalizar os resultados.

CONCLUSÃO

Com estes resultados, pode concluir-se que a perceção dos enfermeiros entrevistados é de que nem sempre a preparação pré-operatória do cliente cirúrgico é a mais adequada e, para isso, contribuem alguns fatores que conseguimos sistematizar com este estudo. Por um lado, distinguem-se aspetos relacionados com a preparação propriamente dita e, por outro lado, aspetos que estão diretamente relacionados com as condições subjacentes a essa preparação. Nem sempre se verifica o necessário equilíbrio entre a preparação física, emocional ou psicológica e na área do conhecimento, o que se pode atribuir ao tempo disponível pelo enfermeiro para a preparação pré-operatória que, na maioria das vezes, é escasso, mas também aos recursos humanos disponíveis pois admite-se que o rácio enfermeiro-cliente afeta a disponibilidade para estar com o cliente que será submetido a cirurgia.

Para além disso, também aspetos como problemas de comunicação (do ponto de vista oral ou escrito) entre as equipas dos serviços de internamento e do bloco operatório, bem como a falta de estruturação e planeamento da preparação pré-operatória foram referenciados.

Face a estes achados, considera-se importante desenvolver e proporcionar uma intervenção estruturada por parte dos enfermeiros no sentido de melhor preparar o cliente para a experiência cirúrgica, quer seja através da criação de uma consulta pré-operatória de enfermagem, quer seja através da visita pré-operatória de enfermagem ou, idealmente, com a implementação de ambas.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Conceptualização, M.G., M.A.P e N.M.; tratamento de dados, M.G., M.A.P e N.M.; análise formal M.G., M.A.P e N.M.; investigação M.G., M.A.P e N.M.; metodologia M.G., M.A.P e N.M.; administração do projeto, M.G., M.A.P e N.M.; recursos, M.G., M.A.P e N.M.; supervisão, M.A.P e N.M.; validação M.A.P e N.M.; visualização, M.G., M.A.P e N.M.; redação – preparação do rascunho original, M.G.; redação – revisão e edição, M.G., M.A.P e N.M.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2012). *Enfermagem perioperatória – da filosofia à prática de cuidados* (2nd ed.). Lusodidacta
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo*. Edições 70
- Brown, J., Refeld, G., & Cooper, A. (2018). Timing and mode of breast care nurse consultation from the patient's perspective. *Oncology nursing forum*, 45(3), 389-398. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.389-398>
- Fernández Fernández, E., Fernández-Ordoñez, E., García-Gamez, M., Guerra-Marmolejo, C., Iglesias-Parra, R., García-Agua Soler, N., & González-Cano-Caballero, M. (2023). Indicators and predictors modifiable by the nursing department during the preoperative period: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11–12), 2339–2360. <https://doi.org/10.1111/jocn.16287>
- Ferreira, A., Marques, F., Príncipe, F., Mota, L., Cardoso, M., & Vieira, R. (2022). Satisfação dos clientes da cirurgia de catarata com a consulta pré-operatória de enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(19), 55–61. <https://doi.org/10.29352/mill0219.25839>
- Filho, M. A. A., Batista, R. F., & Cruz, E. A. da. (2020). Percepção dos enfermeiros sobre a visita pré-operatória de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 42, e2842. <https://doi.org/10.25248/reas.e2842.2020>
- Gonçalves, M., Cerejo, N., and Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2020). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica – Brunner & Suddarth* (14.ª ed.). Guanabara Koogan.
- Işık, I., Gümüşkaya, O., Şen, S., & Arslan Özkan, H. (2020). The elephant in the room: nurses' views of communication failure and recommendations for improvement in perioperative care. *AORN Journal*, 111(1), e1–e15. <https://doi.org/10.1002/aorn.12899>
- Koivisto, J.-M., Saarinen, I., Kaipia, A., Puukka, P., Kivinen, K., Laine, K.-M., & Haavisto, E. (2020). Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(1), 35–40. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz032>
- Krupic, F. (2019). Nurse anesthetists' communication in brief preoperative meeting with orthopaedic patients-an interview study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34(5), 946–955. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.01.008>
- Longo, U. G., Salvatore, S. De, Rosati, C., Pisani, I., Ceccaroli, A., Rizzello, G., Marinis, M. G. De, & Denaro, V. (2023). The impact of preoperative education on knee and hip replacement: a systematic review. *Osteology*, 3(3), 94–112. <https://doi.org/10.3390/osteology3030010>
- Marsh, V., Kalisch, B., McLaughlin, M., & Nguyen, L. (2020). Nurses' perceptions of the extent and type of missed perioperative nursing care. *AORN Journal*, 112(3), 237–247. <https://doi.org/10.1002/aorn.13146>
- Mendes, D., Ferrito, C., & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Nijkamp, N., & Foran, P. (2021). The effects of staffing practices on safety and quality of perioperative nursing care – an integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(1). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1117>
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. *Diário da República*, 2.ª série – N.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Schiavon, I. C. A., Campos, I. C. M., Rodrigues, S. V., Silva, P. R. N., da Silva, T. P. F., & Costa, J. P. (2021). Levantamento de diagnósticos de enfermagem durante a visita pré-operatória: uma possibilidade de melhoria da assistência aos pacientes ortopédicos. *Saberes Interdisciplinares*, 13(26), 61–72. <https://uniptan.emnuvens.com.br/SaberesInterdisciplinares/article/view/356/330>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Torres, G. C. S., Relf, M. V., & Tuazon, J. A. (2020). The mediating role of pre-operative patient readiness on surgical outcomes: A structural equation model analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1371–1383. <https://doi.org/10.1111/jan.14339>

ARTIGO 3

**“Percepção dos enfermeiros sobre a preparação do cliente cirúrgico:
contributos para estruturar uma consulta pré-operatória”**

Millenium, 2(25)

pt

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A PREPARAÇÃO DO CLIENTE CIRÚRGICO: CONTRIBUTOS PARA ESTRUTURAR UMA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA

NURSES' PERCEPTIONS OF SURGICAL CLIENT PREPARATION: CONTRIBUTIONS TO STRUCTURING A PREOPERATIVE CONSULTATION

PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA PREPARACIÓN DEL CLIENTE QUIRÚRGICO: CONTRIBUCIONES A LA ESTRUCTURACIÓN DE UNA CONSULTA PREOPERATORIA

Marco Gonçalves^{1,2,3}  <https://orcid.org/0000-0001-7342-8145>

Aurora Pereira⁴  <https://orcid.org/0000-0002-1710-1663>

Natália Machado⁵  <https://orcid.org/0000-0002-0818-0777>

¹ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

³ Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal

⁴ Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, Portugal

⁵ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

Marco Gonçalves - marcogoncalves@esenfc.pt | Aurora Pereira – aurorapereira@ess.ipvc.pt | Natália Machado – natalia@esenf.pt



Autor Correspondente

Marco Gonçalves

Rua da Laranjeira. N.º 13.
3105-286 – Pombal - Portugal
marcogoncalves@esenfc.pt

RECEBIDO: 05 de agosto de 2024

REVISTO: 30 de setembro de 2024

ACEITE: 24 de outubro de 2024

PUBLICADO: 08 de novembro de 2024

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>

RESUMO

Introdução: A implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem deve ser vista como uma estratégia de intervenção que em muito contribui para destacar aquilo que é a intervenção autónoma do enfermeiro. A sua estruturação e operacionalização deve considerar a opinião dos enfermeiros que participarão nessa implementação.

Objetivo: Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a estruturação e operacionalização da consulta pré-operatória de enfermagem.

Métodos: Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Realizaram-se 23 entrevistas a enfermeiros de bloco operatório ou internamento de cirurgia geral, num hospital português, em janeiro de 2021. Os dados foram analisados de acordo com os pressupostos de Bardin.

Resultados: Emergiram 2 unidades temáticas: contributos da consulta de enfermagem pré-operatória e aspetos a atender na sua organização, as quais integram diversas categorias e subcategorias. Os contributos da consulta pré-operatória de enfermagem direcionaram-se para o cliente, organização e cuidados de enfermagem. Os aspetos a atender na sua organização devem dirigir-se ao cliente, condições para a qualidade dos cuidados e alguns procedimentos organizacionais.

Conclusão: A implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem deve ser vista como uma estratégia de intervenção que em muito contribui para destacar aquilo que é a intervenção autónoma do enfermeiro nesse período. A interação do enfermeiro com o cliente antes da cirurgia pode contribuir para a diminuição da ansiedade e medos, e satisfação das suas necessidades informativas.

Palavras-chave: enfermagem; cuidados pré-operatórios; cirurgia geral; pesquisa qualitativa; consulta de enfermagem

ABSTRACT

Introduction: The implementation of a preoperative nursing consultation should be seen as an intervention strategy that gives visibility to nurses' autonomous interventions. Its structure and operationalization should take into account the opinion of the nurses who will be involved in its implementation.

Objective: To determine nurses' opinions on the structure and operationalization of the preoperative nursing consultation.

Methods: Descriptive and exploratory study with a qualitative approach. Twenty-three interviews were conducted with operating room or general surgery inpatient nurses in a Portuguese hospital in January 2021. Data were analyzed according to Bardin's assumptions.

Results: Two thematic units emerged: Contributions of the preoperative nursing consultation and Aspects to consider when organizing the consultation, which includes several categories and subcategories. The contributions of the preoperative nursing consultation focused on the patient, the organization, and nursing care. The aspects to consider when organizing the consultation should focus on the patient, the conditions for quality care, and some organizational procedures.

Conclusion: The implementation of a preoperative nursing consultation will help give visibility to nurses' autonomous interventions during this period. The nurse's interaction with the patient before surgery can reduce their anxiety and fears and meet their information needs.

Keywords: nursing; preoperative care; general surgery; qualitative research; office nursing

RESUMEN

Introducción: La realización de una consulta de enfermería preoperatoria debe considerarse una estrategia de intervención que contribuye en gran medida a destacar el papel autónomo de las enfermeras. Su estructuración y operacionalización deben tener en cuenta la opinión de las enfermeras que participarán en su aplicación.

Objetivo: Conocer la opinión de las enfermeras sobre la estructuración y operacionalización de la consulta de enfermería preoperatoria.

Métodos: Estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo. Se realizaron 23 entrevistas a enfermeros de quirófano o de hospitalización de cirugía general en un hospital portugués en enero de 2021. Los datos se analizaron según los supuestos de Bardin.

Resultados: Surgieron 2 unidades temáticas: contribuciones de la consulta de enfermería preoperatoria y aspectos a tener en cuenta en su organización, que conforman varias categorías y subcategorías. Las aportaciones de la consulta de enfermería preoperatoria se centraron en el cliente, la organización y los cuidados de enfermería. Los aspectos a tener en cuenta en su organización se centran en el cliente, las condiciones para una atención de calidad y algunos procedimientos organizativos.

Conclusión: La implementación de una consulta de enfermería preoperatoria debe ser vista como una estrategia de intervención que contribuye en gran medida a resaltar la intervención autónoma de las enfermeras durante este período. La interacción de la enfermera con el cliente antes de la cirugía puede ayudar a reducir la ansiedad y los miedos, y a satisfacer sus necesidades de información.

Palabras Clave: enfermería; cuidados preoperatorios; cirugía general; investigación cualitativa; enfermería de consulta

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>

INTRODUÇÃO

Quando o cliente é admitido no dia da cirurgia, o valor das informações que lhe são fornecidas é limitado, devido ao seu nível de ansiedade e à escassez de tempo disponível. Uma informação pré-operatória insuficiente ou inexistente conduz a um maior sofrimento psicológico por parte dos clientes (Brown et al., 2018).

Uma consulta pré-operatória de enfermagem diminui a ansiedade e proporciona uma oportunidade de educação e aconselhamento, permitindo que os clientes e família estejam informados, emocionalmente apoiados e mais envolvidos na experiência cirúrgica (Brown et al., 2018). Este tipo de intervenção é complementar aos cuidados perioperatórios, onde se inclui naturalmente a visita pré-operatória de enfermagem. Para além disso, permite esclarecer dúvidas aos clientes num curto espaço de tempo, consolidando a intensidade do vínculo com os enfermeiros e aumentando a satisfação dos clientes com os cuidados prestados (Schulz et al., 2020). As intervenções de enfermagem neste âmbito visam reduzir fatores de stress e ansiedade, bem como situações que se considera afetar ou vir a afetar a recuperação pós-operatória (Akhlaghi et al., 2021).

Os clientes mais informados percebem melhor a sua responsabilidade na recuperação e colaboram mais nos cuidados pós-operatórios, o que favorece o processo cirúrgico e a melhoria dos outcomes (Mendes et al., 2020). Independentemente do tipo de complicações pós-operatórias, uma avaliação estruturada dos clientes submetidos a cirurgia eletiva é fundamental para a identificação precoce de fatores de risco (Bagheri et al., 2018). Estes autores corroboram que a inclusão da educação pré-operatória deve ser vista como uma intervenção valiosa.

A consulta pré-operatória de enfermagem prioriza a proximidade, a empatia e o desenvolvimento de uma relação terapêutica, aspetos fulcrais para satisfazer as necessidades informativas dos clientes cirúrgicos. Torna-se importante a avaliação individual do cliente, partindo das suas dúvidas e expectativas, de modo a elaborar o plano de cuidados inicial (Breda, 2020).

A preparação pré-operatória realizada pelos enfermeiros requer uma abordagem centrada na pessoa, por forma a contribuir para um maior envolvimento, e poder utilizar as informações de saúde adequadamente, resultando numa melhor experiência cirúrgica. Esta preparação ultrapassa a dimensão fisiológica, sendo também influenciada pelo estado mental e emocional do cliente (Torres et al., 2020). Globalmente, pode afirmar-se que uma consulta de enfermagem no período pré-operatório se constitui uma intervenção fulcral para a realização de uma avaliação e estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, realçando deste modo a ação autónoma dos enfermeiros (Gonçalves et al., 2024).

Assim, este estudo teve como objetivo conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a estruturação e operacionalização de uma consulta pré-operatória de enfermagem.

1. MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, cujo desenvolvimento teve em consideração a *guideline* COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (Tong et al., 2007). Este estudo foi realizado num hospital universitário português.

Realizaram-se 23 entrevistas semiestruturadas a enfermeiros que prestavam cuidados a clientes cirúrgicos. Os critérios de inclusão foram: ter 5 ou mais anos de experiência profissional e exercer funções nos serviços de internamento de cirurgia geral ou no bloco operatório, tratando-se de uma amostra por conveniência.

Após convite presencial para a participação voluntária no estudo, e considerando os critérios de inclusão, os enfermeiros foram informados acerca dos objetivos e desenho da investigação. Depois do consentimento informado de cada participante, as entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas tipo verbatim. O conteúdo da transcrição das entrevistas foi validado pelos participantes.

As entrevistas decorreram numa sala que permitiu garantir a privacidade dos participantes e teve por base um guião, construído pelos investigadores com base na sua experiência profissional e literatura científica, constituído pelas seguintes questões: “Que temas/assuntos considera importantes para abordar numa consulta pré-operatória a realizar por enfermeiros?”, “Como estruturaria essa consulta?”, “Na sua opinião, que fatores podem influenciar a realização e a qualidade de uma consulta de enfermagem?”, “Que características valoriza no enfermeiro responsável pela consulta?”, “Em que medida considera que a consulta pré-operatória de enfermagem pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do cliente? Qual o impacto na recuperação pós-operatória?”, e “Em que medida considera que a consulta pré-operatória de enfermagem pode influenciar a representação social dos enfermeiros?”. O guião foi previamente testado em 3 participantes que o consideraram adequado. Após cada entrevista, confirmou-se com o entrevistado se havia algum conteúdo que pretendesse ocultar, não se tendo verificado em nenhuma situação. A duração média de cada entrevista foi de 30 minutos.

O entrevistador reuniu frequentemente com os restantes investigadores para analisar os temas principais referidos pelos participantes. A análise de conteúdo teve em consideração os pressupostos definidos por Bardin (2018) e decorreu sem recurso a ferramentas informáticas. Depois de uma pré-análise que incluiu uma leitura flutuante e preparação do material, procedeu-se à sua codificação, identificando as unidades de registo, e de seguida, identificaram-se as categorias e subcategorias através dos critérios semântico, léxico ou expressivo. No final, a análise efetuada foi explicada e partilhada com os participantes, de modo que a pudessem validar, não resultando daí quaisquer alterações.

Esta investigação obteve parecer favorável da Comissão de Ética de um Centro Hospitalar e Universitário português (074/CES-CHUC-138-18). Foram explicados a cada participante os objetivos, os procedimentos, os benefícios, bem como asseguradas a confidencialidade e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>

O rigor deste estudo foi assegurado fundamentalmente pela familiaridade dos investigadores com o objeto de estudo e com o contexto onde o mesmo decorreu. Para além disso, foram realizadas várias reuniões de *debriefing* entre os investigadores ao longo do processo de colheita de dados, nomeadamente na avaliação dos achados e interpretação dos mesmos.

2. RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 23 enfermeiros, 21 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com uma média de idades de 45 anos. Cerca de 65% exerciam a sua atividade profissional há 21 ou mais anos, 12 em serviço de internamento e 11 em bloco operatório. Em relação às habilitações académicas 5 possuem o grau de mestre, e no que diz respeito à categoria profissional, 11 são enfermeiros especialistas.

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, emergiram 2 unidades temáticas: os contributos da consulta de enfermagem pré-operatória e os aspetos a atender na organização da consulta.

Quando questionados acerca do modo de operacionalização e impacto de uma consulta pré-operatória de enfermagem, nomeadamente na recuperação pós-operatória do cliente cirúrgico, os participantes identificaram contributos a três níveis: para o cliente, para a organização e para os cuidados de enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da unidade temática “Contributos da consulta de Enfermagem Pré-Operatória”

Categorias	Subcategorias
Para o cliente	Diminuição do nível de ansiedade e medos Melhoria na aceitação do estado de saúde Melhoria na satisfação do cliente Melhoria no conhecimento do cliente Diminuição das complicações pós-operatórias
Para a organização	Diminuição do tempo de internamento Diminuição dos custos associados
Para os cuidados de enfermagem	Melhoria na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem Visibilidade dos cuidados de enfermagem

A análise do conteúdo das entrevistas permitiu perceber que a consulta pré-operatória poderia contribuir para a diminuição da ansiedade e medos do cliente submetido a cirurgia:

“Retira alguns medos que o doente tem do bloco ou até da cirurgia, ou dos procedimentos que se fazem antes” (EE3);

“Outro aspeto positivo é diminuir a ansiedade” (EE_9).

Por outro lado, os entrevistados consideraram que esta intervenção no pré-operatório contribuirá para um maior envolvimento do cliente ao longo de todo o processo perioperatório, com melhor aceitação do estado de saúde e adesão ao regime terapêutico, pois entenderá melhor a sequência de cuidados que lhe serão prestados:

“... há uma maior aceitação à situação clínica em si, maior colaboração e participação da pessoa nos cuidados” (EE_1).

Para além disso, e contemplando o fornecimento de informações ao cliente, a consulta conduzirá também a uma melhoria do seu nível de conhecimento, tornando-o mais autónomo nas suas decisões. De acordo com os participantes, este aspeto contribui para que o cliente sinta um maior controlo da situação, melhorando assim o seu nível de satisfação, aspeto muito valorizado atualmente pelas instituições de saúde:

“Vai capacitar a pessoa, empoderá-la de conhecimentos e de recursos com os quais vai conseguir fazer face às dificuldades do internamento e do pós-operatório” (EE_10);

“Se a pessoa consegue perceber melhor tudo aquilo que lhe está a acontecer, com certeza que consegue integrar melhor expetativas e ficar mais satisfeita” (EE_10)

Segundo os participantes, todos estes aspetos terão impacto na recuperação do cliente, ao contribuir para a diminuição de eventuais complicações pós-operatórias, como por exemplo o risco de infeção:

“... com impacto por exemplo na diminuição do número de infeções” (EE_11)

“Eles estão mais despertos para o que lhe vai acontecer e encaram as coisas com outra naturalidade. O pós-operatório será melhor” (EE_20)

Decorrente da implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem, emergiram duas grandes mais-valias para as instituições, por um lado, a diminuição do tempo de internamento, na medida em que o cliente estaria melhor preparado para a cirurgia e para o período pós-operatório e, por conseguinte, a diminuição dos custos associados:

“Traria menor tempo de internamento” (EE_1);

“É uma mais-valia para os enfermeiros, e acima de tudo uma mais-valia para o doente (...) Até para a própria instituição, com a redução dos custos, consequência desta consulta” (EE_16)

Neste seguimento, os entrevistados consideraram que tornar esta consulta uma realidade, significaria uma melhoria na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, pois permitiria conhecer melhor o cliente e considerá-lo como foco de atuação:

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>

“Conhecemos melhor o doente e trabalhamos para ele, tendo o seu bem-estar como finalidade em todas as suas vertentes” (EE_4);
“(…) é logo determinante para uma melhoria de cuidados” (EE_22).
De acordo com os entrevistados, a viabilização desta intervenção trará maior visibilidade aos cuidados de enfermagem, podendo influenciar positivamente a representação social da profissão:
“Seria um primeiro contacto mais precoce com a equipa de enfermagem, e isso daria visibilidade ao nosso trabalho e à nossa importância, com os resultados que daí poderão advir.” (EE_7)
Com a finalidade de contribuir para a estruturação de um modelo de consulta pré-operatória de enfermagem, emergiram diversos aspetos a atender na sua organização que se dividiram em três categorias: os centrados no cliente, os centrados nas condições para a qualidade dos cuidados de enfermagem e os procedimentos organizacionais (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da unidade temática “Aspetos a atender na organização da consulta”

Categorias	Subcategorias
Centrados no cliente	Avaliação inicial do cliente Cuidados de enfermagem na preparação pré-operatória Cuidados de enfermagem na preparação pós-operatória Organização dos cuidados de enfermagem
Centrados nas condições para a qualidade dos cuidados de enfermagem	Dimensão da equipa Dimensão individual Dimensão profissional/académica
Procedimentos organizacionais	Visitas guiadas Definição do momento adequado para a realização da consulta Uso de um guião flexível Organização da documentação da consulta no Sistema de Informação Envolvimento de pessoa significativa/família na consulta Entrega de suporte escrito Adequação do espaço físico Aspetos logísticos/administrativos relativos ao percurso do cliente

Em relação aos aspetos centrados no cliente, os participantes consideraram importante começar por realizar uma avaliação inicial do cliente, onde se possam considerar os antecedentes de saúde-doença e/ou cirúrgicos, os hábitos de vida, a componente psicossocial e a componente física:
"Era importante perceber se já tinham submetidos a cirurgias anteriores, porque pode influenciar a adesão, o entendimento da própria cirurgia, todo o processo de hospitalização" (EE_1);
"os hábitos do doente, a medicação que ele faz" (EE_17);
"Numa primeira abordagem, a situação que dou bastante relevo é o apoio ao doente sob o ponto de vista psicológico " (EE_14).
Ainda neste domínio, consideraram relevante a abordagem dos cuidados de enfermagem na preparação pré e pós-operatória, tendo em conta quer as intervenções de decisão autónoma do enfermeiro, quer as de ação interdependente:
"Explicar a necessidade dos cuidados de higiene com clorexidina à tarde" (EE_23);
"Explicar-lhe que tem de fazer certos exames" (EE_13);
"aquilo que pode acontecer no pós-operatório, sobretudo imediato é extremamente importante para que as pessoas estejam preparadas para o que lhes vai acontecer" (EE_8);
"Falar sobre os dispositivos médicos, para que quando a pessoa saia da cirurgia não seja uma situação de surpresa" (EE_1).
Ainda sobre os aspetos centrados no cliente, emergiu a organização dos cuidados de enfermagem, em que os entrevistados mencionaram a estruturação da consulta pelas etapas do perioperatório, bem como a necessidade de estruturação da informação a transmitir e do planeamento dos cuidados:
"... ter em conta as várias fases do perioperatório, na estrutura da consulta" (EE_4);
"... é importante perceber o que é que eles querem saber (...) ir mais de encontro às necessidades que o doente expressa (...) cada doente é um doente" (EE_2);
"pode haver uma programação dos cuidados que o doente irá precisar, com a consulta conhece-se melhor o doente, quais são as necessidades, e logo aí poderá haver maior facilidade em elaborar o plano de cuidados do doente" (EE_13).
Relativamente aos aspetos centrados nas condições para a qualidade dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros deste estudo focaram-se na dimensão da equipa, na dimensão individual e na dimensão profissional e académica. Em relação à dimensão da equipa, referiram a importância do trabalho em equipa, bem como a mais-valia da existência de uma equipa de enfermagem responsável pela consulta:
"É importante que a equipa do bloco perceba também o que é que a equipa do internamento faz e vice-versa (...) a consulta também vai trazer melhorias na comunicação entre as equipas" (EE_21);
"Era importante que o enfermeiro que fizesse a consulta, acompanhasse maioritariamente depois o doente no internamento, essa ligação era muito importante" (EE_9).

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>

Na dimensão individual, os participantes referiram a importância de haver enfermeiros motivados para realizar a consulta pré-operatória e com competências comunicacionais, assentes na assertividade e empatia:

"Os fatores favoráveis é a disponibilidade dos enfermeiros, no sentido de a quererem fazer, a motivação" (EE_18);

"Tem que ser uma pessoa que goste de falar com pessoas, ter a vertente comunicacional num padrão mais que satisfatório" (EE_6). Por último, e no que diz respeito à dimensão profissional e académica, a análise do conteúdo das entrevistas permitiu perceber que na opinião da maioria dos participantes o enfermeiro presente nesta consulta deve possuir conhecimentos e experiência profissional na área cirúrgica e, deve ser um enfermeiro especialista, reconhecido pela ordem profissional:

"Ser uma pessoa com alguma experiência na área cirúrgica" (EE_7);

"Quanto à formação profissional, eu acho que os especialistas são um pormenor importante porque criaram uma diferenciação das suas competências" (EE_4).

Considerando ainda os aspetos a atender na organização da consulta, os participantes referiram-se a alguns procedimentos organizacionais, nomeadamente a definição do momento adequado para a realização da consulta, a adequação do espaço físico em termos de condições ambientais e garantia de privacidade, assim como a possibilidade de viabilizar a realização de visitas guiadas ao bloco operatório e ao serviço de internamento:

"O agendamento da consulta deve dar o tempo necessário para que o doente interiorize e reflita sobre pontos que na altura não se lembrou" (EE_14);

"A consulta talvez acontecesse uma semana antes da cirurgia" (EE_9);

"o espaço físico é muito importante" (EE_16);

"O ideal até seria fazer com o doente o percurso que ele fará no dia da cirurgia, nomeadamente até ao bloco operatório" (EE_11).

Foram ainda referidos pelos entrevistados outros aspetos relevantes como o uso de um guião flexível que estruture a consulta, a documentação da mesma no sistema de informação em uso na instituição e a entrega de um suporte escrito que sintetize as informações fornecidas:

"Eu acho que poderia haver um guião, flexível que se pudesse adaptar mais ou menos ao tipo de cirurgia, fazendo referência às eventuais intercorrências da cirurgia (...) acho que devia ser algo estruturado" (EE_10);

"importância da informatização dos registos de enfermagem e que houvesse depois a ligação entre o que é documentado no bloco operatório e fora dele" (EE_13);

"na minha opinião devemos facultar algum suporte escrito (...) por exemplo um folheto" (EE_18).

Por fim, da análise de conteúdo emergiu a importância do envolvimento de pessoa significativa ou familiar na consulta, por forma a auxiliar os clientes na compreensão da informação proporcionada, e a referência aos aspetos logísticos e administrativos relacionados com o percurso do cliente ao longo da experiência cirúrgica:

"eu acho que deve haver uma pessoa significativa para o doente presente, porque às vezes ajuda. Ter alguém presente que depois possa ajudar a esclarecer alguma dúvida" (EE_3);

"Devemos informar o que têm que trazer" (EE_7);

"como funciona o hospital, em termos de visitas, para a família também ficar informada" (EE_18).

3. DISCUSSÃO

De acordo com os participantes do estudo, as vantagens da implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem são transversais para o cliente, para a organização e para os próprios cuidados de Enfermagem.

De acordo com Ataro et al. (2024), a importância da satisfação dos clientes com os cuidados pré-operatórios prestados é o reflexo da sua qualidade, na medida da sua relação direta com complicações potencialmente fatais no pós-operatório. Por outro lado, aspetos como o medo e ansiedade pré-operatórios, as expectativas do cliente e a sua educação pré-operatória influenciarão essa satisfação, contribuindo para uma melhoria da aceitação do seu estado de saúde, tal como revelado por este estudo.

A diminuição do nível de ansiedade pré-operatória e a melhoria no conhecimento do cliente levará a uma melhor aceitação do estado de saúde e satisfação. Neste seguimento, se a ansiedade e o medo pré-operatórios forem identificados, a intervenção do enfermeiro poderá ser mais personalizada e, conjuntamente com as estratégias de *coping* do próprio cliente, permitirá a sua diminuição (Arakelian et al., 2018). A literatura aponta para que uma consulta educativa e informativa realizada por enfermeiros a clientes no pré-operatório, terá um impacto positivo no nível de ansiedade (Fernández Fernández et al., 2023). Também Gao et al. (2024) corroboram que a intervenção pré-operatória dos enfermeiros pode ter um impacto positivo no stresse psicológico dos clientes, no alívio da dor, na redução da incidência de complicações e na melhoria da satisfação destes com os cuidados de enfermagem.

A realização de uma consulta, ainda que por via telefónica, permite identificar alguns fatores que aumentam o risco de complicações pós-operatórias e ajuda os enfermeiros perioperatórios a implementar intervenções precisas para prevenir ou atenuar a recuperação retardada (Schulz et al., 2020).

Em relação às vantagens de uma consulta pré-operatória para as instituições, a literatura corrobora os achados encontrados, na medida em que sugere que a mesma tem potencial para influenciar positivamente a diminuição de custos, a qualidade dos cuidados prestados e um aumento da satisfação dos clientes (Breda & Cerejo, 2021). Para além disso, este estudo aponta para uma diminuição do tempo de internamento como um dos benefícios de uma consulta pré-operatória de enfermagem, o que é corroborado por Sisak et al. (2019) num estudo realizado com clientes submetidos a cirurgia ortopédica que salienta a importância da educação pré-operatória.

Indo de encontro aos achados deste estudo, Breda e Cerejo (2021) também afirmam no seu estudo que a consulta pré-operatória de enfermagem contribui para a melhoria da qualidade e maior visibilidade dos cuidados de enfermagem, pois permite fortalecer a relação enfermeiro-doente.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>

Nos aspetos a atender na organização de uma consulta pré-operatória, emergiu a necessidade de fazer uma correta avaliação inicial do cliente e abordar os cuidados de enfermagem que serão prestados na preparação pré e pós-operatória. A avaliação de aspetos sociodemográficos, clínicos, cirúrgicos e psicossociais permite prever os tempos de recuperação pós-operatória. Alguns destes aspetos poderão ser modificáveis por via da preparação pré-operatória dos clientes, nomeadamente no âmbito de uma consulta (Heit et al., 2020).

Torna-se fundamental facilitar o acesso do cliente à informação sob diversas formas, no entanto, o contacto presencial proporcionado pela realização da consulta contribui para fortalecer a relação enfermeiro-cliente, com o intuito de fornecer informações personalizadas e precisas, reduzir a ansiedade e melhorar o seu envolvimento (Barros et al., 2019).

A capacitação do cliente na área do conhecimento é basilar para que este tome consciência do momento perioperatório. Por outro lado, os enfermeiros devem possuir competências comunicacionais que lhes permitam identificar o nível de literacia em saúde do cliente e as suas necessidades de informação, de modo a personalizar a sua abordagem, que deve ser presencial, sempre que possível (Gonçalves et al., 2023). Relativamente às características da equipa responsável pela consulta, bem como aos requisitos do ponto de vista profissional, os achados relevam a importância de existir uma equipa dedicada à consulta, constituída fundamentalmente por enfermeiros especialistas, o que vai de encontro ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória, onde a consulta perioperatória é indicada como uma das suas áreas de intervenção (Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Este estudo tem como limitação o facto de ter sido realizado apenas num único centro hospitalar, comparativamente com a diversidade de perspetivas que um estudo multicêntrico poderia proporcionar. Por outro lado, o facto da consulta pré-operatória de enfermagem ainda não ser realizada nos contextos dos participantes, poderá ter limitado o desenvolvimento de alguns aspetos como a forma de estruturação e a sua operacionalização.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu conhecer a opinião de um grupo de enfermeiros que exercem a sua atividade profissional em bloco operatório e internamento de cirurgia geral acerca dos contributos que poderão advir de uma consulta pré-operatória de enfermagem, bem como identificar alguns aspetos que podem ser considerados na sua estruturação. Estes contributos para o cliente, para a organização e para os cuidados de enfermagem permitirão com certeza clarificar junto das instituições de saúde que a implementação de uma consulta de enfermagem no período pré-operatório trará uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, com impacto nos *outcomes*. Por outro lado, com este estudo foi possível sistematizar um conjunto de aspetos a ter em conta na estruturação dessa consulta de enfermagem, aspetos esses centrados na avaliação e intervenção junto do próprio cliente, nas condições para a qualidade dos cuidados e nalguns procedimentos organizacionais, que globalmente contribuirão para a sua operacionalização na prática clínica.

Efetivamente, nem sempre a intervenção do enfermeiro perioperatório no período pré-operatório se faz de forma estruturada, sistematizada e individualizada. Assim, deverão ser desenvolvidos estudos no futuro com o intuito de se construírem modelos de consultas pré-operatórias que orientem a ação dos enfermeiros neste período. A operacionalização deste tipo de intervenção realçará a ação autónoma do enfermeiro na preparação do cliente que se submeterá a cirurgia eletiva.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o contributo dos enfermeiros entrevistados, pela partilha do conhecimento e experiência, essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Conceptualização, M.G., A.P. e N.M.; tratamento de dados, M.G., A.P. e N.M.; análise formal, M.G., A.P. e N.M.; investigação, M.G., A.P. e N.M.; metodologia, M.G., A.P. e N.M.; administração do projeto, M.G., A.P. e N.M.; recursos, M.G., A.P. e N.M.; supervisão, A.P. e N.M.; validação, A.P. e N.M.; visualização, M.G., A.P. e N.M.; redação – preparação do rascunho original, M.G.; redação – revisão e edição, M.G., A.P. e N.M.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhlaghi, E., Babaei, S., Mardani, A., & Eskandari, F. (2021). The Effect of the Neuman Systems Model on Anxiety in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nursing Research*, 29(4), Article e162. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000436>
- Arakelian, E., Laurssen, E., & Öster, C. (2018). Older Patients' Worries in Connection With General Anesthesia and Surgery-A Qualitative Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(6), 822–833. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.01.005>

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>

- Ataro, B.A., Geta, T., Endirias, E.E., Gadabo, C. K., & Bolado, G.N. (2024). Patient satisfaction with preoperative nursing care and its associated factors in surgical procedures, 2023: a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 23(235). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01881-5>
- Bagheri, H., Ebrahimi, H., Abbasi, A., Atashsokhan, G., Salmani, Z., & Zamani, M. (2018). Effectiveness of Preoperative Visitation on Postanesthesia Complications. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(5), 651–657. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.05.009>
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barros, L. M., Frota, N. M., de Araújo, T. M., Tellez, M., Ciqueto, H. H. P., & Caetano, J. Á. (2019). Analysis of Portuguese language blogs about bariatric surgery: key doubts of internauts regarding the postoperative period. *Eating and Weight Disorders*, 24(6), 1113–1120. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0465-y>
- Breda, L. (2020). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente* [Master's dissertation]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Breda, L. F. T. F., & Cerejo, M. da N. R. (2021). The influence of the preoperative nursing consultation on meeting patients' information needs. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(5), 1–8. <https://doi.org/10.12707/rv20088>
- Brown, J.; Refeld, G.; & Cooper, A. (2018). Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 45(3), 389-398. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.389-398>
- Fernández Fernández, E., Fernández-Ordoñez, E., García-Gamez, M., Guerra-Marmolejo, C., Iglesias-Parra, R., García-Agua Soler, N., & González-Cano-Caballero, M. (2023). Indicators and predictors modifiable by the nursing department during the preoperative period: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11–12), 2339–2360. <https://doi.org/10.1111/jocn.16287>
- Gao, L. M., Chen, W. M., Qin, S. M., & Yang, X. M. (2024). The impact of preoperative interview and prospective nursing on perioperative psychological stress and postoperative complications in patients undergoing TACE intervention for hepatocellular carcinoma. *Medicine*, 103(2), e35929. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035929>
- Gonçalves, M. A. R., Pereira, M. A. G., & Machado, N. de J. B. (2023). Preparación preoperatoria: la percepción de la persona que se somete a una cirugía programada. *Index de Enfermería Digital*, e14318. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235773>
- Gonçalves, M., Pereira, M.A., & Machado, N. (2024). As dificuldades percecionadas pelos enfermeiros na preparação do cliente cirúrgico: um estudo qualitativo. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(23), e33779. <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>
- Heit, M., Carpenter, J. S., Chen, C. X., Stewart, R., Hamner, J., & Rand, K. L. (2020). Predictors of Postdischarge Surgical Recovery Following Laparoscopic Sacrocolpopexy: A Prospective Cohort Study. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 26(5), 320–326. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000599>
- Mendes, D.; Ferrito, C; & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Em *Diário da República: 2ª Série*, n.º 135, 19359-19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Schulz, R., Santana, R. F., Dos Santos, C. T. B., Faleiro, T. B., Do Amaral Passarellas, D. M., Hercules, A. B. S., & Do Carmo, T. G. (2020). Telephonic nursing intervention for laparoscopic cholecystectomy and hernia repair: A randomized controlled study. *BMC Nursing*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00432-y>
- Sisak, K., Darch, R., Burgess, L. C., Middleton, R. G., & Wainwright, T. W. (2019). A preoperative education class reduces length of stay for total knee replacement patients identified at risk of an extended length of stay. *Journal of rehabilitation medicine*, 51(10), 788–796. <https://doi.org/10.2340/16501977-2602>
- Tong, A.; Sainsbury, P.; & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Torres, G. C. S., Relf, M. V., & Tuazon, J. A. (2020). The mediating role of pre-operative patient readiness on surgical outcomes: A structural equation model analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1371–1383. <https://doi.org/10.1111/jan.14339>

4.3 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO 3

O estudo 3 consistiu num estudo do tipo *e-Delphi*, tendo como objetivo validar a estrutura e o conteúdo de um modelo de CPE a clientes submetidos a cirurgia geral programada, seguindo as recomendações metodológicas de Keeney et al. (2001). Optou-se por esta técnica pelo facto de facilitar o processo de interação e comunicação à distância com os peritos.

Para a recolha de dados, foram utilizados questionários enviados por via eletrónica (via email), por forma a conseguir uma melhor gestão de tempo e recursos. Utilizou-se uma técnica modificada (Keeney et al., 2011), pois o processo foi iniciado com um conjunto de itens pré-selecionados e extraídos a partir dos achados dos dois estudos exploratórios anteriores, da revisão da literatura e da experiência dos investigadores.

O questionário da primeira ronda era composto, para além de algumas questões sociodemográficas e profissionais, por quarenta e oito itens distribuídos por cinco dimensões: condições prévias para a consulta; receção e avaliação do cliente; informação a proporcionar ao cliente; síntese da consulta e documentação da consulta. A cada um dos itens, os peritos atribuíam o seu grau de concordância, desde 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) pontos. Para cada uma das dimensões, foi solicitado ainda aos peritos que apresentassem sugestões/aspectos relevantes, sob a forma de texto livre.

O estudo foi realizado ao longo de duas rondas de colheita de dados, e contou com a participação de vinte peritos selecionados intencionalmente, mas atendendo aos seguintes critérios, não cumulativos: ter realizado investigação na área de estudo de enfermagem perioperatória, possuir formação académica e profissional nesta área de estudo, estar ligado ao ensino em enfermagem e à prática dos cuidados prestados ao cliente submetido a cirurgia geral programada.

Em relação às características do grupo de peritos, a maioria possuía mestrado (55%), seguido de licenciatura (25%) e doutoramento (20%). Quanto à área de especialidade, 65% dos peritos tinham formação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, fazendo também parte do grupo, enfermeiros de outras áreas como Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A maioria exerce funções de enfermeiro especialista (65%), seguido por enfermeiros gestores (20%) e docentes/investigadores (15%). Em relação ao local de trabalho, 60% dos participantes exercem a sua atividade em centros

hospitalares públicos, e os restantes distribuídos por hospitais privados, instituições de ensino superior e outras unidades de saúde.

Após cada uma das rondas foi realizada uma análise quantitativa dos dados, bem como a análise de conteúdo das observações, comentários e sugestões apresentadas pelos peritos. Apesar de haver alguma ambiguidade na literatura acerca da definição de consenso, pois o mesmo pode variar consoante o estudo (Marques & Freitas, 2018), optou-se por considerar o valor de 80%, enquanto percentagem de respostas “4” e “5” na escala tipo *likert* de cinco pontos que foi apresentada aos peritos, relativa à concordância com cada um dos itens (Sampaio et al., 2017; Marques & Freitas, 2018; Barrett & Heale, 2020). A ausência de consenso encaminhava o item para a próxima ronda.

O pedido inicial para a participação no estudo foi enviado por email ao grupo de peritos, juntamente com um resumo da investigação e o documento para o consentimento informado (**APÊNDICE IX**). Depois deste documento ter sido devolvido ao investigador principal, devidamente assinado, foi enviado um novo email aos peritos com o link de acesso ao questionário da primeira ronda (**APÊNDICE X**).

Na primeira ronda, foi alcançado um índice de resposta de 100% e dos quarenta e oito itens, trinta e cinco obtiveram consenso de pelo menos 80%.

O primeiro aspeto avaliado pelos peritos foi o local ideal para a realização da CPE. Os resultados revelaram que a maioria (70%) concorda totalmente que o local apropriado para a consulta é o serviço de consulta externa, por outro lado, a consulta realizada no serviço de internamento apresentou menor concordância, com apenas 35% dos peritos. Em relação ao profissional responsável pela consulta, os enfermeiros do bloco operatório receberam a maior taxa de concordância (65%), seguindo-se os enfermeiros do serviço de internamento e enfermeiro de referência, com 60% e 50% de concordância, respetivamente. A maioria dos participantes (70%) concordou que a consulta pré-operatória deve ser agendada quinze dias antes da cirurgia e no que diz respeito à participação de familiares, houve consenso absoluto (100%) de que a presença de um familiar ou pessoa significativa deve ser facilitada, sempre que solicitado pelo cliente.

Em relação à receção do cliente, 90% dos peritos concordaram acerca da importância de explicitar os objetivos da consulta no momento de acolhimento. No

que diz respeito à avaliação, apenas os itens “Avaliar sinais vitais” e “Avaliar parâmetros antropométricos” obtiveram um grau de concordância inferior a 80%.

Dos dezoito itens que compunham a dimensão das informações a proporcionar ao cliente, apenas três (a “especificação do procedimento de anestesia”, “apresentação do ambiente do Bloco Operatório através de visita guiada ou vídeo demonstrativo” e a “referência às principais complicações cirúrgicas, de acordo com o tipo de cirurgia”) não obtiveram o consenso de pelo menos 80% dos peritos.

Por último, nas dimensões da síntese e documentação da consulta, todos os itens revelaram concordância acima dos 85%.

Com base na análise dos resultados da primeira ronda (**APÊNDICE XI**), alguns itens foram adicionados e outros foram reformulados. Nesse sentido, o questionário da segunda ronda foi constituído por vinte e dois itens (**APÊNDICE XII**). Na análise dos resultados, percebeu-se que a dimensão das condições prévias para a consulta foi a que obteve menor consenso, à semelhança da primeira ronda, e onde o coeficiente de dispersão nas respostas foi maior. Os itens com grau de concordância inferior a 80% foram eliminados, excepto os itens do local da consulta e de quem a deverá realizar, pois são considerados elementos-chave para integrar o modelo final e assumiu-se que deverão ser ajustados consoante a instituição onde o modelo seja implementado (**APÊNDICE XIII**).

Neste sentido, o modelo validado para a CPE é composto por quarenta itens, distribuídos pelas cinco dimensões já referidas (**APÊNDICE XIV**).

As etapas do processo de investigação deste estudo do tipo *e-Delphi* modificado são apresentadas de forma esquemática na figura 3.

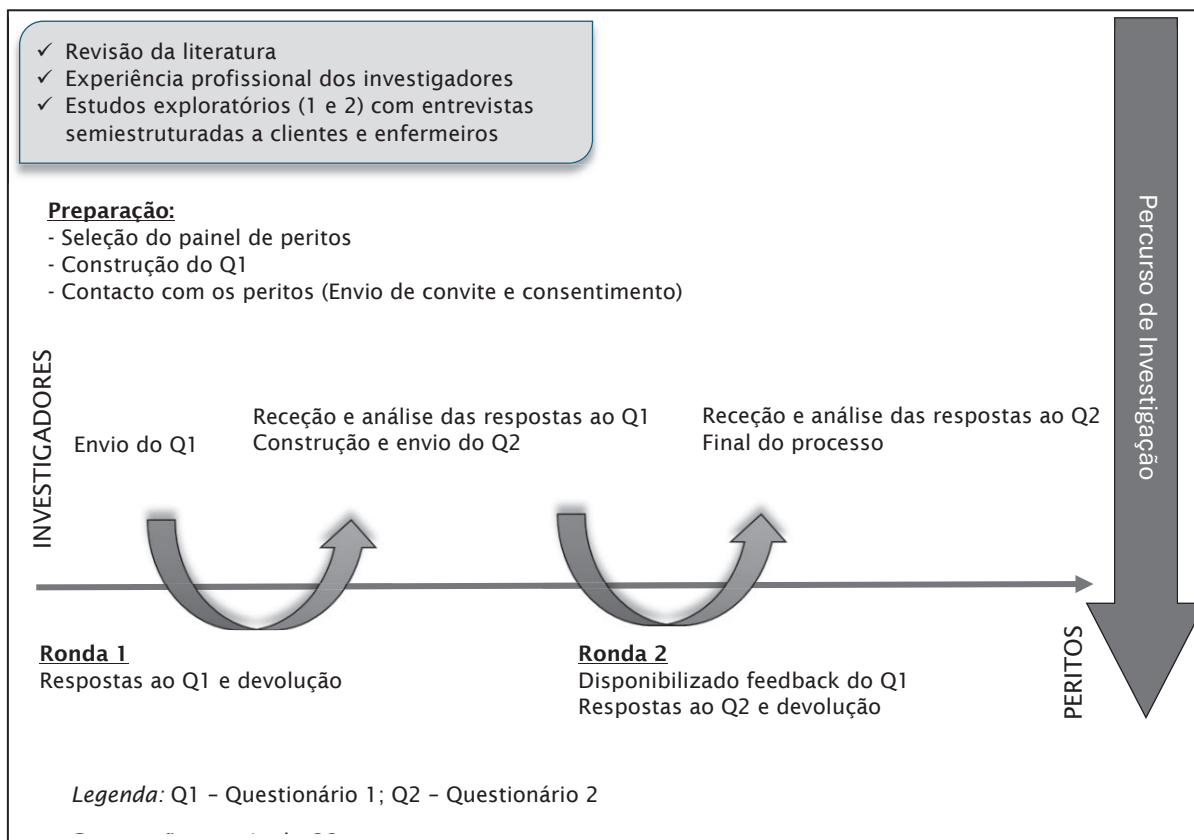


Figura 3 – Etapas do processo de investigação (Estudo *e-Delphi* modificado).

Este estudo originou um artigo de investigação, denominado “*Development and Validation of a Preoperative Nursing Consultation Model: A Delphi Study*”. Foi publicado em 2024, no Journal of PeriAnesthesia Nursing, e está disponível em língua inglesa (cf. Artigo 4) em formato online: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.07.007>.

Esta fase da investigação permitiu, desta forma, a etapa seguinte, de implementação da intervenção validada e avaliação do seu impacto nos resultados do cliente cirúrgico, de modo a capacitar o cliente a enfrentar a experiência cirúrgica.

No sentido de planear a implementação da consulta de enfermagem, foi elaborado um guia orientador (**APÊNDICE XV**) que serviu de base ao momento de formação (**APÊNDICE XVI**) que foi realizada a seis enfermeiros que integraram a equipa de implementação. Estes enfermeiros foram selecionados pela enfermeira gestora do serviço, em conjunto com o investigador principal, tendo em conta critérios como a formação académica e profissional, os anos de experiência profissional em

contexto perioperatório e as competências comunicacionais. Elaborou-se também um vídeo demonstrativo (**APÊNDICE XVII**) do percurso do cliente ao longo da sua experiência cirúrgica, bem como do ambiente do interior do bloco operatório, *transfer* e unidade de cuidados pós-anestésicos, de modo a dar cumprimento ao item “Apresentação do ambiente do Bloco Operatório através de vídeo demonstrativo” do modelo. Para além disso, construiu-se um folheto informativo (**APÊNDICE XVIII**) que contou com o contributo e sugestões da equipa de implementação e da enfermeira gestora, permitindo dar cumprimento ao item “Providenciar suporte escrito (folheto informativo ou outros) com resumo das informações relevantes” do modelo validado. O investigador principal participou também num momento de formação à equipa de implementação que foi dinamizado por dois elos institucionais ligados aos sistemas de informação e onde foi analisada e discutida a integração do modelo da consulta no sistema de documentação em uso na instituição, o SClínico®. Depois disso, foram realizadas várias reuniões com o Diretor do Serviço de Cirurgia Geral, bem como com a Enfermeira Diretora da instituição, por forma a delinear aspetos burocráticos, administrativos e logísticos que conduzissem e permitissem a implementação da CPE.

ARTIGO 4

**“Development and Validation of a Preoperative Nursing Consultation
Model: A Delphi Study”**



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of PeriAnesthesia Nursing

journal homepage: www.jopan.org

Research

Development and Validation of a Preoperative Nursing Consultation Model: A Delphi Study

Marco António Rodrigues Gonçalves, MSc, RN^{a,b,*}, Maria Aurora Gonçalves Pereira, PhD, RN^c, Natália de Jesus Barbosa Machado, PhD, RN^d^a Institute of Biomedical Sciences, Abel Salazar of Porto University, Porto, Portugal^b Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Coimbra, Portugal^c School of Health of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo, Castelo, Portugal^d Nursing School of Oporto (ESEP), Porto, Portugal

A B S T R A C T

Keywords:

nursing
preoperative care
elective surgical procedures
Delphi technique**Purpose:** This study aimed to validate the structure and content of a preoperative nursing consultation model for elective general surgery patients.**Design:** A Delphi study was conducted with experts to validate a five-dimension preoperative nursing consultation model.**Methods:** A 2-round Delphi study was conducted in 2022 involved 20 experts. The experts were asked to complete an online 48-item questionnaire rated on a 5-point Likert scale, ranging from *totally disagree* to *totally agree*. Participants were ensured anonymity and confidentiality. Consensus was identified as 80% agreement. The experts also made suggestions or comments, based on which the questionnaire was re-formulated for round 2. Data were analyzed using SPSS software, version 25.0 (IBM SPSS Statistics).**Findings:** The response rate was 100% in round 1 and 95% in round 2. After round 1, a consensus was reached on 35 items. The experts submitted the following dimensions for analysis: Requirements for the consultation, Patient welcoming and assessment, Information for the patient (and family member or significant person, if applicable), Summary of the consultation, and Documentation of the consultation.**Conclusions:** The consensus among the experts allowed for the development of a specific intervention in the form of a preoperative nursing consultation. The validated intervention should be implemented and its impact on the quality of care assessed, particularly in elective general surgery.© 2024 American Society of PeriAnesthesia Nurses. Published by Elsevier Inc. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Nurses conduct preoperative assessments to identify patients' needs, risk factors and trajectories throughout the perioperative period.¹ As a result of major changes in sociodemographics and technology, there is a growing need for the development of strategies to optimize perioperative care, such as preoperative counseling.² The concept of nursing consultation varies according to geographical location. In this sense and considering that this study was conducted in a Portuguese context, the preoperative nursing consultation refers to the moment of preparation a few days before the surgery, carried out in an office by the preoperative nurse.

A nursing consultation should capture all relevant information to provide holistic care and contribute to individual health gains through personalized care planning. Similarly, a preoperative

nursing consultation can facilitate effective communication between nurses and patients.³ A preoperative nursing consultation can improve the interpersonal relationship between nurses and patients. Moreover, using standardized and scientific language can promote critical thinking and facilitate decision-making.⁴

The American Society of PeriAnesthesia Nurses has established a set of guidelines for providing information to patients in the preoperative period.⁵ This includes information about staying in the facility, pain control, the preanesthesia interview, the preoperative checklist, what to expect on the day of surgery, in the operating room, and in the postanesthesia care unit. In addition, the preoperative nurse should ask about the list of medications, allergies and devices during the preoperative interview.

Many surgical patients feel that the information they receive is inadequate, which can affect their anxiety about surgery and anesthesia.⁶ Therefore, a preoperative nursing intervention allows assessing patients' level of anxiety and applies measures to reduce

* Address correspondence to: Marco António Rodrigues Gonçalves, Rua da Laranjeira, n.º 13. Machada, 3105-286 Pelariga, Portugal.

E-mail address: marcogoncalves@esenfc.pt (M.A.R. Gonçalves).

Table 1
Results of Round 1

Dimension	Number of Items	Total Agreement (%)	Mean Coefficient of Dispersion (%)	Mean Interquartile Range
Requirements for the consultation	9	58	39	2.25
Patient welcoming and assessment	12	92	12	0.46
Information for the patient	18	86	19	0.69
Summary of the consultation	3	95	12	0
Documentation of the consultation	2	93	12	0.38

it.^{7,8} Empowering patients with knowledge is crucial for increasing their awareness of the perioperative period and involving them in the entire process. Nurses should also possess communication skills to identify patients' information needs and personalize their intervention, which should ideally occur in-person.⁹ Properly structured preoperative education delivered by nurses has an essential role in improving postoperative patient outcomes and has a positive impact on the quality of preoperative recovery with a reduction in complications.¹⁰

Thus, this study aimed to validate the structure and content of a preoperative nursing consultation for patients undergoing elective general surgery.

Methods

A two-round Delphi study was conducted to structure and validate a preoperative nursing consultation model. The Delphi technique is a systematic method for reaching a consensus among a group of experts on a specific subject. Consensus is reached through rounds of anonymous questionnaires for validation. The literature suggests a level of consensus ranging from 51% to 100%.¹¹ In this study, the level of consensus was set at 80%.

The expert panel for this study was formed based on the following (not necessarily cumulative) inclusion criteria: research experience in the relevant field, academic and professional training in the relevant field, affiliation with nursing education, and experience in caring for elective general surgery patients. The invitation for participation was sent by email to 20 recognized experts, with more than 10 years' professional experience, in a purposive sample and considering the inclusion criteria and aims of the study. The email included a summary of the study and the informed consent form. Once the researchers received the signed document, they sent another email to the experts with a link to the questionnaire.

The researchers developed the original questionnaire based on two previous exploratory studies in which they interviewed elective general surgery patients, operating room nurses, and inpatient surgical nurses. They also drew on the scientific evidence available and their experience in the area. Two of the researchers have a doctorate in nursing and one is a doctoral student. All have relevant professional experience in perioperative nursing.

The original questionnaire comprised 48 items divided into 5 dimensions: Requirements for the consultation, with 9 items; Patient welcoming and assessment, with 12 items; Information for the patient (and family member or significant person, if applicable),

with 18 items; Summary of the consultation, with 3 items; and Documentation of the consultation, with 2 items. For each item, the experts rated their level of agreement on a 5-point Likert scale (from 1 to 5, *strongly disagree*, *disagree*, *neither agree nor disagree*, *agree*, *strongly agree*). Only responses 4 and 5 on the Likert scale were used to calculate the level of agreement. The experts could comment on their answers or make suggestions. These data were later analyzed. The experts were asked to respond within 2 weeks of receiving the link to the questionnaire. Two rounds were conducted in June and November 2022.

This research was approved by a Portuguese ethics committee (074/CES-CHUC-138-18).

Results

The panel consisted of 20 experts: 5 with a bachelor's degree, 11 with a master's degree, and 4 with a doctoral degree. All experts were nurse specialists: 17 in medical-surgical nursing, 1 in mental health and psychiatric nursing, 1 in community nursing, and 1 in rehabilitation nursing. In terms of their professional practice, 13 worked as nurse specialists, 3 as nurse managers, 1 as nurse manager in a director position, and 3 as nursing educators.

The questionnaire response rate in round 1 was 100%. The original questionnaire was sent to the experts and, at the end of round 1, only the Requirements for the consultation dimension showed an agreement of less than 80%, with a high coefficient of dispersion. Of the 48 items, 13 had an agreement of less than 80%: 8 in the Requirements for the consultation dimension, 2 in the Patient welcoming and assessment dimension, and 3 in the Information for the patient dimension (Table 1).

At the end of round 1, the results were shared with the expert group. Based on the results obtained and in preparation for round 2, four new items were added and five were reworded based on the experts' suggestions. The items with more than 80% agreement in round 1 were included in the final proposal for the structure of the preoperative nursing consultation. In addition, all items with an agreement of 80% in round 2 were retained. Thus, the questionnaire sent out in round 2 comprised 22 items.

The response rate in round 2 was 95%, and again, the Requirements for the consultation dimension was the only one to obtain an overall agreement of less than 80%. Of the 22 items analyzed, 9 reached an agreement of less than 80%, distributed as follows: 7 on Requirements for the consultation and 2 on Information for the patient (Table 2).

Table 2
Results of Round 2

Dimension	Number of Items	Total Agreement (%)	Mean Coefficient of Dispersion (%)	Mean Interquartile Range
Requirements for the consultation	9	56	40	2.11
Patient welcoming and assessment	4	93	16	0.75
Information for the patient	7	85	23	1
Summary of the consultation	1	100	6	0
Documentation of the consultation	1	100	5	0

Table 3
Final Model for the Preoperative Nursing Consultation

A. Requirements for the consultation:	
1. Existence of a specific venue:	Venue of the consultation: Outpatient Consultation Unit
2. Who should conduct the consultation?	Operating room nurses
3. Other aspects to consider:	Schedule the consultation considering the patient's consultations to the institution (up to 15 days before admission). If requested, allow family members or significant others to be present during the consultation. Make a phone call the day before admission to remind them of relevant aspects and clarify any doubts.
B. Patient welcoming and assessment:	
1. Patient welcoming:	Explain the objectives of the consultation.
2. Patient assessment:	Find if it is their first surgical experience: - If not, analyze the meaning attributed to previous experience(s). Assess the patient's knowledge about the surgery. Assess the source(s) of information about the surgery. Identify feelings and beliefs about the perioperative period. Assess family support. Assess vital signs (blood pressure and heart rate). Assess anthropometric parameters (height and weight). Identify health-disease history. Assess lifestyle habits (diet, exercise, sleep, alcohol, and tobacco use). Identify allergies. Assess housing conditions (if applicable) and health resources available in the community.
C. Information for the patient (and family member or significant other, if applicable):	
Logistical aspects (personal items to bring to the hospital, home medications, assistive devices, visiting hours, contact numbers, and estimated length of hospital stay).	
The need to place a peripheral venous catheter to administer medication.	
The need and instructions for preoperative bathing.	
The need to remove jewelry and dentures.	
The need for trichotomy, if applicable.	
Instructions for bowel preparation, if applicable.	
Respiratory preparation, if applicable.	
Instructions for the recommended preoperative fasting.	
Video demonstration of the operating room environment.	
The possible presence of pain and pain management measures.	
The need for medical devices.	
Predictable changes in self-care.	
The need for early mobilization and the first lift, if applicable.	
The need to adjust postoperative diet to the type of surgery.	
Instructions regarding the surgical wound.	
Aspects to consider after discharge/return home.	
Strategies for coping with fear and anxiety.	
D. Summary of the consultation:	
Summarize the most relevant aspects of the consultation.	
Clarify doubts.	
Assess the need for other relevant information or any unanswered concerns.	
Explain that they will receive a telephone call the day before admission to remind them of relevant aspects and clarify any doubts.	
E. Documentation of the consultation:	
Document the consultation in the institution's information system.	
Provide written materials (information leaflet or others) summarizing relevant information.	

Items with less than 80% agreement were eliminated, except for the Requirements for the consultation, the specific venue for the consultation, and the question of who should conduct the consultation, as these were key aspects. The final model included the items with the highest agreement, even if it was less than 80%, provided that they may be adjusted according to the institution where the consultation will be implemented. Table 3 shows the final model validated by the panel of experts for the preoperative nursing consultation, with a total of 40 items distributed among the 5 dimensions.

Discussion

This study validated a five-dimension preoperative nursing consultation model: Requirements for the consultation, Patient welcoming and assessment, Information for the patient (and family member or significant person, if applicable), Summary of the consultation, and Documentation of the consultation. Although there is little research on the structure and content of this type of nursing intervention, a study describes the topics of the structure and documentation of a preoperative nursing consultation for patients undergoing colorectal cancer surgery. They identified seven main topics for the structure: Health status, Preparation before surgery, Discovery, Tumor, Operation, Symptoms, and Recovery after surgery.³ Another study emphasized the importance of assessing the patient before providing information and aimed to developing a model for a computerized preoperative nursing consultation for women with breast cancer. They identified three dimensions that should be part of the structure: the assessment of biopsychosocial needs, the assessment of educational needs, and the analysis of patients' and professionals' needs related to the institution.⁴

Furthermore, a face-to-face nursing consultation allows patients to be informed and have their needs assessed in a comfortable and safe environment. In addition, they can express their feelings and emotions through empathetic communication.¹² Like the telephone contact the day before hospital admission included in the now-validated model, nurse-led telephone consultations are a useful and viable method for patients undergoing surgery because they are inexpensive, have positive outcomes, and are easy to use, resulting in high adherence rates.¹³ Moreover, the information provided to the patient during a preoperative nursing consultation should meet the patient's expectations, needs, and doubts.⁹

In a study with patients undergoing prostatectomy and their families, the authors explain the importance of patients taking an active role in their health by receiving information about the surgical process. These authors developed a preoperative class in which they explained the steps preoperative preparation, how to take care of medical equipment (urinary and venous catheters), how to deal with minor complications after discharge, and when to contact health services. They concluded that the intervention significantly reduced anxiety, increased confidence in the immediate postoperative period, and increased satisfaction at discharge.¹⁴

Considering postoperative pain, nurses should ask each patient about their pain history and determine the degree of fear associated with postoperative pain. Also, reducing fear of pain in the preoperative period can reduce postoperative pain.¹⁵ Documenting the consultation in the institution's information system contributes to better planning of nursing care through more accurate records that can be accessed by the entire multidisciplinary team. On the other hand, providing information in written form (eg, an information leaflet) can help patients systematize the information received and refer to it if they have any doubts before admission.⁴ Preoperative information can improve learning outcomes, particularly when presented in the form of concept maps and written materials rather than unstructured oral information.¹⁶

Limitation

Finally, this study had some limitations. First, a larger expert group would have brought a greater diversity of opinions, and their consensus would give even greater robustness to the validated model. Second, despite the consensus reached in the group, it will only be possible to assess the feasibility and operability of this nursing consultation, as well as its impact on outcomes such as patients' anxiety, satisfaction, and knowledge, once it is implemented.

Conclusion

The nursing consultation is a valuable strategy to promote nurses' autonomy and professional recognition. It has the potential to contribute to improving the structure, processes, and outcomes of healthcare organizations and services. The nursing consultation promotes diagnosis and prescription of interventions, leading to the development of effective forms of nursing care that are compatible with the needs of patients and families. It is based on a decision-making process that requires skills, knowledge, attitudes, abilities, and responsibility.

The experts' consensus made it possible to develop an intervention that will improve the nursing care provided to perioperative patients. The structure of this nursing consultation results from the need to highlight the specific role of nurses and organize their intervention.

This study has provided the groundwork for implementing the validated intervention and assesses its impact on the quality of care provided to surgical patients undergoing elective general surgery. Implementation will involve structuring preoperative preparation according to the final model validated by this study and assessing outcomes such as anxiety levels and knowledge gains to compare the moments before and after this care intervention. This intervention will also encourage patients to become co-responsible for their health-disease process.

Declaration of Competing Interest

None to report.

References

- Gonçalves MAR, Cerejo MDNR, Martins JCA. The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Rev Enferm Ref*. 2017;4(14):17–26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.
- Fernández Fernández E, Fernández-Ordoñez E, García-Gamez M, et al. Indicators and predictors modifiable by the nursing department during the preoperative period: a scoping review. *J Clin Nurs*. 2023;32(11–12):2339–2360. <https://doi.org/10.1111/jocn.16287>.
- Pettersson ME, Öhlén J, Friberg F, Hydén LC, Carlsson E. Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(4):674–686. <https://doi.org/10.1111/scs.12378>.
- Trescher GP, Amante LN, Da Rosa LM, et al. Sistematização da consulta de enfermagem em pré-operatório às mulheres com câncer de mama. *Enferm Foco*. 2020;11(5):40–47. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3400>.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses. 2023–2024 *Perianesthesia Nursing Standards, Practice Recommendations and Interpretive Statements*. ASPAN; 2023.
- Alacadag M, Cilingir D. Presurgery anxiety and day surgery patients' need for information. *J Perianesth Nurs*. 2018;33(5):658–668. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.06.125>.
- Bagheri H, Ebrahimi H, Abbasi A, Atashsokhan G, Salmani Z, Zamani M. Effect of preoperative visitation by operating room staff on preoperative anxiety in patients receiving elective hernia surgery. *J Perianesth Nurs*. 2019;34(2):272–280. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.04.005>.
- Dias P, Clerc D, Rodrigues MGDR, et al. Impact of an operating room nurse preoperative dialogue on anxiety, satisfaction and early postoperative outcomes in patients undergoing major visceral surgery—a single center, open-label, randomized controlled trial. *J Clin Med*. 2022;11(7):1–11. <https://doi.org/10.3390/jcm11071895>.
- Gonçalves MAR, Pereira MAG, Machado NDJB. Preoperative preparation: perceptions of elective surgery patients. *Index Enferm*. 2023;32(2):e14318. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235773>.
- Ongun P, Oztekin SD, Bugra O, Dolapoglu A. Effect of a preoperative evidence-based careeducation on postoperative recovery of cardiac surgery patients: a quasi-experimental study. *Nurs Crit Care*. 2024;1–10. <https://doi.org/10.1111/nicc.13082>.
- Barrett D, Heale R. What are Delphi studies? *Evid Based Nurs*. 2020;23(3):68–69. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303>.
- Lopes ECR, Cerqueira MMA, de Jesus Rocha MC. The advantages of the in-person nursing consultation to the person submitted to ambulatory surgery. *Rev Enferm Ref*. 2022;2022(1):1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21149>.
- Da Silva Schulz R, Santana RF, Dos Santos CTB, et al. Telephonic nursing intervention for laparoscopic cholecystectomy and hernia repair: a randomized controlled study. *BMC Nurs*. 2020;19(1):1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00432-y>.
- Bisbey CC. The power of education: preoperative class reduces anxiety and improves confidence. *Medsurg Nurs*. 2017;26(5):324–326.
- Ustunel F, Erden S. Evaluation of fear of pain among surgical patients in the preoperative period. *J Perianesth Nurs*. 2022;37(2):188–193. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.02.003>.
- Longo UG, De Salvatore S, Rosati C, et al. The impact of preoperative education on knee and hip replacement: a systematic review. *Osteology*. 2023;3(3):94–112. <https://doi.org/10.3390/osteology3030010>.

4.4 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO 4

O estudo 4 constitui-se como um estudo pré-experimental cujo objetivo principal foi avaliar o impacto de uma CPE em três dimensões: o nível de ansiedade do cliente, o seu nível de informação pré-operatória e o grau de satisfação com a consulta.

A CPE implementada seguiu o modelo validado no estudo 3 e usou-se uma amostra (grupo único) de 37 clientes que se encontravam no período pré-operatório de cirurgia geral programada, com idades entre os 28 e os 85 anos. O momento da consulta aconteceu, em média, uma semana antes da admissão ao internamento para realização da cirurgia. De modo a dar resposta ao objetivo do estudo, foram realizados três momentos de avaliação: antes da consulta, após a consulta e no momento da admissão ao internamento. Após o consentimento devidamente livre e esclarecido por parte dos clientes (**APÊNDICE XIX**), a colheita de dados foi realizada através da aplicação de questionários de autopreenchimento.

O questionário aplicado no primeiro momento (**APÊNDICE XX**), antes da consulta, foi constituído por três partes: uma primeira parte relativa a alguns dados sociodemográficos e clínicos, de modo a caracterizar a amostra; a segunda parte constituída pelas duas subescalas do inventário de ansiedade traço-estado de Spielberger, pela versão traduzida e adaptada à população portuguesa por McIntyre e McIntyre (1995) (**ANEXO III**), por forma a avaliar o nível de ansiedade pré-operatória, naquele momento (ansiedade-estado) e a propensão para a ansiedade sob o ponto de vista da personalidade (ansiedade-traço), e por último, a terceira parte continha a escala de informação pré-operatória, pela versão adaptada de Gonçalves e Cerejo (2020), que permitiu avaliar a perceção de cada cliente acerca da informação que possuíam.

No segundo momento, após a consulta, o questionário aplicado (**APÊNDICE XXI**) era constituído por duas partes: a subescala de ansiedade-estado do inventário de Spielberger para avaliar o nível de ansiedade naquele momento e um questionário para avaliação da satisfação com a CPE, que foi construído para o efeito pelos investigadores.

Aquando do terceiro e último momento de avaliação, na admissão do cliente ao internamento, o questionário (**APÊNDICE XXII**) foi constituído por duas partes: a subescala de ansiedade-estado do inventário de Spielberger para avaliar novamente o nível de ansiedade pré-operatória e poder comparar com os momentos de

avaliação anteriores e, uma vez mais, a escala de informação pré-operatória de modo a perceber os ganhos em conhecimento por parte dos clientes, através da comparação com o momento antes da consulta.

De acordo com o modelo validado, a implementação da intervenção consistiu numa consulta de enfermagem presencial, cerca de uma semana antes da cirurgia e de uma consulta de enfermagem telefónica na véspera do internamento, realizada pelo mesmo enfermeiro da consulta presencial. A documentação da consulta foi realizada no sistema de informação em uso na instituição (o SClínico®).

Em relação ao nível de ansiedade pré-operatória, este diminuiu significativamente após a realização da consulta de enfermagem (de uma média de 37,76 pontos para 30,92 pontos), tendo voltado a subir ligeiramente no momento do internamento (34,47 pontos) mas abaixo do nível inicial, destacando o impacto positivo da intervenção. Relativamente ao nível de informação, os clientes apresentaram valores baixos antes da consulta (média de 10,84 pontos) mas com uma subida estatisticamente significativa no momento da admissão ao internamento (com uma média de 33,74 pontos). Este aumento reflete a eficácia da consulta em satisfazer as necessidades informativas dos clientes. Tendo em conta o grau de satisfação com a consulta, esta foi considerada importante por 91,9% dos clientes, e a simpatia e competência dos enfermeiros foram avaliadas como "muito boas" por mais de 94% destes. Em termos globais, a consulta obteve uma média de 4,89 pontos numa escala de 1 a 5.

Perante estes resultados, a CPE constitui-se como uma estratégia eficaz para melhorar os indicadores avaliados. Para além deste impacto positivo nos clientes, reforça a autonomia e a intervenção essencial do enfermeiro no contexto perioperatório.

É destacada ainda a importância do fornecimento estruturado de informações pré-operatórias consideradas relevantes e do estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o cliente.

Este último estudo originou mais um artigo de investigação, denominado "*Impacto da implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem: um estudo pré-experimental*". Foi submetido em 2025, à Revista de Enfermagem Referência (ANEXO IV), sendo apresentada de seguida a versão em língua portuguesa (cf. Artigo 5).

ARTIGO 5

“Impacto da implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem: um estudo pré-experimental”

Impacto da implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem: um estudo pré-experimental

Impact of implementing a preoperative nursing consultation: a pre-experimental study

Impacto de la implantación de una consulta de enfermería preoperatoria: un estudio preexperimental

Resumo

Enquadramento: A experiência cirúrgica desencadeia elevados níveis de ansiedade nos clientes submetidos a cirurgia. A intervenção do enfermeiro no pré-operatório é fundamental no fornecimento de informações com impacto na diminuição da ansiedade.

Objetivo: Avaliar o impacto de uma consulta pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade, nível de informação e satisfação do cliente submetido a cirurgia geral programada.

Metodologia: Estudo pré-experimental com desenho pré-pós, com 37 clientes no pré-operatório de cirurgia geral programada. Para a recolha de dados utilizou-se o inventário de ansiedade traço-estado de Spielberger, a escala de informação pré-operatória e uma escala de avaliação da satisfação.

Resultados: Após a intervenção, verificou-se uma melhoria do nível de informação pré-operatória ($p < 0,001$). Em relação ao nível de ansiedade, houve uma diminuição após a consulta, ainda que desde essa altura até ao momento do internamento se tenha verificado um ligeiro aumento. Globalmente, 89% dos clientes classificou a consulta como muito boa.

Conclusão: A consulta pré-operatória de enfermagem teve impacto positivo no nível de ansiedade, informação e satisfação dos clientes.

Palavras-chave: enfermagem; cuidados pré-operatórios; cirurgia eletiva; consulta de enfermagem; ansiedade; conhecimentos, atitudes e práticas em saúde

Abstract

Background: The surgical experience causes high levels of anxiety in clients undergoing surgery. The nurse's intervention in the preoperative period is fundamental in providing information that has an impact on reducing anxiety.

Objective: To evaluate the impact of a preoperative nursing consultation on the level of anxiety, level of information and satisfaction of clients undergoing scheduled general surgery.

Methodology: A pre-experimental study with a pre-post design, with 37 clients in the preoperative period of scheduled general surgery. The Spielberger trait-state anxiety

inventory, the preoperative information scale and a satisfaction assessment scale were used to collect data.

Results: After the intervention, there was an improvement in the level of preoperative information ($p < 0.001$). Regarding anxiety levels, there was a decrease after the consultation, although there was a slight increase from then until the time of hospitalisation. Overall, 89 per cent of clients rated the consultation as very good.

Conclusion: The preoperative nursing consultation had a positive impact on the clients' level of anxiety, information and satisfaction.

Keywords: nursing; preoperative care; elective surgical procedures; office nursing; anxiety; health knowledge, attitudes, practice

Resumen

Marco contextual: La experiencia quirúrgica desencadena altos niveles de ansiedad en los clientes que se someten a una intervención quirúrgica. La intervención de la enfermera en el periodo preoperatorio es fundamental para proporcionar información que repercuta en la reducción de la ansiedad.

Objetivo: Evaluar el impacto de una consulta de enfermería preoperatoria sobre el nivel de ansiedad, el nivel de información y la satisfacción de los clientes sometidos a cirugía general programada.

Metodología: Estudio preexperimental con un diseño pre-post, con 37 clientes en el periodo preoperatorio de cirugía general programada. Para la recogida de datos se utilizó el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger, la escala de información preoperatoria y una escala de evaluación de la satisfacción.

Resultados: Tras la intervención, se produjo una mejora en el nivel de información preoperatoria ($p < 0,001$). En cuanto a los niveles de ansiedad, se produjo una disminución tras la consulta, aunque hubo un ligero aumento desde entonces hasta el momento de la hospitalización. En general, el 89% de los clientes calificaron la consulta de muy buena.

Conclusión: La consulta preoperatoria de enfermería tuvo un impacto positivo en el nivel de ansiedad, información y satisfacción de los clientes.

Palabras clave: enfermería; cuidados preoperatorios; procedimientos quirúrgicos electivos; enfermería de consulta; ansiedad; conocimientos, actitudes y práctica en salud

Introdução

O fornecimento de informações no período pré-operatório é muito importante para os clientes cirúrgicos, diminuindo a sua ansiedade e as complicações pós-operatórias. A educação pré-operatória recebida por estes, depende em grande parte do conhecimento e da experiência do enfermeiro, tornando-se fundamental reforçar o treino, adequar as dotações, disponibilizar diretrizes padronizadas e materiais didáticos nos contextos clínicos, por forma a motivar e a criar um ambiente de trabalho seguro (Bazezew et al., 2023).

Frequentemente, os clientes verbalizam informações díspares a respeito da preparação pré-operatória, no momento da admissão ao internamento para cirurgia, podendo deste modo comprometer todo o procedimento anestésico e/ou cirúrgico. Manifestam, ainda, ansiedade relativa ao pós-operatório imediato e incerteza ligada ao momento da alta para o domicílio e à recuperação pós-operatória. Adicionalmente a estes aspetos, o curto período de permanência no internamento limita o contacto do enfermeiro com os clientes, nomeadamente no período pré-operatório (Breda & Cerejo, 2021).

Uma consulta pré-operatória de enfermagem é uma intervenção complexa e autónoma, que contempla um conjunto de atividades cuja principal finalidade é a de conhecer o cliente e de o informar sobre todo o seu percurso cirúrgico, atendendo às suas necessidades e expetativas (Mendes & Ferrito, 2021).

De acordo com Fernandes et al. (2024), é importante que o enfermeiro consiga transmitir um conjunto de informações/conhecimentos no pré-operatório ao cliente, e deste modo, capacitá-lo para se sentir parte integrante do processo de tratamento, dando prioridade às suas necessidades individuais, realizando orientações de forma estruturada e sistematizada.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo avaliar o impacto de uma consulta pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade, nível de informação e satisfação do cliente submetido a cirurgia geral programada.

Enquadramento

A preparação pré-operatória é um processo essencial para otimizar os resultados cirúrgicos e envolve diversos aspetos, nomeadamente, a indicação cirúrgica, a história clínica, o exame físico, a avaliação do risco cirúrgico, a medicação habitual, a abordagem anestésica, a profilaxia antibiótica, as preparações específicas e os cuidados pós-operatórios (Santos et al., 2024).

O tipo de cirurgia e o conhecimento pré-operatório também afetam os níveis de ansiedade, sendo que os clientes mais bem informados apresentam geralmente menos ansiedade (Longo et al., 2023).

As manifestações pré-operatórias de ansiedade podem influenciar a gestão do processo anestésico, a intensidade da dor pós-operatória, a ansiedade no período pós-operatório e o consumo de analgésicos, bem como o eventual aumento da morbilidade e até mortalidade pós-operatórias (Hinkle & Cheever, 2020).

A ansiedade, a dor, a educação para a saúde e os conhecimentos, a satisfação e as questões organizacionais/institucionais constituem-se como importantes indicadores pré-operatórios e preditores de possíveis complicações associadas ao processo cirúrgico, que podem ser modificados por intervenções de enfermagem (Fernández et al., 2023). Assim, o enfermeiro em contexto perioperatório deve ter o conhecimento e a habilidade necessários para avaliar, diagnosticar, planejar, intervir e avaliar os resultados das suas intervenções (Bazezew, et al., 2023). Antes da cirurgia, o enfermeiro que intervém na preparação pré-operatória deve avaliar e preparar os clientes acerca das suas reações fisiológicas, emocionais e psicológicas relativas à cirurgia (Mukantwari, et al., 2021). Pode assim afirmar-se que ao longo de todo o processo cirúrgico, o enfermeiro avalia o cliente, recolhe, organiza e prioriza os dados, elabora diagnósticos de enfermagem, identifica os resultados esperados para o cliente, e avalia os resultados e as respostas deste (Rothrock, 2021).

Questão de investigação

Qual o impacto de uma consulta pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade, nível de informação e satisfação do cliente submetido a cirurgia geral programada?

Metodologia

Desenvolveu-se um estudo pré-experimental com desenho pré e pós, de grupo único, com três momentos de avaliação: M1 (pré-consulta); M2 (pós-consulta) e M3 (na admissão ao internamento), num hospital central da região centro de Portugal. Os dados foram colhidos entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024, após parecer favorável de uma Comissão de Ética (processo n.º 138/18).

A amostra foi constituída por clientes que se encontravam no período pré-operatório de cirurgia geral programada, através de uma amostragem não probabilística, por conveniência. A consulta pré-operatória de enfermagem foi implementada uma vez por semana, e os clientes foram convocados telefonicamente por um enfermeiro que pertencia à equipa de implementação, para a consulta presencial na semana anterior à cirurgia. A estrutura da consulta de enfermagem implementada segue o modelo construído e validado por Gonçalves et al. (2024). Ao longo dos três meses de colheita de dados, conseguiu-se a participação de 37 clientes. Destes, apenas 34 preencheram o

questionário do 3.º momento de avaliação, no momento do internamento, pois 3 clientes viram a sua cirurgia cancelada.

Na recolha de dados utilizou-se um questionário em cada um dos três momentos de avaliação, cuja composição se encontra espelhada na Tabela 1.

Tabela 1

Momentos de avaliação e instrumento de colheita de dados.

Momentos	Instrumento de colheita de dados
M1 (pré-consulta) (n=37)	Questionário com 3 partes: I – Caracterização sociodemográfica II – Inventário de ansiedade traço-estado de Spielberger (ambas as subescalas) III – Escala de informação pré-operatória
M2 (pós-consulta) (n=37)	Questionário com 2 partes: I – Subescala da ansiedade-estado de Spielberger II – Escala de avaliação da satisfação com a consulta
M3 (internamento) (n=34)	Questionário com 2 partes: I – Subescala da ansiedade-estado de Spielberger II – Escala de informação pré-operatória

O questionário sociodemográfico foi constituído por questões relacionadas com a idade, sexo, habilitações literárias, situação profissional, estado civil, número de pessoas no agregado familiar, previsão de visitas durante o internamento, experiências cirúrgicas anteriores e tempo em lista de espera. O inventário de ansiedade traço-estado de Spielberger é de autoadministração e é constituído por duas subescalas, uma para avaliar a ansiedade-traço e outra para avaliar a ansiedade-estado. A versão utilizada foi a traduzida e adaptada para a população portuguesa por McIntyre e McIntyre (1995). Cada subescala é composta por 20 itens e a cada item é dada uma pontuação de 1 a 4 pontos (de modo nenhum = 1 ponto, um pouco = 2 pontos; mais ou menos = 3 pontos, muito = 4 pontos). Os pesos das pontuações para os itens de ausência de ansiedade estão invertidos, pelo que na subescala da ansiedade-traço são os itens 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 e 19 e na subescala da ansiedade-estado são os itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20. Quanto maior o número de pontos no final, maior é o nível de ansiedade medido. Cada uma das subescalas apresentou uma consistência interna elevada com um Alpha de Cronbach de 0,89.

A escala de informação pré-operatória foi desenvolvida e validada por Gonçalves e Cerejo (2020) e através de 15 itens permite avaliar o nível de informação do cliente que será submetido a cirurgia, cada um pontuado em 0 pontos (nada informado), 1 ponto (pouco informado), 2 pontos (informado demais) e 3 pontos (informado o suficiente). Quanto maior for o *score* final, melhor será o nível de informação possuído pelo cliente. Neste estudo foi utilizada uma versão adaptada da escala, com a inclusão de um 16.º item que se designou “Estou informado(a) acerca do tipo de operação a que vou ser sujeito”. A consistência interna, avaliada pelo Apha de Cronbach, foi excelente ($\alpha = 0,94$). A escala de avaliação da satisfação com a consulta foi construída para este estudo pelos investigadores e inclui 10 itens, 6 dos quais relacionados com a importância e o modo como decorreu a consulta, aos quais o cliente respondia numa escala tipo *likert* de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) pontos; e os restantes 4 itens relacionados com o enfermeiro responsável pela condução da consulta e com o ambiente da mesma, aos quais a resposta variava entre muito mau (1 ponto) e muito bom (5 pontos).

De acordo com o modelo utilizado, as consultas foram registadas e documentadas no sistema de informação em uso na instituição, o Sclínico®.

No dia da consulta, foram cumpridos todos os procedimentos éticos e legais, e obtido o consentimento livre e esclarecido por parte dos clientes.

Para a análise estatística utilizou-se o *software* IBM SPSS Statistics – versão 29.0, considerando como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Na análise estatística descritiva utilizou-se a frequência absoluta, a frequência relativa, média (M) e desvio-padrão (DP), valor mínimo e valor máximo, de acordo com os dados em análise.

Antes da realização da estatística inferencial foi analisada a normalidade através do teste de Shapiro-Wilk, uma vez que a amostra é inferior a 50 participantes, tendo evidência que os dados não apresentam uma distribuição normal ($p < 0,05$). Neste sentido, utilizaram-se testes não-paramétricos. Para a comparação de médias para amostras emparelhadas, utilizou-se o Teste de Friedman na variável Ansiedade-estado (avaliada nos três momentos) e o Teste de Wilcoxon na variável Informação pré-operatória (avaliada em dois momentos).

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 37 participantes, com idades compreendidas entre os 28 e 85 anos, com uma média de 60,68 anos (DP = 15,32). Verificou-se uma distribuição equilibrada entre homens e mulheres: 51,4% do sexo masculino e 48,6% do sexo feminino.

Em relação ao nível de escolaridade, 37,8% dos participantes possuíam o 1.º ciclo de escolaridade, enquanto 24,3% possuíam um curso superior. No que se refere à situação profissional, 48,6% dos participantes estavam empregados e 45,9% encontravam-se reformados.

A maior parte dos participantes era casada ou vivia em união de facto (51,4%), seguida de solteiros (18,9%), divorciados/separados (16,2%) e viúvos (13,5%).

A maioria dos clientes (73,0%) referiu uma experiência cirúrgica anterior, enquanto 27,0% nunca tinha sido submetido a uma cirurgia.

Ansiedade Pré-Operatória

Em relação à avaliação do nível de ansiedade pré-operatória (ansiedade-estado), no momento antes da consulta (M1), a média foi de 37,76 (DP = 10,70), com uma amplitude de 42 pontos. Posteriormente, logo após a consulta de enfermagem, observou-se uma redução significativa nos níveis de ansiedade-estado, com uma média de 30,92 e um DP de 9,99 ($Z = -4,551$; $p < 0,001$).

Por último, no momento do internamento, os níveis de ansiedade voltaram a subir ligeiramente, atingindo uma média de 34,47 (DP = 7,89), no entanto, abaixo do nível avaliado no primeiro momento, antes da consulta.

Globalmente, as diferenças nos níveis de ansiedade avaliados nos três momentos, mostraram significância estatística ($\chi^2 = 16,909$; $p < 0,001$) (Tabela 2). Na comparação entre os três momentos, percebe-se que apenas a diferença entre o momento pré-consulta e o internamento não é estatisticamente significativa ($Z = -1,704$; $p = 0,088$) (Tabela 3).

Informação Pré-Operatória

Relativamente à avaliação do nível de informação pré-operatória, este foi avaliado em apenas dois dos momentos, antes da consulta e no momento do internamento.

Considerou-se que os resultados poderiam ser enviesados se a avaliação fosse realizada logo após o fornecimento das informações, após a consulta. Assim, previamente à consulta, o nível de informação percebida pelos clientes foi muito baixo, com uma média

global de 10,84 (DP = 11,77) numa escala de 0 a 48 pontos. No momento do internamento, passados alguns dias da consulta de enfermagem, o nível de informação dos clientes melhorou substancialmente, verificando-se um aumento estatisticamente significativo em relação ao momento pré-consulta ($Z = -4,981$, $p < 0,001$), com a média a subir para 33,74 pontos (DP = 8,61) (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização da amostra quanto à ansiedade e informação pré-operatórias nos três momentos de avaliação

	M1 (n=37) ($M \pm DP$)	M2 (n=37) ($M \pm DP$)	M3 (n=34) ($M \pm DP$)	Teste
<i>Ansiedade-estado M1</i>	37,76 $\pm$ 10,70	30,92 $\pm$ 9,99	34,47 $\pm$ 7,89	$\chi^2 = 16,909$; $p < 0,001^{(1)}$
<i>Informação pré-operatória</i>	10,84 $\pm$ 11,77		33,74 $\pm$ 8,61	$Z = -4,981$; $p < 0,001^{(2)}$

Nota: M1 (pré-consulta); M2 (pós-consulta); M3 (internamento); M = média; DP = desvio-padrão

⁽¹⁾ Teste de Friedman; ⁽²⁾ Teste de Wilcoxon

Tabela 3

Comparação das diferenças da ansiedade pré-operatória nos três momentos de avaliação

Ansiedade-estado	Teste ⁽¹⁾
M1 $\Leftrightarrow$ M2	$Z = -4,551$; $p < 0,001$
M1 $\Leftrightarrow$ M3	$Z = -1,704$; $p = 0,088$
M2 $\Leftrightarrow$ M3	$Z = -2,301$; $p = 0,021$

Nota: M1 (pré-consulta); M2 (pós-consulta); M3 (internamento)

⁽¹⁾ Teste de Wilcoxon

Satisfação com a consulta de enfermagem

Quanto à avaliação da satisfação dos clientes com a consulta de enfermagem, a grande maioria (91,9%) concordou totalmente que a realização da consulta foi importante, o que demonstra o valor atribuído a este momento de interação com a equipa de enfermagem. Em termos de impacto emocional, 75,7% dos clientes afirmaram que a consulta os ajudou a sentir menos ansiedade em relação à cirurgia, evidenciando a importância deste tipo de intervenção na gestão da ansiedade pré-operatória.

No que diz respeito à competência e simpatia dos enfermeiros, os resultados foram extremamente positivos. A competência foi classificada como "muito boa" por 94,6% dos participantes, e a simpatia recebeu uma avaliação semelhante, com 97,3%.

Na escala de 1 a 5 pontos, apenas o item "Considero que o conteúdo da consulta de enfermagem me ajudará a prevenir complicações" obteve uma média inferior a 4,50 pontos, estando os restantes acima desse valor. Nessa mesma escala, e em termos globais, a consulta foi avaliada com uma média de 4,89 pontos (Tabela 4).

Tabela 4

Caracterização da amostra quanto à satisfação com a consulta pré-operatória de enfermagem (n=37)

	M	DP
Considero importante a realização da consulta	4,92	0,27
A consulta de enfermagem ajudou-me a ficar menos ansioso	4,73	0,50
Considero que o conteúdo da consulta de enfermagem me ajudará a prevenir complicações	4,43	0,83
Percebi tudo aquilo que me foi dito pelos enfermeiros na consulta	4,92	0,27
Os assuntos abordados foram de encontro às minhas expetativas	4,68	0,47
Tive oportunidade de apresentar as minhas dúvidas e colocar questões	4,84	0,44
Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros	4,97	0,16
Competência e profissionalismo dos enfermeiros	4,95	0,22
Ambiente da consulta	4,95	0,22
Em termos globais, como avalia a consulta	4,89	0,31

Nota: M = média; DP = desvio-padrão.

Discussão

Frequentemente, os clientes submetidos a cirurgia revelam elevados níveis de ansiedade e baixos níveis de informação no período pré-operatório, o que pode impactar negativamente os resultados cirúrgicos. Este estudo avaliou o impacto de uma consulta pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade, nível de informação e satisfação do cliente submetido a cirurgia geral programada.

No que diz respeito à ansiedade pré-operatória, obteve-se uma média de 37,76 pontos antes da consulta de enfermagem. Este nível elevado de ansiedade parece ser consistente com a incerteza e o medo frequentemente associados ao período pré-operatório, especialmente em clientes com pouca informação sobre o que esperar

durante o processo cirúrgico. Imediatamente após a consulta, observou-se uma diminuição significativa para uma média de 30,92 pontos. Esta redução média de quase 7 pontos é indicativa de que a consulta desempenhou um papel fundamental na diminuição da ansiedade ao fornecer informações claras e, deste modo, reduzir a incerteza associada ao procedimento cirúrgico. Aquando do internamento, o nível médio de ansiedade voltou a subir ligeiramente para 34,47 pontos, no entanto, não atingindo os valores do momento prévio à consulta, o que sugere que a consulta teve um efeito duradouro na diminuição da ansiedade. Este ligeiro aumento pode estar associado à proximidade da cirurgia, a expectativas ou experiências relacionadas com o próprio internamento hospitalar.

Também Aydal et al. (2023), num estudo randomizado controlado, concluíram que as consultas pré-operatórias de enfermagem podem ser um método eficaz para reduzir o nível de ansiedade dos clientes. A educação pré-operatória realizada pelo enfermeiro neste contexto, reduz a ansiedade, acelera o processo de recuperação, diminui o uso de analgésicos e diminui também a duração da hospitalização e

gastos com saúde, aumentando assim a satisfação do cliente. Para além disso, proporciona ao enfermeiro, a oportunidade de fornecer cuidados individualizados.

No mesmo seguimento, Hernández et al. (2021) destacam a importância das intervenções de enfermagem na gestão da ansiedade pré-operatória, sugerindo que entrevistas educativas e informativas personalizadas podem reduzir significativamente os níveis de ansiedade em clientes que aguardam cirurgia. Enfatizam ainda a necessidade de formação contínua e competência profissional por parte do enfermeiro em contexto perioperatório para implementar eficazmente estas intervenções.

Em relação à avaliação da informação pré-operatória, os resultados evidenciam uma lacuna significativa na preparação dos clientes, sob o ponto de vista do conhecimento, antes da consulta de enfermagem, com uma média de 10,84 pontos num total possível de 48 pontos. No momento da admissão ao internamento e, portanto, após a consulta, a média do nível de informação subiu bastante, para os 33,74 pontos. Estes resultados sugerem que a consulta de enfermagem foi eficaz na transmissão de informações consideradas importantes, ajudando a colmatar as lacunas percebidas pelos clientes antes da intervenção.

Numa revisão sistemática da literatura, Longo et al. (2023) concluíram que a educação pré-operatória reduz significativamente a dor pós-operatória, a ansiedade e o tempo de internamento. Foram ainda referidas melhorias ao nível do sono, estado mental, adesão ao regime terapêutico, conhecimento e expectativas dos clientes submetidos a cirurgia. Os autores defendem assim a integração da educação pré-operatória estruturada na prática clínica dos enfermeiros para otimizar os resultados dos clientes.

Deste modo, torna-se importante adequar o fornecimento de informações às necessidades informativas individuais, já que estas poderão ser variadas e influenciadas por fatores como o género e o tipo de procedimento cirúrgico. A avaliação individual das expectativas na área do conhecimento por parte dos clientes no período pré-operatório deve ser uma prioridade na abordagem pelo enfermeiro (Koivisto et al., 2020).

A satisfação dos clientes com a consulta de enfermagem foi avaliada em diferentes dimensões neste estudo. A maioria dos participantes (91,9%) concordou totalmente que a realização da consulta foi importante. Também a simpatia e a competência da equipa de enfermagem contribuíram para o alto nível de satisfação dos clientes. Estes resultados destacam o impacto positivo das interações interpessoais na perceção global da qualidade dos cuidados.

Num estudo realizado por Ferreira et al. (2022), os autores também verificaram níveis elevados de satisfação com uma consulta de enfermagem pré-operatória ambulatorial de cirurgia de catarata em todas as variáveis avaliadas.

Também Tucker et al. (2022) concluíram no seu estudo que estratégias educativas pré-operatórias, nomeadamente no formato multimédia, podem aumentar a compreensão e satisfação dos clientes.

A valorização do ensino pré-operatório de enfermagem, essencialmente na vertente da resposta às necessidades informativas do cliente, no esclarecimento das dúvidas e contributo para a sua adesão ao processo terapêutico, leva a que estes considerem relevante a implementação de planos de ensino, particularmente no que diz respeito à recuperação no pós-operatório (Fernandes et al., 2024).

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o pequeno tamanho da amostra (n=37). Existem alguns fatores que contribuíram para este número de participantes, como por exemplo, a dificuldade em conseguir-se um espaço físico em contexto de consulta externa que permitisse a realização da consulta de enfermagem por mais que uma vez por semana, bem como a dificuldade na disponibilização de recursos humanos para a sua implementação. Por outro lado, o tipo de estudo, sem grupo de controlo, não permite a comparação entre grupos que recebem e não recebem a intervenção, limitando dessa forma a possibilidade de generalizar os resultados obtidos.

Conclusão

A consulta pré-operatória de enfermagem constitui-se como uma oportunidade privilegiada de acompanhamento e preparação do cliente e família/pessoa significativa para o processo que irá vivenciar através de uma comunicação estruturada de informações pré-operatórias relevantes e uma relação de confiança que beneficiam o envolvimento do cliente e sua família no plano assistencial cirúrgico.

Este estudo analisou o impacto de uma consulta pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade, nível de informação e satisfação do cliente submetido a cirurgia geral programada. Os resultados evidenciaram que a consulta de enfermagem diminuiu significativamente o nível de ansiedade dos clientes, quer no momento após a consulta, quer aquando da admissão no internamento. Para além disso, melhorou substancialmente o seu nível de informação pré-operatória. Também do ponto de vista da satisfação com a consulta, a grande maioria dos clientes considerou importante a sua realização, avaliando-a como muito boa, o que constitui um excelente indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Pode concluir-se assim que este tipo de intervenções de enfermagem, devidamente estruturadas e planeadas, conseguem um impacto positivo nos clientes, contribuindo para dar relevo à componente autónoma da ação profissional dos enfermeiros e para o seu reconhecimento social junto das populações.

Esta intervenção pode ser uma estratégia importante a implementar em qualquer contexto cirúrgico, onde sejam preparados clientes a ser submetidos a cirurgia, independentemente da especialidade cirúrgica. Enfatiza-se a importância de se conduzirem estudos randomizados controlados que permitam avaliar com precisão os efeitos da educação pré-operatória proporcionada ao nível de uma consulta de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Aydal, P., Uslu, Y., & Ulus, B. (2023). The Effect of Preoperative Nursing Visit on Anxiety and Pain Level of Patients After Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38(1), 96-101. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.05.086>
- Bazezew, A. M., Nuru, N., Demssie, T. G., & Ayele, D. G. (2023). Knowledge, practice, and associated factors of preoperative patient teaching among surgical unit nurses, at Northwest Amhara Comprehensive Specialized Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC nursing*, 22(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01175-2>
- Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20088. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Fernandes, D., Cerejo, M. N., & Gonçalves, M. A. (2024). Ensino pré-operatório de enfermagem: impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), e33206. <https://doi.org/10.12707/RVI23.118.33206>
- Fernández, E.F., Fernández-Ordoñez, E., García-Gamez, M., Guerra-Marmolejo, C., Iglesias-Parra, R., García-Agua Soler, N., & González-Cano-Caballero, M. (2023). Indicators and predictors modifiable by the nursing department during the preoperative

- period: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11–12), 2339–2360.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16287>
- Ferreira, A., Marques, F., Príncipe, F., Mota, L., Cardoso, M., & Vieira, R. (2022). Satisfação dos clientes da cirurgia de catarata com a consulta pré-operatória de enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(19), 55-61. <https://doi.org/10.29352/mill0219.25839>
- Gonçalves, M. A., & Cerejo, M. N. (2020). Construção e validação de uma Escala de Avaliação de Informação Pré-Operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20067. <https://doi.org/10.12707/RV20067>
- Gonçalves, M. A. R., Pereira, M. A. G., & Machado, N. de J. B. (2024). Development and Validation of a Preoperative Nursing Consultation Model: A Delphi Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, [In Press], 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.07.007>
- Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2020). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (14.^a ed.). Guanabara Koogan
- Koivisto, J.-M., Saarinen, I., Kaipia, A., Puukka, P., Kivinen, K., Laine, K.-M., & Haavisto, E. (2020). Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(1), 35–40.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz032>
- Longo, U. G., Salvatore, S. de, Rosati, C., Pisani, I., Ceccaroli, A., Rizzello, G., Marinis, M. G. de, & Denaro, V. (2023). The Impact of Preoperative Education on Knee and Hip Replacement: A Systematic Review. *Osteology*, 3(3), 94–112.
<https://doi.org/10.3390/osteology3030010>
- McIntyre, L., & McIntyre, S. (1995). *State trait anxiety inventory (STAI)*. Versão de Investigação. Universidade do Minho.
- Mendes, D. I., & Ferrito, C. R. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20216.
<https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Mukantwari, J., Omondi, L., & Ryamukuru, D. (2021). Perioperative Nursing Training in Rwanda in Partnership with American Universities: The Journey So Far. *Rwanda Journal of Medicine and Health Sciences*, 4(1). 185-196.
<https://dx.doi.org/10.4314/rjmhs.v4i1.13>
- Rothrock, J. C. (2021). *Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (16^a ed.). Guanahara Koogan
- Santos, E.M., Rêgo, A.C., & Araújo-Filho, I. (2024). Excellence in Surgical Care: A Review of Preoperative and Postoperative Management. *Surgery Research Journal*, 4(1), 1-8.
<https://doi.org/10.33425/2768-0428.1033>

Tucker, K., Sullivan, S., Deal, A. M., Allman, K., Cuaboy, L., McCabe, S. D., & Gehrig, P. A. (2022). A prospective randomized trial of standard versus multimedia-supplemented counseling in patients undergoing endometrial cancer staging surgery. *Gynecologic Oncology*, 166(3), 397–402. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2022.07.013>

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

De seguida, apresentam-se as principais conclusões que decorrem do desenvolvimento desta investigação, bem como a sua relevância, as implicações para a prática clínica dos enfermeiros e as perspetivas de investigação futuras.

Admite-se que esta investigação fornece importantes contributos à prática clínica de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na medida em que se poderá constituir como um contributo válido para a preparação pré-operatória do cliente que será submetido a cirurgia, dando particular relevo à intervenção do enfermeiro neste contexto. Assumindo um percurso de investigação-ação, esta investigação visou estruturar e implementar um modelo de consulta de enfermagem no pré-operatório ao cliente submetido a cirurgia geral programada, suportada nos resultados dos diferentes estudos realizados, apresentados sob a forma de artigos científicos.

O primeiro estudo, apresentado no Artigo 1, teve como objetivo principal identificar a perceção dos clientes submetidos a cirurgia geral programada acerca da sua preparação pré-operatória. Os resultados deste estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com clientes que já tinham sido submetidos a cirurgia geral programada, revelaram que estes atribuíam significados positivos à experiência cirúrgica quando identificaram suporte emocional por parte dos enfermeiros, mas também referiram aspetos negativos devido à imprevisibilidade do ambiente cirúrgico. No que diz respeito aos sentimentos e emoções percebidos, predominaram sentimentos de ansiedade e medo, especialmente nos clientes que seriam submetidos pela primeira vez a uma intervenção cirúrgica, sendo que o desconhecido foi identificado como o principal fator de stresse. Os participantes também mencionaram estratégias para lidar com essas emoções, como a abstração, a relativização e o evitamento de informações potencialmente ansiogénicas.

Tendo em consideração as necessidades informativas, os clientes apontaram lacunas significativas na informação recebida, especialmente em relação ao ambiente cirúrgico, possíveis complicações, cuidados pós-operatórios, gestão de sinais e sintomas, cuidados relacionados com a preparação pré-operatória e a presença de dispositivos médicos. A procura por informações era frequentemente

direcionada para fontes externas, como a internet, amigos ou familiares e equipa médica, não apontando os enfermeiros enquanto fonte de informação.

De entre as suas expectativas sobre os cuidados de enfermagem, os participantes esperavam uma maior pessoalização dos cuidados, para além de uma comunicação mais clara e empática por parte dos enfermeiros. De acordo com os resultados, os enfermeiros deveriam ser mais proativos ao proporcionar informações detalhadas, adaptadas às necessidades de cada cliente.

Os participantes destacaram ainda o quão fundamental seria a existência de uma consulta pré-operatória, nomeadamente como espaço multidisciplinar, para suprir lacunas de informação e proporcionar suporte emocional.

Este estudo permite concluir que a perceção dos clientes acerca da preparação pré-operatória que é efetuada atualmente, é de que esta deve incluir um conjunto de aspetos relacionados com a preparação física e emocional, o conhecimento relacionado com todo o período perioperatório e os aspetos logísticos.

O segundo estudo, apresentado nos Artigos 2 e 3, teve como objetivo principal conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à preparação pré-operatória efetuada a clientes submetidos a cirurgia geral programada. Os resultados deste estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com vinte e três enfermeiros, revelaram que as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na preparação pré-operatória dos clientes se centravam na preparação do cliente propriamente dita e nas condições para essa preparação. A preparação física do cliente foi amplamente referida pelos enfermeiros, que destacaram a importância em garantir que os clientes estejam adequadamente preparados para o procedimento cirúrgico, nomeadamente em termos de higiene, de modo a não comprometer a qualidade da cirurgia e a evitar a infeção. Por outro lado, a preparação emocional é uma dimensão que os enfermeiros consideram como essencial, mas que, segundo eles, muitas vezes não é abordada adequadamente. Esta lacuna é vista como um fator que pode comprometer a colaboração do cliente e aumentar o seu nível de ansiedade, particularmente, em momentos críticos como a chegada ao bloco operatório.

A preparação na dimensão do conhecimento também foi mencionada pelos enfermeiros, que referiram que os clientes não sabem, na maioria das vezes, o que é que vai acontecer no bloco operatório e que, por isso mesmo, a informação que detêm sobre o período perioperatório é escassa. Os participantes referiram ainda

que a preparação pré-operatória do cliente se cinge a aspetos logísticos relacionados com a rotina do serviço.

Relativamente às condições para a preparação do cliente, os enfermeiros apontaram como principais dificuldades a falta de tempo, a escassez de recursos humanos, a falta de comunicação entre as equipas do serviço de internamento e do bloco operatório e a ausência de estruturação na preparação do cliente.

No que se refere à falta de tempo, os enfermeiros justificaram que não têm o tempo necessário para estarem com os clientes, o que condiciona o esclarecimento de dúvidas e a correta compreensão da informação transmitida. Acrescentaram ainda que a falta de tempo está diretamente relacionada com o encurtamento do tempo de internamento antes da cirurgia. Como referido anteriormente, foram ainda identificadas falhas de comunicação entre as equipas, tendo os enfermeiros justificado esta dificuldade com o facto de trabalharem em serviços diferentes, com dinâmicas diferentes e até com sistemas de informação para a documentação dos cuidados diferentes.

Os enfermeiros referiram também que a preparação pré-operatória é realizada, muitas vezes, de forma rotineira e sem o devido planeamento. Esta ausência de estruturação na preparação pré-operatória pode ser um fator que contribui para o aumento da ansiedade dos clientes.

Dos resultados deste segundo estudo, emergiu ainda que uma CPE produzirá impacto no cliente, nos cuidados de enfermagem e na organização. Os enfermeiros destacaram que a consulta permitiria reduzir a ansiedade e os medos associados à experiência cirúrgica, promovendo uma maior tranquilidade e confiança. O contacto prévio com os enfermeiros contribuiria também para uma melhor aceitação do estado de saúde e para o fortalecimento de uma relação terapêutica, essenciais para a adesão ao regime terapêutico e à recuperação pós-operatória. Outro aspeto crucial referido foi a melhoria do conhecimento do cliente acerca do processo perioperatório, tornando-o mais informado e capacitado para lidar com as exigências do período pós-operatório, o que impacta positivamente na sua satisfação com os cuidados recebidos e na redução de possíveis complicações.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, os enfermeiros que participaram no estudo referiram que a consulta pode permitir uma melhoria na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como, aumentar a visibilidade da ação profissional dos enfermeiros. No que concerne à organização, do seu ponto

de vista, a consulta pré-operatória pode contribuir para a diminuição do tempo de internamento e para a diminuição dos custos associados.

Por último, o estudo permitiu ainda sistematizar um conjunto de aspetos a atender na organização e operacionalização da consulta, nomeadamente a importância de iniciar o processo com uma avaliação abrangente do cliente e das suas necessidades individuais, através de uma abordagem sistemática e estruturada, que deve contemplar não apenas os antecedentes clínicos e cirúrgicos, mas também os seus hábitos de vida e aspetos psicossociais.

Adicionalmente, os enfermeiros referiram que a consulta deve incluir orientações claras sobre os cuidados pré e pós-operatórios, e que deve ser realizada num espaço físico confortável, que garanta a privacidade do cliente. Acrescentaram ainda, que o agendamento da consulta deve ser flexível e que o seu guião orientador contemple essa flexibilidade, permitindo a sua adaptação às necessidades do cliente. O envolvimento de um familiar ou pessoa significativa também foi referido como um aspeto a ter em conta na organização da consulta.

Em relação aos enfermeiros que devem realizar a consulta, os participantes referiram que estes devem estar motivados para o fazer, possuir um conjunto de características individuais que possibilitem uma boa interação com o cliente, e ainda, possuir formação profissional adequada.

O terceiro estudo, apresentado no Artigo 4, teve como objetivo principal validar a estrutura e conteúdo de um modelo de CPE a clientes submetidos a cirurgia geral programada. Os resultados deste estudo do tipo *e-Delphi* modificado, realizado com vinte peritos, revelaram que o modelo validado para a CPE é composto por quarenta itens, distribuídos por cinco dimensões: as condições prévias para a consulta, receção e avaliação do cliente, informação a proporcionar ao cliente, síntese da consulta e documentação da mesma.

Os peritos consideraram, de forma unânime, que a estrutura da consulta é adequada e tem utilidade face ao fim a que se destina, apresenta clareza de conteúdo e é globalmente congruente.

Apesar de existirem alguns estudos e de se fazerem investigações na área da preparação pré-operatória dos clientes submetidos a cirurgia, esta investigação propõe pela primeira vez um modelo estruturado e validado por um conjunto de peritos, de uma consulta pré-operatória a implementar por enfermeiros.

O quarto estudo, que é apresentado no Artigo 5, teve como objetivo principal avaliar o impacto de uma CPE ao cliente submetido a cirurgia geral programada, no nível de ansiedade, de informação pré-operatória e conhecimento e de satisfação. Os resultados deste estudo pré-experimental, realizado com trinta e sete clientes, revelaram que a CPE teve um impacto positivo no nível de ansiedade, informação e satisfação. Após a intervenção, verificou-se uma melhoria substancial do nível de informação pré-operatória ($p < 0,001$). Em relação ao nível de ansiedade, houve uma diminuição após a consulta, ainda que desde essa altura até ao momento do internamento se tenha verificado um ligeiro aumento, embora os valores se tenham mantido inferiores aos avaliados antes da consulta. Globalmente, cerca de 90% dos clientes classificou a consulta como muito boa.

Em suma, os resultados desta investigação demonstram que a implementação de uma CPE, validada por peritos, e devidamente estruturada tem um impacto positivo na preparação do cliente para a cirurgia. As principais conclusões que emergem deste estudo são:

- A diminuição da ansiedade pré-operatória: os clientes que foram sujeitos à CPE apresentaram uma redução dos níveis de ansiedade pré-operatória, o que pode ser atribuído ao aumento do conhecimento sobre o período perioperatório, ao esclarecimento de dúvidas e desmistificação de medos, e ao estabelecimento de uma relação de confiança com o enfermeiro;
- O aumento do nível de preparação e conhecimento: a CPE contribuiu para um aumento significativo do conhecimento dos clientes a vários níveis. Este aumento do conhecimento capacita os clientes a participarem ativamente no seu processo de cuidados e empodera-os, de modo a tomarem decisões devidamente informadas;
- A satisfação com a consulta: os clientes que participaram na CPE manifestaram um elevado nível de satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos. A consulta permitiu um contacto mais próximo e individualizado com o enfermeiro, promovendo a escuta ativa e a pessoalização dos cuidados.

A CPE assume-se, assim, como uma intervenção de enfermagem com potencial para otimizar a prática clínica no contexto perioperatório, introduzindo o carácter estruturante e de personalização da ação profissional do enfermeiro. Permite assim uma abordagem holística e centrada no cliente, pois vai de encontro às suas necessidades individuais e promove a sua autonomia. Através da implementação

deste modelo de consulta, o enfermeiro contribui para que o cliente se sinta mais confiante e preparado para enfrentar a cirurgia.

Para além dos benefícios diretos para os clientes, a CPE contribui também para a otimização dos recursos, a redução dos custos e a melhoria da eficiência dos serviços de saúde. Assume-se que ao diminuir as complicações pós-operatórias e o tempo de internamento, esta intervenção tem potencial para diminuir os custos associados aos cuidados de saúde.

Considera-se ainda que é importante que o enfermeiro em contexto perioperatório receba formação específica sobre a implementação da CPE, de forma a garantir a qualidade da intervenção.

Apesar dos resultados alcançados, esta investigação apresenta algumas limitações, particularmente o facto de ter sido realizada num único centro hospitalar, e de se ter desenvolvido uma investigação-ação precisamente, porque o foco se centrava num problema identificado no contexto específico daquela instituição. Assume-se, no entanto, que a heterogeneidade dos hospitais e das suas práticas, assim como, as características específicas dos clientes, podem influenciar os resultados da implementação da consulta pré-operatória, para além de que existem outras variáveis como o tipo de cirurgia, as comorbilidades dos clientes e o seu nível socioeconómico, que poderão influenciar esses resultados. Por outro lado, esta investigação avaliou o impacto da consulta de enfermagem a curto-prazo, considerando-se que seria importante a realização de estudos longitudinais que avaliassem este impacto a longo prazo, nomeadamente na recuperação e qualidade de vida dos clientes após a cirurgia.

Ao longo do percurso desta investigação foram surgindo algumas dificuldades, nomeadamente, o longo período de tempo para emissão do parecer da comissão de ética da instituição que acolheu a investigação, dado que coincidiu numa fase de transição de comissões; o aparecimento da pandemia da COVID-19 e o consequente cancelamento da atividade cirúrgica programada e a vincada reorganização dos serviços na instituição; o processo de planeamento e a operacionalização da implementação da CPE, designadamente ao nível da definição dos recursos humanos, espaço físico, sistemas de informação, modo de convocatória dos clientes, validação do folheto informativo e vídeo demonstrativo pelo gabinete da qualidade da instituição; e a dificuldade na publicação dos estudos sob a forma de artigo em revistas com indexação e, associado a isso, o

longo período temporal entre o momento da submissão e o resultado da revisão por pares de revisores e editores.

A opção pela publicação de todos os estudos em revistas científicas com relevância nacional e internacional, possibilitou a discussão dos mesmos com revisores e editores, o que permitiu considerar as suas críticas, sugestões e contributos para assegurar a transparência e robustez desta investigação. Adicionalmente, a participação em eventos científicos, nacionais e internacionais, através da partilha dos resultados obtidos, permitiu a discussão dos mesmos com os pares e peritos e o aprofundamento da temática e da sua importância para os clientes e também para as organizações.

A disseminação dos resultados desta e de futuras investigações junto da comunidade científica, dos profissionais de saúde, dos gestores e dos decisores políticos é crucial para promover e garantir a implementação da CPE como prática corrente nos serviços de saúde.

Atendendo ao referido, considera-se que a evidência produzida pelos quatro estudos realizados, contribuirá para melhorar a qualidade dos cuidados que são prestados pelos enfermeiros em contextos perioperatórios, pois a partir das perceções de clientes e enfermeiros, foi possível construir um modelo estruturado de consulta pré-operatória com impacto extremamente positivo para os clientes. Por outro lado, é salientada a importância da presença de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na preparação pré-operatória dos clientes submetidos a cirurgia, nomeadamente na realização de consultas de enfermagem.

Considera-se que com esta investigação se conseguiu dar resposta à questão de partida “Como estruturar um modelo de consulta pré-operatória de enfermagem, por forma a diminuir o nível de ansiedade e aumentar os ganhos em conhecimento do cliente submetido a cirurgia geral programada?”, na medida em que se construiu e implementou um modelo estruturado de consulta de enfermagem, cuja pertinência e motivação surgiram da prática clínica, nomeadamente da falta de planeamento e estruturação da preparação do cliente a ser submetido a cirurgia geral programada. Seguindo uma metodologia científica, e através da adoção de um pluralismo metodológico que permitisse dar resposta aos vários objetivos específicos de cada um dos estudos realizados, esta investigação disponibiliza assim ao enfermeiro de contexto perioperatório uma importante ferramenta para

melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na preparação pré-operatória do cliente cirúrgico.

Para além disso, contribui para clarificar a intervenção do enfermeiro perante clientes, famílias e outros profissionais de saúde, na medida da sua estreita relação com a satisfação do cliente, a promoção da sua saúde, a prevenção de complicações, nomeadamente pós-operatórias, o seu bem-estar e a capacidade para o autocuidado, a sua readaptação funcional na fase de recuperação pós-operatória e a organização dos cuidados de enfermagem com o foco na sua qualidade e na segurança dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Os resultados desta investigação abrem caminho para o aprofundamento do estudo em torno da CPE, como por exemplo a realização de estudos multicêntricos, com amostras maiores e diversificadas, que permitam generalizar os resultados a outros contextos e populações, contribuindo para uma melhor compreensão do impacto da consulta. Neste seguimento, é importante avaliar o seu impacto em diferentes tipos de cirurgia, para além da cirurgia geral, pois cada tipo de cirurgia apresenta especificidades que devem ser consideradas na preparação do cliente. A identificação e o desenvolvimento de novas intervenções de enfermagem podem aprimorar ainda mais a qualidade dos cuidados pré-operatórios e melhorar a experiência dos clientes, reduzindo a ansiedade e aumentando o sucesso das intervenções cirúrgicas.

Um outro aspeto a considerar futuramente, poderá ser o impacto desta intervenção na equipa de saúde, isto é, analisar o impacto da implementação da CPE na dinâmica da equipa de saúde, nomeadamente na comunicação entre as equipas de enfermagem do serviço de internamento e do bloco operatório e entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, e na sua satisfação com o trabalho.

Apesar de não ter sido uma dificuldade identificada na fase de implementação da consulta durante esta investigação, sugere-se a exploração futura da utilização de tecnologias como a teleconsulta de enfermagem e plataformas online, que possam aumentar o acesso a este tipo de intervenção, particularmente para clientes que residem afastados da instituição hospitalar ou que apresentem dificuldades na mobilidade.

Por último, prevê-se a realização de um estudo randomizado controlado para avaliar o impacto da CPE tendo em consideração outros indicadores como a taxa de complicações, taxa de reinternamentos, taxa de cancelamentos cirúrgicos,

tempo médio de internamento, entre outros aspetos que permitam avaliar o custo-efetividade da consulta e que contribuam para consolidar a importância deste tipo de intervenções de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 25, 6–16. <https://doi.org/10.1016/J.IJSO.2020.05.010>
2. Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017*. Ministério da Saúde.
3. Agüero-Millan, B., Abajas-Bustillo, R., & Ortego-Maté, C. (2023). Efficacy of nonpharmacologic interventions in preoperative anxiety: A systematic review of systematic reviews. *Journal of clinical nursing*, 32(17-18), 6229–6242. <https://doi.org/10.1111/jocn.16755>
4. Almashi, A., Almutary, H., & Mersal, N. (2020). Essential Elements of Preoperative Information as Perceived by the Nurses in Surgical Units: Scoping Review. *Evidence-Based Nursing Research*, 2(3). <https://doi.org/10.47104/EBNROJS3.V2I3.130>
5. Althobiti, E., Almashi, A., Albawine, A., Alnashri, F., Alsubaiea, F., Nagshabandi, E., & Banakhar, M. (2020). Effect of Preoperative Education on Patient Anxiety Level: A Scoping Review. *Evidence-Based Nursing Research*, 2(1), 10. <https://doi.org/10.47104/EBNROJS3.V2I1.97>
6. Altinsoy, S., Caparlar, C. O., & Ergil, J. (2020). Relação entre ansiedade pré-operatória e consciência durante a anestesia: estudo observacional. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70(4), 349-356. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.07.003>
7. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5-TR* (5th ed.). APA Publishing.

8. Annunziata, M. A., Muzzatti, B., Bidoli, E., Flaiban, C., Bomben, F., Piccinin, M., Gipponi, K. M., Mariutti, G., Busato, S., & Mella, S. (2020). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(8), 3921–3926. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05244-8>

9. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2021). *Perioperative nursing: scope and standards of practice*. AORN.

10. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2023). *Guidelines for perioperative practice – 2023 edition*. AORN.

11. Associação de Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.

12. Ataro, B. A., Geta, T., Endirias, E. E., Gadabo, C. K., & Bolado, G. N. (2024). Patient satisfaction with preoperative nursing care and its associated factors in surgical procedures, 2023: a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 23(235). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01881-5>

13. Baagil, H., Baagil, H., & Gerbershagen, M. U. (2023). Preoperative Anxiety Impact on Anesthetic and Analgesic Use. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(12), 2069. <https://doi.org/10.3390/medicina59122069>

14. Bagheri, H., Ebrahimi, H., Abbasi, A., Atashsokhan, G., Salmani, Z., & Zamani, M. (2019). Effect of Preoperative Visitation by Operating Room Staff on Preoperative Anxiety in Patients Receiving Elective Hernia Surgery. *Journal of perianesthesia nursing*, 34(2), 272–280. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.04.005>

15. Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

16. Barrett, D., & Heale, R. (2020). What are Delphi studies?. *Evidence-based nursing*, 23(3), 68–69. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303>
17. Benner, P. E. (2001). *From novice to expert: Excellence And Power In Clinical Nursing Practice*. Pearson education.
18. Bradshaw, P., Hariharan, S., & Chen, D. (2016). Does preoperative psychological status of patients affect postoperative pain? A prospective study from the Caribbean. *British Journal of Pain*, 10(2), 108-115. <https://doi.org/10.1177/2049463716635680>
19. Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20088. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
20. Brown, J., Refeld, G., & Cooper, A. (2018). Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient's Perspective. *Oncology nursing forum*, 45(3), 389–398. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.389-398>
21. Carvalho, F. (2024). Percepção dos enfermeiros sobre o conhecimento dos clientes sobre o período perioperatório. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.302>
22. Chiu, P. L., Li, H., Yap, K. Y., Lam, K. C., Yip, P. R., & Wong, C. L. (2023). Virtual Reality-Based Intervention to Reduce Preoperative Anxiety in Adults Undergoing Elective Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 6(10), e2340588. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.40588>

23. Clair, C., Engström, Å., & Strömbäck, U. (2020). Strategies to Relieve Patients' Preoperative Anxiety Before Anesthesia: Experiences of Nurse Anesthetists. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(3), 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.10.008>
24. Costa, R. N., Serrano, S. Q., Viturino, M. G., & Cavalcanti, A. L. (2024). Benefícios da visita de enfermagem no pré-operatório. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 5(7), e575423. <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i7.5423>
25. da Silva Schulz, R., Santana, R. F., dos Santos, C. T. B., Faleiro, T. B., do Amaral Passarellas, D. M., Hercules, A. B. S., & do Carmo, T. G. (2020). Telephonic nursing intervention for laparoscopic cholecystectomy and hernia repair: A randomized controlled study. *BMC Nursing*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00432-y>
26. Danski, M. T. R., Silva, C. M., & Cunha, M. G. B. (2023). Assistência perioperatória de enfermagem voltada à segurança do paciente cirúrgico: uma revisão integrativa. *Revista SOBECC*, 28. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328878>
27. Dias, P., Clerc, D., Rodrigues, M. G. da R., Demartines, N., Grass, F., & Hübner, M. (2022). Impact of an Operating Room Nurse Preoperative Dialogue on Anxiety, Satisfaction and Early Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Major Visceral Surgery—A Single Center, Open-Label, Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1–11. <https://doi.org/10.3390/jcm11071895>
28. Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel.

29. Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F., & Rüscher, D. (2020). Preoperative anxiety in adults - a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC psychiatry*, 20(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02552-w>
30. European Operating Room Nurses Association (EORNA). (2019a). *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing*. EORNA Educational Committee.
31. European Operating Room Nurses Association (EORNA). (2019b). *EORNA Framework for perioperative nurse competencies* (2.^a ed.). EORNA Educational Committee.
32. European Operating Room Nurses Association (EORNA). (2023). *EORNA Best Practice for perioperative care* (3.^a ed.). EORNA Perioperative nursing care committee.
33. Ezepeue, C. O., Anyatonwu, O. P., Duru, C. C., Odini, F., Onoh, C., Nwachukwu, N., & Oguonu, C. A. (2023). Effect of music on preoperative anxiety using the Hamilton State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in patients undergoing cataract surgery in the University of Nigeria Teaching Hospital, Ituku Ozalla. *BMJ Open Ophthalmology*, 8, e001498. <https://doi.org/10.1136/bmjophth-2023-001498>
34. Fernandes, D. S. C., Cerejo, M. N. R., & Gonçalves, M. A. R. (2024). Ensino pré-operatório de enfermagem: Impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI23.118.33206>
35. Fernández, E. F., Fernández-Ordoñez, E., García-Gamez, M., Guerra-Marmolejo, C., Iglesias-Parra, R., García-Agua Soler, N., & González-Cano-Caballero, M. (2023). Indicators and predictors modifiable by the nursing department during the preoperative period: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11–12), 2339–2360. <https://doi.org/10.1111/jocn.16287>

36. Filho, M. A. A., Batista, R. F., & Cruz, E. A. da. (2020). Percepção dos enfermeiros sobre a visita pré-operatória de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 42, e2842. <https://doi.org/10.25248/reas.e2842.2020>
37. Gao, Y., Wang, N., & Liu, N. (2023). Effectiveness of virtual reality in reducing preoperative anxiety in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 79(10), 3678–3690. <https://doi.org/10.1111/jan.15743>
38. Gao, L. M., Chen, W. M., Qin, S. M., & Yang, X. M. (2024). The impact of preoperative interview and prospective nursing on perioperative psychological stress and postoperative complications in patients undergoing TACE intervention for hepatocellular carcinoma. *Medicine*, 103(2), e35929. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035929>
39. Gonçalves, M. (2016). *Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
40. Gonçalves, M., Cerejo, N., & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
41. Gonçalves, M. A., & Cerejo, M. N. (2020). Construção e validação de uma Escala de Avaliação de Informação Pré-Operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20067. <https://doi.org/10.12707/RV20067>
42. Gonçalves, M. A. R., Pereira, M. A. G., & Machado, N. de J. B. (2023). Preparación preoperatoria: la percepción de la persona que se somete a una cirugía programada. *Index de Enfermería Digital*, e14318. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235773>

43. Gonçalves, M., Pereira, M.A., & Machado, N. (2024). As dificuldades percebidas pelos enfermeiros na preparação do cliente cirúrgico: um estudo qualitativo. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(23), e33779. <https://doi.org/10.29352/mill0223.33779>
44. Gonçalves, M., Pereira, A., & Machado, N. (2024). Percepção dos enfermeiros sobre a preparação do cliente cirúrgico: contributos para estruturar uma consulta pré-operatória. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(25), e36971. <https://doi.org/10.29352/mill0225.36971>
45. Gonçalves, M. A. R., Pereira, M. A. G., & Machado, N. de J. B. (2024). Development and Validation of a Preoperative Nursing Consultation Model: A Delphi Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, S1089-9472(24) 00375-7. Advance online publication, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.07.007>
46. Gürler, H., Yılmaz, M., & Türk, K. E. (2022). Preoperative Anxiety Levels in Surgical Patients: A Comparison of Three Different Scale Scores. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(1), 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.05.013>
47. Hicks, R. W. (2023). A Review of AORN's Research Priorities in Perioperative Nursing 2023-2028. *AORN Journal*, 118(5), 284-286. <https://doi.org/10.1002/aorn.14027>
48. Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2020). *Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (14.ª ed.). Guanabara Koogan.
49. Jovanovic, K., Kalezic, N., Sipetic Grujicic, S., Zivaljevic, V., Jovanovic, M., Kukic, B., Trailovic, R., Zlatanovic, P., Mutavdzic, P., Tomic, I., Ilic, N., & Davidovic, L. (2022). Preoperative Anxiety is Associated With Postoperative Complications in Vascular Surgery: A Cross-Sectional Study. *World journal of surgery*, 46(8), 1987-1996. <https://doi.org/10.1007/s00268-022-06575-0>

50. Karalar, M., Demirbaş, A., Gerçek, O., Topal, K., & Keles, I. (2023). Impact of Preoperative Video-Based Education on Anxiety Levels in Patients with Renal Stones Scheduled for Flexible Ureteroscopic Lithotripsy: A Comparative Study Using APAIS and STAI. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 29, e941351-1 - e941351-6. <https://doi.org/10.12659/MSM.941351>
51. Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of nursing studies*, 38(2), 195-200. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00044-4)
52. Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Wiley-Blackwell.
53. Krupic, F. (2019). Nurse Anesthetists' Communication in Brief Preoperative Meeting With Orthopaedic Patients-An Interview Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34(5), 946-955. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.01.008>
54. Kuczmainski, A. G., Ascari, R. A., Paimell, A., & Piana Pavan, N. (2020). Portifólio norteador da consulta de enfermagem pré-operatória fortalecendo a cultura de segurança do paciente. *Revista Extensão & Sociedade*, 9(2), 29-33. <https://doi.org/10.21680/2178-6054.2018v9n2ID13619>
55. Kulpa, M., Ciuba, A., Kosowicz, M., Rozenek, H., Banasiewicz, J., Flag-Łuczkiwicz, M., & Stypuła-Ciuba, B. (2023). Assessment of anxiety and depression and selected psychosocial variables in cancer patients. *Psychiatria polska*, 57(4), 761-774. <https://doi.org/10.12740/PP/151067>
56. Im, E. O. (2021). Situation-Specific Theories from the Middle-Range Transitions Theory. In: Im, EO., Meleis, A.I. (eds) *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63223-6_6

57. Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). *Diário da República: 1.ª série, n.º 181*. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
58. Li, X., Zhang, W., Williams, J., Li, T., Yuan, J., Du, Y., Liu, J., Wu, Z., Xiao, Z., Zhang, R., Liu, G., Zheng, G., Zhang, D., Ma, H., Guo, Q., & An, J. (2021). A multicenter survey of perioperative anxiety in China: Pre- and postoperative associations. *Journal of psychosomatic research*, 147, 110528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110528>
59. Longo, U. G., Salvatore, S. De, Rosati, C., Pisani, I., Ceccaroli, A., Rizzello, G., Marinis, M. G. De, & Denaro, V. (2023). The Impact of Preoperative Education on Knee and Hip Replacement: A Systematic Review. *Osteology*, 3(3), 94-112. <https://doi.org/10.3390/osteology3030010>
60. Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*, 102: 181.e1-181.e9. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.004>
61. Marcolino, J., Mathias, L., Filho, L., Guaratini, A., Suzuki, F., & Alli, L. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: Estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira De Anestesiologia*. 57. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000100006>
62. Marques, J., & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro.Posições*. 29(2), 389-415. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
63. Martinelli, A., Oteri, V., Crivellaro, E., & Gigli, F. (2021). Preoperative anxiety in patients admitted for brain surgery: A systematic review. *European Psychiatry*, 64, S189 - S189. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.501>

64. Mattessich, N. T. (2020). Goals-to-Discharge Patient Checklist: Implementing a Program to Optimize Recovery After Surgery for Patients With Colorectal Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3), 316-319. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.316-319>
65. Mathenge, C. (2020). The importance of the perioperative nurse. *Community eye health*, 33(110), 44-45. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8115701/pdf/jceh_33_110_044.pdf
66. McIntyre, L., & McIntyre, S. (1995). *State trait anxiety inventory (STAI). Versão de Investigação*. Universidade do Minho.
67. McKay, J., & Marshall, P. (1999). A Framework for Rigour in Action Research. *Americas Conference on Information Systems*, 701-703. <https://aisel.aisnet.org/amcis1999/242>
68. McKay, J., & Marshall, P. (2001). Shaping a Process Model for Action Research. *Pacific Asia Conference on Information Systems*, 537-550. <http://aisel.aisnet.org/pacis2001/37>
69. Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
70. Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
71. Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: development & progress* (5.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

72. Mendes, D. I., & Ferrito, C. R. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20216. <https://doi.org/10.12707/RV20216>
73. Miranda, C. S. N., & Freire, J. C. (2012). A comunicação terapêutica na abordagem centrada na pessoa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 78-94. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100007&lng=pt&tlng=pt
74. Mitchell, M. (2017). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 225-237. <https://doi.org/10.1111/jocn.13375>
75. Moerman, N., van Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia and analgesia*, 82(3), 445-451. <https://doi.org/10.1097/00000539-199603000-00002>
76. Moloney, R., Coffey, A., Coffey, J. C., & Brien, B. O. (2023). Nurses' perceptions and experiences of robotic assisted surgery (RAS): An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 71, 103724. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2023.103724>
77. Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BioMed Central Surgery*, 14 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-14-67>
78. Nowicka-Sauer, K., Zemła, A., Banaszkiewicz, D., Trzeciak, B., & Jarmoszewicz, K. (2024). Measures of preoperative anxiety: Part two. *Anaesthesiology intensive therapy*, 56(1), 9-16. <https://doi.org/10.5114/ait.2024.136508>

79. Nunes, L. (2020). *Para uma Epistemologia de Enfermagem* (2.^a ed.). Lusodidacta, Sabooks.
80. Oh, J., Lee, W., Ki, S., Suh, J., Hwang, S., & Lee, J. (2024). Assessment of Preoperative Anxiety and Influencing Factors in Patients Undergoing Elective Surgery: An Observational Cross-Sectional Study. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 60(3), 403. <https://doi.org/10.3390/medicina60030403>
81. Oliveira, P., Porfírio, C., Pires, R., Silva, R., Carvalho, J. C., Costa, T., & Sequeira, C. (2023). Psychoeducation Programs to Reduce Preoperative Anxiety in Adults: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 327. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010327>
82. Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Divulgar. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
83. Oteri, V., Martinelli, A., Crivellaro, E., & Gigli, F. (2021). The impact of preoperative anxiety on patients undergoing brain surgery: a systematic review. *Neurosurgical Review*, 44, 3047–3057 <https://doi.org/10.1007/s10143-021-01498-1>
84. Othin, M., Sendagire, C., Mukisa, J., Lubulwa, C., Mulepo, P., Wabule, A., & Ayebale, E. (2020). Effect of preoperative information about pain on postoperative pain experience and patient satisfaction following orthopaedic surgery: A randomised controlled trial. *BMC Anesthesiology*. [preprint] <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-130942/v1>

85. Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 53/2021. *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
86. Pedro, P. R., Cerejo, M. N. R., & Coelho, A. R. N. (2024). The preoperative nursing consultation: constraints and suggestions for operationalisation - a qualitative study. *Pensar Enfermagem*, 28(1), 33-42. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v28i1.289>
87. Portaria n.º 207/2017 do Ministério da Saúde. *Diário da República: 1.ª série, n.º 132*. <https://data.dre.pt/eli/port/207/2017/07/11/p/dre/pt/html>
88. Redondo-Sáenz, D., & Ramírez-Elizondo, N. (2021). Cuidado centrado en la persona en la cirugía de extracción multiorgánica: todavía es importante?. *Index De Enfermería*, 30(1-2), 65-69. <https://ciberindex.com/c/ie/e13035>
89. Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: 2.ª série, n.º 135*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
90. Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: 2.ª série, n.º 184*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
91. Rogers, C. R. (1986). Carl Rogers on the development of the person-centered approach. *Person-Centered Review*, 1(3), 257-259.
92. Rothrock, J. C. (2021). *Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (16ª ed.). Guanahara Koogan.

93. Sadhana, A. (2022). Preoperative Anxiety in Cardiac Surgery Patients. *International Journal of Current Research and Review*. <https://doi.org/10.31782/ijcrr.2022.14706>
94. Salzmann, S., Rienmüller, S., Kampmann, S., Euteneuer, F., & Rüscher, D. (2021). Preoperative anxiety and its association with patients' desire for support - an observational study in adults. *BMC anesthesiology*, 21(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01361-2>
95. Sampaio, F. M., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content Validity of a Psychotherapeutic Intervention Model in Nursing: A Modified e-Delphi Study. *Archives of psychiatric nursing*, 31(2), 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>
96. Santos, W. P., & Wilk, M. M. G. de S. (2023). Contributions of perioperative nursing to patient safety in the operating room: an integrative review. *Research, Society and Development*, 12(2), e14712240089. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40089>
97. Schulz, R., Santana, R. F., Dos Santos, C. T. B., Faleiro, T. B., Do Amaral Passarellas, D. M., Hercules, A. B. S., & Do Carmo, T. G. (2020). Telephonic nursing intervention for laparoscopic cholecystectomy and hernia repair: A randomized controlled study. *BMC Nursing*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00432-y>
98. Serra, A.V. (1980). O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica*, 1 (2), 93-104.
99. Sertçakacılar, G., Yıldız, G., Bayram, B., Pektaş, Y., Çukurova, Z., & Hergunsel, G. (2022). Comparing Preoperative Anxiety Effects of Brachial Plexus Block and General Anesthesia for Orthopedic Upper-Extremity Surgery: A Randomized, Controlled Trial. *Medicina*, 58. <https://doi.org/10.3390/medicina58091296>

100. Shao, J., Xiao, T., Shi, M., Zhou, X., Wang, Z., Lin, T., Xu, R., Ni, H., & Zhang, A. (2019). Effect of multimedia-based nursing visit on perioperative anxiety in esophageal squamous cell carcinoma patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery. *Psychology, Health & Medicine*, 24(10), 1198–1206. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1595687>
101. Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: current trends in theory and research*. Oxford, England: Academic Press.
102. Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista* (5.^a ed.). Lusodidacta.
103. Tan, J. Q., Chen, Y. B., Wang, W. H., Zhou, S. L., Zhou, Q. L., & Li, P. (2021). Application of Enhanced Recovery After Surgery in Perioperative Period of Tympanoplasty and Mastoidectomy. *Ear, Nose, & Throat Journal*, 100(10_suppl), 1045S-1049S. <https://doi.org/10.1177/0145561320928222>
104. Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2003). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.^a ed.). Lusociência.
105. Torres, G. C. S., Relf, M. V., & Tuazon, J. A. (2020). The mediating role of pre-operative patient readiness on surgical outcomes: A structural equation model analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1371–1383. <https://doi.org/10.1111/jan.14339>
106. Vilelas, J. (2020). *Investigação – O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.
107. Yesilot, S. B., & Yeşilkuş, R. (2022). Coping and resilience levels of bariatric surgery candidates and affecting factors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2064–2071. <https://doi.org/10.1111/ppc.13032>

108. Zemła, A., Nowicka-Sauer, K., Jarmoszewicz, K., Wera, K., Batkiewicz, S., & Pietrzykowska, M. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 51(1), 66-72. <https://doi.org/10.5603/AIT.2019.0013>
109. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guião de entrevista aos clientes



(N.º entrevista)

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AOS CLIENTES

Objetivos	Questões orientadoras	Observações
✓ Explicitar os fundamentos e objetivos da entrevista. ✓ Motivar o entrevistado. ✓ Garantir a confidencialidade do entrevistado. ✓ Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista.	➤ Apresentar o entrevistador ➤ Informar o cliente acerca dos objetivos e desenho da investigação ➤ Solicitar a colaboração do cliente, evidenciando o carácter indispensável da sua colaboração para o êxito do trabalho ➤ Assegurar o carácter confidencial e anónimo das informações prestadas e que a entrevista tem apenas o propósito de recolher as informações necessárias ao desenvolvimento da investigação ➤ Pedir autorização para gravar a entrevista	

✓ Conhecer a percepção dos clientes submetidos a cirurgia geral programada acerca da sua preparação pré-operatória.	➤ Na sua opinião, e de um modo geral, como descreveria a experiência cirúrgica pela qual passou? ➤ Teve oportunidade de colocar questões/apresentar dúvidas a algum enfermeiro? Considerou/Consideraria importante? ➤ Que preparação pré-operatória teve? ➤ Que tipo de informação possuía antes da cirurgia? ➤ Quem lhe forneceu essa informação?	
✓ Conhecer as principais preocupações dos clientes face à experiência cirúrgica.	➤ Quais foram as suas principais preocupações em relação à cirurgia?	

✓ Perceber as expectativas dos clientes relativamente aos cuidados de enfermagem no pré-operatório.	➤ O que esperava dos enfermeiros no período pré-operatório? ➤ Considera importante existir uma consulta realizada por enfermeiros antes da cirurgia? Porquê?	
✓ Conhecer os temas/assuntos cuja abordagem é considerada pertinente por parte dos clientes submetidos a cirurgia geral programada.	➤ Que assuntos/temas gostaria que os enfermeiros lhe esclarecessem antes da cirurgia?	
✓ Proporcionar um momento para o entrevistado referir aspetos não abordados. ✓ Agradecer a participação do entrevistado.	➤ Solicitar ao cliente que refira os aspetos que considera relevantes e que não tenham sido abordados ➤ Agradecer ao participante a sua colaboração	

APÊNDICE II

Formulário de consentimento informado aos clientes para realização das entrevistas

INFORMAÇÃO AO UTENTE

O meu nome é Marco António Rodrigues Gonçalves, sou enfermeiro e encontro-me atualmente a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Pretendo realizar um estudo de investigação que tem como objetivo principal implementar uma consulta pré-operatória de enfermagem aos utentes que irão ser submetidos a cirurgia geral programada, a fim de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao utente cirúrgico no período pré-operatório.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo e agradeço a colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente.

Procedimentos: realização de uma entrevista para perceber que aspetos dos cuidados de enfermagem valorizou na sua experiência cirúrgica. O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. Depois de concluído o trabalho poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador.

Riscos: Não haverá danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais. A sua participação não causará impacto no seu tratamento clínico ou em tratamentos futuros.

Benefícios: Vai ter a oportunidade de contribuir para a estruturação e implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem, aos utentes que aguardam por uma cirurgia geral programada.

Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar questões. Se decidir colaborar, peço-lhe que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. A qualquer momento poderá desistir de participar, o que não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma.

Confidencialidade: a garantia da confidencialidade será assegurada aos participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia

que os dados do trabalho só serão usados para o fim previsto. Este estudo foi sujeito a aprovação por uma Comissão de Ética.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: [REDACTED] (Enf.º Marco Gonçalves).

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

O enfermeiro

_____ (Marco António Rodrigues Gonçalves)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente ao trabalho a desenvolver pelo Enf.º Marco António Rodrigues Gonçalves, com o título “Construção e implementação de um modelo de consulta de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada”, fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Utente”. Foi-me dada a oportunidade para colocar questões que julguei necessárias, às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar voluntariamente no estudo.

Assinatura do(a) participante

_____ Data ____/____/2019

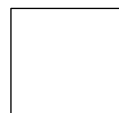
Assinatura do enfermeiro

_____ Data ____/____/2019

APÊNDICE III

Questionário sociodemográfico (entrevistas aos clientes)

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



(N.º entrevista)

Idade: _____ Anos

Sexo: Masculino _____ Feminino _____

Habilitações Literárias/Académicas:

_____ 1.º Ciclo Ensino Básico, 4.ª Classe (1.º - 4.º Ano)

_____ 2.º Ciclo Ensino Básico (5.º - 6.º Ano)

_____ 3.º Ciclo Ensino Básico (7.º - 9.º Ano)

_____ Ensino Secundário ou Equivalente (10.º - 12.º Ano)

_____ Curso Superior

Situação Profissional:

_____ Estudante

_____ Empregado

_____ Desempregado

_____ Doméstica

_____ Reformado

Zona de residência: Rural _____ Urbano _____

Estado civil:

_____ Solteiro

_____ Casado/União de Facto

_____ Divorciado/Separado de Facto

_____ Viúvo

Cirurgia a que foi submetido: _____

Data da cirurgia: _____

APÊNDICE IV

Matriz de redução de dados (entrevistas aos clientes)

Perceção da Experiência Cirúrgica

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Significado atribuído	Positivo	“Fui muito bem tratada” (EC_1) “Eu acho que as coisas funcionaram bem” (EC_2) “Fui muito bem tratada pelos enfermeiros” (EC_3) “de uma forma consciente e atempada (...) foi um fator de sucesso” (EC_4) “(...) contacto bastante pessoal e humano (...) Penso que foi normal...” (EC_6) “Os senhores enfermeiros falavam muito bem para mim e eu para eles” (EC_7) “Gostei de terem respeitado por causa de eu ser Testemunha de Jeová” (EC_9) “no bloco operatório começaram a conversar comigo e a distrair-me, e isso aliviou-me um bocado” (EC_10)
	Negativo	“eu ainda disse para as enfermeiras ‘eu acho que vou fugir’ (...) Eu não conseguia dormir” (EC_1) “foi de repente... Foi numa altura assim que não deu nem para pensar” (EC_1) “Para dizer a verdade foi um bocado difícil (...) eu no fundo fiquei dois dias na cama, porque também me senti mal quando me levantei na primeira vez” (EC_3) “Para lá fui muito bem, para cá à saída baralhei-me um bocado, não sabia para onde me levavam (...) Mas sinto que estive lá muito tempo” (EC_3) “porque na altura havia situações de greve e houve cirurgias que foram adiadas (...) eu fui internado na véspera da minha cirurgia” (EC_4) “Eu já nem podia ver o pessoal por causa das greves (...) havia pouca gente (...) eu fui chamado três vezes para fazer a cirurgia, fui preparado e no outro dia, já todo “rapado”, tive que ir para casa ... aquilo estava um bocado confuso em termos de enfermagem naquela altura” (EC_5) “o médico às vezes é um bocado distante do doente porque se coloca no seu patamar, que a nossa sociedade ainda é um bocado estratificada, bastante corporativista” (EC_6) “A experiência de ser operada, nunca é uma experiência boa (...) Achei o ambiente um bocadinho stressante para mim” (EC_8) “No bloco achei que estava um bocadinho frio (...) que até me puseram mais um cobertor” (EC_9)
Preparação pré-operatória	Exames auxiliares de diagnóstico	“Fiz um Raio-X do tórax, fiz uma consulta específica de anestesiologia (...) E fiz as análises convencionais” (EC_6) “(...) tinha que fazer os exames antes e tive que ficar internada (...) Fiz os exames que eram necessários” (EC_8) “Fiz uns exames duas vezes, por causa de umas alterações, não sei quais” (EC_9)
	Preparação física	“Fui devidamente acompanhado pela equipa de enfermagem que inclusivamente me fez a depilação e esses tratamentos todos pré-operatórios, (...) não tive nenhum problema pós-operatório (...) Tiveram que me tirar os pelos todos” (EC_4) “Basicamente, fazer as análises, mais nada ... a rapagem dos pelos, pôr o cateter, de resto mais nada” (EC_5) “Eu fui tomar banho, vestiram-me umas meias elásticas e deram-me os medicamentos” (EC_7) “Fiz uma alimentação mais leve” (EC_8) “(...) em relação à alimentação para não beber água a partir da meia-noite” (EC_9) “Ao final do dia da véspera um enfermeiro deu-me uma gilete para eu me rapar (...) disseram-me que já não podia comer mais nada, nem beber” (EC_10)
	Suspensão do regime medicamentoso habitual	“Eu tomo já há muitos anos um comprimido de manhã e disseram-me que eu não o podia tomar (...) E aquilo fez diferença à minha cabeça. Eu estava apavorada, eu estava mal” (EC_1) “Eu tenho uma depressão, e como não me deram a minha medicação habitual, eu nos primeiros dias passei um bocado mal” (EC_3) “(...) na enfermaria só me disseram para eu não tomar a minha medicação” (EC_9)
Relacionada com a comunicação com os profissionais de saúde		“Quando cheguei à enfermaria, tinha uma enfermeira que estava responsável por mim e que me deu algumas indicações, nada assim por aí além” (EC_8) “(...) enfermeira que me fez algumas perguntas antes de ir para o bloco operatório, que disse que já o devia ter feito” (EC_9)
Relacionada com experiências prévias		“eu fui operada aqui às minhas mãos, ao nervo cárpico, e também foi assim uma coisa ...” (EC_1) “Diziam-me que era fácil (...) foi isso que um colega meu que já tinha sido operado me disse” (EC_10) “Eu pensei que se já tinha feito uma colonoscopia com anestesia, a cirurgia iria ser fácil para mim” (EC_10)

Sentimentos/Emoções percebidos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Ansiedade/Stress		“Eu estou muito baralhada ... até penso que às vezes vou ficar louquinha por tanto pensar nessas coisas” (EC_1) “fui um bocadinho abaixo foi quando estive no recobro porque eu fui logo a primeira da manhã e só vim para cima às cinco e tal da tarde... aí é que eu fiquei um bocadinho baralhada. Parece que me faltava o ar.” (EC_3) “Eu estava muito ansioso (...) Como é a primeira vez, a gente nunca sabe ... foi a minha primeira cirurgia na vida, por isso eu que eu acho que foi um bocado traumático por ter sido chamado três vezes e só fui operado à terceira. Até fiquei com hipertensão, não sei se foi disso” (EC_5) “Esta cirurgia preocupava-me mais devido à localização” (EC_8) “Nós vamos fazer uma coisa que não é propriamente fácil e há nervos, estava ansiosa (...) causou-me algum constrangimento” (EC_8) “Eu acho que se houvesse um pouco menos de stress naquele sítio que poderiam ter-me dado um bocadinho de confiança” (EC_8) “Eu estava um bocado nervoso (...) A minha principal preocupação era eu estar a dormir e, sem autorização, darem-me produtos com sangue” (EC_9) “Eu não diria que é um filme de terror, mas causa uma ansiedade muito grande (...) Ainda estive para desistir à última da hora, mas seria uma estupidez” (EC_10) “É uma pessoa estar à espera e não saber para onde vai, causa um bocado de transtorno em termos psicológicos” (EC_10)
Medo	De complicações pós-operatórias	“Era ficar sem voz” (EC_1) “eu não tinha forças para tomar banho” (EC_1) “Estava também preocupado com o recobro, sobre o que é que me iria acontecer” (EC_4) “Estava preocupado também com a forma como iria ficar, mais propriamente a estética e muito medo ao nível de infeções (...) Porque tenho dois amigos meus que fizeram e apanharam os dois uma infeção que andaram aí muito tempo...” (EC_5) “A minha principal preocupação era mesmo o pós-operatório (...) eu era “presa dos intestinos” e estava com um bocadinho de medo do que é que se ia passar a seguir e não foi fácil” (EC_8)
	Da morte	“(…) até ficar lá” (EC_1) “Uma pessoa quando vai para uma coisa destas pensa assim ‘não sei se volto’.” (EC_10)
	Da anestesia	“Eu tinha mais medo da anestesia, quando acordo, um tipo fica com as dores (...) eu já tinha sido operado à vesícula e depois quando acordei, era uma aflição com aquilo da anestesia” (EC_2) “ou como é que eu iria reagir à situação de recobro da anestesia (...) Eu nunca tinha sido sujeito a nenhuma anestesia geral. Tinha um certo receio” (EC_4) “Acordar (...) anestesia geral” (EC_5) “Como era a primeira vez que era operada, tinha receio que me acontecesse qualquer coisa. A anestesia para mim era um pavor” (EC_7) “A anestesia e o medo de não acordar” (EC_10)
Estratégias mobilizadas	Relativização	“Eu sou uma pessoa muito despegada de tudo, até da vida” (EC_6) “Eu como não tenho filhos, pensava que se fosse o meu último dia também ninguém sofria por mim. Mas depois pensava que se corria bem com os outros, também iria correr comigo.” (EC_10)
	Evitamento	“Eu já ia com medo, se fosse a fazer perguntas ainda me podiam dizer alguma coisa que eu não gostasse ... eu preferia não saber” (EC_7)
	Abstração	“Eu sou muito espiritual, e tenho uma noção da vida para além da vida, e isso dá-me um certo conforto em relação à própria morte” (EC_6) “Quando nós passamos por uma situação destas temos de nos abstrair de tudo o que está à volta e pensar em qualquer coisa positiva que tenha na vida” (EC_10)

Necessidades de informação

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Ambiente do bloco operatório/ intraoperatório		“Ninguém me tinha explicado como era o ambiente lá em baixo no bloco” (EC_3)
Presença de dispositivos médicos		“Não tinha informação de que ia ficar com um dreno e aquilo foi horrível (...) porque aquilo incomoda muito e eu precisava de saber” (EC_1) “(…) sabia que ia levar dreno, mas não sabia o que é que era um dreno” (EC_3)
Complicações cirúrgicas		“Gostava que me esclarecessem o que podia advir depois da operação da tiróide, as complicações que eu podia ter (...) Tive uma falta de cálcio como complicação e não estava informada sobre isso. Explicara-me só assim por alto” (EC_3) “(…) o que é que me vai acontecer, o que é que pode suceder, que problemas é que eu tenho ou que poderei vir a ter” (EC_4) “tinha sido acometido quatro anos antes com um aneurisma cerebral. Daí essa necessidade de perceber se havia daí alguma dificuldade para esta cirurgia” (EC_6)
Sinais e Sintomas		“as hormonas ficavam um bocadito alteradas” (EC_1) “(…) o que é que nos ia acontecer depois da operação, como é que nós nos íamos sentir (...) Há sintomas que eu tenho que não sei definir ...” (EC_1)
Cuidados no pós-operatório		“Eu sentei-me, o quarto começou a andar à roda e eu deitei-me, sentei-me outra vez, aquilo continuou a andar à roda, deitei-me. E só à quarta vez, estando um bocado, é que eu fui, mas muito mal. Precisava de saber essas coisas todas, que não sabia.” (EC_1) “Eu não sabia que ia tomar banho sozinha, e aquilo custou-me muito” (EC_1) “Eu tinha-lhe perguntado como é que mais ou menos ia ser, quantos dias ia ficar internada.” (EC_3) “A minha maior preocupação era a dieta que eu tinha que fazer no pós-operatório. Essa informação não me foi dada” (EC_4) “Eu estava devidamente informado acerca da alimentação que tinha que passar a fazer, pelo menos durante uns tempos” (EC_4) “Por exemplo, a duração de tempo que eu tinha que estar ali sem fazer esforços, coisas deste género (...) explicar o que pode acontecer, os cuidados que tem que ter depois (...) Por exemplo, quando fazer o penso, tirar os pontos” (EC_5) “A única questão que eu poderia ter colocado era mais de perceber o pós-operatório, se havia alguma restrição, em termos de pesos (...)” (EC_6)
Informações no pré-operatório		“(…) perguntou-me se alguém me tinha explicado como é que ia ser a cirurgia, e eu disse-lhe que não, ninguém me explicou” (EC_2) “As dúvidas que eu tinha, tinham a ver com o que é que eu podia comer, em termos de pré-operatório” (EC_4) “temas relacionados com a cirurgia que vai fazer (...)” (EC_5) “Eu em momento algum ouvi falar na minha operação e então eu tive a necessidade de perguntar a que é que ia ser operada (...) Devem explicar como é que as coisas se vão fazer.” (EC_8) “Em relação à cirurgia eu não tinha informação nenhuma” (EC_9) “Em relação à cirurgia, não sabia de mais nada” (EC_10)
Estratégias para obtenção da informação	Equipa médica	“Antes de ser operado foi lá um senhor, que eu acho que era médico (...)” (EC_2) “Tinham-me sido dadas pelo senhor doutor “x” (...) Só me tinham dito, a doutora que me acompanhou, que era uma pequena cirurgia, que ia correr tudo bem” (EC_3) “embora tivesse sido tranquilizado pelo médico” (EC_4) “A informação em que eu tinha curiosidade perguntei a um dos médicos” (EC_5) “Sabia que tinha que ser operada e essa informação foi dada pelo cirurgião ... disse-me que era a tiróide mas que ainda tinha outro problemzinho, mas nunca me explicou o que era” (EC_7) “O cirurgião e alguns estagiários que estavam com ele tinham falado comigo antes e tinha-me informado do que se ia passar e como é que ia ser” (EC_8)
	Internet	“eu ser um privilegiado no sentido de ter acesso a um sistema de informação e de ser uma pessoa que toma iniciativa de quando não sei, procuro” (EC_4) “(…) O resto li na internet” (EC_5) “Pesquisei” (EC_6)
	Amigos e família	“(…) também tenho uns primos que são enfermeiros (...) com médicos amigos também” (EC_6)

Expetativas face aos cuidados de enfermagem no pré-operatório

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Pessoalização dos cuidados	Aspetos atitudinais	“É sempre bom ter alguém disponível que, em caso de dúvida, nos consiga acalmar ou tranquilizar relativamente a determinados aspetos que possam eventualmente ocorrer” (EC_4) “O acompanhamento e esclarecimento por parte do enfermeiro é muito importante para o doente (...) Antes do internamento não tive contacto com nenhum enfermeiro antes da cirurgia, mas acho que seria importante” (EC_4) “O vosso trabalho é bastante importante, e por isso acho que deviam acompanhar mais (...) Não só rapar os pelos e pedir o braço para pôr o cateter, a preparação emocional também é importante” (EC_5) “Esperava aquilo que efetivamente aconteceu, a amabilidade, o trato, a disponibilidade, o profissionalismo (...) O enfermeiro é uma grande sustentabilidade do SNS e é a cara mais visível que contacta de imediato com o doente” (EC_6) “acho que deviam tranquilizar-nos um bocadinho” (EC_8) “É importante que os enfermeiros coloquem os doentes à vontade e respeitem a crença de cada um, no que diz respeito à religião por exemplo” (EC_9)
	Comunicação	“Os enfermeiros têm que se tentar colocar na proximidade do doente, porque o doente muitas vezes esconde muitas coisas. E o doente abrindo-se um bocado ao próprio enfermeiro, este pode a partir daí ter outra possibilidade de entender o doente” (EC_6) “É preciso saber comunicar (...) As habilitações literárias são um indicador fundamental do tipo de comunicação que eu vou estabelecer com o doente (...) A arte de comunicar é fundamental” (EC_6) “Têm que identificar que tipo de pessoas é que têm à frente, e se calhar essa identificação às vezes não é feita (...) Até aos 45-50anos, nós temos um tipo de pessoas, e partir dos 50-60 temos outro tipo de pessoas. Este tipo de pessoas muitas vezes precisa de uma outra forma de abordagem (...) uma coisa é eu falar com um cidadão, e outra coisa é eu falar com um rural. Uma coisa é eu falar com uma pessoa que tem determinada educação de ensino, e outra é falar com uma pessoa que não tem qualquer tipo de ensino.” (EC_6)
Melhor informação		“Mas deve haver situações em que as pessoas podem já vir preparadas desde que sejam esclarecidas previamente” (EC_4) “Talvez uma informação mais detalhada (...) às vezes em determinadas questões tinha que esperar que viesse o médico (...) podíamos estar informados pelos próprios enfermeiros que é a área deles” (EC_5) “Há assuntos que devem ser melhor explicados” (EC_8) “Os enfermeiros também poderiam explicar em relação aos riscos da cirurgia” (EC_9) “Senti falta de me dizerem no dia da cirurgia como é que tinha corrido, se correu bem ou não” (EC_10)

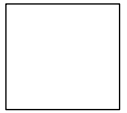
Perspetivas relativamente à existência de uma consulta de enfermagem

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Estrutura da consulta	Momento da consulta	“Existindo uma consulta de anestesia, acho que tem que ser coordenada para uma pessoa não ter que vir para aqui duas vezes” (EC_5)
	Organização da equipa multidisciplinar	“Eu acho que a equipa deveria ser de um médico e um enfermeiro. Porque parece-me que dada a especificidade do enfermeiro e do médico, cada um terá a sua área e terá mais facilidade em esclarecer o doente relativamente a determinado tipo de situações (...) Esse tempo que o enfermeiro poderia ocupar levaria a que o médico ficasse liberto para outras questões” (EC_4)
	Ter acesso a informação	“Acho que devia ser para nos informar de tudo (...) É que eu hoje ainda venho com tantas dúvidas (...) no fim, achava que me deviam ter dito certas coisas que não disseram e que precisava de saber” (EC_1) “Podiam por exemplo contar situações anteriores que se passaram com outros doentes” (EC_10)
Vantagens da consulta	Sentir-se informado	“Uma consulta com os enfermeiros talvez fosse importante, para nos por a par das coisas, para preparar melhor a pessoa, para ela saber como vai ser” (EC_3) “Acho que ajudava a perceber melhor o que se ia passar e não irmos tão nervosos” (EC_8)
	Capacidade de gerir emoções	“(…) é uma mais-valia. Tranquiliza mais o doente” (EC_5) “(…) se houver essa consulta de imediato com o enfermeiro, o doente estará muito mais à vontade” (EC_6) “Na minha opinião sim, ficava um bocadinho ‘mais leve’” (EC_7) “Devem focar-se na preparação psicológica da pessoa porque nestas coisas é tudo muito rápido. Se realmente houvesse essa consulta, com essa preparação psicológica, ajudava bastante” (EC_8) “para uma pessoa ir mais à vontade (...) nunca é demais mais uma sugestão, e ajudar a esclarecer algumas dúvidas. Sabe que quando vamos para o bloco operatório há sempre algum nervosismo, e se tivermos alguém que nos console, já vamos mais tranquilos” (EC_9) “Eu acho que devia ser importante, para tranquilizar muito mais o próprio doente (...) Acho que é sempre útil e uma mais-valia para o doente sentir que há alguém também preocupado com ele. Para o doente pensar que isto não é um trabalho em série” (EC_10) “Se calhar numas pessoas tranquiliza, noutras não ... isto é o fator psicológico.” (EC_10)

APÊNDICE V

Guião de entrevista aos enfermeiros

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AOS ENFERMEIROS



(N.º entrevista)

Objetivos	Questões orientadoras	Observações
✓ Explicitar os fundamentos e objetivos da entrevista. ✓ Motivar o entrevistado. ✓ Garantir a confidencialidade do entrevistado. ✓ Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista.	➤ Apresentar o entrevistador ➤ Informar o enfermeiro acerca dos objetivos e desenho da investigação ➤ Solicitar a colaboração do enfermeiro, evidenciando o carácter indispensável da sua colaboração para o êxito do trabalho ➤ Assegurar o carácter confidencial e anónimo das informações prestadas e que a entrevista tem apenas o propósito de recolher as informações necessárias ao desenvolvimento da investigação ➤ Pedir autorização para gravar a entrevista	

✓ Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da preparação pré-operatória efetuada aos doentes submetidos a cirurgia geral programada.	➤ Qual a sua opinião acerca da abordagem que é feita, no pré-operatório, pelos enfermeiros, aos clientes que irão ser submetidos a cirurgia programada?	
✓ Conhecer a opinião dos enfermeiros participantes sobre a forma de estruturação de uma consulta pré-operatória de enfermagem.	➤ Que temas/assuntos considera importantes para abordar numa consulta pré-operatória a realizar por enfermeiros? ➤ Como estruturaria essa consulta? <i>(Ex: guião +/- flexível, utilização do processo de enfermagem ...)</i>	
✓ Perceber as eventuais condicionantes na implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem.	➤ Na sua opinião, que fatores podem influenciar (positiva e negativamente) a realização e a qualidade de uma consulta de enfermagem? <i>(Ex: formação profissional, forma de agendamento, espaço físico, fator tempo ...)</i>	

✓ Conhecer a opinião dos enfermeiros participantes sobre a operacionalização da consulta pré-operatória de enfermagem.	➤ Que características valoriza no enfermeiro responsável pela consulta? (<i>Ex: formação profissional, competências específicas ...</i>) ➤ Em que medida considera que a consulta pré-operatória de enfermagem pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do cliente? Qual o impacto na recuperação pós-operatória? ➤ Em que medida considera que a consulta pré-operatória de enfermagem pode influenciar a representação social dos enfermeiros?	
✓ Proporcionar um momento para o entrevistado referir aspetos não abordados. ✓ Agradecer a participação do entrevistado.	➤ Solicitar ao enfermeiro que refira os aspetos que considere relevantes e que não tenham sido abordados ➤ Agradecer ao enfermeiro a sua colaboração	

APÊNDICE VI

Formulário de consentimento informado aos enfermeiros para realização das entrevistas

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

O meu nome é Marco António Rodrigues Gonçalves, sou enfermeiro e encontro-me atualmente a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Pretendo realizar um estudo de investigação que tem como objetivo principal implementar uma consulta pré-operatória de enfermagem aos utentes que irão ser submetidos a cirurgia geral programada, a fim de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao utente cirúrgico no período pré-operatório.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo e agradeço a colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente.

Procedimentos: realização de uma entrevista para perceber as necessidades de cuidados no pré-operatório que habitualmente identifica como relevantes. O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. Depois de concluído o trabalho poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador.

Riscos: Não haverá danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais. A sua participação não causará impacto nas suas condições laborais.

Benefícios: Vai ter a oportunidade de contribuir para a estruturação e implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem, aos utentes que aguardam por uma cirurgia geral programada.

Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar questões. Se decidir colaborar, peço-lhe que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. A qualquer momento poderá desistir de participar, o que não trará quaisquer consequências para si.

Confidencialidade: a garantia da confidencialidade será assegurada aos participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados do trabalho só serão usados para o fim previsto. Este estudo foi sujeito a aprovação por uma Comissão de Ética.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: [REDACTED] (Enf.º Marco Gonçalves).

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

O enfermeiro

_____ (Marco António Rodrigues Gonçalves)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente ao trabalho a desenvolver pelo Enf.º Marco António Rodrigues Gonçalves, com o título “Construção e implementação de um modelo de consulta de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada”, fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas. Foi-me dada a oportunidade para colocar questões que julguei necessárias, às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar voluntariamente no estudo.

Assinatura do(a) participante

_____ Data ____/____/2019

Assinatura do enfermeiro

_____ Data ____/____/2019

APÊNDICE VII

Questionário sociodemográfico (entrevistas aos enfermeiros)

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



(N.º entrevista)

Idade: _____ Anos

Sexo: Masculino _____ Feminino _____

Habilitações Literárias/Académicas:

_____ Bacharelato
_____ Licenciatura
_____ Pós-Graduação (Área: _____)
_____ Especialidade (Área: _____)
_____ Mestrado (Área: _____)
_____ Doutoramento (Área: _____)

Situação Laboral:

_____ Trabalhador do quadro
_____ Contrato de trabalho a termo
_____ Contrato de trabalho sem termo/tempo indeterminado
_____ Prestação de serviços
_____ Outro Especifique: _____

Estado civil:

_____ Solteiro
_____ Casado/União de Facto
_____ Divorciado/Separado de Facto
_____ Viúvo

Horário semanal:

_____ Regime part-time
_____ 35 horas
_____ 40 horas
_____ > 40 horas

Experiência profissional total:

_____ 5 – 10 anos

_____ 11 – 20 anos

_____ $\geq$ 21 anos

Experiência profissional (Em cirurgia geral ou bloco operatório):

_____ 5 – 10 anos

_____ 11 – 20 anos

_____ $\geq$ 21 anos

Cargo de chefia/gestão: Sim _____ Não _____

Rotatividade de horário: Sim _____ Não _____

APÊNDICE VIII

Matriz de redução de dados (entrevistas aos enfermeiros)

DIFICULDADES SENTIDAS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Centradas na preparação do cliente cirúrgico	Preparação física	"Há doentes que nos chegam com a higiene mal feita, há doentes que nos chegam com as próteses dentárias, com anéis, brincos, verniz, essas coisas todas, com as preparações da zona cirúrgica mal feitas" (EE_2) "O pré-operatório é fazer as rotinas pré-operatórias, se tiver preparação intestinal informá-lo sobre isso e pouco mais. Depois a colega de tarde há-de fazer o resto" (EE_5) "Na admissão há muitas coisas que nós temos de fazer, todas as rotinas do pré-operatório que ainda são algumas (colheita de sangue para análises, punção periférica, os exames complementares de diagnóstico, a colheita de dados para a avaliação inicial, o acolhimento no serviço explicando mais ou menos onde fica o quê)" (EE_7) "Nós recebemos as pessoas, integramos no serviço, dizemos a que é que vai ser operado, se é preciso fazer alguma preparação intestinal ou não, ou alguma medicação especial, e vamos ter de tirar os pelos, e pronto ...não vamos muito mais além" (EE_8) "Falamos ao doente quem é o cirurgião que o vai operar, o tempo operatório em que vão, falamos sobre a preparação cirúrgica ao nível da higiene" (EE_11) "explicamos a necessidade da tricotomia, em que a hora não é consensual" (EE_11) "Nós fazemos o mínimo que deve ser feito. Tudo o que sejam preparações propriamente ditas para cirurgia, nós fazemos tudo muito bem feito, a preparação física. O resto fica muito aquém ..." (EE_17) "A maior parte das vezes acho que não tem preparação pré-operatória. Às vezes nem o banho tomado sequer têm, pelo menos aparentemente. Muitas das vezes nem a tricotomia está feita." (EE_19) "Em termos físicos, tricotomias, higiene, há muitas situações que deixam a desejar. Há doentes que não trazem um bom acesso venoso" (EE_22)
	Preparação emocional	"Do ponto de vista da preparação psicológica acho que ainda há uma grande lacuna. Acho que os enfermeiros não valorizam" (EE_1) "Em termos emocionais, a ansiedade do doente, há aí uma coisa a ser trabalhada porque os doentes vêm muito nervosos. Muitas vezes nem conseguem absorver todas as informações que nós lhes damos" (EE_3) "Há muitas falhas na abordagem pré-operatória atualmente. A preparação emocional por vezes também necessita ser mais aprofundada" (EE_12) "se calhar até mais técnicas do que a própria preparação psicológica do doente" (EE_15) "O fornecimento de informações e a preparação emocional do doente ficam muito aquém" (EE_17) "denoto muito má preparação em termos dos doentes que nos chegam ao bloco operatório, quer preparação em termos de informação, (...) para os diferentes procedimentos cirúrgicos" (EE_22) "O doente chega e no nosso acolhimento, tentamos ver se o doente tem alguma dúvida... para ele, tem todas as dúvidas e o maior medo é a ansiedade. (...) Eu penso que era colmatado com uma visita ou uma consulta, ou conhecer alguém do bloco" (EE_3) "Os doentes vêm muito ansiosos e a medicação para relaxamento, administrada em conjunto com a sedação, não tem o efeito pretendido" (EE_12) "Os doentes vêm ansiosos porque não foram preparados, porque se tivessem uma preparação inicial essa ansiedade seria reduzida muito mesmo!" (EE_16) "Alguns doentes vêm um bocadinho ansiosos" (EE_21) "Os doentes vêm bastante ansiosos, o bloco operatório é uma zona escura/cinzenta, é um ambiente fechado e desconhecido" (EE_22)
	Preparação na dimensão do conhecimento	"Os doentes quase não sabem ao que é que vêm, o que é que se vai passar aqui no bloco e isso se calhar também tem a ver porque nós não fazemos a visita pré-operatória" (EE_2) "não posso dizer que os doentes venham mal preparados. Em termos de informação, acho que sim. Aí nota-se ... eles não sabem ... pelo menos aqueles que nunca tiveram uma experiência cirúrgica antes. Não sabem muito bem aquilo que lhes vai acontecer, o que é que se vai passar. Nessa parte, acho que há um défice acentuado" (EE_2) "Eles sabem, por exemplo, que vão ser operados à tireóide, que vão ser operados ao estômago, mas não sabem muito mais do que isso. Não sabem se vão ter dreno ..." (EE_2) "eu acho que há uma desinformação muito grande dos doentes" (EE_2) "Há doentes [ostomizados] que a primeira coisa quando acordam me perguntam "Eu fiquei com um saco?". E eu acho que isso diz alguma coisa, aliás diz muito ..." (EE_2) "é a questão da anestesia que é um mito, continua a ser um mito (...) as pessoas continuam a ter muito medo de não acordar, de haver mais complicações" (EE_2)

DIFICULDADES SENTIDAS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
		"Eu penso que essa ansiedade poderá ter a ver com a falta de informação, porque se houvesse um momento (ou uma consulta ou uma visita, ou qualquer coisa) em que conhecessem uma cara que fosse estar com eles nesse dia ou que lhes mostrasse o que é o bloco e que não é nada de meter medo (...) alguns entram e dizem "aqui é que é o talho"" (EE_3) "Quando o doente tem alguma preparação, também já sabemos que não vem com este tipo de linguagem, mas vem com outros medos. Se calhar, se nos conhecesse ou se conhecesse alguns pormenores, não seria assim. A ideia que alguns têm é que o bloco é um local muito frio, muito escuro e frio" (EE_3) "nem sempre é suficiente, pelo próprio feedback que os doentes nos trazem, em duas partes: a preparação física pré-operatória, e estamos a falar em contexto operatório, cirúrgico, de banho, integridade cutânea, higiene, e não só mas também de conhecimentos." (EE_4) "maioritariamente eles ainda vêm com aquelas dúvidas que depois aqui em baixo tentamos esclarecer minimamente. Perguntamos se tem alguma dúvida ou precisa de ajuda, e aí de certa forma ainda conseguimos alguma ponte" (EE_4) "muitos não sabem a que vão ser operados, se vão ficar ou não com uma ostomia, se precisam de fazer preparação intestinal" (EE_5) "A abordagem que é feita atualmente é muito básica e notoriamente insuficiente, isto porque muitas vezes os doentes vêm para o internamento e não fazem ideia do que se vai passar" (EE_8) "as pessoas muitas vezes não perguntam porque não querem saber, mas isso depois dificulta-nos também o trabalho" (EE_8) "no bloco operatório (...) quando o doente nos chega apresenta algumas lacunas na sua preparação, no que respeita ao que vai ser submetido" (EE_13) "Muitas vezes não sabe sequer o nome do médico que o vai operar, não sabe o procedimento cirúrgico, não sabe como vai ser o pós-operatório, não sabe quanto tempo vai ficar no hospital, e eu acho que isto gera alguma ansiedade nos doentes" (EE_13) "É essencialmente a preparação psicológica e a falta de conhecimento que causa muita ansiedade aos doentes." (EE_13) "Eu acho que é feita de uma forma má, porque os doentes muitas vezes nem sabem para aquilo que vêm" (EE_16) "muitas das vezes, eu tenho amputações, pergunto-lhe se sabem o que vêm fazer e eles não sabem" (EE_19) "a informação não tenha sido toda fornecida à pessoa" (EE_22) "em relação ao pós-operatório, naquela cirurgia, ao que é que nós lhe vamos fazer, isso fica muito aquém" (EE_23)
	Aspetos logísticos	"tentamos fazer o acolhimento, fazendo as perguntas da check-list que a DGS nos colocou para fazer, embora nós façamos algumas perguntas mais para nos ajudar também nos nossos cuidados e no planeamento dos nossos cuidados dentro da sala" (EE_3) "o que faço é no momento do acolhimento a apresentação da enfermaria, do espaço físico, dos colegas que estiverem presentes nesse momento, dos nossos gabinetes para se poderem dirigir a nós. Fazemos a colheita dos dados" (EE_11) "Costumo explicar a eventual passagem pela UCCI, mesmo aos familiares e dar os contactos, explicar o horário das visitas (...) Explico a passagem pelo transfer no bloco, como é depois no recobro que vai estar monitorizado" (EE_11) "muito escassa. Aquilo que nós informamos mais é o que vai acontecer naquele dia em que estão a ser admitidos, que são mais burocracias como exames que vão fazer" (EE_23)

DIFICULDADES SENTIDAS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Centradas nas condições para a preparação do cliente cirúrgico	Falta de tempo	"Os utentes muitas vezes entram no serviço no próprio dia, e nesse dia vão ser intervencionados ... Muitas vezes não há o tempo necessário para fazer esse tipo de preparação." (EE_1) "uma das coisas que eu acho que é preciso é tempo, e o tempo é escasso" (EE_2) "Eu acho que nós estamos pouco tempo com o doente atualmente" (EE_3) "por vezes gostaria de ter mais tempo para fazer aquela colheita de informação, para ouvir o doente." (EE_9) "Ainda ontem os doentes vieram de manhã para serem operados à tarde, estamos pouco tempo com eles" (EE_9) "às vezes há algumas falhas relativas aos procedimentos a realizar da parte de enfermagem, porque os colegas poderão não estar informados acerca da totalidade dos cuidados que deverão ter e também da parte da anestesia poderá não haver um conhecimento global mesmo acerca do doente por falta de tempo" (EE_12) "chegam cá abaixo com muitas dúvidas sobre aquilo a que vão ser submetidos (...) mas acredito que também não haja tempo para isso ... as coisas não estão estruturadas nesse sentido" (EE_13) "o acolhimento do doente quando entra é tudo feito a correr, nós tentamos saber as coisas no geral, mas não conseguimos fazer tudo ao pormenor" (EE_17) "É tudo assim muito a fugir, mal os vemos, e não há tempo para ensinamentos nenhuns e também não é a altura ideal, porque nessa altura já eles estão ansiosos" (EE_20) "na admissão que fazemos eles ficam com tantas dúvidas, que muitas vezes não há tempo para esclarecer" (EE_23)
	Escassez de enfermeiros	"Os enfermeiros no internamento são escassos e tudo isso condiciona o resultado que nós vemos aqui no bloco" (EE_2) "Acho que também há falta de enfermeiros em número suficiente, porque não é numa noite 2 enfermeiros para 35 doentes que às vezes se consegue fazer tudo, quando temos em média aqui 4 a 5 salas de cirurgia geral. (...) Acho que no contexto não se pode exigir muito mais" (EE_4) "A preparação propriamente dita fica muito aquém do que deveria ser feito, tem a ver um pouco com o rácio enfermeiro-doente" (EE_17) "Nós estamos condicionados acima de tudo por falta de pessoal" (EE_17) "os doentes não têm contacto quase nenhum com os enfermeiros" (EE_18)
	Falta de comunicação entre equipas do internamento e BO	"os colegas dos internamentos não conhecem o bloco, não sabem o que aqui se passa e, portanto, acho que era fundamental que houvesse uma maior comunicação" (EE_2) "temos algumas dificuldades que (...) é o sistema informático, que nós não temos continuidade no Bloco Operatório e alguns registos, nalgumas coisas, não vêm atempadamente para aquilo que nós pretendemos, o caso da medicação, a pré-medicação, alguma medicação que esteja a fazer e que seja necessário fazer antes de vir para o Bloco" (EE_3) "Às vezes os colegas da enfermaria referem essa lacuna, porque também não sabem como se processam as coisas cá em baixo e também não podem dar essas informações aos doentes" (EE_13) "Não tenho o feedback do que é feito no internamento como preparação pré-operatória para o doente" (EE_15) "Nós aqui no bloco normalmente perguntamos se está em jejum, se tem próteses, se sabe que cirurgia vem fazer, não temos mais nenhum feedback a ensinamentos que tenham feito" (EE_21) "como enfermeiro do intraoperatório, não tenho muito bem a noção daquilo que os meus colegas fazem na enfermaria" (EE_22)
	Ausência de estruturação na preparação do cliente cirúrgico	"Eu acho que há uma série de coisas que falha, e não tem só a ver connosco enfermeiros. Tem a ver com toda a equipa. Nem todos os doentes passam pela consulta de anestesia, e acho que nesse momento o anestesista poderia de alguma forma informar os doentes ..." (EE_2) "Na maior parte dos casos, essa informação é dada, mas não posso assegurar que é sob a forma de protocolo, ou seja, que eu vou dizer a todos tudo, porque vai depender das circunstâncias do momento, dos recursos existentes e dos constrangimentos" (EE_6) "Não há um enfermeiro que fica só com os acolhimentos, e depois vamos intercalando com os cuidados que temos de prestar na enfermaria e depende da nossa sensibilidade, não temos um protocolo" (EE_10) "Neste momento não há tempo, (...) as coisas não estão estruturadas" (EE_13) "Eu acho que o doente vem com muitas dúvidas, no geral, não me parece que haja uma conversa com o doente acerca do perioperatório. Eu acho que acaba por ser um ato tão rotineiro" (EE_15) "muitas vezes é feito à cabeceira do doente, dentro da sala operatória, o que não será de todo o melhor momento, há ali uma série de emoções que estão ao rubro" (EE_2)

DIFICULDADES SENTIDAS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
		"Atualmente, na enfermaria informamos o doente de tudo e é um trabalho que deveria ser feito anteriormente. (...) Não dá para perceber se os doentes entendem o que lhes é dito" (EE_5) "não é num dia, normalmente vêm na véspera, que nós conseguimos dar aquela informação toda e as pessoas terem tempo para assimilar e compreender"(EE_8) "Ao nível do acompanhamento pré-operatório não está nada estruturado, ou seja, nós só os encontramos no momento do internamento" (EE_9) "fazemos a integração da pessoa ao serviço, dar a entender como vai ser o desenrolar daquele dia e como será o pós-operatório, mas acaba por ser muita informação" (EE_10) "Em relação ao momento em que esta informação é fornecida, os doentes devem reter 10%, é muita coisa a reter." (EE_10) "O que fazemos é bom, mas é insuficiente, porque o doente já devia vir previamente preparado" (EE_11) "Eu sempre senti a falta desse contacto com o doente antes da admissão" (EE_11) "O enfermeiro que recebe o doente tenta sempre saber o seu estado, se conhece a cirurgia, se foi informado, sobre alergias" (EE_14) "Ontem por exemplo, vi uma doente a assinar o consentimento informado praticamente a chegar ao bloco operatório" (EE_17) "Eles nem tão pouco conseguem processar a informação, porque é tudo feito sob grande stress e tudo de uma vez. (...) Não se valida a informação transmitida. (...) Eu até acho que a preparação pré-operatória de um doente deveria começar numa consulta externa." (EE_17) "atualmente não é feito nada, não são feitos ensinos nenhuns, não há consulta de enfermagem no pré-operatório. O primeiro contacto com eles é na véspera da cirurgia e é só" (EE_20)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Centrados no cliente	Avaliação inicial do cliente	Antecedentes de saúde-doença/cirúrgicos e hábitos de vida	"Era importante perceber se já tinham submetidos a cirurgias anteriores, porque pode influenciar a adesão, o entendimento da própria cirurgia, todo o processo de hospitalização" (EE_1) "Se já é uma segunda ou terceira, poderemos explorar questões em que ele tenha ficado mais impressionado e talvez até se consiga desenvolver uma conversa para explorar os medos, para ver o que poderemos fazer diferente ou o que mais o assustou" (EE_15) "as alergias que o doente tem" (EE_3) "O doente dizer, "sou alérgico a isto" (EE_6) "se tem alergia a algum fármaco (...) as alergias medicamentosas desse doente" (EE_12) "se tem alergias ou não" (EE_17) "A medicação que o doente toma" (EE_3) "O doente dizer, "eu tomo esta medicação" (EE_6) "às vezes medicação que toma e que é necessário parar para ser operado" (EE_6) "acerca do regime medicamentoso habitual" (EE_9) "a medicação habitual" (EE_11) "os hábitos do doente, a medicação que ele faz" (EE_17) "os antecedentes do doente" (EE_11) "os antecedentes que ele tem" (EE_17) "Ao nível de hábitos tabágicos, bebidas alcoólicas" (EE_9) "se calhar era importante alertar a pessoa para a necessidade de parar de fumar no período pré-operatório" (EE_11)
		Componente psicossocial	"Os níveis de ansiedade, eu acho que é também importante referenciar isso, a parte psicológica" (EE_1) "É importante também avaliar o suporte familiar que possa ter" (EE_8) "conhecer o contexto socioeconómico do doente. Há pessoas que até têm quem as traga, mas quando chega o momento da alta, é um problema" (EE_11) "Numa primeira abordagem, a situação que dou bastante relevo é o apoio ao doente sob o ponto de vista psicológico, porque é um doente que está stressado, pode não ter toda a informação pertinente" (EE_14) "tentar acompanhá-lo, dar o apoio emocional que ele precisa" (EE_17) "Eu penso que uma das coisas a ter em conta é a capacidade do doente, tanto no autocuidado como na autogestão seja do que for, porque a partir daí o plano de cuidados pode ser mais ou menos complexo" (EE_8) "acho que se deveria perceber qual é o entendimento que o doente tem sobre a sua situação de saúde, quais são as perspetivas que tem e depois tudo o que está relacionado com isso" (EE_2) "Primeiro questionava o doente para saber se ele sabia ou se lhe tinham dito a que é que ele iria ser submetido e se fazia ideia o que é que era. Tentava perceber a perceção dele acerca da cirurgia, do que é que ele achava que iria acontecer no pós-operatório" (EE_17) "questionava acerca dos seus receios e se necessitava de alguma informação" (EE_19)
		Componente física	"aspecto físico, até para um posicionamento, se é magro ou obeso, se tem alterações da mobilidade ou outros pontos que poderão ser uma ajuda bastante grande para o planeamento da cirurgia" (EE_14)
	Cuidados de Enfermagem na preparação pré-operatória	Áreas de atenção de Enfermagem/ Decisão Autónoma	"mais no domínio dos procedimentos que se irão efetuar. Quando falo em procedimentos, estou a falar em preparação física da pessoa, em que inclui tricotomia, pausa alimentar..." (EE_1) "as questões de higiene" (EE_2) "E de tarde, se for preciso tricotomia, vem um enfermeiro para o abordar nesse sentido" (EE_6) "fazer a preparação intestinal" (EE_6) "abordar a questão da higiene com os doentes porque às vezes eles nem entendem muito bem o que é isso dos cuidados de higiene" (EE_16) "reforçar a importância dos cuidados de higiene" (EE_19) "Explicar a necessidade dos cuidados de higiene com clorexidina à tarde" (EE_23)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
			"exercícios respiratórios, se for o caso de ser necessário" (EE_2) "os exercícios respiratórios para a preparação pré-operatória ..." (EE_7) "ensinar alguns exercícios respiratórios" (EE_10) "a cinesiterapia respiratória, o ensinar um doente a tossir, a respirar, fazer dissociação dos tempos respiratórios, isso era tudo muito importante para fazer um pré-operatório" (EE_17) "ensinar todos os cuidados inerentes à parte respiratória" (EE_20) "A preparação dos doentes em termos físicos, o doente vem muito bem preparado com o seu banho tomado, sem adornos, sem próteses" (EE_3) "aqui no bloco validamos sempre a questão do jejum do doente, os adornos, o banho cirúrgico. Se tivermos alguma dúvida, também comunicamos com os colegas da enfermaria" (EE_14)
		Ação de Enfermagem resultante de prescrição	"vão colher-me sangue, vão puncionar, Raio-X, ECG, isso deve ser dito." (EE_6) "se tem que ser puncionado tirar sangue, o tipo de exames que vai fazer" (EE_6) "Explicar-lhe que tem de fazer certos exames" (EE_13) "explicar ao doente o que é que lhe é feito, dizer-lhe que lhe vão fazer as "rotinas", se tiver preparações também é importante informar" (EE_17) "o facto de manterem uma pausa alimentar e não poderem comer até ser dada indicação" (EE_1) "o que é que precisa de fazer no dia da cirurgia, o jejum, essas coisas todas (...)" (EE_2) "as pessoas têm de ficar em dieta zero bastante tempo, acho que às vezes as pessoas não vêm preparadas para assumirem essa necessidade de gerir por exemplo a ingestão de água, e no caso da bariátrica, de restringir a ingestão" (EE_10) "reforçar bastante a pausa alimentar" (EE_10) "Explicar-lhe (...) que vai ficar sem comer, sem beber, tem de fazer um jejum" (EE_13)
	Cuidados de Enfermagem na preparação pós-operatória	Ação Autónoma	"a questão do que é que vai acontecer a seguir à cirurgia e especialmente nas cirurgias que são mutiladoras" (EE_2) "Devemos explicar-lhe o que se vai passar no pós-operatório, quando é que se vai retirar a algália, os cateteres." (EE_3) "contexto do pós, e alguns ensinos para o futuro, seria importante." (EE_4) "especificar mediante a cirurgia que fosse fazer, alguns cuidados de enfermagem que fossem relevantes" (EE_7) "aquilo que pode acontecer no pós-operatório, sobretudo imediato é extremamente importante para que as pessoas estejam preparadas para o que lhes vai acontecer" (EE_8) "depois explicar um pouco todo o pós-operatório" (EE_9) "É importante referir o impacto que a cirurgia terá no pós-operatório, por exemplo na capacidade de conduzir" (EE_10) "o pós-operatório também gera sempre muitas dúvidas" (EE_13) "prepará-los em relação aos cuidados a ter no pós-operatório, das limitações que possam ter por exemplo em relação à alimentação, se podem ou não subir e descer escadas, a limitação dos esforços, quando conduzir, onde recorrer para realizarem os pensos, se houver complicações como devem fazer." (EE_18) "falar no pós-operatório: como vai ser o primeiro dia, se vai ser aqui na enfermaria ou na UCCI" (EE_23) "tal como a preparação da alta" (EE_5) "Por exemplo, programar nessa consulta a eventual necessidade de Cuidados Continuados depois da alta hospitalar, pelo facto de a família não ter condições" (EE_5)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
		Ação Interdependente	"Falar sobre a dor, explicar que o doente pode verbalizar quando tem dor" (EE_1) "explicar a questão da dor" (EE_2) "exercícios para combater ou diminuir a dor" (EE_2) "estratégias de controlo da dor" (EE_7) "se vai sentir dor" (EE_8) "a questão da analgesia" (EE_10) "dor no pós-operatório, e, portanto, este assunto também deve ser abordado" (EE_11) "Devemos informar também o que iremos colocar, se vai ter dor ou não" (EE_15) "É importante abordar a dor que o doente poderá vir a sofrer" (EE_17) "se vão ter dores ou não" (EE_18) "sobre a dor também" (EE_19) "alívio da dor" (EE_20) "Falar sobre os dispositivos médicos, para que quando a pessoa saia da cirurgia não seja uma situação de surpresa" (EE_1) "o que vai fazer e o tipo de dispositivos que vai ter" (EE_16) "Explicar que primeiro vai ser anestesiado, depois quando acordar poderá ter alguns dispositivos médicos" (EE_19) "saber que quando acordarem poderão ter uma sonda vesical ou uma sonda nasogástrica, que causa algum desconforto, a linha arterial" (EE_21) "informá-los que podem vir com uma sonda nasogástrica ou com uma sonda vesical, ou que vão ter um dreno" (EE_23) "Falar da situação de a pessoa estar confinada ao leito e estar numa situação em que deve ser feita mobilização ativa, passiva, das implicações que isso poderá ter ao nível dos vários sistemas, porque muitas vezes as pessoas estão ali imóveis e pensam que não se podem mexer" (EE_1) "deve-lhe ser explicado que há a necessidade de se mexerem, de se irem levantando e quais as vantagens" (EE_8) "a parte da mobilização" (EE_10) "explicarmos (...) as complicações que poderão também daí advir" (EE_1) "Explicar o que lhe vão fazer e o porquê, os riscos que daí advêm" (EE_19) "como combater os problemas que surgirem, possíveis complicações" (EE_20) "Se o doente já souber previamente como vai ter que fazer o levante, estará mais bem preparado e colaborante no pós-operatório" (EE_5) "Devemos ensinar a técnica do levante, como se levante e como se deita após a cirurgia" (EE_7) "há uma parte que é mais ou menos geral em cirurgia abdominal, que é o levante, o deitar, falar dessa parte mais geral" (EE_7) "o que é que vão fazer no primeiro levante, o que é o primeiro levante" (EE_9) "Era muito importante se houvesse uma parte de Reabilitação, de informação acerca de como fazer o levante" (EE_10) "ensinar todos os cuidados inerentes (...) à mobilização, técnicas de levante" (EE_20) "que não vão poder levantar-se logo nas primeiras horas, que o levante tem que ser gradual" (EE_23) "que vai ficar com uma ferida e a sua extensão" (EE_8) "como é ao nível de pensos para terem uma ideia de como virão do bloco operatório" (EE_9) "Até a abordagem do reinício da alimentação após a cirurgia." (EE_8) "os ensinos da alimentação ... nós temos doentes de cirurgia bariátrica, a nutricionista faz a sua parte, mas penso que deveria também haver um investimento da nossa parte" (EE_10) "É importante explicar, por exemplo na cirurgia bariátrica, o tipo de alimentação que têm de fazer, se têm dúvidas" (EE_11) "o tipo de dieta ou a evolução da dieta" (EE_23) "O tipo de cirurgia que vai fazer, a abordagem" (EE_1) "saber o tipo de cirurgia e a probabilidade de o que vai acontecer (a ostomia por exemplo)" (EE_5) "falar adequadamente em relação à cirurgia que a pessoa vai fazer" (EE_7) "desmistificar um pouco o que é a anestesia, a cirurgia." (EE_11) "abordar-se a intervenção cirúrgica que é muito importante, o motivo que levou à intervenção" (EE_12)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
			"O tipo de cirurgia" (EE_16) "é importante falarmos da cirurgia em si, mas não em questões médicas, só da nossa parte" (EE_18) "o procedimento que vai ser feito, as consequências benéficas e adversas para a sua vida e qualidade de vida" (EE_22) "Aqui no bloco, a mesma coisa, por onde passa, o frio que vai passar porque passam muito frio e isso é uma coisa das piores dos nossos doentes, é o frio e muitos nos dizem isso no pós-operatório (...) Prepará-lo para a dor, o frio ... dizendo "vamos tentar fazer os possíveis para que não tenha frio, mas se tiver já sabe que é normal". (EE_3) "aquilo que o espera depois no bloco operatório, qual o tipo de anestesia que vai fazer, o que vai ser feito, qual é a abordagem dos colegas aqui no bloco operatório" (EE_13) "Devemos falar da anestesia" (EE_11) "não só aos cuidados de enfermagem, mas até para saber relativamente a cuidados de anestesia" (EE_12) "os procedimentos específicos que vão ser realizados durante a anestesia" (EE_12) "Devemos falar sobre a anestesia, é importante as pessoas saberem que vão ser monitorizadas, que têm de estar puncionadas, que provavelmente o anestésico vai doer" (EE_21).
		Estruturação da consulta pelas etapas do perioperatório	"questões relacionadas especificamente com a cirurgia, dos resultados da cirurgia e depois todos os ensinamentos que têm que ser feitos para o pré, o intraoperatório e o pós-operatório" (EE_2) "Eu acho que devem englobar todo o perioperatório, todo ... o pré, o intra e o pós" (EE_3) "Eu acho que é importante a pessoa ter uma ideia das etapas (...) se eles já souberem o que é que se vai passar, reduz-lhes a ansiedade e também já não temos nós que estar a explicar tudo no dia da admissão" (EE_7) "deve ser abordado na consulta os cuidados relacionados com o pré e com o pós-operatório" (EE_12) "o enfermeiro deve perceber não só o pré-operatório, mas também o pós-operatório." (EE_14) "Informar também o que se vai fazer no pré-operatório, o que se esperaria que acontecesse no pós-operatório" (EE_20) "explicar os diferentes passos por que o doente vai ser submetido" (EE_22) "deveríamos ter em conta as várias fases do perioperatório, na estrutura da consulta" (EE_4)
	Organização dos Cuidados de Enfermagem	Personalização da informação a transmitir	"a questão do doseamento da informação, porque nem todos são iguais, nem todos aceitam as coisas, nem todos querem saber o mesmo. Porque muitas vezes o excesso de informação também é causa de stress" (EE_2) "acho que é importante perceber o que é que eles querem saber. Não tanto nós despejarmos informação, mas ir mais de encontro às necessidades que o doente expressa (...) cada doente é um doente, e, portanto, a pessoa que está a fazer a consulta tem que ter essa percepção." (EE_2) "considero que primeiro devemos informar e no fim, dar oportunidade para além disto que já está esclarecido que é o percurso que vai esperar, associado à sua experiência pessoal, o que podemos acrescentar no sentido das dúvidas do doente e que não pode ser padrão para todos" (EE_6) "Nós devemos utilizar uma linguagem mais direta, de maneira a que o doente perceba uma linguagem mais corrente" (EE_16) "também temos que perceber o tipo de informação que podemos dar, temos que ver o doente que temos à frente, porque nem todos os doentes conseguem perceber todo o tipo de informação e também tem a ver com classes sociais, com a profissão da pessoa, com o estado geral da pessoa, se tem ou não apoio familiar" (EE_17) "deve haver um espaço para o esclarecimento de dúvidas do próprio doente" (EE_20) "Tem de haver pontos chave, para obter informação acerca de determinadas situações e depois saber o que é que se deve transmitir também. Há doentes que requerem muita informação, há outros que nem por isso." (EE_22) "eu acho que também era importante ter no final da consulta um questionário para se saber o que foi entendido, porque muitas vezes os utentes dizem "sim, sim, sim", mas depois efetivamente há muita coisa que lhes passa (...) às vezes falta-nos validar um bocadinho isso, a informação" (EE_1) "Tínhamos que saber o diagnóstico e a intervenção cirúrgica em si, também por causa do pós-operatório, alguns deles com ostomias. Temos que saber em termos cirúrgicos, o que se vai fazer e com o que é que o doente irá ficar também e começar a despertá-lo" (EE_4) "Se existir uma consulta deve haver uma formação sobre o que se passa no pré-operatório de cada cirurgia para depois conseguirmos responder às questões do doente" (EE_5)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
		Planeamento dos Cuidados	"Em termos de planeamento de cuidados é importantíssimo porque nós fazemos o planeamento individualizado (...) Se eu souber que o doente tem mais peso que o normal, eu já sei que devo colocar mais uns apetrechos na sala para que tudo corra bem" (EE_3) "Por exemplo, uma alergia ao latex, a sala tem que estar "x" horas sem ser mobilizada, nada lá dentro pode ser mobilizado. Se eu souber antecipadamente eu já sei que naquele dia eu tenho que ter esses cuidados. São coisas que podem surgir e facilita nós sabermos mais cedo" (EE_3) "será uma forma de termos o nosso processo de enfermagem organizado." (EE_4) "Aspetos positivos são vários, ao nível da colheita de informação, já poderíamos colher mais informação ao nível do processo familiar ou outros problemas sociais que estivessem associados, e poderíamos contactar com antecedência o serviço social ou outros apoios, como a nutricionista" (EE_9) "Vai permitir disponibilizar os enfermeiros do internamento para outro tipo de cuidados, tendo essa parte feita, e sendo essa informação acessível no internamento" (EE_9) "Esta consulta permitirá alertar o médico (...) sobre alguma situação que se ache que necessita de avaliação pela parte médica" (EE_9) "se os doentes vierem com outro tipo de preparação, já prévia, aqui para a enfermaria, acho que vamos ter mais tempo para outras coisas" (EE_11) "pode haver uma programação dos cuidados que o doente irá precisar, com a consulta conhece-se melhor o doente, quais são as necessidades, e logo aí poderá haver maior facilidade em elaborar o plano de cuidados do doente" (EE_13) "Eu penso que o facto de a nossa participação na consulta nos permite aperceber de certas situações, que nos podem ajudar bastante no dia da cirurgia, para que as coisas corram bem" (EE_14) "se o doente vier debilitado no pré-operatório, isso vai dificultar o pós-operatório (...) nesse aspeto beneficiaria muito com esta consulta, devido ao aconselhamento que pode ser proporcionado" (EE_15) "Os dados colhidos ajudam a elaborar o plano de cuidados do doente" (EE_19) "O despiste de algumas situações nessa consulta (por exemplo, eventual via aérea difícil, adaptações no posicionamento) ajuda no planeamento para o dia da cirurgia" (EE_19) "permite-nos antecipadamente prevenir e prever determinadas situações e adaptar os recursos a elas." (EE_22)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Centrados nas condições para a qualidade dos Cuidados de Enfermagem	Na dimensão da equipa	Trabalho em equipa	"Deverá ser difícil conciliar o momento com o anestesista e o enfermeiro" (EE_1) "estamos aqui faseados, há o enfermeiro do internamento, há o do bloco operatório, há o do centro de saúde que ajuda no penso e não trabalhamos depois para esse “bolo comum” que é o doente" (EE_4) "Eu acho que era fundamental esta parceria com a equipa médica e com os anestesistas" (EE_11) "Deve haver um enfermeiro e um médico de anestesia, para estarem os dois naquele momento, não sei como é que isso vai ser possível" (EE_12) "ser só o enfermeiro na consulta acho que não é o ideal, acho que devia ser o enfermeiro e o médico, o que dificulta ainda mais a operacionalização" (EE_12) "há inclusivamente alguns médicos que nos pedem no pré-operatório que expliquemos algumas coisas aos doentes" (EE_18) "A viabilização conjunta com a visita pré-operatória também seria bastante benéfica" (EE_21) "É importante que a equipa do bloco perceba também o que é que a equipa do internamento faz e vice-versa" (EE_21) "Se houver algum atrito entre um ou outro elemento da equipa multidisciplinar, vai ser um obstáculo ainda maior para a construção desta consulta." (EE_8) "da parte médica, não me parece que houvesse objeções" (EE_20) "o facto de sermos uma equipa multidisciplinar não sei se não poderá haver alguma interferência externa na nossa consulta, por parte da equipa médica por exemplo, que nos possa prejudicar" (EE_23) "Se lhe explicam como se fazem as coisas de determinada forma na consulta, e depois no internamento as coisas são feitas de forma totalmente diferente, o doente vai ficar baralhado. As equipas têm de ter formação junta" (EE_23) "Poderia também haver uma ligação com o médico de família, provocando maior interesse com essa consulta, para o doente vir mais bem preparado" (EE_15) "a consulta também vai trazer melhorias na comunicação entre as equipas" (EE_21)
		Equipa de Enfermagem responsável pela consulta	"a preparação da pessoa que está a fazer a consulta" (EE_3) "eu garanto que se fosse só o enfermeiro a fazer a consulta e a organizá-la e levar para a frente a consulta, não havia problema e corria muito bem, porque nós enfermeiros temos capacidade para fazer isso, não temos é autoridade" (EE_8) "O importante nessa consulta era haver uma cara conhecida quando depois o doente cá chegasse, então seria importante ser uma pessoa que estivesse nessa sala com o doente e isso requer alguma logística da parte de quem faz as distribuições" (EE_13) "Deve ser um enfermeiro que trabalhe em cirurgia, com conhecimentos na área cirúrgica de forma a conhecer também os tipos de cirurgias que são feitas (...) Não me faria sentido ser um enfermeiro da consulta externa" (EE_1) "Se isto é para doentes da área da cirurgia geral, tem que ser um enfermeiro que esteja por dentro do que é que se passa nas cirurgias e o que é que é preciso nos três tempos operatórios" (EE_2) "faz mais sentido se for um colega do internamento, que eu acho que é aquele que está mais tempo com o doente (...) Mas isso requeria (...) que os colegas do internamento viessem cá ver a dinâmica e aquilo que é importante que se observe no pré-operatório." (EE_2) "os enfermeiros do Bloco são muito específicos, eles não trabalham propriamente com o doente (...) Acho que sobre a relação doente-enfermeiro não é como no internamento, mas não os excluo claro" (EE_5) "com conhecimento do serviço e de todo o processo de internamento, de cirurgia" (EE_9) "Era importante que o enfermeiro que fizesse a consulta, acompanhasse maioritariamente depois o doente no internamento, essa ligação era muito importante" (EE_9) "Deve ser uma pessoa que conheça o internamento e a realidade do serviço" (EE_10) "era muito importante essa consulta pré-operatória existir com um elemento médico de anestesia ou um interno de anestesia que vai estar com o doente no dia da anestesia e o enfermeiro de anestesia" (EE_12) "que já tenha lidado alguns anos com doentes e que trabalhe em cirurgia também" (EE_17) "Um enfermeiro do internamento parece-me importante" (EE_20) "Do bloco operatório, o mais indicado seria o enfermeiro de anestesia" (EE_12)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
			"Tem de conhecer um pouco a realidade cá de baixo do bloco operatório, como as coisas se processam" (EE_13) "que tenha um conhecimento muito abrangente do bloco operatório, não pode ser muito técnico" (EE_14) "um enfermeiro com experiência em bloco operatório" (EE_22) "um enfermeiro que normalmente faz o acolhimento do doente no bloco operatório, que habitualmente é aquele que está mais ligado à anestesia" (EE_22)
	Na dimensão individual	Motivação	"a aceitação dos profissionais para fazer a consulta, a motivação ... Poderá afetar negativamente" (EE_2) "na implementação da consulta, tem de haver formação e sensibilização sobre a importância desta temática, sobre a maneira de estar do enfermeiro" (EE_14) "O tempo, a motivação das pessoas, isto quer dos profissionais, quer dos doentes" (EE_15) "Os fatores favoráveis é a disponibilidade dos enfermeiros, no sentido de a quererem fazer, a motivação" (EE_18) "acho que deve ser feita por pessoas que tenham vontade de a fazer, não deve ser imposta" (EE_21)
		Competências comunicacionais	"deve ser um enfermeiro que estabeleça um contacto facilmente com os doentes (...) Facilidade em entender a linguagem não verbal" (EE_2) "não pode ser alguém que explique as coisas de uma forma muito técnica" (EE_4) "Tem que ser uma pessoa que goste de falar com pessoas, ter a vertente comunicacional num padrão mais que satisfatório" (EE_6) "tem que saber informar bem e avaliar todos os outros componentes da comunicação, nomeadamente o feedback se a pessoa percebeu e depois saber ouvir, que às vezes é o mais difícil" (EE_6) "uma pessoa que tenha uma boa capacidade de relacionamento, de comunicação, que seja calma, era o ideal" (EE_8) "Tem de ser alguém com capacidade para tirar dúvidas e desmistificar" (EE_11) "que se saiba exprimir, que tenha um conhecimento adequado para perceber que doente tem à frente" (EE_14) "que não tenha dificuldade na comunicação" (EE_19) "uma pessoa que saiba comunicar" (EE_21) "alguém que saiba chegar ao nível do doente" (EE_21) "Deve ter uma boa comunicação, uma boa relação interpessoal" (EE_23) "O enfermeiro tem que estar preparado para aquilo que o doente precisa de saber e a forma como precisa de saber, porque há doentes que não têm preparação e há doentes que é a primeira vez que vêm ao hospital, para eles é tudo novo, e fica às vezes difícil explicar o quer que seja" (EE_3) "acho que tem que ser empático" (EE_1) "não pode ser alguém muito formal porque acho que tem que haver ali um "q.b." de ser enfermeiro e perceber que poderíamos ser nós aquele doente a estar ali" (EE_4) "A empatia acho que sinceramente é fundamental." (EE_4) "deve ser uma pessoa empática" (EE_7) "com empatia com o doente" (EE_11) "Tem de ser empático" (EE_13) "Há um fator que é fundamental que é a empatia" (EE_14) "acho que devia criar empatia com o doente de forma a inspirar confiança e tranquilidade e isso é fundamental" (EE_16) "tem que ser uma pessoa que consiga criar uma certa empatia com os doentes e que seja de fácil acesso" (EE_16) "deve ser uma pessoa empática, que consiga estabelecer uma relação de empatia com o doente." (EE_17) "que consiga olhar para o doente e que consiga perceber o que pode informar e perguntar, ou não" (EE_17) "Deverá ter (...), empatia" (EE_20) "empatia, conseguir perceber se a pessoa que está a ouvir-nos está a conseguir perceber o que lhe queremos transmitir" (EE_21) "que tenha capacidade de empatia, que consiga estar ao nível da pessoa que tem à frente" (EE_22) "ser (...), empático" (EE_23) "a assertividade" (EE_3) "A simpatia tem a ver com assertividade" (EE_6) "ser assertivo" (EE_23)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
			"e a humildade" (EE_3) "Honestidade (...) o doente está a fazer-me uma pergunta e eu já tenho muitos anos disto, mas se eu não souber, eu vou perguntar primeiro" (EE_3) "Deve ser uma peessoa afável, disponível" (EE_5) "quem estiver nessa consulta tem que ser voluntário" (EE_6) "(...) conduzir as coisas com serenidade, tranquilidade porque é o primeiro contacto com o doente, e se começar bem o estado de espírito do doente vai evoluir de forma positiva" (EE_6) "tem que ser uma peessoa calmíssima, (...) ponderada, com alguma capacidade de argumentação" (EE_8) "Deve ser uma pessoa calma" (EE_9) "um enfermeiro calmo" (EE_12) "todas as características que possam tranquilizar o doente num pré-operatório" (EE_12) "uma pessoa que seja disponível para as pessoas, que seja uma pessoa calma, que não demonstre muito stress e ansiedade, que seja uma pessoa tranquila para transmitir a tranquilidade" (EE_18) "tem de ser uma pessoa calma, que tenha capacidade de adaptação a diferentes circunstâncias" (EE_22) "Tem de transmitir serenidade e que tenha o domínio de emoções" (EE_22) "uma pessoa simpática" (EE_11) "um enfermeiro (...), simpático" (EE_12) "Tem de ser um enfermeiro, para além de simpático" (EE_14) "Deve ser simpático, ter um rosto com umas palavras simpáticas" (EE_15) "alguém simpático" (EE_19)
	Na dimensão profissional/ académica	Formação/experiência profissional	"deve ter alguma formação a nível de alguns transtornos como a ansiedade, stress, no sentido de ter uma abordagem mais específica, direcionada para uma preparação psicológica mais fundamentada" (EE_1) "E depois, ter conhecimentos" (EE_3) "Uma pessoa que tenha uma boa bagagem de conhecimentos ... não precisa ser especialista (...) É evidente que a especialidade também nos ajuda muito e eu sei disso" (EE_3) "Tem que haver muita preparação, nem toda a gente está preparada para fazer uma preparação do doente, tanto no pré, como intra, como no pós. Claro que isto também tem a ver muito com a experiência." (EE_3) "Esse enfermeiro tem que ter o conhecimento total de cada pré-operatório para cada cirurgia porque há informação que pode estar escrita, mas o doente faz perguntas" (EE_5) "Ser uma pessoa com alguma experiência na área cirúrgica" (EE_7) "Deve ser uma pessoa com conhecimentos." (EE_8) "Deve ter alguma experiência em termos de cirurgia" (EE_11) "deve ter conhecimento da cirurgia que vai ser realizada" (EE_12) "uma pessoa que tenha conhecimentos alargados na área" (EE_18) "Deverá ter conhecimentos" (EE_20) "Tem de ter conhecimento de todos os procedimentos que são feitos desde o início do internamento até à parte do bloco operatório" (EE_21) "Tem de ter muito bons conhecimentos de todo o tipo de cirurgias e que intervenções de enfermagem se fazem no pós-operatório." (EE_23) "A diferenciação de formação é uma mais-valia. Mas depois também existe a prática do dia-a-dia. Acho que temos que juntar as duas coisas, a prática profissional e as competências, a formação" (EE_4) "os enfermeiros de médico-cirúrgica tem determinadas competências, mas não é específico de um pré-operatório. Agora, devem existir competências específicas" (EE_5) "Nós temos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas também temos muitos colegas com muitos anos de experiência que não têm a especialidade, portanto, acho que se pode juntar um bocadinho dos dois." (EE_7) "Se for por exemplo para doentes que irão ser ostomizados, se calhar deve ter formação em estomaterapia" (EE_10)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
			"Convinha que esse enfermeiro tivesse alguns anos de experiência." (EE_13) "Ser enfermeiro é ser enfermeiro, em termos de conhecimentos ou aperfeiçoamento ou melhoria de competências académicas, não vai melhorar essas áreas ... primeiro é ser enfermeiro, e depois tem a ver com o tempo de experiência profissional, os exemplos que encontra" (EE_15) "tem de ser uma pessoa com alguma experiência" (EE_17) "pelo menos que trabalhe há algum tempo ou que tenha alguma formação nesse contexto" (EE_18) "quanto mais formação e experiência tiver na área, isso será uma mais-valia" (EE_18) "a experiência parece-me ser fundamental (...) Com a experiência nós conseguimos ver logo o tipo de doente" (EE_20) "Deve ter alguns anos de experiência, talvez" (EE_23)
		Categoria profissional	"Pode ser um enfermeiro especialista na área da enfermagem médico-cirúrgica. O enfermeiro especialista tem um conjunto de competências que o podem diferenciar neste domínio de intervenção, mas não necessariamente" (EE_1) "Quanto à formação profissional, eu acho que os especialistas são um pormenor importante porque criaram uma diferenciação das suas competências" (EE_4) "Até porque se fosse um enfermeiro com a especialidade na área da Reabilitação também tinha vantagens para a pessoa porque podia já fazer alguns ensinamentos nessa área" (EE_7) "Se o enfermeiro tiver a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou de Reabilitação poderá dar importantes contributos" (EE_10) "O ideal seria um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas não se pode exigir o grau de excelência no início destas consultas pré-operatórias" (EE_12) "Se calhar deveria ser feita por um enfermeiro especialista" (EE_19) "O Enf.º de Reabilitação parece-me muito importante, principalmente nas cirurgias maior" (EE_20) "Ter a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica seria o ideal" (EE_23) "Eu acho que esta coisa dos enfermeiros especialistas está a ser neste momento sobrevalorizada (...) Portanto, eu não penso que o currículo académico seja o mais importante (...) Não tem que necessariamente ser uma pessoa com especialidade." (EE_8) "Eu penso que não é preciso nenhuma categoria especial e nenhum requisito muito especial" (EE_14)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Procedimentos organizacionais	Visitas guiadas		"Poderia fazer uma visita guiada para apresentação do serviço de internamento" (EE_1) "Se calhar, começando pela pessoa até visitar o serviço para ter noção onde é que ficam as coisas, para um primeiro contacto" (EE_7) "Em teoria, acho que era interessante [uma visita guiada ao bloco operatório]. Na prática, acho que não é exequível, não é fácil implementar. Pelo menos neste bloco, nós estamos sempre a trabalhar e, portanto, poderia haver alguma situação que aumentasse o stress do doente" (EE_2) "O ideal até seria fazer com o doente o percurso que ele fará no dia da cirurgia, nomeadamente até ao bloco operatório" (EE_11) "O doente poderia vir conhecer um pouco, nem que fosse por fora, a estrutura do bloco operatório, e mostrar-lhe o transfer onde será recebido pela equipa. Esta visita poderia ser incluída nesta consulta" (EE_15)
	Definição do momento adequado para a realização da consulta		"dever-se-ia ponderar realizar pelo menos na véspera da cirurgia" (EE_1) "Eu acho que estes ensinamentos todos nem deveriam ser feitos em contexto de internamento. Deviam ser feitos antes de o doente estar internado (...) eu acho que devia ser feito por exemplo na altura da proposta cirúrgica, numa altura externa ao internamento" (EE_2) "Eu sou um bocadinho cética à visita pré-operatória (...) porque a ser feita pelos enfermeiros, nós também não temos tempo para a fazer aqui, porque o nosso serviço cada vez trabalha mais em contínuo e é difícil retirar um enfermeiro ... se é só para preencher uns papéis, dez minutos chegam, e eu acho que não é esse o objetivo (...) Acho que tudo isso deveria ser trabalhado antes." (EE_2) "porque a consulta certamente será feita uns dias antes da cirurgia" (EE_3) "A consulta não deve coincidir com o momento em que o doente fica a saber que tem que ser operado, porque ele fica tão nervoso que não vai absorver metade da informação" (EE_3) "Em relação ao agendamento, julgo que deveria ser semanal. Portanto, existe um planeamento semanal de cada direção de serviço. Para a semana seguinte já se sabe quais são os doentes, as cirurgias... A margem para a realização da consulta deve ser curta, por exemplo, 15 dias antes da cirurgia (...) Não deve ser um intervalo de tempo muito grande" (EE_4) "A consulta deveria ser pelo menos 72h antes do internamento (...) O programa ERAS por exemplo julgo que está a funcionar uma semana a quinze dias antes" (EE_5) "Em relação ao momento, os doentes vêm a uma consulta médica de anestesia ... teria de ser nessa consulta médica, agendar a de enfermagem. A consulta do ERAS está a ser feita mais ou menos 15 dias antes, penso que é um bom timing" (EE_7) "A consulta talvez acontecesse uma semana antes da cirurgia" (EE_9) "Se essa deslocação (para a consulta) pudesse estar em sintonia com algum exame que tivesse que cá vir fazer ao hospital, de modo ao nível financeiro facilitar a vida dos doentes." (EE_9) "Para o agendamento teria de se saber que cirurgias é que estavam programadas, com antecedência, para se fazerem os contactos" (EE_11) "Quanto ao timing, talvez a sua realização com quinze dias de antecedência, não sei ... se for muito antes, as informações também se perdem" (EE_13) "O agendamento da consulta deve dar o tempo necessário para que o doente interiorize e reflita sobre pontos que na altura não se lembrou" (EE_14) "A consulta deve ser realizada com uma semana de antecedência, porque se for mais, o doente até acaba por esquecer" (EE_15) "em relação ao agendamento não pode ser imediatamente antes, tem de ser na semana anterior provavelmente, pelo menos, para o doente também ter tempo de digerir a informação" (EE_17) "Os doentes primeiro passariam pelo médico e a seguir passariam pelo enfermeiro, aqueles que ficariam com proposta cirúrgica, em lista para operar. Ou então, esses serem chamados mais tarde para virem falar connosco" (EE_18) "o melhor timing seria o mais próximo possível do internamento porque o facto de estarmos a dar informação com alguma distância de tempo, se calhar causa alguma ansiedade às pessoas e esquecimento" (EE_18)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
			"Nalguns casos, pela área geográfica, dava jeito a consulta médica e a consulta de enfermagem no mesmo dia, ou aproveitar o dia em que vêm fazer os exames previamente à admissão" (EE_18) "após a proposta para a lista de espera de cirurgia, ficar logo marcado também uma consulta de enfermagem" (EE_20) "O tempo ideal para a realização da consulta seria uma semana antes ou até uns dias antes (...) se pudesse até fazer logo aquelas rotinas pré-operatórias e já não tinham que ser feitas aqui no serviço, no acolhimento" (EE_20) "acho que não deve ser realizada na véspera, acho que deve ser realizada com algum tempo para permitir à pessoa refletir sobre a informação que lhe foi transmitida e ter um timing para poder esclarecer dúvidas caso surjam (...) teria de ser no mínimo com uma semana a quinze dias de antecedência" (EE_22) "O tempo de antecedência deverá ser de uma semana antes, o mais próximo possível da cirurgia." (EE_23) "a consulta de anestesia que é feita e tem que ser, e isso era quase um paralelismo existir a consulta de enfermagem porque também é importante, até porque as coisas todas juntas funcionam melhor" (EE_4) "O pré-operatório deveria ter consulta com o cirurgião, consulta de anestesia em que as rotinas pré-operatórias já deviam estar feitas e depois a consulta de enfermagem" (EE_5) "o doente vir só uma vez ao hospital e fazer a consulta de enfermagem no dia da de anestesia acho que é o ideal porque nenhum doente gostaria de vir dois dias ao hospital, e aí tinha que haver um protocolo de quando se marcar a consulta de anestesia" (EE_6) "tentar fazer um agendamento comum com outras situações como consulta de anestesia ou realização de exames" (EE_14) "Essa consulta também tem de ter interligação com os dados clínicos do anestesista (...) acho que poderia ser por exemplo no dia da consulta de anestesia, já que está implementada" (EE_21)
	Uso de um guião flexível		"acho que devia haver um guião estruturado que fosse mais ou menor flexível (...) mas que desse resposta a alguns itens que são idênticos em todos os tipos de cirurgia" (EE_1) "Em termos de formação eu acho que isso não seria impeditivo, porque se tivermos um guião ..." (EE_1) "Eu acho que deve haver um guião (...) deve ser uma coisa estruturada" (EE_2) "Eu penso que poderia haver um guião, mas depois deve ser aquele guião que pode levar várias perguntas que não estejam no guião ... podemos deixar falar o doente ... porque vão existir dúvidas que o doente tem e que podem não estar incluídas ali no nosso guião, mas um guião sempre!" (EE_3) "Devemos conhecer bem o doente e planear de certa forma, não diria com uma checklist, mas semelhante" (EE_4) "Eu acho importante existir um guião ou uma checklist, incluindo essas pequenas necessidades de intervir ou de fazer algo mais, e nós sabemos que temos que parar ali" (EE_4) "haverá um “guião” dos procedimentos informativos que se tem que dar" (EE_6) "Eu acho que um guião se calhar ajudava, ou um manual do acolhimento. Algo tipo checklist..." (EE_7) "Poderia existir um guião, mas teria de ser bastante flexível, porque por exemplo no caso da cirurgia colorretal, o leque é muito abrangente" (EE_8) "Era importante a existência de um guião para o enfermeiro que fizer a consulta" (EE_9) "Eu acho que poderia haver um guião, flexível que se pudesse adaptar mais ou menos ao tipo de cirurgia, fazendo referência à eventuais intercorrências da cirurgia (...) acho que devia ser algo estruturado" (EE_10) "Seria interessante haver um guião para a consulta, flexível de acordo com as situações que vão aparecendo" (EE_11) "Eu julgo que deve haver um guião com os assuntos que devem ser abordados na consulta para evitar falhas. O enfermeiro segue aquela estrutura, é o ideal" (EE_12) "Eu acho que as coisas devem ser uniformizadas com os pontos chave que devem ser abordados definidos" (EE_13) "tem de ter um guião para um seguimento, mas uma das particularidades que eu relevo bastante é dar a liberdade ao doente de ser ele a falar (...) Esse guião terá de existir sim, mas ser flexível e não se correr o risco de as pessoas que fazem a consulta não se cingirem só àquele guião" (EE_14) "Um protocolo faz com que haja uma abordagem direcionada para questões muito bem estruturadas. Já haver um plano, ajuda a que haja menos falhas e menos esquecimentos, uma sequência pré-definida e mais lógica e consciente (...) não tem de ser algo taxativo" (EE_15)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
			"Eu acho que deveria existir um guia (...) o guião é essencial para todos o seguirem e não falhar/ultrapassar nenhum item" (EE_16) "Tem de haver alguma flexibilidade na estrutura da consulta" (EE_17) "A existência de um guião tornaria a consulta mais fácil" (EE_19) "Um guião é sempre importante, ou uma espécie de checklist" (EE_21) "tem que haver um guião, mas esse guião tem quer flexível, porque todos os doentes são diferentes (...) mas adaptá-lo à pessoa que tem à sua frente, não pode ser uma coisa estanque" (EE_22) "A existência de um guião seria uma grande ajuda para a abordagem ao doente" (EE_23)
	Organização da documentação da consulta no Sistema de Informação		"A consulta tem que ser documentada porque não pode ser só falar com o doente" (EE_5) "Essa informação deveria transitar informaticamente para o processo do doente, de modo a quando ele fosse internado, mesmo que não fosse o mesmo enfermeiro, essa pessoa devia ter acesso a esses dados da consulta, iriam ajudar" (EE_9) "importância da informatização dos registos de enfermagem e que houvesse depois a ligação entre o que é documentado no bloco operatório e fora dele" (EE_13)
	Envolvimento de pessoa significativa/ família na consulta		"A família é o suporte, o apoio, mas acho que muitas vezes condiciona a forma como os doentes estão, ou seja, depois há aquelas interferências na opinião do doente e depois há sempre alguém que opina mais e os doentes muitas vezes calam-se (...) Eu acho que é importante, mas numa consulta não sei se seria importante ... A não ser que (...) seja estritamente necessário estar alguém a acompanhá-lo." (EE_2) "eu acho que deve haver uma pessoa significativa para o doente presente, porque às vezes ajuda. Ter alguém presente que depois possa ajudar a esclarecer alguma dúvida" (EE_3) "Devemos chamar os familiares se for preciso, porque eles terão que ser o "braço direito" do doente, e o nosso (...) também há pessoas que estão no pleno das suas faculdades mentais e tomam a opção de que não querem ninguém a acompanhar, mas isso é o seu direito" (EE_4) "penso que é importante existir uma pessoa significativa presente na consulta, principalmente se forem doentes com alguma idade" (EE_5) "A presença de um convivente significativo que teria também acesso a todas estas informações, com a autorização da pessoa, e era a ponte entre o internamento e a restante família, porque às vezes ligam todos ao mesmo tempo" (EE_7) "Se for uma pessoa que já tenha limitações e que tenha dificuldade de qualquer nível, tinha toda a vantagem em ter alguém presente na consulta, a não ser que o doente diga expressamente que não quer" (EE_10) "Mesmo que o doente esteja orientado, permitir a presença de um familiar próximo acho que o ajuda imenso. O doente sentir-se-á mais seguro e tranquilo na companhia de alguém conhecido" (EE_12) "a presença de um familiar na consulta também seria importante, para partilhar os receios, até porque é muita informação para dar ao doente" (EE_13) "Tentar que se calhar um familiar esteja juntamente com ele nessa consulta, porque acho que é importante" (EE_17) "Relativamente à presença de um familiar, eu acho que depende das pessoas (...) e acho que é importante para os doentes e família, porque podemos sempre facultar-lhe alguma informação" (EE_18) "se a família estiver presente, também fica com menos receios e mais esclarecida" (EE_19) "Em relação à presença de um familiar, dependeria do tipo de cirurgia. Nas cirurgias major era fundamental" (EE_20) "é fundamental haver alguém significativo a acompanhar o doente nessa consulta" (EE_22) "a presença de um familiar ou prestador de cuidados é importante" (EE_23) "Deve haver uma parte de conhecimento mútuo em que o objetivo será criar ali alguma empatia entre os dois" (EE_2) "Devemos criar alguma empatia com o doente, explicar-lhe que não estará sozinho" (EE_15)
	Entrega de suporte escrito		"Começar pelo princípio, pré-operatório, depois o intra e depois o pós. Explicar tudo direitinho e até existir um panfleto que possa estar escrito com algumas coisas que o doente possa levar para casa" (EE_3) "O panfleto ajuda, o doente lê, se calhar naquela hora está mais interessado em ouvir, mas depois vai para casa e consolida com aquelas informações." (EE_3)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
			"Fornecer algo em suporte escrito, por exemplo, com o que devem trazer para o hospital entre outras informações (administrativas e não administrativas). Nesse suporte escrito, há uma parte que tem que ser igual para todos (material a trazer, horários das visitas, etc.) e depois tem uma parte pormenorizada, específica para tipo de cirurgia, até porque agora as cirurgias estão divididas por patologias." (EE_5) "(...) e um folheto informativo para o doente" (EE_9) "ter algo que pudessem consultar para se lembrarem das informações seria importante" (EE_10) "a informação que possamos dar possa ser escrita, sempre que possível, ou seja, quando estamos sob stress e a receber muita informação nova nós estamos a ouvir e a perceber, mas depois vamos para casa e esquecemos" (EE_18) "na minha opinião devemos facultar algum suporte escrito (...) por exemplo um folheto" (EE_18)
	Adequação do espaço físico		"Em termos de espaço físico, penso que não haverá problema" (EE_1) "a realização passa pela criação de um espaço. Tem que haver um espaço (...) Não há espaço para nada. Eu falo do nosso serviço, nós os enfermeiros não temos espaço" (EE_2) "terá que haver recursos ideais de espaço físico e sabemos o que é que isso exige, privacidade, associada a silêncio porque nós sabemos muito bem que fazer uma consulta dessas numa sala onde estão sempre a entrar pessoas e a sair não é eficaz." (EE_6) "Penso que deveria ser num gabinete nem cinzento nem com cores "mortas", deveria ser num espaço com uma janela, com um bocadinho de verde, com um ambiente que fosse calmo, relaxante, iluminado, aberto, com cheiro agradável, com tempo, disponibilidade para primeiro ouvir e depois falar" (EE_8) "Ao nível estrutural, de gabinetes, há dias em que é muito complicado haver gabinetes disponíveis para o fazer" (EE_9) "Quanto ao espaço físico, existem os gabinetes das consultas, mas estão sempre a ser reestruturados, resultante da reestruturação também das cirurgias. Essa desorganização pode influenciar negativamente" (EE_10) "Em termos de espaço físico, acho que vai ser complicado" (EE_11) "a privacidade com que se faz esse tipo de consulta é fundamental para se criar essa tal ligação. Não é num gabinete onde a porta esteja aberta e estejam sempre pessoas a entrar" (EE_16) "o espaço físico é muito importante" (EE_16) "Em termos de espaço físico acho que não vai haver problema nenhum" (EE_18) "Um obstáculo que é frequentemente apontado pela equipa do bloco operatório, é o facto de terem de sair daqui para fazer a consulta" (EE_21) "nós aqui não temos um espaço. O espaço físico também poderá ser um entrave" (EE_22) "facilita o facto de poder vir a ser em contexto de consulta externa" (EE_23)
	Aspetos logísticos/administrativos relativos ao percurso do cliente		"o horário das visitas" (EE_5) "se pode ter visitas ou não" (EE_8) "como funciona o hospital, em termos de visitas, para a família também ficar informada" (EE_18) "Nessa consulta também se deveria falar sobre os direitos e deveres dos doentes" (EE_5) "Na consulta podiam dar-se já os contactos, por exemplo haver um enfermeiro de referência, para haver um rosto porque a equipa é grande e eles não decoram os nomes de todos" (EE_7) "informar os familiares para onde é que podem ligar no primeiro momento para saber, porque as pessoas estão sempre ansiosas para saber se correu bem." (EE_7) "como vai ser a integração do doente, a partir do momento em que entra no hospital" (EE_13) "deverão saber que vai estar um ou dois colegas a recebê-los, abordar o que irão encontrar" (EE_15) "o material que devem trazer para o internamento" (EE_5) "Devemos informar o que têm que trazer" (EE_7) "o provável tempo de internamento" (EE_1) "há aquelas cirurgias mais rápidas em que os doentes perguntam "então, daqui a quantas horas é que me vou embora?" "eu posso comer?", tudo isso seria explicado na consulta" (EE_3) "devemos informar quanto tempo a pessoa vai estar internada" (EE_8) "tempo de internamento" (EE_18)

ASPETOS A ATENDER NA ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
			"Acho que devem saber o que vai acontecer, que vai passar pelo serviço, que pode ir para a UCCI" (EE_5) "Pensar no que é que eu tenho que fazer em casa, se é que tenho que fazer alguma coisa antes de vir para a enfermaria e quando chego à enfermaria, qual é o percurso ... é isso que todos querem saber." (EE_6) "quando acordar da cirurgia, não pense que vem logo para o quarto ou acordar no quarto, vai para outro lado que se chama recobro. Esse trajeto todo, para quem não conhece o ambiente hospitalar, é uma novidade" (EE_6) "se vêm diretos para a enfermaria" (EE_18) "explicar o procedimento todo, desde a passagem no transfer ao facto de passarem num grande corredor cheio de portas, pessoas e barulho" (EE_21) "explicar o que é um bloco operatório, o que irá encontrar, quem é que vai lá estar, o ambiente" (EE_22)

CONTRIBUTOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Para o cliente	Diminuição do nível de ansiedade e medos	"acho que reduzirá substancialmente os níveis de ansiedade" (EE_1) "os níveis de ansiedade são reduzidos, se eu tiver uma informação detalhada." (EE_1) "um acompanhamento faseado, a pessoa sente mais confiança, vai mais bem preparada, os níveis de ansiedade poderão reduzir" (EE_1) "Retira alguns medos que o doente tem do bloco ou até da cirurgia, ou dos procedimentos que se fazem antes, nomeadamente uma preparação intestinal, que é difícil e complicada." (EE_3) "Se a pessoa vem menos ansiosa, se sabe o que vai acontecer, fica mais colaborante, se ela já conhece pelo rosto, está mais familiarizada, já entrou no serviço pelo menos uma vez" (EE_7) "Outros aspetos positivos é diminuir a ansiedade" (EE_9) "Para o doente, vai diminuir-lhe os níveis de ansiedade, para eles poderem expressar as suas dúvidas, as suas ansiedades" (EE_18) "Só o facto de esclarecer dúvidas do doente, e o doente nesse aspeto poder vir mais calmo, mais tranquilo" (EE_22)
	Melhoria na aceitação do estado de saúde	"há uma maior aceitação à situação clínica em si, maior colaboração e participação da pessoa nos cuidados" (EE_1) "Durante o tempo que está internado, a pessoa vai perceber como o internamento se vai processar, indo de encontro à sua expectativa" (EE_1) "Trará também uma maior adesão ao regime terapêutico, a pessoa está mais à vontade para colocar questões" (EE_1) "acho que se os doentes estiverem esclarecidos e se se desmistificar uma série de coisas, não quer dizer que não aconteça, mas podem ver a situação deles de uma forma menos má. Podem pensar "isto está a acontecer-me, mas é normal, a seguir vem outra fase"" (EE_2) "acho que depois conhecendo todo o processo, aceita bem as indicações que lhe são dadas, já sabe o que vem a seguir, o que é para fazer." (EE_7) "Se as coisas forem avaliadas previamente, pensadas, ter tempo para conversar com o doente para ele perceber o que se está a passar e expor as suas dúvidas, é evidente que isso era muito melhor" (EE_8) "vai ajudar a pessoa a conseguir gerir melhor o seu regime terapêutico, quer no internamento quer após a alta" (EE_10) "os doentes ficam preparados para aquilo que pode acontecer" (EE_16) "Um doente esclarecido vai perceber melhor todos os procedimentos que irão ser feitos e vai encarar tudo de uma forma mais positiva" (EE_21)
	Melhoria na satisfação do cliente	"Se eu sou informada do que se vai proceder antecipadamente, eu já sei que se tudo correr dentro da normalidade e se tudo for efetivamente de acordo com aquilo que fui informada, eu vou ter melhores níveis de satisfação" (EE_1) "Se a pessoa consegue perceber melhor tudo aquilo que lhe está a acontecer, com certeza que consegue integrar melhor expectativas e ficar mais satisfeita" (EE_10) "Em termos da satisfação do próprio doente, tem muito impacto." (EE_14) "Terá também impacto na satisfação do doente, em todos os aspetos" (EE_16) "na satisfação do doente" (EE_21)
	Melhoria no conhecimento do cliente	"são doentes que vêm mais informados" (EE_5) "Por exemplo, as questões dos ensinos ... às vezes os doentes ficam internados mais 3 ou 4 dias, o que se podia evitar se já tivessem sido iniciados nessa consulta" (EE_5) "Se conseguirmos transmitir o que queremos transmitir, se conseguirmos obter do doente ou familiar o resto da informação que necessitamos (...) será muito benéfico certamente" (EE_6) "se o doente souber que determinado procedimento é no sentido de o ajudar, ele vai colaborar" (EE_8) "Vai capacitar a pessoa, empoderá-la de conhecimentos e de recursos com os quais vai conseguir fazer face às dificuldades do internamento e do pós-operatório" (EE_10) "proporcionamos mais informação (...) à pessoa e incentivamo-la a que colabore melhor no que ela possa fazer" (EE_18)
	Diminuição das complicações pós-operatórias	"Há um maior envolvimento em todo o processo, tanto na interação como na recuperação (...) terá impacto na recuperação pós-operatória" (EE_1) "A probabilidade de complicações, de contrair uma infeção respiratória é menor, pois quanto menos tempo estiver internado, melhor" (EE_5) "em termos de recuperação também será mais rápido" (EE_7) "No pós-operatório, se a pessoa tiver mais conhecimentos, irá fazer as coisas de uma forma mais capaz e vai correr melhor" (EE_10) "com impacto por exemplo na diminuição do número de infeções" (EE_11)

CONTRIBUTOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
		"O doente terá uma recuperação consciente, ou seja, o doente está a recuperar, mas sabe todos os passos que terá de percorrer até à sua recuperação total ou quase total, os sinais que está a ter estão enquadrados naquela especificidade da cirurgia que foi realizada porque o enfermeiro o informou e ouviu falar sobre o assunto" (EE_12) "Ao nível psicológico, ajudará na recuperação pós-operatória" (EE_13) "Até a recuperação será mais fácil, porque o doente já tem uma preparação prévia" (EE_18) "Se o doente for esclarecido de algumas coisas que podem acontecer quando ele acordar, ele já está a contar com isso, e pode ser um pós-operatório melhor" (EE_19) "Eles estão mais despertos para o que lhe vai acontecer e encaram as coisas com outra naturalidade. O pós-operatório será melhor" (EE_20) "um doente menos ansioso e mais esclarecido em relação ao que vai acontecer, é melhor em termos de recuperação, está mais descontraído" (EE_21) "No acordar pós-anestésico é muito melhor, tem menos dor, mais facilmente até fará levantar" (EE_21) "sendo algo estruturada, à partida a recuperação será muito mais rápida" (EE_23)
Para a organização	Diminuição do tempo de internamento	"Traria menor tempo de internamento" (EE_1) "Teríamos mais tempo para estar mais tempo com o doente, para o ouvir, e nem os internamentos seriam tão prolongados" (EE_11)
	Diminuição dos custos associados	"É uma mais-valia para os enfermeiros, e acima de tudo uma mais-valia para o doente e, em termos de satisfação ao nível da sociedade, era muito bom! Até para a própria instituição, com a redução dos custos, consequência desta consulta" (EE_16)
Para os Cuidados de Enfermagem	Melhoria na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem	"Vou estabelecer mais confiança com a equipa de enfermagem" (EE_1) "Eu penso que ele nos conhece melhor com as perguntas que fazemos e as explicações que lhe damos e também conhecemos melhor o doente (...) Esta colaboração é importantíssima" (EE_3) "Acho que é muito positivo, de um modo geral (...) Na segurança para o doente, segurança para os profissionais, inclusive até na organização da dinâmica da própria equipa cirúrgica, na coordenação que podemos ter com os colegas do internamento" (EE_4) "Há uma relação mais amigável com a equipa de enfermagem" (EE_5) "aumentar a confiança, o estabelecimento da relação de ajuda" (EE_9) "Fazemos um acompanhamento muito mais apertado e junto do utente, o que manifesta preocupação com a pessoa, maior envolvimento. Acho que manifesta preocupação com o bem-estar geral da pessoa" (EE_1) "era importante nós dizermos à população e às pessoas que existimos, que somos importantes e que é bom que eles tenham enfermeiros motivados e preocupados e amigos do lado deles" (EE_2) "Eu acho que a consulta é importantíssima para o bem-estar do doente, tanto o físico como o psicológico, o social. Até se houver algum aspeto social com o doente, o enfermeiro conhece atempadamente e consegue sinalizar e dar um encaminhamento diferente" (EE_3) "Conheceremos melhor o doente e trabalhamos para ele, tendo o seu bem-estar como finalidade em todas as suas vertentes" (EE_4) "Eu penso que a principal vantagem será para o doente, porque essa consulta funcionará como uma rede de suporte que impede a queda do doente num mundo desconhecido" (EE_6) "se a consulta funcionar bem, se os ensinamentos sobre aquilo que é necessário, por exemplo, para o intraoperatório, para o pós-operatório, penso que o doente beneficia com isso, e nós enfermeiros também, porque há um contínuo de cuidados" (EE_2) "com esta consulta, há sempre depois oportunidade de as pessoas, caso se tenham esquecido de alguma coisa, perguntar depois no internamento" (EE_18) "Nós conseguimos trabalhar melhor com uma pessoa que colabora connosco, portanto, em termos de qualidade dos cuidados de enfermagem o nível tem que forçosamente subir" (EE_8) "(...) é logo determinante para uma melhoria de cuidados" (EE_22) "pode melhorar de todas as formas, quer relativamente à preparação emocional do doente, quer relativamente ao conhecimento (...) na tranquilização também dos familiares do doente" (EE_12)

CONTRIBUTOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
	Visibilidade dos cuidados de enfermagem	"damos visibilidade aos nossos cuidados mais específicos" (EE_1) "Se nós dermos visibilidade àquilo que fazemos, acho que é importante. E são tantos doentes operados, cada vez são mais doentes operados, acho que se uma boa parte deles passasse por uma consulta de enfermagem, que seria interessante, que seria benéfico para nós enquanto enfermeiros" (EE_2) "A consulta permitirá um contacto maior com o doente e, assim, o impacto social na profissão será reconhecido" (EE_3) "acho que poderá ser uma valorização, porque assim as pessoas percebem que cada vez mais os enfermeiros estão junto deles" (EE_4) "Socialmente, acredito que se o primeiro contacto é numa consulta de enfermagem e se essa passagem de informação for assertiva e saudável, é o primeiro impacto, e isso não se esquece por parte do doente" (EE_6) "Acho que daria visibilidade ao nível social e as pessoas teriam um primeiro contacto com a equipa de enfermagem, não só no momento da admissão" (EE_7) "Seria um primeiro contacto mais precoce com a equipa de enfermagem, e isso daria visibilidade ao nosso trabalho e à nossa importância, com os resultados que daí poderão advir." (EE_7) "o enfermeiro passa a ter mais uma atuação e socialmente, mesmo em conversas entre familiares, o doente foi a uma consulta de enfermagem pré-operatória (...) O principal beneficiário de tudo isto é o doente" (EE_12) "Se nós mostrarmos o nosso valor, aquilo que fazemos e aquilo que somos, obviamente que isso vai ter repercussões sociais. O doente vai lembrar-se que teve uma consulta com um enfermeiro" (EE_14) "Se calhar as pessoas que passam por essa experiência, se forem bem tratadas, isso marcará a diferença no doente" (EE_15) "uma consulta destas implica que alguém esteja ali disponível para o doente. Isso para os doentes é importantíssimo, porque está ali alguém a dizer tudo o que lhe vão fazer, a mostrar toda a disponibilidade, não é nada feito a correr. Esta consulta dar-nos-á uma visibilidade lá fora que era importante nós começarmos a ter." (EE_17) "se fizermos uma boa consulta, em que as pessoas fiquem satisfeitas, vai melhorar a nossa imagem também, para que o conceito que têm do enfermeiro possa ser melhorado" (EE_18) "se vão falar com um enfermeiro antes da cirurgia, conseguem fazer perguntas e ele consegue esclarecer, ficam logo com uma ideia muito boa de nós" (EE_21) "Quanto mais contacto os enfermeiros tiverem com a população, e quanto mais informação for transmitida, obviamente que isso só é benéfico para a profissão" (EE_22) "Acho que melhora a nossa imagem (...) O nosso trabalho terá outra visibilidade" (EE_23)

APÊNDICE IX

Formulário de consentimento informado aos peritos

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

O meu nome é Marco António Rodrigues Gonçalves, sou enfermeiro e encontro-me atualmente a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Pretendo realizar um estudo de investigação que tem como objetivo principal implementar uma consulta pré-operatória de enfermagem aos utentes que irão ser submetidos a cirurgia geral programada, a fim de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao utente cirúrgico no período pré-operatório.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo e agradeço a colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente.

Procedimentos: realização de um painel de peritos com o intuito de validar um modelo de consulta pré-operatória de enfermagem. O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. Depois de concluído o trabalho poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador.

Riscos: Não haverá danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais. A sua participação não causará impacto nas suas condições laborais.

Benefícios: Vai ter a oportunidade de contribuir para a estruturação e implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem, aos utentes que aguardam por uma cirurgia geral programada.

Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar questões. Se decidir colaborar, peço-lhe que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. A qualquer momento poderá desistir de participar, o que não trará quaisquer consequências para si.

Confidencialidade: a garantia da confidencialidade será assegurada aos participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados do trabalho só serão usados para o fim previsto. Este estudo foi sujeito a aprovação por uma Comissão de Ética.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel:

██████████ (Enf.º Marco Gonçalves).

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

O investigador, _____

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente ao trabalho a desenvolver pelo Enf.º Marco António Rodrigues Gonçalves, com o título “Construção e implementação de um modelo de consulta de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada”, fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas. Foi-me dada a oportunidade para colocar questões que julguei necessárias, às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar voluntariamente no estudo.

Assinatura do(a) participante

_____ Data ____/____/2022

Assinatura do investigador

Data 27 / 04 / 2022

APÊNDICE X

Questionário da 1.^a ronda do estudo *e-Delphi*

QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE UM MODELO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Abandonar-> Continuari mais tarde

Caro(a) perito(a),

No âmbito da realização do estudo "Construção e implementação de um modelo de consulta de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada", integrado no Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, vimos solicitar o preenchimento deste questionário.

De forma a proceder à avaliação do conteúdo desta proposta de modelo da Consulta Pré-operatória de Enfermagem, recorreremos à utilização da técnica Delphi, obtendo-se o grau de concordância pelo consenso de peritos na área em estudo.

É neste sentido, que solicitamos o seu contributo. Assim, deverá efetuar o preenchimento do questionário atribuindo o seu nível de concordância numa escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

Seguinte->

Caracterização dos peritos:

*1. Habilitações Académicas:

☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento

*2. Área de Especialização em Enfermagem:

0/4000

*3. Exercício profissional atual (função/instituição):

0/4000

<-Anterior Seguinte->

CONDIÇÕES PRÉVIAS PARA A CONSULTA

***4. Existência de local específico:**

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
4.1 Local da consulta: Serviço Consulta Externa	☐	☐	☐	☐	☐
4.2 Local da consulta: Serviço de Internamento	☐	☐	☐	☐	☐

***5. Quem deverá realizar a consulta?**

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
5.1 Enfermeiros do Serviço de Internamento	☐	☐	☐	☐	☐
5.2 Enfermeiros do Bloco Operatório	☐	☐	☐	☐	☐
5.3 Enfermeiros do Serviço de Consulta Externa	☐	☐	☐	☐	☐
5.4 Enfermeiro de Referência	☐	☐	☐	☐	☐
5.5 Enfermeiros especificamente alocados à consulta	☐	☐	☐	☐	☐

***6. Outros aspetos a considerar:**

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
6.1 O agendamento da consulta deverá ser realizado 15 dias antes da admissão do cliente para cirurgia	☐	☐	☐	☐	☐
6.2 Facilitar a presença de familiar/pessoa significativa, quando solicitado/desejado	☐	☐	☐	☐	☐

7. Apresente sugestões/aspetos relevantes relativamente às condições prévias para a consulta (indique claramente o item a que se refere, se for caso disso):

0/4000

OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

*8. Recepção do cliente:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
8.1 Explicitar os objetivos da consulta	☐	☐	☐	☐	☐

9. Avaliação do cliente:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
9.1 Identificar se é a primeira experiência cirúrgica	☐	☐	☐	☐	☐
9.1.1 Se sim, analisar o significado atribuído a experiência(s) anterior(es)	☐	☐	☐	☐	☐
9.2 Avaliar o conhecimento do cliente sobre a cirurgia a que vai ser submetido	☐	☐	☐	☐	☐
9.3 Avaliar a(s) fonte(s) de informação utilizada(s), relacionada(s) com a cirurgia	☐	☐	☐	☐	☐
9.4 Identificar sentimentos e crenças relacionados com o período perioperatório	☐	☐	☐	☐	☐
9.5 Avaliar o apoio familiar	☐	☐	☐	☐	☐
9.6 Avaliar sinais vitais (Tensão arterial e frequência cardíaca)	☐	☐	☐	☐	☐
9.7 Avaliar parâmetros antropométricos (Altura e peso)	☐	☐	☐	☐	☐
9.8 Identificar os antecedentes de saúde-doença	☐	☐	☐	☐	☐
9.9 Avaliar os hábitos de vida (Sono, consumo de álcool e tabaco)	☐	☐	☐	☐	☐
9.10 Identificar alergias	☐	☐	☐	☐	☐

10. Apresente sugestões/aspectos relevantes relativamente à receção e avaliação do cliente (indique claramente o item a que se refere, se for caso disso):

0/4000

OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

*11. Informação a proporcionar ao cliente:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
11.1 Aspetos logísticos (bens pessoais a trazer para o hospital, horários das visitas, contactos do serviço)	☐	☐	☐	☐	☐
11.2 A necessidade de colocação de Cateter Venoso Periférico para administração de medicação	☐	☐	☐	☐	☐
11.3 A necessidade e especificação do banho pré-cirúrgico	☐	☐	☐	☐	☐
11.4 A necessidade de remoção de adornos e próteses dentárias	☐	☐	☐	☐	☐
11.5 A necessidade de tricotomia, quando adequado	☐	☐	☐	☐	☐
11.6 A especificação da preparação intestinal a realizar, quando aplicável	☐	☐	☐	☐	☐
11.7 Preparação respiratória, quando aplicável	☐	☐	☐	☐	☐
11.8 A especificação do jejum pré-operatório recomendado	☐	☐	☐	☐	☐
11.9 A especificação do procedimento de anestesia	☐	☐	☐	☐	☐
11.10 Apresentação do ambiente do Bloco Operatório através de visita guiada ou vídeo demonstrativo	☐	☐	☐	☐	☐
11.11 A eventual ocorrência de dor e medidas de gestão da dor	☐	☐	☐	☐	☐
11.12 A necessidade de presença de dispositivos médicos	☐	☐	☐	☐	☐
11.13 A referência às principais complicações cirúrgicas, de acordo com o tipo de cirurgia	☐	☐	☐	☐	☐
11.14 Alterações previsíveis nos autocuidados	☐	☐	☐	☐	☐
11.15 A necessidade de mobilização precoce e primeiro levante, quando aplicável	☐	☐	☐	☐	☐
11.16 A necessidade de adequar a alimentação no pós-operatório, de acordo com o tipo de cirurgia	☐	☐	☐	☐	☐
11.17 A especificação relativa à ferida cirúrgica	☐	☐	☐	☐	☐
11.18 A especificação dos aspetos a considerar após a alta/regresso a casa	☐	☐	☐	☐	☐

12. Apresente sugestões/aspetos relevantes relativamente à informação a proporcionar ao cliente (indique claramente o item a que se refere, se for caso disso):

0/4000

OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

*13. Síntese da consulta:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
13.1 Sintetizar os aspetos mais relevantes abordados na consulta	☐	☐	☐	☐	☐
13.2 Esclarecer dúvidas	☐	☐	☐	☐	☐
13.3 Avaliar a necessidade de outra informação relevante ou alguma preocupação não respondida	☐	☐	☐	☐	☐

14. Apresente sugestões/aspetos relevantes relativamente à síntese da consulta (indique claramente o item a que se refere, se for caso disso):

0/4000

<-Anterior Seguinte->

OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

*15. Documentação da consulta:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
15.1 Documentar a consulta no Sistema de Informação em uso na instituição	☐	☐	☐	☐	☐
15.2 Providenciar suporte escrito com resumo das informações relevantes	☐	☐	☐	☐	☐

16. Apresente sugestões/aspetos relevantes relativamente à documentação da consulta (indique claramente o item a que se refere, se for caso disso):

0/4000

<-Anterior Seguinte->

***17. Quanto à proposta de modelo da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem, considera que:**

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
17.1 A estrutura da consulta é adequada face ao fim a que se destina	☐	☐	☐	☐	☐
17.2 A estrutura da consulta tem utilidade face ao fim a que se destina	☐	☐	☐	☐	☐
17.3 A estrutura da consulta apresenta clareza de conteúdo	☐	☐	☐	☐	☐
17.4 A estrutura da consulta é congruente	☐	☐	☐	☐	☐

18. Apresente sugestões/aspectos relevantes relativamente à proposta de modelo de consulta pré-operatória de Enfermagem (indique claramente o item a que se refere, se for caso disso):

0/4000

<-Anterior Fim->



APÊNDICE XI

Relatório dos resultados da 1.^a ronda do estudo *e-Delphi*

QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE UM MODELO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (1.ª RONDA)

1. Habilitações Académicas:	n	%
Licenciatura	5	25
Mestrado	11	55
Doutoramento	4	20
Respostas recebidas:	20	100

2. Area de Especialização em Enfermagem:	n	%
Enfermagem Médico-Cirúrgica	13	65
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	3	15
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1	5
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1	5
Enfermagem Comunitária	1	5
Enfermagem de Reabilitação	1	5
Respostas recebidas:	20	100

3. Exercício profissional atual (função/instituição):	n	%
FUNÇÃO:		
Enfermeiro Especialista	13	65
Enfermeiro Gestor	3	15
Enfermeiro Gestor em funções de Direção	1	5
Docente	3	15
INSTITUIÇÃO:		
Escola Superior de Enfermagem/Saúde	3	15
Centro Hospitalar (Público)	12	60
Instituto Português de Oncologia	1	5
Unidade Local de Saúde	1	5
Hospital Privado	2	10
Hospital do Setor Social	1	5
Respostas recebidas:	20	100

4. Existência de local específico:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
4.1 Local da consulta: Serviço Consulta Externa	1 (5%)	1 (5%)	4 (20%)	5 (25%)	9 (45%)	70%
4.2 Local da consulta: Serviço de Internamento	4 (20%)	4 (20%)	5 (25%)	4 (20%)	3 (15%)	35%
Respostas recebidas:	20 (100%)					52,5%

5. Quem deverá realizar a consulta?	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
5.1 Enfermeiros do Serviço de Internamento	4 (20%)	2 (10%)	2 (10%)	6 (30%)	6 (30%)	60%
5.2 Enfermeiros do Bloco Operatório	2 (10%)	3 (15%)	2 (10%)	3 (15%)	10 (50%)	65%
5.3 Enfermeiros do Serviço de Consulta Externa	9 (45%)	3 (15%)	2 (10%)	4 (20%)	2 (10%)	30%
5.4 Enfermeiro de Referência	3 (15%)	2 (10%)	5 (25%)	4 (20%)	6 (30%)	50%
5.5 Enfermeiros especificamente alocados à consulta	5 (25%)	3 (15%)	4 (20%)	6 (30%)	2 (10%)	40%
Respostas recebidas:	20 (100%)					49%

6. Outros aspetos a considerar:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
6.1 O agendamento da consulta deverá ser realizado 15 dias antes da admissão do cliente para cirurgia	1 (5%)	3 (15%)	2 (10%)	6 (30%)	8 (40%)	70%
6.2 Facilitar a presença de familiar/pessoa significativa, quando solicitado/desejado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	19 (95%)	100%
Respostas recebidas:	20 (100%)					85%

7. Apresente sugestões/aspetos relevantes relativamente às condições prévias para a consulta:	n	%
Respostas recebidas:	11	55

8. Receção do cliente:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
8.1 Explicitar os objetivos da consulta	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	18 (90%)	100%
Respostas recebidas:	20 (100%)					100%

9. Avaliação do cliente:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
9.1 Identificar se é a primeira experiência cirúrgica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	19 (95%)	100%
9.1.1 Se sim, analisar o significado atribuído a experiência(s) anterior(es)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	18 (90%)	100%
9.2 Avaliar o conhecimento do cliente sobre a cirurgia a que vai ser submetido	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	19 (95%)	95%
9.3 Avaliar a(s) fonte(s) de informação utilizada(s), relacionada(s) com a cirurgia	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	3 (15%)	15 (75%)	90%
9.4 Identificar sentimentos e crenças relacionados com o período perioperatório	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	18 (90%)	100%
9.5 Avaliar o apoio familiar	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)	100%
9.6 Avaliar sinais vitais (Tensão arterial e frequência cardíaca)	2 (10%)	2 (10%)	4 (20%)	2 (10%)	10 (50%)	60%
9.7 Avaliar parâmetros antropométricos (Altura e peso)	1 (5%)	1 (5%)	5 (25%)	1 (5%)	12 (60%)	65%
9.8 Identificar os antecedentes de saúde-doença	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	3 (15%)	16 (80%)	95%
9.9 Avaliar os hábitos de vida (Sono, consumo de álcool e tabaco)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	4 (20%)	15 (75%)	95%
9.10 Identificar alergias	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)	17 (85%)	100%
Respostas recebidas:	20 (100%)					91%

10. Apresente sugestões/aspectos relevantes relativamente à receção e avaliação do cliente:	n	%
Respostas recebidas:	9	45

11. Informação a proporcionar ao cliente:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
11.1 Aspetos logísticos (bens pessoais a trazer para o hospital, horários das visitas, contactos do serviço)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)	17 (85%)	95%
11.2 A necessidade de colocação de Cateter Venoso Periférico para administração de medicação	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	4 (20%)	14 (70%)	90%
11.3 A necessidade e especificação do banho pré-cirúrgico	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	18 (90%)	100%
11.4 A necessidade de remoção de adornos e próteses dentárias	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	18 (90%)	100%
11.5 A necessidade de tricotomia, quando adequado	0 (0%)	2 (10%)	2 (10%)	3 (15%)	13 (65%)	80%
11.6 A especificação da preparação intestinal a realizar, quando aplicável	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)	17 (85%)	95%
11.7 Preparação respiratória, quando aplicável	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	18 (90%)	100%
11.8 A especificação do jejum pré-operatório recomendado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	18 (90%)	100%
11.9 A especificação do procedimento de anestesia	2 (10%)	2 (10%)	4 (20%)	4 (20%)	8 (40%)	60%
11.10 Apresentação do ambiente do Bloco Operatório através de visita guiada ou vídeo demonstrativo	2 (10%)	1 (5%)	3 (15%)	3 (15%)	11 (55%)	70%
11.11 A eventual ocorrência de dor e medidas de gestão da dor	1 (5%)	0 (0%)	2 (10%)	3 (15%)	14 (70%)	85%
11.12 A necessidade de presença de dispositivos médicos	1 (5%)	0 (0%)	2 (10%)	2 (10%)	15 (75%)	85%
11.13 A referência às principais complicações cirúrgicas, de acordo com o tipo de cirurgia	3 (15%)	1 (5%)	5 (25%)	3 (15%)	8 (40%)	55%
11.14 Alterações previsíveis nos autocuidados	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	0 (0%)	18 (90%)	90%
11.15 A necessidade de mobilização precoce e primeiro levante, quando aplicável	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)	2 (10%)	15 (75%)	85%
11.16 A necessidade de adequar a alimentação no pós-operatório, de acordo com o tipo de cirurgia	0 (0%)	0 (0%)	4 (20%)	2 (10%)	14 (70%)	80%
11.17 A especificação relativa à ferida cirúrgica	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)	4 (20%)	13 (65%)	85%
11.18 A especificação dos aspetos a considerar após a alta/regresso a casa	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)	16 (80%)	90%
Respostas recebidas:	20 (100%)					86%

12. Apresente sugestões/aspetos relevantes relativamente à informação a proporcionar ao cliente:	n	%
Respostas recebidas:	10	50

13. Síntese da consulta:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
13.1 Sintetizar os aspetos mais relevantes abordados na consulta	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	18 (90%)	95%
13.2 Esclarecer dúvidas	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	19 (95%)	100%
13.3 Avaliar a necessidade de outra informação relevante ou alguma preocupação não respondida	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	17 (85%)	90%
Respostas recebidas:	20 (100%)					95%

14. Apresente sugestões/aspetos relevantes relativamente à síntese da consulta:	n	%
Respostas recebidas:	6	30

15. Documentação da consulta:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
15.1 Documentar a consulta no Sistema de Informação em uso na instituição	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	19 (95%)	100%
15.2 Providenciar suporte escrito com resumo das informações relevantes	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)	2 (10%)	15 (75%)	85%
Respostas recebidas:	20 (100%)					93%

16. Apresente sugestões/aspectos relevantes relativamente à documentação da consulta:	n	%
Respostas recebidas:	8	40

17. Quanto à proposta de modelo da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem, considera que:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
17.1 A estrutura da consulta é adequada face ao fim a que se destina	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	4 (20%)	14 (70%)	90%
17.2 A estrutura da consulta tem utilidade face ao fim a que se destina	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	2 (10%)	16 (80%)	90%
17.3 A estrutura da consulta apresenta clareza de conteúdo	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	6 (30%)	13 (65%)	95%
17.4 A estrutura da consulta é congruente	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	5 (25%)	14 (70%)	95%
Respostas recebidas:	20 (100%)					93%

18. Apresente sugestões/aspectos relevantes relativamente à proposta de modelo de consulta pré-operatória de Enfermagem:	n	%
Respostas recebidas:	5	25

Análise Estatística Descritiva e Dispersão dos itens (1.ª Ronda)

ITEM	Amplitude	Mín	Máx	Média		Mediana	Desvio Padrão	Variância	Assimetria		Curtose		Percentil			Intervalo Interquartil	Coeficiente Dispersão		Grau Concordância
				Valor	Erro Padrão				Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	25	50	75		Valor	%	
4.1	4	1	5	4,00	0,262	4,00	1,170	1,368	-1,096	0,512	0,704	0,992	3,00	4,00	5,00	2,00	0,292	29%	70%
4.2	4	1	5	2,90	0,307	3,00	1,373	1,884	0,062	0,512	-1,119	0,992	2,00	3,00	4,00	2,00	0,473	47%	35%
5.1	4	1	5	3,40	0,343	4,00	1,536	2,358	-0,566	0,512	-1,193	0,992	2,00	4,00	5,00	3,00	0,452	45%	60%
5.2	4	1	5	3,80	0,329	4,50	1,473	2,168	-0,826	0,512	-0,836	0,992	2,25	4,50	5,00	2,75	0,388	39%	65%
5.3	4	1	5	2,35	0,335	2,00	1,496	2,239	0,584	0,512	-1,255	0,992	1,00	2,00	4,00	3,00	0,637	64%	30%
5.4	4	1	5	3,40	0,320	3,50	1,429	2,042	-0,438	0,512	-0,990	0,992	2,25	3,50	5,00	2,75	0,420	42%	50%
5.5	4	1	5	2,85	0,310	3,00	1,387	1,924	-0,098	0,512	-1,326	0,992	1,25	3,00	4,00	2,75	0,487	49%	40%
6.1	4	1	5	3,85	0,284	4,00	1,268	1,608	-0,894	0,512	-0,294	0,992	3,00	4,00	5,00	2,00	0,329	33%	70%
6.2	1	4	5	4,95	0,050	5,00	0,224	0,050	-4,472	0,512	20,000	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,045	5%	100%
8.1	1	4	5	4,90	0,069	5,00	0,308	0,095	-2,888	0,512	7,037	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,063	6%	100%
9.1	1	4	5	4,95	0,050	5,00	0,224	0,050	-4,472	0,512	20,000	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,045	5%	100%
9.1.1	1	4	5	4,90	0,069	5,00	0,308	0,095	-2,888	0,512	7,037	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,063	6%	100%
9.2	2	3	5	4,90	0,100	5,00	0,447	0,200	-4,472	0,512	20,000	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,091	9%	95%
9.3	3	2	5	4,60	0,184	5,00	0,821	0,674	-2,259	0,512	4,901	0,992	4,25	5,00	5,00	0,75	0,178	18%	90%
9.4	1	4	5	4,90	0,069	5,00	0,308	0,095	-2,888	0,512	7,037	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,063	6%	100%
9.5	0	5	5	5,00	0,000	5,00	0,000	0,000					5,00	5,00	5,00	0,00	0,000	0%	100%
9.6	4	1	5	3,80	0,321	4,50	1,436	2,063	-0,796	0,512	-0,717	0,992	3,00	4,50	5,00	2,00	0,378	38%	60%
9.7	4	1	5	4,10	0,280	5,00	1,252	1,568	-1,100	0,512	0,190	0,992	3,00	5,00	5,00	2,00	0,305	31%	65%
9.8	2	3	5	4,75	0,123	5,00	0,550	0,303	-2,239	0,512	4,657	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,116	12%	95%
9.9	2	3	5	4,70	0,128	5,00	0,571	0,326	-1,845	0,512	2,861	0,992	4,25	5,00	5,00	0,75	0,122	12%	95%
9.10	1	4	5	4,85	0,082	5,00	0,366	0,134	-2,123	0,512	2,776	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,076	8%	100%
11.1	2	3	5	4,80	0,117	5,00	0,523	0,274	-2,745	0,512	7,401	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,109	11%	95%
11.2	4	1	5	4,50	0,224	5,00	1,000	1,000	-2,632	0,512	7,748	0,992	4,00	5,00	5,00	1,00	0,222	22%	90%
11.3	1	4	5	4,90	0,069	5,00	0,308	0,095	-2,888	0,512	7,037	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,063	6%	100%
11.4	1	4	5	4,90	0,069	5,00	0,308	0,095	-2,888	0,512	7,037	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,063	6%	100%
11.5	3	2	5	4,35	0,233	5,00	1,040	1,082	-1,426	0,512	0,784	0,992	4,00	5,00	5,00	1,00	0,239	24%	80%
11.6	2	3	5	4,80	0,117	5,00	0,523	0,274	-2,745	0,512	7,401	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,109	11%	95%
11.7	1	4	5	4,90	0,069	5,00	0,308	0,095	-2,888	0,512	7,037	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,063	6%	100%
11.8	1	4	5	4,90	0,069	5,00	0,308	0,095	-2,888	0,512	7,037	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,063	6%	100%
11.9	4	1	5	3,70	0,309	4,00	1,380	1,905	-0,731	0,512	-0,617	0,992	3,00	4,00	5,00	2,00	0,373	37%	60%
11.10	4	1	5	4,00	0,308	5,00	1,376	1,895	-1,211	0,512	0,324	0,992	3,00	5,00	5,00	2,00	0,344	34%	70%

11.11	4	1	5	4,45	0,235	5,00	1,050	1,103	-2,278	0,512	5,487	0,992	4,00	5,00	5,00	1,00	0,236	24%	85%
11.12	4	1	5	4,50	0,235	5,00	1,051	1,105	-2,416	0,512	5,996	0,992	4,25	5,00	5,00	0,75	0,234	23%	85%
11.13	4	1	5	3,60	0,328	4,00	1,465	2,147	-0,665	0,512	-0,796	0,992	3,00	4,00	5,00	2,00	0,407	41%	55%
11.14	2	3	5	4,80	0,138	5,00	0,616	0,379	-2,888	0,512	7,037	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,128	13%	90%
11.15	2	3	5	4,60	0,169	5,00	0,754	0,568	-1,605	0,512	1,000	0,992	4,25	5,00	5,00	0,75	0,164	16%	85%
11.16	2	3	5	4,50	0,185	5,00	0,827	0,684	-1,240	0,512	-0,260	0,992	4,00	5,00	5,00	1,00	0,184	18%	80%
11.17	2	3	5	4,50	0,170	5,00	0,761	0,579	-1,195	0,512	-0,037	0,992	4,00	5,00	5,00	1,00	0,169	17%	85%
11.18	3	2	5	4,65	0,182	5,00	0,813	0,661	-2,502	0,512	5,952	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,175	17%	90%
13.1	3	2	5	4,80	0,156	5,00	0,696	0,484	-3,874	0,512	15,534	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,145	14%	95%
13.2	1	4	5	4,95	0,050	5,00	0,224	0,050	-4,472	0,512	20,000	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,045	5%	100%
13.3	3	2	5	4,70	0,179	5,00	0,801	0,642	-2,782	0,512	7,302	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,170	17%	90%
15.1	1	4	5	4,95	0,050	5,00	0,224	0,050	-4,472	0,512	20,000	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,045	5%	100%
15.2	3	2	5	4,55	0,198	5,00	0,887	0,787	-1,927	0,512	2,834	0,992	4,25	5,00	5,00	0,75	0,195	19%	85%
17.1	2	3	5	4,60	0,152	5,00	0,681	0,463	-1,514	0,512	1,170	0,992	4,00	5,00	5,00	1,00	0,148	15%	90%
17.2	2	3	5	4,70	0,147	5,00	0,657	0,432	-2,079	0,512	3,176	0,992	5,00	5,00	5,00	0,00	0,140	14%	90%
17.3	2	3	5	4,60	0,134	5,00	0,598	0,358	-1,245	0,512	0,783	0,992	4,00	5,00	5,00	1,00	0,130	13%	95%
17.4	2	3	5	4,65	0,131	5,00	0,587	0,345	-1,521	0,512	1,636	0,992	4,00	5,00	5,00	1,00	0,126	13%	95%

Sugestões/aspetos relevantes referidos pelos peritos (1.ª Ronda)

===== CONDIÇÕES PRÉVIAS PARA A CONSULTA =====

Q2

Local da consulta: considero ser o internamento

enfermeiro do internamento o melhor elemento para realizar a consulta

Q3

este enfermeiro deve ser experiente

Q4

esclarecimento do diagnóstico e terapêutica cirúrgica proposta

Q6

6.1. Atender a dias de exames pré-operatórios, para evitar deslocamentos desnecessários

Q9

reduzir o número de viagens/deslocações

realizar a consulta no mesmo dia que tem consulta de anestesia ou no mesmo dia que tem exames para realizar no hospital

Q10

a CPOE deverá ser realizada quer pelo enfermeiro do Internamento ... e também pelo enfermeiro do Intraoperatório

a título de exemplo, a questão de reações alérgicas

Ou por exemplo a questão do posicionamento

no mesmo dia em que a pessoa em situação perioperatória deverá deslocar-se à Instituição Hospitalar à consulta Pré-Operatória cirúrgica e/ou anestésica

os cuidados de enfermagem do intraoperatório constitui uma tipologia de cuidados que só o enfermeiro do intraoperatório conhece

Q12

deve acontecer após a consulta médica de anestesia e especialidade cirúrgica

estreita articulação com os enfermeiros do internamento e do Bloco Operatório

Q13

que os conteúdos a serem abordados devem ser consensualizados entre uma série de peritos na área - os enfermeiros do bloco e os enfermeiros do internamento, os enfermeiros especialistas envolvidos nos cuidados

existir um enfermeiro gestor de caso, que a acompanhará no processo e será a enfermeira de referências, desde o pré-operatório até ao regresso a casa

Q15

realizada por enfermeiro(a) de referência

Q17

agendamento da consulta deverá ser realizado o mais próximo possível da data da cirurgia, devendo ocorrer até pelo menos 15 dias antes.

enfermeiro de referência ... se possível

deve ser assegurada por enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica ou de reabilitação, para que sejam assegurados os cuidados especializados dirigidos aos aspetos de saúde centrados no autocuidado, comportamento de adesão, aceitação do estado de saúde, imagem corporal, entre outros.

Q20

agendada de forma a não representar mais deslocações ao hospital

===== RECEÇÃO E AVALIAÇÃO DO CLIENTE =====

Q2

abordar nesta consulta a preparação pré-operatória, o decorrer do intra e pós-operatório (imediato), o esperado no internamento e focar aspetos principais pós-alta,

Q3

Identificar alergias medicamentosas ou alimentares ... identificar se tem varizes

Q4

Avaliar hábitos de exercício e dietéticos. Avaliar recursos da comunidade. Avaliar aceitação do estado de saúde

Q9

evitar a duplicação de registos

Q10

É importante que o enfermeiro do Intraoperatório se apresente à pessoa em situação perioperatória

questionar como gosta de ser tratada (personalização do nome)

identificação inequívoca da pessoa

explique como pode colaborar no preenchimento no Checklist de verificação de cirurgia segura
circunstâncias em que vai ser efetuado o seu acolhimento no Bloco Operatório e na suite
operatória

alerte para as circunstâncias do ambiente cirúrgico, tecnologias, ruídos, monitores

apresente os elementos da equipa cirúrgica

os procedimentos de prevenção da hipotermia, monitorização de sinais vitais; o teste do posicionamento cirúrgico; o teste da capacitação articular; a tipologia de estratégia anestésica expectável

procedimentos necessários em termos de acessos venosos; a indução e o despertar da anestesia; a prevenção da dor e outro tipo de desconfortos; a tipologia do penso cirúrgico e drenagens ... as circunstâncias em que se procederá à sua transferência para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos - UCPA) ... o que poderá sentir no pós-operatório imediato

Q12

avaliação da literacia e capacidade cognitiva do cliente

importante a realização de um exame físico completo

é relevante validar informação relativa a antecedentes anestésicos

avaliação da ansiedade da pessoa através de uma escala

avaliação das condições da habitação

*recolher informação acerca do Cuidador Familiar e as condições de apoio no Pós-Operatório ...
informação acerca do apoio de cuidados de saúde no Pós-Operatório*

Q13

No aspeto 9.2 quando o investigador se refere ao conhecimento do cliente sobre a cirurgia, não é claro o que quer dizer com isto

Q17

pontos 9.6 e 9.7 ... Não necessitam de ser avaliados na consulta de enfermagem

Esta consulta tem como objetivo dotar a pessoa de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e identificar os dados da condição de saúde e da transição da pessoa.

Q20

É importante clarificar qual o objetivo desta consulta

===== INFORMAÇÃO A PROPORCIONAR AO CLIENTE =====

Q1

avaliar as necessidades informativas e emocionais do doente, bem como a sua literacia

Q3

Em relação á ocorrência de dor não se deve colocar pois o doente não deve sair do bloco com dores. A apresentação do bloco deve fazer se se o doente quiser

Q4

Tricotomia é uma prática desaconselhada

dieta, exercício, cessação tabágica /alcoólica, controlo de doenças crónicas Previsão do n.º de dias de internamento. Abordar possíveis impactos da cirurgia

Q9

11.9, 11.12 e 11.13 são da competência medica deve ser o anestesista e o cirurgião a informar. O 11.10 considero mais pertinente um vídeo com imagens do serviço de internamento e poderá se colocar fotos com a sala de admissão no bloco operatório, sala operatória e a UCPA, para complementar o vídeo.

informar o cliente que deve trazer a medicação que faz no domicílio e se utilizar algum equipamento como CIPAP

Q10

11.10 - Concordo se vídeo demonstrativo; agora, visita guiada, não concordo de todo

Portanto, a questão do vídeo, alusivo ao espaço, sem outros doentes cirúrgicos envolvidos, seria o ideal

Q12

A especificação do procedimento de anestesia é da responsabilidade do médico anestesista

A referência às principais complicações cirúrgicas, de acordo com o tipo de cirurgia é da responsabilidade do médico cirurgião

Ensinar sobre estratégias para diminuir a ansiedade/medo

Q13

A indicação do tempo médio de internamento, e o que é esperado acontecer em cada dia pós-cirúrgico

Informar a pessoa significativa, potencial cuidador sobre os mesmos itens de informação

No ponto 11.18 importa informar as possíveis reformulações ao ambiente/ espaço físico

Q16

não deve existir uma sobrecarga de informação

Q17

11.9 e 11.13 A informação destes pontos deve ser partilhada com o anestesista e cirurgião

É fundamental captar a disponibilidade e a vontade do utente

O enfermeiro deverá precisar a informação que assessorar a dúvida da própria pessoa

Q20

11.13 a informação sobre procedimento cirúrgico e eventuais complicações são abordadas no momento em que é pedido o consentimento e assinado

===== SÍNTESE DA CONSULTA =====

Q4

Disponibilizar contacto telefónico /email, material de leitura em papel, ou website para esclarecimento de dúvidas /consulta de mais informação

Q10

Certificar que a pessoa em situação perioperatória compreendeu claramente tudo o que lhe foi explicado

Q12

avaliação da compreensão da informação transmitida

Q13

importa que a pessoa e a família possam ter um espaço subsequente, via online /callcenter por exemplo, para colocar questões

Q17

Considerar sempre a necessidade de se realizar outra consulta de enfermagem (presencial ou não presencial) para se consagrar as etapas pedagógicas da formalização ou /e avaliação do conhecimento

Q20

Identificar diagnósticos de enfermagem que possam passíveis de interferir nas intervenções no intraoperatório

===== DOCUMENTAÇÃO DA CONSULTA =====

Q4

Definir claramente objetivos da consulta e principais focos ... padrão de documentação

Q9

o suporte escrito ou o folheto informativo é importantíssimo e deve conter os números de telefone do serviço de internamento

Q10

Estes dados têm que ser impreterivelmente informatizados e de fácil acessibilidade

Q12

Durante a consulta é importante validar se o consentimento livre e esclarecido se encontra preenchido e devidamente assinado

Validar se existem dúvidas relativas aos MCDTs

Q13

15.2 Para além do suporte escrito faria sentido ter um microsite fidedigno

Q17

Deve-se investir na utilização dos recursos digitais para se oferecer esta informação

Q18

Suporte escrito no caso de não haver sistema informático em todo o percurso do doente

Q20

15.2 não é claro do que se trata o suporte escrito

PROPOSTA DE MODELO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Q4

Considerar reavaliação no período Perioperatório e após a alta

Q10

deverá incluir os aspetos inerentes aos cuidados de enfermagem do intraoperatório. Nesse sentido, sugere-se uma intervenção de parceria no procedimento

Q12

A estrutura da consulta também devia permitir recolher informações acerca do Cuidador Familiar (caso se aplique) e das condições habitacionais para o Pós-Operatório

Q17

deve ser considerada a necessidade de se organizar uma consulta não presencial na véspera da cirurgia para formalização/avaliação do conhecimento

Q20

é importante clarificar o objetivo desta consulta

APÊNDICE XII

Questionário da 2.^a ronda do estudo *e-Delphi*

QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE UM MODELO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (2.ª Ronda)

[Abandonar->](#) [Continuarei mais tarde](#)

Caro(a) perito(a),

No âmbito da realização do estudo "Construção e implementação de um modelo de consulta de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada", integrado no Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, e após realização de uma primeira ronda de respostas ao questionário, a qual agradecemos, vimos solicitar o preenchimento deste novo questionário, referente à segunda ronda.

É neste sentido, que solicitamos, uma vez mais, o seu contributo. Assim, deverá efetuar o preenchimento do questionário atribuindo o seu nível de concordância numa escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

[Seguinte->](#)

CONDIÇÕES PRÉVIAS PARA A CONSULTA

*4. Existência de local específico:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
4.1 Local da consulta: Serviço Consulta Externa	☐	☐	☐	☐	☐
4.2 Local da consulta: Serviço de Internamento	☐	☐	☐	☐	☐

*5. Quem deverá realizar a consulta?

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
5.1 Enfermeiros do Serviço de Internamento	☐	☐	☐	☐	☐
5.2 Enfermeiros do Bloco Operatório	☐	☐	☐	☐	☐
5.3 Enfermeiros do Serviço de Consulta Externa	☐	☐	☐	☐	☐
5.4 Enfermeiro de Referência	☐	☐	☐	☐	☐
5.5 Enfermeiros especificamente alocados à consulta	☐	☐	☐	☐	☐

*6. Outros aspetos a considerar:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
6.1 O agendamento da consulta deverá ter em conta o número de deslocações do cliente à instituição (a realizar até 15 dias antes da admissão)	☐	☐	☐	☐	☐
6.3 Realizar contacto telefónico na véspera da admissão para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas	☐	☐	☐	☐	☐

[<-Anterior](#) [Seguinte->](#)

OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

9. Avaliação do cliente:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
9.6 Avaliar sinais vitais (Tensão arterial e frequência cardíaca)	☐	☐	☐	☐	☐
9.7 Avaliar parâmetros antropométricos (Altura e peso)	☐	☐	☐	☐	☐
9.9 Avaliar os hábitos de vida (Dietéticos, exercício físico, sono, consumo de álcool e tabaco)	☐	☐	☐	☐	☐
9.11 Avaliar condições habitacionais (quando aplicável) e recursos de saúde na comunidade	☐	☐	☐	☐	☐

<-Anterior Seguinte->

OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

*11. Informação a proporcionar ao cliente (e familiar/pessoa significativa, quando aplicável):

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
11.1 Aspetos logísticos (bens pessoais a trazer para o hospital, medicação do domicílio, equipamento adaptativo, horários das visitas, contactos do serviço e previsão do número de dias de internamento)	☐	☐	☐	☐	☐
11.5 A necessidade de tricotomia, quando adequado	☐	☐	☐	☐	☐
11.9 A especificação do procedimento de anestesia	☐	☐	☐	☐	☐
11.10 Apresentação do ambiente do Bloco Operatório através de vídeo demonstrativo	☐	☐	☐	☐	☐
11.13 A referência às principais complicações cirúrgicas, de acordo com o tipo de cirurgia	☐	☐	☐	☐	☐
11.16 A necessidade de adequar a alimentação no pós-operatório, de acordo com o tipo de cirurgia	☐	☐	☐	☐	☐
11.19 Estratégias para lidar com o medo e ansiedade	☐	☐	☐	☐	☐

<-Anterior Seguinte->

OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

*13. Síntese da consulta:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
13.4 Esclarecer que será efetuado um contacto telefónico na véspera da admissão para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas	☐	☐	☐	☐	☐

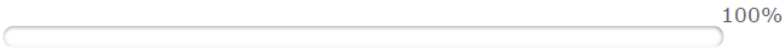
<-Anterior Seguinte->

OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

*15. Documentação da consulta:

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
15.2 Providenciar suporte escrito (folheto informativo ou outros) com resumo das informações relevantes	☐	☐	☐	☐	☐

<-Anterior Fim->



APÊNDICE XIII

Relatório dos resultados da 2.^a ronda do estudo *e-Delphi*

QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE UM MODELO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM (2.ª RONDA)

4. Existência de local específico:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
4.1 Local da consulta: Serviço Consulta Externa	3 (16%)	0 (0%)	3 (16%)	4 (21%)	9 (47%)	68%
4.2 Local da consulta: Serviço de Internamento	6 (32%)	4 (21%)	5 (26%)	1 (5%)	3 (16%)	21%
Respostas recebidas:	19 (95%)					45,0%

5. Quem deverá realizar a consulta?	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
5.1 Enfermeiros do Serviço de Internamento	5 (26%)	2 (11%)	5 (26%)	1 (5%)	6 (32%)	37%
5.2 Enfermeiros do Bloco Operatório	0 (0%)	0 (0%)	4 (21%)	3 (16%)	12 (63%)	79%
5.3 Enfermeiros do Serviço de Consulta Externa	11 (58%)	2 (11%)	3 (16%)	1 (5%)	2 (11%)	16%
5.4 Enfermeiro de Referência	3 (16%)	2 (11%)	4 (21%)	3 (16%)	7 (37%)	53%
5.5 Enfermeiros especificamente alocados à consulta	7 (37%)	3 (16%)	2 (11%)	2 (11%)	5 (26%)	37%
Respostas recebidas:	19 (95%)					44%

6. Outros aspetos a considerar:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
6.1 O agendamento da consulta deverá ter em conta o número de deslocações do cliente à instituição (a realizar até 15 dias antes da admissão)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	17 (89%)	94%
6.3 Realizar contacto telefónico na véspera da admissão para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (26%)	14 (74%)	100%
Respostas recebidas:	19 (95%)					97%

9. Avaliação do cliente:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
9.6 Avaliar sinais vitais (Tensão arterial e frequência cardíaca)	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	5 (26%)	12 (63%)	89%
9.7 Avaliar parâmetros antropométricos (Altura e peso)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	6 (32%)	12 (63%)	95%
9.9 Avaliar os hábitos de vida (Dietéticos, exercício físico, sono, consumo de álcool e tabaco)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (21%)	15 (79%)	100%
9.11 Avaliar condições habitacionais (quando aplicável) e recursos de saúde na comunidade	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	5 (26%)	12 (63%)	89%
Respostas recebidas:	19 (95%)					93%

11. Informação a proporcionar ao cliente (e familiar/pessoa significativa, quando aplicável):	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
11.1 Aspetos logísticos (bens pessoais a trazer para o hospital, medicação do domicílio, equipamento adaptativo, horários das visitas, contactos do serviço e previsão do número de dias de internamento)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	3 (16%)	15 (79%)	95%
11.5 A necessidade de tricotomia, quando adequado	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	5 (26%)	11 (58%)	84%
11.9 A especificação do procedimento de anestesia	2 (11%)	0 (0%)	2 (11%)	5 (26%)	10 (53%)	79%
11.10 Apresentação do ambiente do Bloco Operatório através de vídeo demonstrativo	1 (5%)	0 (0%)	2 (11%)	4 (21%)	12 (63%)	84%
11.13 A referência às principais complicações cirúrgicas, de acordo com o tipo de cirurgia	3 (16%)	2 (11%)	2 (11%)	6 (32%)	6 (32%)	64%
11.16 A necessidade de adequar a alimentação no pós-operatório, de acordo com o tipo de cirurgia	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	4 (21%)	13 (68%)	89%
11.19 Estratégias para lidar com o medo e ansiedade	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	18 (95%)	100%
Respostas recebidas:	19 (95%)					85%

13. Síntese da consulta:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
13.4 Esclarecer que será efetuado um contacto telefónico na véspera da admissão para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (11%)	17 (89%)	100%
Respostas recebidas:	19 (95%)					100%

15. Documentação da consulta:	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente	Grau de concordância
15.2 Providenciar suporte escrito (folheto informativo ou outros) com resumo das informações relevantes	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	18 (95%)	100%
Respostas recebidas:	19 (95%)					100%

Análise Estatística Descritiva e Dispersão dos itens (2.ª Ronda)

ITEM	Amplitude	Mín	Máx	Média		Mediana	Desvio Padrão	Variância	Assimetria		Curtose		Percentis			Intervalo Interquartil	Coeficiente Dispersão		Grau Concordância
				Valor	Erro Padrão				Valor	Erro Padrão	Valor	Erro Padrão	25	50	75		Valor	%	
4.1	4	1	5	3,84	0,336	4,00	1,463	2,140	-1,124	0,524	0,042	1,014	3,00	4,00	5,00	2,00	0,381	38%	68%
4.2	4	1	5	2,53	0,328	2,00	1,429	2,041	0,580	0,524	-0,775	1,014	1,00	2,00	3,00	2,00	0,565	56%	21%
5.1	4	1	5	3,05	0,371	3,00	1,615	2,608	-0,006	0,524	-1,539	1,014	1,00	3,00	5,00	4,00	0,530	53%	37%
5.2	2	3	5	4,42	0,192	5,00	0,838	0,702	-0,990	0,524	-0,775	1,014	4,00	5,00	5,00	1,00	0,190	19%	79%
5.3	4	1	5	2,00	0,324	1,00	1,414	2,000	1,185	0,524	0,152	1,014	1,00	1,00	3,00	2,00	0,707	71%	16%
5.4	4	1	5	3,47	0,345	4,00	1,504	2,263	-0,491	0,524	-1,146	1,014	2,00	4,00	5,00	3,00	0,433	43%	53%
5.5	4	1	5	2,74	0,389	2,00	1,695	2,871	0,308	0,524	-1,683	1,014	1,00	2,00	5,00	4,00	0,619	62%	37%
6.1	2	3	5	4,84	0,115	5,00	0,501	0,251	-3,339	0,524	11,190	1,014	5,00	5,00	5,00	0,00	0,104	10%	94%
6.3	1	4	5	4,74	0,104	5,00	0,452	0,205	-1,170	0,524	-0,718	1,014	4,00	5,00	5,00	1,00	0,095	10%	100%
9.6	4	1	5	4,42	0,233	5,00	1,017	1,035	-2,415	0,524	6,754	1,014	4,00	5,00	5,00	1,00	0,230	23%	89%
9.7	2	3	5	4,58	0,139	5,00	0,607	0,368	-1,168	0,524	0,582	1,014	4,00	5,00	5,00	1,00	0,133	13%	95%
9.9	1	4	5	4,79	0,096	5,00	0,419	0,175	-1,545	0,524	0,419	1,014	5,00	5,00	5,00	0,00	0,087	9%	100%
9.11	3	2	5	4,47	0,193	5,00	0,841	0,708	-1,786	0,524	3,144	1,014	4,00	5,00	5,00	1,00	0,188	19%	89%
11.1	2	3	5	4,74	0,129	5,00	0,562	0,316	-2,158	0,524	4,253	1,014	5,00	5,00	5,00	0,00	0,119	12%	95%
11.5	4	1	5	4,26	0,263	5,00	1,147	1,316	-1,812	0,524	2,946	1,014	4,00	5,00	5,00	1,00	0,269	27%	84%
11.9	4	1	5	4,11	0,295	5,00	1,286	1,655	-1,617	0,524	1,962	1,014	4,00	5,00	5,00	1,00	0,313	31%	79%
11.10	4	1	5	4,37	0,244	5,00	1,065	1,135	-2,082	0,524	4,732	1,014	4,00	5,00	5,00	1,00	0,244	24%	84%
11.13	4	1	5	3,53	0,337	4,00	1,467	2,152	-0,707	0,524	-0,862	1,014	2,00	4,00	5,00	3,00	0,416	42%	64%
11.16	3	2	5	4,53	0,193	5,00	0,841	0,708	-1,970	0,524	3,731	1,014	4,00	5,00	5,00	1,00	0,186	19%	89%
11.19	1	4	5	4,95	0,053	5,00	0,229	0,053	-4,359	0,524	19,000	1,014	5,00	5,00	5,00	0,00	0,046	5%	100%
13.4	1	4	5	4,89	0,072	5,00	0,315	0,099	-2,798	0,524	6,509	1,014	5,00	5,00	5,00	0,00	0,064	6%	100%
15.2	1	4	5	4,95	0,053	5,00	0,229	0,053	-4,359	0,524	19,000	1,014	5,00	5,00	5,00	0,00	0,046	5%	100%

APÊNDICE XIV

Modelo final validado para a consulta pré-operatória de enfermagem

Modelo Final para a Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

A. CONDIÇÕES PRÉVIAS PARA A CONSULTA:

1. Existência de local específico:
 - ✓ Local da consulta: Serviço Consulta Externa*
2. Quem deverá realizar a consulta?
 - ✓ Enfermeiros do Bloco Operatório*
3. Outros aspetos a considerar:
 - ✓ O agendamento da consulta deverá ter em conta o número de deslocações do cliente à instituição (a realizar até 15 dias antes da admissão)
 - ✓ Facilitar a presença de familiar/pessoa significativa, quando solicitado/desejado
 - ✓ Realizar contacto telefónico na véspera da admissão para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas

* Ajustável de acordo com a instituição onde se realizará a implementação

B. RECEÇÃO E AVALIAÇÃO DO CLIENTE:

1. Receção do cliente:
 - ✓ Explicitar os objetivos da consulta
2. Avaliação do cliente:
 - ✓ Identificar se é a primeira experiência cirúrgica
 - Se não, analisar o significado atribuído a experiência(s) anterior(es)
 - ✓ Avaliar o conhecimento do cliente sobre a cirurgia a que vai ser submetido
 - ✓ Avaliar a(s) fonte(s) de informação utilizada(s), relacionada(s) com a cirurgia
 - ✓ Identificar sentimentos e crenças relacionados com o período perioperatório
 - ✓ Avaliar o apoio familiar
 - ✓ Avaliar sinais vitais (Tensão arterial e frequência cardíaca)
 - ✓ Avaliar parâmetros antropométricos (Altura e peso)
 - ✓ Identificar os antecedentes de saúde-doença
 - ✓ Avaliar os hábitos de vida (Dietéticos, exercício físico, sono, consumo de álcool e tabaco)
 - ✓ Identificar alergias
 - ✓ Avaliar condições habitacionais (quando aplicável) e recursos de saúde na comunidade

C. INFORMAÇÃO A PROPORCIONAR AO CLIENTE (E FAMILIAR/PESSOA SIGNIFICATIVA, QUANDO APLICÁVEL):

- ✓ Aspetos logísticos (bens pessoais a trazer para o hospital, medicação do domicílio, equipamento adaptativo, horários das visitas, contactos do serviço e previsão do número de dias de internamento)
- ✓ A necessidade de colocação de Cateter Venoso Periférico para administração de medicação
- ✓ A necessidade e especificação do banho pré-cirúrgico
- ✓ A necessidade de remoção de adornos e próteses dentárias

Modelo Final para a Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

✓	A necessidade de tricotomia, quando adequado
✓	A especificação da preparação intestinal a realizar, quando aplicável
✓	Preparação respiratória, quando aplicável
✓	A especificação do jejum pré-operatório recomendado
✓	Apresentação do ambiente do Bloco Operatório através de vídeo demonstrativo
✓	A eventual ocorrência de dor e medidas de gestão da dor
✓	A necessidade de presença de dispositivos médicos
✓	Alterações previsíveis nos autocuidados
✓	A necessidade de mobilização precoce e primeiro levante, quando aplicável
✓	A necessidade de adequar a alimentação no pós-operatório, de acordo com o tipo de cirurgia
✓	A especificação relativa à ferida cirúrgica
✓	A especificação dos aspetos a considerar após a alta/regresso a casa
✓	Estratégias para lidar com o medo e ansiedade

D. SÍNTESE DA CONSULTA:

✓	Sintetizar os aspetos mais relevantes abordados na consulta
✓	Esclarecer dúvidas
✓	Avaliar a necessidade de outra informação relevante ou alguma preocupação não respondida
✓	Esclarecer que será efetuado um contacto telefónico na véspera da admissão para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas

E. DOCUMENTAÇÃO DA CONSULTA:

✓	Documentar a consulta no Sistema de Informação em uso na instituição
✓	Providenciar suporte escrito (folheto informativo ou outros) com resumo das informações relevantes

Estrutura validada por Painel de 20 Peritos em 2 rondas (junho e novembro de 2022)¹

¹ Projeto de Doutoramento “Construção e implementação de um modelo de consulta de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada”

Investigador Principal Marco António Rodrigues Gonçalves

APÊNDICE XV

Guia orientador de apoio à consulta

Documento de Apoio à Consulta Pré-Operatória de Enfermagem

ELABORADO POR:

MARCO GONÇALVES, NA QUALIDADE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL DO PROJETO
DE INVESTIGAÇÃO [REDACTED]-138-18

[REDACTED]

A. CONDIÇÕES PRÉVIAS PARA A CONSULTA:

Local da consulta:

- Gabinete do Serviço de Consulta Externa (*preferencialmente um espaço calmo, com privacidade, e com luz natural*)

Equipa responsável pela consulta:

- Enfermeiros do Serviço de [REDACTED]

Outros aspetos a considerar:

- O agendamento da consulta deverá ter em conta o número de deslocações do cliente à instituição (a realizar até 15 dias antes da admissão, por enfermeiro do grupo criado para a consulta)
- Facilitar a presença de familiar/pessoa significativa, quando solicitado/desejado
- Realizar contacto telefónico na véspera da admissão ao internamento, para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas

B. RECEÇÃO E AVALIAÇÃO DO CLIENTE:

Receção do cliente:

- Apresentar-se e explicitar os objetivos da consulta:
 - ✓ *Realizar a avaliação pré-operatória do cliente a ser submetido a cirurgia geral programada;*
 - ✓ *Fornecer informação relacionada com os cuidados de enfermagem a prestar ao longo de todo o período perioperatório;*
 - ✓ *Diminuir o nível de ansiedade relacionada com o processo anestésico e cirúrgico;*
 - ✓ *Diminuir eventuais complicações cirúrgicas e cancelamentos cirúrgicos.*

Avaliação do cliente:

Objetivos:

- ✓ Proporcionar um ambiente de bem-estar, de modo a facilitar envolvimento;
- ✓ Facilitar a partilha de preocupações de modo a interpretar os significados atribuídos pelo cliente
- ✓ Incentivar a expressão de dúvidas e emoções da pessoa que irá ser submetida a cirurgia geral programada

- ✓ Identificar as necessidades informativas do cliente
 - ✓ Avaliar o potencial de reconstrução de autonomia do cliente no pós-operatório (tendo em conta a sua capacidade física e cognitiva)
 - ✓ Ajudar o cliente a antecipar necessidades de modo a perspetivar a necessidade de ajuda
 - ✓ Estimular a participação do cliente nos cuidados
-
- Identificar se é a primeira experiência cirúrgica (Se não, analisar o significado atribuído a experiência(s) anterior(es))
 - Avaliar o conhecimento do cliente sobre a cirurgia a que vai ser submetido
 - Avaliar a(s) fonte(s) de informação utilizada(s), relacionada(s) com a cirurgia (*questionar onde procura informação*)
 - Identificar sentimentos e crenças relacionados com o período perioperatório (*Por exemplo, o medo da anestesia e das complicações pós-operatórias*)
 - Avaliar o apoio familiar (*de acordo com o Modelo de Calgary*)
 - Avaliar sinais vitais (*Tensão arterial e frequência cardíaca*)
 - Avaliar parâmetros antropométricos (*Altura e peso*)
 - Identificar os antecedentes de saúde-doença
 - Avaliar os hábitos de vida (*Dietéticos, exercício físico, sono, consumo de álcool e tabaco*)
 - Identificar alergias
 - Avaliar condições habitacionais (quando aplicável) e recursos de saúde na comunidade (*avaliação da necessidade de encaminhamento ao Serviço Social*)

C. INFORMAÇÃO A PROPORCIONAR AO CLIENTE (E FAMILIAR/PESSOA SIGNIFICATIVA, QUANDO APLICÁVEL):
--

Objetivos:

- ✓ Informar o cliente acerca de todo o período perioperatório
 - ✓ Fornecer informações adequadas à clarificação de situações de modo a facilitar a tomada de decisão do cliente
-
- Aspectos logísticos (*bens pessoais a trazer para o hospital, medicação do domicílio, equipamento adaptativo, horários das visitas, contactos do serviço e previsão do número de dias de internamento*)
 - A necessidade de colocação de Cateter Venoso Periférico para administração de medicação
 - A necessidade e especificação do banho pré-cirúrgico
 - A necessidade de remoção de adornos e próteses dentárias
 - A necessidade de tricotomia, quando adequado
 - A especificação da preparação intestinal a realizar, quando aplicável

- Preparação respiratória, quando aplicável (*ensino e instrução de exercícios respiratórios*)
- A especificação do jejum pré-operatório recomendado
- Apresentação do ambiente do Bloco Operatório através de vídeo demonstrativo
- A eventual ocorrência de dor e medidas de gestão da dor (*explicar escalas de dor e terapias não farmacológicas para o controlo da dor*)
- A necessidade de presença de dispositivos médicos (*explicar o que é, sensações associadas, a sua importância, tempo previsível de permanência, prevenção de complicações associadas*)
- Alterações previsíveis nos autocuidados (*alimentar, transferir, posicionar, vestir, higiene, ir ao sanitário*)
- A necessidade de mobilização precoce e primeiro levante, quando aplicável (*explicar o modo como será realizado e a sua importância*)
- A necessidade de adequar a alimentação no pós-operatório, de acordo com o tipo de cirurgia (*momento previsto para a retoma da alimentação, necessidade de ajuste da dieta*)
- A especificação relativa à ferida cirúrgica (*explicar a localização e dimensão previstas, prevenção de complicações associadas e necessidades de tratamento*)
- A especificação dos aspetos a considerar após a alta/regresso a casa
- Estratégias para lidar com o medo e ansiedade (*por exemplo, musicoterapia*)

D. SÍNTESE DA CONSULTA:

- Sintetizar os aspetos mais relevantes abordados na consulta
- Esclarecer dúvidas
- Avaliar a necessidade de outra informação relevante ou alguma preocupação não respondida
- Esclarecer que será efetuado um contacto telefónico na véspera da admissão para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas

E. DOCUMENTAÇÃO DA CONSULTA:

- Documentar a consulta no Sistema de Informação em uso na instituição (SClínico®)
- Providenciar folheto informativo com resumo das informações relevantes

F. RESUMO DE ASPETOS A TER EM CONTA DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM:

- Estruturação do Plano de Cuidados Inicial, de acordo com os focos de atenção identificados na consulta
- Documentação dos dados colhidos durante a consulta no Sistema de Informação SClínico®
- Comunicar ao cirurgião e/ou anestesista algum dado considerado relevante
- Adequação do uso de linguagem técnico-científica, de acordo com o cliente
- Identificação de pontos e eventos críticos potencialmente associados a mal-estar, aumento da vulnerabilidade, crescente consciencialização da mudança, envolvimento mais ativo ou procura de informação
- Pedir ao cliente para no final recapitular a informação integrada
- Mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas adicionais
- Identificar indicadores de processo que representem uma transição saudável (como por exemplo, sentir-se ligado, sentimento de *empowerment*, redefinição de significados)

APÊNDICE XVI

Apresentação da formação à equipa de implementação da consulta

Dimensões da estrutura

Condições prévias para a consulta

Receção e avaliação do cliente

Informação a proporcionar ao cliente (e familiar/pessoa significativa, quando aplicável)

Síntese da consulta

Documentação da consulta

3

Condições prévias para a consulta

Local da consulta
Equipa responsável pela consulta
Outros aspetos a considerar

4

Local da consulta

☒ Gabinete da consulta externa

- Espaço calmo;
- Com privacidade;
- Com luz natural.



5

Equipa responsável pela consulta

☒ Enfermeiros do Serviço de [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

6

Outros aspetos a considerar

- ☑ O agendamento da consulta deverá ter em conta o número de deslocações do cliente à instituição (a realizar até 15 dias antes da admissão, pela secretária administrativa do serviço)
- ☑ Facilitar a **presença de familiar/pessoa significativa**, quando solicitado/desejado
- ☑ Realizar **contacto telefónico na véspera da admissão ao internamento**, para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas

7

Receção e avaliação do cliente

Receção do cliente
Avaliação do cliente

8

Receção do cliente

- ☑ Apresentar-se e explicitar os objetivos da consulta



9

Avaliação do cliente

Objetivos:

- ✓ Proporcionar um **ambiente de bem-estar**, de modo a **facilitar envolvimento**;
- ✓ Facilitar a **partilha de preocupações** de modo a **interpretar os significados** atribuídos pelo cliente
- ✓ Incentivar a **expressão de dúvidas e emoções** da pessoa que irá ser submetida a cirurgia geral programada
- ✓ Identificar as **necessidades informativas** do cliente
- ✓ Avaliar o **potencial de reconstrução de autonomia** do cliente no pós-operatório (tendo em conta a sua capacidade física e cognitiva)
- ✓ Ajudar o cliente a **antecipar necessidades** de modo a perspetivar a necessidade de ajuda
- ✓ Estimular a **participação do cliente nos cuidados**

10

Avaliação do cliente (cont.)

Estratégias:

- Identificar se é a **primeira experiência cirúrgica**
 - *Se não, analisar o significado atribuído a experiência(s) anterior(es)*
- **Avaliar o conhecimento** do cliente sobre a cirurgia a que vai ser submetido
- Avaliar a(s) **fonte(s) de informação utilizada(s)**, relacionada(s) com a cirurgia
 - *questionar onde procura informação*
- Identificar **sentimentos e crenças** relacionados com o período perioperatórios
 - *Por exemplo, o medo da anestesia e das complicações pós-operatórias*
- Avaliar o **apoio familiar**
 - *de acordo com o Modelo de Calgary*

11

Avaliação do cliente (cont.)

Estratégias: (cont.)

- Avaliar **sinais vitais**
 - *Tensão arterial e frequência cardíaca*
- Avaliar **parâmetros antropométricos**
 - *Altura e peso*
- Identificar os **antecedentes de saúde-doença**
- Avaliar os **hábitos de vida**
 - *Dietéticos, exercício físico, sono, consumo de álcool e tabaco*
- Identificar **alergias**
- Avaliar **condições habitacionais (quando aplicável) e recursos de saúde na comunidade**
 - *avaliação da necessidade de encaminhamento ao Serviço Social*

12

Informação a proporcionar ao cliente (e familiar/pessoa significativa, quando aplicável)

“Ensinos”

13

Informação a proporcionar

Objetivos:

- ✓ Informar a pessoa acerca de todo o **período perioperatório**
- ✓ Fornecer **informações adequadas** à clarificação de situações de modo a **facilitar a tomada de decisão do cliente**

14

Informação a proporcionar (cont.)

Tópicos:

- **Aspetos logísticos**
 - *bens pessoais a trazer para o hospital, medicação do domicílio, equipamento adaptativo, horários das visitas, contactos do serviço e previsão do número de dias de internamento*
- A necessidade de colocação de **Cateter Venoso Periférico** para administração de medicação
- A necessidade e especificação do **banho pré-cirúrgico**
- A necessidade de **remoção de adornos e próteses** dentárias
- A necessidade de **tricotomia**, quando adequado
- A especificação da **preparação intestinal** a realizar, quando aplicável

15

Informação a proporcionar (cont.)

Tópicos: (cont.)

- **Preparação respiratória**, quando aplicável
 - *ensino e instrução de exercícios respiratórios*
- A especificação do **jejum pré-operatório** recomendado
- Apresentação do **ambiente do Bloco Operatório** através de vídeo demonstrativo
- A eventual ocorrência de dor e **medidas de gestão da dor**
 - *explicar escalas de dor e terapias não farmacológicas para o controlo da dor*
- A necessidade de presença de **dispositivos médicos**
 - *explicar o que é, sensações associadas, a sua importância, tempo previsível de permanência, prevenção de complicações associadas*
- Alterações previsíveis nos **autocuidados**
 - *alimentar, transferir, posicionar, vestir, higiene, uso do sanitário*

16

Informação a proporcionar (cont.)

Tópicos: (cont.)

- A necessidade de **mobilização precoce e primeiro levante**, quando aplicável
 - *explicar o modo como será realizado e a sua importância*
- A necessidade de adequar a **alimentação no pós-operatório**, de acordo com o tipo de cirurgia
 - *momento previsto para a retoma da alimentação, necessidade de ajuste da dieta*
- A especificação relativa à **ferida cirúrgica**
 - *explicar a localização e dimensão previstas, prevenção de complicações associadas e necessidades de tratamento*
- A especificação dos **aspetos a considerar após a alta/regresso a casa**
- Estratégias para lidar com o **medo e ansiedade**
 - *musicoterapia, presença de familiar*

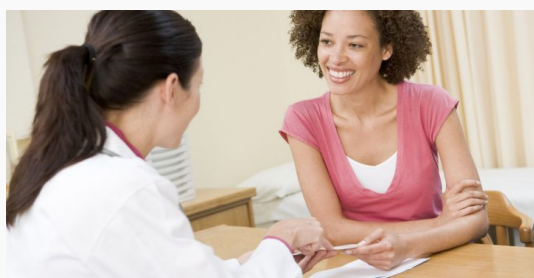
17

Síntese da consulta

18

Síntese da consulta

- ☑ Sintetizar os **aspetos mais relevantes** abordados na consulta
- ☑ Esclarecer **dúvidas**
- ☑ Avaliar a **necessidade de outra informação relevante** ou alguma **preocupação não respondida**
- ☑ Esclarecer que será efetuado um **contacto telefónico na véspera da admissão** para relembrar aspetos relevantes e esclarecer eventuais dúvidas



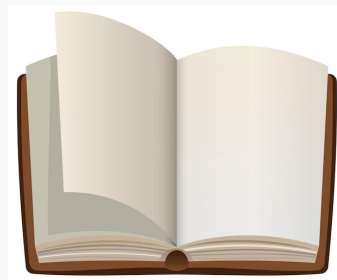
19

Documentação da consulta

20

Documentação da consulta

- ☒ Documentar a consulta no Sistema de Informação em uso na instituição (**SClínico®**)
- ☒ Providenciar **folheto informativo** com resumo das informações relevantes



21

Aspetos a ter em conta durante a consulta

Aspetos transversais

22

Aspetos a ter em conta durante a consulta

- ☑ Estruturar o **Plano de Cuidados Inicial**, de acordo com os focos de atenção identificados na consulta
- ☑ Documentar os dados colhidos durante a consulta no Sistema de Informação **SCLínico®**
- ☑ **Comunicar ao cirurgião e/ou anestesista** algum dado considerado relevante
- ☑ Adequar o uso de **linguagem técnico-científica, de acordo com o cliente**

23

Aspetos a ter em conta durante a consulta

- ☑ Identificar os **pontos e eventos críticos** potencialmente associados
 - ☑ a mal-estar e/ou aumento da vulnerabilidade
 - ☑ crescente consciencialização da mudança, envolvimento mais ativo ou procura de informação
- ☑ Pedir ao cliente para no final **recapitular a informação integrada**
- ☑ Mostrar disponibilidade para o **esclarecimento de dúvidas adicionais**
- ☑ Identificar indicadores de processo que representem uma **transição saudável**
 - ☑ como por exemplo, sentir-se ligado, sentimento de *empowerment*, redefinição de significados

24



25

G r a z i e OBRIGADO Gracias ありがとう Hvala obrigado Dēkuji Ngiyabonga Salamat sa iyo dank u wel kitos Faleminderit dankzij obrigado Diolch Āakujem kitos Thanks Danke choukrane Diolch Gratias ago tibi Xièxiè Grazie Mahalo Nandri Paldies Arigatō Cnaci6i Merci shukran terima kasih faleminderit Dhanyavād Gràcies T H A N K Y O U				CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM <i>Fase de planeamento e implementação</i>
Projeto de Doutoramento em Ciências de Enfermagem: "Construção e implementação de um modelo de Consulta de Enfermagem no Pré-operatório de Cirurgia Geral programada"				
abril, 2023				
Marco Gonçalves				

26

APÊNDICE XVII

Frames do vídeo demonstrativo do percurso do cliente

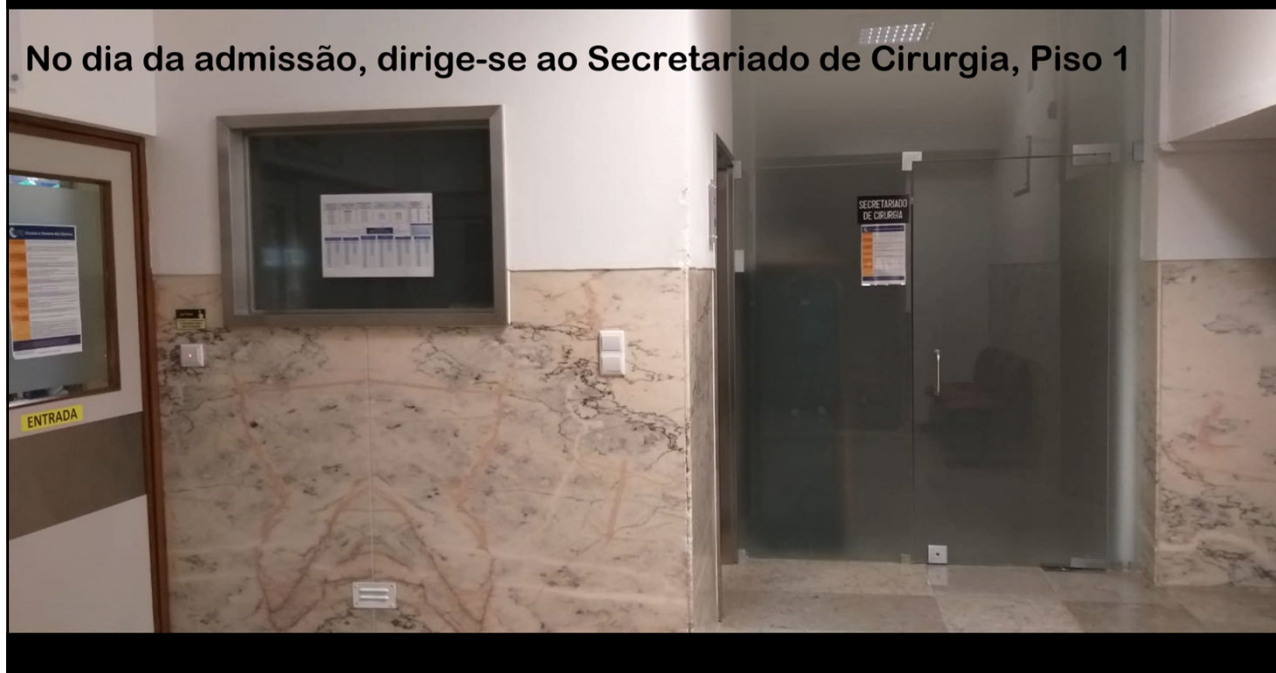
Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

O MEU PERCURSO NO DIA DA CIRURGIA...

COMO É O AMBIENTE DO BLOCO OPERATÓRIO?

Antes da cirurgia

No dia da admissão, dirige-se ao Secretariado de Cirurgia, Piso 1



Entrada do Internamento
da [REDACTED]





A casa de banho

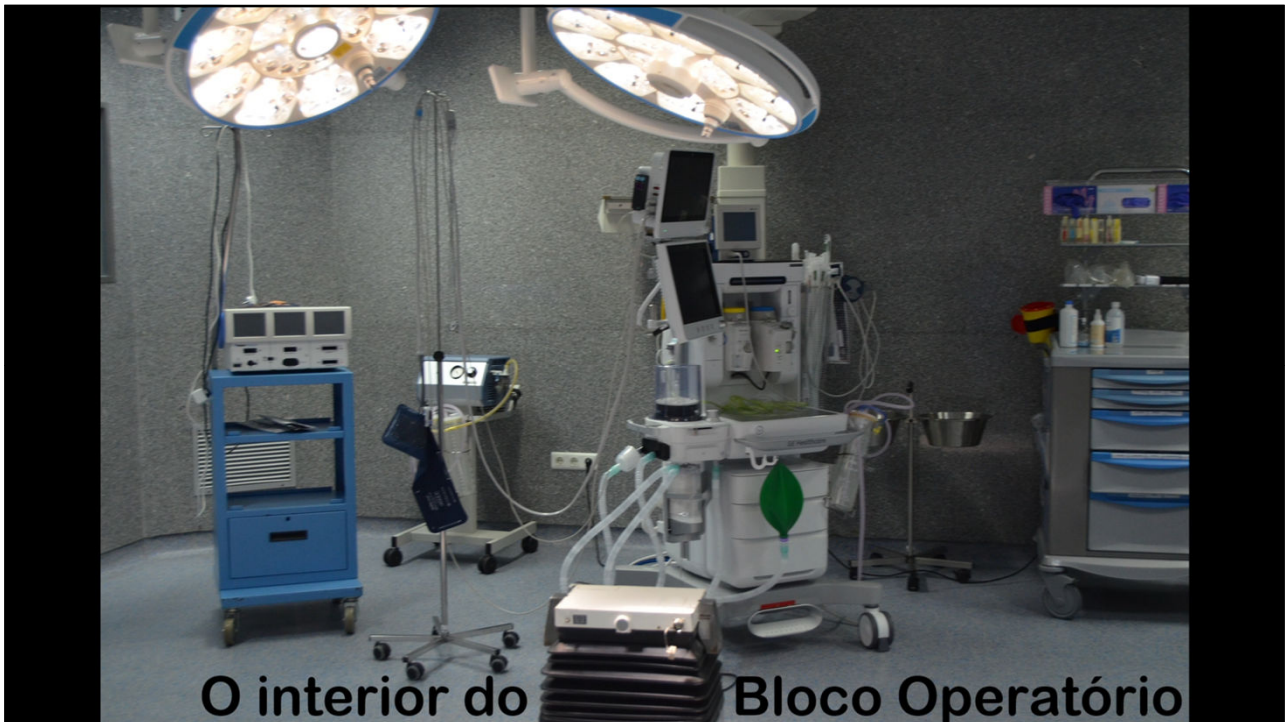


No dia da cirurgia











Depois da cirurgia



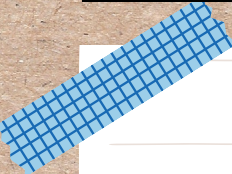
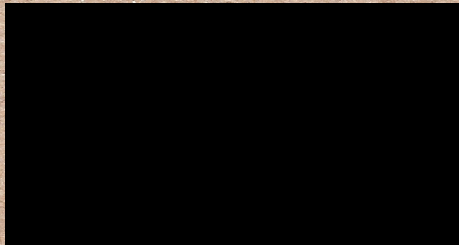
O recobro pós-anestésico

APÊNDICE XVIII

Folheto informativo fornecido aos clientes

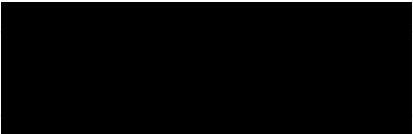


AS MINHAS NOTAS:



CONTACTOS:

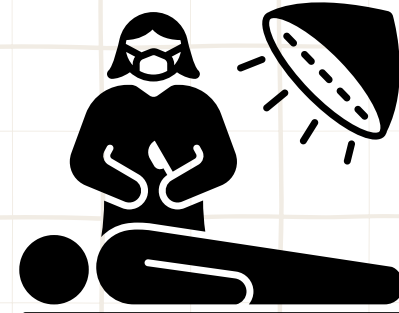
Telefone: 



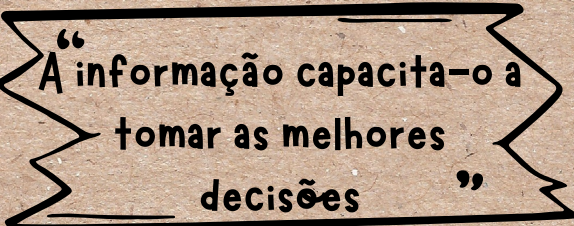
Horário das visitas: das 14h às 20h,
mediante marcação



CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



– CIRURGIA GERAL –



“A informação capacita-o a
tomar as melhores
decisões”



2023

INFORMAÇÕES

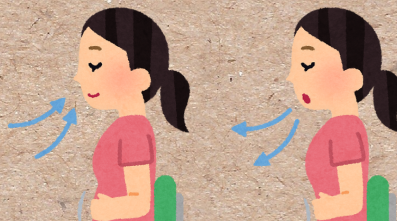
Antes do internamento:

- Receberá um telefonema de um Enfermeiro na véspera do internamento
- Bens pessoais a trazer para o hospital:
 - Pijama
 - Chinelos de quarto
 - Material higiene pessoal
 - Cartão de cidadão
 - Medicação do domicílio
 - Outros equipamentos (Ex: bipap)
- O hospital não se responsabiliza pelos bens do doente, pelo que deverá trazer o mínimo indispensável.



Na véspera da cirurgia ...

- Irão esclarecer-lhe qualquer dúvida que tenha
- Realizará o 1.º banho para preparação da pele, à noite, com um produto antisséptico
- Treino de respiração correta



- Necessidade de jejum pré-operatório, a partir da meia-noite

No dia da cirurgia ...

- Ser-lhe-á colocado um cateter para administração de medicação
- Realizará o 2.º banho para preparação da pele, até 2 horas antes
- Deve efetuar uma correta higiene oral
- Retirar adornos e próteses dentárias



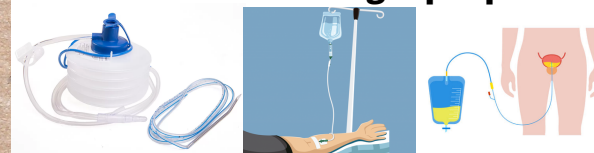
- Vestir bata hospitalar
- Irá na sua cama até ao Bloco Operatório, acompanhado pelo Enfermeiro e Assistente Operacional

Depois da cirurgia ...

- Se tiver dor, informe o enfermeiro



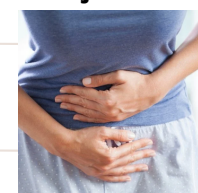
- Os dispositivos médicos que tiver serão removidos logo que possível



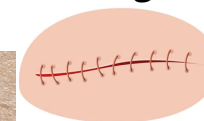
- É importante que se mobilize na cama e que faça o primeiro levante, logo que indicado



- Se tiver acessos de tosse e a ferida cirúrgica for abdominal, deve fazer ligeira contenção no abdómen



- Serão dadas indicações para continuação dos cuidados de penso à ferida cirúrgica, após a alta



APÊNDICE XIX

Formulário de consentimento informado aos clientes na consulta

INFORMAÇÃO AO UTENTE

O meu nome é Marco António Rodrigues Gonçalves, sou enfermeiro e encontro-me atualmente a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Estou a realizar um estudo de investigação que tem como objetivo principal implementar uma consulta pré-operatória de enfermagem aos utentes que irão ser submetidos a cirurgia geral programada, a fim de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao utente cirúrgico no período pré-operatório.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo e agradeço a colaboração, sendo deste modo pertinente esclarecer determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente.

Procedimentos: aplicação de questionários onde serão solicitadas algumas informações gerais sobre si e sobre a forma como se sente antes de uma intervenção cirúrgica. O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. Depois de concluído o trabalho poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente com o investigador.

Riscos: Não haverá danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais. A sua participação não causará impacto no seu tratamento clínico ou em tratamentos futuros.

Benefícios: Vai ter a oportunidade de manifestar os estados emocionais sentidos, ajudando a encontrar estratégias de avaliação, implementação e atuação eficazes pela equipa de enfermagem na preparação pré-operatória do doente cirúrgico.

Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar questões. Se decidir colaborar, peço-lhe que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. A qualquer momento poderá desistir de participar, o que não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma.

Confidencialidade: a garantia da confidencialidade será assegurada aos participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia

que os dados do trabalho só serão usados para o fim previsto. Este estudo foi sujeito a aprovação por uma Comissão de Ética.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: [REDACTED] (Enf.º Marco Gonçalves).

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

O enfermeiro

[REDACTED]

(Marco António Rodrigues Gonçalves)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente ao trabalho a desenvolver pelo Enf.º Marco António Rodrigues Gonçalves, com o título “Construção e implementação de um modelo de consulta de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia geral programada”, fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Utente”. Foi-me dada a oportunidade para colocar questões que julguei necessárias, às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar voluntariamente no estudo.

Assinatura do(a) participante

_____ Data ____/____/____

Assinatura do enfermeiro

_____ Data ____/____/____

APÊNDICE XX

Questionário do momento antes da consulta



(Pré-consulta)

QUESTIONÁRIO

Caro utente,

Sou Investigador e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do curso de Doutoramento. Para a concretização deste trabalho, necessito da sua colaboração, respondendo às questões que de seguida lhe apresento. As respostas são simples e têm por objetivo poder vir a melhorar os cuidados de Enfermagem que são realizados aos doentes que aguardam por uma cirurgia.

Não existem respostas certas ou erradas. Peço-lhe que não deixe nenhuma questão por responder.

As respostas serão usadas exclusivamente para a realização do estudo, pelo que a confidencialidade e o anonimato das respostas são garantidos.

Tem o direito de decidir livremente se quer ou não responder ao questionário.

Agradeço-lhe antecipadamente toda a atenção dispensada.

Março Gonçalves

PARTE I

Assinale com um ☒ a alternativa escolhida ou preencha as linhas em branco.

1) Idade: _____ Anos

2) Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3) Habilitações Literárias/Académicas:

1.º Ciclo Ensino Básico, 4.ª Classe (1.º - 4.º Ano) ☐

2.º Ciclo Ensino Básico (5.º - 6.º Ano) ☐

3.º Ciclo Ensino Básico (7.º - 9.º Ano) ☐

Ensino Secundário ou Equivalente (10.º - 12.º Ano) ☐

Curso Superior ☐

4) Situação Profissional: Estudante ☐ Empregado ☐ Desempregado ☐
Doméstica ☐ Reformado ☐

5) Estado Civil:

Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐ Divorciado/Separado de Facto ☐ Viúvo ☐

6) Número de elementos do agregado familiar: _____

7) Prevê ter visitas de familiares/amigos durante o internamento?

Não ☐ Sim ☐ Não sabe ☐

8) Alguma vez foi operado?

Não ☐ Sim ☐

Se respondeu SIM à questão anterior,

8.1) Houve alguma complicação na operação anterior? Não ☐ Sim ☐

9) Quanto tempo aguardou em lista de espera por esta operação?

10) A que é que vai ser operado? _____

PARTE II

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

(Desenvolvido por Charles Spielberger e colaboradores
Traduzido por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (Versão Experimental), 1995)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente agora, isto é, neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
1. Sinto-me calmo	①	②	③	④
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
3. Sinto-me tenso	①	②	③	④
4. Sinto-me sob pressão	①	②	③	④
5. Sinto-me à vontade	①	②	③	④
6. Sinto-me irritado	①	②	③	④
7. Actualmente, estou preocupado com coisas más que possam acontecer	①	②	③	④
8. Sinto-me satisfeito	①	②	③	④
9. Sinto-me assustado	①	②	③	④
10. Sinto-me confortável	①	②	③	④
11. Sinto-me confiante em mim próprio	①	②	③	④
12. Sinto-me nervoso	①	②	③	④
13. Sinto-me agitado	①	②	③	④
14. Estou indeciso	①	②	③	④
15. Sinto-me relaxado	①	②	③	④
16. Sinto-me contente	①	②	③	④
17. Estou preocupado	①	②	③	④
18. Sinto-me confuso	①	②	③	④
19. Sinto-me estável	①	②	③	④
20. Sinto-me bem	①	②	③	④

INSTRUÇÕES: A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **maior parte do tempo**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente geralmente:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
1. Sinto-me bem	①	②	③	④
2. Sinto-me nervoso e inquieto	①	②	③	④
3. Sinto-me satisfeito comigo próprio	①	②	③	④
4. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	①	②	③	④
5. Sinto que sou um fracasso	①	②	③	④
6. Sinto-me descansado	①	②	③	④
7. Sinto-me calmo e bem comigo mesmo	①	②	③	④
8. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não consigo vencê-las	①	②	③	④
9. Preocupo-me demasiado com coisas que na realidade não têm importância	①	②	③	④
10. Sou feliz	①	②	③	④
11. Tenho pensamentos que me incomodam	①	②	③	④
12. Tenho falta de confiança em mim próprio	①	②	③	④
13. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
14. Tomo decisões com facilidade	①	②	③	④
15. Sinto-me incapaz	①	②	③	④
16. Sinto-me contente	①	②	③	④
17. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e me incomodam	①	②	③	④
18. Levo as desilusões tanto a sério que não consigo deixar de pensar nelas	①	②	③	④
19. Sou uma pessoa estável	①	②	③	④
20. Fico tenso ou transtornado quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	①	②	③	④

PARTE III

ESCALA DE INFORMAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

(Adaptado de Gonçalves, 2016)

As afirmações que se seguem estão relacionadas com a informação que tem neste momento acerca da anestesia e cirurgia. Assinale com um (X) o nível de informação que tem.

<i>Estou informado(a) ...</i>	Nada	Pouco	^O suficiente	Demais
1. ... acerca do que me vão fazer antes da operação (Por exemplo: rapar dos pelos, duche, medicação).	☐	☐	☐	☐
2. ... da necessidade de fazer alguns exames (Por exemplo: eletrocardiograma, análises ao sangue, Raio-X ao Tórax) antes da operação.	☐	☐	☐	☐
3. ... acerca do tipo de operação a que vou ser sujeito.	☐	☐	☐	☐
4. ... da hora da operação.	☐	☐	☐	☐
5. ... sobre como se processa a anestesia.	☐	☐	☐	☐
6. ... sobre os vários locais por onde vou passar no dia da operação.	☐	☐	☐	☐
7. ... sobre o tipo de material que terei depois da operação (Por exemplo: soro, drenos, pensos, sondas).	☐	☐	☐	☐
8. ... sobre quando poderei ter visitas depois da operação.	☐	☐	☐	☐
9. ... sobre o que fazer quando tiver dores depois da operação.	☐	☐	☐	☐
10.... sobre quando me poderei levantar depois da operação.	☐	☐	☐	☐
11.... sobre como deverei fazer para tossir depois da operação.	☐	☐	☐	☐
12.... do modo como me deverei movimentar na cama depois da operação.	☐	☐	☐	☐
13.... sobre quando é que o meu intestino vai começar a funcionar depois da operação.	☐	☐	☐	☐
14.... sobre quando poderei beber e comer depois da operação.	☐	☐	☐	☐
15.... sobre quanto tempo poderei ficar internado no hospital.	☐	☐	☐	☐
16.... acerca dos cuidados a ter depois da alta (esforços, alimentação, pensos).	☐	☐	☐	☐

**Muito obrigado pelo tempo dispensado a preencher este
questionário**
Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas

APÊNDICE XXI

Questionário do momento após a consulta



(Pós-consulta)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

(Desenvolvido por Charles Spielberger e colaboradores)

Traduzido por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (Versão Experimental), 1995)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **agora, isto é, neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
1. Sinto-me calmo	①	②	③	④
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
3. Sinto-me tenso	①	②	③	④
4. Sinto-me sob pressão	①	②	③	④
5. Sinto-me à vontade	①	②	③	④
6. Sinto-me irritado	①	②	③	④
7. Actualmente, estou preocupado com coisas más que possam acontecer	①	②	③	④
8. Sinto-me satisfeito	①	②	③	④
9. Sinto-me assustado	①	②	③	④
10. Sinto-me confortável	①	②	③	④
11. Sinto-me confiante em mim próprio	①	②	③	④
12. Sinto-me nervoso	①	②	③	④
13. Sinto-me agitado	①	②	③	④
14. Estou indeciso	①	②	③	④
15. Sinto-me relaxado	①	②	③	④
16. Sinto-me contente	①	②	③	④
17. Estou preocupado	①	②	③	④
18. Sinto-me confuso	①	②	③	④
19. Sinto-me estável	①	②	③	④
20. Sinto-me bem	①	②	③	④

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Classifique o seu grau de concordância para cada uma das afirmações seguintes, desde **Discordo totalmente** até **Concordo totalmente**:

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Considero importante a realização da consulta	☐	☐	☐	☐	☐
2. A consulta de enfermagem ajudou-me a ficar menos ansioso	☐	☐	☐	☐	☐
3. Considero que o conteúdo da consulta de enfermagem me ajudará a prevenir complicações	☐	☐	☐	☐	☐
4. Percebi tudo aquilo que me foi dito pelos enfermeiros na consulta	☐	☐	☐	☐	☐
5. Os assuntos abordados foram de encontro às minhas expectativas	☐	☐	☐	☐	☐
6. Tive oportunidade de apresentar as minhas dúvidas e colocar questões	☐	☐	☐	☐	☐

Classifique agora as afirmações seguintes de **Muito mau** a **Muito bom**:

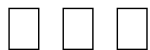
	Muito mau	Mau	Nem bom nem mau	Bom	Muito bom
1. Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros	☐	☐	☐	☐	☐
2. Competência e profissionalismo dos enfermeiros	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ambiente da consulta	☐	☐	☐	☐	☐
4. Em termos globais, como avalia a consulta	☐	☐	☐	☐	☐

Acrescente aqui outras informações que considere importantes:

**Muito obrigado pelo tempo dispensado a preencher este
questionário**
Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas

APÊNDICE XXII

Questionário do momento da admissão ao internamento



(Internamento)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

(Desenvolvido por Charles Spielberger e colaboradores)

Traduzido por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (Versão Experimental), 1995)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **agora, isto é, neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
1. Sinto-me calmo	①	②	③	④
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
3. Sinto-me tenso	①	②	③	④
4. Sinto-me sob pressão	①	②	③	④
5. Sinto-me à vontade	①	②	③	④
6. Sinto-me irritado	①	②	③	④
7. Actualmente, estou preocupado com coisas más que possam acontecer	①	②	③	④
8. Sinto-me satisfeito	①	②	③	④
9. Sinto-me assustado	①	②	③	④
10. Sinto-me confortável	①	②	③	④
11. Sinto-me confiante em mim próprio	①	②	③	④
12. Sinto-me nervoso	①	②	③	④
13. Sinto-me agitado	①	②	③	④
14. Estou indeciso	①	②	③	④
15. Sinto-me relaxado	①	②	③	④
16. Sinto-me contente	①	②	③	④
17. Estou preocupado	①	②	③	④
18. Sinto-me confuso	①	②	③	④
19. Sinto-me estável	①	②	③	④
20. Sinto-me bem	①	②	③	④

ESCALA DE INFORMAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

(Adaptado de Gonçalves, 2016)

As afirmações que se seguem estão relacionadas com a informação que tem neste momento acerca da anestesia e cirurgia. Assinale com um (X) o nível de informação que tem.

<i>Estou informado(a) ...</i>	Nada	Pouco	O suficiente	Demais
1. ... acerca do que me vão fazer antes da operação (Por exemplo: rapar dos pelos, duche, medicação).	☐	☐	☐	☐
2. ... da necessidade de fazer alguns exames (Por exemplo: eletrocardiograma, análises ao sangue, Raio-X ao Tórax) antes da operação.	☐	☐	☐	☐
3. ... acerca do tipo de operação a que vou ser sujeito.	☐	☐	☐	☐
4. ... da hora da operação.	☐	☐	☐	☐
5. ... sobre como se processa a anestesia.	☐	☐	☐	☐
6. ... sobre os vários locais por onde vou passar no dia da operação.	☐	☐	☐	☐
7. ... sobre o tipo de material que terei depois da operação (Por exemplo: soro, drenos, pensos, sondas).	☐	☐	☐	☐
8. ... sobre quando poderei ter visitas depois da operação.	☐	☐	☐	☐
9. ... sobre o que fazer quando tiver dores depois da operação.	☐	☐	☐	☐
10.... sobre quando me poderei levantar depois da operação.	☐	☐	☐	☐
11.... sobre como deverei fazer para tossir depois da operação.	☐	☐	☐	☐
12.... do modo como me deverei movimentar na cama depois da operação.	☐	☐	☐	☐
13.... sobre quando é que o meu intestino vai começar a funcionar depois da operação.	☐	☐	☐	☐
14.... sobre quando poderei beber e comer depois da operação.	☐	☐	☐	☐
15.... sobre quanto tempo poderei ficar internado no hospital.	☐	☐	☐	☐
16.... acerca dos cuidados a ter depois da alta (esforços, alimentação, pensos).	☐	☐	☐	☐

**Muito obrigado pelo tempo dispensado a preencher este
questionário**

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética

Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.
para difusão

Exmo. Senhor

08/04/19
[Redacted]

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA

DATA

N.º 074/CES

03-04-2019

Proc. N.º [Redacted] -138-18

ASSUNTO: " Estudo Observacional: Construção e Implementação de um Modelo de Consulta de Enfermagem no Pré-Operatório de Cirurgia Geral Programada"

Entrou na CES: 04-01- 2019

Investigador/es: Marco António Rodrigues Gonçalves, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Serviço de realização: Cirurgia Geral e B.O. (HUC e HG)

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do [Redacted], reunida em 19 de Março de 2019, considerou que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emitiu parecer favorável ao seu desenvolvimento no [Redacted]

Mais informa que a CES do [Redacted] deverá ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética para a Saúde do [Redacted]

Prof. Doutor [Redacted]

Presidente

ANEXO II

Autorização institucional para a realização da investigação



A CA
R
16/4/2019

Conselho de Administração
Autorizada
18/4/2019

Exmo Senhor

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA

DATA

-138-18

10-04-2019

ASSUNTO: Aprovação do Projecto de Investigação -138-18

A pedido de **Marco António Rodrigues Gonçalves, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA GERAL PROGRAMADA"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex^a. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º 2483 Pcs
Origem
Data 16/4/2019

ANEXO III

Autorização para utilização da versão do STAI-Y de Spielberger

Caro Colega:

Agradeço o seu interesse nos instrumentos,

State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Terei todo o gosto em lhe disponibilizar este(s) instrumento(s) para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a várias populações. As condições para a utilização deste(s) instrumento(s) estão indicadas abaixo. Depois de receber esta carta devidamente assinada e acompanhada de um resumo breve do seu estudo, enviar-lhe-ei uma cópia do(s) instrumento(s).

Garantirei permissão para a utilização deste(s) instrumento(s) se:

1. Receber uma cópia do resumo da investigação que se propõe realizar (1 parágrafo);
2. Tiver um compromisso de receber os resultados do seu estudo;
3. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade obtidos na sua investigação;
4. Tiver garantia de que não serão realizadas outras análises psicométricas além das que estão contempladas na sua investigação
5. Todas as referências ao(s) instrumento(s) realizadas neste trabalho ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionados incluïrem a citação da autoria do(s) instrumento(s) ou da sua adaptação, conforme indicado no cabeçalho do mesmo.
6. Todas as referências ao(s) instrumento(s) realizadas neste trabalho ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionados incluïrem a citação da autoria do(s) instrumento(s) ou da sua adaptação, conforme indicado no cabeçalho do mesmo.

Concordo com as condições acima e incluí um resumo breve do estudo que me proponho realizar.

Assinatura _____ Data 26/11/2018

Nome Marco António Rodrigues Gonçalves

Endereço _____

Telefone (Trabalho) _____ (Casa) _____

E-Mail: enfmarco.pbl@gmail.com

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Dra. Teresa McIntyre
TIMES & Dept. Psychology
University of Houston, USA
mmmccintyre@uh.edu

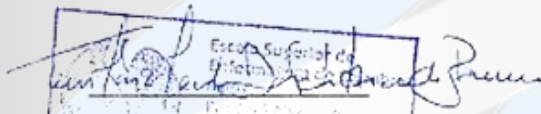
ANEXO IV

Declaração de submissão do Artigo 5

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que o artigo “Impacto da implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem: um estudo pré-experimental”, da autoria de Marco António Rodrigues Gonçalves, Maria Aurora Gonçalves Pereira e Natália de Jesus Barbosa Machado, foi submetido para avaliação no processo editorial da Revista de Enfermagem Referência.

Coimbra, 04 de fevereiro de 2025


Tereza Barroso
Professora Coordenadora, Ph.D., ESEnFC
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
Editora Chefe da Revista de Enfermagem Referência

Scopus

SciELO

WORLD CHINESE

RCNRP

reDalyC

CINAHL

DOAJ

EBSCO

bvs

latindex

RED Edit

CUIDEN

Cantárida

CIBERE

index

