

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Mestrado Integrado em Medicina

2012/2013

SATISFAÇÃO DO DOENTE EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Estudante:

Sofia Isabel Carneiro Pereira Guerra Tavares

Trabalho realizado sobre a orientação de:

Ana Margarida Pinheiro Povo

Junho 2013

*Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Medicina submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar*

Satisfação do Doente em Cirurgia de Ambulatório

Correspondência:

Autora: Sofia Isabel Carneiro Pereira Guerra Tavares

Categoria: 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313 PORTO

E-mail: sofx_tavares@hotmail.com

Orientadora: Dr.ª Ana Margarida Pinheiro Povo

Categoria: Assistente convidada da Faculdade de Medicina do Porto,
Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral

Coorientadora: Maria do Sameiro Ramos Caetano Pereira

Categoria: Assistente Hospitalar Graduada, Consultora de Angiologia e Cirurgia
Vascular

*"No matter what measures are taken, doctors will sometimes falter,
and it isn't reasonable to ask that we achieve perfection.*

What is reasonable is to ask that we never cease to aim for it."

Atul Gawande

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-------|
| 1.Siglas..... | 2 |
| 2.Resumo | 3 |
| 3.Abstract | 5 |
| 4.Introdução..... | 6 |
| 5.Discussão | 9 |
| 5.1.Cuidados pré-cirúrgicos..... | 9 |
| 5.1.1.Informação..... | 10 |
| 5.1.2.Expetativas do doente..... | 12 |
| 5.1.3.Disponibilidade e disposição do doente | 13 |
| 5.1.4.Características individuais | 14 |
| 5.2.Após a admissão..... | 15 |
| 5.2.1.Tempo de espera..... | 15 |
| 5.2.2.Ansiedade..... | 15 |
| 5.2.3.Atitude e comportamento dos profissionais de saúde | 17 |
| 5.2.4.Anestesia..... | 17 |
| 5.3.Alta e follow-up..... | 18 |
| 5.3.1.Critérios de alta..... | 18 |
| 5.3.2.Instruções | 19 |
| 5.3.3.Complicações | 20 |
| 5.3.4.Independência do doente..... | 21 |
| 5.3.5.Readmissão..... | 22 |
| 6.Preferência do doente por cirurgia de ambulatório..... | 23 |
| 7.Conclusão..... | 24 |
| Referências bibliográficas | 27 |
| Apêndice I | I-XIV |

1.SIGLAS

- AS – Ambulatory Surgery.
- CA – Cirurgia de Ambulatório.
- CPA – Clínica de Pré-Admissão.
- EUA – Estados Unidos da América.

2.RESUMO

A cirurgia de ambulatório (CA) é uma área em contínua expansão e desenvolvimento que oferece importantes desafios no que diz respeito à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Entre estes, a satisfação do doente é provavelmente o mais complexo, pois depende da percepção de um indivíduo inserido num meio sociocultural dinâmico e que é portador de crenças, receios e características únicas, tornando a sua inserção em parâmetros de avaliação objetivos e mensuráveis uma tarefa extremamente difícil.

A modalidade de CA apresenta vantagens económicas e a oportunidade de permitir o rápido regresso do doente ao conforto do seu lar, desde que sejam cumpridas todas as medidas que garantam a sua segurança e completa recuperação.

O objetivo desta dissertação é identificar fatores condicionantes da satisfação do doente em CA de forma a utilizá-los na construção de um inquérito que averigue este parâmetro de qualidade numa perspetiva não só técnica mas também biopsicossocial.

A discussão foi dividida em três etapas: cuidados pré-cirúrgicos, pós-admissão e alta e follow-up.

Fatores como a abordagem na pré-admissão, o cancelamento de cirurgias, a informação prestada ao doente e a consideração das suas expectativas, condição sociocultural, disposição e disponibilidade, assim como das suas características individuais são determinantes para a avaliação da sua satisfação com a etapa pré-operatória da CA.

Após a admissão consideraram-se o tempo de espera, ansiedade, ambiente e condições das instalações da unidade de CA, atitude e comportamento dos profissionais de saúde e qualidade dos cuidados anestésicos como os parâmetros mais relevantes para a satisfação do doente.

Por último, na etapa que diz respeito à alta e follow-up, destacou-se a necessidade da prestação contínua de cuidados num procedimento longe de estar isento de complicações.

A maioria dos doentes demonstra preferência por CA em relação à cirurgia com internamento. Quando tal não acontece devemos averiguar porquê, pois com a otimização dos fatores enunciados a insatisfação do doente deverá ser uma situação extremamente excepcional.

No Apêndice I encontra-se um questionário baseado nos fatores estudados nesta dissertação que poderá ser utilizado como um método de avaliação da satisfação do doente em cirurgia de ambulatório.

Palavras-chave: Cirurgia de Ambulatório; Satisfação do Doente; Qualidade dos cuidados de saúde; Questionários; Clínica de pré-admissão.

3. ABSTRACT

Ambulatory surgery (AS) is an area in continuous expansion and development that offers significant challenges with regard to the assessment of quality of health services. Among these, patient satisfaction is probably the most complex, because it depends on the perception of a single individual inserted into a dynamic sociocultural environment and bearer of unique beliefs, fears and characteristics, making his inclusion in objective and measurable evaluation parameters an extremely difficult task.

The modality of AS includes economic benefits and the opportunity to allow the rapid return of the patient to the comfort of his home, provided that of all the measures to ensure their safety and full recovery are accomplished.

The objective of this dissertation is to identify constraint factors affecting the patient satisfaction in AS in order to use them in the construction of a survey to inquire this quality parameter in a not only technical but also biopsychosocial perspective.

The discussion was divided into three stages: pre-surgical care, post-admission and discharge and follow-up.

Factors such as the approach in pre-admission, the cancellation of surgeries, the information provided to the patient and consideration of his expectations, sociocultural status, willingness and availability, as well as his individual characteristics are decisive for the evaluation of his satisfaction with the AS pre-operative stage.

After admission was considered that the waiting time, anxiety, ambience and conditions of the AS unit facilities, attitude and behavior of health professionals and quality of the anesthetic care were the most relevant parameters to patient satisfaction.

Finally, in the step regarding to discharge and follow-up, the need for providing continuous care in a procedure far from being free of complications was emphasized.

Most patients show a preference for AS compared to inpatient surgery. When this does not happen we need to find out why, because with the optimization of the set factors the dissatisfaction of the patient should be an extremely exceptional event.

At the Appendix I is presented a questionnaire based on the factors discussed in this dissertation which can be used as a method for assessing patient satisfaction in ambulatory surgery.

Key words: Ambulatory Surgery; Day Surgery; Patient Satisfaction; Quality of Health Care; Questionnaires; Pre-admission clinic.

4. INTRODUÇÃO

A cirurgia de ambulatório define-se como a admissão de doentes selecionados para um procedimento cirúrgico previamente planeado, após o qual estes regressam a casa no mesmo dia (1).

Este conceito, porém, não é recente. Já em 1909, Nichol relatou cerca de 9000 procedimentos pediátricos tais como a correção de lábio leporino, de hérnias, pé boto ou mastoidite (1) em regime ambulatório. No entanto, a verdadeira modernização e expansão da CA iniciou-se a partir dos anos 50 (2), tendo sofrido um aumento muito pronunciado a partir dos anos 70 (3). O desenvolvimento de novas técnicas anestésicas e cirúrgicas, assim como a adoção de novas estratégias políticas na área da saúde, permitiram um drástico aumento no número e complexidade dos procedimentos passíveis de serem realizados em CA (1) (4) (5). Estima-se que a CA constitua cerca de 50 a 80% de todos os procedimentos cirúrgicos realizados atualmente nos países desenvolvidos (3), sendo que os EUA, Canadá e países escandinavos apresentavam em 2009 as maiores percentagens (6). Em Portugal, entre 2005 e 2009, registou-se uma duplicação do número de procedimentos cirúrgicos em ambulatório (7) .

Embora possamos admitir, tendo em conta o que foi dito, que os procedimentos cirúrgicos em CA constituam uma prática relativamente comum nos últimos 60 anos, a aceitação total destes pelo doente deu-se de forma muito gradual e ainda encontra vários obstáculos.

A CA reveste-se de inúmeras vantagens em relação ao tradicional regime de internamento uma vez que demonstrou ser uma forma económica, segura e eficiente de prestar serviços de saúde e de gerir recursos (8) (5), principalmente numa era em que os custos associados à área da saúde têm crescido exponencialmente (9). Para além disto, um dos pressupostos da CA é que o doente passe a ter uma maior autonomia e responsabilidade perante a sua saúde, o que se enquadra perfeitamente na perspetiva biopsicossocial da medicina do século XXI.

De fato, esta modalidade cirúrgica permite reduzir as listas de espera, diminuir a ansiedade causada pela antecipação do internamento (10), diminuir a incidência de complicações cirúrgicas (11) (12) e oferecer um rápido retorno do doente à sua rotina habitual (3) (13) (14). Vários estudos demonstraram que a oferta de CA diminui o impacto psicológico que um procedimento cirúrgico comporta, tendo sido objetivada uma redução significativa da enurese noturna e de distúrbios do sono em crianças, assim como uma menor disfunção cognitiva pós cirúrgica em idosos (1) (15) (16).

Porém, existem algumas desvantagens que podem influenciar a decisão do doente em optar por realizar CA e que devem ser tidas em conta quando se pretende

alcançar a excelência. Náuseas, vômitos e outras complicações relacionadas com a alta precoce do doente da unidade, controlo inadequado da dor, repouso insuficiente no domicílio e maior responsabilidade depositada sobre a família e sobre os serviços de saúde comunitários, são alguns dos fatores que podem contribuir para uma visão mais negativa da CA (3), sendo que assegurar um bom acompanhamento pré, intra e pós cirúrgico é essencial.

Dado que os doentes costumam ter alta cerca de 6 horas após o procedimento (17), é importante que exista uma boa estratégia de follow-up que assegure a continuidade de cuidados. É também importante ter noção de que a transferência de um doente para casa pode estar na génese de um importante problema socioeconómico, dado que implica que a atividade do cuidador do doente fique também limitada devido à responsabilidade que assumiu (5). A CA só poderá atingir plenamente o seu potencial quando todos estes fatores forem cuidadosamente considerados.

A satisfação do doente é um importante indicador do desempenho de um sistema de saúde (18) (19) (20). É também uma forma de prever a aceitação de novas formas de intervenção e é frequentemente inserida como variável em resultados de ensaios clínicos (18), sendo evidente a sua ascendência sobre o aumento da participação do doente, cerne de toda a prática médica, na avaliação da eficácia da prestação de cuidados em ambulatório. Quando esta é atingida, relaciona-se diretamente com uma maior confiança nos profissionais de saúde, um maior cumprimento do tratamento e das recomendações e com uma melhor qualidade de vida (18). Para além disto, um doente insatisfeito irá transmitir esse sentimento aos indivíduos com quem habitualmente convive, o que terá um impacto negativo na imagem dos cuidados de saúde (21).

A satisfação é um dado subjetivo, cujo limiar sobe quando as expectativas são altas (18) (22). A quantificação desta experiência é, portanto, extremamente complexa e multidimensional, envolvendo aspetos socioculturais (18) (22) (23) que vão muito para além do ato cirúrgico. Do ponto de vista do doente, a qualidade não só é determinada pelo resultado do tratamento, mas também pelos moldes em que todo o processo à volta deste se desenrolou (23). Tal inclui fatores como a acessibilidade, conforto, capacidade de resposta, competência dos profissionais de saúde, informação e continuidade de cuidados (22).

Infelizmente, são poucos os instrumentos validados para a medição da satisfação dos doentes cirúrgicos (18). Em Portugal, só 43,3% dos hospitais é que utilizam o grau de satisfação para aferir a opinião dos doentes em relação ao Sistema Nacional de Saúde e à CA (7). Devemos ter em conta que diretrizes baseadas na preferência dos doentes irão provavelmente ter melhores resultados do que aquelas que são feitas sem a ponderação deste fator (24).

O sucesso de uma unidade de CA depende da aplicação de um método multidisciplinar e racional no qual os doentes e as suas famílias desempenham um papel central (25). É impensável que, sendo o objetivo a prestação de um serviço, a satisfação que este proporciona não seja avaliada pelo principal interessado.

Assim, este artigo de revisão pretende analisar os fatores que contribuem para a satisfação do doente no contexto da CA, assim como aquilo que pode ser realizado para os otimizar no sentido de melhorar a qualidade do serviço.

Para além disto, irá ser proposta a realização de um questionário (que se encontra nos apêndices) que poderá ser utilizado como um instrumento de avaliação da satisfação do doente no Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória do Centro Hospitalar do Porto.

5.DIUSSÃO

5.1.CUIDADOS PRÉ-CIRÚRGICOS

O caminho que leva o doente a entrar no bloco operatório de uma unidade de CA tem início muito antes desse momento. Uma preparação correta do doente é essencial para o sucesso do procedimento e passa por verificar a disposição e a disponibilidade que este tem para realizar a cirurgia e por prestar a informação e apoio adequados. A educação pré-operatória envolve o suporte psicológico, treino de competências, informação sobre o desconforto que pode ocorrer no pós-operatório e a descrição do comportamento que se espera do doente (26). Serão estes os pontos abordados nesta parte do trabalho, focando sempre o seu impacto na satisfação do doente.

São dois os tipos de cuidados de pré-admissão que demonstraram ser úteis quer para o doente, quer para a própria unidade de CA: Telefonemas ou questionários e a marcação de uma consulta de pré-admissão dias antes da cirurgia (27) (28). Estas abordagens são utilizadas quer em adultos, quer em crianças, e criam uma oportunidade para avaliar os doentes em risco de desistir ou de adiar a cirurgia (3).

Os telefonemas demonstraram ser especialmente úteis para aconselhar e esclarecer os doentes, confirmar a sua comparência, avaliar a sua condição de saúde num momento mais próximo ao da cirurgia, fornecer instruções sobre o tempo de jejum, tipo de medicação que podem continuar a tomar, horas de chegada no dia do procedimento e número de familiares permitidos na área de recuperação (29). São também muito eficazes na redução do número de desistências em CA (27), particularmente se forem realizados no dia anterior ao da cirurgia, altura em que a maior parte destas ocorre (29). Permitem ainda uma maior aproximação entre os profissionais de saúde e os doentes, criando uma relação de confiança mútua que permita um resultado mais gratificante.

Os programas de visita domiciliária após a realização de um telefonema não demonstraram ser mais eficazes do que o simples contato telefónico em reduzir o número de desistências (30). É importante referir que, segundo um estudo realizado por A. Jiménez et.al. o fator mais relevante para a ocorrência do cancelamento de cirurgias foi a indisponibilidade de recursos (29), o que pode levar a uma insatisfação com este tipo de serviço, principalmente porque leva à frustração do doente, assim como à depreciação da imagem da cirurgia de ambulatório na comunidade.

A clínica de pré-admissão (CPA), onde é realizada a avaliação pré-operatória dos doentes e é fornecida informação escrita e verbal sobre o procedimento a realizar (31), contribui para uma maior satisfação do doente (3) e deve ser considerada um órgão

essencial de todo o processo de CA (31). De fato, sabe-se que estas contribuem para uma diminuição da ansiedade (32), para um aumento da confiança e maior entendimento do procedimento e das instruções pré e pós cirúrgicas (3) (28) (33), permitindo o esclarecimento de dúvidas e a avaliação das expectativas do doente em relação à sua recuperação (31) (34). As CPA têm ainda um importante papel na redução do número de desistências, não só em cirurgia de ambulatório, mas em todos os tipos de cirurgia eletiva (29).

M.A. Caljouw et al. concluiu que a informação e a relação entre os profissionais de saúde e o doente eram os maiores determinantes para a satisfação do doente com o cuidado pré-operatório, sendo que estes dois elementos se sobrepunham frequentemente (23). Assim, podemos inferir a importância que uma CPA pode ter na potenciação da satisfação do doente uma vez que permite a aplicação destes dois fatores em simultâneo, dando um rosto à instituição quer do ponto de vista material quer do ponto de vista humano.

De fato, sessões de esclarecimento prévias ao dia da cirurgia, tais como as anteriormente mencionadas, são habitualmente preferidas pelos doentes, uma vez que a informação prestada nos períodos imediatamente pré ou pós cirúrgicos tende a ser esquecida, quer devido ao estado ansiogénico do doente antes da cirurgia, quer devido à parca capacidade de atenção provocada pela analgesia no pós-operatório (32) (35) (36) (37).

A CA pode provocar uma grande ansiedade nos doentes, por estes possuírem uma orientação limitada no ambiente cirúrgico (21). Uma visita do doente à unidade, de forma a ocorrer uma familiarização com esta é desejável. Num estudo realizado por M. Mitchell em 1997, 71% dos doentes inquiridos desejavam ter visitado a unidade antes do dia da cirurgia (38).

5.1.1. INFORMAÇÃO

À medida que a CA se tornou uma opção cada vez mais popular, o tempo disponível para aconselhar o doente sofreu uma redução significativa (39). A importância dada ao estado geral de saúde e à rápida recuperação pós-operatória e o fato de a convalescença ocorrer no domicílio contribuem para que a prestação de informação seja atualmente um dos maiores desafios com que a CA se depara (40). Tal é especialmente verdade no mundo ocidental, onde os doentes se mostram mais preocupados e exigentes com detalhes sobre a sua saúde e desejam ter a possibilidade de avaliar várias opções de tratamento (41).

Uma das lacunas mais frequentemente apontadas pelos doentes que realizaram CA é a falta de informação, especialmente escrita (40). Esta é um importante elemento do cuidado centrado no doente pois permite-lhe efetuar decisões informadas, fortalecendo o processo de consentimento (42). J.J. Mira et al., verificaram que o consentimento informado aumentava em 7,62 vezes a probabilidade de satisfação do doente (22).

É um fato assente que a prestação de informação ao doente está relacionada com um aumento da sua satisfação (43), o que se revela num menor número de desistências, numa diminuição dos níveis de ansiedade quer do doente, quer da sua família (3) e numa diminuição do trauma psicológico (35) e da morbidade pós-operatória (40).

M. Mitchell concluiu que 99% dos doentes gostaria de ter acesso a informação quer verbal quer escrita, preferencialmente uma a três semanas antes da cirurgia (36). Outros estudos concluíram ainda que a maioria dos doentes achava a informação verbal mais adequada (34), sendo que esta preferência pode dever-se ao receio camuflado de que os folhetos informativos possam substituir um esclarecimento mais personalizado por parte do médico (44). Porém, é preferível que se forneça a informação das duas formas, caso seja possível (32), pois é a melhor maneira de evitar más interpretações por parte dos doentes (13).

A informação deve ser prestada de forma clara e consistente, procurando-se um consenso entre as diferentes opiniões dos peritos envolvidos e utilizando uma linguagem acessível à população geral, evitando a utilização de jargões médicos (32) (39). O doente e o seu cuidador devem ter a capacidade de compreender toda a informação prestada, caso contrário perde-se o objetivo deste item.

Convém ainda ressaltar que, numa modalidade em que se pretende uma maior responsabilização do doente, e numa época em que a medicina pretende abandonar a postura paternalista que imperou até há relativamente pouco tempo, o envolvimento do doente no processo de decisão deve ser uma parte integrante na progressiva melhoria e evolução dos critérios de qualidade em CA.

Assim, deve ser fornecida informação relacionada com o tipo de cirurgia que irá ser realizada, focando aspetos tais como a dor e desconforto (3), o tipo de sutura e de ferida cirúrgica e possíveis limitações expectáveis nas atividades habituais do doente (34). A anestesia geral tem sido repetidamente anunciada como o aspeto que mais ansiedade provoca em relação à necessidade de informação (40), pelo que devemos ter em conta este fator na construção do nosso plano informativo.

Sempre almejando altos padrões de qualidade, devemos ter em conta que a informação deve adequar-se ao doente que a recebe. Os doentes precisam e querem

informação personalizada (35), sendo que nem todos os doentes necessitam da mesma quantidade e qualidade de informação para se sentirem seguros e confiantes (36).

Uma má percepção em relação à informação prestada no pré-operatório influencia negativamente a forma como o doente vai encarar as informações fornecidas *a posteriori* (34).

No entanto, devemos ter em conta que a prestação de informação, por si só, é insuficiente para a preparação dos doentes (40). Todas as atividades que possam promover a sensação de segurança e que possam ajudar a que o doente não se sinta desvalorizado devem ser encorajadas (45).

O doente deve mostrar interesse e vontade em realizar CA e a presença de um cuidador adulto e responsável em casa pelo menos nas primeiras 24 horas após a cirurgia deve estar assegurada. O doente e o seu cuidador devem ter acesso a um telefone e possuírem boas condições habitacionais, compatíveis com o cuidado pós-operatório pretendido (1).

É ainda necessário que o doente se encontre num bom estado geral de saúde ou, caso sofra de patologias crónicas, que haja um controlo adequado destas, de forma a permitir a realização da cirurgia sem riscos acrescidos. (1) (3).

5.1.2. EXPETATIVAS DO DOENTE

As expectativas do doente têm um grande peso na forma como este vai apreciar o processo por que vai passar, o que torna a sua averiguação importante (4) (31) (32) (46). A satisfação do doente depende, se aprofundarmos suficientemente a questão de um ponto de vista conceptual, quase exclusivamente da diferença entre a expectativa e a percepção (47) .

Quando o doente entra numa instituição de saúde para receber um determinado serviço, parte do princípio que vai ser tratado como um indivíduo único, com a sua história passada e circunstâncias de vida respeitadas (21).

Um grande número de doentes desenvolve ansiedade devido às expectativas que cria em relação aos cuidados de enfermagem (48). Outros fatores que provocam bastante ansiedade e defraudam as expectativas do doente são o tempo de espera e a noção de um período de recuperação muito mais curto do que aquele que se verifica (49). Num estudo realizado por J. Donoghue, et al. 33% dos doentes propostos para cirurgia cistoscópica não tinham planeado tirar nenhum dia de baixa do seu emprego habitual (31).

Uma boa prestação de informação tem, portanto, um grande peso na tentativa de corrigir a diferença por vezes desmoralizadora entre o ideal e o real.

5.1.3.DISPONIBILIDADE E DISPOSIÇÃO DO DOENTE

Outro fator que deve ser averiguado é a disponibilidade e a vontade do doente para realizar a cirurgia. Para além de estar apto a nível físico, o doente deve estar apto a nível psicossocial (50).

A CA implica a transferência de cuidados do hospital para casa, o que obriga à presença de um adulto responsável e capaz que interrompa o seu quotidiano para auxiliar o doente. Este suporte inclui prestar apoio em atividades da vida diária, assegurar o cumprimento das instruções pós-operatórias e avaliar o progresso do doente (26). Ao aceitarem este compromisso, quer o doente, quer o seu cuidador, assumem um papel decisivo no sucesso da cirurgia (5). Num estudo realizado por J. Bain, et al., 89% dos doentes tinham um acompanhante para os levar a casa após a cirurgia mas apenas 76% asseguravam a presença de um cuidador adulto durante a primeira noite (13). Isto está bastante longe do ideal, refletindo-se numa preferência em 13% dos doentes em ficarem internados na primeira noite após a cirurgia (13).

A distância entre a residência do doente e a unidade de CA deve também ser apurada, por uma questão de verificar a exequibilidade de um transporte confortável e seguro do doente. As recomendações em relação a este parâmetro são bastante arbitrárias e não têm em conta o estado físico e intelectual do doente, o tipo de cirurgia efetuada nem o tipo e condições do meio de transporte escolhido (51). A situação social poderá ter um peso superior ao da distância propriamente dita, pelo que deverá ser avaliada.

Se todos estes fatores forem tidos em conta e existir um bom apoio comunitário, uma boa comunicação com o médico de família do doente e um fornecimento de informação e educação suficientes ao doente e ao seu acompanhante, a distância percorrida não deverá ser uma barreira impeditiva de realizar a cirurgia (51).

A perceção de risco tem também influência na forma como o doente encara a CA. Foi sugerido que os doentes lidam com esta perceção de duas formas, frequentemente sobrepostas: Através da pesquisa de fatos científicos para tranquilização, o chamado “modelo de ator racional” e através de crenças irracionais como a superstição, fé e confiança (52).

Uma atenção particular tem sido dada à forma sensacionalista como os media apresentam os riscos e erros cirúrgicos, uma vez que podem gerar pânico e histeria coletiva, muitas vezes infundados (53), mas que afetam a forma como os potenciais

doentes vão encarar a sua cirurgia, diminuindo a sua disposição e a aceitação do procedimento.

Em geral, os doentes têm a ideia de que a CA comporta menos riscos do que a cirurgia em regime de internamento, sendo que podemos inferir que veem esta opção como uma forma de gestão de risco, o que se torna fundamental na preferência do doente pela cirurgia de ambulatório (53).

5.1.4. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS

A satisfação do doente é, obviamente, indissociável das características do indivíduo.

A idade é um determinante bem reconhecido na satisfação do doente, sendo que os doentes mais velhos mostram-se globalmente mais satisfeitos com o cuidado recebido, com a informação prestada, com a simpatia dos profissionais de saúde e com o tempo de espera (22) (24) (44) (46) (54). No entanto, tendem a ter uma maior dificuldade em lidar com todo o processo de CA, o que se pode dever a uma maior carga de obrigações sociais assim como a um maior número de dependentes associados (36).

O nível de educação pode também influenciar a satisfação do doente, sendo que a maioria dos estudos observou uma maior satisfação nos doentes com nível académico inferior (55), o que pode estar relacionado com um igualmente menor grau de exigência por parte deste grupo (54). Os doentes com um nível superior de educação tendem também a ser mais rigorosos com a forma como os profissionais de saúde se dirigem a eles e com a atitude com que os abordam (22).

Porém, quer os doentes mais novos, quer os com um nível de educação superior, sentem que há uma maior consideração em relação à sua ansiedade por parte dos profissionais de saúde do que os doentes mais velhos e menos instruídos (55).

Relativamente ao sexo, num estudo realizado por E. Wallin, et al., que foi de encontro a conclusões já obtidas anteriormente, não se conseguiu demonstrar uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres (55) no que diz respeito à satisfação com CA. Porém, as mulheres tendem a demonstrar mais receios do que os homens, particularmente em relação à anestesia (24).

A. Waghorn e M. McKee verificaram que existia uma diferença significativa entre a satisfação das minorias étnicas em relação à da população geral, sendo que estas apresentavam um grau inferior de satisfação quer com a duração das consultas quer com a forma como sentiam que eram tratadas (44).

5.2.APÓS A ADMISSÃO

5.2.1.TEMPO DE ESPERA

O tempo de espera prolongado num ambiente cirúrgico pode induzir stress adicional sobre um indivíduo que já se encontrava previamente nervoso, representando uma das maiores causas de descontentamento apontadas pelos doentes (22) (40). Embora a chegada do doente com alguma antecedência permita que os enfermeiros e anestesistas completem a sua avaliação e determinem a segurança da realização da cirurgia, todo este processo pode revelar-se extremamente ansiogénico para ele e para a sua família (21). À medida que o tempo passa, a ansiedade e a agitação aumentam, e uma perceção de desorganização e de desrespeito pode ser concebida (32).

O tempo de espera em qualquer tipo de unidade de serviços de saúde relaciona-se intimamente com a satisfação do doente. Tempos de espera superiores a 15 minutos podem influenciar negativamente a satisfação do doente até 94% (21).

Torna-se, então, necessário prestar uma justificação sobre as razões que podem estar a causar os atrasos (13) (40) de forma a minimizar o sentimento de inquietação do doente e dos seus acompanhantes e evitar que estes se sintam negligenciados.

5.2.2. ANSIEDADE

A ansiedade manifesta-se psicologicamente, fisicamente e socialmente (21). M. Mitchell verificou a presença de um estado ansioso, no dia da cirurgia, em 97% dos doentes (36).

Quando os doentes chegam à unidade cirúrgica entram num mundo que não lhes é familiar e sentem a sua intimidade exposta. A antecipação de um procedimento anestésico e cirúrgico pode precipitar a ansiedade do doente podendo inclusivamente vir a condicionar a sua recuperação e repercutir-se em alterações fisiológicas adversas no pós-operatório (9).

São várias as causas precipitantes de ansiedade num doente que vai realizar um procedimento cirúrgico. A ansiedade pode começar logo no trajeto para o hospital ou unidade de CA, devido, por exemplo, ao receio de chegar atrasado (12).

A anestesia é um das maiores preocupações manifestadas pelos doentes (38) (53). Os doentes temem acordar a meio da cirurgia, ou não acordar de todo, interrogam-se sobre o desconforto da máscara anestésica e receiam a ocorrência de lesão cerebral irreversível e de náuseas e vômitos pós-operatórios. O estado de inconsciência a que vão estar submetidos é uma noção estranha e obscura, havendo uma sensação de perda total de controlo. A taquicardia é geralmente mais pronunciada durante a indução

anestésica (12), provavelmente devido à carga psicológica que estas apreensões exercem nesse momento.

Outras causas de ansiedade prendem-se com dúvidas sobre a cirurgia em si (38), com o receio de dor e desconforto no pós-operatório e com o próprio tempo de espera, como já foi anteriormente mencionado. A falta de informação, como já também foi referido, é um relevante fator gerador de ansiedade (37).

A ansiedade pode também ser exacerbada pela privação de sono. A alteração dos padrões de sono é reconhecida como uma das suas maiores causas precipitantes (9). Segundo um estudo realizado por Larrañaga et al. 66,8% dos doentes submetidos a CA possuíam distúrbios severos na qualidade do sono na noite anterior à da cirurgia (9). O alívio da ansiedade do doente e a melhoria da sua qualidade de sono são importantes na redução de custos porque minimizam a morbilidade pós-operatória e permitem uma alta mais precoce para o domicílio.

Felizmente, há estratégias que ajudam a atenuar a ansiedade pré-operatória, tais como a apresentação de uma área de admissão agradável com cores tranquilizantes, controlo de temperatura confortável, música ambiente e presença de uma zona com revistas, jogos de tabuleiro e televisores para entretenimento (3) (21) (56). A existência de uma área de recreação para crianças, quer sejam doentes ou familiares destes, também é desejável (21).

Aspetos relacionados com o ambiente da enfermaria e área de admissão provaram ser úteis na redução da ansiedade em 51% dos doentes num estudo realizado por M. Mitchell (36). Algum sucesso foi também obtido com a utilização de técnicas de relaxamento, tais como estímulos audiovisuais (38) (33). A manipulação do ambiente é extremamente importante quer para distrair o doente e os familiares da noção do tempo, quer para afastar os seus pensamentos de outras preocupações (21).

Outra forma eficaz de redução da ansiedade é a possibilidade de conversar com um enfermeiro antes da cirurgia (33). Segundo M. Mitchell, 72% da ansiedade dos doentes pode ser reduzida com este diálogo (36).

Uma comunicação empática com prestação de informação detalhada, garantida pela equipa médica e de enfermagem, sobre o tipo de cirurgia e os riscos e benefícios associados a esta, pode ter um efeito terapêutico superior ao dos barbitúricos na redução da ansiedade, permitindo uma recuperação facilitada (9) (57). De fato, este é o método mais comunmente utilizado para a preparação psicológica dos doentes que vão ser submetidos a CA (38).

Os doentes muitas vezes sabem o que os pode auxiliar na diminuição da sua ansiedade daí que a introdução de uma componente de escolha pessoal pode ser tudo o que é necessário em alguns casos (58).

5.2.3. ATITUDE E COMPORTAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os doentes percecionam muitas vezes a qualidade em termos da resposta dos profissionais de saúde às suas necessidades (21). Assim, é natural que ao serem recebidos por alguém que os guie com respeito, cordialidade e educação e que lhes explique claramente as regras da unidade, os seus direitos e obrigações e descreva o que vai acontecer a seguir, se sintam mais satisfeitos com o serviço prestado (22).

A atitude e humanidade dos enfermeiros, médicos, cirurgiões e assistentes hospitalares, aliados à preocupação, disponibilidade, sensibilidade e apoio são importantes indicadores da satisfação do doente (18). A atenção prestada, com um sentimento genuíno, é crucial para o estabelecimento de uma relação baseada na confiança. É importante para o doente sentir que tem tempo e oportunidade para exprimir os seus receios, sentimentos e experiências (55). É também relevante incluir os familiares ou acompanhantes, providenciando-lhes informações sobre o tempo que terão de aguardar e sobre o estado do seu ente querido (21).

Comportamentos de reafirmação tais como o toque, manutenção do contato visual e proximidade enquanto se fala com o doente numa linguagem livre de tecnicismos são importantes para ampliar a sua sensação de segurança (59).

Por último, em hospitais com ensino universitário, como é o caso do Centro Hospitalar do Porto, deve ter-se o cuidado em restringir o número de estudantes de medicina em cerca de dois a três por doente, especialmente se este for do sexo feminino (60).

5.2.4. ANESTESIA

A anestesia tem sido repetidamente citada como o aspeto que mais ansiedade causa (40) nos doentes. A informação e o cuidado personalizado por parte dos profissionais de saúde demonstraram ser um dos principais fatores de satisfação do doente em relação à anestesia (57) (61) .

O cuidado continuado pelo anestesista é definido pela presença de um único anestesista a providenciar a avaliação pré-operatória, consentimento informado, cuidado anestésico e visita pós-operatória (61) e é um fator crucial para a satisfação do doente com a anestesia, embora nem todos os estudos tenham chegado a esta conclusão (57).

É de ainda de realçar que, em condições ideais, o doente também prefere ser visto sempre pelo mesmo cirurgião (60).

5.3. ALTA E FOLLOW-UP

Para que o doente tenha uma recuperação que permita o sucesso do investimento que nele foi realizado, é necessário um conjunto de estratégias de cuidado continuado que incluem não só aquele que é prestado no domicílio pelo cuidador mas também o seguimento por parte da unidade de CA, de forma a assegurar a qualidade do serviço e a satisfação do doente. Um retorno seguro ao domicílio implica uma correta seleção dos doentes para CA e uma boa preparação quer informativa quer psicológica para o pós-operatório (62).

Algumas das razões de insatisfação dos doentes que prefeririam ter passado a noite no hospital prendem-se com o desejo de recuperarem totalmente da anestesia, com a ansiedade devido à possível ocorrência de complicações em casa e com o receio de não conseguirem ter o descanso apropriado no domicílio (14).

O sucesso de todo o processo de alta deve incluir a existência de protocolos de instruções escritas para apoio do doente, informação verbal e contato telefónico de follow-up (26).

5.3.1. CRITÉRIOS DE ALTA

O elo mais fraco em CA é, muitas vezes, o momento da alta dos doentes (63). Estes devem ser vistos no pós-operatório pelo anestesista e cirurgião que estiveram envolvidos no seu caso (1).

Os critérios que mais consensualmente são utilizados para dar alta a um doente incluem a estabilização dos sinais vitais durante pelo menos uma hora (64), a orientação do doente no tempo e no espaço, o controlo adequado da dor (65), implicando o fornecimento de analgesia oral e de instruções sobre a sua utilização, capacidade de deambulação (64), presença mínima de náuseas, vômitos ou tonturas, capacidade de ingerir de fluidos, presença vestigial ou ausência de hemorragia ou drenagem da ferida cirúrgica, manutenção da diurese, presença de um adulto responsável para acompanhamento até ao domicílio e de um cuidador pelo menos para as próximas 24 horas, informações escritas e verbais sobre o cuidado pós-operatório, conhecimento da data da consulta de follow-up e a provisão de um contato de emergência (1). A decisão de dar alta a um doente deve ter ainda em conta aspetos como a idade e a distância a que fica a casa da unidade de CA (26).

A utilização da própria percepção do doente sobre o seu estado de saúde pode ser útil no processo de alta e demonstrar-se uma boa alternativa para reduzir a duração da sua estadia na unidade (63), assim como para diminuir a probabilidade de instigação de processos litigiosos (66).

No entanto, a alta dada prematuramente pode levar mais tarde à readmissão e deve ser vista como uma falha dos cuidados de saúde, devendo por isso ser evitada (64). Outra situação a evitar é a retenção dos doentes que possuem todos os critérios de alta por um período de tempo superior ao necessário devido a razões que transcendem a área médica, tais como a reavaliação por enfermagem e o tempo de espera pelo transporte e/ou acompanhante (63).

5.3.2. INSTRUÇÕES

Na modalidade de CA, o cuidado pós-operatório anteriormente prestado por profissionais de saúde qualificados passa para as mãos do doente e dos seus familiares (19) sendo importante o fornecimento de informações claras (5) (40).

É, portanto, compreensível que os cuidados pós-operatórios sejam considerados em vários estudos como o mais importante elemento na satisfação do doente (33).

Muitos doentes sentem-se mal preparados para o pós-operatório, ansiosos, sem capacidade e sem informação adequada para conseguirem tratar de si próprios e sem à vontade para pedirem ajuda profissional adicional (4). A ausência ou o atraso dos cuidados de follow-up assim como a falta ou insuficiência de informação escrita, causa insatisfação nos doentes que realizaram CA (67).

As instruções dadas ao doente e ao seu cuidador devem focar aspetos tais como o controlo da dor (incluindo as modalidades disponíveis, as escalas de dor que podem ser utilizadas e a intensidade que deve ser esperada (20)), cuidados de penso e de higiene pessoal, contraindicações em conduzir e no caso de estas existirem qual o período de restrição, ingestão de álcool, possíveis complicações e desconforto, nível de atividade diária recomendada, efeitos secundários associados à medicação e formas de os reconhecer e ainda contactos de emergência disponíveis (3) (26) (40) (62). Sabe-se que as informações verbais prévias à cirurgia e imediatamente após esta não são bem assimiladas, pelo que devem ser sempre fornecidas instruções escritas aos doentes e aos acompanhantes (64).

O fornecimento de contatos telefónicos para esclarecimento de dúvidas e até, em certos casos, para apoio emocional (35), principalmente nas primeiras 24 horas após a cirurgia (67), é essencial, e pode incluir o número do cirurgião, da unidade de CA e do serviço de urgência mais próximo (26).

O contato realizado pela própria unidade no dia seguinte ao da cirurgia, para evitar a sensação de abandono e averiguar as experiências e perceções dos doentes, o cumprimento das instruções dadas e a existência de dúvidas adicionais, é de extrema importância (2) (4) (45) (68), uma vez que assegura a continuidade de cuidados (26). Tal

é fundamental para permitir uma maior satisfação do doente (13), sendo que a maioria prefere ser contactada brevemente após a sua alta e mais do que uma vez durante a primeira semana de recuperação (67).

Muitos doentes temem tornar-se um fardo ao contactarem a unidade ou então que lhes seja pedido para regressarem a esta. Para além disto, alguns nem sempre seguem as informações escritas que lhes foram entregues (35). Daí a utilidade de existir um contacto realizado pela própria unidade (4) (69), no dia a seguir à cirurgia e possivelmente num período mais tardio da recuperação (35).

Os doentes devem então ser bem informados e encorajados a utilizar os contatos providenciados, até como uma forma de prevenir a sobrelotação dos médicos de família (49) (67) (70). Esta necessidade de fornecer informação individualizada e compreensível torna-se cada vez mais importante à medida que procedimentos mais complexos são realizados em indivíduos menos saudáveis (31).

5.3.3. COMPLICAÇÕES

Um quarto dos doentes que realizam CA experiencia um espectro de sintomas indesejados especialmente na primeira noite após a alta da unidade (13) (67). As complicações pós-operatórias devem ser alvo de atenção uma vez que podem levar à perda da atividade do doente por um período superior ao esperado, limitando não só o seu quotidiano e vida profissional mas possivelmente também a do seu cuidador (70).

A mortalidade e complicações major são muito infrequentes em CA, sendo que as suas taxas chegam a ser inferiores às da população geral (62).

A maior parte das complicações esperadas após o retorno a casa são dor, náuseas, vômitos e distúrbios do sono (35) (40), assim como cansaço e hemorragia ou outras complicações da ferida cirúrgica (67). A maioria das unidades de CA visa o completo controlo das três primeiras antes da alta (70).

O controlo da dor pós-operatória é um fator decisivo na satisfação do doente em CA (20) (22) (54). Continua a verificar-se que os doentes experienciam níveis inaceitáveis de dor no pós-operatório (8) (5), sendo que a execução de procedimentos cada vez mais elaborados e potencialmente mais dolorosos em CA contribui para o aumento do número dos que padecem desta complicação. Este é um problema extremamente atual uma vez que, se a analgesia não acompanhar as exigências do desenvolvimento da CA podemos atingir um “passo limitante” em que o desconforto do doente se confronte com as vantagens económicas desta abordagem (20).

O controlo inadequado da dor é uma das principais razões para atraso na alta e readmissão (1) (19) (69), sendo o principal motivo de contacto do médico de família nesta

fase (31) (35) e ocorrendo em cerca de um quarto dos doentes nas 24 horas que seguem a cirurgia (64), podendo manter-se para além do terceiro dia de recuperação (8).

É extremamente importante que a analgesia seja eficaz, segura, tenha poucos efeitos secundários e que seja facilmente administrada no domicílio (20) (65) (69).

A dor é mais prevalente quando a informação pós-operatória é escassa (37), em jovens do sexo masculino, em doentes com um índice de massa corporal acima do normal e em cirurgias mais prolongadas (69). O tipo de cirurgia realizada relaciona-se com a intensidade da dor experienciada pelos doentes (64) (65) (69).

Muitos doentes têm percepções erradas sobre o conceito de dor (20), motivadas por atitudes e crenças que os impedem de aderir corretamente à analgesia (8) (65), tais como efeitos adversos anteriormente experienciados, estoicismo e orgulho, desvalorização da dor, tolerância aumentada ou ideia de que a ausência de dor pode camuflar a percepção da sua evolução (8).

A ocorrência de náuseas e vômitos é geralmente mais comum no sexo feminino e após cirurgias gastrointestinais (70) e ocorre num número considerável de doentes no pós-operatório imediato, não sendo considerado um problema grave enquanto estes se encontram monitorizados na unidade de recobro. Um bom protocolo de profilaxia antiemética pode reduzir significativamente a incidência desta complicação (54), tirando-a da “lista negra” de causas de insatisfação do doente.

Convém ter ainda em conta que estas complicações não são completamente dissociáveis, uma vez que a dor pós-operatória, especialmente a de origem pélvica e visceral, pode levar à ocorrência de náuseas e vômitos (70), pelo que incidir apenas na prevenção de uma delas pode revelar-se fútil.

Um número significativo de doentes experiencia ainda uma sensação de cansaço nos dias que se seguem à cirurgia (19) (35).

Uma boa preparação psicológica dos doentes, aliada a um uso otimizado da analgesia e a um maior cuidado intraoperatório de modo a evitar complicações da ferida cirúrgica deverá diminuir consideravelmente a incidência de complicações, tornando-as raras ou, idealmente, inexistentes (62).

5.3.4. INDEPENDÊNCIA DO DOENTE

A doença é uma experiência desestabilizadora que frequentemente despoja o sujeito da sensação de autocontrolo, individualidade, privacidade e dignidade (18).

O encorajamento da participação do doente no processo de decisão clínica é um aspeto decisivo que deve ser tido em conta quando se avalia a qualidade dos cuidados

prestados (22) uma vez que aumenta consideravelmente a satisfação do doente (23) (63).

O fornecimento de informação é uma das melhores formas de potenciar a sensação de controlo e independência do doente (21).

A evolução da relação médico-doente, embora de uma forma ainda um tanto utópica, pressupõe que a responsabilidade das decisões clínicas deve recair essencialmente sobre o doente, com o médico a atuar como uma fonte de informação e conselho (44). O aumento da sensação de controlo, real ou percebido, e de autoeficácia levam a resultados mais positivos após a cirurgia (36)

5.3.5. READMISSÃO

A maioria dos motivos de readmissão prende-se com complicações cirúrgicas (10) (50) (64), sendo que os problemas mais comuns são os vômitos incoercíveis e a dor severa (1). A incorreta seleção dos doentes, ausência de um acompanhante, ocorrência de hemorragia, febre, necessidade de uma cirurgia mais extensa e problemas sociais também são causas, não tão frequentes, de readmissão (10) (25) (62). As taxas de readmissão vão aumentando à medida que as unidades de CA vão realizando mais casos de cirurgia major (1) em doentes com um estado de saúde mais debilitado (25). Idealmente, a incidência de readmissão deveria ser inferior a 1% (13) (64).

As cirurgias com mais complicações antecipadas devem ser agendadas para o início do dia para assegurar que os doentes não necessitarão de admissão noturna por falta de tempo para assegurar todos os critérios de alta (3).

Embora a readmissão seja considerada um dos mais importantes indicadores de qualidade em CA, o seu controlo tem várias limitações que se prendem com a subjetividade na avaliação da gravidade das complicações, com o grau de tolerância dos doentes face a estas e com a qualidade do cuidado prestado pelos serviços de saúde comunitários (25).

Este é um ponto importante na satisfação do doente, uma vez que uma readmissão inesperada pode gerar um sentimento de frustração num doente que se preparou para regressar e ficar em casa.

6. PREFERÊNCIA DO DOENTE POR CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Os doentes que realizam CA apresentam, regra geral, uma maior satisfação do que os doentes internados (71).

No entanto, embora a maioria demonstre preferência e recomende o regime ambulatório de cirurgia, ainda existem casos em que o doente manifesta um desejo de passar a noite em observação no hospital (14) (32), por uma questão de segurança.

As razões que levam um doente a sentir-se intranquilo de modo a manifestar esta vontade devem ser sempre averiguadas porque irão provavelmente estar associadas a uma falha na otimização dos determinantes de satisfação mencionados ao longo deste trabalho.

7. CONCLUSÃO

A satisfação do doente é uma ferramenta valiosa na avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Ao longo deste trabalho foram evidenciados vários fatores que influenciam a satisfação do doente em CA. Foram também discutidas formas de a exponenciar recorrendo a abordagens de carácter técnico, humano, institucional e cultural.

A discussão encontra-se dividida em três momentos decisivos do processo de CA de forma a identificar em cada um deles parâmetros condicionantes da perceção e consequentemente da preferência ou rejeição desta modalidade por parte do doente.

No que diz respeito aos cuidados pré-cirúrgicos podemos concluir que uma abordagem por telefonema ou na CPA, para além de permitir a educação pré-operatória em condições desejáveis de atenção e capacidade intelectual, a avaliação do estado psicológico e físico do doente e a redução do número de desistências, proporciona uma oportunidade de exposição de receios e dúvidas que, quando recebidos com abertura e empatia, potenciam a relação de confiança com os profissionais de saúde repercutindo-se numa maior satisfação. Este conjunto de vantagens torna as CPA num órgão que deverá estar presente nas unidades de CA que desejem cumprir altos padrões de qualidade.

Os cancelamentos em CA ocorrem muitas vezes devido à indisponibilidade de recursos, gerando sentimentos de frustração importantes nos doentes que já se encontravam preparados para enfrentar a cirurgia, o que pode inclusive desacreditar esta modalidade perante a população em geral.

A visita prévia do doente à unidade de CA, pode ajudar a reduzir os seus níveis de ansiedade, permitindo uma familiarização com o ambiente onde este vai expor a sua intimidade e depositar o cuidado do seu próprio corpo nas mãos de outrem.

A prestação de informação qualitativa e quantitativamente adequada ao doente sobre o percurso que vai desde a consulta de pré-admissão à sua completa recuperação é importante não só porque fortalece o processo de consentimento e reduz a ansiedade do doente como também atinge um dos principais objetivos da medicina do século XXI: O envolvimento informado do doente no processo de decisão clínica. Um doente bem informado é um doente, por norma, satisfeito.

As expectativas do doente em relação à forma como o seu caso vai ser conduzido devem ser averiguadas, dado que a satisfação ou insatisfação nasce da diferença entre estas e a perceção gerada. A sua apetência física e psicossocial deve igualmente ser investigada, pois na sua ausência, se persistirmos com o processo de CA, vamos inevitavelmente deparar-nos com falhas.

A avaliação da satisfação do doente deve ainda ter em conta fatores tais como a idade, sexo, educação e etnia.

A forma como a preparação do doente é conduzida gera um efeito de cascata no decurso do processo de CA, pelo que assegurar a qualidade e satisfação com esta fase é determinante para o doente aceite positivamente as etapas seguintes.

Os aspetos identificados no momento “Após admissão” que influenciam a satisfação do doente e que devem ser otimizados no sentido de a maximizar foram o tempo de espera até à realização da cirurgia, a ansiedade e as estratégias utilizadas para a reduzir, a atitude e comportamento dos profissionais de saúde e a forma de prestação dos cuidados anestésicos.

A última etapa abordada, descreve a necessidade de um cuidado continuado dos doentes, pois apesar de no contexto de CA a recuperação e maioria dos cuidados pós-cirúrgicos serem realizados no domicílio, com a inerente responsabilização do doente e do seu cuidador, um largo espetro de complicações, de dúvidas e de anseios podem surgir, sendo que o doente não pode ser deixado ao abandono, até porque tal gera um enorme sentimento de insatisfação. A prestação de informação volta a ser destacada neste ponto, principalmente no que diz respeito às instruções sobre os cuidados pós-operatórios e esclarecimento das complicações que podem ocorrer.

Deve evitar-se a readmissão dos doentes, pois para além de defraudar as suas expectativas com a CA, gera implicações logísticas e económicas que contrariam o propósito desta modalidade.

É importante que ao longo de todo o processo o doente sinta a sua individualidade, privacidade e independência respeitadas, assumindo um papel ativo nas decisões tomadas.

A satisfação do doente não só em cirurgia de ambulatório, mas em qualquer serviço de saúde prestado, é um processo complexo, multifatorial e de difícil avaliação. Não nos podemos esquecer que há um sentimento de dependência importante do doente em relação aos profissionais de saúde encarregues pelo seu cuidado, e que isto pode condicionar o relato crítico e sincero deste. Daí, a imperatividade de informar o doente de que as ferramentas utilizadas para avaliar este parâmetro garantem o anonimato.

No apêndice I encontra-se a proposta de um inquérito de satisfação ao doente relativamente à CA baseado nos fatores evidenciados como os mais determinantes ao longo deste trabalho.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha orientadora, a D^{ra}. Ana Povo, por toda a paciência e tempo dispensado no desenvolvimento deste trabalho.

Gostaria de agradecer, em seguida, aos meus pais, pela prova viva de dedicação e apoio constantes ao longo da minha vida. Por último, um especial agradecimento à minha avó, porque sem a sua mão amiga durante a minha infância e sorriso orgulhoso durante a minha juventude não teria aqui chegado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gandhimani P, Jackson IJB. UK guidelines for day surgery. *Surgery (Oxford)*. 2006;24(10):346-9.
2. Salet G, Go P. Patient survey after inguinal hernia repair in ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*. 1993;1:194-6.
3. Pearson A, Richardson M, Cairns M. "Best practice" in day surgery units: a review of the evidence. *Ambulatory Surgery*. 2004;11(1-2):49-54.
4. Mottram A. 'They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish': a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *Journal of clinical nursing*. 2011 Nov;20(21-22):3143-51. PubMed PMID: 21762418.
5. Santos R, Gomes A, Almeida M, Coelho S. Impact of Ambulatory Surgery in the daily life of patients and their caregivers. *Ambulatory Surgery*. 2012;18(2):39-41.
6. Virtanen H, Salanterä S, Johansson K, Heikkinen K, Hiltunen A, Kaljonen A, et al. A survey of patients' personal expenditure related to ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*. 2009;15(4):73-6.
7. Lemos P. A Huge Increase in Ambulatory Surgery Practice in Portugal. *Ambulatory Surgery*. 2011;17(1):2-8.
8. Older C, Carr E, Warr J. An Exploration of Patient Decision Making regarding the use of analgesic after Day Case Surgery. *Ambulatory Surgery*. 2007;13(1):16-22.
9. Larrañaga E, Martín-Pérez E, González A, Cardeñoso P, Blanc G, Serrano PA. Ambulatory surgery and sleep disorders. *Ambulatory Surgery*. 1998;6:145-7.
10. Zulfiquer FA, Pattanayak K. Evaluation of unplanned admission following day surgery at a new surgical centre in London. *Ambulatory Surgery*. 2009;15(4):93-6.
11. Fenton-Lee D, Riach E, Cooke T. Patient acceptance of day surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1994;76:332-4.
12. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British journal of anaesthesia*. 2009 Aug;103(2):199-205. PubMed PMID: 19483203.
13. Bain J, Kelly H, Snadden D, Stains H. Day surgery in Scotland patient satisfaction and outcomes. *Quality in Health Care*. 1999;8:86-91.
14. Black N, Sanderson C. Day surgery development of a questionnaire for eliciting patients' experiences. *Quality in Health Care*. 1993;2:157-61.
15. Brennan L. Modern day-case anaesthesia for children. *British journal of anaesthesia*. 1999;83:91-103.

16. Canet J RJ, Rasmussen LS. Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2003;47:1204-10.
17. Ratcliffe AT. The effect of general Anaesthesia on post-operative cognitive function in the ambulatory setting: A literature review. *Ambulatory Surgery*. 2008;14(2):36-41.
18. Cheung C, Bower W, Kwok S, van Hasselt C. Contributors to Surgical In-patient Satisfaction Development and Reliability of a Targeted Instrument. *Asian Journal of Surgery*. 2009;32(3):143-50.
19. Lau H, Poon J, Lee F. Patient satisfaction after ambulatory inguinal hernia repair in Hong Kong. *Ambulatory Surgery*. 2000;8:115-8.
20. Joshi GP. Pain management after ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*. 1999;7:3-12.
21. Freeman K, Denham SA. Improving patient satisfaction by addressing same day surgery wait times. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2008 Dec;23(6):387-93. PubMed PMID: 19038745.
22. Mira JJ, Tomas O, Virtudes-Perez M, Nebot C, Rodriguez-Marin J. Predictors of patient satisfaction in surgery. *Surgery*. 2009 May;145(5):536-41. PubMed PMID: 19375613.
23. Caljouw MA, van Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British journal of anaesthesia*. 2008 May;100(5):637-44. PubMed PMID: 18337271.
24. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa R, Armanious S, Chung F. Post-operative recovery Day surgery patients' preferences. *British journal of anaesthesia*. 2001;86(2):272-4.
25. Morales R, Esteve N, Casas I, Blanco C. Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital? Prospective study. *Ambulatory Surgery*. 2002;9:197-205.
26. Harrison A, Tricker M. Literature review for National Guidelines on discharge planning and criteria for day surgery. *Ambulatory Surgery*. 1999;7:171-4.
27. Basu S. BP, Selvachandran S., Cade D. Impact of questionnaires and telephone screening on attendance for ambulatory surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2001;83:329-31.
28. Clark K, Voase R, Cato G, Fletcher I, Thomson P. Patients' experience of oral day case surgery: feedback from a nurse-led pre-admission clinic. *Ambulatory Surgery*. 2000;8:93-6.
29. Jimenez A, Artigas C, Elia M, Casamayor C, Gracia J, Martinez M. Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years observational study. *Ambulatory Surgery*. 2006;12(3):119-23.

30. Wang E, Wright J, Whiting J. Do home visits by nurses reduce day surgery cancellation rates - results of a randomized controlled trial. *Medical Care*. 1995;33:493-504.
31. Donoghue J, Pelletier D, Duffield C, Torres M. Australian men's experience of cystoscopic day surgery Part 2. *Ambulatory Surgery*. 1998;6:189-96.
32. Lindén I, Engberg IB. Patients opinions and experiences after ambulatory surgery - a self-care perspective. *Ambulatory Surgery*. 1995;3(3):131-9.
33. Mitchell M. Patients' perceptions of day surgery: A literature review. *Ambulatory Surgery*. 1999;7:65-73.
34. Lindén I, Engberg IB. Patients' opinions of information given and postoperative problems experienced in conjunction with ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*. 1996;4:85-91.
35. Dewar A. Testing the effectiveness of a nursing intervention in relieving pain following day surgery. *Ambulatory Surgery*. 2003;10(2):81-8.
36. Mitchell M. Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *Ambulatory Surgery*. 2000;8:19-29.
37. Mitchell M. Literature review Home recovery following day surgery. *Ambulatory Surgery*. 2013;19(1):13-27.
38. Mitchell M. Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26:356-63.
39. Bradshaw C, Pritchett C, Bryce C, Coleman S, Nattress H. Information needs of general day surgery patients. *Ambulatory Surgery*. 1999;7:39-44.
40. Mitchell M. Constructing information booklets for day-case patients. *Ambulatory Surgery*. 2001;9:37-45.
41. Schouten B, Meeuwesen I, Tromp F. Cultural diversity in patients participations: the influence of patient's characteristics and doctor's communicative behaviour. *Patient Education and Counseling*. 2007;67:214-23.
42. Oldman M, Moore D, Collins S. Drug patient information leaflets in anaesthesia: effect on anxiety and patient satisfaction. *British journal of anaesthesia*. 2004;92(6):854-8.
43. Gunnarsson U, Heuman R, Wendel-Hansen V. Patient evaluation of routines in ambulatory hernia surgery. *Ambulatory Surgery*. 1996;4:11-3.
44. Waghorn A, McKee M. Understanding patients' views of a surgical outpatient clinic. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2000;6(3):273-9.
45. Lemos P. The Proposals of the National Committee for the Development of Day Surgery in Portugal (CNADCA). *Ambulatory Surgery*. 2010;16(3):67-74.

46. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2001;13(5):385-90.
47. Oliver R. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfactions decisions. *Journal of Marketing Research*. 1980;42:460-9.
48. Gardner T, Nnadozie M, Davis B. Patient anxiety and patient satisfaction in hospital-based and freestanding ambulatory surgery centers. *Journal of Nursing Care Quality*. 2005;3:238-43.
49. Lowry EM, Simpson AD, Glenister HG, Ralphs DNL. After day surgery the impact on community healthcare services. *Ambulatory Surgery*. 1994;2:212-5.
50. Hardman DTA, Patel MI, Yiing D, Warden JC. The unplanned admission: a review of the day surgery experience. *Ambulatory Surgery*. 1997;5:21-4.
51. Fogg KJ, Saunders PRI. Folly! The long distance day surgery patient. *Ambulatory Surgery*. 1995;3(4):209-10.
52. Zinn J. Heading into the unknown: everyday strategies for managing risk and uncertainty. *Health Risk and Society*. 2008;10(5):439-50.
53. Mottram A. Day surgery patients' perceptions of risk: a qualitative research study. *Ambulatory Surgery*. 2012;17(4):69-73.
54. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, et al. Patient satisfaction following day surgery. *Journal of clinical anesthesia*. 2009 May;21(3):200-5. PubMed PMID: 19464614.
55. Wallim E, Lundgren P, Ulander K, von Holstein C. Does age, gender or educational background effect patient satisfaction with short stay surgery? *Ambulatory Surgery*. 2000;8:79-88.
56. Leddy K, Kaldenberg D, Becker B. Timeliness in ambulatory care treatment. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2003;2:138-49.
57. Soltner C, Giquello JA, Monrigal-Martin C, Beydon L. Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *British journal of anaesthesia*. 2011 May;106(5):680-6. PubMed PMID: 21414978.
58. Manyande A, Salmon P. Recovery from minor abdominal surgery: a preliminary attempt to separate anxiety and coping. *British Journal of Clinical Psychology*. 1992;31(2):227-37.
59. Eriksson U, Svedlund M. Struggling for confirmation - Patient's experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of clinical nursing*. 2007;16:438-46.

60. Bishop F, Battcock T, Matthews FJ, Frisby SD, Probert CSJ, Mayberry JF, et al. Patients' views on how to run hospital outpatient clinics. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1991;84:522-3.
61. Saal D, Heidegger T, Nuebling M, Germann R. Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anaesthesia care? *British journal of anaesthesia*. 2011 Nov;107(5):703-9. PubMed PMID: 21857013.
62. Jimenez A, Arribas MD, Murillo C, Abenia JM, Elia M, González M. Analysis of complications and causes of unexpected hospitalisation in ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*. 1998;6:163-7.
63. Leung KK, Lim JMJA, Chiu KY, Koon CM, Lan TS, June, et al. Evaluation of patients' perception against the Modified Postanaesthetic Discharge Scoring System for home readiness after ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*. 2007;13(4):106-10.
64. Marshall SI, Chung F. Discharge following ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*. 1997;5:3-8.
65. Beauregard L, Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day surgery. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 1998;45(4):304-11.
66. Speedling EJ, Rose DN. Building an effective doctor-patient relationship: from patient satisfaction to patient information. *Social Science and Medicine*. 1985;21:115-20.
67. Moran SJ, Jarvis S, Ewings P, Parkin FA. It's good to talk, but is it effective? A comparative study of telephone support following day surgery. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 1999;2:175-84.
68. Thomson P. Patient morbidity following oral day surgery—use of a post-operative telephone questionnaire. *Ambulatory Surgery*. 2003;10(3):122-7.
69. Yeung Y, Cheung FL, Ng CY, Chun A. Survey on postoperative pain control in ambulatory surgery in Hong Kong Chinese. *Ambulatory Surgery*. 2002;10:21-4.
70. Pfisterer M, Ernst EM, Hirlekar G, Maser P, Shaalan AK, Haigh C, et al. Post-operative nausea and vomiting in patients undergoing day-case surgery: an international, observational study. *Ambulatory Surgery*. 2001;9:13-8.
71. Krywulack S, Mohtadi N, Russel M, Sasyniuk T, . Patient satisfaction with inpatient versus outpatient reconstruction of the anterior cruciate ligament: a randomized clinical trial. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 2005;48:201-6.

APÊNDICES

APÊNDICE I.

INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO DOENTE EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Idade: anos

Sexo: Feminino Masculino

Cirurgia realizada:.....

PRÉ-ADMISSÃO

1. Quanto tempo aguardou entre a referenciação do seu problema à unidade de cirurgia de ambulatório até ao dia da cirurgia?

- Menos de 50 dias.
- Entre 50 a 100 dias .
- Entre 100 a 200 dias.
- Mais de 200 dias.
- Não me recordo/ Não tenho ideia.

2. Sentia-se disposto/a a realizar a cirurgia em ambulatório?

- Sim, completamente.
- Era-me indiferente.
- Senti-me hesitante.
- Não.

3. Sentiu-se incluído/a no processo de decisão do seu tratamento?

Senti-me totalmente incluído/a.

Senti-me parcialmente incluído/a.

Senti-me totalmente excluído/a.

4. Sentiu-se satisfeito/a com a informação que lhe foi prestada na consulta de pré-admissão?

Sim.

Foi-me indiferente.

Não.

5. Como classificaria a informação que lhe foi prestada?

Escassa.

Suficiente.

Excessiva.

6. Sentiu-se esclarecido/a em relação à forma como a cirurgia ia ser realizada e aos riscos e benefícios envolvidos?

Sim, completamente.

Sim, mas permaneci com algumas dúvidas.

Não.

7. Sentiu que todas as suas dúvidas foram esclarecidas antes da cirurgia?

Sim.

Não.

8. Compreendeu todas as instruções que lhe foram dadas?

Sim.

Fiquei com algumas dúvidas.

Não compreendi nenhuma das instruções.

9. Sentiu-se mais preocupado/a ou ansioso/a depois de ter recebido a informação?

Sim.

Não.

10. Quando considera que é a melhor altura para receber a informação?

Dias antes da cirurgia.

Semanas antes da cirurgia.

É-me indiferente.

No dia da admissão.

11. Gostaria que lhe tivessem telefonado alguns dias antes da cirurgia para verificarem a sua presença no dia marcado e avaliarem o seu estado?

Sim.

Não.

APÓS ADMISSÃO

1. O tempo que esperou desde a admissão até entrar no bloco operatório foi:

Demasiado longo, inaceitável.

Longo, mas aceitável.

Razoável.

Curto.

1. Houve algum atraso na hora programada para a sua cirurgia?

Sim.

Não.

Se respondeu que sim a esta questão avance para o ponto 2.1. Se respondeu que não, avance para o ponto 3.

2.1. Foram-lhe explicados os motivos desse atraso?

Sim.

Não.

Se respondeu que sim a esta questão avance para o ponto 2.1.2. Caso contrário avance para o ponto 3.

2.1.2. Ficou satisfeito/a com essa explicação?

Sim.

Não fiquei totalmente convencido.

Não.

3. Sentiu-se ansioso/a no dia da cirurgia?

Sim.

Não.

4. Sentiu que podia confiar nos profissionais de saúde que estiveram encarregados do seu tratamento?

Sim, completamente.

Sim, mas com algumas reservas.

Não.

5. Falou com algum dos enfermeiros ou médicos que iriam estar consigo no bloco operatório antes de entrar para a cirurgia?

Sim.

Não.

Se respondeu que sim à pergunta anterior, responda ao ponto 5.1. Se não, avance para a questão 6.

5.1. Sente que isso o/a ajudou na diminuição da sua ansiedade?

Sim, completamente.

Sim, parcialmente.

Foi-me indiferente.

Não.

6. Como classificaria a atitude dos médicos para consigo? (Inclui a simpatia, disponibilidade, sensibilidade, preocupação, profissionalismo e atenção que lhe prestaram).

Excelente.

Boa.

Razoável.

Má.

Péssima.

7. Como classificaria a atitude dos profissionais de enfermagem para consigo? (Inclui simpatia, disponibilidade, sensibilidade, preocupação, profissionalismo e atenção que lhe prestaram).

Excelente.

Boa.

Razoável.

Má.

Péssima.

8. Como classificaria a atitude do restante pessoal da unidade para consigo? (Inclui simpatia, disponibilidade, sensibilidade, preocupação, profissionalismo e atenção que lhe prestaram).

Excelente.

Boa.

Razoável.

Má.

Péssima.

9. Como classificaria as instalações da unidade de cirurgia de ambulatório? (Inclui lugares de estacionamento, limpeza, conforto e estética da área de admissão e privacidade da enfermaria).

Excelentes.

Boas.

Razoáveis.

Más.

Péssimas.

10. Gostaria que tivesse sido sempre o mesmo anestesista que o/a acompanhou na cirurgia a vê-lo no pré e pós-operatório?

Sim.

É-me indiferente.

Não.

1. Como classifica a dor que sentiu no pós-operatório?

- Insuportável.
- Muito intensa, mas suportável.
- Ligeira.
- Praticamente ausente.
- Não senti dor.

2. A dor que sentiu correspondeu à que esperava?

- Sim.
- Não.

2.1. Se respondeu que não à pergunta anterior, preencha este ponto.

- A dor sentida foi muito superior à esperada.
- A dor sentida foi ligeiramente superior à esperada.
- A dor sentida foi inferior à esperada.

3. Recebeu um telefonema por parte da unidade de cirurgia ambulatória no dia seguinte ao da cirurgia?

- Sim.
- Não.

Se respondeu que sim avance para o ponto 3.1. Se não, avance para o ponto 4.

3.1. Acha que este telefonema lhe foi útil?

Sim.

Foi-me indiferente.

Não.

4. Gostaria de ter regressado à unidade de cirurgia de ambulatório, após a alta, para ser examinado/a pelo cirurgião que o/a operou?

Sim.

Não.

5. Teve de regressar à unidade de cirurgia de ambulatório após a alta por causa de alguma complicação?

Sim.

Não.

Se respondeu que sim, responda aos pontos 5.1 a 5.2. Se não, avance para o ponto 6.

5.1. Quais foram as complicações que motivaram esse retorno?

Dor.

Náuseas e/ou vômitos.

Outro. Qual?.....

5.2. Teve de ficar internado/a devido a essas complicações?

Sim.

Não.

Se respondeu que sim ao ponto anterior responda à questão seguinte. Se não avance para o ponto 6.

5.2.1. Como se sentiu ao saber que tinha de ser internado/a?

- Indignado/a.
- Surpreendido/a.
- Frustrado/a.
- Conformado/a.
- Indiferente.

6. Preferia ter ficado internado/a na noite que se seguiu à cirurgia?

- Sim.
- É-me indiferente.
- Não.

7. A recuperação e os cuidados que teve de ter em casa revelaram-se:

- Mais simples do que o que esperava.
- Tal como esperava.
- Mais difíceis do que o que esperava.

8. Sentiu-se à vontade para utilizar os contactos fornecidos, no caso de ter dúvidas sobre o seu processo de recuperação?

Sim.

Não.

9. Sentiu que as instruções que lhe foram dadas sobre os cuidados a ter após a cirurgia eram adequadas e úteis?

Sim, completamente.

Apenas algumas.

Não.

APRECIÇÃO GLOBAL DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

1. Sente-se satisfeito/a com a realização da sua cirurgia em ambulatório?

Completamente satisfeito/a.

Relativamente satisfeito/a.

Indiferente.

Relativamente insatisfeito/a.

Completamente insatisfeito/a.

2. Recomendaria a realização de cirurgia de ambulatório a um amigo ou familiar?

Sim.

Não.

3. Se tiver sugestões que possam ser utilizadas para melhorar o serviço, descreva-as neste ponto.

.....

.....

.....

.....

.....

Obrigado pela sua colaboração!