



Universidade Católica Portuguesa

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA DO
PROGRAMA ENHANCED RECOVERY AFTER
SURGERY®:
implementação e avaliação

ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY® PROGRAM
PREOPERATIVE NURSING CONSULTATION:
implementation and evaluation

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Avançada

Por Diana Isabel Arvelos Mendes

Instituto de Ciências da Saúde

julho 2020



Universidade Católica Portuguesa

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA DO
PROGRAMA ENHANCED RECOVERY AFTER
SURGERY[®]:
implementação e avaliação

ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY[®] PROGRAM
PREOPERATIVE NURSING CONSULTATION:
implementation and evaluation

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem Avançada

Por Diana Isabel Arvelos Mendes
Orientação de Professora Doutora Cândida Ferrito

Instituto de Ciências da Saúde
julho 2020

PENSAMENTO

“The professional practice of nursing combines scientific precision with empathy in caring for and nurturing of patients. Nurses thrive in an environment that promotes clinical inquiry, and inclusion of best evidence, clinical expertise, and patient voice to underpin our care...”

(Melnyk, Gallagher-Ford & Fineout-Overholt, 2017, p.42)

AGRADECIMENTOS

À Universidade Católica Portuguesa e ao Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa pela oportunidade de concretizar o meu percurso académico através do Curso de Doutoramento.

À Senhora Professora Doutora Cândida Ferrito, minha excelentíssima orientadora pela disponibilidade, pelo apoio, pela assertividade e pela amizade que me dispensou nestes últimos anos.

Ao Dr. Tiago Domingues pelo apoio dispensado no tratamento estatístico dos dados recolhidos no estudo.

Ao Hospital no qual foi desenvolvido o projeto de Doutoramento pela possibilidade de operacionalizar esta ideia e por todo o apoio dispensado.

À Sra. Enfermeira Coordenadora Isabel Gonçalves pela partilha de experiência e por todo o apoio na operacionalização da consulta de enfermagem pré-operatória.

A todos os meus colegas e amigos com quem fui partilhando as minhas inquietações e angústias.

À minha família, em especial ao Marco e à Francisca, pelo apoio incondicional e pelo “tempo roubado”.

RESUMO

Introdução: Este estudo tomou como ponto de partida o *Enhanced Recovery After Surgery*[®] (ERAS[®]) e consistiu no planeamento, implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória e sua avaliação. O ERAS[®] é um programa de cuidados perioperatórios que promove a otimização pré-operatória do cliente e a minimização do *stress* provocado pela cirurgia para obter melhores resultados em saúde. Por sua vez, a consulta pretende conhecer melhor o cliente e fornecer-lhe informação para que possa desempenhar um papel mais ativo na sua recuperação.

Objetivos: Definiram-se três objetivos gerais, (1) estruturar (2) implementar e (3) avaliar a consulta. Para esta avaliação foram elencados objetivos específicos aos principais focos de avaliação da consulta: a informação transmitida, a experiência do cliente com o processo cirúrgico; a responsabilidade e participação do cliente no processo cirúrgico; a satisfação do cliente, as implicações na recuperação da autonomia na mobilização e as implicações no tempo médio de internamento.

Método: Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal de natureza quantitativa. O desenho de estudo dividiu-se em três partes: estruturação, operacionalização e avaliação da consulta. Para proceder a esta avaliação foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados: um questionário e uma plataforma de auditoria de resultados clínicos. Foram consideradas duas amostras não probabilísticas de clientes, uma antes da implementação do programa ERAS[®] e outra com implementação do programa e comparados os resultados obtidos de acordo com os focos de avaliação. O tratamento de dados foi realizado através do *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS[®]) e os resultados apresentados de acordo com objetivos específicos.

Resultados: No que respeita à importância das informações transmitidas inferiu-se que 59,1% dos clientes consideraram as informações transmitidas muito importantes e 34,4% importantes. 74,2% dos clientes relataram ter ficado muito satisfeitos com a consulta e 19,4% satisfeitos. 100,0% dos clientes referiu que gostaria de ter consulta de enfermagem pré-operatória caso fosse novamente submetido a uma cirurgia. O tempo médio de internamento teve uma redução pouco significativa de 7,09 dias para 6,73 dias ($p=0,044$). Cerca de 80,6% dos clientes passaram a realizar levantar no dia da cirurgia na amostra ERAS[®] contrapondo-se a 3,2% de clientes na amostra pré-ERAS[®]. Relativamente ao retorno à autonomia na mobilização no período pós-operatório o tempo médio diminuiu de 3,48 para 2,00 dias ($p<0,001$).

Conclusão: As informações transmitidas na consulta foram importantes para o cliente e para a sua participação nos cuidados pós-operatórios. Os níveis de satisfação com esta intervenção de enfermagem foram elevados e o cliente reconheceu a sua importância. O tempo médio de internamento não foi significativamente afetado pela consulta, no entanto, o retorno à autonomia na mobilização foi fortemente influenciado pela informação transmitida na consulta. Trata-se de uma intervenção centrada no cliente e por isso acrescentou valor aos cuidados prestados.

Descritores: cuidados de enfermagem; enfermagem perioperatória; cuidados centrados no cliente; *Enhanced Recovery After Surgery*.

ABSTRACT

Introduction: This study starting point was the Enhanced Recovery After Surgery[®] (ERAS[®]) and consisted in planning, implementation of a preoperative nursing consultation and its evaluation. ERAS[®] is a perioperative care program that promotes patient preoperative optimization and reduce surgery stress for better health outcomes. This nursing consultation pretend to know better the patient and provide information for patient to get a more active role in its recovery.

Objectives: Three main objectives were defined: (1) structure the consultation, (2) implement the consultation, and (3) evaluate the consultation. For this evaluation, specific objectives were listed to the main focuses of consultation evaluation: the information transmitted, the patient's experience with the surgical process; the patient's responsibility and participation in the surgical process; the patient's satisfaction, the implications for the return of autonomy in mobilization and the implications for the length of stay.

Method: This is a descriptive, longitudinal and quantitative study. The study design is divided into three parts: structuring, operationalization and consultation evaluation. To carry out this evaluation, two data collection instruments were used: a survey and a clinical results audit platform. Two non-probabilistic samples of patients were considered, one before the ERAS[®] program implementation and the other with the program implementation and comparing the results obtained according to the evaluation focuses. Data processing was performed through the Statistical Package for the Social Sciences[®] (SPSS[®]) and the results presented according to specific objectives.

Results: Regarding the importance of the information transmitted, it was inferred that 59.1% of patients considered the information transmitted in the consultation was very important and for 34.4% was important. 74.2% of patients reported being very satisfied with the consultation and 19.4% satisfied. 100.0% of patients said they would like to have a preoperative nursing consultation if they had surgery again. The average length of stay was slightly reduced from 7.09 days to 6.73 days ($p=0.044$). Approximately 80.6% of patients started to perform the mobilization on the day of surgery in the ERAS[®] sample, as opposed to 3.2% of patients in the pre-ERAS[®] sample. Regarding the return to mobilization autonomy in the postoperative period, the mean time decreased from 3.48 to 2.00 days ($p<0.001$).

Conclusion: The information conveyed in the consultation was important for the patients and for their participation in postoperative care. Satisfaction levels with this nursing intervention was high and the patient recognized its importance. The average length of stay was not much affected by the consultation, however, the return to autonomy in mobilization in days was strongly influenced by the information transmitted in the consultation. It is a patient centered intervention and therefore clearly added value to the care provided.

Keywords: nursing care; perioperative nursing; patient centered care; Enhanced Recovery After Surgery.

SIGLAS, ABREVIATURAS e ACRÓNIMOS

AESOP – Associação de Enfermeiros Sala de Operações Portugueses

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

ASA – *American Society of Anesthesiologists*

EIAS – *Interactive Audit System*

ERAS – *Enhanced Recovery After Surgery*

H0 – Hipótese Nula

ICN – *International Council of Nurses*

OG – Objetivo Geral

OE – Objetivo Específico

PRISMA – *Preferred Reporting Items For Systematic Review and Meta-analysis*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	26
1.1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	27
1.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA	32
1.2.1. <i>Ensino pré-operatório de enfermagem</i>	33
1.3. PROGRAMA ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS [®])	36
1.3.1. <i>Implicações do programa ERAS[®] para a enfermagem</i>	42
1.4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	46
1.4.1. <i>Modelo de Rosswurm e Larrabee</i>	47
2. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO	49
2.1. ENFERMAGEM AVANÇADA	49
2.2. FINALIDADE DO ESTUDO	51
2.3. OBJETIVOS DO ESTUDO	53
3. PERCURSO METODOLÓGICO	56
3.1. TIPO DE ESTUDO	56
3.2. DESENHO DE ESTUDO	58
3.3. FASE 1 – ESTRUTURAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- OPERATÓRIA	60
3.4. FASE 2 – IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- OPERATÓRIA	67
3.5. FASE 3 – AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- OPERATÓRIA	69
3.5.1. <i>Focos de avaliação da consulta</i>	69
3.5.2. <i>Instrumentos de avaliação da consulta</i>	75
3.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA	81
3.7. PARALELISMO COM O MODELO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA 84	
3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	86
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	92

4.1.	RESULTADOS DA ESTRUTURAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA	93
4.1.1.	<i>Estruturar a consulta de enfermagem pré-operatória</i>	93
4.1.2.	<i>Implementar a consulta de enfermagem pré-operatória</i>	98
4.2.	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA CONSULTA	102
4.2.1.	<i>Caraterização demográfica da amostra ERAS[®]</i>	103
4.2.2.	<i>Resultados obtidos pelo questionário</i>	105
4.2.3.	<i>Resultados obtidos pela plataforma</i>	133
5.	CONCLUSÃO	147
	REFERÊNCIAS	154
	ANEXOS	168
	APÊNDICES.....	171

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Recomendações para cirurgia colorretal com nível de evidência e grau de recomendação.....	37
Quadro 2 – Caracterização do modelo de prática baseada na evidência.	47
Quadro 3 – Fases do estudo e objetivos.	54
Quadro 4 – Associação entre objetivos específicos e focos de avaliação da consulta.....	70
Quadro 5 – Processo de avaliação da consulta.....	80
Quadro 6 – Paralelismo entre o modelo de prática baseada na evidência e o desenho do estudo.	84
Quadro 7 – Comparação entre as amostras pré-ERAS [®] e ERAS [®]	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Importância do ensino ao cliente para a recuperação acelerada.	35
Figura 2 – Elementos ERAS [®] por fase perioperatória.	40
Figura 3 – Elementos chave do programa ERAS [®]	41
Figura 4 – Implicações do programa ERAS [®] para a enfermagem.	44
Figura 5 – <i>Rating</i> dos oito melhores modelos de prática baseada na evidência.	46
Figura 6 – Um modelo de prática baseada na evidência	47
Figura 7 – Desenho do estudo.	58
Figura 8 – Exemplo de <i>layout</i> de dados da plataforma.	78
Figura 9 – Capa do guia informativo elaborado para entregar aos clientes na consulta.	95
Figura 10 – Resultados do teste de <i>Shapiro-Wilk</i> em relação ao regresso à autonomia	137
Figura 11 – Resultados do teste de <i>Shapiro-Wilk</i> em relação ao tempo médio de internamento	138
Figura 12 – Estatística descritiva do tempo de regresso à autonomia.	139
Figura 13 – Resultados da aplicação do teste <i>Mann-Whitney</i> à variável tempo de regresso à autonomia.	140
Figura 14 – Estatística descritiva do tempo médio de internamento.	144
Figura 15 – Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> à variável tempo médio de internamento.	145

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização da amostra por intervalo de idade.	103
Gráfico 2 – Caracterização da amostra por género.	103
Gráfico 3 – Caracterização da amostra por ocupação.	104
Gráfico 4 – Caracterização da amostra por habilitações literárias.	105
Gráfico 5 – Importância atribuída pelo cliente à informação recebida.	106
Gráfico 6 – Quantidade de informação transmitida na consulta.	107
Gráfico 7 – Influência da informação para a perceção da responsabilidade do cliente.	109
Gráfico 8 – Temas do ensino na consulta considerados mais importantes pelos clientes.	110
Gráfico 9 – Possibilidade de compreender a informação transmitida na consulta.	114
Gráfico 10 – Oportunidade do cliente para esclarecer as dúvidas durante a consulta.	115
Gráfico 11 – Influência da consulta na tranquilidade quanto à cirurgia.	117
Gráfico 12 – Influência da consulta na tranquilidade quanto à recuperação.	119
Gráfico 13 – Correspondência entre a informação da consulta e as intervenções de Enfermagem.	120
Gráfico 14 – Experiência mais positiva no processo cirúrgico.	122
Gráfico 15 – Influência da informação da consulta na colaboração do cliente.	124
Gráfico 16 – Influência da consulta nos esforços do cliente na recuperação.	125
Gráfico 17 – Existência de participação ativa do cliente na recuperação.	127
Gráfico 18 – Importância da consulta de Enfermagem pré-operatória.	129
Gráfico 19 – Satisfação com a consulta de enfermagem pré-operatória.	130
Gráfico 20 – Resultados do tempo médio em dias que os clientes demoram a recuperar a autonomia na mobilização após a cirurgia.	140
Gráfico 21 – Resultados da comparação de percentagem de clientes que fizeram levante ainda no dia da cirurgia.	142
Gráfico 22 – Resultados da comparação do tempo médio de internamento entres as amostras.	145

INTRODUÇÃO

A enfermagem encontra-se num momento de acentuado desenvolvimento e transformação, sendo uma das suas principais marcas o potencial de mudança que tem na prática clínica, aspeto este que lhe confere uma influência direta nos resultados de saúde dos clientes (Grady & McIlvane, 2016).

Na contínua busca pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes cirúrgicos, surgiu a necessidade de implementar uma consulta de enfermagem pré-operatória numa instituição hospitalar, integrada num programa de cuidados perioperatórios multiprofissional.

Por sua vez, esta necessidade originou a inquietação de produzir conhecimento e contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem de uma forma sistematizada e fundamentada, o que esteve no cerne deste estudo.

O estudo intitulado – **Consulta de Enfermagem pré-operatória do programa ERAS[®]: implementação e avaliação** – foi desenvolvido integrando o Curso de Doutoramento em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Avançada.

O presente trabalho pretende espelhar todo o percurso de planeamento, de execução e os resultados obtidos com este estudo. Encontra-se dividido por capítulos, organizados de acordo com a estrutura do estudo, numa sequência que se tomou como a mais lógica para a apresentação de um estudo desta natureza.

O primeiro capítulo – **Contextualização teórica** – encontra-se dividido em quatro partes: enfermagem perioperatória; consulta de enfermagem pré-operatória; programa *Enhanced Recovery After Surgery*[®]; e prática baseada na evidência.

A enfermagem perioperatória engloba todos os cuidados de enfermagem dirigidos aos clientes durante o período pré-, intra- e pós-operatório. Contempla um conjunto vasto de intervenções de enfermagem prestadas em diferentes contextos hospitalares, com o objetivo de prestar os melhores e mais adequados cuidados ao cliente cirúrgico proporcionando-lhe uma experiência cirúrgica o menos traumática possível. Nesta área de atuação, entende-se que os enfermeiros deverão ter conhecimentos e capacidades específicas e aplicar as normas do processo de enfermagem que visam diminuir o risco cirúrgico e promover o bem-estar do cliente.

A consulta de enfermagem pré-operatória pode definir-se como uma intervenção complexa, constituída por um conjunto de atividades com a finalidade *major* de conhecer o cliente e de

informá-lo sobre todo o seu percurso cirúrgico, da forma mais adequada às suas reais necessidades e expectativas. É entendida como uma intervenção autónoma de enfermagem, mas cujos resultados elencam diretamente no processo de prestação de cuidados ao cliente cirúrgico, integrando um plano de cuidados multidisciplinar. O foco desta consulta foi o ensino pré-operatório do cliente uma vez que se pretende promover o seu *empowerment* no processo cirúrgico.

Neste contexto do estudo, a consulta estruturou-se fazendo parte integrante de um programa cirúrgico de recuperação acelerada – programa ERAS[®]. Trata-se de um programa de cuidados peri-operatórios multidisciplinar que pretende diminuir o *stress* orgânico provocado pela cirurgia e obter melhores resultados cirúrgicos para o cliente, apelando a uma participação mais ativa e informada por parte do cliente em toda a experiência cirúrgica. Este programa deriva de uma sociedade internacional (ERAS[®] *Society*) cujos protocolos têm sido incorporados por países em todo o mundo, sendo entendidos como a melhor prática baseada na evidência e permitindo realização de estudos com elevada evidência científica.

Assim, a consulta de enfermagem pré-operatória foi desenvolvida integrando-se no ERAS[®] e dirigida aos clientes da área da cirurgia colorretal numa instituição hospitalar da área de Lisboa.

Importa referir que este tipo de programa é fortemente sustentado pela prática baseada na evidência, procurando integrar na prática quotidiana das instituições prestadoras de cuidados de saúde, os princípios que são na atualidade distinguidos com a melhor prática possível para cada área específica. Considera-se que o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem pode ter influência direta sobre a prática clínica, sobre o sistema de prestação de cuidados de saúde e desta forma, contribuir para a mudança de atuação e comportamento dos vários intervenientes no processo de prestação de cuidados.

Confirmada a necessidade de mudança, a prática baseada na evidência pode ser entendida como um importante meio para otimizar o desenvolvimento científico. Paralelamente é crucial que este conhecimento possa ser transferido para a prática de cuidados e assim, o processo de estruturar intervenções de enfermagem e de as avaliar pode obedecer à metodologia de prática baseada na evidência.

O modelo teórico utilizado para a fundamentação e enquadramento deste estudo foi o modelo de Rosswurm e Larrabee. Este modelo, publicado em 1999, é constituído por seis fases e pretende promover a incorporação da prática baseada na evidência diretamente na prestação de

cuidados de saúde, estando considerado como o mais adequado ao contexto da prática hospitalar e acabando por moldar parte do próprio desenho definido para o estudo.

O segundo capítulo – **Enquadramento da investigação** – pretende clarificar a integração deste estudo na área da Enfermagem Avançada, uma vez que advém da necessidade de criar conhecimento e de fundamentar uma intervenção da prática de cuidados de enfermagem. A preocupação de incrementar intervenções de enfermagem que possam contribuir para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina é desafiante e necessária, pois este pode ser entendido como um caminho para a ampliação de um corpo de conhecimento próprio da enfermagem enquanto ciência e promover o seu reconhecimento perante a equipa de saúde multiprofissional, perante as instituições de saúde e perante a própria sociedade.

A finalidade deste estudo, prende-se sobretudo com a necessidade de desenhar esta intervenção e o consequente imperativo de produzir conhecimento neste contexto específico.

Os objetivos traçados para este estudo são foram: estruturar a consulta de enfermagem pré-operatória, implementar esta consulta e avaliá-la. Deste último objetivo geral, avaliação da consulta, dada a sua complexidade, derivaram objetivos específicos considerados indispensáveis para proceder à avaliação da consulta: avaliar a informação transmitida na consulta; avaliar influência da consulta na experiência cirúrgica do cliente; avaliar a influência da consulta na responsabilidade/participação do cliente no processo cirúrgico; avaliar a satisfação do cliente com a consulta; avaliar as implicações da consulta no retorno à autonomia na mobilização; e avaliar as implicações da consulta no tempo médio de internamento para o procedimento cirúrgico.

O terceiro capítulo – **Percursos metodológico** – inicia-se fazendo referência ao tipo de estudo, tratando-se de um estudo descritivo, longitudinal e de natureza quantitativa. Pretende deste modo descrever toda a estruturação, implementação e avaliação de uma intervenção complexa de enfermagem, considerado longitudinal pela recolha de dados efetuada ao longo do tempo em vários momentos e de natureza quantitativa pelo tipo de dados que foram recolhidos e consequentemente, tratamento estatístico por forma a obter conclusões sobre a avaliação da intervenção.

O desenho do estudo, por sua vez, intimamente relacionado com os objetivos gerais do estudo, definiu a organização deste em três fases: fase 1 – estruturação da consulta (com a realização de documentos de apoio fundamentais à implementação e baseados em achados da literatura e *guidelines* internacionais); fase 2 – implementação da consulta (que visa a operacionalização

da intervenção no contexto de prestação direta de cuidados integrando o programa ERAS[®] para cirurgia colorretal); e fase 3 – avaliação da consulta.

A fase 3, conduz à seleção de seis focos de avaliação da consulta com o intuito de sistematizar a recolha de dados e promover um processo de avaliação lógico, associando estes focos a instrumentos de recolha de dados específicos. Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados um questionário de construção própria (de acordo com as características do estudo) e uma plataforma de auditoria (específica do programa ERAS[®] para os clientes submetidos a cirurgia colorretal).

Definiu-se como população do estudo todos os clientes propostos para cirurgia colorretal na instituição selecionada para implementação do estudo e como amostra, os clientes que respeitassem os critérios de inclusão e exclusão formulados, recorrendo a uma técnica de amostragem por conveniência.

Para os primeiros focos de avaliação da consulta de enfermagem relacionados com a informação, experiência cirúrgica, responsabilidade e satisfação do cliente o instrumento utilizado foi o questionário tendo sido aplicado à amostra ERAS[®] (conjunto de clientes que teve consulta e que respeita os critérios estabelecidos); quanto aos focos que pretendem avaliar as implicações da consulta no retorno à autonomia na mobilização e no tempo médio de internamento, foram recolhidos os dados da plataforma de auditoria e foi efetuada uma comparação entre a amostra ERAS[®] e uma amostra pré-ERAS[®] (de clientes que não teve a consulta de enfermagem).

Atendendo às características específicas deste estudo, considerou-se pertinente estabelecer um paralelismo com o modelo da prática baseada na evidência de Rosswurm e Larrabee (1999), associando cada uma das fases do modelo aos diferentes momentos do estudo.

No final deste capítulo serão apresentadas as **Considerações éticas** tendo sido feita referência a princípios éticos associados à investigação em enfermagem tendo em conta considerações específicas do contexto. Foi incluída uma reflexão sobre aspetos da Deontologia Profissional de Enfermagem que se encontram relacionados com o estudo e efetuada menção às autorizações que foram solicitadas, nomeadamente à Comissão de Investigação Clínica e à Comissão de Ética da respetiva instituição hospitalar.

O quarto capítulo contempla a **Apresentação e discussão de resultados**, pretendendo deste modo dar a conhecer os resultados de cada uma das fases do estudo. Estes resultados foram agrupados de acordo com as fases 1 e 2 num momento inicial e, seguidamente, fase 3 com

apresentação de resultados da caracterização demográfica da amostra ERAS[®], seguindo-se os resultados obtidos através da implementação do questionário (amostra ERAS[®] - cliente que realizaram a consulta de enfermagem) e depois os resultados obtidos pela plataforma (correspondentes à amostra ERAS[®] e à amostra pré-ERAS[®] constituída por clientes que não tiveram consulta de enfermagem) de acordo com os focos de avaliação selecionados. Os dados de avaliação da consulta foram tratados através do *software* informático SPSS[®] e apresentados sob a forma de gráficos com a respetiva discussão.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A abordagem teórica deste estudo teve como início uma pesquisa na área da enfermagem perioperatória. À medida que o estudo se foi desenvolvendo a pesquisa focou-se numa área mais específica da prestação de cuidados de enfermagem – **a consulta de enfermagem pré-operatória**.

Esta consulta foi estruturada tendo por base a intervenção de ensino pré-operatório ao cliente. Esta área enfatiza o papel do enfermeiro enquanto educador e valoriza o conteúdo e importância das intervenções autónomas de enfermagem centradas no cliente e na sua capacidade para participar ativamente na sua recuperação.

Por sua vez, o programa ERAS[®], que engloba uma abordagem multidisciplinar focada na otimização do cliente e na obtenção de melhores resultados cirúrgicos, e na qual o enfermeiro tem uma intervenção absolutamente decisiva, permite sustentar a relevância do ensino pré-operatório no contexto cirúrgico.

Desta forma, este capítulo encontra-se subdividido em diferentes temas:

- A enfermagem perioperatória, entendida como a grande área em que se inseriu o estudo;
- A consulta de enfermagem pré-operatória que inclui o ensino pré-operatório como tema central;
- O programa ERAS[®] bem como as suas implicações para a prática de enfermagem;
- O modelo de prática baseada na evidência – Rosswurm e Larrabee (1999).

1.1. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O conceito de enfermagem perioperatória está associado a todos os cuidados que são prestados ao cliente cirúrgico desde o período pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório, tratando-se de uma fase muito importante para a experiência cirúrgica do cliente (Freiberger & Mudrey, 2011). Os clientes do foro cirúrgico encontram-se expostos a erros associados aos cuidados de enfermagem em transição e erros de comunicação pelo facto de passarem por vários locais, nomeadamente, local de admissão, bloco operatório, recobro e internamento (Malley, Kenner, Kim & Blakeney, 2015).

De acordo com a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), pode entender-se como a atuação do enfermeiro perioperatório o conjunto de intervenções durante o percurso do cliente que vai ser submetido a cirurgia, esta atuação inicia-se no pré-operatório, com a avaliação inicial do cliente através da visita pré-operatória (AESOP, 2006).

Este contexto da prática perioperatória, engloba os cuidados de enfermagem prestados nas fases que medeiam a cirurgia, mas também contempla intervenções consideradas mais avançadas como a educação do cliente, o aconselhamento, a recolha de dados, o planeamento de cuidados e a sua avaliação (Freiberger & Mudrey, 2011).

Para esta área da enfermagem são evocadas várias competências do profissional enfermeiro, que segundo a AESOP (2006) correspondem ao “saber”, ao “saber fazer” e ao “saber ser”, que incluem o conceito de cuidar na enfermagem perioperatória, fazendo com que esta não se limite apenas ao momento cirúrgico, mas que percorra transversalmente os períodos pré, intra e pós-operatório de toda a experiência cirúrgica de cada cliente.

Devido a todos os riscos associados a esta fase do processo de saúde-doença do cliente, os enfermeiros do perioperatório, pela influência que têm no desenrolar da fase cirúrgica, deveriam ser considerados de uma forma mais consistente e reconhecida a sua importância pelo sistema de saúde uma vez que influenciam diretamente os resultados dos cuidados prestados (Ralph & Duff, 2017).

Um enfermeiro do perioperatório é quem presta cuidados ao longo de quase toda a experiência cirúrgica do cliente e durante o período pós-operatório. De grosso modo, um enfermeiro com esta abordagem consegue contemplar o cliente como um todo, num ambiente caracterizado por “partir” o cliente em partes (a parte cirúrgica, a parte da anestesia, etc.). Não se trata apenas de prestar cuidados no ambiente cirúrgico, mas de ajudar o cliente a atravessar uma verdadeira experiência de vida (Burchiel, 1995). Assim, o enfermeiro que presta cuidados no período

perioperatório encontra-se num contexto privilegiado para promover os cuidados verdadeiramente centrados no cliente visto que: “Implementing patient-centered care requires the perioperative nurse to encourage the patient’s active involvement in his or her care as part of patient safety.” (Rothrock, 2018, p.3).

Os enfermeiros perioperatórios têm competências e conhecimento para avaliar, diagnosticar, planear, intervir e avaliar os resultados das suas intervenções (Nagle, 2006). Uma vez colocadas em prática as competências supramencionadas é de extrema relevância que este processo de enfermagem seja registado pois se os dados relativos à avaliação, identificação de problemas e avaliação não forem documentados é impossível recolher informação que permita inferir os efeitos das intervenções de enfermagem; o que muitas vezes faz com que as intervenções sejam implementadas, mas não avaliadas (Beyea, 2001), perdendo-se a possibilidade de inferir a sua importância e eficácia.

A perspetiva de Rothrock (2018), em relação à enfermagem perioperatória revela que esta implica a prestação de cuidados centrados no cliente ao longo do pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório recorrendo ao processo de enfermagem. O que pressupõe que ao longo deste processo cirúrgico do cliente, os enfermeiros avaliem o cliente recolhendo, organizando e priorizando os principais dados; fazendo diagnósticos de enfermagem; identificando os resultados esperados para o cliente; desenvolvendo e implementando um plano de cuidados e por fim, avaliando os resultados e a perceção do cliente.

Deve realçar-se a evolução com os cuidados de enfermagem, inicialmente os enfermeiros da área perioperatória preocupavam-se sobretudo em prestar cuidados durante o período pré, intra e pós-operatório, mais tarde o conceito evoluiu no sentido da prática de enfermagem ir efetivamente ao encontro das necessidades dos clientes (Arakelian, Swenne, Lindberg, Rudolfsson & Vogelsang, 2017).

Uma revisão enunciou vinte e dois pontos-chave para os cuidados centrados no cliente na área perioperatória, destes salienta-se que o cliente pretende: ser tratado pelo seu nome; receber cuidados personalizados; ser ouvido e ter oportunidade de colocar as suas questões; ser envolvido nos seus próprios cuidados e ser visto como um recurso; receber a visita do seu enfermeiro de referência no pós-operatório; não se sentir sozinho ao longo deste processo cirúrgico; ser recebido por uma cara que lhe seja familiar; e ser guiado/acompanhado pelo enfermeiro ao longo do seu processo cirúrgico (Arakelian, Swenne, Lindberg, Rudolfsson & Vogelsang, 2017).

O propósito da avaliação pré-operatória de enfermagem inclui a identificação de potenciais problemas que influenciem o processo cirúrgico no sentido de desenvolver um plano de cuidados que permita aos clientes regressar ao seu nível funcional de antes da intervenção o mais precocemente possível. Idealmente, este tipo de avaliação ocorre antes do dia da cirurgia permitindo ao cliente esclarecer atempadamente as suas dúvidas e processar a informação. Algumas das responsabilidades do enfermeiro neste tipo de avaliação incluem a construção de um plano de cuidados personalizado e a promoção do ensino pré-operatório em colaboração com os outros profissionais de saúde da equipa (Barnett, 2005).

Sob um ponto de vista complementar, enunciam-se dois possíveis objetivos gerais da intervenção de enfermagem na área perioperatória: ajudar o cliente e família a compreender a sua situação preparando-se para o procedimento cirúrgico e as suas consequências; e diminuir os riscos que estão associados ao ambiente cirúrgico e de internamento, colaborando nos procedimentos e promovendo a qualidade (Castellanos & Jouclas, 1990).

Acrescenta-se ainda que, em enfermagem perioperatória, é importante elaborar o plano de cuidados, fornecer as informações necessárias sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, orientar a equipa de enfermagem, visto serem atividades que podem minimizar riscos, prevenir complicações e possibilitar avaliações corretas, além de estabelecer intervenções adequadas nos diferentes períodos da experiência cirúrgica (Azevedo Guido, Goulart, Brum, Lemos & Umman, 2014).

Neste âmbito de prestação de cuidados podem considerar-se quatro dimensões:

- 1) As respostas comportamentais do cliente e família à cirurgia;
- 2) A segurança;
- 3) As respostas fisiológicas à cirurgia;
- 4) Todo o sistema de saúde necessário para prestar os cuidados de saúde perioperatórios.

Num estudo com cinquenta e cinco peritos, foram validados os elementos *core* da enfermagem perioperatória, de entre as dimensões supramencionadas, salienta-se que na dimensão correspondente aos comportamentos do cliente e família foi salientado o elemento: **necessidades de informação do cliente** (Rauta, Salanterä, Nivalainen & Junttila, 2013).

Por último, realça-se a informação mais importante das *guidelines* da *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) publicadas em 2015, estas sustentam um modelo de cuidados peri-operatórios centrados no cliente, este modelo é constituído por três dimensões:

- A segurança do cliente;

- A resposta fisiológica do cliente à cirurgia;
- A resposta comportamental do cliente/família à cirurgia.

Este modelo é focado nos resultados cirúrgicos dos clientes e defende que os enfermeiros são os profissionais detentores de conhecimento e de competências únicas para colocar em prática um modelo de cuidados efetivamente centrados no cliente.

O objetivo *major* da prática de cuidados de enfermagem perioperatórios é: “The goal of perioperative nursing practice is to assist patient and their designated support person(s) with achieving a level of wellness equal to or greater than that which they had before their operative or other invasive procedures.” (AORN, 2015, p.694).

Através de uma colaboração interdisciplinar, a enfermagem perioperatória utiliza o processo de enfermagem por forma a desenvolver planos de cuidados individualizados com intervenções e atividades dirigidas a resultados em saúde do cliente.

A AORN (2015) definiu como *standards* para a enfermagem perioperatória:

- 1) Avaliação: recolha de dados de saúde dos clientes que sejam relevantes para a cirurgia;
- 2) Diagnóstico: avaliação dos dados recolhidos por forma a determinar diagnósticos de enfermagem;
- 3) Identificação de resultados: delinear quais os resultados esperados para o cliente;
- 4) Planeamento: desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado com o intuito de alcançar os resultados esperados;
- 5) Implementação: operacionalizar o plano de cuidados; coordenar a vivência do cliente ao longo da sua experiência cirúrgica; promover o bem-estar holístico do cliente através de um ambiente seguro;
- 6) Avaliação: todo o processo é avaliado tendo em consideração os resultados esperados;
- 7) Qualidade dos cuidados: é efetuada uma avaliação contínua da qualidade dos cuidados e promove-se a sua adequação à prática dos cuidados;
- 8) Educação: estes enfermeiros adquirem e mantêm conhecimento e competências especializados e para a prática de cuidados;
- 9) Avaliação da prática profissional: é promovida a avaliação da própria prestação de cuidados de acordo com as normas e regulamentos aplicáveis;

- 10) Crescimento profissional: o enfermeiro interage e contribui para o seu crescimento profissional e dos restantes colegas;
- 11) Colaboração: o enfermeiro colabora com o cliente/família durante a prestação de cuidados;
- 12) Aspetos éticos: o enfermeiro toma decisões de acordo com os princípios éticos;
- 13) Investigação: o enfermeiro incorpora resultados de investigação/pesquisa na prática diária;
- 14) Utilização de recursos: são tidos em conta fatores relacionados com segurança, eficiência e eficácia, ambiente e o próprio custo associado ao planeamento, prestação e avaliação dos cuidados;
- 15) Liderança: é promovida a liderança dentro da profissão e no contexto da prática de cuidados.

Este conjunto de pressupostos enunciado pela AORN (2015) guia globalmente a atuação dos enfermeiros da área de enfermagem perioperatória, visto abranger recomendações alusivas às várias intervenções de enfermagem elencadas em objetivos específicos que visam sempre uma prática que coloca o cliente no centro do processo cirúrgico.

Grosso modo, pressupõe-se que desenvolvimento do pensamento crítico e da utilização da prática baseada em evidência, permitirá uma melhoria contínua dos cuidados sustentados economicamente. Alguns resultados relacionados com esta prática incluem a redução do tempo perdido antes da cirurgia, poupanças de custos pelos atrasos e cancelamentos e a melhoria da satisfação dos clientes (Barnett, 2005).

1.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

A consulta de enfermagem pré-operatória pode ser entendida como uma intervenção complexa, visto que, tem vários componentes em interação neste processo. É um momento de interação entre o enfermeiro e o cliente/família, com objetivos definidos, mas que está sujeito a uma variabilidade contínua que advém da subjetividade de cada cliente enquanto pessoa, de cada intervenção cirúrgica, do historial clínico do cliente e também das competências e experiência do enfermeiro que dinamiza a consulta. É difícil estabelecer o limite entre uma intervenção simples e uma intervenção complexa, por isso admite-se que o que torna uma intervenção complexa é o número de componentes que interagem nesse momento da intervenção; o número e dificuldade de comportamentos exigidos a quem dinamiza e a quem recebe a intervenção (cliente); o número de grupos ou níveis da organização que estão implicados na intervenção; o número e a variabilidade de resultados e, por último, o grau de flexibilidade ou adaptação que é permitido na intervenção (Craig et al, 2008).

Trata-se efetivamente de um momento em que interagem características, conhecimentos e competências de mais do que um interveniente, tornando-se um momento desafiante na prática de cuidados e igualmente enriquecedor para o processo cirúrgico. A consulta pode ser entendida como um momento privilegiado para a preparação do cliente para a cirurgia e para a alta, sendo que aspetos como a identificação de comorbilidades e a otimização pré-operatória dos clientes são habitualmente contemplados. Este momento privilegiado para o ensino ao cliente com aspetos que vão desde a sua admissão até à recuperação contribuem para a redução da ansiedade deste e da sua família e promovem ainda uma gestão adequada das expectativas dos mesmos (Clifford, 2016).

A observação e avaliação do cliente por parte da enfermagem no período pré-operatório é de extrema relevância pois promove a informação preponderante para o cliente assim como possibilita a gestão das suas expectativas ao longo de todo o percurso cirúrgico. A avaliação pré-operatória de enfermagem pode ser entendida como uma poderosa ferramenta para identificar e documentar os fatores de risco do cliente – sendo esta intervenção crucial na antecipação do risco cirúrgico (Malley, Kenner, Kim & Blakeney, 2015).

Neste sentido, é importante que os enfermeiros que realizam o ensino pré-operatório mantenham o seu foco em tornar este processo individualizado para melhorar os resultados do processo e desta forma, fomentar a segurança do cliente na equipa e nos cuidados de saúde (Kruzik, 2009).

Pelo facto de o período pré-operatório ser um momento que habitualmente envolve uma sobrecarga emocional, é fundamental que a preparação psicológica do cliente tenha início antes da cirurgia, por exemplo, na visita pré-operatória de enfermagem (Santos, Martins & Oliveira, 2014).

Considera-se que uma intervenção coordenada dos enfermeiros no que diz respeito ao ensino pré-operatório irá permitir a prestação de um serviço mais eficaz e eficiente (Guo, 2015) e a consulta de enfermagem pré-operatória pode ser entendida como o momento adequado para desenvolver esta intervenção de ensino pré-operatório.

1.2.1. Ensino pré-operatório de enfermagem

O ensino pré-operatório ao cliente consiste num processo de transmissão de informação para promover o conhecimento daquilo que o espera antes, durante e depois da cirurgia. Tem o intuito de capacitar o cliente para o autocuidado e promover uma melhor experiência cirúrgica (Heering & Engelke, 2017).

A intervenção de ensino pré-operatório tendo por base os conceitos de informar, aconselhar e treinar os clientes tem vindo a tornar-se cada vez mais importante para a enfermagem (Strupeit, Bud & Dassen, 2013).

Por outro lado, o facto de haver uma abordagem estruturada em termos de ensino imediatamente antes da cirurgia, vai contribuir para uma mudança de paradigma em que não só se prepara o cliente para a sua cirurgia, como também se prepara para a sua recuperação e alta (Foss, 2011).

Pela importância evidenciada do tema ensino pré-operatório de enfermagem surgiu a necessidade de identificar o que existe publicado sobre esta temática e desta forma, foi estruturada uma revisão tipo *scoping*. Esta revisão teve por base a metodologia *The Joanna Brigs Institute for Scoping Reviews* e desenvolveu-se de acordo com a *Preferred Reporting Items For Systematic Review and Meta-analysis* (PRISMA) num protocolo de revisão previamente elaborado por forma a dar resposta à questão “Qual a eficácia já descrita do ensino pré-operatório a clientes submetidos a intervenção cirúrgica?” (Mendes & Ferrito, 2018).

Os resultados desta revisão, após aplicação de critérios de elegibilidade contemplaram onze artigos (Apêndice A).

Como principais resultados desta revisão podem salientar-se os seguintes:

- O ensino pré-operatório pode diminuir o estado de ansiedade dos clientes e também ter efeito na ocorrência das complicações pós-operatórias (Kalogianni et al., 2016), por exemplo, pode ter influência positiva diminuindo o número de quedas no pós-operatório de cirurgias de colocação de prótese total do joelho (Clarke et al., 2012).
- Alguns sentimentos expressos pelos clientes cirúrgicos, como medo de morrer e ansiedade podem ser influenciados por programas de ensino pré-operatório estruturados (Aziato & Adejumo, 2014).
- Um estudo revelou que a maioria dos clientes (cerca de 60,0%) procura informação com o intuito de tentar diminuir a sua ansiedade em relação à cirurgia. As principais dúvidas referenciadas foram alusivas ao procedimento cirúrgico e ao ambiente do bloco operatório, pelo que foi considerada positiva a intervenção dos enfermeiros de transmitir informação para promover a sensação de segurança e otimismo dos clientes em relação à cirurgia (De Aquino Machado et al., 2015).
- O ensino pré-operatório pode ajudar a melhorar a adesão dos clientes aos protocolos de cuidados pós-operatórios (Yang et al., 2012).
- Por sua vez, outro estudo verificou diminuição da ansiedade pré-operatória em 82,4% dos clientes, melhor esclarecimento de dúvidas em 47,0% e a correspondência das expectativas dos clientes em relação ao processo de internamento em cerca de 94,1% dos clientes (Teixeira et al., 2013).
- Um dos objetivos principais do ensino pré-operatório é promover o conhecimento dos clientes e a visualização de um vídeo de ensino demonstrou que o aumento do conhecimento corresponde diretamente a uma diminuição acentuada da ansiedade sentida pelos clientes cirúrgicos (Das, Pradhan & Pradhan, 2015).
- Outro estudo abordou as principais categorias de informação a transmitir aos clientes e concluiu que a informação dos clientes em relação ao procedimento subiu de 53,5% para 96,5% e no tema gestão da dor de 0,0% para 82,7% com o ensino pré-operatório (Ali, Lalani & Malik, 2012).

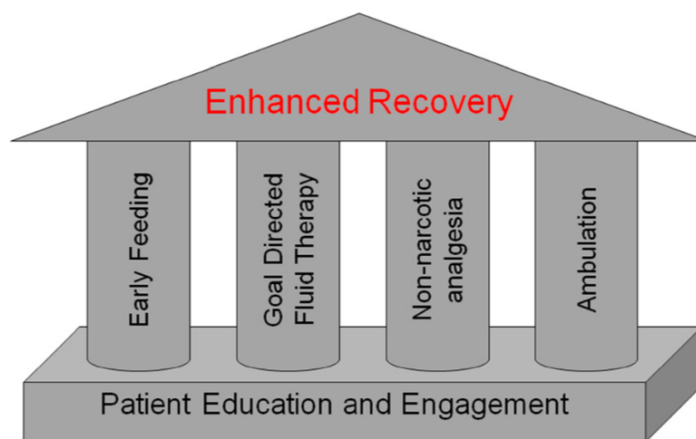
De uma forma geral, estes estudos evidenciaram aspetos relativos ao ensino pré-operatório que permitem inferir a sua importância para a obtenção de melhores resultados cirúrgicos e para que a experiência dos clientes possa ser menos traumática e mais adequada às suas necessidades e características pessoais. Salienta-se também que com o aumento do acesso à informação os clientes em saúde estarão cada vez mais informados e cada vez com expectativas mais elevadas no que respeita aos cuidados de saúde (Guo, 2015). Assim, torna-se decisivo que sejam os

prestadores de cuidados de saúde a fornecer essa informação da forma mais estruturada e adaptada possível, sendo crucial a abordagem multidisciplinar na educação do cliente, aspeto que tem impacto na confiança que o cliente vai ter na equipa de saúde.

Por outro lado, sabe-se que as orientações verbais isoladas fornecidas aos clientes podem não ser suficientes para estabelecer uma comunicação efetiva e por isso, insuficientes para alcançar bons resultados e atingir as expectativas dos clientes. O ideal será a criação de programas específicos de ensino (Mafetoni, Higa & Bellini, 2011) adaptados a cada contexto, por exemplo, recorrendo a informação escrita ou audiovisual.

A educação pré-operatória do cliente tem sido evidenciada como um pilar fundamental para a recuperação cirúrgica visto que o controlo da dor ou a participação nos cuidados pós-operatórios são influenciados pela expectativa e participação do cliente (Kim & Aloia, 2018). De acordo com estes autores, o ensino ao cliente pode mesmo ser entendido como a base para melhorar a recuperação pós-operatória (figura 1).

Figura 1 – Importância do ensino ao cliente para a recuperação acelerada.



Fonte: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11605-017-3605-9>

Esta figura apresentada pelos autores Kim e Aloia (2018) evoca alguns dos princípios norteadores dos programas cirúrgicos de recuperação acelerada. Entende-se que a educação do cliente e a sua participação nos cuidados podem ser a base destes programas, que têm como principais pilares a introdução precoce de alimentação, a fluidoterapia dirigida, a utilização de analgésicos não-opioides e a deambulação precoce após a cirurgia. Uma das formas encontradas para promover o ensino do cliente e favorecer a sua participação nos cuidados pós-operatórios é a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória.

1.3. PROGRAMA ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS[®])

O ERAS[®] é um programa de cuidados perioperatórios que tem como objetivos melhorar os resultados cirúrgicos e acelerar o processo de recuperação dos clientes cirúrgicos. Pertence a uma sociedade de origem europeia – ERAS[®] *Society* (<http://erassociety.org/>). Esta sociedade foi fundada por dois médicos Ken Fearon e Olle Ljungqvist que se conheceram em Londres, em 2001 num congresso de cirurgia.

A sociedade começou por formar grupos de trabalho de várias áreas da medicina e cirurgia, no sentido de produzir conhecimento baseado em evidência que pudesse promover o alcance dos seus principais objetivos. Os primeiros protocolos de atuação surgiram em 2005 e eram alusivos à cirurgia colorretal.

Em 2010, a sociedade foi oficialmente registada em Estocolmo na Suécia. Nos anos que se seguiram, o trabalho da sociedade intensificou-se com a publicação de diversos protocolos em várias áreas da cirurgia e com planos de cuidados de enfermagem associados.

Pela evidência e bons resultados demonstrados por estes grupos de trabalho e pela implementação destes protocolos, as diretrizes começaram a ser adotadas por diversos países, inicialmente só europeus (como Reino Unido, França, Espanha, entre outros), mas atualmente, já de outros continentes como os Estados Unidos, México, Argentina, Singapura e África do Sul entre outros.

Atualmente, a sociedade ERAS[®] contempla *guidelines* para várias áreas de atuação cirúrgica como é o caso da ginecológica, hepática, urológica, cabeça e pescoço, torácica, cardíaca, entre outras, estando em continuo trabalho para produção, atualização e publicação de *guidelines* baseadas na evidência.

O quadro 1 contempla as principais recomendações da sociedade ERAS[®] na área da cirurgia colorretal (Gustafsson et al., 2013):

Quadro 1 – Recomendações para cirurgia colorretal com nível de evidência e grau de recomendação.

Recomendações da <i>guideline</i> ERAS [®] cirurgia colorretal	Nível de evidência	Grau de recomendação
Informação pré-operatória	Baixo	Forte
Ensino pré-operatório	Baixo	Forte
Otimização pré-operatória	Baixo	Forte
Preparação intestinal pré-operatória seletiva	Alto	Forte
Jejum pré-operatório e tratamento de hidratos de carbono	Baixo	Forte
Evicção de medicação pré-anestésica	Alto	Forte
Profilaxia de trombo-embolismo	Alto	Forte
Profilaxia antibiótica e preparação da pele	Alto	Forte
Protocolo anestésico/sem opióides	Moderado	Forte
Prevenção de náuseas e vômitos	Baixo	Forte
Opção pela via laparoscópica	Alto	Forte
Evicção entubação nasogástrica pós-operatória	Alto	Forte
Prevenção da hipotermia intra-operatória	Alto	Forte
Gestão de fluidos perioperatórios	Alto	Forte
Evicção de drenos abdominais	Alto	Forte
Algaliação até 24h-48h	Baixo	Forte
Prevenção do <i>ileus</i> pós-operatório	Moderado	Forte
Gestão da analgesia pós-operatória	Moderado	Forte
Nutrição peri-operatória	Alto	Forte
Controlo da glicemia no pós-operatório	Baixo	Forte
Mobilização precoce	Baixo	Forte

Fonte: [http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(12\)00180-X/pdf](http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(12)00180-X/pdf)

De acordo com as recomendações supramencionadas:

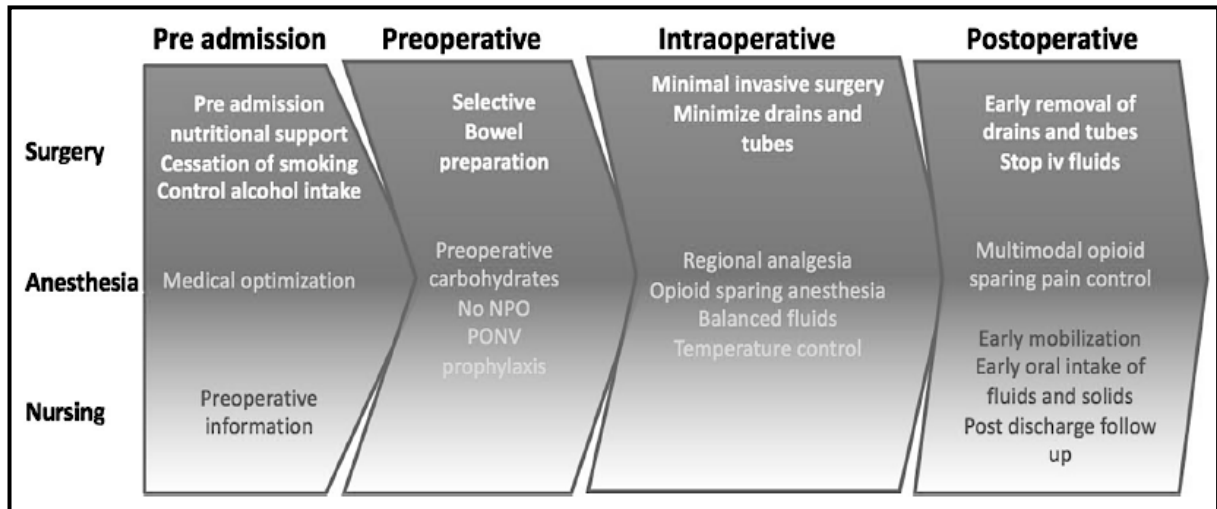
- A transmissão de informação antes da cirurgia sobre a forma de ensino pré-operatório, apesar de ter ainda baixo nível de evidência é fortemente recomendada pelos peritos visto que apresenta diversos benefícios para o cliente. Sabe-se que estas intervenções de ensino estruturadas estão associadas tanto a menor intensidade de dor no pós-operatório como a uma mais eficaz gestão de complicações (Foss, 2011).
- A otimização pré-operatória está também relacionada com os hábitos tabágicos e alcoólicos, sendo que em relação ao não-consumo de álcool a evidência é baixa, mas em relação à cessação tabágica é alta.
- Considera-se com nível de evidência alto, para a cirurgia colorretal, não deverá ser utilizada a preparação intestinal mecânica.

- O recomendado no que diz respeito ao jejum pré-operatório é de 6h para sólidos e de 2h para líquidos claros. Estes líquidos claros contemplam a bebida rica em hidratos de carbono, mas pobre em proteínas o que permite o esvaziamento gástrico rápido e encurtamento do tempo de jejum.
- A profilaxia de trombo-embolismo é preferencialmente realizada com utilização de meias de contenção dos membros inferiores e com administração de heparina de baixo peso molecular, medidas que apresentam elevado grau de recomendação.
- No que respeita à prevenção de infeção, está preconizado a utilização de antibiótico via endovenosa durante a cirurgia e preparação da pele do cliente mediante a utilização de solução de clorhexidina no pré-operatório, com alto nível de evidência.
- Nestas recomendações considera-se que o protocolo anestésico deve ter por base o princípio de minimizar a resposta metabólica do *stress* do cliente. Assim, deverão ser evitados fármacos opióides durante a anestesia bem como o recurso a analgesia epidural torácica, sobretudo em cirurgias realizadas por via clássica.
- Prevê-se uma abordagem multimodal na profilaxia de náuseas e vômitos e no controlo da dor, nos clientes submetidos a cirurgia colorretal, embora o nível de evidência seja baixo o grau de recomendação é forte.
- Recomenda-se com elevado nível de evidência, que a cirurgia colorretal tenha uma abordagem preferencialmente via laparoscópica, sobretudo na área da oncologia.
- Relativamente à utilização de sonda nasogástrica com nível de evidência alto, prevê-se a sua utilização apenas em contexto intra-operatório, não devendo por norma permanecer no período pós-operatório.
- Propõe-se com nível de evidência alto a manutenção da temperatura corporal do cliente >36°C durante o procedimento, por exemplo, com aquecimento de fluidos.
- A gestão de fluidos a nível peri-operatório pressupõe que haja uma administração de fluidos monitorizada de acordo com a função cardíaca, evitando a sobrecarga. Prevê-se a reintrodução dos fluidos por via entérica precocemente e a suspensão dos fluidos endovenosos assim que possível, com nível de evidência alto.
- A colocação dos drenos abdominais deve ser desencorajada pois trata-se de uma medida não sustentada do ponto de vista de evidência e contribui para atrasar a mobilização dos clientes.

- Quando houver necessidade de recorrer à algaliação do cliente, esta deverá ser descontinuada entre 24-48h de pós-operatório. Embora com baixo nível de evidência sabe-se que também dificulta o regresso do cliente ao pleno estado de autonomia.
- Em relação à prevenção do *ileus* pós-operatório, a principal intervenção que estas recomendações sugerem é a utilização da pastilha elástica no período pós-operatório, bem como a mobilização precoce e a ingestão de café.
- No que diz respeito à analgesia pós-operatória devem evitar-se os fármacos opióides e preferir outros tipos de fármacos assim como analgesia local (infiltração da ferida pelo cirurgião). Uma abordagem multimodal constituída, por exemplo, por paracetamol e anti-inflamatórios não-esteróides pode ser considerada bastante efetiva nestes clientes (Subramaniam & Horgan, 2017). Assim que possível, os analgésicos devem passar de via endovenosa para via oral.
- Clientes que sejam notificados com risco nutricional deverão receber suporte nutricional (por exemplo, com suplementação); o jejum perioperatório deve ser reduzido havendo também vantagem comprovada em iniciar precocemente a ingestão alimentar via oral após o procedimento cirúrgico.
- Os valores de glicemia capilar devem ser monitorizados com o objetivo de evitar valores de hiperglicemia que podem contribuir para o aparecimento de complicações pós-operatórias.
- As recomendações preveem que os clientes realizem levante precoce, ainda no dia da cirurgia por forma a diminuir o risco de pneumonia e de fraqueza muscular, embora o nível de evidência seja baixo, o grau de recomendação é alto.

Outros autores, baseados também nas *guidelines* propostas pela sociedade ERAS[®], propõem uma apresentação destas recomendações de acordo com os cuidados perioperatórios como exemplifica a figura 2 (Ljungqvist & Hubner, 2018):

Figura 2 – Elementos ERAS[®] por fase perioperatória.



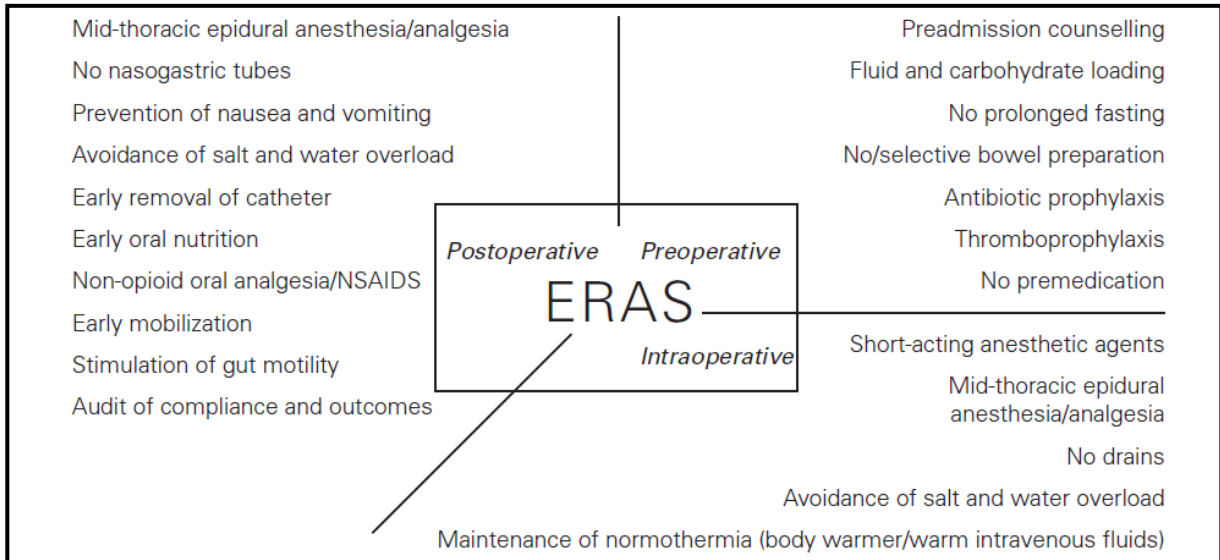
Fonte: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs40520-018-0905-1.pdf>

Neste esquema (figura 2) contemplam-se alguns aspetos importantes do próprio conceito do programa ERAS[®], nomeadamente, a questão da otimização do cliente no período pré-operatório (pré-admissão). Esta otimização é operacionalizada através da referida avaliação multidisciplinar, que permite detetar alguns fatores preditivos de risco cirúrgico passíveis de serem melhorados ou reduzidos.

Salienta-se também na fase intra-operatória a referência à cirurgia minimamente invasiva, sendo amplamente considerada como a melhor prática, mas que ainda não é a prática mais recorrente em alguns centros cirúrgicos. Na fase pós-operatória evidencia-se o *follow-up* telefónico de enfermagem pós-alta.

Por sua vez, outros autores acrescentam um elemento importante que não foi referido anteriormente – a auditoria dos resultados e da *compliance* de todas estas recomendações, como demonstra a figura 3 (Melnyk, Casey, Black & Koupparis, 2011). A sociedade ERAS[®] prevê que a auditoria das intervenções e dos resultados seja contínua em todo o processo e por isso, criou um sistema de auditoria próprio - *Interactive Audit System* (EIAS[®]).

Figura 3 – Elementos chave do programa ERAS[®].



Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202008/>

Este sistema interativo (EIAS[®]) contempla a inserção de mais de cento e quarenta itens associados às intervenções previstas pelas recomendações e que permitem inferir vários níveis de conclusões e resultados específicos de cada cliente e ainda criar várias interações entre variáveis o que se traduz numa ferramenta muito importante na melhoria contínua dos cuidados peri-operatórios.

Os dados que a plataforma de auditoria permite analisar, possibilitam obter conclusões relevantes em relação a todos os aspetos do processo cirúrgico desde tipo de cirurgia, tipo de anastomose, tipo de anestesia e principais fármacos utilizados, preparação pré-operatória do cliente, tempo passado desde a cirurgia até ao retorno à autonomia do cliente, até restabelecimento do padrão de eliminação, os níveis de dor por cada dia de internamento ou a incidência de náuseas ou vômitos no período pós-operatório, ocorrência de complicações, entre outros. Todos estes dados podem dar origem a vários estudos e a oportunidade de melhoria de intervenções diretamente relacionadas com os resultados dos clientes, e alguns sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Este programa tem demonstrado ser importante para os clientes não apenas pelos resultados finais, com diminuição do tempo de internamento (sem resultar em reinternamentos) e diminuição das complicações pós-operatórias, mas também porque contribui para uma mudança na atitude dos clientes. Pressupõe que há uma transição de paradigma do conceito de *sick patient* para *empowered patient* e deste modo, conta com uma participação mais ativa do cliente no seu processo cirúrgico e na sua recuperação (Herbert et al., 2017).

Algumas destas recomendações contempladas nos protocolos podem ser potenciadas se forem entendidas como um conjunto, isto é, colocadas em prática isoladamente podem não parecer muito significativas, mas se forem replicadas em conjunto e envolverem toda a equipa prestadora de cuidados os resultados são tendencialmente associadas a melhores resultados de saúde (Subramaniam & Horgan, 2017).

O programa ERAS[®] tem suscitado interesse e curiosidade por parte dos profissionais de saúde e por isso, têm sido desenvolvidos alguns estudos com impacto sobretudo por cirurgiões e anestesistas. Contudo, também se evidencia a escassez de estudos que permitam inferir a experiência e opinião dos clientes em relação a todo o programa e à sua participação (Foss, 2011) ficando uma janela aberta para outros estudos nesta área.

Nos últimos anos, o programa tem tido uma expansão significativa a novos centros cirúrgicos e por isso, têm surgido novos estudos sobre as implicações das intervenções do ERAS[®]. No entanto, na prática de enfermagem continua a ser necessário e benéfico, o desenvolvimento de mais estudos que ajudem a entender o ERAS[®] através da perspetiva da Enfermagem (Gustaffson et al., 2019) e através da perspetiva do cliente.

1.3.1. Implicações do programa ERAS[®] para a enfermagem

Pelo facto de se tratar de uma abordagem recente ao cliente cirúrgico em Portugal, à medida que a sua implementação vai avançando começam a surgir questões sobre as intervenções do enfermeiro no programa ERAS[®] e as implicações que este programa pode ter diretamente na prestação de cuidados de enfermagem. Assim, surge a necessidade de fazer um diagnóstico sobre a evidência publicada quanto às implicações do ERAS[®] nos cuidados de enfermagem.

Tomando como ponto de partida a pergunta “Quais as implicações do programa ERAS[®] na prática de enfermagem descritas na literatura?” (Mendes, Ferrito & Gonçalves, 2018) foi desenvolvida uma revisão tipo *scoping* seguindo as diretrizes *The Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews* e tendo por base um protocolo de revisão previamente elaborado.

Os resultados, após aplicação dos critérios predefinidos, foi a eleição de catorze artigos para esta revisão (Apêndice B).

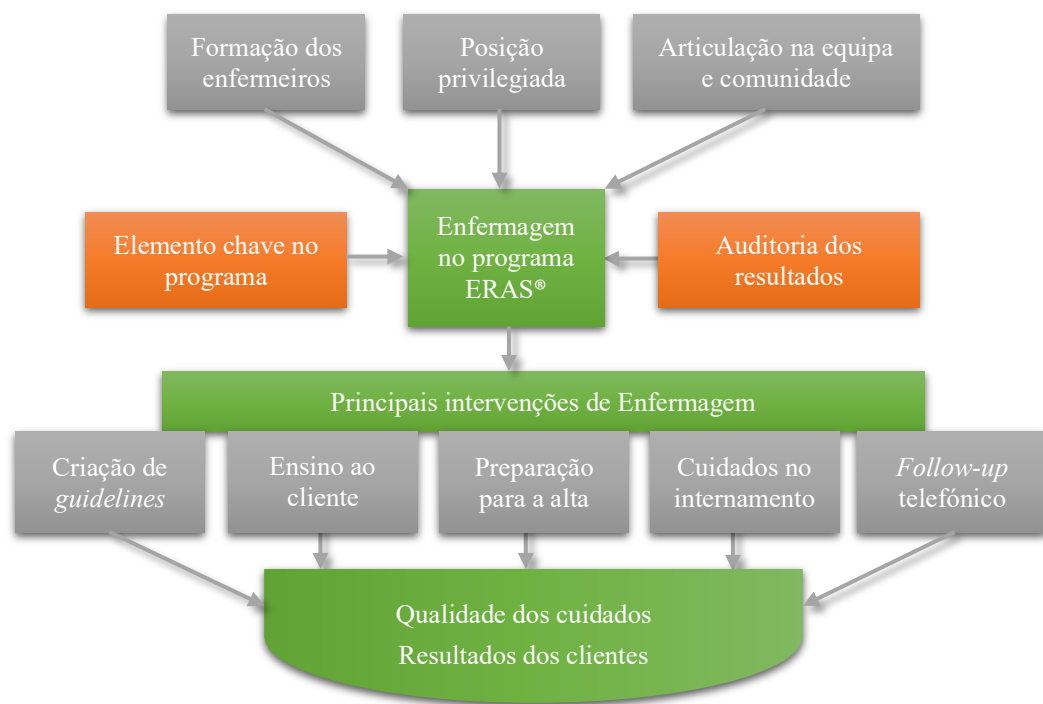
Desta revisão, salientam-se como principais resultados:

- Dois aspetos como: a relevância dos enfermeiros envolvidos no programa conhecerem bem o protocolo e acreditarem nele, reconhecendo a sua importância com uma forte abordagem de ensino pré-operatório diretamente associada à melhor recuperação do cliente e em segundo lugar, a conquista de autonomia do próprio enfermeiro na sua prática de cuidados (Jeff & Taylor, 2014).
- Considera-se ainda que neste programa de cuidados é importante conhecer a perspetiva do cliente para promover a melhoria dos cuidados, deste modo, o *follow-up* telefónico é muito bem aceite pelos clientes que aumentam o seu nível de confiança na recuperação (Bernard & Foss, 2014a).
- Sabe-se que a formação dos enfermeiros é fundamental e que este programa constitui uma oportunidade única para o enfermeiro acompanhar o cliente ao longo de todo o seu percurso cirúrgico, o que pode facilitar a abordagem centrada no cliente e promover a melhoria contínua dos cuidados (Conn et al., 2015).
- De todo este processo, enfatiza-se a intervenção do enfermeiro na avaliação pré-operatória do cliente (marcada pelo ensino), na avaliação do risco cirúrgico e no planeamento da alta. A intervenção transversal, desde a admissão do cliente até depois da alta, passa pela gestão do período pós-operatório, promovendo a participação ativa dos clientes na sua recuperação (Roberts & Fenech, 2010). Esta participação do cliente na sua recuperação prevê uma mudança de atitude, passando este a adotar uma atitude pró-ativa sendo notória uma interferência direta nos resultados em saúde (Crosson, 2017).
- Como principais barreiras à implementação do programa salientam-se a resistência dos profissionais à mudança e a participação não ativa dos clientes na sua recuperação, pelo que o trabalho em equipa, a comunicação eficaz e os programas de ensino pré-operatório estruturados são entendidos como decisivos para ultrapassar estas barreiras (Alawadi et al., 2016).
- Em relação à intervenção do enfermeiro no programa, evidencia-se que este profissional é o que passa mais tempo junto do cliente durante todo o processo cirúrgico, sendo considerado um elemento chave na implementação do programa ERAS[®]. Pelo facto de passar mais tempo junto do cliente e família pode também adquirir alguma sensibilidade para inferir novos temas para investigar e assim considera-se que seria importante o enfermeiro do programa ter algum tempo destinado à prática de investigação (Foss & Bernard, 2012).

- Como consequência deste acompanhamento do cliente na sua experiência cirúrgica, o enfermeiro é identificado como um membro ativo na transmissão de informação de acordo com as necessidades do cliente e contribui para descentralizar a atenção dos profissionais de saúde dos aspetos mais físicos em relação ao cliente e para planear uma intervenção integrada e coordenada desde o pré-operatório até depois da alta (Mitchell, 2011).

Como resultado desta revisão e visando como objetivo resumir a intervenção do enfermeiro no programa ERAS[®] foi construído o esquema que se apresenta seguidamente na figura 4 (Mendes, Ferrito & Gonçalves, 2018).

Figura 4 – Implicações do programa ERAS[®] para a enfermagem.



Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202824&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Foi possível inferir que a enfermagem tem uma intervenção de relevo em programas de recuperação acelerada, sobretudo no programa ERAS[®], estendendo a sua atuação ao longo de todo o percurso cirúrgico do cliente. O enfermeiro pela sua posição privilegiada, pela sua formação e possibilidade de articulação com a equipa é considerado um elemento chave para o

sucesso do programa. É também este profissional que dinamiza o processo de auditoria de resultados em relação a toda a experiência cirúrgica. Esta revisão permitiu inferir algumas das principais intervenções de enfermagem no programa ERAS[®] das quais se salientam: a criação e adaptação de *guidelines*, o ensino ao cliente, a preparação para a alta, a prestação direta de cuidados no internamento e o *follow-up* telefónico.

Assim se depreende que no programa ERAS[®] o enfermeiro engloba atividades associadas à prestação direta de cuidados ao cliente, como é a consulta de enfermagem pré-operatória ou o *follow-up* telefónico, mas também um conjunto de atividades que não se associam diretamente à prestação de cuidados como acontece com a auditoria do processo cirúrgico ou a criação de *guidelines*.

Este conjunto de atividades que incorporam a atividade do enfermeiro no programa ERAS[®] condicionam diretamente a qualidade dos cuidados prestados e os resultados em saúde dos clientes. Uma vez que, a criação de protocolos para uniformização dos cuidados assim como a cultura de auditoria permitem uma monitorização contínua do processo cirúrgico e deste modo, constituem uma estratégia de melhoria da qualidade.

1.4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O programa ERAS[®] sugere uma abordagem de prática baseada na evidência propondo a incorporação das melhores práticas em cada área cirúrgica com o intuito de prestar os melhores e mais adequados cuidados perioperatórios. Tomando como ponto de partida este princípio do programa, considerou-se pertinente desenvolver a consulta de enfermagem pré-operatória de acordo com a mesma linha de atuação – prática baseada na evidência.

A prática baseada na evidência prevê a identificação da informação relevante com a melhor e mais elevada qualidade que possa ser aplicada à prática clínica e assim incrementar a qualidade dos cuidados prestados.

Esta estratégia pressupõe:

- Que os cuidados de saúde sejam baseados na melhor evidência disponível;
- Que seja integrada uma técnica de resolução de problemas usando o que existe na literatura desde revisões sistemáticas a estudos descritivos e qualitativos ou mesmo recolhendo a experiência e opinião dos clientes;
- Que seja elaborada uma análise crítica da informação e para que depois possa ser selecionada a melhor forma de a colocar em prática e de a disseminar.

Para melhor compreender esta temática foi realizada uma pesquisa sobre quais os principais modelos de atuação de prática baseada na evidência disponíveis na literatura e, deste modo, seguiu-se a seleção e avaliação.

Esta classificação foi integrada numa publicação que classificou os oito melhores modelos de prática baseada na evidência (figura 5), colocando o modelo de Rosswurm e Larrabee (1999) na melhor posição (Mohide & King, 2003).

Figura 5 – *Rating* dos oito melhores modelos de prática baseada na evidência.

Total rating for 5 criteria*		Total rating for 3 core criteria*†	
Model	Mean (SD)	Model	Mean (SD)
Rosswurm and Larrabee ⁸	20.00 (3.74)	Rosswurm and Larrabee ⁸	13.25 (1.26)
Iowa ¹¹	16.75 (6.02)	Iowa ¹¹	10.25 (3.77)
Children's Hospital of Philadelphia ¹²	16.25 (6.80)	Children's Hospital of Philadelphia ¹²	9.25 (4.50)
Stetler ¹⁰	16.25 (2.22)	Aurora ⁹	8.80 (2.05)
Aurora ⁹	15.20 (2.78)	Stetler ¹⁰	8.75 (1.26)
Diffusion of Innovation ¹³	14.00 (8.79)	Diffusion of Innovation ¹³	8.75 (4.99)
Research Nurse Intern Program ¹⁴	14.00 (7.35)	Research Nurse Intern Program ¹⁴	8.75 (4.27)
Process of Research Utilization ¹⁵	12.75 (2.63)	Process of Research Utilization ¹⁵	8.75 (1.70)

Fonte: <https://ebn.bmj.com/content/6/4/100.short>

1.4.1. Modelo de Rosswurm e Larrabee

A seleção deste modelo teve também por base uma revisão sobre os vários modelos de prática baseada na evidência descritos para a enfermagem, em contexto hospitalar, como se resume no quadro 2 (Camargo et al., 2017).

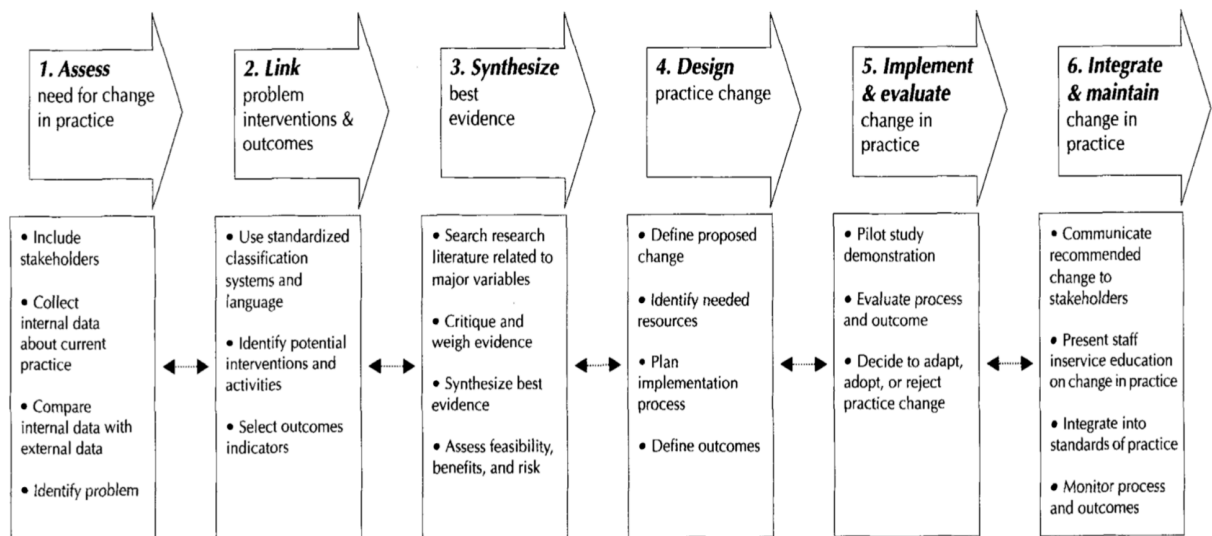
Quadro 2 – Caraterização do modelo de prática baseada na evidência.

Modelo	Descrição resumida
The Rosswurm and Larrabee Model, 1999 USA	<p>Prevê identificar a necessidade de mudança na prática;</p> <p>Aproximação do problema com indicadores de resultados;</p> <p>Recolha da melhor evidência científica;</p> <p>Consideração dos benefícios, riscos e recursos de implementação;</p> <p>Elaboração e avaliação de um plano de mudança;</p> <p>Integração e monitorização da mudança (avaliando o processo e os resultados).</p>

Fonte: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71453540028.pdf>

Assim sendo, e pelas características encontradas, considerou-se para este estudo o modelo proposto por Rosswurm e Larrabee publicado em 1999. Este modelo assenta em seis etapas e pretende integrar a prática baseada na evidência diretamente no sistema de prestação de cuidados de saúde. Apresentam um modelo sequencial e lógico (figura 6) que tem início com o diagnóstico de uma necessidade de mudança fazendo uma cuidadosa análise da situação atual.

Figura 6– Um modelo de prática baseada na evidência



Fonte: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>

Os autores sugerem uma comparação dos dados da instituição com dados externos para que o posicionamento seja o mais aproximado da realidade possível. A segunda etapa é associar o problema a um conjunto de intervenções de enfermagem e resultados esperados que promovem uma ponte com a prática.

A terceira etapa prevê que seja procurada e sintetizada a melhor prática baseada na evidência (por exemplo, através de pesquisa em bases de dados) e que esta seja sujeita a crítica no sentido de selecionar as melhores intervenções para alcançar os objetivos pretendidos.

A quarta etapa pressupõe a elaboração de um plano de ação, um plano de mudança que pretende incorporar esta evidência na prática da prestação de cuidados, por norma com o desenvolvimento de protocolos. A quinta etapa consiste na implementação do plano de mudança e na sua avaliação.

Para a operacionalização da mudança pode ser necessário formar os intervenientes e para avaliar os resultados e a própria implementação sugere-se o recurso a questionários, a informações de custos e *feedback* dos intervenientes.

A sexta e última etapa, consiste em, após a avaliação, integrar este processo de mudança transformando-o na prática diária, no quotidiano dos serviços onde pode ser aplicado o plano. Para assegurar a manutenção da mudança mantém-se continuamente a necessidade de formação e avaliação (Rosswurm & Larrabee, 1999).

A prática baseada na evidência contempla alguns conceitos chave, nomeadamente a necessidade de incluir programas, *guidelines* e/ou políticas de atuação. Por sua vez, prevê que haja um processo de implementação com uma estratégia definida através de atividades e recursos no sentido de integrar as novas intervenções no contexto real. Por fim, inclui a monitorização dos resultados de implementação inferindo os principais resultados das intervenções implementadas (Morshed et al., 2016), aspeto este que está inteiramente relacionado com o desenho traçado para o presente estudo.

2. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Este segundo capítulo promove o enquadramento deste estudo na área da Enfermagem Avançada, apresenta em traços gerais a finalidade do estudo desenvolvido e enunciados os objetivos gerais. De acordo com a sua complexidade, a partir do terceiro objetivo geral derivaram objetivos específicos igualmente apresentados.

2.1. ENFERMAGEM AVANÇADA

O conceito de enfermagem privilegia uma relação estabelecida entre os enfermeiros e os clientes/família com o objetivo de que estes alcancem os seus objetivos de saúde e bem-estar. Neste contexto, os enfermeiros aconselham, educam, orientam, facilitam, avaliam, planeiam, relacionam, reavaliam e associam-se com as pessoas enquanto indivíduos ou grupos num conjunto complexo de níveis de intervenção de acordo com uma abordagem holística no que diz respeito ao estado de saúde e promoção da saúde (Butts & Rich, 2013).

Mesmo para as atividades de enfermagem que possam ser “grosseiramente consideradas” como mais básicas, há necessidade de aquisição de um conjunto de conhecimentos para sua fundamentação que deve e tem de ser valorizado. A necessidade de compreender e promover o conhecimento que está na base da prestação de cuidados de enfermagem torna-se cada vez mais imperativa para a profissão.

Salienta-se que a investigação e a prática devem caminhar lado a lado para que seja possível evoluir a própria enfermagem e contribuir inclusivamente para a sua afirmação na equipa multiprofissional, nas instituições de saúde e na sociedade em geral.

Assume-se que explorar os fundamentos do trabalho em enfermagem é decisivo, especialmente os elementos que fornecem aos enfermeiros informações valiosas e confiáveis para a sustentação dos cuidados que prestam diariamente aos seus clientes nos mais diversos contextos de intervenção.

A Enfermagem Avançada prevê que exista um desenvolvimento do corpo de conhecimento da disciplina de enfermagem. Sendo que ainda existem dificuldades em relacionar os cuidados de enfermagem com um corpo de conhecimento adequado e específico sem manter a tendência de associação ao modelo biomédico. Assim, determinar a natureza da enfermagem enquanto

disciplina é fundamental (o que poderá incluir a sua estrutura e limites) e permitirá a melhoria continua dos cuidados de enfermagem e deste modo, influenciar positivamente a qualidade do serviço prestado.

Entende-se que este conceito de “dar mais Enfermagem à Enfermagem” poderá contribuir para desmistificar uma ideia que foi sendo mantida ao longo do tempo, de que a enfermagem é uma disciplina de carácter profissional/prático pelo facto de se prestar um serviço (cuidado de enfermagem) a uma pessoa ou grupos de pessoas e por isso, considerada “pouco académica”. Este é sem dúvida um aspeto que enuncia questões importantes do ponto de vista de desenvolvimento do conhecimento.

Importa referir que é desejável que os enfermeiros da prestação de cuidados se envolvam diretamente na criação e desenvolvimento do conhecimento da profissão por forma a assegurar-se que o carácter holístico e o foco no relacionamento enfermeiro-cliente/família não são de todo “esquecidos” durante o processo de crescimento e fundamentação da disciplina de enfermagem.

Considera-se que este estudo está integrado na área da Enfermagem Avançada uma vez que de acordo com Amendoeira *et al.* (2014):

- Realça a pessoa como centro da prestação de cuidados;
- É baseado numa intervenção autónoma de enfermagem, que avalia os resultados sensíveis à atuação de enfermagem;
- Enfatiza a importância da prática baseada na evidência;
- Prevê um contributo para a enfermagem;
- Promove o reconhecimento do enfermeiro enquanto profissional.

Tomando como ponto de partida que os enfermeiros devem aplicar na prática o conhecimento mais atualizado de cada área de intervenção tendo por base resultados de investigação na disciplina, o conceito de Enfermagem Avançada, prende-se com o aumento da competência para uma prestação de cuidados centrada em pressupostos concetuais e em teorias que contemplem diagnósticos e intervenções individualizadas.

2.2. FINALIDADE DO ESTUDO

A finalidade do presente estudo é intrínseca à finalidade global da profissão “é o bem-estar de outros seres humanos – e esta não é uma finalidade científica, mas de ordem moral; ou seja, assenta num conceito moral básico (a preocupação com as outras pessoas) e os conhecimentos, capacidades e competências que se vão desenvolvendo dirigem-se para responder a esta finalidade” (Neves & Pacheco, 2004, p.36).

A Ordem dos Enfermeiros (2012) tendo por base a ideologia do *International Council of Nurses* (ICN) refere que a investigação na área da enfermagem é necessária e indispensável para o desenvolvimento da própria disciplina, uma vez que estimula a avaliação e a crítica em relação aos cuidados de enfermagem podendo originar evidência científica. Assim sendo, a enfermagem poderá melhor conhecer as implicações dos cuidados prestados aos clientes, família e comunidade e direcionar-se para resultados efetivos das suas intervenções.

A Ordem dos Enfermeiros (2012) reforça ainda que uma das principais linhas da investigação em Enfermagem deverá ser na direção dos resultados das intervenções da prática diária uma vez que todo o conhecimento que possa ser inferido irá contribuir para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente.

O desenvolvimento deste estudo surge da **necessidade de implementar uma consulta de enfermagem pré-operatória integrada num programa de cuidados perioperatórios multidisciplinar** efetivamente assente numa filosofia de cuidados centrados no cliente.

Deste modo, pretende-se contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem, através da estruturação, implementação e avaliação da consulta centrada numa intervenção de ensino pré-operatório aos clientes submetidos a cirurgia colorretal integrados no programa ERAS[®].

O programa ERAS[®] baseia-se num plano de ensino estruturado e individualizado que pode refletir-se na diminuição da ansiedade e dos casos de depressão dos clientes tornando-os mais capazes para o autocuidado e numa diminuição dos reinternamentos. Promove ainda o desenvolvimento cognitivo e bem-estar mental dos clientes (Fredericks & Yau, 2017).

A literatura refere a existência de uma lacuna no que respeita a estudos que evidenciem a eficácia e pertinência de intervenções de enfermagem como o ensino pré-operatório (Stupeit, Bub & Dassen, 2013) e por isso, pode considerar-se este estudo como inovador e simultaneamente, como uma mais-valia para a enfermagem.

Este foco no ensino ao cliente é desafiante para a prática da enfermagem, tornando-se numa área de potencial crescimento da disciplina. Com este estudo prevê-se a possibilidade de contribuir para o desenvolvimento da enfermagem através da ampliação do conhecimento sobre a consulta com a avaliação das implicações que esta intervenção pode ter para o cliente isto porque os cuidados “...têm que fazer sentido para os enfermeiros que os prestam e para aqueles a quem são prestados, têm que contribuir para dar sentido à vida, têm que fazer sentido” (Neves & Pacheco, 2004, p.37).

Por sua vez, a avaliação da consulta através da monitorização das suas implicações para o cliente em contexto real de prestação de cuidados, relaciona-se diretamente com a eficiência da própria intervenção o que promove a visão dos cuidados centrados no cliente.

Um dos mentores do programa ERAS[®] realça a importância de todos os aspetos que estão a ser avaliados neste estudo, nomeadamente referindo que o aconselhamento/informação pré-operatória é um objetivo importante do programa, primeiramente porque os clientes têm medo do desconhecido, e terem informação apropriada pode reduzir a ansiedade associada à anestesia e à cirurgia e em segundo lugar, porque a preparação, a satisfação e toda a experiência cirúrgica do cliente deve ser melhorada sob uma perspetiva de cuidados centrados no cliente (Gustaffson et al, 2019).

A literatura apresenta o programa ERAS[®] como um programa de intervenções baseadas na evidência para minimizar a resposta do organismo humano ao *stress* causado pela cirurgia, na medida do possível. Refere também que o enfermeiro é a chave para a implementação do programa, contudo também é realçada a falta de investigação na perspetiva dos clientes o que promove espaço e abertura para a investigação na área (Foss & Bernard, 2012).

Desenvolver uma investigação científica centrada em prováveis necessidades do período perioperatório é crucial para a aquisição de conhecimentos que possam ser entendidos como um pilar para a prática clínica de enfermagem o que terá como consequência a prestação de cuidados de enfermagem verdadeiramente centrados no cliente (Bastos, Souza, Souza & Marques, 2013).

Este desenvolvimento de competência que pode associar-se a um processo de tomada de decisão mais fundamentado pelos enfermeiros está também relacionado com um contexto multidisciplinar, o que promove um incremento na qualidade dos cuidados prestados aos clientes (Peixoto & Peixoto, 2013).

2.3. OBJETIVOS DO ESTUDO

Ao idealizar a consulta de enfermagem pré-operatória, pretende-se que esta intervenção não seja restrita à avaliação física e psicológica dos clientes, contemplando um foco intensivo no ensino ao cliente, sendo que o ensino é considerado como uma intervenção de saúde essencial para promover as mudanças de comportamento do cliente (Fredericks & Yau, 2017). Deste modo, para corresponder à necessidade de criar e avaliar a consulta foram formulados três Objetivos Gerais (OG):

- **OG1 – Estruturar a consulta de enfermagem pré-operatória integrada no programa ERAS[®];**
- **OG2 – Implementar a consulta de enfermagem pré-operatória integrada no programa ERAS[®];**
- **OG3 – Avaliar a consulta de enfermagem pré-operatória integrada no programa ERAS[®].**

Uma vez que a consulta neste contexto cirúrgico e institucional é inovadora, houve necessidade de proceder a uma cuidadosa estruturação da intervenção o que originou o primeiro OG – **Estruturar a consulta de enfermagem pré-operatória integrada no programa ERAS[®].**

O estudo teve a génese na necessidade de implementar a consulta pelo que o segundo OG foi – **Implementar a consulta de enfermagem pré-operatória integrada no programa ERAS[®].**

Seguindo uma orientação de melhoria contínua e uma preocupação constante com a adequação da intervenção ao cliente, considerou-se indispensável avaliar a consulta e assim surgiu o terceiro OG – **Avaliar a consulta de enfermagem pré-operatória integrada no programa ERAS[®].**

A cada um dos objetivos gerais foi elencada uma fase do desenho do estudo e na fase 3, correspondente à avaliação da consulta, dada a sua complexidade consideraram-se os seguintes Objetivos Específicos (OE):

- **OE1 Avaliar a informação transmitida ao cliente durante a consulta;**
- **OE2 Avaliar a influência da consulta na experiência cirúrgica do cliente;**
- **OE3 Avaliar a influência da consulta na responsabilidade e participação do cliente no processo cirúrgico;**
- **OE4 Avaliar a satisfação do cliente com a consulta de enfermagem pré-operatória;**

- **OE5 Avaliar as implicações da consulta no retorno à autonomia na mobilização após a cirurgia;**
- **OE6 Avaliar as implicações da consulta de enfermagem pré-operatória no tempo médio de internamento.**

No quadro 3 apresenta-se as fases do estudo e os respetivos objetivos gerais e específicos:

Quadro 3 – Fases do estudo e objetivos.

Fases do estudo	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Fase 1 Estruturação da consulta	OG1 Estruturar a consulta de enfermagem pré-operatória integrada no programa ERAS [®] .	--
Fase 2 Implementação da consulta	OG2 Implementar a consulta de enfermagem pré-operatória integrada no programa ERAS [®] .	--
Fase 3 Avaliação da consulta	OG3 Avaliar a consulta de enfermagem pré-operatória integrada no programa ERAS [®] .	OE1 Avaliar a informação transmitida ao cliente durante a consulta OE2 Avaliar a influência da consulta na experiência cirúrgica do cliente OE3 Avaliar a influência da consulta na responsabilidade e participação do cliente no processo cirúrgico OE4 Avaliar a satisfação do cliente com a consulta de enfermagem pré-operatória OE5 Avaliar as implicações da consulta no retorno à autonomia na mobilização após a cirurgia OE6 Avaliar as implicações da consulta de enfermagem pré-operatória no tempo médio de internamento

Considerou-se pertinente **avaliar a informação transmitida ao cliente durante a consulta** no sentido de perceber se estas informações foram importantes para o cliente, se a quantidade de informação transmitida foi adequada e quais os temas abordados na consulta que o cliente considerou mais relevantes. Pretende-se ainda avaliar se o cliente considerou que o enfermeiro na consulta se preocupou em que entendesse toda a informação transmitida (adequando a linguagem) e por fim, se teve oportunidade de esclarecer as duas dúvidas durante a consulta.

Por sua vez, **avaliar a influência da consulta na experiência cirúrgica do cliente**, entende-se como importante no sentido de perceber se o cliente ficou mais tranquilo em relação à cirurgia, se ficou mais tranquilo em relação à recuperação pós-operatória, se durante o internamento as intervenções dos enfermeiros corresponderam às informações fornecidas na consulta e se de alguma forma a consulta de enfermagem pré-operatória contribuiu para que a experiência durante o internamento fosse mais positiva.

No que respeita à responsabilidade e participação do cliente nos cuidados, considerou-se **avaliar a influência da consulta na responsabilidade e participação do cliente no processo cirúrgico**, o que permitiu inferir se a informação transmitida na consulta ajudou o cliente a colaborar mais nos cuidados depois da cirurgia, se os esforços do cliente para recuperar foram influenciados pela consulta de enfermagem pré-operatória e se o cliente considerou que teve uma participação ativa na sua recuperação.

Com o intuito de avaliar globalmente a consulta optou-se por **avaliar a satisfação do cliente com a consulta de enfermagem pré-operatória**, assim foi possível perceber qual a importância que o cliente atribuiu à consulta, qual o seu nível de satisfação com esta intervenção de enfermagem e se, no caso, de ser novamente submetido a uma cirurgia gostaria de ter a consulta de enfermagem pré-operatória.

Atendendo a que um dos pilares de atuação do programa ERAS[®] é a deambulação precoce após a cirurgia e esta atividade está inteiramente ligada à capacidade de mobilidade dos clientes e sua autonomia, julgou-se que seria pertinente **avaliar as implicações da consulta de enfermagem pré-operatória no retorno à autonomia na mobilização após a cirurgia**.

Para proceder a esta avaliação foram contemplados dados relacionados com o tempo médio em dias que os clientes demoram a retomar o nível de autonomia na mobilização igual ao que tinham antes do procedimento cirúrgico, bem como se realizam levante no próprio dia da cirurgia ou não, comparando clientes que tiveram a consulta de enfermagem integrados no programa ERAS[®] com clientes que não tiveram a consulta de enfermagem.

Por último, e atendendo a alguns achados na literatura que consideram que o programa ERAS[®] tem implicações na redução do tempo médio de internamento, considerou-se adequado **avaliar as implicações da consulta de enfermagem pré-operatória no tempo médio de internamento**. Para tal foi avaliado o tempo médio de internamento igualmente em duas amostras distintas, uma de clientes com a consulta de enfermagem pré-operatória – amostra ERAS[®], e outra amostra de clientes sem consulta de enfermagem – amostra pré-ERAS[®].

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Na continuidade da apresentação do estudo, será referido o tipo de estudo e será dado a conhecer o desenho de estudo construído tendo por base os objetivos anteriormente enunciados.

O desenho de estudo foi constituído por três fases:

- Fase 1 – Estruturação da consulta;
- Fase 2 – Implementação da consulta;
- Fase 3 – Avaliação da consulta.

A fase 3, pela sua complexidade, evidencia os focos de avaliação da consulta bem como os instrumentos que foram utilizados para recolha de dados – questionário e plataforma de auditoria.

3.1. TIPO DE ESTUDO

É um estudo descritivo, longitudinal e de natureza quantitativa.

Os estudos com carácter descritivo, pretendem avaliar se a perceção dos factos está de acordo com a realidade (Freitas, Oliveira, Saccol & Moscarola, 2000).

Uma pesquisa do estilo descritivo regista, analisa e correlaciona fenómenos sem os manipular, procura conhecer e descrever as relações entre as variáveis (Manzato & Santos, 2012) tal como se pretende no presente estudo, registando, analisando e avaliando as implicações da consulta de enfermagem pré-operatória nos resultados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados seleccionados, em clientes submetidos a cirurgia colorretal ao abrigo do programa ERAS[®].

Salvaguarda-se que uma pesquisa descritiva pode assumir diferentes formas, para o contexto em causa, salientam-se os estudos descritivos e pesquisa de opinião (Manzato & Santos, 2012) como os mais pertinentes e adequados.

Uma pesquisa descritiva pode considerar-se como um estudo intermédio entre a pesquisa exploratória e a explicativa, não sendo tão preliminar como a exploratória, mas também não tão exaustiva como a explicativa (Raupp & Beuren, 2006).

No que respeita ao momento da recolha de dados o estudo pode ser considerado longitudinal uma vez que a recolha de dados ocorre ao longo do tempo num período de tempo específico (Freitas, Oliveira, Saccol & Moscarola, 2000), ou seja, os dados são recolhidos em múltiplas ocasiões (Polit & Beck, 2016).

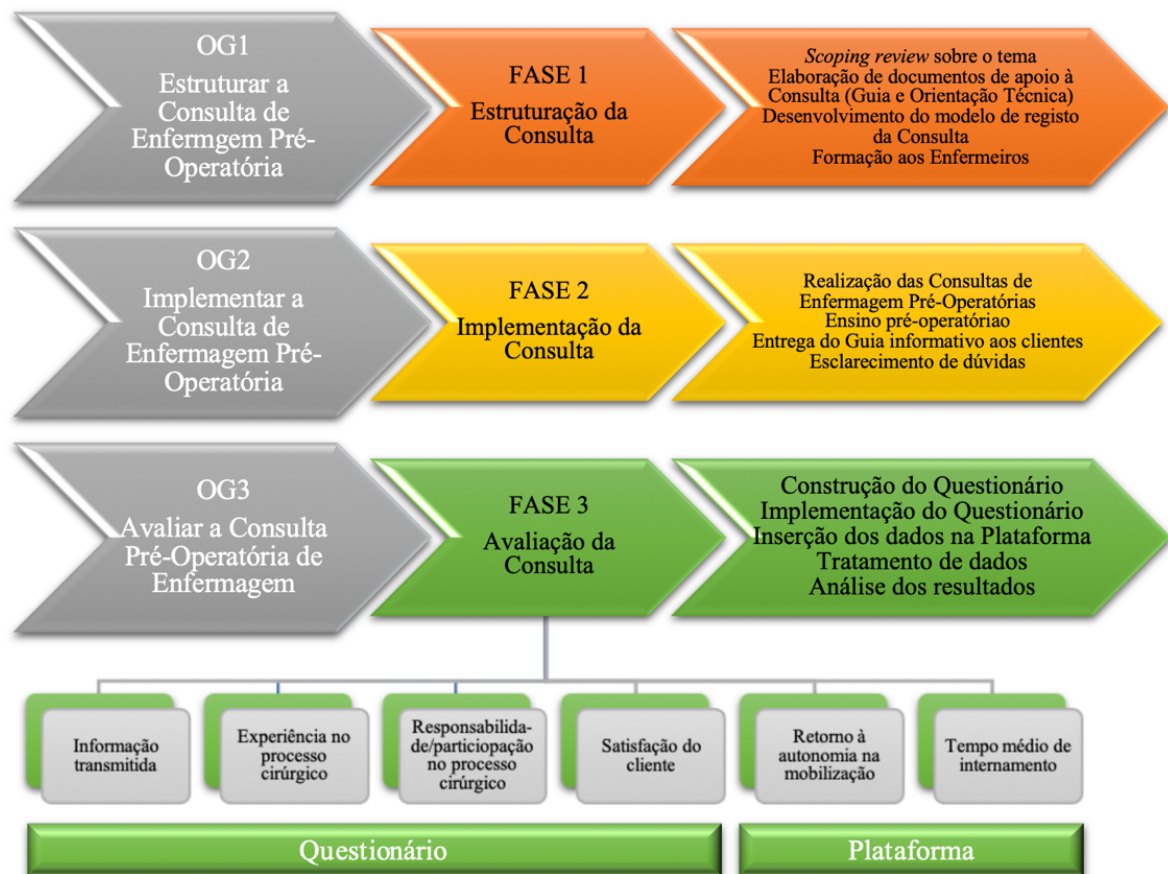
Salienta-se ser de natureza quantitativa visto que com esta pesquisa se pretende avaliar/medir opiniões e reações através de uma amostra a um determinado fenómeno (Manzato & Santos, 2012). Num estudo quantitativo é relevante definir *a priori* objetivos claros, variáveis a analisar, técnica de amostragem e o instrumento/forma de recolha de dados (Manzato & Santos, 2012).

3.2. DESENHO DE ESTUDO

O desenho de estudo começou por contemplar os objetivos definidos, destes derivam os materiais e métodos. Atendendo às principais atividades a contemplar no estudo optou-se por estruturar o estudo em três fases de desenvolvimento.

A fase 1 foi baseada numa componente mais teórica que permitiu estruturar toda a intervenção, a fase 2 consistiu na operacionalização propriamente dita da consulta e a fase 3 (inteiramente integrada com a fase 2) pressupôs a avaliação da consulta por meios de recolha de dados (figura 7).

Figura 7 – Desenho do estudo.



O esquema anterior reflete a organização de todo o estudo, cada objetivo geral deu origem a uma fase e a cada fase estava associada a atividades específicas.

O OG1 – Estruturar a consulta: fase 1 – estruturação da consulta contempla atividades como:

- Revisões tipo *scoping* sobre os principais temas (nomeadamente sobre o ensino pré-operatório e sobre o programa ERAS[®]);
- Desenvolvimento de uma orientação técnica para nortear a consulta;
- Elaboração de um guia informativo para entregar aos clientes;
- Criação de um modelo de registo da consulta;
- Formação específica aos enfermeiros da prestação direta de cuidados sobre a consulta e o programa ERAS[®].

O OG2 – Implementar a consulta de enfermagem pré-operatória: fase 2 – implementação da consulta que é constituída pela realização da consulta aos clientes de cirurgia colorretal, ensino pré-operatório e entrega do guia informativo.

O OG3 – Avaliar a consulta: fase 3 – avaliação da consulta e para isso foram selecionados focos específicos para esta avaliação que foram:

- Informação transmitida;
- Experiência cirúrgica do cliente;
- Responsabilidade/participação no processo cirúrgico;
- Satisfação com a consulta;
- Retorno à autonomia na mobilização;
- Tempo médio de internamento.

Para operacionalizar esta avaliação foram utilizados dois instrumentos: questionário e plataforma de auditoria. O questionário utilizado foi de construção própria e foi aplicado à amostra selecionada. A plataforma permitiu inferir as implicações da consulta ao nível dos dois últimos focos – autonomia na mobilização e tempo médio de internamento – e para tal foi efetuada uma comparação entre duas amostras.

Uma das amostras – **amostra ERAS[®]**, composta por clientes com consulta de enfermagem pré-operatória e uma segunda amostra – **amostra pré-ERAS[®]**, composta por clientes que não tiveram consulta de enfermagem pré-operatória, intervencionados imediatamente antes da implementação do ERAS[®] (com características semelhantes).

3.3. FASE 1 – ESTRUTURAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Para estruturar a consulta houve necessidade de integrar um conjunto de atividades, com base mais teórica, por forma a fundamentar adequadamente a consulta assim como todo o estudo. Deste modo listaram-se como principais atividades:

- Realização de uma *scoping review* sobre ensino pré-operatório (Apêndice A);
- Realização de uma *scoping review* sobre as implicações do programa ERAS[®] para a enfermagem (Apêndice B);
- Elaboração de orientação técnica para a realização da consulta (Apêndice C);
- Elaboração de uma estrutura de registo para a consulta (Apêndice D);
- Realização de sessões de formação aos enfermeiros da prática direta de cuidados de enfermagem no âmbito do programa ERAS[®];
- Elaboração de um documento escrito – guia informativo para o cliente e família (Apêndice E).

A necessidade de realizar uma *scoping review* sobre o tema **ensino pré-operatório** prendeu-se com a preocupação de melhor instruir os clientes no pré-operatório para potenciar os resultados no pós-operatório, sobretudo no que respeita aos níveis de ansiedade (Kliot et al., 2015).

O ensino pré-operatório promove o aumento de conhecimento do cliente sobre a cirurgia e pode interferir diretamente no controlo da dor, na diminuição da ansiedade, na diminuição do tempo de internamento e na diminuição do tempo até ao retorno à vida quotidiana dos clientes (Louw et al., 2013).

Desta forma, abordar o tema ajudou não só a conhecer melhor o contexto como a traçar um caminho mais específico, até ao tema central do estudo. Através dos resultados com esta revisão, foi também possível inferir alguns dos conteúdos mais importantes a abordar nestes momentos de ensino ao cliente cirúrgico.

Considerou-se essencial perceber o que este programa pode trazer de novo para a enfermagem e que implicações pode conduzir na prática. Assim, surgiu a necessidade de elaborar a segunda *scoping review* – sobre as **implicações do programa ERAS[®] para a enfermagem**.

Orientação técnica para a consulta (Apêndice C)

Julgou-se pertinente sistematizar a intervenção do enfermeiro na consulta e para isso foi elaborado um documento que se intitulou de: orientação técnica para a consulta. Este documento proporcionou a sistematização da informação e permite a uniformização da consulta independentemente do enfermeiro que a desenvolva. Pois sabe-se que a transmissão da informação para os clientes está diretamente dependente das características individuais do enfermeiro que transmite a informação e da sua experiência profissional, pelo que todos os esforços que possam ser feitos no sentido de uniformizar esta intervenção são importantes (Mitchell, 2017).

Considerou-se que a existência de uma estrutura com bases científicas para a consulta de enfermagem poderia ser positiva evitando-se que os conteúdos a transmitir ao cliente fossem baseadas em mitos, rituais ou na opinião do enfermeiro que dinamiza a consulta (Christóforo & Carvalho, 2009).

Definiram-se como principais objetivos da consulta:

- Efetuar a avaliação inicial do cliente (física, psicológica e social);
- Realizar **ensino pré-operatório** (adaptado às características e necessidades do cliente);
- Esclarecer dúvidas;
- Promover o *empowerment* do cliente e a sua capacidade de participar nos cuidados;
- Promover a diminuição da ansiedade;
- Estabelecer uma relação de confiança com o cliente.

Deste modo, ficou definido nesta orientação técnica (Apêndice C) que numa primeira fase da consulta seria a avaliação inicial do cliente. Para isso foram descritas questões que pretendem conhecer o cliente e o seu contexto, os seus antecedentes, diagnosticar o seu conhecimento em relação à cirurgia/internamento e também conhecer as suas expectativas e receios.

Numa segunda fase da consulta planeou-se uma avaliação física genérica e numa terceira fase planeou-se a intervenção de ensino pré-operatório que se relaciona diretamente com o esclarecimento de dúvidas, com a promoção do *empowerment*, com a diminuição da ansiedade e também com a possibilidade de estabelecer uma relação de confiança com o cliente e sua

família. Atualmente, sabe-se que desenvolver um programa de ensino pré-operatório promove no cliente o conhecimento e entendimento pela sua situação de doença, fornecendo-lhe mais informação acerca do processo de cirúrgico e, desta forma, aliviando a ansiedade e o medo da experiência cirúrgica (Kruzik, 2009).

Esta orientação técnica previu os principais conteúdos a serem abordados verbalmente numa sequência lógica para facilitar a compreensão dos clientes, uma vez que estes valorizam ter informação sobre o que se vai passar no seu percurso e também que cuidados devem ter depois da alta. Esta informação de acordo com as suas necessidades e expectativas ajuda a que se sintam mais calmos e pode promover a sua participação no período de recuperação (Mavridou, Manataki, Arnaoutoglou & Damigos, 2017).

Previu-se um conjunto de benefícios pela utilização de uma estrutura com tópicos, no entanto, atendendo às necessidades dos clientes em expressar as suas preocupações e colocar as suas dúvidas, estudos comprovam que pode ser uma boa estratégia começar a consulta com uma pergunta aberta para dar ao cliente a oportunidade de se sentir o centro do processo (Pettersson et al., 2018), por exemplo, “o que recorda da consulta com o seu cirurgião?”, “como teve início este processo de cirurgia?”, entre outras possibilidades.

Foi definido que à terça-feira, o cliente se dirigia ao hospital para realizar um conjunto de consultas que funcionam de forma articulada. A primeira a ser realizada deste conjunto de três, seria a consulta de enfermagem, seguia-se a de nutrição e posteriormente, a de anestesia. A abordagem entre estes três diferentes profissionais é complementar, havendo por norma o cuidado de consultar os registos anteriores no sentido de assegurar a continuidade dos cuidados e evitar repetição de questões.

Durante o momento da consulta de enfermagem que foi reservado essencialmente para o ensino pré-operatório, ficou estipulada a entrega de um documento escrito que pretende funcionar como complemento à informação transmitida verbalmente – guia informativo (Apêndice E) para o cliente.

Registo para a consulta (Apêndice D)

Foi construída uma estrutura de registo própria para a consulta e que foi submetida à instituição para que possa ser futuramente o registo oficial da consulta de enfermagem pré-operatória.

A proposta baseou-se na criação de um separador no processo clínico eletrónico sustentado principalmente por *drop-lists* por forma a tornar o registo intuitivo e não muito dispendioso em termos de tempo (Apêndice D). Para além de ter o objetivo de que seja rápido e fácil o registo de informação interessa também que seja de fácil acesso e leitura por parte de outros profissionais, para que possa contribuir para a continuidade de cuidados.

Guia informativo para o cliente (Apêndice E)

Este guia contempla um conjunto de informações transmitidas na consulta e também algumas “dicas” importantes para o cliente preparar a sua admissão no hospital. Considerou-se que esta transmissão de informação para além de ser tranquilizadora para o cliente irá potenciar a sua tomada de responsabilidade ao longo do percurso de cirurgia e dos cuidados perioperatórios (Aasa, Hovbäck & Berterö, 2013).

Os objetivos deste guia foram:

- Fornecer informação complementar ao cliente sobre todo o processo cirúrgico;
- Esclarecer dúvidas em relação à preparação para a cirúrgica;
- Promover a sensação de segurança e controlo na recuperação do cliente.

No **guia** os principais **temas** contemplados foram:

- A abordagem cirúrgica;
- A avaliação pré-operatória;
- Como deve o cliente preparar-se para a cirurgia;
- O que fazer na véspera da cirurgia;
- O que deve trazer e não trazer para o hospital;
- O que fazer no dia da cirurgia;
- Qual o percurso do cliente desde que é admitido no hospital (incluindo horários de visitas);
- Como é o ambiente no bloco operatório;
- O que pode esperar que aconteça depois da cirurgia;
- O que é previsto acontecer no primeiro, segundo e terceiro dia de pós-operatório;
- Quais os principais critérios de alta;
- Cuidados pós-alta gerais.

Atendendo aos principais aspetos apontados na literatura como tópicos de interesse neste contexto e também em conjunto com peritos, o guia foi desenvolvido estrategicamente em duas principais partes:

- A primeira parte com informação complementar à informação transmitida pelo cirurgião na consulta de cirurgia, pelo anestesista na consulta de anestesia, pela nutricionista na consulta de nutrição e pela enfermeira na consulta de enfermagem;
- A segunda parte englobou uma *check-list* com atividades que integram o período perioperatório – com o intuito de ser preenchida pelo cliente e assim facilitar a sua participação no processo e promover a sua integração ativa nos cuidados.

Esta foi a estratégia adotada para complementar a informação transmitida na consulta de enfermagem, no entanto, há ainda necessidade de continuar a estudar qual o melhor veículo de comunicação para esta informação, pois atendendo às características da população a que se destina, pode ser, por exemplo, mais adequado um folheto ou a divulgação pela internet (Ortiz et al., 2015).

Sessões de formação aos enfermeiros

O envolvimento dos enfermeiros da prestação de cuidados deve ser entendido como um fator chave no sucesso do programa ERAS[®], deste modo, considerou-se relevante desenvolver um programa de formação com o objetivo de transmitir aos enfermeiros conhecimento sobre o programa e também sobre a consulta de enfermagem direcionada ao cliente ERAS[®] de cirurgia colorretal. Apesar destes enfermeiros não estarem diretamente envolvidos na realização da consulta consideramos importante dar a conhecer o percurso cirúrgico do cliente de modo a promover a continuidade de cuidados. Sabe-se que é importante que no decurso da implementação do programa ERAS[®] para além da criação de *guidelines* para orientar os cuidados de enfermagem, a formação dos enfermeiros que prestam cuidados e a auditoria de todo o processo são fatores que condicionam os resultados (Console, Heriot, Riedel & Christelis, 2014).

Deste modo, foi estruturada uma formação sustentada por uma apresentação em formato informático (Microsoft PowerPoint[®]) para transmitir a informação aos enfermeiros. Nesta formação foram contemplados conteúdos, como em que consiste o programa ERAS[®], quais os princípios que norteiam o programa, quais as alterações que promove na prestação direta de

cuidados, de que forma envolve o cliente. Foi apresentada a consulta de enfermagem pré-operatória e as suas vantagens para a prestação direta de cuidados, no final das sessões reservava-se um espaço para a colocação e esclarecimento de dúvidas.

Os principais objetivos das sessões de formação foram:

- Apresentar o programa ERAS[®] aos enfermeiros da prestação direta de cuidados ao cliente cirúrgico;
- Demonstrar qual o papel do enfermeiro no programa;
- Apresentar a consulta de enfermagem pré-operatória;
- Evidenciar as particularidades dos cuidados de enfermagem ao cliente ERAS[®]
- Esclarecer dúvidas dos enfermeiros.

Assume-se que a intervenção da enfermagem é imprescindível para serem atingidos níveis de *compliance* satisfatórios com estes protocolos e o desenvolvimento do conhecimento e das competências, por parte dos enfermeiros, adquire ainda maior importância em todo o processo devendo adaptar-se às contínuas mudanças da prestação de cuidados, atualizando-se frequentemente e produzindo evidência científica (Foss, 2011), o que reforça a importância de dinamizar estas sessões com a equipa de Enfermagem.

As sessões planearam-se para diversos momentos, para decorrerem entre o período de tempo da fase 2 de implementação da consulta – maio de 2018 e junho de 2019 – por forma a abranger o maior número de enfermeiros do Serviço de Internamento Cirúrgico, da Unidade de Cuidados Intermédios, da Unidade de Cuidados Intensivos e do Bloco Operatório, sendo estes os principais serviços que constituem o percurso dos clientes ERAS[®].

Com este conjunto de formações foi salientada a utilidade e necessidade da articulação dos cuidados, nomeadamente com a consulta do processo clínico – registo da consulta aquando da admissão do cliente no Serviço de Internamento no dia da cirurgia.

No final de cada sessão de formação aos enfermeiros foi aplicado um instrumento de avaliação da formação que é específico da instituição na qual foi realizado o estudo. O instrumento contempla 4 questões principais, cada uma corresponde a um tema de avaliação da sessão:

- 1) Avaliação da formação em geral (importância e utilidade do tema na realização das suas atividades, adequação da duração da ação, efetividade da metodologia e qualidade da formação);

- 2) Conteúdo da ação de formação (conformidade com o nível de conhecimento do formando, qualidade da abordagem ao tema, efetividade da abordagem para alcançar os objetivos, utilidade e organização de materiais de apoio);
- 3) Organização e logística (apoio prestado pelo formador, conforto e luminosidade das instalações e qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte);
- 4) Formador (definição de objetivos, domínio do tema, exposição clara e precisa do conteúdo e a motivação e o incentivo à participação).

A escala de avaliação das questões pressupõe a atribuição de um valor de **1** (muito baixo) a **5** (muito elevado) e, no final do instrumento, existe a possibilidade de indicar pontos fortes ou pontos a melhorar/sugestões em relação à formação, ao tema ou ao formador. Esta avaliação não carece da identificação do avaliador.

3.4. FASE 2 – IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

A fase 2 teve início com a implementação da consulta de enfermagem realizada pelo investigador assim que os clientes começaram a integrar o programa e aplicados os documentos elaborados na fase 1.

Para este planeamento do programa foram considerados alguns aspetos referidos na literatura, como aquilo que diz respeito ao melhor *timing* para a realização da consulta, pois o forte investimento no ensino pré-operatório é um fator determinante na recuperação e o momento em que a informação é transmitida também afeta a sua assimilação devendo este ocorrer uns dias antes da cirurgia (Ljungqvist, Hausel, Nygren, Thorell & Scoop, 2007).

Por outro lado, considera-se que o ensino pré-operatório é uma das funções mais importantes dos enfermeiros, esses momentos de ensino devem fornecer informação sobre os procedimentos pré-, intra- e pós-operatórios.

Este processo de educação do cliente deve conter informações sobre o ambiente hospitalar, os efeitos adversos (por exemplo, náuseas), os protocolos da instituição, os tempos de espera, a prevenção de infeções, o descanso e a alimentação (Turunen et al., 2017).

Outro aspeto relevante em relação à transmissão de informação ao cliente é que todo o ensino deve ser previsto tendo por base as necessidades específicas de cada cliente uma vez que esta capacidade de adaptação é a chave do sucesso da própria intervenção (Fredericks & Yau, 2017).

Considera-se que a consulta pode ser o ponto de partida para a relação enfermeiro-cliente, visto que é um primeiro contato no qual é transmitido um conjunto de informação estruturada ao cliente e por isso, o enfermeiro pode ser entendido como um elemento chave para o sucesso do programa ERAS[®] (Pettersson, Öhlén, Friberg, Hydén & Carlsson, 2017).

Durante a consulta de enfermagem podem ser focados muitos temas de interesse para os cuidados perioperatórios, como por exemplo, a nutrição, a preparação intestinal, a mobilização precoce, a gestão de sintomas, a gestão da dor, os cuidados à ferida cirúrgica e os aspetos relacionados com o autocuidado (Pettersson, Öhlén, Friberg, Hydén & Carlsson, 2017).

O estudo destes autores enunciou categorias de temáticas a abordar na consulta de enfermagem, nomeadamente, o estado de saúde (respiração, circulação, nutrição, eliminação, integridade cutânea, dor, padrão de sono, avaliação psicológica e aspetos de comunicação), o diagnóstico, a preparação para a cirurgia (data de admissão para cirurgia, banho com esponja própria, rotinas

do internamento, entre outros). O tema do diagnóstico não é um tema muito mencionado durante esta avaliação de enfermagem.

A oportunidade de realizar a consulta tende a ser bem recebida por parte dos clientes, uma vez que em alguns estudos a indisponibilidade/falta de tempo dos enfermeiros durante a admissão no internamento não permite ao cliente esclarecer nesse momento as suas dúvidas de forma eficaz. Salienta-se mesmo que, no conjunto de tantas atividades desenvolvidas no momento de admissão do cliente no Serviço de Internamento/Bloco Operatório, a transmissão de informação ao cliente pode ser considerada como uma intervenção não prioritária (Guo, 2015).

3.5. FASE 3 – AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Para a fase 3 do estudo foram selecionados focos de avaliação da consulta, foi contruído um instrumento próprio – questionário (Apêndice F), e foi utilizada uma ferramenta do programa ERAS[®] – plataforma de auditoria.

3.5.1. Focos de avaliação da consulta







Atualmente julga-se um desafio que a enfermagem possa contribuir de forma ativa para a melhoria dos resultados em saúde, e que os cuidados de enfermagem possam ser medidos, por exemplo, sob a forma de indicadores (Muñoz, 2018), por isso considerou-se que seria uma opção adequada operacionalizar a avaliação da consulta através de focos específicos.

Durante a pesquisa sobre quais os melhores itens a incluir na avaliação da consulta foi tida em conta a perspectiva do ICN que apresenta diversos indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem como: infeções de trato urinário, incidência de úlceras de pressão, tempo de internamento, entre outros.

A mesma fonte refere outros indicadores (ainda que multiprofissionais) igualmente relevantes na área da saúde: “controlo de sintomas e alteração na gravidade de sintomas; estado funcional; conhecimento da condição e tratamento; satisfação dos clientes com os cuidados; visitas não planeadas ao serviço de urgência; reinternamentos não planeados; e força da adesão ao tratamento” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.50).

A avaliação da consulta de enfermagem pré-operatória contemplou seis objetivos específicos. De cada um destes objetivos, podem inferir-se focos de avaliação da consulta (quadro 4):

Quadro 4 – Associação entre objetivos específicos e focos de avaliação da consulta.

Objetivos Específicos		Focos de avaliação da consulta
Avaliar a informação transmitida ao cliente durante a consulta		Informação transmitida
Avaliar a influência da consulta na experiência cirúrgica do cliente		Experiência cirúrgica
Avaliar a influência da consulta na responsabilidade e participação do cliente no processo cirúrgico		Responsabilidade/participação do cliente no processo cirúrgico
Avaliar a satisfação do cliente com a consulta de enfermagem pré-operatória		Satisfação do cliente com a consulta
Avaliar as implicações da consulta no retorno à autonomia na mobilização após a cirurgia		Retorno à autonomia na mobilização
Avaliar as implicações da consulta de enfermagem pré-operatória no tempo médio de internamento		Tempo médio de internamento

Informação transmitida na consulta

O ensino pré-operatório é o enfoque da consulta, deste modo, toda a informação transmitida durante este momento ao cliente pode influenciar a sua experiência cirúrgica. Por este motivo a apreciação minuciosa da informação tornou-se crucial para proceder à avaliação da consulta.

Esta apreciação incidiu sobre:

- Grau de importância da informação para o cliente;
- Quantidade de informação transmitida;
- Contributo da informação para a participação dos clientes nos cuidados;
- Aspectos abordados no ensino considerados mais importantes;
- Possibilidade de compreensão da informação;
- Oportunidade para esclarecer dúvidas.

O conhecimento da condição/tratamento que se relaciona com a informação transmitida é considerado como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012) e reforça a importância de avaliar este foco na consulta.

A literatura refere que a maior eficácia do ensino pré-operatório está associada a situações nas quais os clientes são submetidos a grandes cirurgias (aquelas que acarretam maior risco de complicações e maior tempo de internamento) (Fink et al., 2013), o que efetivamente se enquadra na população selecionada neste estudo.

Experiência no processo cirúrgico

A forma como o cliente atravessa o processo cirúrgico ao longo dos períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório pode ser influenciada pela informação que o cliente detém em relação a todas as fases do seu percurso no hospital. Esta experiência do cliente com o procedimento cirúrgico e consequente internamento, pode ser vivida com diferentes níveis de ansiedade e com diferentes níveis de participação nos cuidados. Deste modo, optou-se por incluir na avaliação da consulta os seguintes itens:

- Se a consulta contribuiu para que o cliente ficasse mais tranquilo em relação à cirurgia;
- Se a consulta contribuiu para deixar o cliente mais tranquilo em relação à recuperação depois da cirurgia;
- Se as intervenções de enfermagem durante o internamento corresponderam às informações transmitidas na consulta;
- Se a consulta tornou a experiência cirúrgica mais positiva.

A forma como o cliente vive a sua experiência com a cirurgia e internamento deve ser tida em conta no processo de prestação de cuidados, pois os clientes ficam tendencialmente mais satisfeitos se perceberem que há uma preocupação por parte do profissional de saúde em prestar os cuidados de forma individualizada, “*who feel cared about are more likely to be satisfied with care*” (Randles Moscato et al., 2007, p.121).

Também se reconhece que a confiança nos enfermeiros pelo seu conhecimento e pelas suas competências (por forma a haver reconhecimento por parte dos clientes) promove a satisfação dos clientes com os cuidados prestados (Randles Moscato et al., 2007).

Responsabilidade e participação no processo cirúrgico

O que se pretende com a consulta é, não só transmitir informação ao cliente pela via de ensino pré-operatório, como promover o *empowerment* do cliente para participar na sua recuperação.

Para que o cliente possa participar na sua recuperação tem que ter informação e tem que perceber o que pode e deve fazer em cada momento.

Assim considerou-se que neste foco deveriam avaliar-se:

- Se a consulta de enfermagem pré-operatória contribuiu para que o cliente colaborasse melhor nos cuidados;
- Se os esforços do cliente para promover a sua recuperação foram influenciados pela informação transmitida na consulta;
- Se o próprio cliente considerou que teve uma participação ativa na sua recuperação.

O programa ERAS[®] tem como uma das suas principais premissas a mobilização precoce e agressiva, poucas horas após o término da cirurgia. Para que tal seja possível, é fundamental a intervenção dos enfermeiros da prestação de cuidados, mas igualmente a vontade e participação do cliente.

Satisfação do cliente

A avaliação da satisfação do cliente com a consulta pretendeu inferir:

- Qual a importância que o cliente atribuiu à consulta;
- Qual o nível de satisfação com a consulta;
- Se gostaria de voltar a ter a consulta de enfermagem, em caso de nova cirurgia.

Considerou-se que através da avaliação dos itens supramencionados seria possível obter uma apreciação global da consulta, o que sendo uma intervenção nova no contexto institucional seria muito importante.

Por sua vez, a satisfação dos clientes com os cuidados prestados é também um indicador sensível a avaliar (Ordem dos Enfermeiros, 2012) nas intervenções de enfermagem.

A satisfação tem sido cada vez mais apontada como um indicador de qualidade importante no que respeita à prestação de cuidados de saúde (Mpinga & Chastonay, 2011); para além de influenciar positivamente toda a experiência do cliente com a intervenção cirúrgica, atualmente, pode também condicionar a escolha do cliente em relação ao prestador de cuidados.

A satisfação pode ser entendida sob pontos de vista distintos: o político, o social e o legal. Do ponto de vista político, ouvir a opinião dos clientes é um imperativo democrático, assim como promover a sua informação, *empowerment* e conseqüente participação ativa na tomada de

decisão. Do ponto de vista social, a evolução técnica, social e económica mudou a relação entre os clientes e os profissionais de saúde. Por isso integrar a opinião dos clientes para estabelecer uma estratégia terapêutica pode ser muito relevante para o estabelecimento de uma parceria com o cliente, permitindo abandonar a obsoleta ideia de paternalismo na prestação de cuidados de saúde. Do ponto de vista legal, a satisfação do cliente tornou-se quase “uma obrigação legal” em muitos países e é frequentemente encarada como um elemento da qualidade dos cuidados. Do ponto de vista do direito à saúde, a satisfação do cliente integra a recomendação da abordagem participativa do cliente no processo de prestação de cuidados (Mpinga & Chastonay, 2011).

O impacto destes programas cirúrgicos de recuperação acelerada no que respeita à satisfação do cliente não é claro, existem poucas publicações que tenham tido o seu foco na perspetiva do cliente (Cabellos Olivares, Labalde Martínez, Torralba, Rodríguez Fraile & Atance Martínez, 2018).

A avaliação da satisfação dos clientes em saúde pode ainda ser percebida como um elemento chave para integrar o ponto de vista do cliente no sistema de saúde, para identificar eventuais problemas no funcionamento do sistema e para operacionalizar a avaliação do próprio sistema de prestação de cuidados de saúde (Mpinga & Chastonay, 2011).

Regresso à autonomia na mobilização

Sendo a mobilização uma das principais atividades quotidianas do cliente, enquanto pessoa/ser humano, influenciando significativamente a sua capacidade de autonomia diária, considerou-se que seria pertinente avaliar as possíveis implicações da consulta de enfermagem pré-operatória nesta atividade do cliente.

Tendo em conta que a consulta é baseada essencialmente no ensino pré-operatório e que este pretende preparar melhor o cliente para a sua participação nos cuidados perioperatórios e consequente recuperação, a questão da mobilização e do levantar/deambulação é um dos temas da consulta.

O estado funcional do cliente, do qual pode constar a sua autonomia em relação à mobilização pode ser considerado um indicador sensível aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Sabe-se que os clientes, depois de uma cirurgia, devem regressar à sua atividade física/orgânica o mais rapidamente possível, como forma de prevenir complicações do foro circulatório, respiratório, muscular e, simultaneamente, promover a sua função intestinal o que fundamenta ainda mais a importância desta intervenção em clientes submetidos a cirurgia colorretal.

Para a intervenção direta dos enfermeiros da prestação de cuidados a estratégia utilizada foi dar a conhecer o programa através de sessões de formação e divulgação de informações adicionais por email. Para apelar à motivação, sensibilização e participação do cliente na mobilização a ação desenvolvida foi a transmissão de informação na consulta de enfermagem pré-operatória.

Deste modo, considerou-se que uma possível forma para avaliar as implicações da consulta seria através deste retorno à autonomia na mobilização que é passível de ser contabilizada em dias. Assim para a avaliação deste foco foram constituídas duas amostras distintas, uma amostra de clientes submetidos a cirurgia colorretal que não tiveram consulta de enfermagem – amostra pré-ERAS[®], e uma amostra de clientes submetidos a cirurgia colorretal com consulta de enfermagem – amostra ERAS[®].

Tempo médio de internamento

De acordo com o que foi apresentado em relação ao programa ERAS[®] e à sua intenção de diminuir o *stress* orgânico e proporcionar uma recuperação mais célere, a eventual diminuição do tempo de internamento nos clientes que integram este tipo de programas tem sido contemplada em vários estudos.

Na consulta de enfermagem pré-operatória pretende-se informar o cliente para o preparar mais efetivamente para o processo cirúrgico, ao estar melhor informado e mais preparado para o desafio cirúrgico, o cliente estará mais desperto para colaborar na recuperação.

Desta forma, para além dos profissionais de saúde terem uma prestação ativa no percurso cirúrgico do cliente, o próprio cliente passa a ser parte integrante e ativa da recuperação. Considera-se que com esta medida a recuperação possa ser mais rápida e, eventualmente, que este aspeto traga alguma expressão no tempo médio de internamento.

Assim sendo, julga-se adequado avaliar as implicações da consulta de enfermagem, sobretudo das questões associadas ao ensino pré-operatório, no tempo médio de internamento, o que é

sustentado pelo próprio ICN ao considerar este indicador como sensível aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Esta avaliação das implicações foi tida em consideração pois permite medir a mudança e avaliar uma relação entre uma determinada intervenção e os seus efeitos ou alterações (OECD *Directorate for Science, Technology and Innovation*, 2014). Simultaneamente ao que acontece no regresso à autonomia na mobilização, a forma encontrada para avaliar as implicações da consulta foi através da comparação entre amostras de clientes, do mesmo tipo de cirurgia que tenham tido oportunidade de realização a consulta de enfermagem e outros que não tiveram (por terem sido intervencionados antes da implementação do programa). Este resultado foi igualmente avaliado em dias e igualmente extraído da plataforma, da mesma forma que foi referido em relação ao foco anterior de avaliação da consulta.

3.5.2. Instrumentos de avaliação da consulta

Para proceder à avaliação da consulta foram utilizadas duas principais fontes de dados: o questionário (Apêndice F) e a plataforma que pertence ao programa ERAS[®] e que contemplou um conjunto de informações relativas à recuperação dos clientes, estruturada por fases do processo cirúrgico e sem identificação dos mesmos.

Do questionário foi possível inferir resultados em relação à informação transmitida ao cliente, experiência do processo cirúrgico, responsabilidade/participação na recuperação e em relação à sua satisfação com a consulta.

Por sua vez, da plataforma foi possível obter resultados em relação ao retorno de autonomia na mobilização e ao tempo médio de internamento em dias conforme planeado. Como foi referido anteriormente, nesta plataforma de auditoria foram introduzidas 2 amostras de clientes temporalmente desfasadas, uma amostra de clientes sem consulta antes da implementação do programa ERAS[®] (amostra pré-ERAS[®]) e outra de clientes com consulta durante a implementação do ERAS[®] (amostra ERAS[®]).

Questionário de avaliação da consulta de enfermagem pré-operatória (Apêndice F)

Com o intuito de avaliar as implicações que esta intervenção de ensino pré-operatório, desenvolvida na consulta optou-se pela construção de um instrumento de avaliação próprio –

um questionário, uma vez que não foi encontrado nenhum instrumento que correspondesse às variáveis que se pretendiam avaliar.

O **questionário** (Apêndice F) foi elaborado tendo por base os estudos que compõem as revisões tipo *scoping* elaboradas para este estudo. Este questionário foi dividido em cinco partes:

I – Dados demográficos, para caracterização da amostra;

II – Informação dada na consulta, avaliam-se a importância da informação, a quantidade e a identificação dos temas que foram considerados mais pertinentes;

III – Experiência durante o processo cirúrgico, pretende avaliar de que forma a consulta contribuiu para a experiência cirúrgica através de uma escala de concordância;

IV – Responsabilidade/participação no processo cirúrgico, avalia aspetos da colaboração direta do cliente na sua recuperação;

V – Avaliação global, pretende avaliar o grau de satisfação do cliente com a consulta.

As questões foram de resposta fechada e utilizaram uma escala “tipo *likert*” para quantificar o nível de importância ou concordância dos clientes em relação às questões colocadas. Apenas uma questão solicitou que o cliente identificasse os principais temas de ensino abordados na consulta que considerou mais importantes (ao momento de preenchimento), possibilitando que o cliente assinalasse entre 0 ou 13 respostas.

O questionário foi submetido a pré-teste e só depois aplicado com algumas adaptações de acordo com o que foi aferido junto dos clientes. Considerou-se a realização da fase de pré-teste pois naturalmente não se conseguem prever todas as dúvidas ou problemas associados à aplicação do questionário (Chagas, 2000). Portanto, durante a fase de pré-teste o questionário incluiu questões que permitiram ajudar a melhorar o instrumento e adequá-lo melhor aos clientes, constituindo um ensaio geral do questionário final (Chagas, 2000).

Na fase de pré-teste foram preenchidos doze questionários. Estes primeiros questionários tinham no final três questões adicionais que permitiam a avaliação por parte dos clientes. As questões formuladas foram as seguintes:

- 1) Encontrou no questionário alguma palavra que não conhecesse ou percebesse o significado?
- 2) Teve dificuldade em responder a alguma pergunta?
- 3) Sugere alguma alteração a este questionário?

As possibilidades de resposta eram restritas a *Sim* ou *Não* e quando a resposta fosse, *Sim*, solicitava-se que o cliente indicasse qual a palavra não percebida ou dificuldade, ou qual seria a alteração sugerida.

De acordo com os resultados apurados, a alteração feita ao questionário foi substituir nas hipóteses de resposta da questão nº 5 (“Dos aspetos abordados na consulta de enfermagem pré-operatória, os que considerou mais importantes foram:?”):

“Estimulação gastrointestinal” por “Pastilha elástica/rebuçado”.

Salienta-se que nenhuma pergunta foi deixada sem resposta e não foi colocada nenhuma questão adicional por parte dos clientes que preencheram o questionário, o que revelou adequação na linguagem adotada face à população a quem se destinava o instrumento.

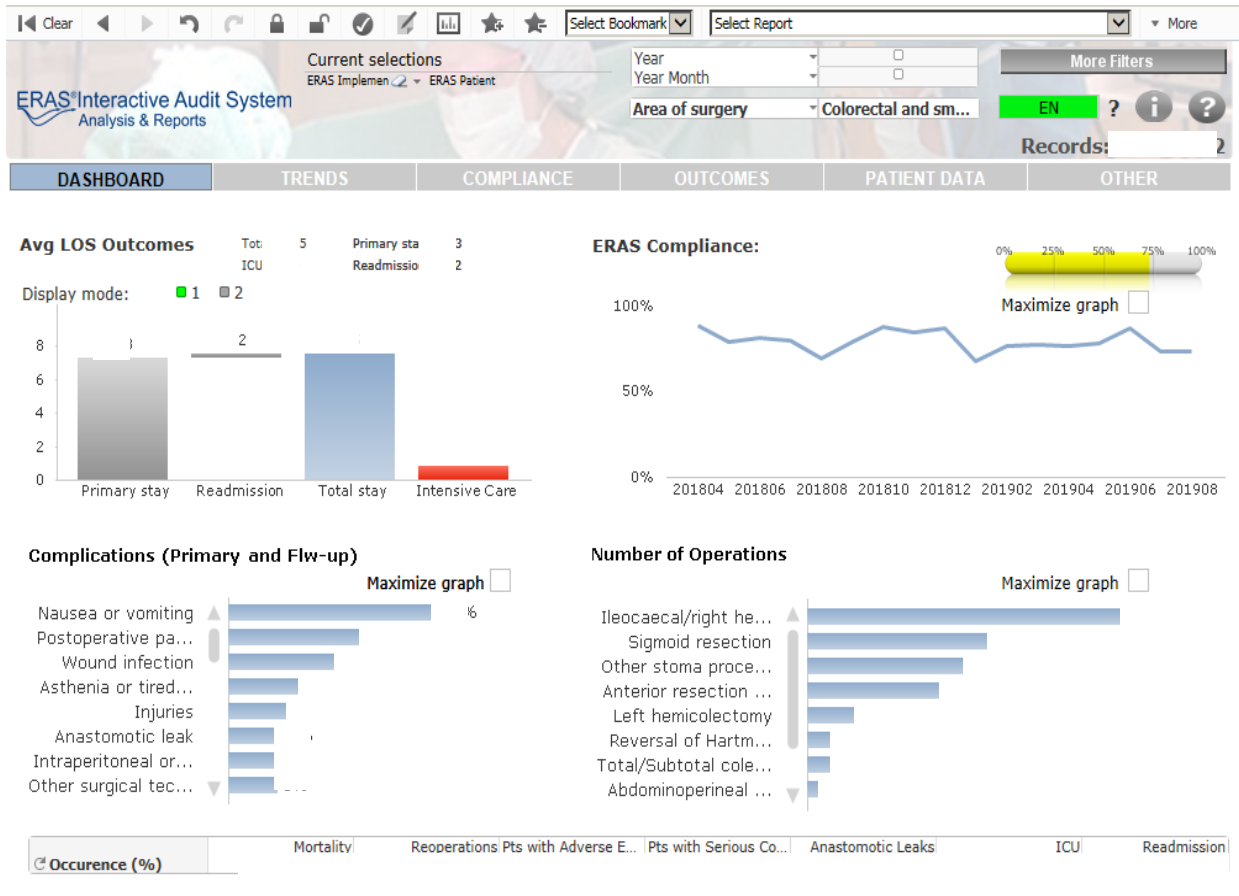
Plataforma de auditoria do programa ERAS[®]

Esta ferramenta de recolha e tratamento de dados permite uma avaliação geral do percurso cirúrgico do cliente abordando aspetos desde a pré-admissão, pré-operatório, intra-operatório, pós-operatório e pós-alta.

A plataforma é alimentada por um processo de auditoria contínua aos processos que é preconizado pelo próprio programa ERAS[®].

A sociedade ERAS[®] sugere que haja um acompanhamento e monitorização contínua dos cuidados prestados ao cliente ao abrigo do programa, no sentido de possibilitar uma cultura de melhoria contínua dos cuidados e melhoria dos resultados dos clientes. Um exemplo de *layout* de dados proveniente da plataforma encontra-se exposto na figura 8.

Figura 8 – Exemplo de *layout* de dados da plataforma.



Os dados são inseridos de forma codificada na plataforma de auditoria e são tratados apenas aspetos que se prendem com os procedimentos e resultados clínicos do cliente. Esta recolha de dados permite obter conclusões em relação à influência que determinadas intervenções/cuidados podem gerar nos resultados dos clientes, uma vez que, pressupõe uma comparação com uma série de clientes inserida na plataforma antes no início da implementação do programa e consequentemente, antes da implementação da consulta de enfermagem pré-operatória.

Processo de recolha de dados

Julga-se essencial conhecer a perspetiva do cliente para que a informação transmitida pelo profissional de saúde esteja de acordo com o que o cliente deseja saber, constituindo um elemento de equilíbrio e não um fator de *stress* (Bernard & Foss, 2014b) e por isso, avaliar a opinião do cliente torna-se essencial neste tipo de programas.

Estima-se que um ensino pré-operatório eficaz poderá diminuir o tempo de internamento do cliente e desta forma, ter um impacto positivo na diminuição das complicações pós-operatórias (Moulton et al., 2015), o que corrobora a importância de conhecer a perspectiva do cliente sobre o ensino pré-operatório e simultaneamente, conhecer outras variáveis como é o caso do tempo médio de internamento para uma efetiva avaliação das implicações da consulta.

A avaliação da consulta foi efetuada tendo por base os dados recolhidos através do questionário e da plataforma eletrónica específica de recolha e tratamento de informação de clientes submetidos a cirurgia colorretal pelo programa ERAS[®] na instituição na qual foi desenvolvido o estudo.

O quadro 5 releva o processo de avaliação da consulta. Este processo tem por base os 2 instrumentos de recolha de dados:

- Questionário;
- Plataforma.

O **questionário** foi aplicado à amostra ERAS[®] (cliente com consulta de enfermagem) e deste modo permitiu obter resultados de avaliação em relação a quatro focos:

- Informação transmitida;
- Experiência no processo cirúrgico;
- Responsabilidade/participação no processo cirúrgico;
- Satisfação do cliente.

A cada um destes quatro focos foram associadas as questões do questionário que permitiram efetuar a respetiva avaliação. Os questionários foram entregues aos clientes 1 a 2 dias antes da data prevista para alta, acompanhados de uma explicação por escrito do estudo e da solicitação de consentimento para a participação no mesmo. Caso o cliente opta-se por participar no estudo e pelo preenchimento anónimo do questionário, no momento da alta, entregava o questionário devidamente preenchido, em envelope fechado na receção administrativa do Serviço de Internamento, onde era posteriormente recolhido pela investigadora.

Por sua vez, a **plataforma** comparou as amostras ERAS[®] e a pré-ERAS[®] (sem consulta de Enfermagem) e permitiu avaliar a consulta pelos focos:

- Retorno à autonomia na mobilização (em dias);
- Tempo médio de internamento (em dias).

Quadro 5 – Processo de avaliação da consulta.

		Amostras	Focos de avaliação	Questões associadas aos focos de avaliação
Avaliação da consulta de enfermagem pré-operatória	Instrumentos	ERAS [®]	Informação transmitida	Nº2 <i>As informações que lhe foram transmitidas na consulta foram?</i> Nº3 <i>A quantidade de informação que lhe foi transmitida pelo enfermeiro na consulta foi?</i> Nº4 <i>A informação que lhe foi fornecida pelo enfermeiro ajudou-o a perceber a sua responsabilidade no processo de recuperação?</i> Nº5 <i>Dos aspetos abordados na consulta, os que considerou mais importantes foram?</i> Nº6 <i>Durante a consulta, o enfermeiro preocupou-se em que compreendesse toda a informação que lhe estava a dar?</i> Nº7 <i>Durante a consulta, teve oportunidade de esclarecer questões e dúvidas?</i>
			Experiência no processo cirúrgico	Nº8 <i>A consulta contribuiu para o deixar mais tranquilo em relação à cirurgia?</i> Nº9 <i>A consulta contribuiu para o deixar mais tranquilo em relação à sua recuperação?</i> Nº10 <i>Durante o internamento, as intervenções dos enfermeiros corresponderam às informações fornecidas na consulta?</i> Nº11 <i>A consulta contribuiu para que a sua experiência no internamento fosse mais positiva?</i>
			Responsabilidade/ Participação no processo cirúrgico	Nº12 <i>A informação transmitida na consulta ajudou-o a colaborar melhor nos cuidados depois da cirurgia?</i> Nº13 <i>Os seus esforços para promover a recuperação foram influenciados pela informação transmitida na consulta?</i> Nº14 <i>Considera que teve uma participação ativa na sua recuperação?</i>
			Satisfação do cliente	Nº1 <i>Em relação à consulta considera que esta foi?</i> Nº15 <i>De um modo geral, qual o seu grau de satisfação com a consulta?</i> Nº16 <i>Se tivesse necessidade de ser submetido a nova cirurgia, gostaria de ter a consulta?</i>
	Plataforma	ERAS [®] vs. pré- ERAS [®]	Retorno à autonomia na mobilização	---
			Tempo médio de internamento	---

O tratamento de todos os dados que se apresentam foi efetuado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]) versão 23.

Os resultados obtidos serão apresentados sob a forma de quadros, figuras e gráficos de acordo com os *outputs* fornecidos pelo SPSS[®].

3.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA

População

Atendendo às características do programa ERAS[®] todos os clientes que sejam acompanhados no hospital e propostos para cirurgia colorretal eletiva passam a integrar o programa ERAS[®] e consequentemente, a integrar a população do estudo.

Considerou-se que era adequada a implementação do programa à área da cirurgia colorretal visto que o cancro colorretal é o segundo tipo mais comum de cancro na Europa (Cal, Avci & Cavusoglu, 2017) o que torna ainda mais importante que possa ser oferecida a esta população a melhor prática baseada na evidência.

No entanto é relevante salientar que a cirurgia colorretal não se destina apenas a clientes com patologia do foro oncológico (cancro do cólon e do reto), pode incluir patologias benignas como o caso da doença diverticular complicada ou a endometriose complicada. Tomam-se como exemplos da cirurgia integrados no programa: hemicolectomia direita, hemicolectomia esquerda, colectomia total ou subtotal, sigmoidetomia, ressecção anterior do reto e reconstrução do trânsito intestinal, entre outras.

Amostra

Após a identificação da população foi reconhecida a necessidade de definir uma amostra para o estudo. Admite-se que a definição da amostra é um processo importante no sucesso do estudo e especificamente em pesquisas clínicas a amostra deve ter em conta quatro aspetos: critérios de inclusão, critérios de exclusão, técnica de amostragem e consentimento livre e esclarecido (Marotti et al., 2008).

Atendendo às características apontadas, a técnica de amostragem do estudo foi não probabilística e por conveniência.

A amostragem não probabilística pressupõe que é obtida através de algum critério estabelecido pelo investigador e pode ser adequada em estudos desenvolvidos com clientes (Freitas, Oliveira, Saccol & Moscarola, 2000), tem como principal característica o fato de não recorrer a formas aleatórias de seleção (Marotti et al., 2008).

Quando não é adequada ou exequível a aleatorização da amostra ou a inclusão de grupos de controlo, prevê-se que um desenho de estudo assente na avaliação da plausibilidade da

intervenção/estudo permitido pela avaliação do impacto (Morshed, Tabak, Taranhike, Baumann & Proctor, 2016), como ocorreu no presente estudo. O desenho de estudo foi desenvolvido no sentido de permitir inferir quais as implicações da consulta de enfermagem em dois focos específicos da avaliação.

O tipo de amostra considerado será por conveniência, uma vez que a amostra será composta por pessoas mais convenientemente disponíveis para integrarem o estudo (Polit & Beck, 2016), de uma forma geral os participantes são escolhidos por estarem disponíveis (Freitas, Oliveira, Saccol & Moscarola, 2000). Neste caso significa a inclusão na amostra de todos os clientes que integrem o programa ERAS[®], atendendo aos critérios de inclusão definidos para o estudo, e que aceitassem colaborar.

Definiram-se como critérios de inclusão:

- a) O cliente ter mais de 18 anos;
- b) O cliente estar consciente e orientado para o preenchimento do questionário;
- c) O cliente ser alfabetizado.

No que respeita ao critério de exclusão foi contemplado:

- d) O cliente já ter sido submetido a cirurgia através do programa ERAS[®], nesta ou noutra instituição.

Considerou-se este critério de exclusão pois se o cliente já tivesse conhecimento do programa e/ou já tivesse tido consulta de enfermagem e preenchido uma vez o questionário poderia a sua apreciação estar condicionada pela experiência anterior. Esta situação de nova cirurgia pode ocorrer, por exemplo, quando o cliente é submetido a uma resseção anterior do reto com construção de uma ileostomia e passado algum tempo regressa ao hospital para uma intervenção cirúrgica de reconstrução do trânsito intestinal.

Para além destes critérios supramencionados, foi considerada uma segunda amostra durante este estudo. Dadas as características do programa e as suas condições de implementação na instituição não foi possível selecionar um grupo de controlo (sem a intervenção no mesmo período temporal) para apurar as implicações da consulta em determinados focos de avaliação, pois a partir do início da implementação todos os clientes de cirurgia colorretal eletiva passavam a ter a consulta.

A consulta foi considerada pelas *guidelines* como a melhor prática baseada na evidência e assim, mesmo do ponto de vista ético entendeu-se que não seria o mais correto privar clientes de ter a consulta de enfermagem para estudar o seu efeito.

A alternativa encontrada para conseguir inferir a influência da consulta de enfermagem pré-operatória no retorno à autonomia na mobilização e no tempo médio de internamento foi considerar uma amostra de clientes sem consulta de enfermagem, com características semelhantes, temporalmente anteriores à implementação do programa na instituição. Desta alternativa derivou a segunda amostra do estudo sem consulta, denominada amostra pré-ERAS[®].

Assim sendo, considerou-se que a possibilidade de integrar no estudo uma amostra de clientes submetidos ao mesmo tipo de cirurgia, da mesma instituição (portanto sujeito a uma semelhante oferta de cuidados) sem a consulta de enfermagem pré-operatória, intervencionados imediatamente antes da implementação da consulta na instituição poderia fazer sentido para aferir as implicações que esta intervenção teve para o cliente, nos seus resultados e na sua satisfação. Concluindo, o presente estudo contemplou 2 amostras:

- **Amostra pré-ERAS[®]**: constituída por clientes submetidos a cirurgia colorretal eletiva entre o final do ano de 2017 e o primeiro semestre de 2018, mas que não tiveram consulta de enfermagem pré-operatória;
- **Amostra ERAS[®]**: constituída por clientes submetidos a cirurgia colorretal eletiva entre o segundo semestre de 2018 e o primeiro de 2019, que tiveram consulta de enfermagem pré-operatória e que respeitam os critérios de inclusão para o preenchimento do questionário.

Com o intuito de inferir se estas amostras podiam ser comparadas realizaram-se testes estatísticos que permitiram avaliar as principais características das duas amostras, recolhidas através da plataforma de auditoria.

3.7. PARALELISMO COM O MODELO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

O desenho do presente estudo teve por base o modelo de prática baseada na evidência de Rosswurm e Larrabee (1999). Deste modo, considerou-se relevante clarificar de que forma este modelo e o desenho de estudo se relacionam (quadro 6):

Quadro 6 – Paralelismo entre o modelo de prática baseada na evidência e o desenho do estudo.

Rosswurm e Larrabee (1999)	Descrição do Estudo	Desenho
1. <i>Assess: need for change practice</i>	Necessidade de implementar a consulta de enfermagem pré-operatória.	Fase 1
2. <i>Link: problem, intervention and outcomes</i>	<u>Problema</u> : ausência de preparação pré-operatória dos clientes; informação deficiente sobre o processo cirúrgico; necessidade de promover a participação do cliente no plano de cuidados; <u>Intervenção</u> : consulta de enfermagem pré-operatória. <u>Resultado</u> : realizar a consulta; clientes mais informados/satisfeitos; melhores resultados pós-operatórios.	Fase 1
3. <i>Synthesize: best evidence</i>	<i>Scoping review</i> sobre ensino pré-operatório. <i>Guidelines</i> da ERAS [®] society. <i>Scoping review</i> sobre implicações do programa ERAS [®] para enfermagem.	Fase 1
4. <i>Design: practice change</i>	Planeamento da consulta: construção de documentos de apoio (guia, orientações, registos, entre outros) e formação aos intervenientes.	Fase 1
5. <i>Implement and evaluate: change in practice</i>	Implementação da consulta aos clientes de cirurgia colorretal eletiva – programa ERAS [®] e avaliação da consulta com os instrumentos elaborados.	Fases 2 e 3
6. <i>Integrate and maintain: change in practice</i>	Manutenção da realização da consulta no pré-operatório. Possibilidade de expansão para outras áreas cirúrgicas. Formação dos intervenientes. Avaliação da intervenção e divulgação dos resultados.	Fases 2 e 3

Este estudo foi desenvolvido tendo por base os pressupostos do modelo supramencionado, uma vez que foi encontrada correspondência entre as etapas que constituem o modelo, as fases e intervenções desenhadas para este estudo.

A etapa 1 do modelo prevê a identificação de uma necessidade de mudança na prática, que neste caso foi a necessidade de implementar uma consulta de enfermagem pré-operatória que ainda não fazia parte da dinâmica da instituição.

A etapa 2 pretende que se crie uma relação entre o problema, a intervenção e os resultados previstos, pelo que o problema está associado à necessidade e de fato pretende colmatar o déficit de conhecimento dos clientes sobre o processo cirúrgico, a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados peri-operatórios prestados aos clientes e também uma concreta vontade de fomentar a participação do cliente no plano de cuidados, visando o conceito de cuidados centrados no cliente. Os cuidados de saúde centrados no cliente podem ser desenvolvidos com a introdução da consulta de enfermagem pré-operatória na prática cirúrgica do hospital, com o intuito de atingir resultados como clientes mais informados, clientes mais participativos nos cuidados, clientes mais satisfeitos e melhores resultados cirúrgicos.

A etapa 3 do modelo prevê a síntese da melhor prática baseada na evidência para integrar na necessidade de mudança na prática, o que neste estudo foi proporcionado através da uma primeira revisão tipo *scoping* sobre o tema ensino pré-operatório, através das *guidelines* internacionais oficiais publicadas pela sociedade ERAS[®] e através de uma segunda revisão tipo *scoping* sobre as implicações do programa ERAS[®] para a enfermagem.

A etapa 4 pressupõe o desenho do estudo a desenvolver, que aplicado a este estudo integra a estruturação da consulta com a criação de uma orientação técnica, uma forma de registo, um guia informativo para o cliente e a formação aos enfermeiros.

A etapa 5 pretende efetivamente que a intervenção seja implementada e avaliada, o que no corrente estudo corresponde às fases 2 e 3, com a implementação da consulta na prática diária de abordagem do hospital aos clientes de cirurgia colorretal e avaliação da consulta de acordo com os focos de avaliação selecionados.

A etapa 6 prevê que a intervenção seja mantida no ativo para além do tempo de realização do estudo e que possa ser melhorada, o que foi previsto, uma vez que a avaliação da consulta permitirá a sua adequação real às necessidades e expectativas dos clientes, a melhoria do serviço prestado e a divulgação dos resultados inferidos desta intervenção deverá também ser realizada.

3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste subcapítulo foram contempladas algumas considerações do ponto vista ético:

- Associadas ao respeito pela dignidade humana, direitos, humanos, cidadania e excelência do cuidar;
- Relacionadas com os princípios éticos que devem guiar a investigação em enfermagem;
- Relacionadas com a Deontologia Profissional de Enfermagem;
- Associadas à decisão ética em enfermagem;
- Autorizações que foram solicitadas para a realização do estudo.

Salienta-se a importância de serem tidos em conta os valores associados ao cliente e às outras profissões com as quais os enfermeiros interagem diretamente. Assim no que diz respeito aos clientes deve assegurar-se (Neves & Pacheco, 2004):

- O respeito pela **dignidade humana** (protegendo o cliente de todas as práticas que possam ir contra a Lei);
- O respeito pelos **Direitos Humanos** (nos quais devemos acentuar o direito à vida, à autonomia, à escolha e ao cuidado na saúde e na doença, entre outros);
- O respeito pela **cidadania** (por exemplo, através de ações de promoção da saúde e incentivo ao autocuidado);
- A **excelência do cuidar**, visto que o cliente tem o direito a ser cuidado com os mais elevados níveis de qualidade garantindo-se o respeito pela intimidade, a justiça e a confidencialidade.

Considera-se que estes valores foram contemplados no estudo, uma vez que, o seu processo de desenvolvimento foi constituído por uma intervenção de enfermagem, comprovada cientificamente como uma mais-valia para o cliente e, ainda porque esta consulta está incluída num programa de cuidados perioperatórios cirúrgicos que assenta numa filosofia de cuidados de excelência para o cliente, proporcionando-lhe uma oportunidade de ter os melhores resultados de saúde – o que assegura o **princípio da beneficência**, associado a fazer o bem para o participante do estudo (Nunes, 2013)

Por outro lado, e pelas características do programa ERAS[®], no qual se inclui a intervenção de enfermagem associada a este estudo, podem enunciar-se os valores relacionados com outras profissões na área da saúde como: a articulação (assente em trabalho de equipa e reflexão); a complementaridade entre os profissionais; a corresponsabilidade (pelas intervenções

interdependentes); e o respeito pelos limites de cada profissão tendo por base uma tomada de decisão assente nos benefícios para o cliente (Neves & Pacheco, 2004).

O principal instrumento de recolha de dados utilizado para dar resposta aos objetivos do estudo foi um questionário (Apêndice F). O questionário continha uma introdução na qual explicava o seu propósito e modo de preenchimento, o que ajuda a garantir o respeito pelo **princípio da veracidade**, associado ao dever de dizer a verdade ao participante e informá-lo dos riscos e benefícios (Nunes, 2013) – princípio diretamente agregado ao ato de solicitar o consentimento livre e esclarecido.

Desta forma, para a sua aplicação foram tidas em conta várias recomendações: a cada participante foi solicitado o **consentimento livre e esclarecido** (artigo 5.º Resolução da Assembleia da República n.º1/2001). Foi reservada ao cliente a possibilidade de não participar no estudo, e de acordo com estes aspetos teve-se em consideração o **princípio da fidelidade**, que prevê o estabelecimento de confiança entre o investigador e o participante do estudo (Nunes, 2013).

Não se considerou que o estudo acarretasse riscos para o cliente relativos aos cuidados de saúde prestados pois vê-se regido por procedimentos sustentados cientificamente e extraídos de protocolos certificados não havendo possibilidade de causar dano ao cliente, deste modo, teve-se em consideração o **princípio de avaliação da maleficência** (Nunes, 2013).

Salienta-se ainda que não foram tratados dados pessoais de acordo com o previsto na Lei da Investigação Clínica, Deliberação nº1704/2015:

“33. sempre que um estudo possa ser efetuado sem o tratamento de dados pessoais, i.e., dados identificados ou identificáveis (cf. alínea a) do artigo 3.º da LPDP), deve ser essa a opção do investigador. Por outras palavras, sempre que o estudo possa ser feito com dados irreversivelmente anonimizados, portanto nas situações em que não se identifica nem é possível identificar os titulares dos dados, deve ser esta a opção tomada para a investigação.”

(Comissão Nacional da Proteção de dados, 2015, p.11)

Quanto aos questionários em papel foram tomadas todas as medidas previstas em relação à circulação da informação visando a não visualização dos dados por pessoa não autorizada (alíneas b) e h) do nº 1 do artigo 15º da Lei 58/2019), por exemplo, com circulação em envelope fechado.

No que diz respeito aos dados extraídos da plataforma não há qualquer possibilidade de identificação do cliente, pois o próprio instrumento já fornece os dados sob a forma de tabelas

ou gráficos não havendo tratamento direto dos mesmos. Portanto através das medidas anteriormente mencionadas assegura-se o **princípio da confidencialidade**, que pressupõe salvaguardar toda a informação do cliente que possa ser recolhida durante um estudo, assegurando-se o anonimato dos participantes (Nunes, 2013).

Assegurou-se o **princípio da justiça**, assente na equidade e que prevê que não se deve prestar apoio diferenciado a um grupo de pessoas em detrimento de outro (Nunes, 2013). A amostra pré-ERAS[®] que foi considerada como não tendo consulta de enfermagem, foi temporalmente anterior à amostra que teve consulta, não havendo por isso privação de nenhum cliente em relação ao acesso à consulta – entendida como a melhor prática. Para além disso, todo o estudo foi centrado no cliente, promove os cuidados personalizados o que salienta “Agir com justiça e assim atender ao que a pessoa precisa, na medida em que ela precisa, no tempo em que ela precisa” (Deodato, 2014, p.110).

A consulta de enfermagem é, na sua essência, uma intervenção autónoma da disciplina tomando como suas as decisões de qual a forma de dinamizar a consulta, qual a avaliação a ser efetuada e quais os cuidados a serem planeados e deste modo, julgou-se relevante refletir sobre os fundamentos éticos que norteiam a decisão ética em enfermagem (Deodato, 2014).

Assim, foram tidos em consideração os seguintes aspetos (Deodato, 2014):

- O respeito pela pessoa entendida como um todo, em todas as suas dimensões e com características próprias;
- Respeito pela autonomia da pessoa, foi tido em consideração por forma a minimizar a vulnerabilidade que lhe é atribuída pelo contexto de doença;
- Respeito pelos princípios e valores da pessoa através da personalização do cuidado;
- Promoção do bem-estar da pessoa, deve ser compreendido como “(...) o fim último dos cuidados de enfermagem (...)” (Deodato, 2014, p. 106).

Nesta análise de considerações éticas refere-se também que, acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem (2015) inserida no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, podem salientar-se alguns Artigos que se relacionam diretamente com este estudo, tais como:

Artigo 82.º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida

“O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- a) Atribuir à vida de qualquer pessoal igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;

b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual.“

(Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015, p.64)

Visto que o estudo definiu uma intervenção que promove o bem-estar do cliente e o alcance de melhores resultados em saúde, respeitando o cliente no seu todo e personalizando os cuidados prestados.

Artigo 83.º - **Do direito ao cuidado**

“O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de:

- a) Corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento;
- b) Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência.”

(Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015, p.69)

Durante a consulta de enfermagem o cliente expõe os seus receios e angústias e coloca muitas vezes questões que não são do foro da enfermagem e por isso o encaminhamento do cliente para o profissional mais qualificado para o efeito é uma atividade constante, como por exemplo. promover a articulação com o cirurgião responsável em tempo útil evitando situações de maior ansiedade para o cliente e família.

Artigo 84.º - **Dever de informar**

“No respeito pelo direito à autodeterminação, 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.”

(Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015, p.73)

Uma das principais atividades desenvolvidas na consulta é a transmissão de informação ao cliente e família, nomeadamente, sobre o seu plano de cuidados pós-operatório. Para o preenchimento do questionário (Apêndice F) de avaliação da consulta foi solicitado o consentimento livre e esclarecido aos participantes.

Foi definido tempo específico na consulta para o esclarecimento de dúvidas do cliente e família, bem como fornecidos contatos de enfermagem para a colocação de dúvidas que pudessem surgir após a consulta e antes do internamento. O guia informativo (Apêndice E) que foi desenvolvido com o intuito de complementar e sustentar a informação transmitida verbalmente na consulta contém algumas informações como horários das visitas, localizações importantes e recursos da instituição.

Artigo 85.º - Do dever do sigilo

“O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:

- a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; (...)
- d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.”

(Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015, p.78)

Como foi referido anteriormente no que respeita aos princípios éticos, toda a informação sobre o cliente e família foi considerada confidencial e o anonimato foi assegurado, igualmente de acordo com os pressupostos da Comissão Nacional da Proteção de Dados.

Artigo 88.º - Da excelência do exercício

“O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

- a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- c) Manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.”

(Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015, p.91)

Salienta-se que a avaliação da consulta pode ser uma forma de reconhecer eventuais necessidades de melhoria, sendo uma adequada prática nos cuidados de enfermagem. Por outro lado, o facto de permitir conhecer melhor as necessidades, características e expectativas dos participantes pode garantir a prestação dos cuidados centrados no cliente. Por fim, a base teórica da implementação da consulta encontra-se enraizada num programa internacional

multidisciplinar de cuidados perioperatórios que continuamente atualiza as *guidelines* de acordo com melhor prática baseada na evidência o que possibilita a contínua atualização de conhecimento. A formação dos enfermeiros da prestação direta de cuidados contemplada neste estudo, pode contribuir para a divulgação destes conhecimentos atualizados e assim promover a qualidade das intervenções de enfermagem.

Artigo 89.^a - **Da humanização dos cuidados**

“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.
- b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”

(Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015, p.97)

A consulta de enfermagem foi entendida com uma intervenção totalmente centrada na pessoa, apelando ao seu conhecimento holístico, potenciando a sua autonomia, desenvolvendo as suas capacidades tendo por base o conceito de *empowerment* do cliente através da transmissão de informação adequada às suas necessidades e expetativas.

O primeiro contato com o hospital teve como finalidade perceber a possibilidade de realizar este estudo foi com a Direção de Enfermagem que desde o primeiro momento reconheceu a importância do estudo deste tema e demonstrou interesse na realização do mesmo.

Para assegurar os princípios supramencionados foi elaborado um pedido de autorização à Comissão de Investigação Clínica do Hospital. Esta comissão é responsável por todos os estudos e ensaios clínicos realizados no hospital e por isso dispõe de um formulário específico que deve ser preenchido para o efeito. Após avaliação da pertinência e adequação do estudo, esta comissão emitiu parecer favorável e encaminhou o pedido de avaliação para Comissão de Ética de Hospital que também autorizou o estudo após avaliação do questionário a ser aplicado aos clientes:

- Comissão de Investigação Clínica (**22 de janeiro de 2018 – Anexo 1**);
- Comissão de Ética para a Saúde (**5 de março de 2018 – Anexo 2**).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Com o presente estudo pretendeu-se estruturar, implementar e avaliar a consulta de enfermagem pré-operatória pela perspetiva do cliente. Na avaliação consideraram-se os focos: informação transmitida; experiência do cliente com o processo cirúrgico; responsabilidade/participação no processo cirúrgico; satisfação do cliente; e as implicações da consulta no retorno à autonomia na mobilização e no tempo médio de internamento.

Esta consulta foi desenvolvida tendo por base uma vertente da prática da enfermagem que é o ensino ao cliente e à família. Deste modo, preveu-se o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem na área do ensino pré-operatório, bem como a forma como se constrói a intervenção de enfermagem da consulta pré-operatória.

Por outro lado, ao desenvolver uma intervenção altamente diferenciada e focada nas necessidades e expectativas do cliente, antecipou-se também um conjunto de benefícios para o próprio.

Considerou-se que o desenvolvimento deste estudo pode, similarmente, potenciar o progresso do conhecimento em enfermagem e possibilitar a sua transposição desta consulta para outras áreas cirúrgicas.

Julgou-se ser indispensável promover uma cultura na abordagem de enfermagem baseada na evidência criando espaço para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Pode assim evitar-se o risco da disciplina de enfermagem se tornar demasiado mecanicista e restrita à implementação eficiente de protocolos médicos ou cirúrgicos (Mitchell, 2011). Realçou-se este aspeto tendo em conta que o estudo foi assente num programa multidisciplinar de cuidados perioperatórios, no qual se pretende que tenha evidência específica na área de enfermagem.

Para a apresentação dos resultados do estudo procedeu-se a uma abordagem por fases, a fase 1 considera resultados de um trabalho mais teórico (uma vez que é referente a toda a estruturação da consulta) conjuntamente com a fase 2 que revela os resultados da implementação da consulta; e a fase 3 contempla os resultados obtidos através dos questionários aplicados e dos dados extraídos da plataforma de auditoria para avaliação da consulta.

4.1. RESULTADOS DA ESTRUTURAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA

A fase de estruturação da consulta apropriou-se de uma vasta pesquisa existente sobre os temas mais relevantes a abordar com o cliente durante a consulta. Por sua vez, o fato de estar incluída num programa multidisciplinar de cuidados também contribuiu para uma melhor estruturação da consulta.

As *guidelines* internacionais salientam, por exemplo, a importância de fornecer informações sobre a bebida com base de hidratos de carbono (que o cliente deve ingerir no pré-operatório); reintrodução da alimentação no pós-operatório; e a recomendação de mobilização precoce, estimulação gastrointestinal, entre outros (Herbert et al., 2017). Outros temas que também têm sido considerados relevantes nesta abordagem pré-operatória são: o tipo de doença, o tipo de procedimento cirúrgico, eventuais complicações, prognóstico, controlo da dor, atividades de vida diária depois da cirurgia e tratamentos alternativos (Ronco, Iona, Fabbro, Bulfone & Palese, 2012).

Deste modo, para criar um programa de ensino pré-operatório estruturado e organizado para o cliente houve necessidade de proceder a um conjunto de atividades cujos resultados serão apresentados seguidamente.

Para além dos resultados obtidos na fase de estruturação da consulta, incluem-se neste subcapítulo também os resultados de implementação efetiva da consulta.

4.1.1. Estruturar a consulta de enfermagem pré-operatória

Considera-se que este objetivo foi cumprido na medida em que foi possível efetuar e publicar, sob a forma de póster, uma *scoping review* sobre o ensino pré-operatório (Apêndice G) e sob a forma de artigo, numa revista, uma *scoping review* sobre as implicações do programa ERAS[®] para a enfermagem (Apêndice H).

Foi elaborada uma **orientação técnica** (Apêndice C) com o objetivo de nortear a realização da consulta de enfermagem pré-operatória e uniformizar esta intervenção. Deve salientar-se que a consulta, baseada nesta orientação técnica promoveu o ensino pré-operatório e também uma mais completa avaliação do cliente. Nesta área específica, considera-se que a avaliação pré-operatória dos clientes cirúrgicos é um aspeto fundamental para garantir a segurança e a eficiência em toda a experiência cirúrgica do cliente (Barnett, 2005).

A necessidade de construir uma **orientação técnica** (Apêndice C) específica para a consulta relacionou-se sobretudo com o fato de ser uma intervenção que ainda não era desenvolvida no contexto de implementação do estudo.

Por outro lado, estudos revelam a necessidade que os profissionais que trabalham com estes programas cirúrgicos, têm de personalizar e adaptar as recomendações genéricas da sociedade ERAS[®] às suas realidades e às necessidades e expectativas dos seus clientes em cada contexto (Herbert et al., 2017).

Esta orientação técnica dividiu a consulta em três principais momentos:

- 1) Momento inicial – pretendeu conhecer melhor o cliente e a sua rede de apoio (agregado familiar e apoio para a alta), auscultando aspetos como a profissão do cliente ou o nome pelo qual quer preferencialmente ser tratado, também a medicação habitual, os antecedentes cirúrgicos e pessoais ou familiares com interesse para a situação clínica;
- 2) Segundo momento – contemplou uma avaliação física geral (sinais vitais, nutrição, eliminação vesical, eliminação intestinal, padrão de sono, atividade física, integridade cutânea, etc.);
- 3) Terceiro momento – com foco no ensino do cliente abordaram-se temas específicos para o contexto como: a preparação para a cirurgia; o percurso cirúrgico; o plano de cuidados no pós-operatório; entre outros. Neste momento foi também dada oportunidade ao cliente para colocar as suas dúvidas.

A sugestão deste modelo de sistematização da avaliação da enfermagem em consulta tem por base achados da literatura e tentou seguir-se uma sequência que proporcionasse ao cliente um ambiente tranquilo e de confiança com o enfermeiro. Estabelecer esta relação e confiança com o cliente não se trata de um processo simples uma vez que requer da parte do enfermeiro bom senso e rigor redobrado nesta interação direta (Christóforo, Zagonel & Carvalho, 2006).

Na realidade a recuperação pós-operatória dos clientes pode ser melhorada se forem tidas em conta as comorbilidades (o que realça a utilidade do enfermeiro avaliar o cliente no pré-operatório), o estado atual de saúde, o tipo de cirurgia, mas também aspetos como o estado psicológico, a idade e se foi transmitida informação importante no pré e no pós-operatório de acordo com as suas necessidades (Jaensson, Dahlberg & Nilson, 2019). Sendo que esta transmissão de informação foi entendida como o cerne da estrutura da consulta.

Atualmente considera-se que para alcançar melhores resultados cirúrgicos é fundamental que os enfermeiros tenham competências técnicas, para o desenvolvimento destas competências é crucial que integrem conhecimento sobre os procedimentos cirúrgicos (Nagle, 2006). Neste sentido e procurando uniformizar a informação e linguagem a utilizar com os clientes, foi possível assistir a três intervenções cirúrgicas da área colorretal. A possibilidade de acompanhar todo o processo cirúrgico, incluindo o intra-operatório, foi um aspeto relevante para o desenvolvimento da consulta, uma vez que proporcionou um conhecimento global da experiência do cliente. Por outro lado, assistir às cirurgias foi também uma ótima oportunidade para constatar na prática conceitos anteriormente conhecidos apenas pela teoria.

Foi estruturado um modelo de **registo** para a consulta de enfermagem pré-operatória (Apêndice D) por forma a sistematizar toda a informação recolhida na consulta e, simultaneamente, registar as principais informações transmitidas ao cliente e família. Este registo também teve em consideração a possibilidade de registar as principais dúvidas colocadas pelo cliente na consulta e eventuais encaminhamentos para outros profissionais da equipa.

Foi construído um **guia informativo** (figura 9, Apêndice E) para o cliente que permitiu complementar a informação transmitida verbalmente na consulta e com o intuito de ser entregue aos clientes com os principais pontos-chave da preparação e da recuperação cirúrgica (Verrier, Paget, Perlier & Demesmay, 2016).

Figura 9 – Capa do guia informativo elaborado para entregar aos clientes na consulta.

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA A CIRURGIA



Programa ERAS[®] - CIRURGIA COLORRETAL

ERAS[®] Society

Lisboa, julho 2019

A relevância de construir este guia informativo para o cliente prendeu-se com o fato de cada vez mais, todas as pessoas terem acesso à informação através de canais como a internet, que contempla muitos conteúdos sobre aspetos de saúde, mas que nem sempre constituem informação fidedigna (Wilson et al., 2016). Assim, fornecendo esta informação por escrito, complementando a informação transmitida verbalmente, pretende prevenir-se que o cliente recorra a fontes de dados com credibilidade duvidosa ou que possam conter informação contraditória ou inadequada face à sua situação clínica.

Os materiais de apoio ao ensino do cliente podem ter diferentes funções tais como: estruturar a consulta, ser um meio facilitador para abordar alguns tópicos mais sensíveis, funcionar como uma ajuda para explicar algum tópico, ser um guia para todo o plano de cuidados; e, assim acabam por tornar o cliente parte integrante do seu processo de recuperação (Pettersen et al., 2018).

A utilização de informação escrita para complementar a informação transmitida verbalmente ajuda a rentabilizar o tempo dos profissionais de saúde, uma vez que, ajuda a diminuir o tempo gasto em repetir informação para assegurar que o cliente reteve determinados aspetos (Walker, 2007).

Deste modo, considerou-se que o desenvolvimento deste guia foi de extrema importância para complementar a intervenção pessoal do enfermeiro na consulta e serviria como um suporte para que o cliente pudesse esclarecer dúvidas pontuais em casa.

O guia informativo de preparação para a cirurgia foi entregue em todas as consultas de enfermagem pré-operatórias.

Foram dinamizadas **sessões de formação** aos enfermeiros da prestação direta de cuidados em vários momentos diferentes **durante maio de 2018 e junho de 2019.**

Uma vez que o programa ERAS[®] surgiu como um novo paradigma na prestação de cuidados considerou-se que seria essencial transmitir aos enfermeiros da prestação direta de cuidados um conjunto de informações estruturado para que melhor conhecessem o programa e assim, pudessem colocar em prática as recomendações da sociedade ERAS[®]. Deste modo, foram dinamizadas várias sessões de formação em diferentes locais do hospital tais como: Serviços de Internamento médico-cirúrgico, Unidade de Cuidados Intermédios, Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório. As sessões de formação abrangeram cerca de **140 enfermeiros**. Estas sessões apresentaram o programa ERAS[®], quais os seus objetivos e princípios; quais os

seus principais elementos e como se distribuem pelas fases do pré-, intra- e pós-operatório; que mudanças a implementação do ERAS[®] poderiam trazer para os cuidados de enfermagem; particularidades dos registos de Enfermagem, entre outros aspetos relevantes. Nestas sessões, de uma forma geral, os enfermeiros mostraram-se recetivos às novas indicações e motivados para implementá-las na prática, pois facilmente perceberam os benefícios que estas alterações podiam proporcionar aos clientes.

Foi realizada a avaliação das sessões conforme previsto no método, recorrendo ao instrumento utilizado na instituição para avaliar a formação interna. Foi aplicado no final das sessões aos 140 enfermeiros que estiveram presentes nas mesmas e os resultados agruparam-se em 4 temas sendo apresentados de acordo com os valores médios atribuídos pelos participantes na escala de **1**(muito baixo) a **5** (muito elevado).

1) Avaliação da formação em geral: **4,9**.

Contemplou: importância e utilidade do tema na realização das suas atividades, adequação da duração da ação, efetividade da metodologia e qualidade da formação;

2) Conteúdo da ação de formação: **4,7**.

Contemplou: conformidade com o nível de conhecimento do formando, qualidade da abordagem ao tema, efetividade da abordagem para alcançar os objetivos, utilidade e organização de materiais de apoio;

3) Organização e logística: **4,6**.

Contemplou: apoio prestado pelo formador, conforto e luminosidade das instalações e qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte;

4) Formador: **4,9**.

Contemplou: definição de objetivos, domínio do tema, exposição clara e precisa do conteúdo e a motivação e o incentivo à participação.

Com a atribuição de valores que oscilaram entre os 4,6 e os 4,9 considerou-se que a avaliação das sessões foi muito positiva. Acrescenta-se ainda que o valor mais baixo, se associou às questões relacionadas com a logística, pois na maioria das vezes as sessões foram dinamizadas nas salas de passagem de ocorrências nos serviços, não tendo as condições físicas de auditórios como seria desejável.

No que respeita aos comentários em texto livre, salienta-se que foi mencionado o interesse do tema para a prática de cuidados de enfermagem, assim como a sugestão de realizar a consulta de enfermagem pré-operatória a clientes de outras áreas cirúrgicas.

Esta fase previa a apresentação dos resultados alusivos à realização da consulta durante o período de realização do estudo. Salienta-se que após o término da fase de recolha de dados a consulta continua a ser realizada para todos os clientes que são submetidos a cirurgia colorretal na instituição hospitalar na qual foi desenvolvido o estudo, contudo o registo ainda é realizado em texto livre de forma eletrónica num formulário com o nome genérico de “Consulta de Enfermagem”, aguardando-se a aprovação pela Direção de Enfermagem da proposta de registo efetuada e posterior integração informática.

4.1.2. Implementar a consulta de enfermagem pré-operatória

A operacionalização da consulta foi possível, havendo sucesso neste objetivo. Durante o período do estudo, **foram realizadas 96 consultas, que correspondem a 95% dos clientes que foram intervencionados durante este tempo.** Foi estabelecido um dia da semana, a terça-feira, para a realização das consultas.

As consultas de enfermagem pré-operatória cujos resultados de avaliação foram incluídos no estudo ocorreram entre **maio de 2018 e junho de 2019.**

A duração média de cada consulta foi 40 minutos, o que se aproxima da duração prevista que surge na literatura de 30 minutos por consulta (Louw et al., 2013) ou de 33 minutos por Consulta (Pettersson et al., 2018).

Considerou-se que realizar uma consulta que promove a oportunidade ao cliente para expressar as suas ideias e sentimentos é essencial e desta forma, os enfermeiros que dinamizam este tipo de consulta de enfermagem, não devem limitar-se à transmissão de informação, mas dar um suporte adequado às necessidades de cada cliente, reservando momentos para o diálogo e não apenas para o ato de ensino (Pettersson, Öhlén, Friberg, Hydén & Carlsson, 2017). Assim, a existência de um momento formal e específico para a transmissão de informações ao cliente é um aspeto que atribuiu maior visibilidade ao ensino pré-operatório o que faz com que os enfermeiros possam reconhecer esta sua intervenção como fundamental à sua prática diária (Dos Santos, Henckmeier & Benedet, 2011), visto que dotará o cliente de ferramentas que lhe permitirão participar ativamente na sua recuperação.

Evidenciou-se que a estrutura utilizada para a consulta funcionou de forma positiva para o profissional e para o cliente e sua família. A consulta foi dividida em três momentos, um que contempla questões que pretendem conhecer melhor o cliente e a sua história clínica,

outro referente à avaliação física do cliente e outro focado na atividade de ensino pré-operatório.

De uma forma geral, os clientes e seus familiares mostraram-se agradados por existir uma preocupação por parte do profissional em melhor conhecer todo o seu contexto envolvente. Foram colocadas questões como: “qual a ocupação profissional?”, “com quem vive?”, ou “o que gosta de fazer nos tempos livres?”, entre outras. A maior parte dos clientes fizeram-se acompanhar de familiares ou amigos na consulta, houve o cuidado de questionar o grau de parentesco e o nome do familiar no sentido de promover o envolvimento deste no plano de cuidados e simultaneamente promover a sua confiança no profissional no sentido de poder também colocar as suas dúvidas.

Foi feito um breve diagnóstico sobre qual a informação que o cliente apropriou previamente em relação à sua situação clínica e proposta cirúrgica (permitiu perceber o que temas haviam sido abordados pelo cirurgião responsável e quais as principais lacunas no conhecimento em relação ao processo cirúrgico). É essencial que os clientes obtenham informação detalhada do que lhes interessa saber para se sentirem melhor preparados para gerir os cuidados necessários no pós-operatório e quando estiverem a recuperar em casa (Deng, Liang, Li, Gouda, Zhu & Xiao, 2019).

Para identificar estas necessidades de informação recorreu-se preferencialmente a questões de resposta aberta, por exemplo, “Como é que surgiu esta necessidade de ser operado?”; “O que se recorda daquilo que disse o seu médico em relação à cirurgia?”, sabe-se que este tipo de questões é o que está mais associado ao conceito de cuidados centrados na pessoa visto que promove o diálogo (Petersson et al., 2018). Verificou-se que esta abordagem aberta favoreceu a confiança do cliente/família no profissional que dinamiza a consulta uma vez que os clientes colocaram questões que ainda não haviam sido discutidas com outros profissionais, por exemplo, aspetos relacionados com a possibilidade do autocuidado a uma ostomia (“O Dr. falou na possibilidade de ficar com o saco...mas como é que isso funciona mesmo?!”). Por outro lado, o cliente/família percebem que há interesse por parte do profissional em conhecer o percurso efetuado até chegar àquele hospital, àquela decisão de cirurgia, e vão acrescentando dados importantes que permitem personalizar cada vez mais o cuidado prestado.

A informação que o enfermeiro transmitiu na consulta teve o objetivo de estar de acordo com as necessidades de cada cliente e sua família. Notou-se que, de forma geral, os clientes e sua família têm algum conhecimento em relação à doença e aos procedimentos cirúrgicos previstos, mas praticamente nada sabiam sobre como se deviam preparar para a cirurgia, sobre o percurso

cirúrgico e sobre como era previsto que decorresse a recuperação após a cirurgia ou em que aspetos poderiam colaborar.

Os temas abordados durante a consulta foram diversificados, tendo por base várias considerações encontradas na literatura, centrando-se na preparação para a cirurgia e também no período pós-operatório, explicando o percurso cirúrgico e os principais objetivos de recuperação para cada momento.

Outro tema presente na consulta foi a preparação para a alta, quais os critérios de alta clínica, o que se considera que pode contribuir para aumentar a sensação de controlo, por parte do cliente, em situação de internamento. Também foram tidas em conta outras recomendações da literatura como por exemplo, o estado de saúde atual, a descoberta do problema de saúde, a intervenção cirúrgica, a recuperação e a tromboprofilaxia (Petersson et al., 2018). O tema da tromboprofilaxia foi integrado na consulta apenas durante o ano de 2019 de acordo com a atualização das *guidelines* e com os procedimentos da equipa de cirurgia.

A parte final da consulta reservou-se para o esclarecimento de dúvidas do cliente e família, os temas foram variados, desde os horários de visita, à necessidade de tratamentos pós-cirurgia, à confeção de alimentos em casa, regresso à atividade profissional, entre outros.

Conforme previsto, o momento de realização da consulta aconteceu no intervalo entre duas a uma semana da data prevista da cirurgia. A literatura tem referenciado este *timing* como o mais adequado pois permite promover uma redução da ansiedade de forma mais consistente do que se a informação for transmitida mais próximo da cirurgia (Lemos, Lemos-Neto, Barrucand, Verçosa & Tibirica, 2019).

Para além deste benefício em termos de redução de ansiedade, considerou-se útil este *timing* de realização da consulta pois possibilita ao cliente ter tempo para assimilar toda a informação que lhe é transmitida e preparar-se com mais tranquilidade e tempo para o dia da cirurgia.

Verificou-se que este intervalo de tempo que decorreu entre a consulta e a cirurgia pode ser positivo no caso de o cliente querer ainda esclarecer algumas dúvidas, o que aconteceu, tendo-se verificado cerca de cinco contatos de clientes por email para esclarecimento de algumas dúvidas que surgiram em casa nos dias antecedentes à cirurgia.

Assim, pode considerar-se que o planeamento de tempo estipulado neste estudo possibilitou a assimilação do conhecimento, favoreceu a partilha com a família e possibilitou contactar a equipa de saúde para clarificar alguns aspetos que poderiam ser precipitantes de desconforto, insegurança ou ansiedade.

Contrariamente ao que foi preconizado e operacionalizado neste estudo, em muitos contextos hospitalares, a informação pré-operatória ainda é transmitida poucas horas antes da cirurgia, por meio de uma visita pré-operatória “à cabeceira do cliente”, não atendendo às reais necessidades do cliente/famílias e por vezes gerando níveis de *stress* mais elevados antes da cirurgia. A própria literatura tem demonstrado que esta intervenção, embora importante, não permite ao cliente processar adequadamente a informação, por estar demasiado próxima da cirurgia acaba por ser muito condicionada pelos níveis de *stress* e pelo próprio ambiente em que é desenvolvida.

Por outro lado, a realização da consulta de enfermagem pré-operatória, na modalidade em que foi realizada neste estudo, cerca de uma ou duas semanas antes da data prevista para a cirurgia, é relevante e mais adequada porque aumenta a confiança do cliente e possibilita que este assimile a informação e possa então colocar as suas dúvidas atempadamente (Aasa, Hovbäck & Berterö, 2013).

4.2. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA CONSULTA

Os dados para avaliação da consulta foram recolhidos através de dois instrumentos. O questionário foi aplicado à amostra de clientes que tiveram consulta de enfermagem antes da intervenção cirúrgica – **amostra ERAS[®]** e que cumpriam os critérios de inclusão, dos 96 clientes com consulta, consideraram-se **93** questionários para esta amostra, pois o critério de exclusão foi aplicado a 3 clientes que já tinham sido submetidos a cirurgia pelo programa ERAS[®] anteriormente. Esta amostra, por sua vez, possibilitou com uma caracterização mais completa, uma vez que foi possível conhecer a ocupação e as habilitações literárias dos clientes inquiridos. Os resultados obtidos através do preenchimento dos questionários foram apresentados sob a forma de estatística descritiva, com a exibição das frequências e das percentagens correspondentes.

No que respeita à plataforma, foram recolhidos dados da amostra ERAS[®] e de uma segunda amostra de clientes que não realizou consulta de enfermagem pré-operatória e que não preencheu o questionário – **amostra pré-ERAS[®]**, com **65** clientes.

Os dados que foram recolhidos da plataforma foram:

- Os dias de internamento na instituição para a realização da intervenção cirúrgica;
- Informação sobre se os clientes realizaram levante no período de pós-operatório imediato (ainda no dia da cirurgia) ou não;
- Quantos dias decorreram entre a cirurgia e o retorno à autonomia na mobilização.

As duas amostras foram comparadas de acordo com idade, género, classificação *American Society of Anesthesiologists* (ASA) que classifica o estado físico do cliente, tipo de abordagem cirúrgica e área da cirurgia realizada.

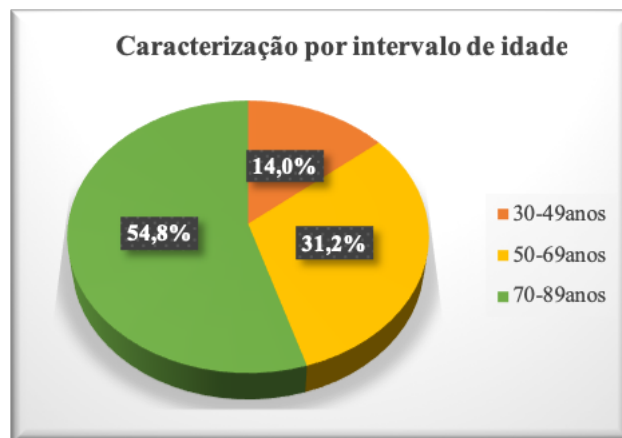
Neste subcapítulo foram contemplados:

- A caracterização da amostra ERAS[®];
- A apresentação dos resultados obtidos através do questionário (por focos de avaliação à amostra ERAS[®]);
- A apresentação dos resultados obtidos pela plataforma (por focos de avaliação contemplando a amostra ERAS[®] e a amostra pré-ERAS[®]).

4.2.1. Caraterização demográfica da amostra ERAS[®]

A caraterização demográfica da amostra foi realizada através das quatro primeiras questões do questionário, recolhendo informação quando ao intervalo de idade, ao género, às habilitações literárias e à ocupação profissional, conforme se verifica nos gráficos seguintes (gráfico 1, gráfico 2, gráfico 3 e gráfico 4):

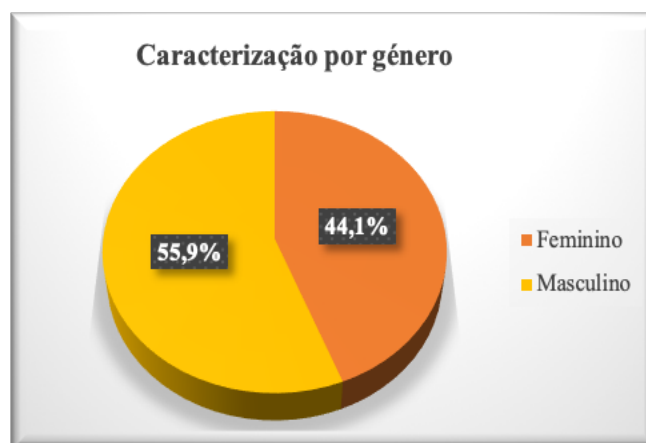
Gráfico 1 – Caraterização da amostra por intervalo de idade.



A faixa etária com mais expressão na amostra foi dos 70-89 anos com 54,8% (n=51) dos clientes, sendo seguida da faixa dos 50-69 anos com 31,2% (n=29) e depois menos significativa a faixa etária entre os 30-49 anos com 14,0% (n=13) dos clientes.

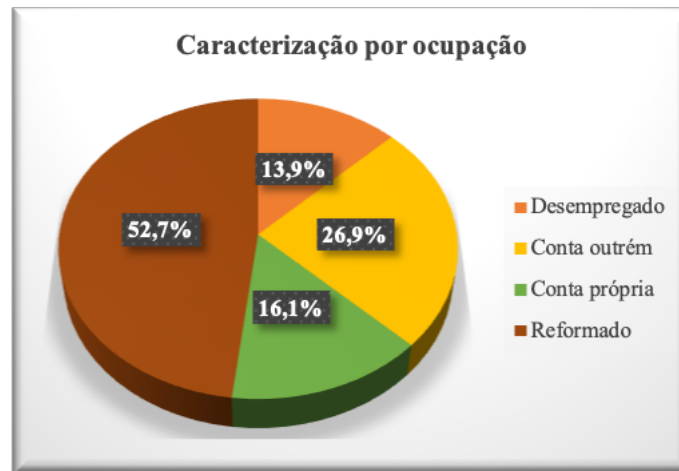
A **média** de idade foi de **66,9 anos**. O cliente mais novo a ser intervencionado tinha 37 anos e o mais idoso 89 anos.

Gráfico 2 – Caraterização da amostra por género.



Desta amostra, constituída por noventa e três clientes submetidos a cirurgia colorretal salienta-se que cerca de 55,9% (n=52) eram do género masculino e cerca de 44,1% (n=41) eram do género feminino.

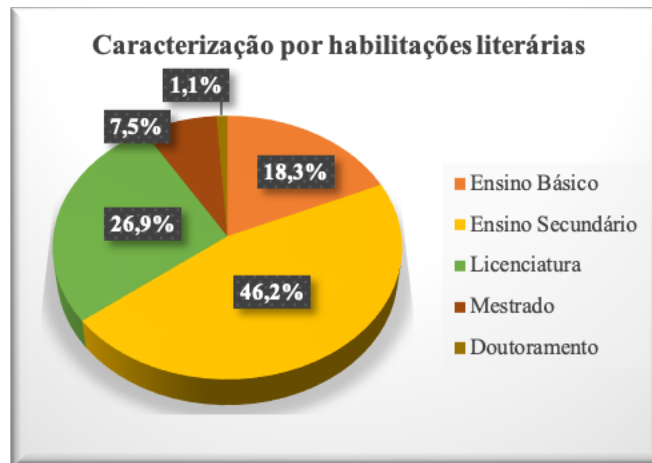
Gráfico 3 – Caraterização da amostra por ocupação.



Uma vez que cerca de metade dos clientes tinham idade compreendida entre os 70-89 anos a ocupação predominante na amostra é “**Reformado**” com 52,7% (n=49) dos clientes, seguindo-se o trabalhador por conta de outrem com 26,9% (n=25) e depois trabalhador por conta própria com 16,1% (n=15). Não houve nenhum cliente a selecionar a opção de estudante e apenas 4,3% (n=4) se encontravam desempregados.

O fato da principal ocupação ser “**Reformado**” parece estar relacionado com a elevada faixa etária da amostra, em que a maioria dos clientes 54,8% tinha idade compreendida entre os 70-89 anos. Outro aspeto que se julga influenciar tando a idade prevalente na amostra como a consequente ocupação foi o principal diagnóstico associado à cirurgia colorretal – cancro colorretal, cuja maior incidência é evidenciada a partir dos 65 anos.

Gráfico 4 – Caracterização da amostra por habilitações literárias.



No que respeita às habilitações literárias dos clientes que constituem a amostra salienta-se que 46,2% (n=43) tinham o nível de Ensino Secundário, seguindo-se a Licenciatura com 26,9% (n=25), o Ensino Básico com 18,3% (n=17) e 8,6% (n=8) apresentavam habilitações ao nível do Mestrado ou Doutoramento.

4.2.2. Resultados obtidos pelo questionário

Como havia sido referido anteriormente no processo de avaliação da consulta, o questionário (Apêndice F) foi o instrumento selecionado para recolha de dados em relação aos quatro primeiros focos de avaliação da consulta:

- Informação transmitida;
- Experiência do cliente no processo cirúrgico;
- Responsabilidade/participação no processo cirúrgico;
- Satisfação do cliente.

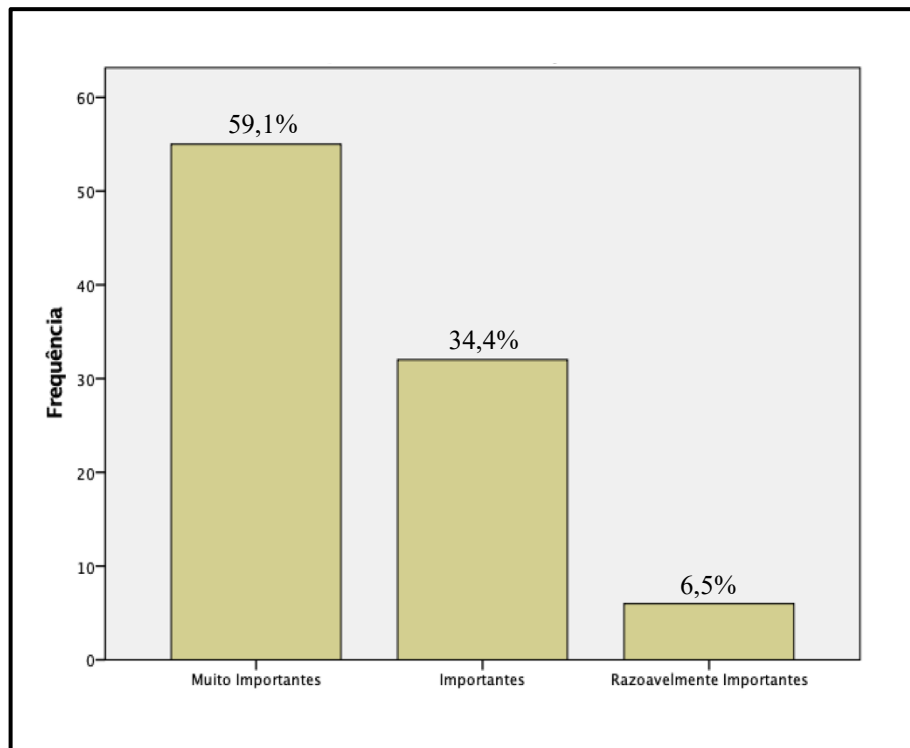
Neste instrumento, os clientes responderam a questões de resposta fechada através de escala tipo *likert*. Os resultados obtidos apresentam-se de acordo com os *outputs* do programa SPSS[®] e deste modo, as respostas com valor = 0 não se encontram representadas nos respetivos gráficos. A informação relativa a todos os resultados (que incluem respostas com valor =0) obtidos através dos questionários pode ser consultada no Apêndice I.

Seguidamente serão apresentados os resultados de acordo com os respetivos focos de avaliação.

Foco: Informação transmitida

O gráfico 5 representa os resultados obtidos para o nível de importância que o cliente atribuiu à informação que foi transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória.

Gráfico 5 – Importância atribuída pelo cliente à informação recebida.



Os clientes quando questionados sobre a importância das informações transmitidas na consulta referiram 59,1% (n=55) como muito importantes e 34,4% (n=32) como importantes, apenas 6,5% (n=6) consideraram razoavelmente importantes e nenhum cliente referiu que as informações não foram importantes, o que pode demonstrar ter havido adequação dos conteúdos à situação dos clientes e expectativas dos clientes. Considera-se que estes resultados se prendem com o facto de a seleção dos conteúdos a transmitir na consulta ter sido a mais adequada à patologia e ter sido baseada na melhor evidência disponível na literatura e por isso, constitui-se como fator preditivo da satisfação dos clientes com a consulta.

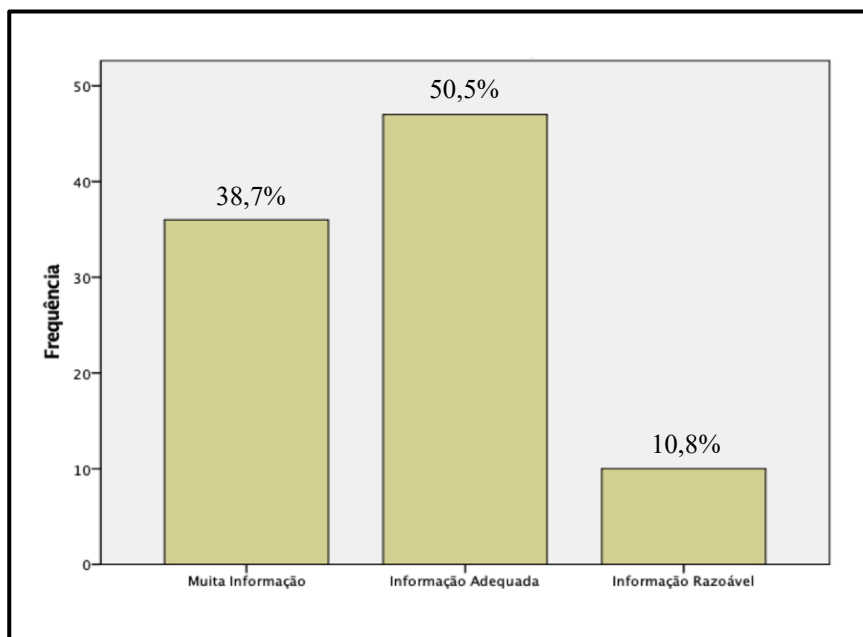
A informação transmitida ao cliente tem sido considerada como um forte preditor de satisfação, uma vez que, promove no cliente a sensação de controlo da situação o que pode ser entendido como uma função relevante na informação no processo de prestação de cuidados (Krupat, Fancey & Cleary, 2000).

Atualmente, nos cuidados de saúde, atravessa-se um momento marcado pela forte evolução tecnológica o que promove a lacuna de conhecimento percebido pelo cliente em relação ao seu

estado de saúde, deste modo, a possibilidade de ter informação adequada por parte dos profissionais tem sido expressa no sentido de poderem “tomar conta” de si próprio e integrar as decisões em saúde (Forsberg, Vikman, Wälivaara & Engström, 2015).

O gráfico 6 representa os resultados obtidos no que respeita à quantidade de informação transmitida na consulta.

Gráfico 6 – Quantidade de informação transmitida na consulta.



A maioria dos clientes 50,5% (n=47) consideraram que a quantidade de informação transmitida na consulta foi adequada em relação às suas necessidades e expectativas, cerca de 38,7% (n=36) consideraram que foi transmitida muita informação, apenas 10,8% (n=10) consideraram a quantidade razoável e nenhum cliente considerou pouca ou nenhuma informação. Estes resultados podem ser considerados como satisfatórios pois revelam adequação na seleção das informações a transmitir na consulta, aquando da sua estruturação e também na adequação feita no momento atendendo às questões colocadas pelo cliente e ao rumo que a consulta vai tomando. A quantidade de informação a transmitir na consulta foi considerada um dos grandes desafios, visto que, nem todos os clientes “querem” ou “precisam” da mesma quantidade de informação, pelo que se consideraram os resultados muito positivos e mais uma vez sugerem demonstrar a adequação dos conteúdos.

É relevante que haja transmissão de informação adequada no pré-operatório, em primeiro lugar porque é um momento em que o cliente desenvolve muitas inseguranças e dúvidas em relação à sua situação de saúde e em relação à cirurgia e em segundo lugar, porque muitas vezes os clientes procuram informação junto de familiares ou amigos que possam ter passado por situações semelhantes. Deste modo, a informação pode chegar até ao cliente de uma forma equívoca e aumentar ainda mais a ansiedade antes da cirurgia (Christóforo & Carvalho, 2009).

Definir a quantidade certa de informação a transmitir na consulta é desafiante, pois a sua adequação também depende das necessidades de cada cliente, no entanto, podem considerar-se alguns tópicos de informação com importantes e adequados a abordar em clientes submetidos a cirurgia colorretal: a preparação para a cirurgia, o seu estado atual de saúde, como foi a descoberta do diagnóstico, quais os principais sintomas, como se prevê que seja a intervenção cirúrgica e como se prevê que seja a recuperação depois da cirurgia (Pettersson, Öhlén, Friberg, Hydén & Carlsson, 2017).

Transmitir a quantidade de informação adequada é fundamental, pois se a quantidade de informação for excessiva pode dificultar o entendimento por parte do cliente (Pereira et al., 2016).

Um bom modo evitar esta transmissão de informação excessiva é ouvindo primeiro o cliente, começando por identificar as suas necessidades e receios e esclarecendo as suas dúvidas (Amthauer & Falk, 2014).

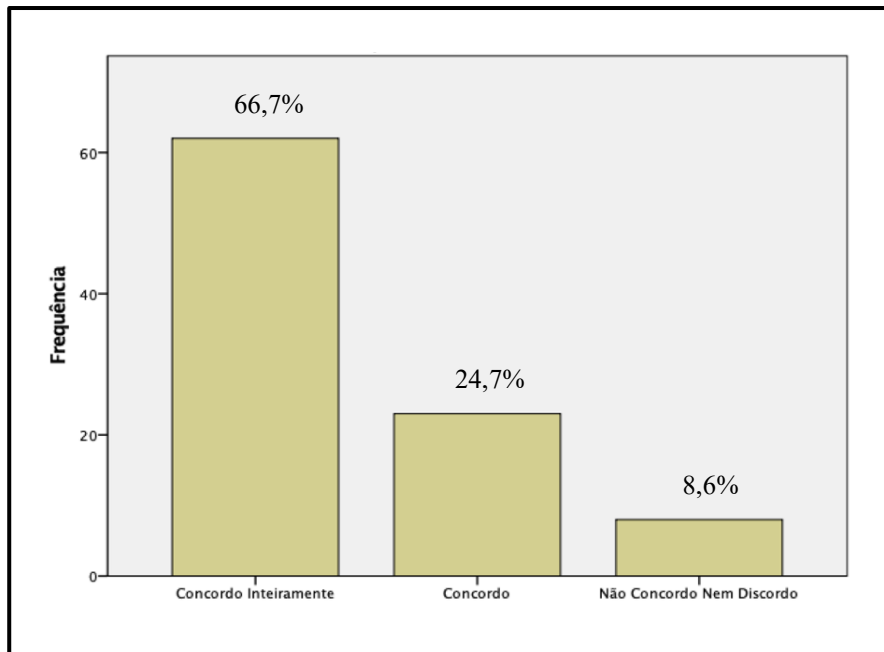
Considera-se que o enfermeiro deve ser atento e cuidadoso ao tentar identificar corretamente o nível de ansiedade do cliente por forma a evitar transmitir informações excessivas que possam ainda aumentar mais os seus níveis de ansiedade (Freiberger & Mudrey, 2011).

Deste modo, é essencial que numa fase inicial de conhecimento seja possível avaliar quais as reais necessidades de cada cliente (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006).

No entanto, este processo de seleção da informação é considerado um processo difícil e delicado, pois as necessidades são específicas, enquadradas na subjetividade de cada pessoa, dependendo também das experiências anteriores do cliente com a saúde.

O gráfico 7 contempla os resultados da questão que pretende aferir se a informação transmitida na consulta ajudou o cliente a perceber a sua responsabilidade no processo de recuperação após a cirurgia.

Gráfico 7 – Influência da informação para a percepção da responsabilidade do cliente.



Salienta-se que 66,7% (n=62) dos clientes demonstraram concordar inteiramente e 24,7% (n=23) concordaram que, ter mais informação ajudou a perceber a sua responsabilidade de participação nos cuidados. Apenas 8,6% (n=8) dos clientes foram indiferentes a esta questão e nenhum cliente assinalou as hipóteses de discordância. Acredita-se que o facto de 91,4% dos clientes considerarem que a informação transmitida na consulta os ajudou a perceber a sua responsabilidade de participação assinala uma mudança de paradigma naquele que tem sido o papel dos próprios clientes na sua recuperação. O programa ERAS[®] acredita que os clientes mais informados participam mais nos cuidados e por isso esta intervenção de informar os clientes tem sido assinalada como indispensável pelos peritos. Estes resultados confirmam esta tendência de cuidados centrados no *empowerment* do cliente através da promoção conhecimento.

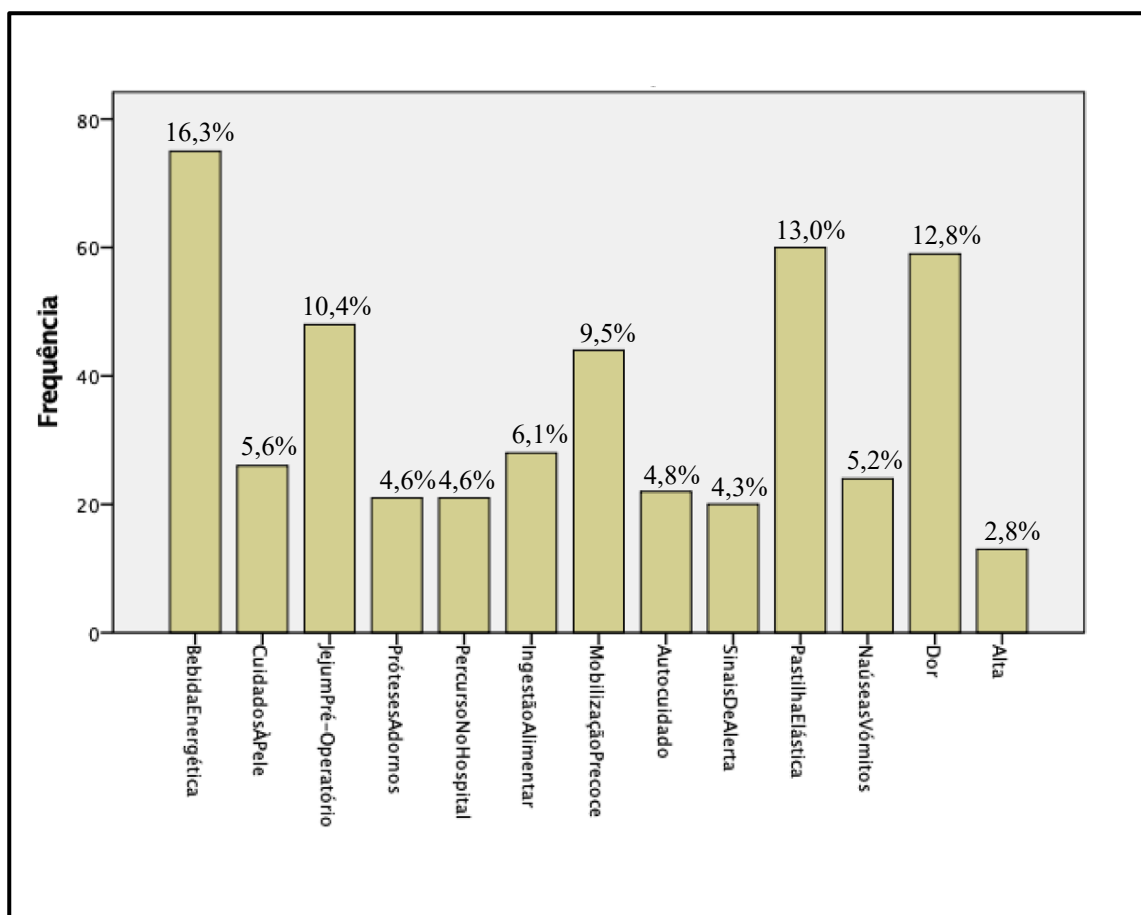
Estes resultados contrariam a ideia em desuso de que a responsabilidade dos cuidados está inteiramente do lado dos profissionais de saúde, sob os conceitos de autoritarismo e paternalismo fortemente associados à medicina/saúde sobretudo pela condição de vulnerabilidade dos clientes (Carneiro & Berti, 2009).

É fundamental que o cliente e a sua família se tornem elementos ativos na promoção da saúde e na recuperação através de um processo de reeducação de hábitos, isto é, desenvolver o conceito de autocuidado pode ser uma estratégia de relevo (Bastos, Souza, Souza & Marques, 2013) para que o cliente tenha noção da sua responsabilidade na recuperação.

Depois desta consulta “emancipada” com o programa ERAS[®] os clientes ficam mais conscientes da sua responsabilidade durante o internamento e por norma acabam por colaborar de forma mais ativa nos cuidados pós-operatórios (Aasa, Hovbäck & Berterö, 2013).

O gráfico 8 contempla os resultados sobre quais os temas abordados na consulta de enfermagem pré-operatória que o cliente considerou mais importantes.

Gráfico 8 – Temas do ensino na consulta considerados mais importantes pelos clientes.



Os resultados revelaram que cada cliente assinalou em média **cinco** temas por questionário. Dos treze temas colocados como hipóteses de resposta, o mais frequentemente assinalado pelos clientes foi a bebida energética com 16,3% (n=75) das respostas. Este resultado confirmou a perceção que foi sendo aferida durante a realização das consultas, uma vez que, a maioria dos clientes tinha a ideia pré-definida da necessidade de um longo período de jejum antes de ser submetido a uma intervenção cirúrgica. A surpresa demonstrada pelos clientes e família em relação a esta indicação ia sendo verbalizada frequentemente pelos mesmos. Deste modo,

quando este tema era introduzido na consulta era acompanhado de uma explicação sobre a constituição da bebida e a “não interferência” desta quebra do jejum no ato anestésico.

Esta medida de abreviatura do jejum pré-operatório, através da ingestão de uma bebida energética, tem sido entendida como uma importante medida para diminuir a resposta do organismo ao *stress* provocado pelo procedimento cirúrgico, bem como tem relevado um impacto positivo no bem-estar percebido pelo cliente e na mais rápida recuperação pós-operatória (Sena, Nascimento & Maia, 2013).

Existem outros quatro aspetos assinalados com bastante frequência pelos clientes: a utilização de pastilha elástica/rebuçado com 13,0% (n=60), a dor 12,8% (n=59), o jejum pré-operatório com 10,4% (n=48) e a mobilização precoce com 9,5% (n=44).

No que respeita à pastilha elástica/rebuçado como medida de estimulação gastrointestinal, foi um tema que despertou alguma curiosidade por parte dos clientes ainda durante a consulta, mas que quando explicado lhes fez sentido, pelo que essa pode ser uma razão para ter sido uma das respostas mais assinaladas entre as respostas. É necessário referir que tanto a mobilização precoce como a pastilha elástica são duas das principais recomendações do programa ERAS[®] para promover a recuperação acelerada dos clientes no pós-operatório.

A informação sobre a sensação de dor, têm igual expressão no pré-operatório ou no momento da alta no entanto outros temas variam o seu interesse para o cliente mediante a fase do processo cirúrgico em que o cliente se encontra, como por exemplo, os cuidados à ferida são claramente classificados como uma informação a ser transmitida no momento da alta (Lithner & Zilling, 2000).

O tema do jejum foi de encontro às expectativas dos clientes e é uma informação que já estão à espera de receber, percebendo claramente a sua importância para a realização do procedimento cirúrgico. Por sua vez, a mobilização precoce e a pastilha elástica/rebuçado constituem temas relacionados com os cuidados do período pós-operatório imediato e cuja importância foi facilmente identificada pelos clientes logo após a cirurgia. Por outro lado, o levante precoce, poucas horas após o término da cirurgia foi algo inesperado para os clientes que estariam à espera de um período de repouso no leito mais prolongado.

Por sua vez, este estudo demonstrou que 9,5% (n=44) assinalou a mobilização precoce como tema relevante, não se tornando dos aspetos mais realçados. Embora este tema não se tenha evidenciado como um dos mais mencionados pelos clientes, foi um dos aspetos do pós-operatório que sofreu mais alterações com a introdução do programa ERAS[®], visto que de

acordo com as *guidelines*, os clientes realizam o primeiro levante após a cirurgia precocemente. Esta percentagem baixa pode dever-se ao facto do cliente depositar na equipa de saúde a responsabilidade da indicação de levante, o que efetivamente é real. Existe uma indicação para a realização deste primeiro levante, mas que fica dependente da avaliação do enfermeiro, portanto há uma partilha da responsabilidade por esta atividade de mobilização. Verificou-se que alguns clientes no pós-operatório verbalizaram diretamente aos senhores enfermeiros da prestação direta de cuidados vontade e determinação em realizar o primeiro levante.

Salienta-se que a importância da mobilização do cliente no período pós-operatório tem sido focada como um aspeto preponderante na recuperação (Pettersson, Öhlén, Friberg, Hydén & Carlsson, 2017).

Quanto ao tema náuseas e vômitos os resultados apontam que apenas 5,2% (n=24) dos clientes assinalou este tema nas suas respostas. Pensa-se que estes aspetos são de conhecimento genérico por parte da população, que de uma forma geral, não constitui uma novidade a possibilidade de ocorrerem náuseas ou vômitos após uma intervenção o que eventualmente justifica a baixa percentagem de respostas assinaladas. A literatura refere que em qualquer fase pós-operatória, independentemente do procedimento, podem ocorrer reações como náuseas e vômitos, por vezes até provocadas pela anestesia (Bastos, Souza, Souza & Marques, 2013) pelo que se considerou que introduzir este tema na consulta seria importante, mesmo aparentemente não se tendo mostrado muito significativo para os clientes.

Neste estudo a frequência de clientes que consideram o tema da alta como importante na consulta pré-operatória foi pouco significativo, apenas 2,8% (n=13). A necessidade de preparar o cliente e a família para a alta tem também vindo a ser descrita na literatura (Pettersson, Öhlén, Friberg, Hydén & Carlsson, 2017), no entanto, não foi um aspeto muito valorizado pelos clientes incluídos na amostra. Por sua vez, considera-se que muitas das questões relacionadas com os cuidados pós-alta apenas surgem durante o internamento e este motivo pode dificultar a perceção do cliente quanto à importância de começar a abordar a alta na consulta pré-operatória, pois antes da cirurgia o seu foco *major* é preparar-se para a intervenção e como esta poderá decorrer. Ao longo do internamento vão sendo transmitidas muitas informações ao cliente/família por parte da equipa que contribuem para a sua preparação para alta e neste contexto cirúrgico, os clientes fazem-se acompanhar de nota de alta médica e de enfermagem o que suporta grande parte dos cuidados necessários.

Considera-se que é responsabilidade do enfermeiro fornecer informação ao cliente no que respeita, por exemplo, à preparação intestinal, às meias de compressão, à bebida de hidratos de

carbono que deve ingerir antes da cirurgia, à utilização de algália, à necessidade de monitorização dos sinais vitais, à prevenção de náuseas e vômitos, ao controlo da dor, à reintrodução da alimentação, ao início da mobilização pós-operatória e à remoção do soro, entre outros (Sevillano-Jiménez, Romero-Saldana & Molina-Recio, 2018).

Deve ter-se em conta que as necessidades de informação do cliente podem variar conforme a fase do processo cirúrgico em que se encontra e este aspeto pode justificar o motivo pelo qual temas como a alta ou os sinais de alerta têm uma expressão pouco significativa nas respostas deste estudo. Por exemplo, antes da cirurgia o cliente pode ter o seu foco nos sentimentos que a situação de fragilidade e necessidade de cirurgia podem causar, assim como no que precisa de saber para se preparar para a cirurgia (Lithner & Zilling, 2000) em vez de começar de imediato a preocupar-se com a alta.

Um estudo avaliou a necessidade de informação dos clientes em período pré-operatório de colecistectomia e através de entrevistas aos clientes foram encontradas seis categorias de necessidades de informação: cirurgia e anestesia, repouso pós-operatório, nutrição pós-operatória, formação de cálculo na vesícula biliar, fatores de risco cirúrgico e cuidados pré-operatórios (Barreto et al., 2010).

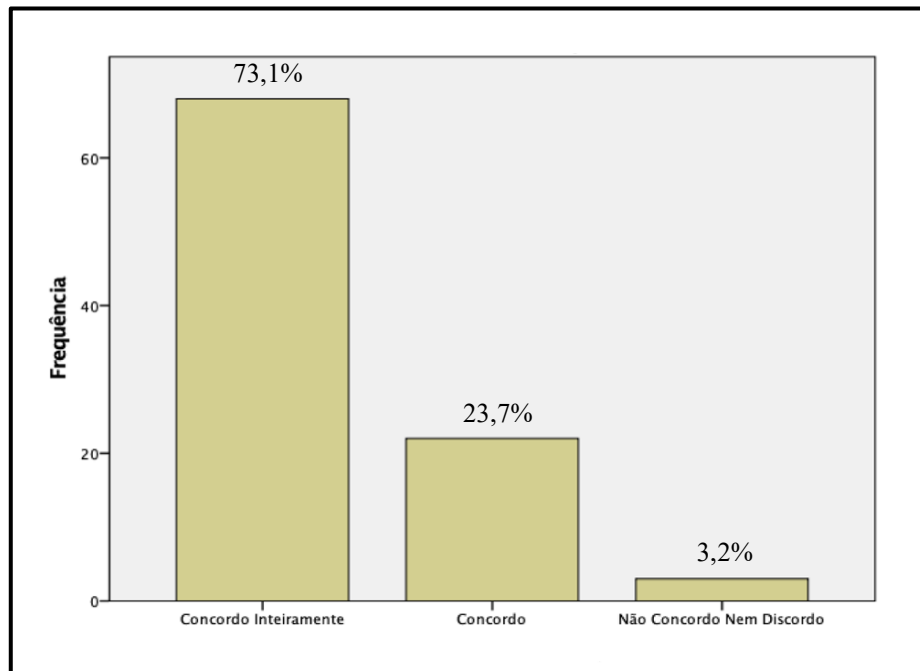
Por sua vez, outro autor considerou que os principais temas a serem abordados prendem-se com os detalhes do procedimento, a preparação pré-operatória, o ambiente do bloco operatório, as expectativas para o pós-operatório e os detalhes da anestesia (Mordiffi, Tan & Wong, 2003).

Sob outro ponto de vista, quando abordada a perspetiva dos clientes em relação ao ensino pré-operatório, na análise de dados extraem-se dois temas principais: necessidades e entendimento das informações pré-operatórias e as expectativas e satisfação do cliente sobre o ensino pré-operatório. Alguns clientes manifestaram que a informação transmitida foi insuficiente outros revelaram que os enfermeiros tiveram um papel importante em complementar a informação que havia sido transmitida por outros profissionais.

Na criação desta consulta foi pertinente incluir os principais temas que todos estes estudos mencionam, no sentido de abranger o maior número de necessidades dos clientes e depois a própria conversa durante a consulta acaba por demonstrar algumas das principais necessidades de informação que cada cliente sente.

O gráfico 9 demonstra os resultados sobre se o cliente considera que teve possibilidade de compreender toda a informação transmitida na consulta.

Gráfico 9 – Possibilidade de compreender a informação transmitida na consulta.



Cerca de 73,1% (n=68) concordaram inteiramente e 23,7% (n=22) concordaram que o enfermeiro se preocupou em que fosse assegurada a compreensão da informação transmitida durante a consulta. O facto de não ter sido assinalada nenhuma hipótese de não concordância torna-se positivo pois significa que, de uma forma geral, todos os clientes compreenderam os principais conteúdos da consulta. A percepção do cliente de que o profissional de saúde verdadeiramente se interessa em que compreenda a informação e não apenas em transmiti-la, promove a confiança do cliente na equipa o que pode contribuir para incentivar a sua participação nos cuidados.

Deste modo, é imprescindível que os profissionais de saúde avaliem se o cliente compreendeu a informação que foi transmitida na consulta, uma vez que esta capacidade de entendimento está fortemente associada a fatores como a ansiedade e o *stress* vividos no pré-operatório (Carneiro & Berti, 2009).

Assume-se como relevante que o cliente sinta que houve oportunidade para colocar as suas dúvidas na consulta e que houve preocupação do profissional de saúde em compreender as informações que eram transmitidas. A disponibilidade e a simpatia são aspetos apontados pelos

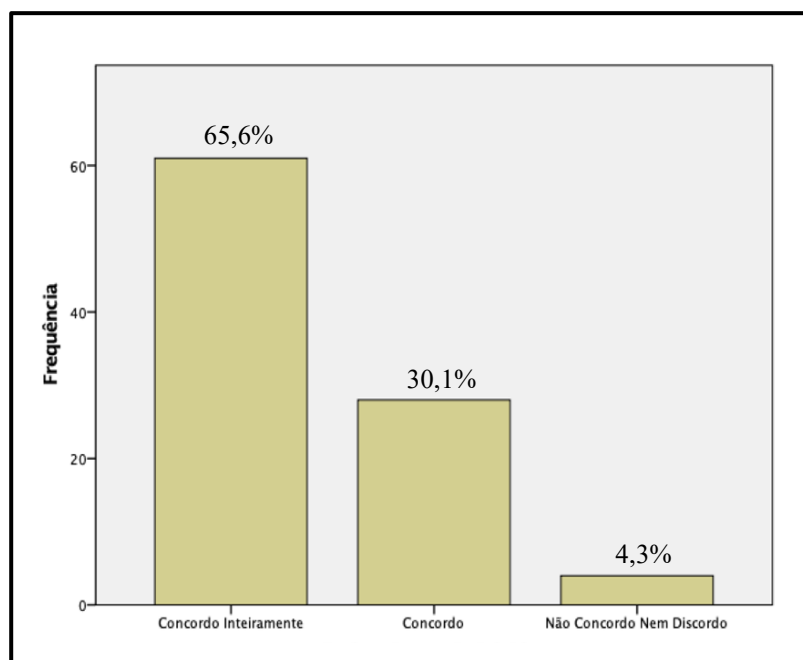
clientes como fundamentais para melhorar os níveis de satisfação com os cuidados (Chahal & Mehta, 2013).

Por sua vez, planejar os cuidados dos clientes cirúrgicos requer dos enfermeiros capacidade e conhecimento a respeito das prováveis reações emocionais que o cliente pode ter em relação a esta situação de *stress* que é a cirurgia (Amthauer & Falk, 2014). Este foi um aspeto desafiante durante a consulta, pois a cada informação transmitida ou questão colocada é difícil prever que reação esta informação pode despoletar no cliente e na família, por vezes, abordar temas mais sensíveis como a possibilidade de um estoma de eliminação, pode afetar a autoimagem, autoestima e autocuidado que são extremamente sensíveis de gerir neste contexto.

Assim sendo, desenvolver uma consulta de enfermagem que seja efetivamente centrada no cliente, com uma comunicação direcionada para as características individuais das pessoas é determinante para que o cliente compreenda as informações e os objetivos sejam alcançados (Pettersson, Öhlén, Friberg, Hydén & Carlsson, 2017), para que se sinta confortável e confiante com a equipa de saúde.

O gráfico 10 representa os resultados obtidos sobre se o cliente teve oportunidade de ver as suas dúvidas esclarecidas na consulta.

Gráfico 10 – Oportunidade do cliente para esclarecer as dúvidas durante a consulta.



Neste estudo, a maioria dos clientes 65,5% (n=63) concordaram inteiramente que teve oportunidade de esclarecer as suas dúvidas durante a consulta o que foi considerado muito positivo e 30,1% (n=28) concordaram. Nenhum cliente manifestou ter saído da consulta com dúvidas sobre algum tema abordado o que é significativo pois um dos principais objetivos da consulta foi promover o esclarecimento de dúvidas do cliente e da sua família.

Durante a realização da consulta, o cliente e a família foram questionados em diferentes momentos sobre se tinham dúvidas em relação às informações transmitidas, no entanto, por norma foi quando o enfermeiro terminou a exposição de conteúdos e apresentação do guia informativo, que a maioria das dúvidas foram colocadas.

As principais dúvidas mencionadas pelos clientes foram alusivas à toma dos suplementos pré-operatórios, visitas pós-operatórias e horas da cirurgia. Quanto aos suplementos nutricionais considera-se que as dúvidas surgiram uma vez que esta informação é nova e não estava de acordo com a expectativa do cliente de um período de jejum longo. Quanto às visitas pós-operatórias prende-se com o fato de muitos dos clientes terem indicação para permanecer a primeira noite pós-operatória em contexto de unidade de cuidados intermédios ou intensivos com mais restrições de visitas. No que respeita às horas previstas para a cirurgia, atendendo ao momento de realização preferencial das consultas (1 a 2 semanas antes da cirurgia) em muitos casos ainda não era possível apurar com certeza a hora prevista para a intervenção cirúrgica pelo que foi uma questão por norma que ficou pendente, e cuja resposta ficou protelada para um contato por parte do secretariado de cirurgia geral articulado logo na consulta, não ficando o cliente sem este esclarecimento/encaminhamento.

Durante a transmissão de informação é fulcral que haja tempo para o cliente colocar as suas dúvidas e solicitar mais informação sobre aspetos que o possam preocupar. A importância de existir um momento para a colocação de dúvidas é expressa pelos clientes durante uma intervenção de ensino pré-operatório (Pereira et al., 2016).

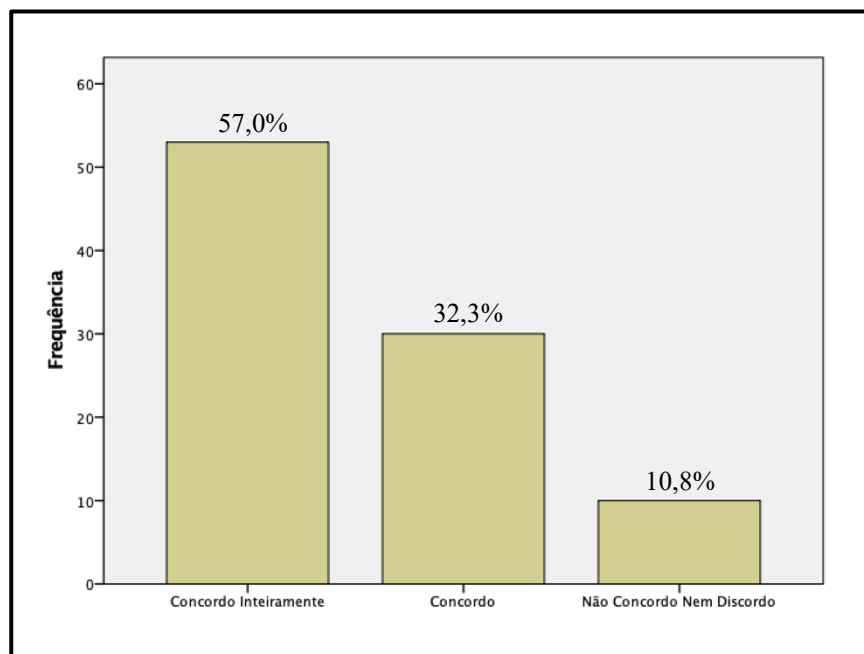
É também o momento de promover a informação de forma verbal e assegurar a entrega de um documento escrito que permita complementar a informação transmitida oralmente, esta estratégia é apontada como tendo bons resultados (Lithner & Zilling, 2000). Através desta estratégia o cliente foca a sua atenção nos temas que estão a ser desenvolvidos verbalmente pois sabe que, na eventualidade de não conseguir reter toda a informação ainda tem possibilidade de validar esta informação de forma escrita posteriormente à consulta.

Este aspeto é significativo pois estudos revelam que, durante a consulta, o enfermeiro deve manter uma postura aberta e disponível para que o cliente possa estar à vontade e expressar os seus sentimentos e dúvidas, sem sentir que existem limitações de tempo (Baggio, Teixeira & Portela, 2001).

Foco: Experiência durante o processo cirúrgico

O gráfico 11 espelha os resultados da avaliação da influência da consulta para a tranquilidade do cliente em relação à cirurgia.

Gráfico 11 – Influência da consulta na tranquilidade quanto à cirurgia.



O estudo revelou que a maioria dos clientes 57,0% (n=53) concordaram inteiramente que a consulta de enfermagem pré-operatória contribuiu para que ficassem mais tranquilos em relação à cirurgia e 32,3% (n=30), concordaram, 10,8% (n=10) mostrou-se indiferente. Nenhum cliente discordou desta afirmação, pelo que se infere um efeito positivo da consulta na promoção da tranquilidade do cliente. Por norma, há uma associação direta entre o desconhecido e as reações de ansiedade, por isso a transmissão de informação no período pré-operatório tem sido vista como uma atividade cada vez com mais preponderância na prática perioperatória. Assim a complementaridade entre a consulta de cirurgia geral e a consulta de enfermagem pré-operatória permitiu que o cliente adquirisse um nível de conhecimento maior sobre a sua situação clínica e sobre o que iria acontecer. Considera-se que estes aspetos contribuíram para aumentar os

níveis de confiança na equipa e deste modo, também promover uma maior tranquilidade quanto ao processo cirúrgico.

Estes resultados mostraram-se de acordo com outros estudos que têm relevado que a intervenção de ensino pré-operatório tem efeito na diminuição da ansiedade e do medo dos clientes submetidos a cirurgia (Sepúlveda-Plata, Garcia-Corzo & Gamboa-Delgado, 2018).

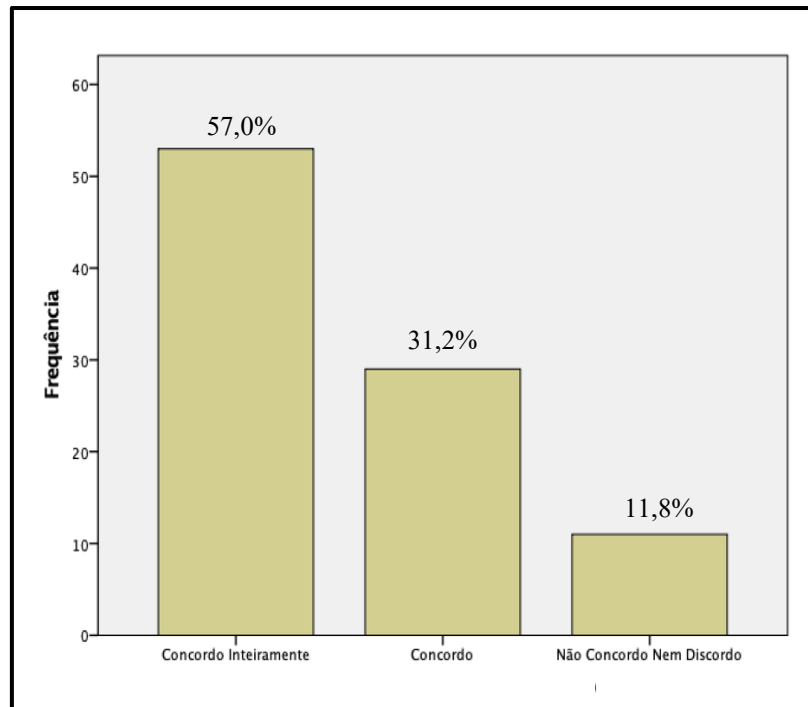
Diferentes estudos demonstraram que a situação de cirurgia coloca a maioria dos clientes num estado de ansiedade fora do habitual, assim, integrar estratégias no percurso cirúrgico que contribuam para minimizar este estado de ansiedade é crucial. A equipa de saúde deve ter em conta que os clientes podem não ter uma estrutura pessoal e familiar que os ajude a ultrapassar o desafio de serem submetidos a uma cirurgia e a necessidade de adotarem uma postura ativa na sua recuperação (Kiyohara et al., 2004).

Independentemente da complexidade do procedimento cirúrgico, a vivência desse momento provoca ansiedade ao cliente, pelo que se torna muito importante que a equipa de enfermagem o informe e oriente sobre todos os procedimentos que constituem a preparação para a cirurgia (Perrando et al., 2011).

Esta informação proporciona preparação do ponto de vista psicológico e permite transmitir orientações sobre a preparação física do pré-operatório, acabando por transformar este momento que antecede a cirurgia num momento menos traumático para o cliente (Silva, 2017).

O gráfico 12 apresenta os resultados sobre a influência da consulta na tranquilidade do cliente em relação à sua recuperação após a cirurgia.

Gráfico 12 – Influência da consulta na tranquilidade quanto à recuperação.



Estes resultados demonstraram que os clientes consideraram, na sua maioria, que concordaram inteiramente que a consulta 57,0% (n=53) contribuiu para que ficassem mais tranquilos em relação à sua recuperação. Cerca de 31,2% (n=29) concordaram com esta afirmação e 11,8% (n=11) ficaram indiferentes em relação a esta associação. Nenhum cliente discordou da influência da consulta na tranquilidade em relação à recuperação. Esta questão encontra-se relacionada com a anterior (tranquilidade em relação à cirurgia), pois se o cliente estiver mais tranquilo em relação à cirurgia, provavelmente também estará mais confiante e mais tranquilo em relação à recuperação após a intervenção cirúrgica.

Julga-se que este tema pode estar associado à confiança que o cliente estabelece com a equipa que lhe presta cuidados e com a sua sensação de controlo sob a recuperação. Assim sendo, se tiver oportunidade de aceder a um conjunto de informação fidedigna ainda antes da cirurgia, a probabilidade de aumentar a sua sensação de controlo em relação à recuperação e de ficar mais tranquilo é igualmente potenciada.

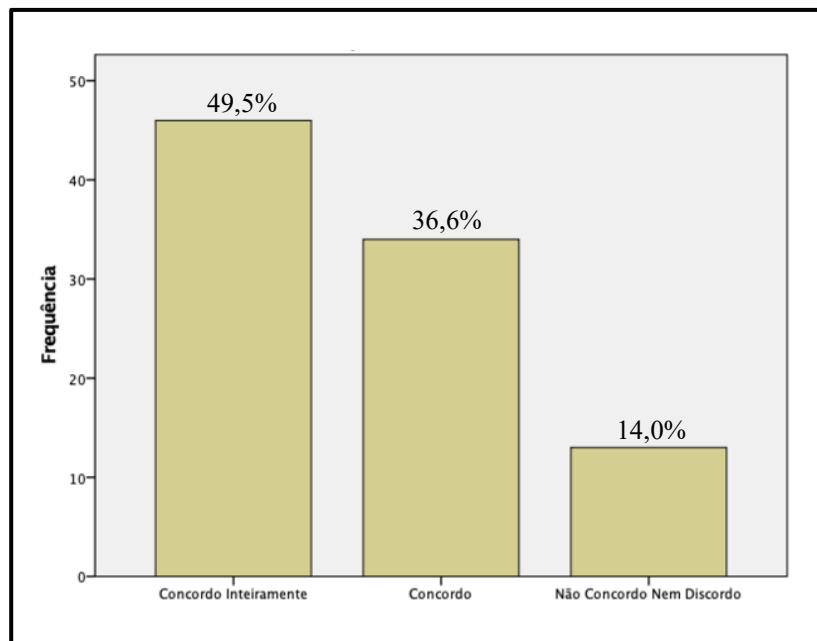
A literatura refere que a perceção do cliente em relação à informação que lhe é transmitida pode sofrer a interferência da ansiedade e do *stress* associados a uma situação de vulnerabilidade de

saúde (Carneiro & Berti, 2009), por isso, um cliente que recebe um conjunto de informações adequado às suas necessidades revela níveis mais baixos de ansiedade no pós-operatório e níveis mais elevados de satisfação comparativamente com os que não recebem esta informação (Waller et al., 2015).

Deste modo, uma orientação/informação adequada sobre um acontecimento pouco conhecido para o cliente, como acontece com o ato cirúrgico, torna todo o momento mais tranquilo e promove a aceitação dos fatos por parte do cliente, mesmo que esses fatos possam ser alusivos a complicações (Baggio, Teixeira & Portela, 2001).

O gráfico 13 contempla os resultados sobre se as intervenções dos enfermeiros no internamento corresponderam às informações sobre o plano de cuidados pós-operatório que foram transmitidas durante a consulta de enfermagem pré-operatória.

Gráfico 13 – Correspondência entre a informação da consulta e as intervenções de Enfermagem.



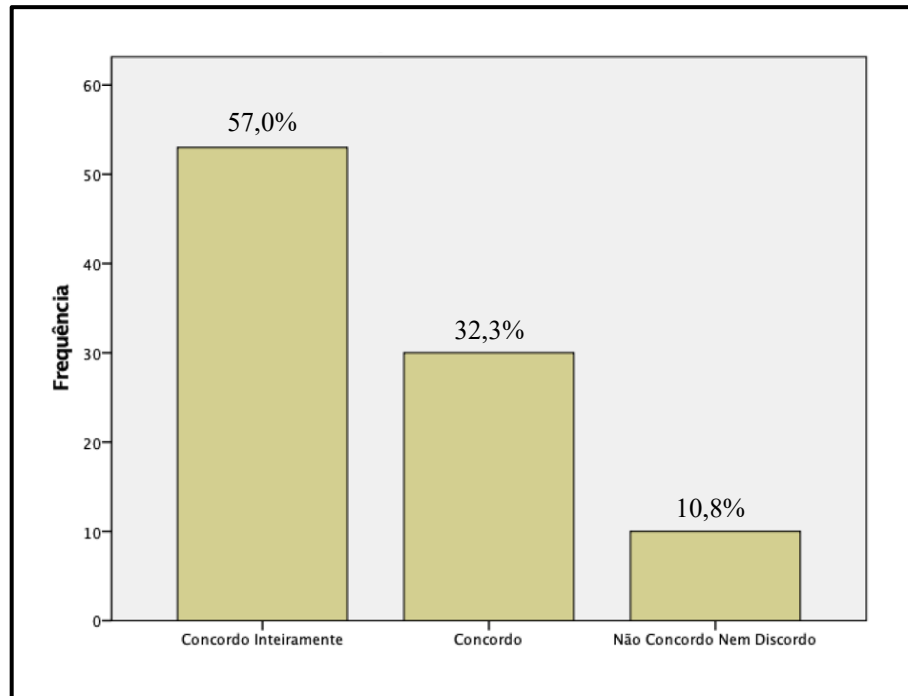
Os resultados do estudo revelaram que 49,5% (n=46) dos clientes concordaram inteiramente que as intervenções dos enfermeiros no internamento corresponderam às informações fornecidas na consulta e 36,6% (n=34) concordaram. O que de um modo geral, significa que a equipa do internamento estava familiarizada com o programa ERAS[®] e colocou em prática as principais indicações do plano de cuidados previstos no pré-operatório. Um outro fator que pode ter contribuído para estes resultados foi o facto de os enfermeiros do internamento terem

acesso aos registos de enfermagem da consulta pré-operatória antes do ato de admissão do cliente. Esta continuidade de informação proporcionada pelos registos, permite uma subsequência de cuidados percebida pelos clientes. Cerca de 14,0% (n=13) dos clientes ficaram indiferentes a esta questão, julga-se que este aspeto pode estar associado a fatores externos ao programa ERAS[®] e à intervenção da consulta, como possivelmente dificuldade por parte do cliente em reter a informação transmitida ou questões logísticas do próprio serviço de internamento. Outro fator que pode ter contribuído para que a maioria dos clientes reportasse esta conformidade entre a informação transmitida na consulta e as intervenções de enfermagem durante o internamento foi a formação realizada aos enfermeiros com o intuito de promover o seu conhecimento em relação à consulta e aos principais pressupostos do programa ERAS[®] que foi realizada a cerca de 140 enfermeiros da instituição.

Atualmente é conhecida a relação entre a informação transmitida ao cliente e sua percepção sobre os cuidados de enfermagem, ou seja, quanto maior o nível de conhecimento que o cliente detém melhor é a avaliação sobre a qualidade do serviço que lhe é prestado. Deste modo, prevê-se que aumentando os níveis de conhecimento do cliente cirúrgico está a aumentar-se também a qualidade dos cuidados que o cliente terá. Este aspeto pode também influenciar a própria experiência com a cirurgia (Gröndahl, Muurinen, Katajisto, Suhonen & Leino-Kilpi, 2019).

O gráfico 14 representa os resultados sobre se a consulta contribuiu para que a experiência do cliente durante o internamento fosse mais positiva.

Gráfico 14 – Experiência mais positiva no processo cirúrgico.



Melhorar a experiência do cliente é um indicador que se faz valer *per si*. Neste estudo 57,0% (n=53) dos clientes concordaram que a consulta contribuiu para que a sua experiência com o internamento fosse mais positiva, 32,2% (n=30) concordaram e apenas 10,8% (n=10) considerou indiferente. Permitir que o cliente viva o seu processo cirúrgico com o mínimo de desconforto e trauma é um objetivo absoluto dos cuidados perioperatórios, o que implica que o cliente tenha uma experiência positiva a vários níveis como físico, psicológico e social. Do ponto de vista físico, salientam-se fatores como o controlo da dor, das náuseas ou vômitos por forma a que o cliente possa mobilizar-se e alimentar-se o mais precocemente possível. Do ponto de vista psicológico, a informação transmitida pode promover (de acordo com as respostas obtidas nas questões anteriores) a sua responsabilidade e participação nos cuidados pós-operatórios, bem como aumentar a sua capacidade para o autocuidado e confiança nos profissionais que o rodeiam. Do ponto de vista social, quanto menos transtorno o período cirúrgico provocar na sua capacidade de interação social e de, por exemplo, exercer a sua função laboral, menos negativos serão os efeitos da cirurgia na sua atividade quotidiana.

Fornecer informação adequada a cada uma das fases do percurso cirúrgico do cliente irá influenciar positivamente a sua experiência com a cirurgia (Waller et al., 2015). Esta experiência cirúrgica é condicionada por todos os acontecimentos ligados à preparação para a cirurgia, o ato cirúrgico em si, o período de internamento e até o acompanhamento após a alta.

Para o cliente é importante ter informação sobre o que o espera em cada uma dessas fases, o que poderá acontecer durante o internamento, quais os principais efeitos que poderá ter depois da cirurgia e dados práticos de como lidar com estes acontecimentos podem fazer toda a diferença nesta experiência (Waller et al., 2015).

Vários outros estudos demonstraram a associação entre a experiência que o cliente tem durante o seu processo de saúde-doença, a melhoria dos resultados clínicos e da segurança do cliente. Salienta-se ainda que alguns clientes manifestaram por escrito a sua opinião em relação à consulta, informação que pode ser consultada no Apêndice J.

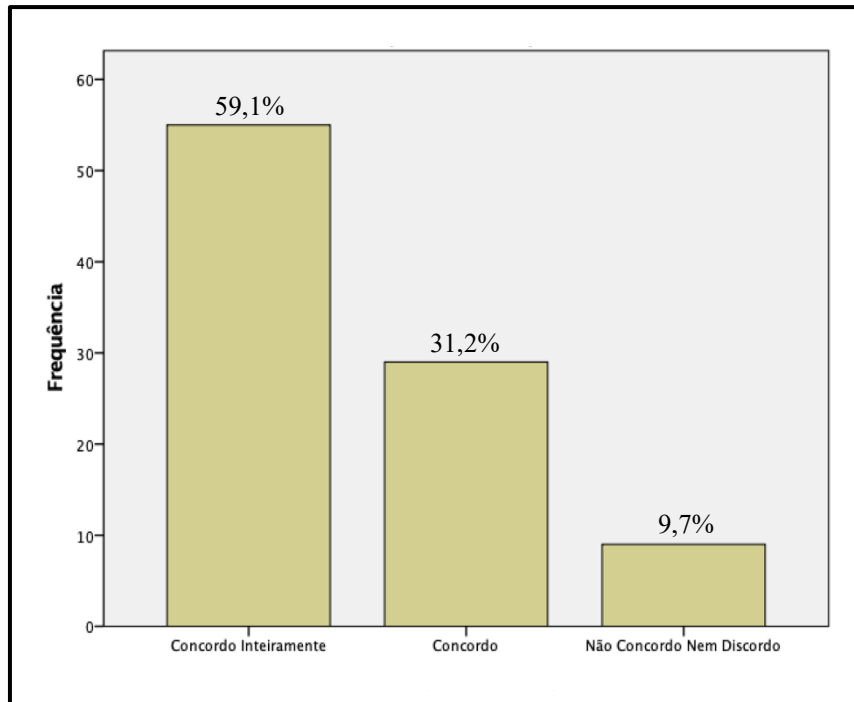
Foco: Responsabilidade/participação no processo cirúrgico

A educação do cliente preferencialmente presencial, no sentido de proporcionar a transmissão de informação de qualidade é vista como um elemento facilitador para a participação do cliente na sua recuperação (Herbert et al., 2017) devendo por isso começar a ser integrada na prática diária de cuidados peri-operatórios com benefícios cada vez mais evidentes.

De acordo com a sociedade ERAS[®], atualmente a educação pré-operatória ainda apresenta um baixo nível de evidência, mas é fortemente recomendada por peritos (Hohenberger & Delahanty, 2015).

Neste sentido, o gráfico 15 contempla os resultados alusivos à possível influência da informação transmitida na consulta na melhor colaboração do cliente nos cuidados após o procedimento cirúrgico.

Gráfico 15 – Influência da informação da consulta na colaboração do cliente.



Uma vez que maioria dos clientes 90,3% (n=55 e n=29) concordaram inteiramente/concordaram com que a informação transmitida na consulta influenciou a sua colaboração nos cuidados, importa referir que o conhecimento deve fundamentar as decisões autónomas dos clientes para que possam permitir ou recusar cuidados e participar ou não na recuperação. Deste modo, esta percentagem foi expressiva, assinalando que a informação transmitida na consulta influenciou diretamente a implicação do cliente na sua recuperação pós-operatória. Sabe-se que um cliente com uma atitude pró-ativa e participativa no processo cirúrgico terá tendência a tornar-se funcional/autónomo mais rápido e terá uma experiência cirúrgica mais positiva. O cliente mais informado e mais motivado para a recuperação tendencialmente recuperará a sua condição pré-operatória mais rapidamente o que pode ser muito importante em termos de prognóstico sobretudo se for um cliente oncológico com posterior indicação para tratamento adjuvante.

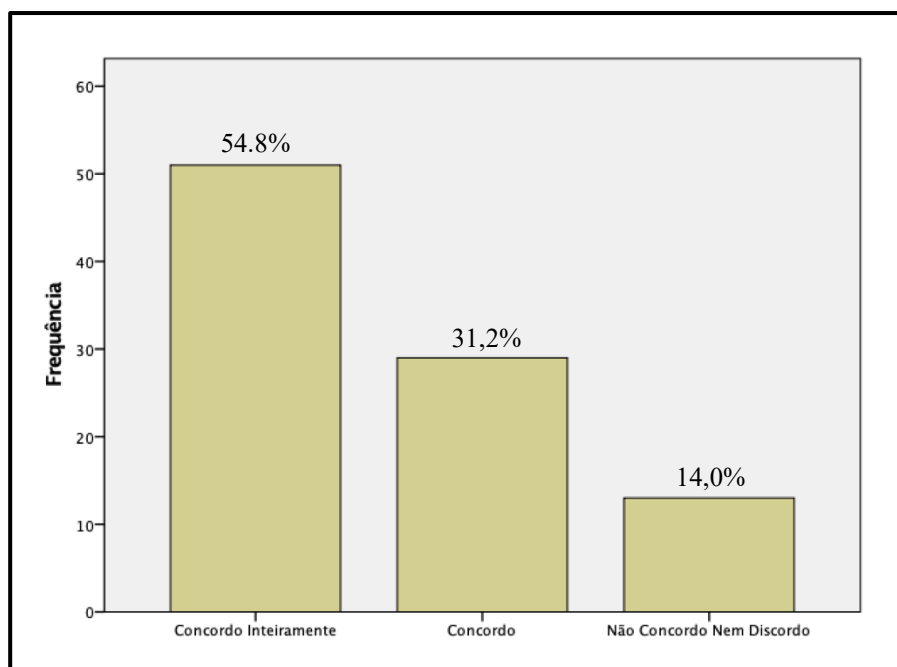
Sabe-se que a informação tem um papel preponderante para a colaboração do cliente nos cuidados pós-operatório, sem informação o cliente está impossibilitado de ter uma participação ativa na recuperação, pois não sabe de que forma pode contribuir no processo (Lithner & Zilling, 2000). Também a adequação da linguagem ao cliente a quem é dirigida a informação é de extrema relevância (Carneiro & Berti, 2009).

De uma forma geral, o bem-estar do cliente cirúrgico deve ser entendido como uma prioridade para os profissionais de saúde uma vez que durante esta fase da sua vida há tendência para o desenvolvimento de sentimentos angustiantes e de *stress* que podem afetar negativamente o processo cirúrgico e tornar os clientes mais vulneráveis e mais dependentes (Christóforo & Carvalho, 2009). Por isso, qualquer informação ou pormenor que permita ao cliente recuperar o controlo da sua condição deve ser tido em conta no processo de recuperação.

Para que possa acontecer esta mudança de paradigma, e o cliente participar mais ativamente na sua recuperação, é fundamental que o cliente esteja informado, que saiba o que esperam dele, mas que saiba também porque deve realizar determinadas atividades. É neste contexto que surge a necessidade de garantir a transmissão de informação de uma forma estruturada, simples e adequada às características e capacidades de cada cliente. É crucial ter um sistema de transmissão de informação estruturado que seja prático e realista adaptado ao cliente e que permita melhorar a sua adesão aos componentes do próprio protocolo para a sua recuperação – ERAS[®] – admitindo-se que a adesão ao protocolo permitirá melhorar os resultados cirúrgicos (Cavallaro et al., 2018).

O gráfico 16 apresenta os resultados relativos à influência da informação transmitida na consulta nos esforços que o cliente fez durante a sua recuperação.

Gráfico 16 – Influência da consulta nos esforços do cliente na recuperação.



Com o presente estudo ficou demonstrado que os clientes, maioritariamente, concordaram inteiramente 54,8% (n=51) e 31,2% (n=29) concordaram que a informação transmitida na Consulta influenciou a sua participação e esforço nos cuidados depois da cirurgia. Apenas cerca de 14,0% (n=13) não concordaram nem discordaram da influência que a informação pode ter no esforço dedicado à recuperação. Foi determinante que nenhum cliente assinalasse as opções de não concordo ou não concordo nada, pois este aspeto reflete que a consulta realmente atingiu plenamente um dos seus principais objetivos que era a sensibilizar e motivar para a colaboração do cliente no processo cirúrgico.

Assim, conhecer o cliente ainda na fase pré-operatória, na consulta de enfermagem, pode ser considerado um aspeto muito favorável para que a sua participação na recuperação seja mais efetiva. Conhecer a capacidade do cliente para participar na sua recuperação é indispensável no planeamento dos cuidados em saúde, possibilita a perceção da medida em que os clientes têm que ser ajudados pelos profissionais, permite também conhecer efetivamente as necessidades do cliente e deste modo, prestar cuidados centrados no cliente e nas suas reais expetativas (Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014).

Para além disso, para que o cliente se esforce na sua recuperação é imprescindível que ele entenda a razão pela qual deverá desenvolver certas atividades nos seus cuidados, o que só é possível se essa informação lhe for transmitida pelo profissional de saúde (Aasa, Hovbäck & Berterö, 2013).

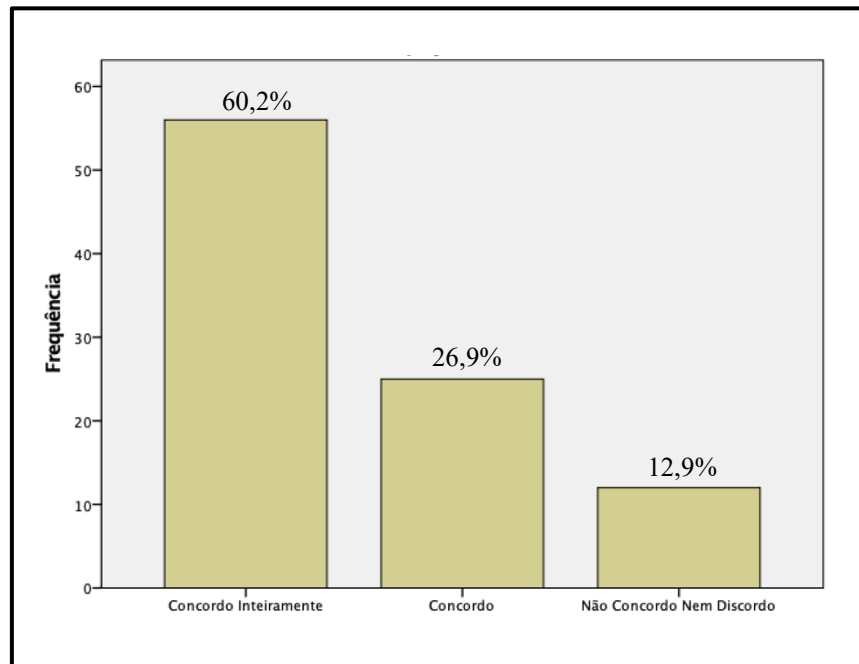
Clientes que se encontrem mais informados e mais motivados para participarem nos cuidados, irão efetivamente estar mais envolvidos no processo de recuperação e se estiverem mais envolvidos, irão também sentir-se mais satisfeitos (Krupat, Fancey & Cleary, 2000).

Sabe-se que para que um cliente se torne um elemento ativo e participe adequadamente no processo de recuperação, é preciso que a sua preparação durante o período pré-operatório seja bem planeada e esteja de acordo com as normas da instituição, o tipo de cirurgia, o estado de saúde do cliente e também de acordo com as suas necessidades pessoais (Christóforo & Carvalho, 2009).

Por sua vez, o programa ERAS[®] contribui para a gestão do tratamento dos clientes por todas as fases do percurso cirúrgico, promovendo o autocuidado que continuará depois da alta e que também influencia o trabalho dos profissionais de saúde (Kim, Park, Park & Ryoo, 2017).

O gráfico 17 contém os resultados alusivos à questão sobre se o cliente considera que teve uma participação ativa na sua recuperação.

Gráfico 17 – Existência de participação ativa do cliente na recuperação.



Efetivamente, 60,2% (n=56) concordaram inteiramente que tiveram uma participação ativa na recuperação, cerca de 26,9% (n=25) concordaram e ficaram indiferentes cerca de 12,9% (n=12). Estes resultados demonstraram a percepção do cliente em relação à sua própria participação nos cuidados pós-operatórios e deste modo, pode inferir-se que a maioria considerou que teve uma participação ativa na recuperação colaborando com a equipa de saúde para atingir mais rapidamente uma condição clínica que permitisse a alta.

Sabe-se que clientes que estejam satisfeitos com os cuidados de saúde que lhe são prestados, irão mais facilmente estar de acordo com os tratamentos propostos e participar de forma mais adequada na sua recuperação (Otani et al., 2012) o que acaba por relacionar o elevados níveis de satisfação evidenciados neste estudo com a elevada participação dos clientes nos seus cuidados pós-operatórios.

Aparentemente a informação transmitida aos clientes cirúrgicos funcionou como um efeito de *empowerment* sobre os cuidados de saúde que lhe são dirigidos e deste modo, vai permitir uma melhor colaboração e acordo com os procedimentos médicos (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006).

A filosofia do programa ERAS[®] prevê que os clientes sejam envolvidos ativamente na sua recuperação integrando atividades no pré-operatório (por exemplo, com a preparação da pele), intra-operatório e pós-operatório (por exemplo, contabilizando o tempo de levante ou a ingestão alimentar) (Aasa, Hovbäck & Berterö, 2013).

Sabe-se que num ambiente desconhecido e caracterizado, por exemplo, pela alta tecnologia como pode ser todo o ambiente que rodeia um processo cirúrgico, os clientes manifestam um elevado défice de conhecimento o que faz com que em vez de estarem disponíveis e aptos para participar nas decisões alusivas ao seu processo de recuperação, simplesmente acabam por se “entregar nas mãos dos profissionais” (Forsber, Vikman, Wälivaara & Engström, 2015).

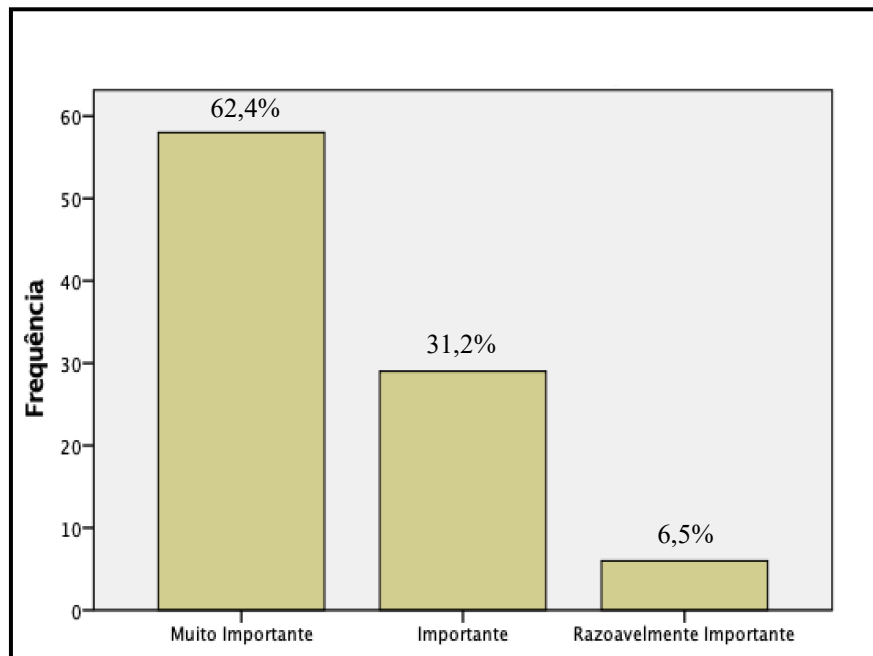
Para tentar contrariar a premissa anterior, a enfermagem tem um papel importante no cumprimento do percurso clínico do cliente nestes programas, sustentada pela intervenção de ensino ao cliente e à família que se transformam como parte interveniente na recuperação (Brady, Keller & Delaney, 2015). Para além disso, para que se alcancem resultados satisfatórios nos clientes neste tipo de programas de recuperação acelerada, a aceitação e participação do cliente é vital (Hughes et al., 2015).

Considera-se que como resultado, o próprio cliente sentir que as suas particularidades e desejos são tidos em consideração tornar-se-á mais envolvido no processo cirúrgico e, desta forma, participará mais nos seus próprios cuidados (Arakelian, Swenne, Lindberg, Rudolfsson & Vogelsang, 2017).

Foco: Satisfação do cliente

O gráfico 18 contempla os resultados relativos à importância que o cliente atribuiu a ter tido uma consulta de enfermagem antes do procedimento cirúrgico.

Gráfico 18 – Importância da consulta de Enfermagem pré-operatória.



Constatou-se que 62,4% (n=58) consideraram a consulta como muito importante, 31,2% (n=29) consideraram importante, apenas 6,5% (n=6) consideraram razoavelmente importante e não houve nenhum cliente a considerar pouco importante ou nada importante. Julga-se que estes resultados são positivos e podem significar que a consulta acrescenta valor ao serviço prestado no âmbito cirúrgico. O cliente valorizou a informação transmitida na consulta, a atenção do profissional durante esta intervenção, valorizou a possibilidade de adquirir mais conhecimento para o utilizar em seu proveito e colaborar de forma mais ativa na sua recuperação. Todos estes aspetos se relacionam numa espiral de positivismo em redor do cliente potenciando a sua satisfação e visando alcançar melhores resultados em saúde.

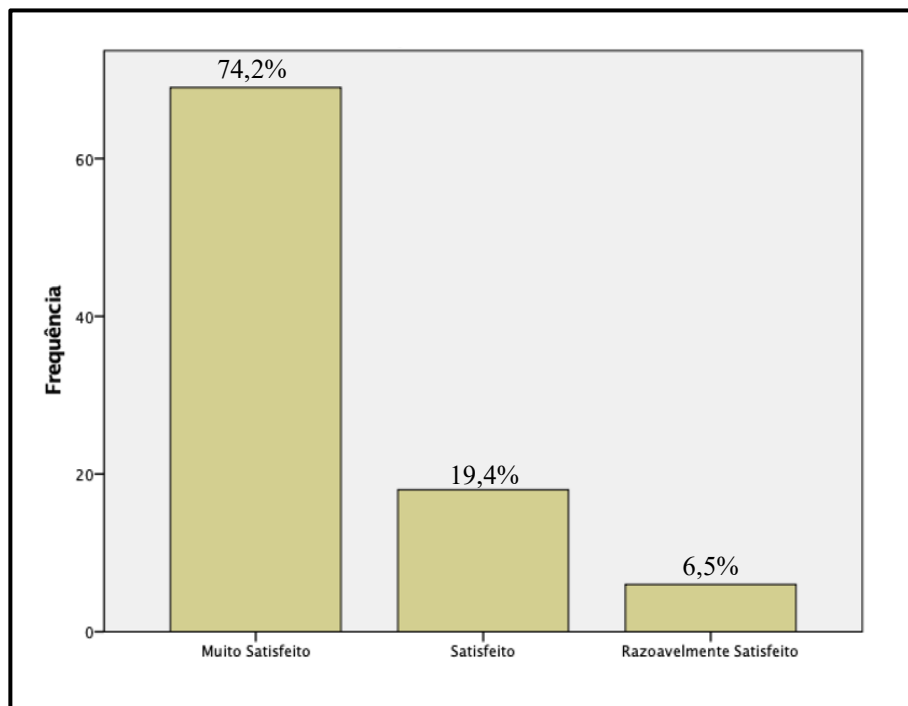
Uma vez que se pretende avaliar globalmente a consulta de enfermagem pré-operatória, uma das questões consideradas mais revelantes foi a atribuição da importância que o cliente fez em relação a esta intervenção de enfermagem. Deste modo, optar por questionar a forma como determinada intervenção foi desenvolvida e avaliá-la, percebendo a sua importância para o cliente possibilitará também encontrar outras formas de melhorar e adaptar a intervenção

contribuindo para a melhoria dos resultados (Kruse et al., 2009) que é efetivamente uma preocupação clínica e, acima de tudo, ética em saúde.

Os resultados demonstram que o cliente está sensível a intervenções que sejam efetivamente centradas na sua situação clínica e que possam de algum modo contribuir para tornar mais fácil o seu processo cirúrgico e até da possível redução de custos (Jones, O'Neill, McLean, Wiggmore & Harrison, 2017). Se o cliente considerou que a consulta de enfermagem pré-operatória foi uma intervenção muito importante/importante e teve acesso a esta intervenção gere uma influência positiva na sua experiência cirúrgica, como foi apresentado nos resultados anteriores.

O gráfico 19 espelha o nível de satisfação dos clientes com a intervenção – consulta de enfermagem pré-operatória.

Gráfico 19 – Satisfação com a consulta de enfermagem pré-operatória.



De acordo com os resultados, pode inferir-se que 74,2% (n=69) dos clientes ficaram muito satisfeitos com a consulta, cerca de 19,4% (n=18) consideraram ter ficado satisfeitos e apenas 6,5% (n=6) referiram razoavelmente satisfeitos. Nenhum cliente selecionou a opção nada satisfeito ou muito insatisfeito. A marcação da consulta de enfermagem pré-operatória surge

agregada a mais duas consultas – anestesia e nutrição – este conjunto de marcações causou, em alguns clientes, dúvidas sobre qual a necessidade e qual o objetivo. Este fenómeno evidenciou-se sobretudo em clientes que já tinham sido submetidos a cirurgias anteriormente e não tinham tido uma avaliação pré-operatória deste género. Deste modo, sendo a consulta de enfermagem a primeira das três a ser realizada, as questões alusivas à pertinência da consulta foram surgindo. Contudo, foi evidente que no final da consulta os clientes não só percebiam a utilidade e pertinência de terem uma consulta com um enfermeiro, como a consideraram uma verdadeira mais valia. Estes comentários que foram ocorrendo ao longo da implementação da consulta, foram posteriormente comprovados com os níveis de satisfação evidenciados nas respostas dos clientes.

Salienta-se que atualmente, a preocupação com a avaliação da satisfação do cliente com os serviços de saúde tem vindo a aumentar por todo o mundo pois, do ponto de vista político, ouvir a opinião dos clientes é uma necessidade democrática das sociedades modernas. Do ponto de vista sociológico, as evoluções tecnológicas, sociais e económicas têm transformado as relações entre os clientes e os profissionais de saúde, havendo uma tendência crescente para as decisões partilhadas no processo de saúde-doença. Do ponto de vista legal, a satisfação do cliente tem sido encarada como uma “obrigação” por parte dos prestadores de cuidados de saúde (Mpinga & Chastonay, 2011). Por tudo isso, ter resultados deste âmbito no que respeita às intervenções de enfermagem torna-se também muito importante no setor da saúde.

A satisfação do cliente em saúde deve ser encarada com um indicador direto de qualidade e, simultaneamente, ajuda os prestadores de cuidados a desenvolverem estratégias e serviços adequados às necessidades e expectativas (Chahal & Mehta, 2013). Deste modo, foi fundamental avaliar a satisfação do cliente com a consulta e perceber que adaptações podem ser efetuadas no sentido de proporcionar ao cliente uma intervenção ajustada às suas convicções e expectativas.

A necessidade e importância de avaliar a satisfação do cliente com as intervenções de enfermagem é imprescindível visto que permite integrar o ponto de vista do cliente no próprio sistema de saúde, permite identificar problemas existentes no setor da saúde e contribui para a avaliação do serviço prestado (Mpinga & Chastonay, 2011), pelo que cultivar esta cultura de preocupação com a satisfação do cliente é não só importante para a instituição hospitalar e para os profissionais de saúde, como constitui uma vantagem competitiva para a instituição.

A última questão do questionário pretendia avaliar se, em caso de necessitar de um outro procedimento cirúrgico, o cliente queria voltar a ter uma consulta de enfermagem pré-operatória, e os resultados foram:

100,0% (n=93) dos clientes gostaria de voltar a ter consulta, o que para além de muito revelante indica que, independentemente dos resultados cirúrgicos ou de qualquer outra variável que tenha afetado a sua experiência ao longo do processo cirúrgico, esta consulta foi entendida como um aspeto positivo.

Este resultado pode relacionar-se diretamente com aspetos como a informação transmitida na consulta ter sido considerada muito importante/importante e ter influenciado positivamente a experiência do cliente durante o internamento e também com elevados níveis de satisfação apontados pelos clientes com a consulta. Para além destes indicadores sob o ponto de vista do cliente, para a Instituição pode ser bastante positivo a implementação de novas intervenções que sugerem um impacto positivo na experiência do cliente e na sua eventual fidelização com o próprio hospital.

Uma possibilidade para explicar esta influência positiva da consulta propõe uma marcada associação entre os elevados níveis de informação e conhecimento com o conceito de *empowerment* do cliente e conseqüentemente, com a sua satisfação com esta intervenção de enfermagem (Krupat, Fancey & Cleary, 2000).

Salienta-se a importância de avaliar a satisfação do cliente com esta intervenção de enfermagem, visto que o nível de satisfação dos clientes com este tipo de programa não tem sido descrito pela literatura (Cabellos Olivares, Labalde Martínez, Torralba, Rodríguez Fraile & Atance Martínez, 2018). Uma das formas mais comuns e simples de avaliar a satisfação do cliente é através de questionários escritos e posterior tratamento dos dados (Jones, O'Neill, McLean, Wiggmore & Harrison, 2017), conforme foi efetuado neste estudo.

Na área da prestação de serviços é essencial incluir os domínios da avaliação da satisfação e experiência do cliente, de acordo com uma filosofia de cuidados centrados no cliente como em *pathways* (Van Zelm et al., 2018).

Globalmente, sabe-se que a idade dos clientes é uma variável que não influencia a sua satisfação com os cuidados, embora existam alguns estudos que têm demonstrado que os clientes com idade mais avançada atribuem maiores níveis de satisfação aos cuidados do que os mais novos. Neste estudo, foram evidenciados elevados níveis de satisfação com a consulta e efetivamente, a maioria dos clientes que integraram a amostra tem idade compreendida entre os 70-89 anos.

Também o fato de terem ou não complicações também não evidencia interferência com a satisfação avaliada (Cabellos Olivares, Labalde Martínez, Torralba, Rodríguez Fraile & Atance Martínez, 2018), uma vez que alguns dos aspetos mais referenciados pelo cliente são alusivos ao acompanhamento durante o processo cirúrgico.

Avaliar a satisfação dos clientes é fundamental para a gestão dos sistemas de saúde, visto que é um resultado dos cuidados prestados, um elemento que permite medir a qualidade dos cuidados através da perspectiva do utilizador (Westaway, Rheeder, Van Zyl & Seager, 2003).

Ter um melhor conhecimento do comportamento e das necessidades dos clientes está associado a um aumento dos níveis de satisfação. Como também se sabe que clientes mais satisfeitos terão tendência a regressar ao hospital e a recomendá-lo a outras pessoas (Chahal & Mehta, 2013).

Nas intervenções de preparação para a cirurgia, um dos maiores desafios é identificar quem são os clientes que terão níveis de ansiedade mais elevados e maior probabilidade de ter piores resultados e tentar adequar a informação a estes dados, pelo que as sessões presenciais de transmissão de informação são identificadas como um meio de eleição para avaliar estas situações (Waller et al., 2015).

4.2.3. Resultados obtidos pela plataforma

A plataforma como instrumento de recolha de dados para o estudo permitiu recolher informação em relação aos dois restantes focos de avaliação da consulta:

- Retorno à autonomia na mobilização;
- Tempo médio de internamento.

Focos: retorno à autonomia da mobilização e tempo médio de internamento

No sentido de avaliar a consulta em função dos dois últimos focos apresentados, houve necessidade de estabelecer uma comparação entre duas amostras independentes. A amostra considerada pré-ERAS[®] (que não teve consulta de enfermagem pré-operatória) e a amostra ERAS[®] (que integrou o programa e teve consulta de enfermagem pré-operatória).

Foram selecionados itens para comparar as amostras: género, faixa etária, classificação *American Society of Anesthesiologists* (ASA), área que foi intervencionada e abordagem cirúrgica. Para avaliação do género consideraram-se as hipóteses:

- “Feminino”;
- “Masculino”.

No que respeita à idade foram considerados intervalos iguais aos aferidos na amostra ERAS[®] a que foi aplicado o questionário:

- “30-49 anos”;
- “50-69 anos”;
- “70-89 anos”.

A caracterização pela classificação ASA foi agrupada em duas classes:

- Clientes classificados como ASA 1 e 2;
- Clientes classificados como ASA 3 e 4.

Tendo em conta a agressividade cirúrgica, uma vez que podem existir diferenças significativas em termos de complexidade, internamento e eventualmente de complicações, mediante a localização da intervenção, optou-se por dividir a área cirúrgica em:

- Cirurgia ao cólon;
- Cirurgia ao reto.

A abordagem cirúrgica também foi um indicador importante na caracterização da amostra pelo que foram consideradas quatro classes:

- Cirurgia aberta;
- Cirurgia laparoscópica;
- Cirurgia robótica;
- Outras/desconhecida (sem registo esclarecedor).

As duas amostras contempladas neste estudo têm as suas principais características expostas no quadro 7.

Quadro 7 – Comparação entre as amostras pré-ERAS[®] e ERAS[®].

		Pré-ERAS [®] (n=65)		ERAS [®] (n=93)		<i>p-value</i>
		n	%	n	%	
Género	Feminino	32	49,2	41	44,1	<i>p</i> = 0,812*
	Masculino	33	50,8	52	55,9	
Intervalos de idade	30-49 anos	7	10,8	13	14,0	<i>p</i> = 0,140*
	50-69 anos	35	53,9	29	31,2	
	70-89 anos	23	35,4	51	54,8	
Classificação ASA	ASA 1-2	52	80,0	79	84,9	<i>p</i> = 0,416*
	ASA 3-4	13	20,0	14	15,1	
Área cirúrgica	Cólon	51	78,5	67	72,0	<i>p</i> = 0,361*
	Reto	14	21,5	26	28,0	
Abordagem cirúrgica	Aberta	9	13,8	11	11,8	<i>p</i> = 0,059*
	Laparoscópica	48	73,8	60	64,5	
	Robótica	7	10,8	13	14,0	
	Outras/Desconhecida	1	1,5	9	9,7	

Nota: *teste Qui-quadrado, pelo SPSS[®] versão 23.

A amostra pré-ERAS[®] foi constituída por **65 clientes com uma média de idade de 65,3 anos**. Por sua vez, a amostra ERAS[®] foi constituída por **93 clientes com média de idade de 66,9 anos**.

No que respeita à **amostra pré-ERAS[®]** evidenciou-se que 49,2% dos clientes foram do género feminino e 50,8% do masculino; a maioria dos clientes encontrava-se na faixa etária entre os 50-69 anos com 53,9%, sendo que 35,4% tinha entre 70-89anos e 10,8% tinha entre os 30-49 anos; 80,0% dos clientes foram classificados como ASA 1-2 e 20,0% em ASA 3-4; quanto à área cirúrgica verificou-se que a maioria dos clientes foi submetido a cirurgia do cólon 78,5% e 21,5% a cirurgia do reto. Por fim, a abordagem cirúrgica mais prevalente foi a laparoscópica com 73,8%, seguindo-se a via aberta com 13,8%, a robótica com 10,8%.

Em relação à **amostra ERAS[®]** salienta-se que 44,1% dos clientes foram do género feminino e 55,9% do masculino; a maioria dos clientes 54,8% encontrava-se na faixa etária dos 70-89 anos, 31,2% na faixa etária dos 50-69 anos e 14,0% na dos 30-49 anos; foram classificados como ASA 1-2, 84,9% dos clientes e ASA 3-4, 15,1%; em relação à área cirúrgica, 72,0% foram

submetidos a cirurgia do cólon e 28,0% a cirurgia do reto. Atendendo à abordagem cirúrgica a primeira mais comum foi a laparoscópica com 64,5%, seguindo-se a robótica com 14,0% e a aberta com 11,8%.

Com o objetivo de avaliar se as duas amostras podiam ser comparadas procedeu-se à aplicação do teste *Qui-quadrado* que pretende verificar se a hipótese nula (H_0) deve ser aceite ou rejeitada em cada variável. Considerou-se como H_0 “não haver alguma associação entre a variável e pertencer à amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®]. Tomou-se o valor de $p < 0,05$ para rejeitar a H_0 , e assim sendo, pode inferir-se que:

- Para o **Género**, H_0 – *Não há associação entre o género do cliente e pertencer à amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®].*

O valor de $p = 0,812$, este valor de p calculado é $> 0,05$, logo não rejeita a H_0 e, de acordo com os fatos, não houve associação entre o género e ser da amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®];

- Para o **Intervalo de idade**, H_0 – *Não há associação entre o intervalo de idade em que o cliente se encontra e pertencer à amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®].*

O valor de $p = 0,140$, este valor de p calculado é $> 0,05$, logo não rejeita H_0 e, de acordo com os fatos, não houve associação entre o intervalo de idade e ser da amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®];

- Para a **Classificação ASA**, H_0 – *Não há associação entre a classificação ASA atribuída ao cliente e pertencer à amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®].*

O valor de $p = 0,416$, este valor de p calculado é $> 0,05$, logo não rejeita H_0 e, de acordo com os fatos, não houve associação entre a classificação ASA e ser da amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®];

- Para a **Área cirúrgica**, H_0 – *Não há associação entre a área cirúrgica do cliente e pertencer à amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®].*

O valor de $p = 0,361$, este valor de p calculado é $> 0,05$, logo não rejeita H_0 e, de acordo com os fatos, não houve associação entre a área cirúrgica e ser da amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®];

- Para a **Abordagem cirúrgica**, H_0 – *Não há associação entre a abordagem cirúrgica do cliente e pertencer à amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®].*

O valor de $p = 0,059$, este valor de p calculado é $> 0,05$, logo não rejeita H_0 e, de acordo com os fatos, não houve associação entre a abordagem cirúrgica e ser da amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®].

Deste modo, em todas as variáveis, foi indiferente os clientes estarem incluídos na amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®], o que sugere que as amostras **podem ser comparadas**.

Os dados recolhidos através da plataforma de auditoria do programa ERAS[®] foram utilizados com o propósito de alcançar os dois últimos objetivos específicos definidos no presente estudo. Estes resultados da plataforma foram exportados através do Microsoft Excel[®] e deste para o SPSS[®] por forma a serem realizados os testes necessários para a realização da comparação entre as amostras e a validação do significado estatístico dos resultados.

O primeiro passo foi verificar se as duas variáveis contínuas consideradas – *tempo de regresso à autonomia pré-operatória* e *tempo médio de internamento* – apresentavam uma distribuição normal. Para esta avaliação procedeu-se à aplicação do teste de *Shapiro-Wilk* conforme demonstram as seguintes figuras (figura 10 e figura 11).

Figura 10 – Resultados do teste de *Shapiro-Wilk* em relação ao regresso à autonomia.

Descritivas				Estadística	Erro Padrão
RegressoAAutonomia	Média			2,61	,150
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior		2,31	
		Limite superior		2,90	
	5% da média aparada			2,35	
	Mediana			2,00	
	Variância			3,565	
	Desvio Padrão			1,888	
	Mínimo			1	
	Máximo			14	
	Amplitude			13	
	Amplitude interquartil			1	
	Assimetria			3,112	,193
	Curtose			13,164	,384

Testes de Normalidade						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadística	gl	Sig.	Estadística	gl	Sig.
RegressoAAutonomia	,259	158	,000	,674	158	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

A HO considerada foi: *O tempo de regresso à autonomia tem uma distribuição normal*. Uma vez que $p < 0,001$, e este valor é $< 0,05$ logo rejeita-se H0 e, de acordo com os factos considera-se que a variável tempo de regresso à autonomia **não apresentava uma distribuição normal**.

Figura 11 – Resultados do teste de *Shapiro-Wilk* em relação ao tempo médio de internamento

Descritivas			Estatística	Erro Padrão
TempoDeInternamento	Média		6,88	,420
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	6,05	
		Limite superior	7,71	
	5% da média aparada		6,22	
	Mediana		5,00	
	Variância		27,903	
	Desvio Padrão		5,282	
	Mínimo		2	
	Máximo		36	
	Amplitude		34	
	Amplitude interquartil		5	
	Assimetria		2,281	,193
	Curtose		6,785	,384

Testes de Normalidade						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
TempoDeInternamento	,224	158	,000	,743	158	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

A HO considerada foi: *O tempo médio de internamento tem uma distribuição normal*. Uma vez que $p < 0,001$, e este valor é $< 0,05$ logo rejeita-se H0 e, de acordo com os factos considera-se que a variável tempo médio de internamento **não apresentava uma distribuição normal**.

Dadas as características das variáveis (não apresentarem uma distribuição normal), o segundo passo foi a aplicação do teste *Mann-Whitney* por forma a avaliar se os resultados obtidos são estatisticamente relevantes.

Nesta avaliação foi considerado um intervalo de confiança de 95,0% e um valor de $p = 0,05$, para que os resultados fossem estatisticamente relevantes o p deverá ser $< 0,05$. Em conjunto com a aplicação do teste *Mann-Whitney* foram também considerados os principais aspetos da estatística descritiva de cada uma das variáveis, como será apresentado seguidamente.

Para fazer a avaliação do *tempo de regresso à autonomia* do cliente em dias após ter sido submetido à cirurgia, realizou-se a análise descritiva dos dados (figura 12).

Figura 12 – Estatística descritiva do tempo de regresso à autonomia.

Descritivas				Estadística	Erro Padrão
RegressoAAutonomia	PREERAS	Média		3,48	,245
		95% Intervalo de Confiança para Média		2,99	
		Limite inferior			
		Limite superior		3,97	
		5% da média aparada		3,20	
		Mediana		3,00	
		Variância		3,910	
		Desvio Padrão		1,977	
		Mínimo		1	
		Máximo		11	
		Amplitude		10	
		Amplitude interquartil		2	
		Assimetria		2,369	,297
		Curtose		6,178	,586
	ERAS	Média		2,00	,163
		95% Intervalo de Confiança para Média		1,68	
		Limite inferior			
		Limite superior		2,32	
		5% da média aparada		1,80	
		Mediana		2,00	
Variância		2,157			
Desvio Padrão		1,567			
Mínimo		1			
Máximo		14			
Amplitude		13			
Amplitude interquartil		1			
Assimetria		5,332	,250		
Curtose		38,125	,495		

Desta avaliação descritiva salienta-se da amostra pré-ERAS[®]: que o tempo médio que o cliente demorou a recuperar a sua autonomia foi **3,48 dias**. A mediana nesta amostra foi **3,00 dias**, sendo o valor **mínimo 1** dia e o **máximo 11** dias até recuperar a autonomia.

Em relação à amostra ERAS[®] verificou-se que o tempo médio que o cliente demorou a recuperar a sua autonomia foi **2,00 dias**. A mediana da amostra foi igualmente de **2,00 dias**, sendo do valor **minino 1** e o **máximo 14** dias.

Desta avaliação considera-se que embora a amostra ERAS[®] tenha um valor máximo superior (14 dias) em relação à amostra pré-ERAS[®] (11 dias), de uma forma geral houve uma diminuição significativa dos valores de média e mediana em dias.

Para verificar se esta diminuição foi estatisticamente significativa foi aplicado o teste de *Mann-Whitney* (figura 13) do qual resultou um $p < 0,001$, que tomando como referência o $p > 0,05$, sugere que a diminuição do tempo médio de regresso à autonomia após a cirurgia foi estatisticamente revelante.

Figura 13 – Resultados da aplicação do teste *Mann-Whitney* à variável tempo de regresso à autonomia.

Teste Mann-Whitney

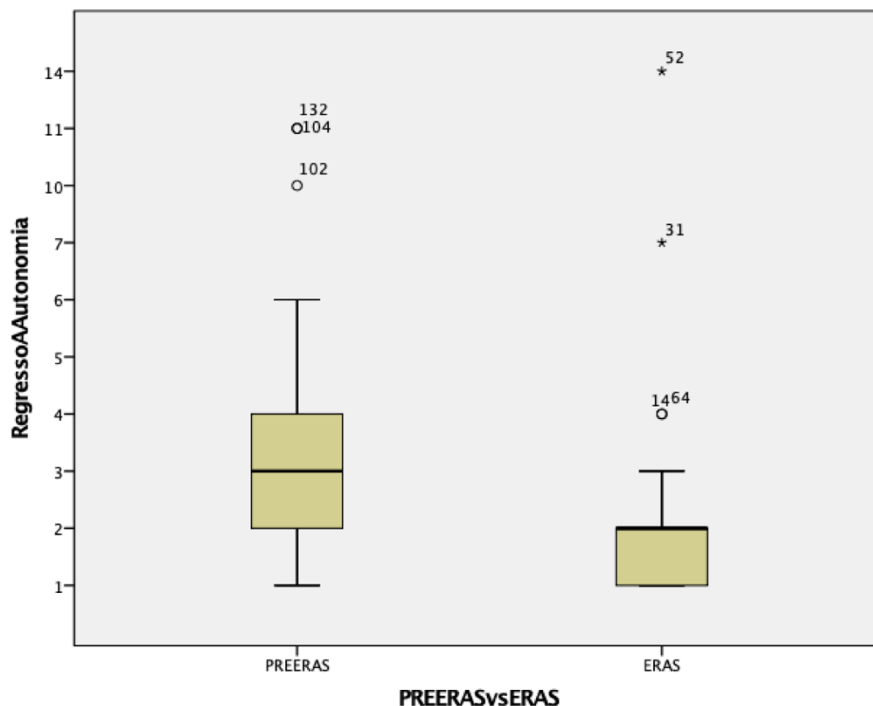
Postos				
	PREERASvsERAS	N	Posto Médio	Soma de Postos
RegressoAAutonomia	PREERAS	65	108,48	7051,50
	ERAS	93	59,24	5509,50
	Total	158		

Estatísticas de teste ^a	
	RegressoAAutonomia
U de Mann-Whitney	1138,500
Wilcoxon W	5509,500
Z	-6,940
Significância Assint. (Bilateral)	,000

a. Variável de Agrupamento:
PREERASvsERAS

Para completar a análise à variável *tempo de regresso à autonomia* considerou-se a apresentação do gráfico tipo *boxplot* (gráfico 20). Este gráfico evidenciou a diferença entre os resultados da amostra ERAS[®] e da pré-ERAS[®], no entanto, espelhou também a existência de alguns valores considerados *outliers*, aparentemente sem grande expressão estatística.

Gráfico 20 – Resultados do tempo médio em dias que os clientes demoram a recuperar a autonomia na mobilização após a cirurgia.



A informação transmitida pelos enfermeiros apresentou uma forte influência nos clientes para o cumprimento das indicações do programa ERAS[®]. Os clientes reconhecem que a maior parte da informação que receberam foi através dos enfermeiros e não proveniente de contato com os médicos. Outro aspecto focado no estudo foi a preparação dos clientes para a cirurgia, pois clientes mais informados sentem-se mais confiantes, o que favorece os resultados do programa (Gillis et al., 2017).

Um estudo comparativo dos resultados de clientes antes e depois da implementação do programa ERAS[®] revelou a melhoria dos resultados com a inclusão das medidas do programa e também que o enfermeiro tem um papel muito ativo tanto no ensino do cliente como na gestão direta do período pós-operatório (por exemplo: mobilização precoce, gestão da dor e náuseas, recuperação da via oral, entre outros).

Sabe-se que proporcionar uma consulta durante a qual é possível conhecer o cliente, ouvir as suas ideias, identificar as suas fraquezas e capacidades, permitiu alocar recursos adequadamente e desenvolver uma abordagem de cuidados centrados na pessoa, o que possibilitou potenciar a participação do cliente na sua recuperação e deste modo, recuperar a sua autonomia mais rapidamente (Petersson et al., 2018).

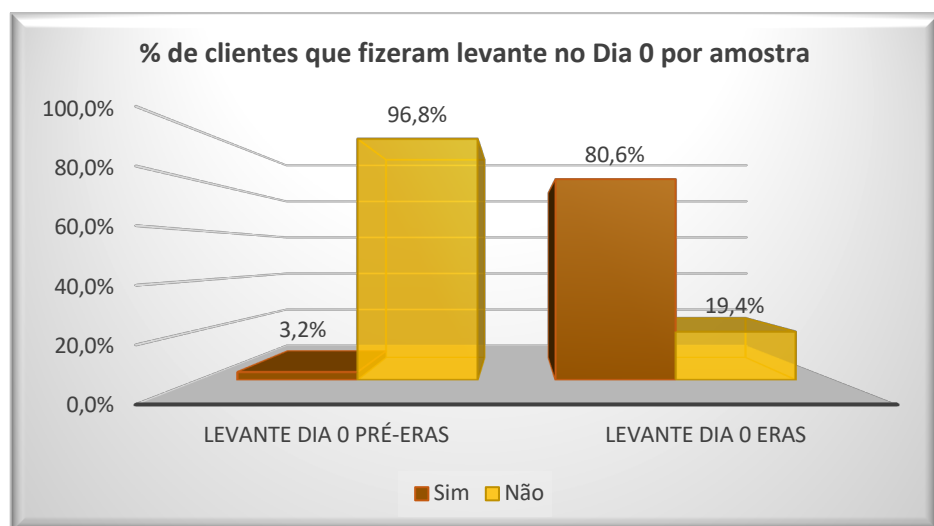
Outro estudo revelou ainda a importância do enfermeiro no incentivo ao autocuidado e na criação de protocolos clínicos que promovam a eficácia das intervenções de enfermagem (Kim, Park, Park & Ryou, 2017). Na realidade, o ato de realizar o primeiro levante pós-operatório fica efetivamente associado à prática de cuidados de enfermagem uma vez que é o enfermeiro que acompanha o cliente durante 24h por dia.

É o enfermeiro que fornece ajuda ao cliente nas primeiras horas de pós-operatório, quando o cliente sozinho não reúne condições para se mobilizar e satisfazer as suas necessidades mais básicas, quer pela condição de ter sido intervencionado a uma cirurgia abdominal *major* quer pelo fato de estar condicionado por diversos dispositivos como é o caso da monitorização ou de sistemas de soros, drenos abdominais, drenagem vesical, entre outros que dificultam a sua mobilização.

Outros autores afirmam que as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros têm tanta influência direta nos resultados dos clientes que o próprio sistema de saúde deveria recorrer mais aos enfermeiros para desenvolverem projetos de melhoria (Ralph & Duff, 2017).

Considera-se que um dos aspetos que pode justificar a diminuição dos dias decorridos entre a cirurgia e a recuperação da autonomia pode ser o fato de 80,6% (gráfico 21) dos clientes terem passado a fazer levantar ainda no dia da cirurgia, sendo que antes da implementação da consulta apenas 3,2% (gráfico 21) dos clientes intervencionados nesta área da cirurgia realizavam levantar no considerado dia 0. Este levantar precoce pode fornecer ao cliente confiança e capacidade para mais rapidamente mobilizar-se de forma autónoma.

Gráfico 21 – Resultados da comparação de percentagem de clientes que fizeram levantar ainda no dia da cirurgia.



No presente estudo foi considerada a percentagem de clientes que realizou levantar ainda no dia da cirurgia uma vez que esta atividade sugere estar inteiramente ligada aos cuidados de enfermagem no pós-operatório.

A literatura refere que cerca de 80,0% da responsabilidade da realização de levantar no considerado dia 0 pós-operatório é do enfermeiro e os restantes 20,0% são responsabilidade do cliente (Roulin et al., 2017). No primeiro dia pós-operatório esta responsabilidade surge mais dividida entre o enfermeiro (aproximadamente 45,0%) e o cliente (aproximadamente 55,0%) (Roulin et al., 2017).

Deste modo, evidencia-se a importância da atividade de formação dos enfermeiros na prestação de cuidados através da realização das sessões de apresentação do programa ERAS[®] para integração e divulgação das *guidelines*. Portanto, desenvolver sessões de formação a mais de 140 enfermeiros possibilitou uma mudança na prática diária dos cuidados pós-operatórios

cirúrgicos (disseminando a medida do levantar precoce ainda no dia da própria cirurgia mesmo em casos de cirurgia *major*) e potenciou-se a autonomia dos clientes na mobilização. Esta relação entre a atividade de formação e a autonomia dos clientes demonstrou a pertinência de desenvolver intervenções de enfermagem estruturadas e integradas em conceitos da prática baseada na evidência.

No entanto, como sugerem os resultados do presente estudo, a participação ativa do cliente parece estar dependente da informação a que tem acesso ao longo do seu processo cirúrgico e esta informação foi considerada pela maioria dos clientes como muito importante.

A relevância que o cliente recupere rapidamente a sua mobilidade prende-se com achados clínicos significativos como a redução de complicações (por exemplo, o *ileus* pós-operatório); melhorar a função pulmonar; e reduzir o risco de fenómenos trombo-embólicos (Kim & Aloia, 2018). Para além de poder contribuir para uma diminuição das complicações pós-operatórias, ao tornar o cliente autónomo na sua mobilização mais cedo, de certo modo, foi-lhe devolvido algum controlo sobre a sua condição física e clínica o que atua de forma positiva do ponto de vista psicológico e como foi apurado em resultados deste estudo torna a sua experiência neste processo cirúrgico mais positiva.

Por sua vez, o *tempo médio de internamento* foi a segunda variável avaliada do ponto de vista estatístico. Tomou-se como ponto de partida a avaliação descritiva da amostra conforme evidenciado seguidamente (figura 14).

Figura 14 – Estatística descritiva do tempo médio de internamento.

Descritivas				Estatística	Erro Padrão
TempoDeInternamento	PREERASvsERAS				
	PREERAS	Média		7,09	,627
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	5,64	
			Limite superior	8,35	
		5% da média aparada		6,17	
		Mediana		5,00	
		Variância		29,505	
		Desvio Padrão		5,058	
		Mínimo		3	
		Máximo		36	
		Amplitude		33	
		Amplitude interquartil		5	
		Assimetria		3,298	,297
		Curtose		15,986	,586
		ERAS	Média	6,73	,566
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	5,61	
			Limite superior	7,85	
		5% da média aparada		5,11	
		Mediana		4,00	
		Variância		29,704	
	Desvio Padrão		5,456		
	Mínimo		2		
	Máximo		25		
	Amplitude		23		
	Amplitude interquartil		5		
	Assimetria		1,766	,250	
	Curtose		2,404	,495	

Com esta avaliação pode inferir-se que na amostra pré-ERAS[®]: o tempo médio de internamento foi 7,09 dias. A mediana foi 5,00 dias, sendo o valor mínimo 3 dias e o valor máximo 36 dias de internamento.

No que respeita à amostra ERAS[®]: o tempo médio de internamento foi 6,73 dias. A mediana foi 4,00 dias, o valor mínimo 2 dias e o valor máximo 25 dias de internamento.

Esta avaliação demonstrou uma ligeira diminuição do *tempo médio de internamento*, mas que de grosso modo, se mantém junto aos 7 dias nas duas amostras. No sentido de inferir se esta ligeira diminuição foi estatisticamente relevante foi aplicado o teste de *Mann-Whitney* (figura 15) que evidenciou um $p = 0,044$, mantendo como referência o $p > 0,05$, sugere que a diminuição do tempo médio de internamento pós-cirurgia colorretal foi estatisticamente revelante.

Figura 15 – Resultados do teste de *Mann-Whitney* à variável tempo médio de internamento.

Teste Mann-Whitney

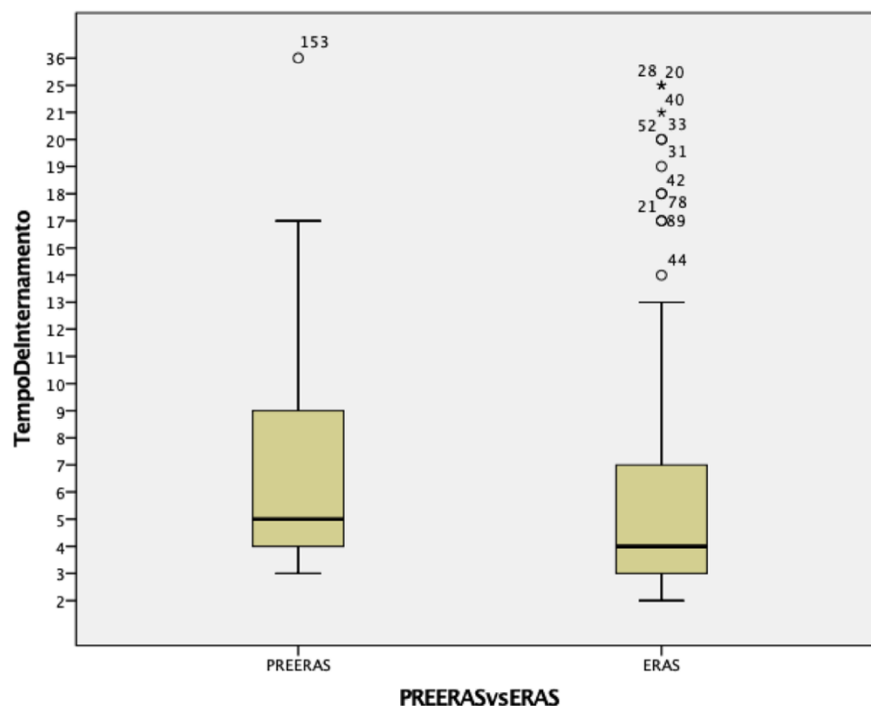
Postos				
	PREERASvsERAS	N	Posto Médio	Soma de Postos
TempoDeInternamento	PREERAS	65	88,16	5730,50
	ERAS	93	73,45	6830,50
	Total	158		

Estatísticas de teste ^a	
	TempoDeInternamento
U de Mann-Whitney	2459,500
Wilcoxon W	6830,500
Z	-2,014
Significância Assint. (Bilateral)	,044

a. Variável de Agrupamento:
PREERASvsERAS

Na análise desta variável – *tempo médio de internamento* – foi elaborado um gráfico tipo *boxplot* (gráfico 22), este gráfico por sua vez revelou a existência de vários *outliers*. Pelo facto destes *outliers* ainda serem numa quantidade considerável deve salientar-se a possibilidade de colocarem em causa a significância estatística atribuída aos resultados do teste de *Mann-Whitney*. Este aspeto corrobora a avaliação global (não estatística), de haver uma ligeira diminuição, mas que não foi suficiente para diminuir 1 dia ao tempo médio de internamento.

Gráfico 22 – Resultados da comparação do tempo médio de internamento entres as amostras.



Existem alguns estudos que revelaram que os clientes que têm mais informação sobre todos os procedimentos e desenvolvem melhores estratégias de *coping* poderão ter um tempo médio de internamento inferior aos outros clientes (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006).

Sabe-se que a recuperação dos clientes após uma cirurgia depende de aspetos físicos e psicológicos. Os aspetos físicos incluem o estabelecimento da função intestinal, o controlo da dor e a recuperação da atividade física. Por sua vez, estes aspetos físicos dependem do conhecimento que o cliente possui assim como da sua capacidade para sair do hospital para a sua casa (Aasa, Hovbäck & Berterö, 2013). Este fator realça a importância que a informação adequada pode ter no decorrer do processo de recuperação cirúrgica.

A literatura refere que o tempo médio de internamento para a maioria dos países, no que respeita à cirurgia colorretal é entre 12 a 15 dias (Ljungqvist & Hubner, 2018). Assim, pode concluir-se que mesmo antes do programa ERAS[®] ter sido instituído no hospital, o tempo médio de internamento para este tipo de cirurgia já era considerado muito satisfatório em relação à média registada mundialmente.

Um dos principais fatores a ter em conta foi a elevada taxa de cirurgia laparoscópica realizada na instituição hospitalar na qual decorreu o estudo, mesmo antes da implementação do programa ERAS[®] (em ambas as amostras mais de 80,0% entre cirurgia laparoscópica e robótica). Talvez esta seja a principal razão pela qual não se evidenciam grandes ganhos com este indicador conforme alguns outros estudos internacionais revelam.

Por outro lado, é relevante salientar a tendência decrescente apurada através dos valores de mediana de internamento calculados. Esta tendência pode estar associada a outros itens avaliados neste estudo como a participação mais ativa do cliente na sua recuperação, o conhecimento da responsabilidade no processo cirúrgico através da informação que lhe foi transmitida na consulta de enfermagem.

O aumento da probabilidade do cliente para fazer parte integrante da equipa de cuidados através do conceito de *empowerment*, enraizado no maior conhecimento dos principais aspetos relacionados com a intervenção cirúrgica, em conjunto com cuidados prestados por enfermeiros com formação específica sobre o programa ERAS[®] e os seus pilares de atuação, pode ser uma combinação valiosa para alcançar futuramente resultados ainda mais positivos no que diz respeito ao tempo médio de internamento.

5. CONCLUSÃO

Este estudo foi sustentado por dois importantes temas da prestação de cuidados de saúde na área cirúrgica: o ensino ao cliente (pilar essencial da consulta de enfermagem pré-operatória) e a promoção da recuperação ou recuperação acelerada (presente através do conceito ERAS[®]).

Os conceitos de ensino pré-operatório e recuperação acelerada – sob a forma do programa ERAS[®] – foram desenvolvidos ao longo do estudo num processo que se fundamentou na prática baseada na evidência e na sua aplicação na prestação de cuidados de enfermagem. O modelo de Rosswurm e Larrabee contribuiu para a fundamentação teórica deste estudo e a sua intenção de promover o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência associa-se ao conceito de Enfermagem Avançada.

Tinham-se estabelecido como **objetivos gerais** estruturar, implementar e avaliar a consulta de enfermagem pré-operatória. Para alcançar estes objetivos foi desenvolvido um desenho de estudo constituído em três fases distintas: estruturação, implementação e avaliação da consulta.

Durante a **estruturação** da consulta foi possível desenvolver uma orientação técnica, uma estrutura de registo, um guia informativo para os clientes, dinamizar sessões de formação a mais de 140 enfermeiros de diferentes serviços na instituição que prestam cuidados no âmbito do ERAS[®], sessões avaliadas muito positivamente pelos participantes.

Durante a fase de **implementação** da consulta, foram realizadas 96 consultas pré-operatórias de enfermagem, que corresponderam a 95,0% dos clientes intervencionados na área da cirurgia colorretal. A consulta foi dividida em três momentos, no primeiro, pretendeu-se conhecer o cliente e a sua rede de apoio, as suas preferências, expectativas, antecedentes, entre outros; num segundo momento, contemplou-se uma avaliação física geral; num terceiro momento, o foco estabelecido foi o ensino pré-operatório (foram abordados diversos temas, como a preparação para a cirurgia e os principais cuidados pós-operatórios) visando o *empowerment* do cliente e a sua maior participação nos cuidados. Para além da importância que revelou para os clientes desta área cirúrgica refere-se que a consulta foi também alargada para as áreas da cirurgia pancreática e hepática, o que pode considerar-se uma evolução muito positiva e gratificante.

A **avaliação** da consulta foi realizada de acordo com os focos de atenção definidos: a informação transmitida, a experiência do cliente no processo cirúrgico, a responsabilidade e participação do cliente no processo cirúrgico, a satisfação do cliente, as implicações da consulta

na recuperação da autonomia na mobilização e as implicações da consulta no tempo médio de internamento. Esta avaliação teve por base a aplicação de um questionário e dados recolhidos através de uma plataforma de auditoria que possibilitaram comparar uma amostra de clientes que realizaram consulta de enfermagem (amostra ERAS[®]) com uma amostra de clientes do mesmo tipo de cirurgia que não tiveram esta consulta (amostra pré-ERAS[®]). Todos estes dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do SPSS[®] e os resultados apresentados de acordo com os *outputs* fornecidos por este *software*.

Em relação à avaliação da informação transmitida, a maioria dos clientes consideraram que as informações transmitidas na consulta foram muito importantes ou importantes. Consideraram que a quantidade de informação foi adequada e referiram como temas abordados na consulta mais importantes a ingestão da bebida rica em hidratos de carbono, a estimulação gastrointestinal através da pastilha elástica e a abordagem à dor pós-operatória.

No que concerne à experiência do cliente com o processo cirúrgico, a realização da consulta contribuiu para que o cliente ficasse menos ansioso, uma vez que permitiu responder às dúvidas do cliente em relação a todo o processo cirúrgico, e assim houve uma contribuição para a experiência cirúrgica do cliente ser mais positiva e menos traumática.

No que respeita à responsabilidade e participação do cliente no processo cirúrgico, inferiu-se que a maioria dos clientes considerou que a informação que recebeu na consulta influenciou positivamente a sua participação e todos os esforços que desenvolveu nos cuidados pós-operatórios. Por sua vez, a maioria dos clientes também considerou que a informação na consulta foi importante para que tivessem perceção da sua responsabilidade no processo de recuperação depois da cirurgia, pois apenas tendo conhecimento sobre o que pode e deve fazer é que o cliente pode tornar-se mais participativo no seu próprio plano de cuidados.

Quanto à satisfação do cliente com a consulta realça-se que a maioria revelou estar muito satisfeito/satisfeita com esta intervenção; a totalidade dos clientes referiu que em caso de ter que realizar uma outra cirurgia, gostaria de ter novamente consulta de enfermagem o que se considera positivo, pois é revelador de que reconheceram a importância da intervenção. Pelas respostas obtidas, a informação transmitida na consulta em conjunto com a avaliação de enfermagem, possibilitou cuidados efetivamente centrados no cliente e deste modo, sugeriram adesão do cliente aos procedimentos pós-operatórios, facilitando a recuperação.

Em relação ao retorno à autonomia na mobilização, os resultados sugeriram que a consulta de enfermagem pré-operatória, inserida nos princípios do programa ERAS[®], influenciou

acentuadamente a percentagem de clientes que realiza levante precoce (passando de 3,2% para 80,6%).

Por sua vez, a informação transmitida na consulta, classificada pelos clientes maioritariamente como muito importante/importante demonstrou ter uma influência positiva nos esforços desenvolvidos pelo cliente na sua recuperação consequentemente na sua participação ativa nos cuidados pós-operatórios, aspetos que aparentam estar relacionados com o retorno à autonomia na mobilização. Assim, um cliente mais informado, mais motivado, mais participativo terá tendencialmente uma experiência cirúrgica mais positiva. Como consequência desta experiência os níveis de satisfação com a consulta de enfermagem aumentam e é reconhecida a importância de o cliente integrar a consulta de enfermagem pré-operatória no percurso cirúrgico.

Na amostra pré-ERAS[®] o tempo médio em dias que os clientes demoravam até recuperar a autonomia na mobilização foi superior em 1,5 dias em relação à amostra ERAS[®], o que se acredita estar fortemente associado à informação transmitida na consulta e *empowerment* do cliente. De certo modo, para além do cliente mais participativo influenciar este indicador também a formação específica dos enfermeiros (através das sessões de formação realizadas) sugere influenciar esta tendência dos clientes recuperarem a sua autonomia mais precocemente, o que propicia a obtenção de melhores resultados em saúde e objetiva a diminuição de complicações pós-operatórias.

Os resultados da amostra pré-ERAS[®] mostraram que o tempo médio de internamento para os clientes submetidos a cirurgia colorretal nesta instituição já era relativamente baixo comparativamente com a média descrita na literatura (que se situa entre os 12-15 dias). Assim sendo, em clientes que não tiveram qualquer complicação cirúrgica durante a sua recuperação conseguiu-se ainda uma ligeira melhoria deste tempo de internamento geral. Comparando as duas amostras consideradas no presente estudo, a amostra de clientes que não tiveram consulta de enfermagem pré-operatória apresentou um tempo médio de internamento de 7,09 dias e a amostra de clientes que tiveram consulta de 6,73 dias. A tendência apresentada pelo valor de mediana é decrescente, sendo na amostra pré-ERAS[®] de 5,00 dias e na amostra ERAS[®] de 4,00 dias o que se considera um aspeto positivo pois induz a perspectiva de que cuidados baseados na evidência, centrados no cliente e formação especializada dos profissionais, podem contribuir para uma diminuição efetiva do tempo médio de internamento neste tipo de cirurgias.

Destacou-se em todo este processo estruturação, implementação e avaliação da consulta, o conceito de *empowerment* do cliente visto que o ensino pré-operatório vai para além da transmissão de informação *per si*, é uma intervenção que envolve as atitudes e emoções dos clientes cirúrgicos com o intuito de alterar comportamentos (Bernier, Sanares, Owen & Newhouse, 2003). Muito especificamente neste contexto, de alterar comportamentos no sentido de incluir cada vez mais o cliente no seu processo cirúrgico contribuindo para que o cliente possa desempenhar um papel mais ativo e informado na sua recuperação.

Sob o ponto de vista de **implicações na prática dos cuidados de enfermagem**, salienta-se que a forma como todo o processo de consulta de enfermagem pré-operatória foi estruturado e operacionalizado permitiu que o programa ERAS[®] tivesse bastante visibilidade no hospital de implementação. Deste modo, começou também a dar resposta a algumas áreas nas quais a abordagem centrada no cliente e a auditoria são muito valorizadas. Uma das áreas em que o programa provou ter mais influência foi o Centro de Referência de tratamento do cancro do reto visto que o rigor das intervenções de enfermagem, bem como a avaliação da experiência e perceção do cliente do processo de cuidados são avaliados no programa e contribuíram para a obtenção de melhores resultados na auditoria promovida pela Direção Geral de Saúde.

Outro aspeto que se considera relevante foi o interesse mostrado por profissionais de outras especialidades, para além da área de cirurgia colorretal, que reconheceram a importância da intervenção de enfermagem no processo cirúrgico e, deste modo, manifestaram interesse em que o programa ERAS[®] pudesse estender-se “às suas” especialidades, nomeadamente, à área da cirurgia torácica e cirurgia urológica. Julga-se que este interesse na expansão do ERAS[®] também pode estar associado ao reconhecimento (por parte da equipa médica) de que com esta abordagem integrada do programa, com a existência de uma consulta de enfermagem pré-operatória, de um acompanhamento de enfermagem personalizado e do fato da equipa de enfermagem ter formação específica, as vantagens para os clientes excedem a possibilidade de melhores resultados de saúde alcançando níveis mais elevados de satisfação e bem estar.

Deve salientar-se que o desenho de estudo teve por base uma abordagem de prática baseada na evidência e, deste modo, de acordo com o quadro teórico com o *Washington University Institute of Clinical and Translational Sciences* que prevê a existência de quatro níveis de transladação do conhecimento (Morshed, Tabak, Taranhike, Baumann & Proctor, 2016), dadas as características do estudo com a implementação efetiva da consulta na prática diária de cuidados de enfermagem a estes clientes cirúrgicos, considera-se que o nível de translação do conhecimento é o *T3 – translação de conhecimento/achados para a prática de cuidados diária*.

O *feedback* da equipa de enfermagem do serviço de internamento em relação aos clientes que integram o programa tem sido muito positivo, sobretudo porque consideram que estes clientes dão entrada na admissão para o procedimento cirúrgico, mais esclarecidos, colocam menos dúvidas sobre os procedimentos e têm comportamentos menos ansiosos. Também a família se manifesta mais informada e coloca menos questões na admissão, nomeadamente, sobre o percurso do cliente após a intervenção cirúrgica, horários das visitas e preparação para a alta, o que facilita o processo de acolhimento do cliente no Serviço de Internamento e promove a continuidade de cuidados. Estes aspetos demonstraram-se importantes para que também a família ficasse mais tranquila em relação a todo o processo cirúrgico e deste modo, julga-se que pode contribuir positivamente para a experiência cirúrgica do cliente.

Considerou-se importante o *feedback* positivo por parte do cliente e da sua família, maioritariamente verbal, mas em alguns casos efetivado de forma escrita, mencionando de forma completamente espontânea a intervenção de enfermagem e que no fundo foi mais um incentivo para a prestação de cuidados de excelência e também reconhecimento pelo trabalho realizado.

O grande objetivo desta prática de cuidados é que se possa obter um resultado global mais positivo no processo cirúrgico do cliente, por isso, torna-se indispensável conhecer o que o cliente deseja saber de acordo com as suas expectativas, perceções e sensibilidades, o que permite que a informação transmitida esteja em concordância com as características e capacidades do cliente, obtendo assim uma maior satisfação da parte deste.

Sob o ponto de vista da **Enfermagem Avançada**, constituiu um grande desafio tomar como ponto de partida para o doutoramento, um programa de cuidados perioperatórios com esta dimensão e de alguma forma adaptá-lo e desenvolvê-lo através de uma “lente” baseada na evidência e em linhas de investigação.

Considera-se assim que o desenvolvimento de intervenções de enfermagem suportadas por evidencia científica irá promover a progressão da enfermagem como ciência e o seu reconhecimento na equipa multidisciplinar de saúde e pela própria sociedade.

Deste modo, ter a possibilidade de estruturar e operacionalizar um estudo que passou a ser a prática comum na instituição e que funciona como referência para outras instituições foi realmente uma oportunidade muito importante e única.

Como recomendações para a prática salienta-se que este estudo foi desenvolvido apenas numa área cirúrgica – colorretal – mas o benefício do ensino pré-operatório para o cliente é

transponível para várias outras áreas da cirurgia. Deste modo, seria aliciante alargar a consulta a outras áreas e, eventualmente, avaliar as suas implicações, bem como perceber quais os principais temas de ensino a desenvolver com os clientes de cada área específica.

Uma das limitações deste estudo foi o método de amostragem não contemplar a aleatorização, o que poderia ser entendido como um constrangimento para a generalização dos resultados. Ainda assim, salienta-se que a consulta de enfermagem pré-operatória poderia induzir à realização de um estudo de carácter experimental ou quase-experimental o que não foi possível. Efetuar um estudo deste tipo não era exequível, uma vez que com a incorporação do programa ERAS[®] a nível institucional, para os clientes submetidos a cirurgia colorretal eletiva, não haveria a possibilidade de garantir um grupo de controlo sujeito a variáveis semelhantes. Por outro lado, sendo a intervenção definida na literatura como a melhor prática os aspetos éticos induzem-nos a não privar os clientes da consulta, deste modo, a solução encontrada para inferir as implicações da consulta nos focos do regresso à autonomia na mobilização e no tempo médio de internamento foi comparar a amostra ERAS[®] com uma amostra de clientes sem consulta temporalmente anterior à implementação do ERAS[®] na instituição (amostra pré-ERAS[®]).

Considera-se que os objetivos previstos para este estudo foram alcançados, uma vez que foi feito o planeamento de uma consulta de enfermagem pré-operatória com uma base científica, que foi implementada durante o estudo e que ainda se mantém a ser realizada na instituição, proporcionado uma mudança da prática de cuidados ao cliente cirúrgico.

Como benefício acrescido promoveu-se o conhecimento e formação dos profissionais da instituição e contribuiu-se para uma transformação no plano de cuidados pós-operatório dos clientes submetidos a cirurgia colorretal eletiva.

Com a avaliação da consulta obtiveram-se resultados muito positivos pela perspetiva dos clientes ao nível de aquisição de conhecimento, de participação nos cuidados, da experiência de internamento e de satisfação, o que contribui para a melhoria dos cuidados de saúde.

Foi ainda possível inferir a influência positiva da consulta no retorno à autonomia do cliente na mobilização e da tendência decrescente do tempo médio de internamento, aparentemente relacionada com a mudança de atitude do cliente, com a aplicação das *guidelines* cirúrgicas recentes e baseadas na evidência no plano de cuidados perioperatório.

Por fim, salienta-se ainda que a realização deste estudo poderá trazer contributos ao nível do ensino de enfermagem na medida em que confere visibilidade ao planeamento, implementação e avaliação de uma intervenção autónoma de enfermagem. Posto isto, pode também contribuir

para fomentar o pensamento crítico entre os enfermeiros e estudantes de enfermagem, estimular para a produção conhecimento em áreas específicas e incentivar à elaboração de mais estudos com características semelhantes.

“(…) since a prevailing trend in healthcare is the shortening hospitalization of surgical patients and cost containment, clinical nurses are called on to enhance patient self-efficacy activating empowerment strategies based on education”

(Ronco, Iona, Fabbro, Bulfone & Palese, 2012, p.321).

REFERÊNCIAS

A

- Aasa, A., Hovbäck, M., & Berterö, C. M. (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of clinical nursing*, 22(11-12), 1604-1612. **Doi:** 10.1111/jocn.12110.
- AESOP, A. D. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática*. Lusodidacta. ISBN: 972-8930-16-X.
- Alawadi, Z. M., et al. (2016). Facilitators and barriers of implementing enhanced recovery in colorectal surgery at a safety net hospital: a provider and patient perspective. *Surgery*, 159(3), 700-712. **Doi:** 10.1016/j.surg.2015.08.025.
- Ali, R. B., Lalani, N. S., & Malik, A. (2012). Pre-Operative Assessment and Education. *Surgical Science*, 3.01: 10. **Doi:** 10.4236/ss.2012.31002.
- Amendoeira, J., et al. (2014). Enfermagem Avançada. Contributo para o processo de teorização em enfermagem. *Revista da UI-IPSantarém*, 5(2), 232-249.
- Amthauer, C., & Falk, J. W. (2014). O enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista de Enfermagem*, 10(10), 54-59.
- AORN (2015). *Standards of Perioperative Nursing. Guidelines for Perioperative Practice*. Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwi xs5ebpdv1AhUD3xoKHbrZANAQFjABegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.aorn.org%2F-%2Fmedia%2Faorn%2Fguidelines%2Faorn-standards%2Fii-01_standards_2015.pdf&usg=AOvVaw31bP-wtvDOWF0smGsLpxaS. Acedido em junho 2018.
- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective—an integrative review. *Journal of clinical nursing*, 26(17-18), 2527-2544. **Doi:** 10.1111/jocn.13639
- Azevedo Guido, L., Goulart, C. T., de Brum, C. N., Lemos, A. P., & Umman, J. (2014). Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4), 1601-1609. **Doi:** 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1601-1609
- Aziato, L., & Adejumo, O. (2014). An insight into the preoperative experiences of Ghanaian general surgical patients. *Clinical nursing research*, 23.2: 171-187. **Doi:** 10.1177/1054773813475447.

B

- Baggio, M. A., Teixeira, A., & Portella, M. R. (2001). Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. *Revista gaúcha de Enfermagem*, 22(1), 122. Disponível em:

<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4355/2303>. Acedido em dezembro 2017.

- Barnett, J. S. (2005). An emerging role for nurse practitioners—preoperative assessment. *AORN journal*, 82(5), 825-834. **Doi:** 10.1016/S0001-2092(06)60275-5
- Barreto, R., et al. (2010). A necessidade de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. *Revista Mineira de Enfermagem*. 14.3: 369-375. **Doi:** S1415-27622010000300011
- Bastos, A. Q., Souza, R. A. D., Souza, F. M. D., & Marques, P. F. (2013). Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá*, 12(2), 382-390. **Doi:** 10.4025/cienccuidsauade.v12i2.15724.
- Bernard, H., & Foss, M. (2014a). Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *British Journal of Nursing*, 23(2), 100-106. **Doi:** 10.12968/bjon.2014.23.2.100.
- Bernard, H., & Foss, M. (2014b). The impact of the enhanced recovery after surgery (ERAS) programme on community nursing. *British journal of community nursing*, 19(4), 184-188. **Doi:** 10.12968/bjcn.2014.19.4.184.
- Bernier, M. J., Sanares, D. C., Owen, S. V., & Newhouse, P. L. (2003). Preoperative teaching received and valued in a day surgery setting. *AORN journal*, 77(3), 563-582. **Doi:** 10.1016/S0001-2092(06)61250-7
- Beyea, S. C. (2001). The ideal state for perioperative nursing. *AORN journal*, 73(5), 897-901. **Doi:** 10.1016/S0001-2092(06)61741-9
- Brady, K. M., Keller, D. S., & Delaney, C. P. (2015). Successful implementation of an enhanced recovery pathway: the Nurse's role. *AORN journal*, 102(5), 469-481. **Doi:** 10.1016/j.aorn.2015.08.015.
- Burchiel, R. N. (1995). Does perioperative nursing include caring?. *AORN journal*, 62(2), 257-259. **Doi:** 10.1016/s0001-2092(06)63658-2
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2013). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Jones & Bartlett Publishers. ISBN 978-1-284-04134-7.

C

- Cabellos Olivares, M., Labalde Martínez, M., Torralba, M., Rodríguez Fraile, J. R., & Atance Martínez, J. C. (2018). Satisfaction survey after an ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocol in colorectal elective surgery in patients over 70 years of age. *Revista colombiana de anestesiología*, 46(3), 187-195. **Doi:** 10.1097/cj9.0000000000000061.
- Cal, A., Avci, I. A., & Cavusoglu, F. (2017). Experiences of caregivers with spouses receiving chemotherapy for colorectal cancer and their expectations from nursing services. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 4(2), 173. **Doi:** 10.4103/apjon.apjon_11_17.

- Castellanos, B. E. P., & Jouclas, V. M. G. (1990). ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA—UM MODELO CONCEPTUAL. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 24(3), 359-370. **Doi:** 10.1590/0080-6234199002400300359
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. A. (2017). Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-12. **Doi:** 10.1590/0104-07072017002070017.
- Carneiro, M. T. R., & Berti, H. W. (2009). A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 84-92. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/166>. Acedido em junho de 2018.
- Cavallaro, P. M., et al. (2018). Addition of a scripted pre-operative patient education module to an existing ERAS pathway further reduces length of stay. *The American Journal of Surgery*, 216(4), 652-657. **Doi:** 10.1016/j.amjsurg.2018.07.016.
- Chagas, A. T. R. (2000). O questionário na pesquisa científica. *Administração online*, 1(1). Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38538199/questionarios.pdf>. Acedido em janeiro 2018.
- Chahal, H., & Mehta, S. (2013). Developing patient satisfaction construct for public and private health care sectors. *Journal of Services Research*, 13(2). Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/ee825f4bd0b88742e16d107f93dc5926/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28391>. Acedido em julho 2018.
- Chistóforo, B. E. B., Zagonel, I. P. S., & Carvalho, D. S. (2006). Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. *Cogitare enfermagem*, 11(1). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/5977/4277>. Acedido em julho 2018.
- Christóforo, B. E. B., & Carvalho, D. S. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 14-22. **Doi:** 10.1590/S0080-62342009000100002.
- Clarke, H. D., et al. (2012). Preoperative patient education reduces in-hospital falls after total knee arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*[®], 470.1: 244-249. **Doi:** 10.1007/s11999-011-1951-6.
- Clifford, T. (2016). Enhanced Recovery After Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(2), 182-183. **Doi:** 10.1016/j.jopan.2015.12.007.
- Conn, L. G., McKenzie, M., Pearsall, E. A., & McLeod, R. S. (2015). Successful implementation of an enhanced recovery after surgery programme for elective colorectal surgery: a process evaluation of champions' experiences. *Implementation Science*, 10(1), 99. **Doi:** 10.1186/s13012-015-0289-y.
- Console, Y., Heriot, A., Riedel, B., & Christelis, G. (2014). Enhanced recovery after surgery: Promoting excellence in surgical oncology nursing care. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 22(2), 33. Disponível em:

<https://search.informit.com.au/payPerView;action=addOrderItem;dn=447816014854186;res=IELHEA;type=pdf>. Acedido em julho 2018.

Comissão Nacional da Proteção de dados. Deliberação n.º1704/2015. Aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica. https://www.cnpd.pt/bin/orientacoes/DEL_2015_InvestClinica.pdf. Acedido em maio 2018.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, 337, a1655. **Doi:** 10.1136/bmj.a1655

Crosson, J. A. (2017). Enhanced Recovery After Surgery—The Importance of the Perianesthesia Nurse on Program Success. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. **Doi:** 10.1016/j.jopan.2016.09.010.

D

Das, S., Pradhan, J., & Pradhan, R. (2015). Effect of Pre-Operative Video Assisted Teaching on Knowledge and Anxiety among the Patient Undergoing Abdominal Surgery. *Research & Reviews: Journal of Medicine*; 5(1). Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sasmita_Das3/publication/280496331_Effect_of_Pr-operative_Video_Assisted_Teaching_on_Knowledge_and_Anxiety_among_the_Patient_Undergoing_Abdominal_Surgery/links/55b7179908aec0e5f4380702.pdf. Acedido em janeiro 2018.

De Aquino Machado, J., et al. (2015). Autocontrole de ansiedade no pré-operatório cardíaco: resultado de uma intervenção de enfermagem. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 14.2. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/822/493>. Acedido em janeiro de 2018.

Deng, X., Liang, S., Li, H., Gouda, D., Zhu, T., & Xiao, K. (2019). A cross-sectional study to assess the difference in perception of day surgery information between patients and medical staff in china. *Patient preference and adherence*, 13, 381. **Doi:** 10.2147/PPA.S196674.

Deodato, S. (2014). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Ed. Almedina. ISBN 978.972-40-5226-7.

Dos Santos, J., Henckmeier, L., & Benedet, S. A. (2011). O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em foco*, 2(3). **Doi:** 10.21675/2357-707X.2011.v2.n3.131.

F

Fink, C., et al. (2013). Impact of preoperative patient education on prevention of postoperative complications after major visceral surgery: study protocol for a randomized controlled trial (PEDUCAT trial). *Trials*, 14.1: 271. **Doi:** 10.1186/1745-6215-14-271.

Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B. M., & Engström, Å. (2015). Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of perianesthesia nursing*, 30(4), 280-289. **Doi:** 10.1016/j.jopan.2014.05.012.

- Foss, M. (2011). Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education. *Nursing Standard (through 2013)*, 25(45), 35. Disponível em: <https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA263250418&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00296570&p=HRCA&sw=w>. Acedido em janeiro 2018.
- Foss, M., & Bernard, H. (2012). Enhanced recovery after surgery: implications for nurses. *British Journal of Nursing*, 21(4), 221-223. **Doi:** 10.12968/bjon.2012.21.4.221.
- Fredericks, S., & Yau, T. (2017). Clinical effectiveness of individual patient education in heart surgery patients: a systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 65, 44-53. **Doi:** 10.1016/j.ijnurstu.2016.11.001.
- Freiberger, M. & Mudrey, E. (2011). A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2(2), 1-26. **Doi:** 10.31072/rcf.v2i2.96.
- Freitas, H., Oliveira, M., Saccol, A. Z., & Moscarola, J. (2000). O método de pesquisa survey. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 35(3). Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1138_1861_freitashenrique-rausp.pdf. Acedido em janeiro 2018.

G

- Grady, P. A., & McIlvane, J. M. (2016). The domain of nursing science. *Routledge international handbook of advanced quantitative methods in nursing research*, 3-14. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=3BU-CgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=%22the+domain+of+nursing+science%22&ots=tsAwQRUSMC&sig=E5o1AkHVXKyxApuJMaUokit3M&redir_esc=y#v=onepage&q=%22the%20domain%20of%20nursing%20science%22&f=false. Acedido em janeiro 2018.
- Gillis, C., et al. (2017). Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study. *BMJ open*, 7(6), e017002. **Doi:** 10.1136/bmjopen-2017-017002.
- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ open*, 9(4), e023108. **Doi:** 10.1136/bmjopen-2018-023108.
- Guo, P. (2015). Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *Journal of clinical nursing*, 2015, 24.1-2: 34-46. **Doi:** 10.1111/jocn.12618.
- Gustafsson, U. O., et al. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]) Society recommendations. *World journal of surgery*, 37(2), 259-284. **Doi:** 10.1007/s00268-012-1772-0.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., ... & de Boer, H. D. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]) society recommendations: 2018. *World journal of surgery*, 43(3), 659-695. **Doi:** 10.1007/s00268-018-4844-y.

H

- Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A., & Atkinson, C. (2017). Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: a qualitative investigation. *BMC health services research*, *17*(1), 617. **Doi:** 10.1186/s12913-017-2547-y.
- Hohenberger, H., & Delahanty, K. (2015). Patient-Centered Care-Enhanced Recovery After Surgery and Population Health Management. *AORN journal*, *102*(6), 578-583. **Doi:** 10.1016/j.aorn.2015.10.016.
- Hughes, M., Coolson, M. M., Aahlin, E. K., Harrison, E. M., McNally, S. J., Dejong, C. H. C., ... & Wigmore, S. J. (2015). Attitudes of patients and care providers to enhanced recovery after surgery programs after major abdominal surgery. *Journal of surgical research*, *193*(1), 102-110. **Doi:** 10.1016/j.jss.2014.06.032.
- Heering, H. R. C., & Engelke, Z. R. M. (2017). Patient Education: Teaching the Surgical Patient. *CINAHL Nursing Guide*. Disponível em: <https://biblioteca.sagrado.edu/eds/detail?db=nup&an=T705750>. Acedido em dezembro 2017.

J

- Jaensson, M., Dahlberg, K., & Nilsson, U. (2019). Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioperative Medicine*, *8*(1), 3. **Doi:** 10.1186/s13741-019-0115-1.
- Jeff, A., & Taylor, C. (2014). Ward nurses' experience of enhanced recovery after surgery: a grounded theory approach. *Gastrointestinal Nursing*, *12*(4), 23-31. **Doi:** 10.12968/gasn.2014.12.4.23.
- Jones, C. H., O'Neill, S., McLean, K. A., Wigmore, S. J., & Harrison, E. M. (2017). Patient experience and overall satisfaction after emergency abdominal surgery. *BMC surgery*, *17*(1), 76. **Doi:** 10.1186/s12893-017-0271-5.

K

- Kalogioanni, A., et al. (2016). Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *15*.6: 447-458. **Doi:** 10.1177/1474515115602678.
- Kim, B. J., & Aloia, T. A. (2018). What is "enhanced recovery," and how can I do it?. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, *22*(1), 164-171. **Doi:** 10.1007/s11605-017-3605-9.
- Kim, B., Park, S., Park, K., & Ryoo, S. (2017). Effects of a surgical ward care protocol following open colon surgery as part of an enhanced recovery after surgery programme., *Journal of clinical nursing*, *26*(21-22), 3336-3344. **Doi:** 10.1111/jocn.13682.
- Kiyohara, L., et al. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas*, *59*(2), 51-56. **Doi:** 10.1590/S0041-87812004000200001.

Kliot, T., et al. (2015). The impact of a patient education bundle on neurosurgery patient satisfaction. *Surgical neurology international*, 6. Suppl 22: S567. **Doi:** 10.4103/2152-7806.169538.

Krupat, E., Fancey, M., & Cleary, P. D. (2000). Information and its impact on satisfaction among surgical patients. *Social science & medicine*, 51(12), 1817-1825. **Doi:** 10.1016/S0277-9536(00)00113-1.

Kruse, M. H. L., de Abreu Almeida, M., Keretzky, K. B., Rodrigues, E., da Silva, F. P., da Silveira Schenini, F., & Garcia, V. M. (2009). Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3). **Doi:** 10.5216/ree.v11.47060.

Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN journal*, 90.3: 381-387. **Doi:** 10.1016/j.aorn.2009.06.022.

L

Lemos, M. F., Lemos-Neto, S. V., Barrucand, L., Verçosa, N., & Tibirica, E. (2019). Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 69(1), 1-6. **Doi:** 10.1016/j.bjane.2018.07.004.

Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre-and postoperative information needs. *Patient education and counseling*, 40(1), 29-37. **Doi:** 10.1016/S0738-3991(99)00043-9.

Ljungqvist, O., Hausel, J., Nygren, J., Thorell, A., & Soop, M. (2007). Preoperative patient preparation for enhanced recovery after surgery. *Transfusion alternatives in transfusion medicine*, 9(1), 45-49. **Doi:** 10.1111/j.1778-428X.2007.00045.x.

Ljungqvist, O. & Hubner, M. (2018). Enhanced recovery after surgery—ERAS—principles, practice and feasibility in the elderly. *Aging clinical and experimental research*, 30(3), 249-252. **Doi:** 10.1007/s40520-018-0905-1.

Louw, A., et al. (2013) Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy theory and practice*, 29.3: 175-194. **Doi:** 10.3109/09593985.2012.727527.

M

Mafetoni, R. R., Higa, R. & Bellini, N.R. (2011) Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. *Northeast Network Nursing Journal*, 12.4. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027977025.pdf>. Acedido em dezembro 2017.

Malley, A., Kenner, C., Kim, T., & Blakeney, B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*, 102(2), 181.e1–181.e9. **Doi:** 10.1016/j.aorn.2015.06.004.

Manzato, A. J., & Santos, A. B. (2012). A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. *Departamento de Ciência de Computação e Estatística—Universidade de Santa Catarina*. Disponível em:

http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIO_S_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf. Acedido em janeiro 2018.

- Marotti, J., et al. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(2), 186-194. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Juliana_Marotti/publication/285800533_Amostragem_em_pesquisa_clinica_Tamanho_da_amostra/links/566aca4008aea0892c4b9e11.pdf. Acedido em janeiro 2018.
- Mavridou, P., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Damigos, D. (2017). A Survey of Patients' Preoperative Need for Information About Postoperative Pain—Effect of Previous Surgery Experience. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(5), 438-444. **Doi:** 10.1016/j.jopan.2015.06.008.
- Melnyk, M., Casey, R. G., Black, P., & Koupparis, A. J. (2011). Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Canadian Urological Association Journal*, 5(5), 342. **Doi:** 10.5489/cuaj.11002.
- Melnyk, B., Gallagher-Ford, L., & Fineout-Overholt, E. (2017). The implementing Evidence-based practice competencies in healthcare. A practical guide for improving quality, safety, & outcomes. *Sigma Theta Tau International*. Disponível em: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=4edQDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=The+implementing+Evidence-based+practice+competencies+in+healthcare.+A+practical+guide+for+improving+quality,+safety,+%26+outcomes.+&ots=8yw3Z41Wvw&sig=sUj0X_lFoqFbtT-V2AiakcQ9hPQ&redir_esc=y#v=onepage&q=The%20implementing%20Evidence-based%20practice%20competencies%20in%20healthcare.%20A%20practical%20guide%20for%20improving%20quality%2C%20safety%2C%20%26%20outcomes.&f=false. Acedido em julho 2018.
- Mendes, D. & Ferrito, C (2018). A eficácia do ensino pré-operatório: scoping review. O cuidado de Enfermagem – História e Inovação XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. D. A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2018). Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery[®]: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2824-2832. **Doi:** 10.1590/0034-7167-2018-0436.
- Mitchell, M. (2011). The future of surgical nursing and enhanced recovery programs. *British Journal of Nursing*, 20(16), 978-984. **Doi:** 10.12968/bjon.2011.20.16.978.
- Mitchell, M. (2017). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of clinical nursing*, 26(1-2), 225-237. **Doi:** 10.1111/jocn.13375.
- Mohide, E. A., & King, B. (2003). Building a foundation for evidence-based practice: experiences in a tertiary hospital. *Evidence-Based Nursing*, 6(4), 100-103. **Doi:** 10.1136/ebn.6.4.100.
- Mordiffi, S. Z., Tan, S. P., & Wong, M. K. (2003). Information provided to surgical patients versus information needed. *AORN journal*, 77(3), 546-562. **Doi:** 10.1016/S0001-2092(06)61249-0.

Mpinga, E. K., & Chastonay, P. (2011). Satisfaction of patients: a right to health indicator? *Health policy*, 100(2-3), 144-150. **Doi:** 10.1016/j.healthpol.2010.11.001.

Morshed, A., Tabak, R., Taranhike, I., Baumann, A., & Proctor, E. (2016). Eight toolkits related to Dissemination and Implementation. Washington University.

Moulton, L. S., et al. (2015). Pre-operative education prior to elective hip arthroplasty surgery improves postoperative outcome. *International orthopaedics*, 39.8: 1483-1486. **Doi:** 10.1007/s00264-015-2754-2.

Muñoz, J. D. (2018). From evidence-based nursing to healthcare practice: The evaluation of results as an integrating element. *Enfermeria clínica*, 28(3), 149. **Doi:** 10.1016/j.enfcli.2018.04.004.

N

Nagle, G. M. (2006). Perioperative nursing. *Nursing Clinics*, 41(2), xi-xv. **Doi:** 10.1016/j.cnur.2006.02.001

Neves, M. C.P., & Pacheco, S. (2004). Para uma Ética de Enfermagem. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN 072-603-326-8

Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Disponível em :
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>. Acedido em janeiro 2019.

O

OECD Directorate for Science, Technology and Innovation (2014), “Assessing the Impact of State Interventions in Research – Techniques, Issues and Solutions”, unpublished manuscript. Disponível em: <https://www.oecd.org/sti/inno/What-is-impact-assessment-OECDImpact.pdf>. Acedido em novembro 2018.

Oliveira, R. A., da Silva, G. M. G. B., Peniche, A. D. C. G., Costa, A. L. S., & de Brito Poveda, V. (2017). An Integrative Review of Postoperative Accelerated Recovery Protocols. *AORN journal*, 106(4), 324-330. **Doi:** 10.1016/j.aorn.2017.08.005.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf. Acedido em junho 2018.

Ordem dos Enfermeiros (2012): Combater a desigualdade: da evidência à acção – Closing the gap: from evidence to action. ISBN da Versão Portuguesa: 978-989-8444-09-7. Disponível www.ordemdosenfermeiros.pt Acedido em abril 2018.

Ortiz, J., et al. (2015). Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? *Revista brasileira de anesthesiologia*, 65.1: 7-13. **Doi:** 10.1016/j.bjane.2013.07.009.

Otani, K., Kim, B. J., Waterman, B., Boslaugh, S., Klinkenberg, W. D., & Dunagan, W. C. (2012). Patient satisfaction and organizational impact: a hierarchical linear modeling

approach. *Health marketing quarterly*, 29(3), 256-269. **Doi:** 10.1080/07359683.2012.705724.

P

Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2013). Futuro da Enfermagem: uma perspectiva oportuna. *Revista Sinais Vitais*, 110, 29-37. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Tiago_Andre_Peixoto/publication/328389167_Futuro_da_Enfermagem_Uma_perspectiva_oportuna_Future_of_Nursing_A_timely_perspective/links/5bc9e432458515f7d9c9e294/Futuro-da-Enfermagem-Uma-perspectiva-oportuna-Future-of-Nursing-A-timely-perspective.pdf. Acedido em abril 2018.

Perrando, M., Beuter, M., Brondani, C. M., Roso, C. C., dos Santos, T. M., & Predebon, G. R. (2011). O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(1), 61-70. **Doi:** 10.5902/217976922004.

Pereira, A. C., et al. (2016). O ensino pré-operatório na perspectiva de pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963*, 10.2: 449-456. **Doi:** 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201610.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). The joanna briggs institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>. Acedido em setembro 2017.

Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 674-686. **Doi:** 10.1111/scs.12378.

Pettersson, M., Öhlen, J., Friberg, F., Hydén, L. C., Wallengren, C., Sarenmalm, E., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery-Communication in nurses' pre-operative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention., *Journal of clinical nursing*. **Doi:** 10.1111/jocn.14312.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem-: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. Artmed Editora.

R

Ralph, N., & Duff, J. (2017). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols—an opportunity for improved care and enhanced scope of practice? *Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 30(2), 3-4. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Nicholas_Ralph/publication/316785010_Enhanced_Recovery_After_Surgery_ERAS_protocols_-_an_opportunity_for_improved_care_and_enhanced_scope_of_practice/links/591155e9458515bbcb88a492/Enhanced-Recovery-After-Surgery-ERAS-protocols-an-opportunity-for-improved-care-and-enhanced-scope-of-practice.pdf. Acedido em julho 2018.

Randles Moscato, S., Valanis, B., Gullion, C. M., Tanner, C., Shapiro, S. E., & Izumi, S. (2007). Predictors of patient satisfaction with telephone nursing services. *Clinical Nursing Research*, 16(2), 119-137. **Doi:** 10.1177/1054773806298507.

- Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2006). Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências. *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática*. São Paulo: Atlas.
- Rauta, S., Salanterä, S., Nivalainen, J., & Junntila, K. (2013). Validation of the core elements of perioperative nursing. *Journal of clinical nursing*, 22(9-10), 1391-1399. **Doi:** 10.1111/j.1365-2702.2012.04220.x
- Resolução da Assembleia da República. n.1º/2001. Série I-A de 2001-01-03. Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/235128/details/maximized>. Acedido em julho 2018.
- Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S., & Regadas, S. C. R. D. S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 25-36. **Doi:** 10.12707/RIII12162.
- Roberts, J., & Fenech, T. (2010). Optimising patient management before and after surgery. *Nursing management (Harrow, London, England: 1994)*, 17(6), 22. **Doi:** 10.7748/nm2010.10.17.6.22.c8005
- Ronco, M., Iona, L., Fabbro, C., Bulfone, G., & Palese, A. (2012). Patient education outcomes in surgery: a systematic review from 2004 to 2010. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(4), 309-323. **Doi:** 10.1111/j.1744-1609.2012.00286.x
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317-322. **Doi:** 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x.
- Roulin, D., Muradbegovic, M., Addor, V., Blanc, C., Demartines, N., & Hübner, M. (2017). Enhanced recovery after elective colorectal surgery-reasons for non-compliance with the protocol. *Digestive surgery*, 34(3), 220-226. **Doi:** 10.1159/000450685.
- Rothrock, J. C. (2018). *Alexander's Care of the Patient in Surgery-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- S**
- Santos, M. M., Martins, J. C. A., & Oliveira, L. M. N. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista Enfermagem Referência*. vol.serIV, n.3 pp.7-15. **Doi:** 10.12707/RIII1393.
- Sena, A. C. D., Nascimento, E. R. P. D., & Maia, A. R. C. R. (2013). Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 132-137. **Doi:** 10.1590/S1983-14472013000300017.
- Sepúlveda-Plata, M. C., García-Corzo, G., & Gamboa-Delgado, E. M. (2018). Effectiveness of nursing intervention to control fear in patients scheduled for surgery. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(2), 195-200. **Doi:** 10.15446/revfacmed.v66n2.58008
- Sevillano-Jiménez, A., Romero-Saldana, M., & Molina-Recio, G. (2018). Nursing role on rapid recovery programmes fast-track. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(4), 266-273. **Doi:** 10.1016/j.enfcle.2017.04.009.

Silva, M. L. C. D. (2017). A importância da consulta de enfermagem para o cliente no pré-operatório de cirurgias eletivas (relatório de pós-graduação). Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/173598>. Acedido em novembro 2018.

Strupeit, S., Buß, A., & Dassen, T. (2013). Effectiveness of nurse-delivered patient education interventions on quality of life in outpatients: A systematic review. *Applied Nursing Research*, 26(4), 232-238. **Doi:** 10.1016/j.apnr.2013.08.004.

Subramaniam, D., & Horgan, A. F. (2017). Enhanced recovery after colorectal surgery: an update on current practice. *Surgery-Oxford International Edition*, 35(2), 98-101. **Doi:** 10.1016/j.mpsur.2016.11.012.

Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. *Patient education and counseling*, 61(1), 5-15. **Doi:** 10.1016/j.pec.2005.02.012.

T

Teixeira, M. V., et al. (2013). Avaliação dos resultados das orientações pré-operatórias a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. **Doi:** 10.19175/recom.v0i0.329.

Turunen, E., et al. (2017). An integrative review of a preoperative nursing care structure. *Journal of clinical nursing*, 26.7-8: 915-930. **Doi:** 10.1111/jocn.13448.

Y

Yang, C.L., et al. (2012). Pre-operative education and counselling are associated with reduced anxiety symptoms following carotid endarterectomy: a randomized and open-label study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11.3: 284-288. **Doi:** 10.1177/1474515111435608.

V

Van Zelm, R., Janssen, I., Vanhaecht, K., de Buck van Overstraeten, A., Panella, M., Sermeus, W., & Coeckelberghs, E. (2018). Development of a model care pathway for adults undergoing colorectal cancer surgery: Evidence-based key interventions and indicators. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(1), 232-239. **Doi:** 10.1111/jep.12700.

Verrier, J. F., Paget, C., Perlier, F., & Demesmay, F. (2016). How to introduce a program of Enhanced Recovery after Surgery? The experience of the CAPIO group. *Journal of visceral surgery*, 153(6), S33-S39. **Doi:** 10.1016/j.jvisc.2016.10.001.

W

Waller, A., Forshaw, K., Bryant, J., Carey, M., Boyes, A., & Sanson-Fisher, R. (2015). Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: a systematic review of volume and quality of research output over time. *Patient education and counseling*, 98(12), 1540-1549. **Doi:** 10.1016/j.pec.2015.05.008.

- Walker, J. A. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*, 16(1), 27-32. **Doi:** 10.12968/bjon.2007.16.1.22712.
- Westaway, M. S., Rheeder, P., Van Zyl, D. G., & Seager, J. R. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International journal for quality in health care*, 15(4), 337-344. **Doi:** 10.1093/intqhc/mzg042.
- Wilson, C. J., et al. (2016). Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *The American Journal of Surgery*, 212(1), 151-159. **Doi:** 10.1016/j.amjsurg.2015.03.023.

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer da Comissão de Investigação Clínica

Exmo.(a) Senhor(a)

Sr.ª Enf.ª Diana Isabel Mendes

Lisboa, 22 de Janeiro 2017

CC: Comissão de Investigação

Assunto: Parecer ao Ensaio/Estudo Clínico “Consulta de Enfermagem Pré-Operatória no programa ERAS”

A Comissão de Investigação do Hospital informa que o parecer foi **positivo** relativo à realização do **“Consulta de Enfermagem Pré-Operatória no programa ERAS”**.

ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética

Exma. Sr.^a Enf.^a Diana Isabel Mendes
Universidade Católica Portuguesa

Ref. CES/11/2018/ME

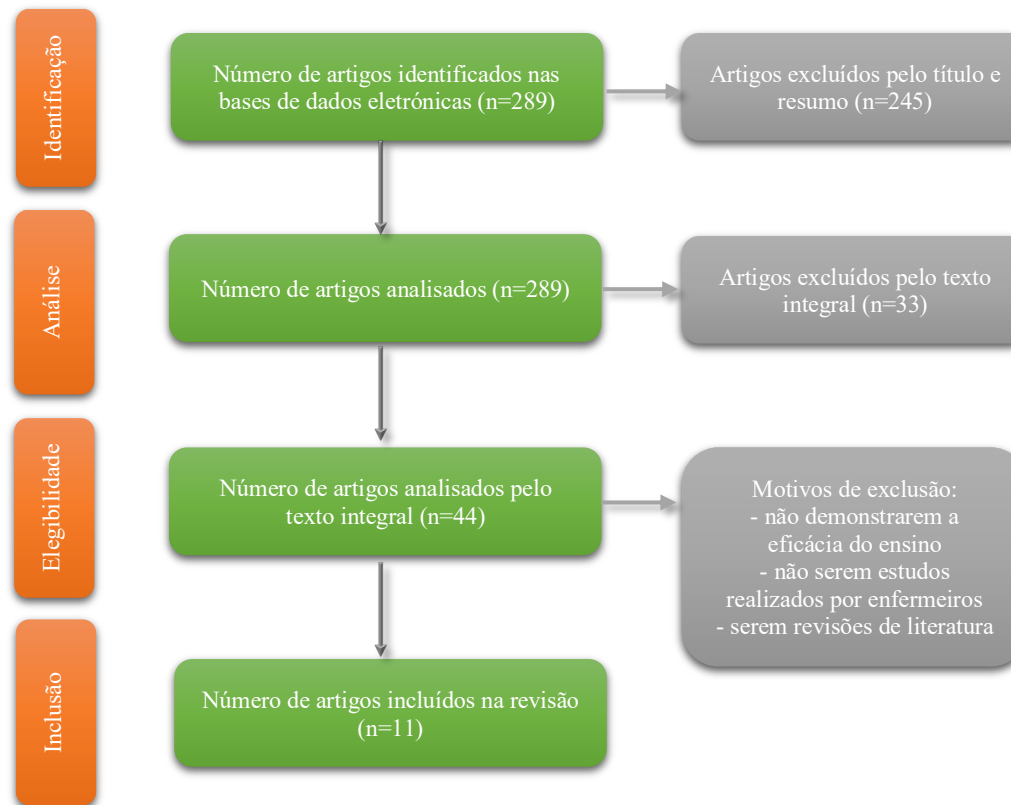
05 de março de 2018

ASSUNTO: ESTUDO “Consulta de Enfermagem Pré-Operatória no Programa ERAS”

A **Comissão de Ética para a Saúde** do reunida a 01 de março de 2018, aprovou a realização do estudo “Consulta de Enfermagem Pré-Operatória no Programa ERAS” do qual é V.Ex.^a Investigador principal.

APÊNDICES

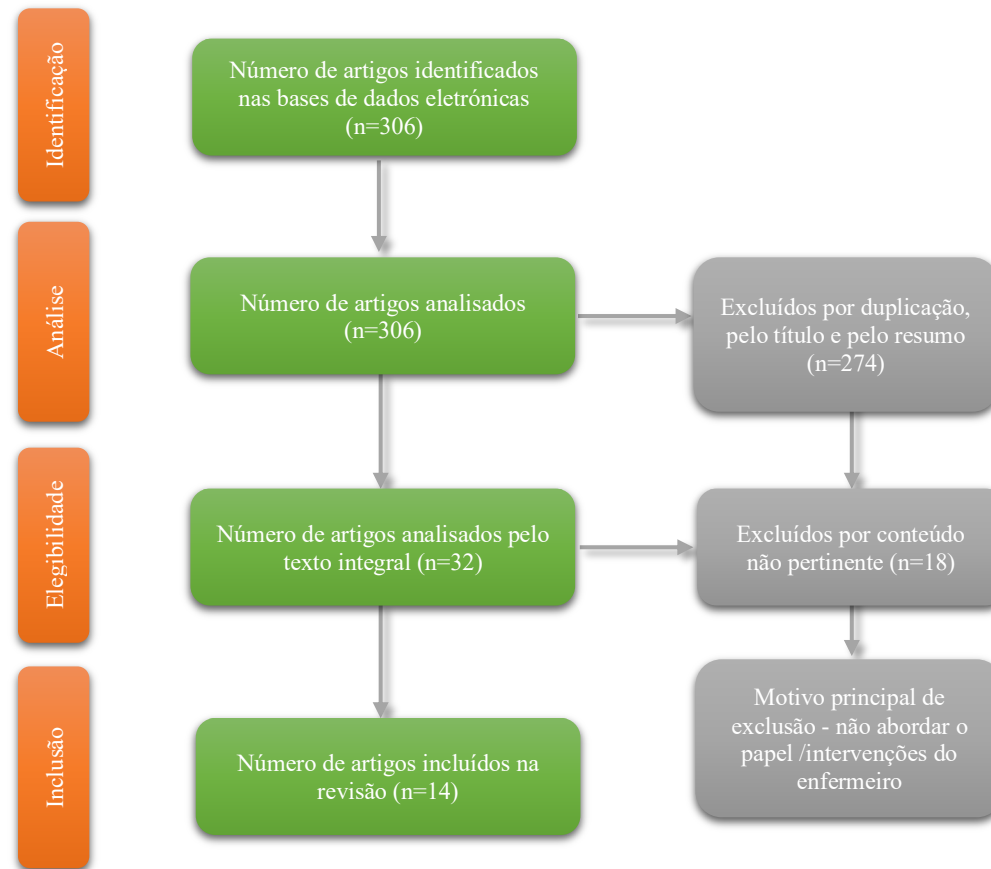
APÊNDICE A – Processo de seleção e inclusão dos estudos (PRISMA) e quadro de resultados da revisão sobre o ensino pré-operatório



	Artigo	Objetivo do estudo	População/amostra	Método utilizado	Tipo de intervenção
E1	Kalogianni, A., et al. (2016). Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery?. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> . 15.6: 447-458. doi: 10.1177/1474515115602678	Estimar a eficácia da educação pré-operatória de enfermagem na ansiedade e nos resultados de pós-operatório.	395 clientes submetidos a cirurgia cardíaca (grupo experimental com 205 e grupo de controlo 190 clientes)	Quantitativo com aplicação de questionário	1ª fase realização de ensino pré-operatório aos clientes; 2ª fase aplicação da <i>state-trait anxiety inventory</i> (STAI) em 3 momentos
E2	Clarke, H.D., et al. (2012). Preoperative patient education reduces in-hospital falls after total knee arthroplasty. <i>Clinical Orthopaedics and Related Research</i> [®] . 470.1: 244-249. doi: 10.1007/s11999-011-1951-6	Determinar se o ensino pré-operatório pode reduzir o número de quedas em clientes que colocam prótese total do joelho	244 clientes submetidos a prótese total do joelho (grupo experimental com 72 e grupo de controlo com 172 clientes)	Quantitativo com a aplicação de uma escala de risco de queda	Realização de uma sessão de ensino pré-operatório no momento das rotinas pré-operatórias com duração de 15-30 minutos
E3	Aziato, L. & Adejumo, O. (2014). An insight into the preoperative experiences of Ghanaian general surgical patients. <i>Clinical nursing research</i> . 23.2: 171-187. doi: 10.1177/1054773813475447.	Descrever as experiências pré-operatórias dos clientes submetidos a cirurgia	13 clientes submetidos a cirurgia	Qualitativo (estudo etnográfico)	Entrevista com 1 pergunta inicial aberta com duração entre 30 a 45 minutos
E4	De Aquino Machado, J., et al. (2015). Autocontrolo de ansiedade no pré-operatório cardíaco: resultado de uma intervenção de enfermagem. <i>SANARE-Revista de Políticas Públicas</i> . 14.2.	Avaliar o resultado de autocontrolo de ansiedade em clientes submetidos a cirurgia com orientação pré-operatórias de enfermagem	50 clientes submetidos a cirurgia cardíaca	Quantitativo (quase experimental, não apresenta grupo de controlo)	1ª fase recolha de informações sobre os clientes; 2ª fase fornecer orientações e aplicar medidas de diminuição da ansiedade; 3ª fase aplicação da escala de avaliação de autocontrolo de ansiedade
E5	Yang, C., et al. (2012). Pre-operative education and counselling are associated with reduced anxiety symptoms following carotid endarterectomy: a randomized and open-label study. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> . 11.3: 284-288. doi: 10.1177/1474515111435608	Investigar o efeito do ensino e visita pré-operatória de enfermagem nos clientes submetidos a endarterectomia das carótidas	120 clientes (grupo experimental 60 e grupo de controlo 60 clientes)	Quantitativo com aplicação de escala de ansiedade	1ª fase realizado ensino pré-operatório; 2ª fase aplicação da <i>self-rating anxiety scale</i> (SAS) no dia antes da cirurgia e no dia de saída dos cuidados intensivos
E6	Teixeira, M., et al. (2013). Avaliação dos resultados das orientações pré-operatórias a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva. <i>Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro</i> . doi: 10.19175/recom.v0i0.329	Avaliar o resultado das orientações pré-operatórias realizadas aos clientes candidatos a cirúrgica cardíaca	17 clientes submetidos a cirurgia cardíaca	Quantitativo/qualitativo recorrendo a <i>check-list</i> e entrevista	1ª fase realizadas as orientações pré-operatórias; 2ª verificação do cumprimento das orientações; 3ª fase entrevista no pós-operatório
E7	Das, S., Pradhan, J. & Pradhan, R. (2015) Effect of Pre-Operative Video Assisted Teaching on Knowledge and Anxiety among the Patient	Avaliar o efeito da demonstração de um vídeo de ensino pré-operatório a	60 clientes submetidos a cirurgia abdominal	Quantitativo experimental com questionário	1ª fase demonstração do vídeo e aplicação do <i>Hospital Anxiety</i>

	Undergoing Abdominal Surgery. <i>Research & Reviews: Journal of Medicine</i> ; 5(1)	clientes submetidos a cirurgia abdominal			<i>Depression Scale</i> ; 2ª fase aplicação da escala no 8º dia de pós-operatório
E8	Ali, R., Barka, L., Alani, N. & Malik, A. (2012). Pre-Operative Assessment and Education. <i>Surgical Science</i> . 3.01: 10.	Salientar a importância do ensino de enfermagem aos clientes que vão ser submetidos a cirurgia	28 clientes submetidos a cirurgia	Qualitativo com entrevista e análise de processos clínicos	Foram entrevistados os clientes e foram avaliados os seus processos clínicos
E9	Fink, C., et al. (2013). Impact of preoperative patient education on prevention of postoperative complications after major visceral surgery: study protocol for a randomized controlled trial (PEDUCAT trial). <i>Trials</i> . 14.1: 271. doi: 10.1186/1745-6215-14-271	Avaliar a eficácia e o impacto do ensino pré-operatório na mobilidade, mortalidade, dor, ansiedade, depressão e qualidade de vida	204 clientes (grupo experimental com 102 e grupo de controlo 102 clientes)	Qualitativo e experimental	Feita intervenção de ensino com informações relevantes sobre o pós-operatório. Foram usados instrumentos como HADS (para ansiedade e depressão); SF-12 (para qualidade de vida)
E10	Barreto, R., et al. (2010). A necessidade de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. <i>Revista Mineira de Enfermagem</i> . 14.3: 369-375. doi: S1415-27622010000300011	Fazer o levantamento das necessidades de informação do cliente em período pré-operatório	20 clientes submetidos a colecistectomia	Qualitativo recorrendo a entrevista	Elaboração de material didático para dar informação aos clientes; avaliação das dúvidas; diagnóstico dos pontos-chave da entrevista; esclarecimento das dúvidas.
E11	Pereira, A.C. et al. (2016). O ensino pré-operatório na perspetiva de pacientes oncológicos. <i>Revista de enfermagem UFPE on line</i> -ISSN: 1981-8963,10.2: 449-456. doi: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201610	Analisar as expectativas dos clientes sobre as informações pré-operatórias fornecidas	16 clientes submetidos a cirurgia colorretal	Qualitativo recorrendo a entrevista	Aplicadas entrevistas aos clientes e dos dados foram extraídos 2 temas centrais de informação

APÊNDICE B – Processo de seleção e inclusão dos estudos (PRISMA) e quadro de resultados da revisão sobre as implicações do programa ERAS® para a Enfermagem



	Artigo	Objetivo do estudo	População/ amostra	Desenho do estudo	Principais conclusões
A1	Jeff, A., & Taylor, C. (2014). Ward nurses' experience of enhanced recovery after surgery: a grounded theory approach. <i>Gastrointestinal Nursing</i> , 12(4), 23-31. Doi: 10.12968/gasn.2014.12.4.23	Explorar e descrever as experiências dos enfermeiros envolvidos no programa ERAS [®]	8 enfermeiros	Estudo qualitativo - Entrevistas semi-estruturadas	As 4 principais categorias que resultaram: acreditar no programa; implementar o programa; identificar o papel do enfermeiro no programa; adaptar o caminho da recuperação do cliente.
A2	Bernard, H., & Foss, M. (2014). The impact of the enhanced recovery after surgery (ERAS) programme on community nursing. <i>British journal of community nursing</i> , 19(4), 184-188. Doi: 10.12968/bjcn.2014.19.4.184	Conhecer o ponto de vista dos clientes para usar a sua experiência na melhoria da prática futura	Clientes do programa ERAS [®]	Estudo qualitativo - Entrevistas semi-estruturadas	Os clientes precisam de supervisão no retorno precoce à casa; o <i>follow-up</i> telefônico é muito bem recebido pelos clientes; a formação dos enfermeiros é vital para o sucesso do programa.
A3	Conn, L. G., McKenzie, M., Pearsall, E. A., & McLeod, R. S. (2015). Successful implementation of an enhanced recovery after surgery programme for elective colorectal surgery: a process evaluation of champions' experiences. <i>Implementation Science</i> , 10(1), 99. Doi: 10.1186/s13012-015-0289-y	Conhecer o impacto da implementação do programa ERAS [®]	58 profissionais de saúde	Estudo qualitativo - Entrevistas semi-estruturadas	O enfermeiro fica apto a ter a noção do cliente ao longo de toda a sua experiência cirúrgica, o que o ajuda a melhorar a sua prática continuamente.
A4	Roberts, J., & Fenech, T. (2010). Optimising patient management before and after surgery. <i>Nursing Management-UK</i> , 17(6). Doi: 10.7748/nm2010.10.17.6.22.c8005	Explicar o programa e discutir alguns dos seus benefícios	-	Revisão bibliográfica	A abordagem do enfermeiro divide-se em 4 momentos principais: avaliação pré-operatória; admissão; pós-operatório e <i>follow-up</i> . Realça o conceito dos clientes como parceiros nos cuidados.
A5	Crosson, J. A. (2018). Enhanced Recovery After Surgery—The Importance of the PeriAnesthesia Nurse on Program Success. <i>Journal of PeriAnesthesia Nursing</i> , 33(4), 366-374. Doi: 10.1016/j.jopan.2016.09.010	Discutir a importância do enfermeiro de peri-operatório na implementação do programa ERAS [®]	-	Revisão bibliográfica	Forte efeito da equipa multidisciplinar no programa ERAS [®] ; ensino pré-operatório e envolvimento ativo do cliente como intervenção primordial; enfermeiro com uma contribuição muito valiosa para os cuidados.

A6	Alawadi, Z. M., Leal, I., Phatak, U. R., Flores-Gonzalez, J. R., Holihan, J. L., Karanjwala, B. E., ... & Kao, L. S. (2016). Facilitators and barriers of implementing enhanced recovery in colorectal surgery at a safety net hospital: a provider and patient perspective. <i>Surgery, 159</i> (3), 700-712. Doi: 10.1016/j.surg.2015.08.025	Identificar as barreiras e os aspetos facilitadores à implementação de um programa ERAS [®]	19 profissionais de saúde 18 clientes	Estudo qualitativo - Entrevistas semi-estruturadas	Considera 3 grandes categorias: fatores relacionados com os profissionais; fatores relacionados com os clientes; e fatores relacionados com a instituição. Foram identificadas barreiras e eventos facilitadores da implementação do programa.
A7	Kim, B., Park, S., Park, K., & Ryoo, S. (2017). Effects of a surgical ward care protocol following open colon surgery as part of an enhanced recovery after surgery programme. <i>Journal of clinical nursing, 26</i> (21-22), 3336-3344. Doi: 10.1111/jocn.13682	Investigar os efeitos da implementação de um protocolo de cuidados ERAS [®]	219 clientes	Estudo retrospectivo comparativo	Foram analisados aspetos como recuperação da função gastrointestinal, controle da dor, tempo de recuperação e complicações pós-operatórias. Salienta-se o papel do enfermeiro para que o cliente alcance resultados positivos.
A8	Oliveira, R. A., da Silva, G. M. G. B., Peniche, A. D. C. G., Costa, A. L. S., & Brito Poveda, V. (2017). An integrative review of postoperative accelerated recovery protocols. <i>AORN journal, 106</i> (4), 324-330. Doi: 10.1016/j.aorn.2017.08.005	Rever a evidência publicada em relação aos cuidados de Enfermagem peri-operatórios a clientes que integram protocolos de recuperação acelerada	13 artigos	Revisão integrativa da literatura	Divide a abordagem de enfermagem em 2 grandes momentos: pré e intraoperatório, e pós-operatório. Salienta a importância da intervenção de Enfermagem para o sucesso do protocolo – resultados do cliente e a importância de existirem enfermeiros especializados e dedicados a esses cuidados.
A9	Brady, K. M., Keller, D. S., & Delaney, C. P. (2015). Successful implementation of an enhanced recovery pathway: the nurse's role. <i>AORN journal, 102</i> (5), 469-481. Doi: 10.1016/j.aorn.2015.08.015	Descrever o papel do enfermeiro na implementação dos programas de recuperação acelerada	18 clientes em 2013 e 15 clientes em 2014	Estudo retrospectivo comparativo	Salienta a importância do ensino pré-operatório feito pelo enfermeiro ao cliente e à família; importância de estabelecer um plano de cuidados adequado ao cliente e garantir o cumprimento do percurso cirúrgico previsto.
A10	Gillis, C. et al. (2017). Patients as partners in enhanced recovery after surgery: a qualitative patient-led study. <i>BMJ open, 7</i> (6), e017002. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-017002	Explorar a experiência dos clientes submetidos à cirurgia colo-retal com o programa ERAS [®]	27 clientes	Estudo qualitativo: Grupo focal 7 clientes e entrevista 20 clientes	Um dos aspetos focados no estudo foi de que forma os enfermeiros introduzem e encorajam o cumprimento do protocolo ERAS [®] no ensino pré-operatório – clientes revelam que foi por meio dos enfermeiros que receberam a informação mais importante.

A11	Foss, M., & Bernard, H. (2012). Enhanced recovery after surgery: implications for nurses. <i>British Journal of Nursing</i> , 21(4), 221-223. Doi: 10.12968/bjon.2012.21.4.221	Examinar aspetos práticos do programa ERAS [®] em relação à Enfermagem	-	Artigo de opinião com fundamentação teórica	A importância da Enfermagem começa no ensino pré-operatório e também envolve a preocupação na preparação da alta. Uma grande parte da responsabilidade de implementação do programa está inerente à função dos enfermeiros.
A12	Burch, J., & Taylor, C. (2012). Patients' need for nursing telephone follow-up after enhanced recovery. <i>Gastrointestinal Nursing</i> , 10(4), 51-58. Doi: 10.12968/gasn.2012.10.4.51	Identificar as preocupações dos clientes e discutir suas necessidades de apoio nesse programa	100 clientes do programa ERAS [®]	Estudo retrospectivo comparativo	Cerca de 50% dos clientes estiveram com o enfermeiro depois da alta do hospital por razões como dor, cuidados ao estoma, esclarecimento de dúvidas, etc. O <i>follow-up</i> telefônico é bem recebido pelos clientes e tem um impacto positivo na sua vigilância e níveis de confiança.
A13	Jakobsen, D. H., Rud, K., Kehlet, H., & Egerod, I. (2014). Standardising fast-track surgical nursing care in Denmark. <i>British Journal of Nursing</i> , 23(9), 471-476. Doi: 10.12968/bjon.2014.23.9.471	Reportar a iniciativa da Dinamarca em aumentar a qualidade dos cuidados cirúrgicos com a implementação de medidas dos programas de recuperação acelerada	Dados da plataforma de auditoria de 6 países	Estudo retrospectivo comparativo	Criação de uma unidade de enfermagem peri-operatória com responsabilidades bem definidas. Reconhecimento dos enfermeiros como agentes de mudança e como auditores do programa – promovendo a criação de <i>guidelines</i> para os cuidados.
A14	Mitchell, M. (2011). The future of surgical nursing and enhanced recovery programmes. <i>British Journal of Nursing</i> , 20(16), 978-984. Doi: 10.12968/bjon.2011.20.16.978	Descrever os princípios da recuperação acelerada e identificar os aspetos do conhecimento de Enfermagem que podem influenciar positivamente os resultados	-	Artigo de opinião com fundamentação teórica	Reporta a abordagem dinâmica que os enfermeiros podem ter no programa (“acompanhando o cliente” desde o pré-operatório até depois da alta). Revela que a Enfermagem deverá afastar-se dos cuidados puramente físicos e abranger intervenções coordenadas desde o pré-operatório com a preparação precoce da alta. É importante manter o foco na qualidade da informação transmitida aos clientes e estar atentos à gestão da ansiedade provocada pelo processo cirúrgico nos clientes. Promover a coordenação com os enfermeiros da comunidade para assegurar os cuidados de Enfermagem pós-alta.

APÊNDICE C – Orientação Técnica para a realização da Consulta

Âmbito	Reflete toda a envolvimento da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória do programa ERAS® demonstrando em que consiste, o porquê da sua importância, quais os objetivos da sua realização, principais atividades e registos a ter em conta na sua realização.
Objetivo	Fornecer a estrutura para a realização da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória ao cliente do programa ERAS®
Destinatários	Enfermeiros que realizem a Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

Descrição

Atualmente considera-se que os principais objetivos de uma avaliação pré-operatória adequada são: reduzir a morbidade e mortalidade do cliente cirúrgico; preparar a equipa prestadora de cuidados para as necessidades especiais do cliente (identificadas no período pré-operatório); promover informação adequada ao cliente de acordo com a sua experiência e prestar cuidados perioperatórios seguros e de qualidade.⁹

Uma abordagem de cuidados perioperatórios que coloca o cliente no centro do processo deverá ser o objetivo dos enfermeiros prestadores de cuidados em contexto cirúrgico. Para que esta abordagem seja possível a atuação da Enfermagem deverá começar antes do internamento, num momento privilegiado de contacto com o cliente – **Consulta de Enfermagem Pré-Operatória**. É reconhecido que o melhor momento para transmitir ao cliente os dados sobre a sua intervenção cirúrgica é entre 10 a 14 dias antes do procedimento (uma vez que os níveis de ansiedade aumentam com a proximidade à data da cirurgia), por forma a que o cliente e família tenham tempo para assimilar a informação e oportunidade para esclarecer eventuais dúvidas.⁶

A **Consulta de Enfermagem** irá permitir conhecer melhor o cliente e se for estruturada tendo por base o conceito de ensino pré-operatório, pode ajudá-lo a preparar-se adequadamente para a sua cirurgia e promover a sua participação ativa na experiência cirúrgica.⁵ Por outro lado, este contacto prévio com a Enfermagem possibilita ao cliente o esclarecimento de dúvidas o que é considerado muito positivo sobretudo na abordagem de cirurgia major¹⁵.

Estudos comprovam que a orientação e esclarecimentos pré-operatório prestados ao cliente contribuem positivamente para a sua recuperação promovendo o aumento da confiança e diminuindo as sensações de medo e ansiedade³ e, simultaneamente, a **Consulta de Enfermagem Pré-Operatória** tem vindo a ser considerada como um fator comprovado de melhoria continua e qualidade dos cuidados.⁵

Alguns dos aspetos considerados como temas importantes do ensino pré-operatório do cliente fazem parte das recomendações da ERAS®*Society* tendo-se por isso adotado o mesmo instrumento no que se refere ao nível de evidência e ao grau de recomendação segundo o sistema *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE®) sendo assim consideradas as seguintes atribuições^{1,7,8}:

- Níveis de evidência: alto, moderado, baixo ou muito baixo;
- Grau de recomendação: forte ou fraco.

Objetivos da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória são:

- Avaliação inicial do cliente;
- Realização de **ensino pré-operatório** (adaptado às características e necessidades do cliente¹²);
- Esclarecimento de dúvidas;
- Promover o autocuidado e o *empowerment* do cliente;
- Estabelecimento de uma relação de confiança com o cliente e diminuição da ansiedade.

Atividades:

a) Recolha de informação sobre:

- Exame físico (peso, altura, integridade cutânea);
- Antecedentes pessoais;
- Antecedentes cirúrgicos;
- Alergias;
- Consumos de álcool e tabaco;
- Próteses;
- Medicação habitual;
- Padrão de eliminação habitual;
- Padrão de alimentação habitual;
- Défices/alterações motoras;
- Exames complementares de diagnóstico;

Nível de evidência: Condição física - Muito baixo

Grau de recomendação: N/A

b) Avaliação psicológica/alterações do estado mental (eventuais défices cognitivos);

c) Avaliação de sinais vitais;

d) Entrega de esponjas com clorexidina[®];

Nível de evidência: Alto

Grau de recomendação: Forte

e) Diagnóstico de conhecimento sobre o Programa ERAS[®] (explicado na Consulta com o Cirurgião);

f) Identificação a rede de apoio familiar⁵;

g) Ensino pré-operatório sabe-se que os próprios clientes manifestam necessidade de receber informação⁶ e deve adequar-se a informação transmitida ao diagnóstico de conhecimento, às necessidades do cliente¹² e barreiras de comunicação⁵ - os principais tópicos deverão ser:

Nível de evidência: Baixo

Grau de recomendação: Forte

▪ **Como fazer a preparação para a cirurgia**

Bebida ERAS[®] (Fresubin[®] Jucyl 1 x 200ml às 21h30 e 1 x 200ml às 23h) na véspera da cirurgia;

Nível de evidência: Baixo

Grau de recomendação: Forte

Jejum 6h para sólidos e 3h para líquidos claros (água, chá e bebida ERAS[®]);

Nível de evidência: Moderado

Grau de recomendação: Forte

Preparação intestinal oral evitada se cirurgia ao cólon (confirmar indicação médica);

Nível de evidência: Alto

Grau de recomendação: Forte

Preparação da pele/higiene com esponja própria⁵;

Nível de evidência: Alto

Grau de recomendação: Forte

Orientação Técnica: ERAS[®] – Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

Aprovado em dd.mm.aa

- **O que fazer no dia da cirurgia:**
 - Bebida ERAS[®] (Fresubin[®] Jucy 1 x 200ml) até 3h antes da hora prevista da cirurgia;
 - Nível de evidência: Baixo
 - Grau de recomendação: Forte
- **O que vai acontecer no dia da cirurgia:**
 - Como será o acolhimento no serviço;
 - Onde pode a família esperar;⁵
- **Qual será o percurso desde a admissão até após a cirurgia (internamento, BO, UEI, etc);**
- **Como virá do bloco operatório:**
 - Onde vai acordar^{5,6};
 - Perfusões de soros e medicação;
 - Existência de pensos e drenos abdominais⁶;
 - Drenagem vesical e sonda naso-gástrica⁶;
 - Analgesia por cateter epidural⁶;
- **Salientar a importância do autocuidado e da participação ativa no processo de recuperação⁵;**
- **O que é esperado que faça no dia da cirurgia (pós-operatório):**
 - Iniciar líquidos 2 a 4h após o término da cirurgia;
 - Nível de evidência: Alto
 - Grau de recomendação: Forte
 - Levante para cadeirão nas 2 a 4h após o término da cirurgia – importância da mobilização precoce;⁵
 - Nível de evidência: Baixo
 - Grau de recomendação: Forte
 - Estimulação da motilidade gastrointestinal com pastilha elástica;
 - Nível de evidência: Pastilha elástica – Alto / Magnésio oral - Baixo
 - Grau de recomendação: Pastilha elástica – Forte / Magnésio oral - Fraco
 - Despistar sinais de alerta (dor, náuseas, vômitos, hemorragia, etc);
 - Comunicar qualquer alteração do estado (dor, náuseas, etc) à equipa de Enfermagem.
- **Familiarização com a Escala Numérica e Escala Visual da Dor^{5,6};**
- **O que é esperado que faça no dia 1 e 2 pós-operatório;**
- **Quais são os critérios para ter alta⁵:**
 - Cliente recuperou autonomia pré-operatória nas atividades de vida diárias;
 - Cliente a alimentar-se de dieta sólida sem náuseas ou vômitos;
 - Cliente com dor <4, apenas com analgesia *per os*;
 - Cliente sem medicação endovenosa prescrita;
 - Cliente emite gases ou evacuou.

Duração: prevê-se que a Consulta de Enfermagem seja feita entre 30-45 minutos.

A avaliação pré-operatória de Enfermagem permite identificar fatores de risco do cliente que podem ser preditores de complicações cirúrgicas, pelo que a sua identificação e devido registo acessível aos prestadores de cuidados é de extrema importância.¹¹ Os registos da Consulta de **Enfermagem Pré-Operatória** devem contemplar:

- Avaliação inicial de Enfermagem;
- Consulta de Enfermagem.

Orientação Técnica: ERAS[®] – Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

Aprovado em dd.mm.aa

Documentação a ser entregue ao cliente deverá ser:

- Guia de Orientação para a cirurgia (Documento com informação multidisciplinar sistematizada - a integração deste tipo de programas de cuidados sistematizados aumenta a consistência e congruência entre a informação que é transmitida ao cliente ao longo de todo o percurso cirúrgico)¹³;
- *Log book*;
- Contactos equipa ERAS[®].

Todo o investimento em informação ao cliente feito ao longo do processo cirúrgico pode ser entendido como uma forma de preparação para a alta estruturada, uma vez que promove a diminuição do *stress* e prevê a criação de expectativas mais realista em relação à recuperação e à alta do cliente.⁵

Referências e Notas

Requisitos	ERAS [®] Society - http://erassociety.org/loopiadns.com/guidelines/list-of-guidelines/
	Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition, 2017.
Ref. Interna	Procedimento – ERAS [®] – recomendações gerais de implementação para a cirurgia colorretal.

APÊNDICE D – Estrutura de registo da Consulta

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA				
Nome preferencial			(TEXTO LIVRE)	
Profissão	(TEXTO LIVRE)			
Acompanhado por		Nome	(TEXTO LIVRE)	
Vive só	<input type="checkbox"/>			
Vive acompanhado	<input type="checkbox"/>	Por		
			Outro	(TEXTO LIVRE)
REDE FAMILIAR				
Disponibilidade familiar para os cuidados		<input type="checkbox"/>		
Cuidados assegurados por profissional		<input type="checkbox"/>		
Dificuldade em assegurar cuidados		<input type="checkbox"/>		
Observações	(TEXTO LIVRE)			
ANTECEDENTES PESSOAIS				
HTA	<input type="checkbox"/>		Problemas visuais	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>		Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia	<input type="checkbox"/>		Problemas motores	<input type="checkbox"/>
Ansiedade	<input type="checkbox"/>		Doença respiratória	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>		Descrição	(TEXTO LIVRE)
Demência	<input type="checkbox"/>		Doença cardíaca	<input type="checkbox"/>
Défice cognitivo	<input type="checkbox"/>		Descrição	(TEXTO LIVRE)
Outra	(TEXTO LIVRE)			
ANTECEDENTES CIRURGICOS				
Descrição	(TEXTO LIVRE)	Data	(TEXTO LIVRE)	
Descrição	(TEXTO LIVRE)	Data	(TEXTO LIVRE)	
Descrição	(TEXTO LIVRE)	Data	(TEXTO LIVRE)	
Descrição	(TEXTO LIVRE)	Data	(TEXTO LIVRE)	
Descrição	(TEXTO LIVRE)	Data	(TEXTO LIVRE)	
Descrição	(TEXTO LIVRE)	Data	(TEXTO LIVRE)	
CONSUMOS				
Café	<input type="checkbox"/>	Chávenas/dia		(TEXTO LIVRE)
Alcool	<input type="checkbox"/>	Copos/dia		(TEXTO LIVRE)
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Cigarros/dia		(TEXTO LIVRE)
Drogas	<input type="checkbox"/>	Descrição		(TEXTO LIVRE)
ALERGIAS				
		Descrição	(TEXTO LIVRE)	
PRÓTESES				
	<input type="checkbox"/>	Tipo		
		Outra	(TEXTO LIVRE)	
MEDICAÇÃO HABITUAL				
Medicação	Dose	Posologia	Observações	
(TEXTO LIVRE)				
(TEXTO LIVRE)				
...				

AValiação Física				
Pressão Arterial	(TEXTO LIVRE)	mm/Hg		
Frequência Cardíaca	(TEXTO LIVRE)	ppm		
Temperatura	(TEXTO LIVRE)	°C		
SpO2	(TEXTO LIVRE)	%		
Dor				
	Se dor ≥ 1			
	Observações	(TEXTO LIVRE)		
Integridade cutânea				
	Pele seca		<input type="checkbox"/>	
	Pele hidratada		<input type="checkbox"/>	
	Pele pálida		<input type="checkbox"/>	
	Pele rosada		<input type="checkbox"/>	
	Pele íntegra			
	Observações	Descrição (TEXTO LIVRE) (TEXTO LIVRE)		
Nutrição				
	Nº de refeições			
	Sem restrições	<input type="checkbox"/>		
	Com restrições			
	Observações	Descrição (TEXTO LIVRE) (TEXTO LIVRE)		
	Sem alterações	<input type="checkbox"/>		
	Com alterações			
	Outra	(TEXTO LIVRE)		

Eliminação vesical				
	Sem alterações	<input type="checkbox"/>		
	Com alterações			
	Outras alterações	(TEXTO LIVRE)		
Eliminação intestinal				
	Sem alterações	<input type="checkbox"/>		
	Com alterações			
	Outras alterações	(TEXTO LIVRE)		
Sono/repouso				
	Sem alterações	<input type="checkbox"/>		
	Com alterações			
	Outra	(TEXTO LIVRE)		
Atividade motora				
	Sem alterações		<input type="checkbox"/>	
	Com alterações		<input type="checkbox"/>	
	Observações	Ajuda para deambular Não deambula (TEXTO LIVRE)		
	Atividade física regular			
	Observações	Descrição (TEXTO LIVRE) (TEXTO LIVRE)		
Avaliações				
	Escala de Morse	<input type="checkbox"/>		
	Índice de Barthel	<input type="checkbox"/>		

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA				
Orientado	Pessoa	<input type="checkbox"/>		
	Tempo	<input type="checkbox"/>		
	Espaço	<input type="checkbox"/>		
Não orientado	(TEXTO LIVRE)			
Calmo	<input type="checkbox"/>		Humor depressivo	<input type="checkbox"/>
Ansioso	<input type="checkbox"/>		Comunicativo	<input type="checkbox"/>
Agitado	<input type="checkbox"/>		Não comunicativo	<input type="checkbox"/>
Outra	(TEXTO LIVRE)			
Observações	(TEXTO LIVRE)			
AVALIAÇÃO CONHECIMENTO/EXPECTATIVA				
Conhecimento da doença				
Conhecimento da cirurgia				
Restrições em função das crenças	(TEXTO LIVRE)			
Expectativa do cliente	(TEXTO LIVRE)			
Observações	(TEXTO LIVRE)			

ENSINO AO CLENTE					
Temas	Véspera da cirurgia	Bebida energética	<input type="checkbox"/>		
		Jejum	<input type="checkbox"/>		
		Medicação	<input type="checkbox"/>		
		Preparação da pele	<input type="checkbox"/>		
		Preparação intestinal	<input type="checkbox"/>		
	Dia da cirurgia	Bebida energética	<input type="checkbox"/>		
		Preparação da pele	<input type="checkbox"/>		
		Próteses	<input type="checkbox"/>		
		Adornos	<input type="checkbox"/>		
		Objetos de valor	<input type="checkbox"/>		
		Percurso do cliente	<input type="checkbox"/>		
	Pós-operatório	Importância do autocuidado	<input type="checkbox"/>		
		Dieta de início precoce	<input type="checkbox"/>		
		Mobilização precoce e agressiva	<input type="checkbox"/>		
		Estimulação gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>		
		Sinais de alerta	<input type="checkbox"/>		
		Naúseas e vômitos	<input type="checkbox"/>		
		Dor e escala da dor	<input type="checkbox"/>		
		Planeamento da alta	<input type="checkbox"/>		
Outro	(TEXTO LIVRE)				

Disponibilidade para aprender			
Colocou dúvidas			
Dúvidas esclarecidas			
Documentação entregue			
	Guia de orientação	<input type="checkbox"/>	
	Log-book	<input type="checkbox"/>	
	Contactos	<input type="checkbox"/>	
Observações	(TEXTO LIVRE)		

APÊNDICE E – Guia informativo para o cliente

GUIA INFORMATIVO

Programa ERAS[®] - CIRURGIA COLORRETAL



Este documento pretende transmitir informações para que possa participar de forma mais ativa no seu processo de recuperação após a cirurgia.

O Programa ERAS[®] contempla um conjunto de recomendações que tem como principais objetivos melhorar a condição pré-operatória do cliente e diminuir o *stress* causado pela cirurgia no sentido de melhorar os resultados cirúrgicos e promover uma melhor e mais rápida recuperação do cliente.

Para que todo o processo ocorra da melhor forma é necessário o envolvimento do cliente e da sua família no plano de cuidados.

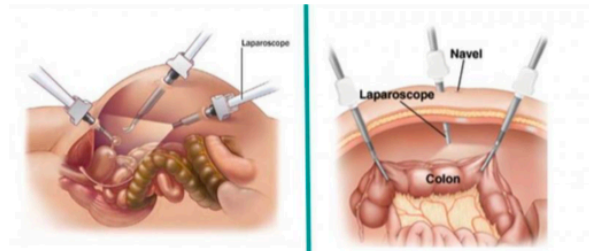
Em caso de ter alguma dúvida pode contactar a **equipa ERAS[®]**:

- O seu Cirurgião;
- A Enfermeira ERAS[®];
- A Nutricionista ERAS[®].

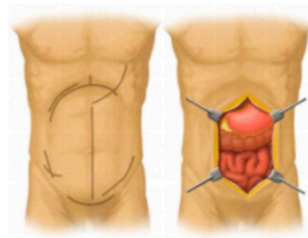
ABORDAGEM CIRÚRGICA

O ato cirúrgico consiste em remover a porção de intestino que se encontra afetada.

A abordagem cirúrgica de eleição denomina-se LAPAROSCOPIA e consiste na realização de 4 a 6 orifícios na região abdominal através dos quais se efetua todo o procedimento.



Por vezes a Laparoscopia não é possível e, desta forma, a abordagem cirúrgica chama-se LAPAROTOMIA e consiste na incisão abdominal que pode ter entre 10 a 20 cm de comprimento para realizar a cirurgia.



Em alguns casos há necessidade de construir uma ostomia de eliminação (vulgo “saco”) que consiste num orifício criado na região abdominal no qual o intestino é trazido à pele para promover a eliminação das fezes – o cirurgião discute a necessidade de o fazer na Consulta Pré-Operatória. No caso de se prever a realização da ostomia será encaminhado para a equipa especialista em estomoterapia.

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Aproximadamente 1 a 2 semanas antes da data da cirurgia deverá dirigir-se ao Hospital da Luz para o **dia ERAS**[®]. Este dia pressupõe a realização de um conjunto de atividades predefinido no Programa ERAS[®], assim a esta data irá ter 3 consultas:

- ✓ Enfermagem;
- ✓ Nutrição;
- ✓ Anestesia.

Em cada consulta terá a oportunidade de conversar com profissionais treinados que irão transmitir uma série de informações importantes para a preparação para a cirurgia e esclarecer as suas dúvidas.

Na consulta de **Enfermagem** serão colocadas várias questões para conhecer melhor a sua história clínica e serão transmitidas informações sobre todo o percurso e atividades do período pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório.

Na consulta de **Nutrição** será feita a avaliação do seu estado nutricional, e se necessário serão efetuados ajustes aos seus hábitos alimentares no sentido de preparação para a cirurgia. Serão dadas indicações sobre a dieta que deverá cumprir nos dias imediatamente antes da cirurgia.

Na consulta de **Anestesia** será feita a avaliação anestésica e dadas indicações importantes da medicação que toma habitualmente e alguns hábitos específicos.

COMO DEVE PREPARAR-SE PARA A CIRURGIA



Saúde Mental: promova atividades que ajudem a diminuir o stress e os níveis de ansiedade; esclareça as suas dúvidas com a sua equipa de saúde.



Alimentação: siga as indicações que se encontram mais à frente em 2 dias antes da cirurgia, véspera da cirurgia e dia da cirurgia. Deverá beber cerca de 1 a 1.5 litros de água.



Suplemento alimentar: ingestão de suplemento (**Fresubin Jucy**[®] - maçã ou ananás - **2 x 200ml** na véspera da cirurgia e **1 x 200ml** no dia da cirurgia até 3h antes da hora marcada).



Atividade Física: deverá **caminhar cerca de 20-30 minutos** por dia e fazer os exercícios respiratórios de acordo com as indicações de Enfermagem (atividade adequada à situação clínica).



Consumo de tabaco: o ideal seria entrar num programa de cessação tabágica – informe-se com o seu médico; procure não fumar das 24h antes da cirurgia.



Consumo de álcool: procure não consumir álcool nas 24h antes da cirurgia.



Dispositivos implantados (Pacemaker, Desfibrilhador, bomba de insulina): se for portador de um destes dispositivos informe o seu médico e traga o cartão de identificação no dia da cirurgia.



Medicação: deverá trazer a sua medicação habitual no dia da cirurgia mas não tome nada sem indicação do Médico ou do Enfermeiro. A medicação deverá vir na respetiva caixa permitindo a identificação dos comprimidos.

DIETA: 2 DIAS ANTES DA CIRURGIA - ANTEVÉSPERA

Ao longo do dia deve ingerir apenas os seguintes alimentos:

Data: ___/___/_____

Pequeno-almoço:

- Pão branco, tostas de trigo, bolacha Maria/água e sal/Marinheiras natural;
- Chá de ervas (cidreira, lúcia-lima, preto, tília), iogurte líquido sem lactose, bebida vegetal (arroz ou aveia ou amêndoa ou coco), café;
- Fatia de queijo sem lactose ou compota pêssigo ou abóbora ou mel ou geleia ou marmelada;

Almoço:

- Canja de carne ou de peixe ou creme de cenoura (cenoura, abóbora, batata e courgette sem casca, sal e azeite);
- Carne (frango ou peru) ou peixe magros cozidos ou grelhados;
- Tofu, ovo cozido;
- Arroz, batata, massa, cenoura cozinhada;
- Maçã/pera/marmelo cozidos ou assados ou gelatina de sabores variados;

Lanche:

- Pão branco, tostas de trigo, bolacha Maria/água e sal/Marinheiras natural;
- Chá de ervas (cidreira, lúcia-lima, preto, tília), iogurte líquido sem lactose, bebida vegetal (arroz ou aveia ou amêndoa ou coco), café;
- Fatia de queijo sem lactose ou compota pêssigo ou abóbora ou mel ou geleia ou marmelada;

Jantar:

- Canja de carne ou de peixe ou creme de cenoura (cenoura, abóbora, batata e courgette sem casca, sal e azeite);
- Gelatina de sabores variados;
- Chá de ervas, sumo de maçã.

DIETA: VÉSPERA DA CIRURGIA

Data: ___/___/_____

Pequeno-almoço:

- Chá de ervas (cidreira, lúcia-lima, preto, tília), iogurte líquido sem lactose, bebida vegetal (arroz ou aveia ou amêndoa ou coco), café;

Almoço:

- Caldo de canja de carne ou de peixe ou creme de cenoura líquido (cenoura, abóbora, batata e courgette sem casca, sal e azeite);

- Gelatina de sabores variados;
- Chá de ervas, sumo de maçã.

Lanche:

- Chá de ervas (cidreira, lúcia-lima, preto, tília), iogurte líquido sem lactose, bebida vegetal (arroz ou aveia ou amêndoa ou coco), café;

Jantar:

- Caldo de canja de carne ou de peixe ou creme de cenoura líquido (cenoura, abóbora, batata e courgette sem casca, sal e azeite);
- Gelatina de sabores variados;
- Chá de ervas, sumo de maçã.

PREPARAÇÃO: VÉSPERA DA CIRURGIA:

Deverá cumprir as indicações fornecidas pelos profissionais de saúde:

- Tomar banho com **esponja de clorexidina**[®];
- Não precisa de realizar depilação na região abdominal;
- Ingerir a bebida energética recomendada **Fresubin Jucy**[®]:
 - ✓ 1 x 200ml depois de jantar (se tiver diabetes não faz esta toma de suplemento);
 - ✓ 1 x 200ml ao deitar .
- Cumprir jejum de 6h para todos os alimentos à exceção do suplemento Fresubin Jucy[®] que fará 3h antes da cirurgia.

Se for **internado de véspera** deverá trazer para o Hospital das esponjas e os suplementos por forma a completar a preparação da cirurgia no Serviço de Internamento.

O QUE TRAZER PARA O HOSPITAL?

Para garantir a sua segurança e mais fácil recuperação deverá trazer:

- ✓ Exames realizados fora do hospital;
- ✓ Medicação habitual nas respetivas caixas;
- ✓ Pacote de pastilha elástica (sem açúcar) ou rebuçado à escolha;
- ✓ Óculos, próteses auditivas e dentárias;
- ✓ Roupas confortáveis e chinelos.

Nota: não deverá trazer objetos de valor como joias, dinheiro, cartões de crédito, entre outros.



DIA DA CIRURGIA

No dia da cirurgia deverá :

- Tomar novamente banho com a **esponja de clorexidina**[®];
- Proceder a uma cuidada higiene oral;
- Ingerir o suplemento alimentar recomendado Fresubin Jucy [®] 1 x 200ml 3h **antes** da hora marcada para a cirurgia.

No dia da cirurgia no Hospital deverá:

- Remover **próteses** e outros acessórios;
- Vestir a bata de bloco e colocar meias de contenção nos membros inferiores.

O SEU PERCURSO NO HOSPITAL

O seu internamento será feito diretamente no Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico no balcão administrativo. No quarto poderá preparar-se para a cirurgia. Daqui irá para o Bloco Operatório, na cama e na companhia do auxiliar de transporte. Quando chegar ao Bloco Operatório será recebido pela equipa de Enfermagem e será ainda avaliado pelo Anestesia que o acompanhará durante a cirurgia.

Após a cirurgia irá acordar no bloco operatório, um sítio habitualmente considerado desconfortável pela temperatura mais fria, pelas luzes e pelo barulho de máquinas e monitores. Será transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos ou Unidade de Cuidados Intermédios e só mais tarde para o quarto de Enfermaria no Serviço de Internamento.

Horário das visitas:

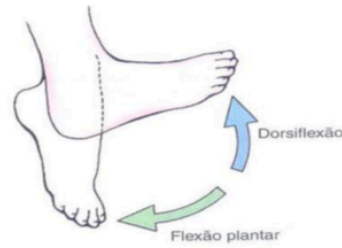
- Unidade de Cuidados Intensivos: 11h-21h uma pessoa de cada vez;
- Unidade de Cuidados Intermédios: 11h-21h uma pessoa de cada vez;
- Serviço de Internamento: 10h-22h.

DEPOIS DA CIRURGIA

Ao acordar provavelmente terá um conjunto de dispositivos como soro e medicação por um ou mais cateter inseridos nas veias, um dispositivo para urinar (que vulgarmente chamamos algália), fios de monitorização dispersos pelo tórax, uma manga para avaliar a tensão arterial e um dispositivo no dedo para avaliar os níveis de oxigénio.

Imediatamente após o fim da cirurgia o papel do cliente começa a ser muito importante para a recuperação.

- Deverá executar exercícios de dorsiflexão dos pés, várias vezes por dia, enquanto estiver deitado;
- Cerca de 2-4h depois da cirurgia realizar **levantar para o cadeirão** com ajuda dos enfermeiros;
- Cerca de 2-4h depois da cirurgia iniciar **água e chá** – dieta ERAS[®] (se tolerar o chá deverá ingerir 1 suplemento **Fresubin Jucy**[®] – igual aos que tomou antes da cirurgia);
- Progredir para dieta líquida ao jantar ou ceia conforme dieta ERAS[®] (dependendo da hora a que terminou a cirurgia);
- MUITO IMPORTANTE: Dar conhecimento à equipa de Enfermagem se estiver com **náuseas ou vómitos** ou se sentir **dor** (exemplo de escala numérica da dor na figura seguinte):



1º DIA PÓS-OPERATÓRIO

- Realizar **levantar para o cadeirão pelo menos 6h**;
- Deambular pelo quarto e corredor pelo menos 1x dia;
- Progredir para dieta líquida ou pastosa (mediante indicação da equipa);
- Ingerir as refeições sentado no cadeirão;
- Avaliar o **peso** corporal;
- Urinar no urinol/arrastadeira mesmo que seja no WC (para controlo do débito urinário),
- MUITO IMPORTANTE: Dar conhecimento à equipa de Enfermagem se estiver com **náuseas ou vómitos** ou se sentir **dor**

2º DIA PÓS-OPERATÓRIO

- Realizar **levantar para o cadeirão pelo menos 6h** por dia;
- **Deambular** pelo quarto e corredor pelo menos 2x dia;
- Progredir para dieta mole (mediante indicação da equipa)
- Avaliar o peso corporal;
- Ingerir entre **1,5-2litros** de água por dia, tolerância;
- Medicação analgésica em comprimidos.

3º DIA PÓS-OPERATÓRIO

No caso de ter sido submetido a uma cirurgia ao colón poderá já reunir condições para ter alta. Em caso de ter sido cirurgia ao reto, prevê-se que ainda venha a ficar aproximadamente mais dois dias internado. Estes são os tempos médios mais comuns mas poderão sofrer alterações de acordo com a avaliação do cirurgião e com a situação clínica.

CRITÉRIOS DE ALTA

Poderá ter alta se:

- Recuperou autonomia pré-operatória nas atividades de vida diárias;
- Está a alimentar-se de dieta sólida sem náuseas ou vômitos;
- Se tem dor de nível <4 (na escala numérica), apenas com analgésicos em comprimidos;
- Se emite gases ou evacuou.

CUIDADOS PÓS-ALTA

Após ter alta do Hospital deverá:

- Cumprir a dieta personalizada pela equipa de nutrição;
- Cuidados à ferida operatória de acordo com a indicação do Enfermeiro;
- Aplicar gelo local se desconforto em alguma abordagem cirúrgica;
- Tomar medicação analgésica segundo a prescrição médica;
- Retomar a atividade de vida diária segundo tolerância (avaliar restrições em termos de esforços físicos com seu cirurgião);
- Poderá retomar a atividade sexual segundo tolerância;
- Poderá voltar a conduzir, mediante tolerância.

Em caso de dúvidas poderá contactar a equipa ERAS[®] ou o Cirurgião responsável.

LISTA DE "TAREFAS"

A seguir será apresentada uma lista de atividades, o objetivo será que ao longo do internamento vá preenchendo as colunas de acordo com a sua evolução. É importante a sua colaboração colocando um na opção **SIM** ou **NÃO** e se necessário colocando dúvidas/informações relevantes na coluna das observações. Em caso de dúvida questione a Enfermeira ERAS[®] durante a visita.

VÉSPERA DA CIRURGIA			
ATIVIDADES	SIM	NÃO	OBS.
Esclareci as minhas dúvidas			
Cumpri as indicações de alimentação			
Fiz a preparação física com caminhada			
Cumpri as indicações em relação à medicação			
Bebi o suplemento alimentar (Fresubin Jucy)			
Tomei banho com a esponja de clorexidina [®]			
DIA DA CIRURGIA – ANTES DE SER OPERADO/A			
ATIVIDADES	SIM	NÃO	OBS.
Cumpri o jejum de sólidos de 6h			
Tomei banho com a esponja de clorexidina [®]			
Bebi a o suplemento alimentar até 3h antes da cirurgia			
Trouxe a minha medicação para o Hospital			
Trouxe pastilhas ou rebuçados			
Removi as próteses/adornos			
Vesti as meias de contenção			
DIA DA CIRURGIA – DEPOIS DE SER OPERADO/A			
ATIVIDADES	SIM	NÃO	OBS.
Tive dor			
Tive náuseas/vômitos			
Levantei-me para o cadeirão com ajuda			
Iniciei os líquidos pela boca			
DIA 1 DEPOIS DA CIRURGIA			
ATIVIDADES	SIM	NÃO	OBS.
Pesei-me			
Tive dor			
Tive náuseas/vômitos			
Ingeri alimentos sólidos			
Levantei-me para o cadeirão			
Andei pelo quarto/serviço			
Urinei sem a algália			
Emiti gases			
Evacuei			
Parei o soro			
DIA 2 DEPOIS DA CIRURGIA			
ATIVIDADES	SIM	NÃO	OBS.
Pesei-me			
Tive dor			
Tomei a medicação em comprimidos			

Tive náuseas/vômitos			
Bebi água entre 1,5l-2litros			
Ingeri alimentos sólidos			
Levantei-me para o cadeirão			
Andei pelo quarto/serviço			
Emiti gases			
Evacuei			
DIA 3 DEPOIS DA CIRURGIA			
ATIVIDADES	SIM	NÃO	OBS.
Pesei-me			
Tive dor			
Tomei a medicação em comprimidos			
Tive náuseas/vômitos			
Bebi água entre 1,5l-2litros			
Ingeri alimentos sólidos			
Levantei-me para o cadeirão			
Andei pelo quarto/serviço			
Emiti gases			
Evacuei			
Tive alta			

NOTAS/OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE F – Questionário de avaliação da Consulta

Avaliação da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória (inserida no Programa ERAS[®])

No âmbito do Programa ERAS[®] estamos a realizar um estudo sobre a sua opinião e satisfação, em relação à Consulta de Enfermagem Pré-Operatória (Consulta que teve com o Enfermeiro(a) antes da cirurgia na qual lhe foi fornecida alguma informação). A sua opinião é muito importante para podermos melhorar e, nesse sentido, pedimos que dê a sua opinião acerca das questões aqui colocadas. Obrigada pela sua colaboração.

I. Dados Demográficos

Idade		Sexo		Escolaridade	
18-29	<input type="checkbox"/>	Femino	<input type="checkbox"/>	Ensino Básico	<input type="checkbox"/>
30-49	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
50-69	<input type="checkbox"/>			Licenciatura	<input type="checkbox"/>
70-89	<input type="checkbox"/>			Mestrado	<input type="checkbox"/>
>90	<input type="checkbox"/>			Doutoramento	<input type="checkbox"/>

Profissão / Ocupação

Estudante	<input type="checkbox"/>	Desempregado (a)	<input type="checkbox"/>	Trabalhador por conta de outrem	<input type="checkbox"/>
Trabalhador por conta própria	<input type="checkbox"/>			Reformado (a)	<input type="checkbox"/>

II. Informação dada na Consulta

1. Em relação à Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, considera que esta foi:

Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Razoavelmente importante	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

2. As informações que lhe foram transmitidas na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória foram:

Muito importantes	<input type="checkbox"/>
Importantes	<input type="checkbox"/>
Razoavelmente importantes	<input type="checkbox"/>
Pouco importantes	<input type="checkbox"/>
Nada importantes	<input type="checkbox"/>

3. A quantidade de informação que lhe foi transmitida pelo Enfermeiro(a) nesta Consulta foi:

Muita informação	<input type="checkbox"/>
Informação adequada	<input type="checkbox"/>
Informação razoável	<input type="checkbox"/>
Pouca informação	<input type="checkbox"/>
Nenhuma informação	<input type="checkbox"/>

4. A informação que lhe foi fornecida pelo Enfermeiro(a), nesta Consulta, ajudou-o(a) a perceber a sua responsabilidade no processo de recuperação.

Concordo inteiramente	<input type="checkbox"/>
Concordo	<input type="checkbox"/>
Concordo parcialmente	<input type="checkbox"/>
Não concordo	<input type="checkbox"/>
Não concordo nada	<input type="checkbox"/>

5. Dos aspetos abordados na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, os que considerou mais importantes foram:

Ingestão de bebida energética	<input type="checkbox"/>	Sinais de alerta	<input type="checkbox"/>
Cuidados à pele	<input type="checkbox"/>	Pastilha elástica/rebuçado	<input type="checkbox"/>
Jejum pré-operatório	<input type="checkbox"/>	Naúseas e vômitos	<input type="checkbox"/>
Remoção de próteses e adornos	<input type="checkbox"/>	Dor e escala da dor	<input type="checkbox"/>
Percurso no Hospital	<input type="checkbox"/>	Preparação para a alta	<input type="checkbox"/>
Início de ingestão alimentar	<input type="checkbox"/>		
Mobilização precoce	<input type="checkbox"/>		
Autocuidado	<input type="checkbox"/>		

6. Durante a Consulta, o Enfermeiro(a), preocupou-se em que compreendesse bem toda a informação que lhe estava a dar.

- Concordo inteiramente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo
- Não concordo nada

7. Durante a Consulta teve oportunidade de esclarecer questões e dúvidas.

- Concordo inteiramente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo
- Não concordo nada

III. Experiência durante o Processo Cirúrgico

8. A Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, contribuiu para o(a) deixar mais tranquilo(a) em relação à cirurgia.

- Concordo inteiramente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo
- Não concordo nada

9. A Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, contribuiu para o(a) deixar mais tranquilo(a) em relação à sua recuperação depois da cirurgia (pós-operatório).

- Concordo inteiramente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo
- Não concordo nada

10. Durante o internamento, as intervenções dos Enfermeiros corresponderam às informações fornecidas na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória.

- Concordo inteiramente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo
- Não concordo nada

11. A Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, contribuiu para que a sua experiência durante o internamento fosse mais positiva.

- Concordo inteiramente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo
- Não concordo nada

IV. Responsabilidade / Participação no Processo Cirúrgico

12. A informação fornecida na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória ajudou-o(a) a colaborar melhor nos cuidados depois da cirurgia.

- Concordo inteiramente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo
- Não concordo nada

13. Os seus esforços para promover a recuperação foram influenciados pela informação fornecida na Consulta de Enfermagem Pré-Operatória.

- Concordo inteiramente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo
- Não concordo nada

14. Considera que teve uma participação ativa na sua recuperação.

- Concordo inteiramente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo
- Não concordo nada

V. Avaliação Global

15. De um modo geral, qual o grau de satisfação com a Consulta de Enfermagem Pré-Operatória?

- Muito satisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Razoavelmente satisfeito(a)
- Nada satisfeito
- Muito insatisfeito(a)

16. Se tivesse necessidade de ser submetido (a) a nova cirurgia gostaria de ter a Consulta de Enfermagem Pré-Operatória?

- Sim
- Não
- Talvez

Sugestões:

APÊNDICE G – Póster da revisão sobre o ensino pré-operatório

Poster n.º 7 – A eficácia do ensino pré-operatório: scoping review

Diana Isabel Arvelos Mendes^{1*}, Cândida Rosa Clemente
Férrito²

* diana.arvelos.mendes@gmail.com

1 Hospital da Luz, Portugal / Doutoranda em Enfermagem Universidade
Católica Portuguesa

2 Escola Superior de Saúde, I.P. Setúbal / ICS - Universidade
Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO: O ensino pré-operatório consiste num conjunto de atividades de enfermagem que visam preparar o cliente para o processo cirúrgico e para o período pós-operatório. É diariamente desenvolvido de diferentes formas em diferentes realidades hospitalares. Tem demonstrado muitas vantagens para o cliente como por exemplo a diminuição da ansiedade associada à cirurgia. Desta forma, por fazer parte do quotidiano dos enfermeiros, assume-se como uma temática de extrema importância para a enfermagem.

OBJETIVO: Conhecer a eficácia da intervenção de enfermagem, ensino pré-operatório à pessoa submetida a cirurgia, descrita na literatura.

METODOLOGIA: Foi elaborada uma scoping review que teve por base as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI) para Scoping Reviews. A pesquisa foi realizada em bases de dados eletrónicas, MEDLINE e CINAHL with full text, Nursing Reference Center e a B.On. Foram utilizados os descritores MeSh “preoperative care” e “preoperative education” associados ao descritor “nursing” por forma a melhor direcionar a pesquisa. Consideraram-se como critérios de inclusão estudos em português, inglês ou espanhol; realizados por enfermeiros, publicados entre o ano de 2010 e 2017; realizados com clientes adultos com cirurgia programada. Os estudos foram selecionados através de um diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) e apresentados sob a forma de um quadro.

RESULTADOS: Foram encontrados um total 289 artigos, que depois de aplicados os critérios de inclusão foram selecionados 11 para a revisão. Dos estudos selecionados sobre o ensino pré-operatório em clientes adultos submetidos a cirurgia, 6 são de natureza quantitativa e 5 qualitativos, onde recorreram à realização de entrevistas ou aplicação de questionários e escalas de avaliação da ansiedade.

127/214

APÊNDICE H – Artigo sobre as intervenções de Enfermagem no programa ERAS[®]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30540062>

The image shows a screenshot of a PubMed article page. At the top, there is a navigation bar with 'NCBI Resources' and 'How To' menus. Below this is the 'PubMed.gov' logo and a search bar containing 'PubMed'. The page title is 'Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review'. The article is from 'Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 6):2824-2832. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0436'. The authors listed are 'Mendes DIA^{1,2}, Ferrito CRAC¹, Gonçalves MIR²'. There is an 'Author information' section with two entries: '1 Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, Institute of Health Sciences. Lisboa, Portugal.' and '2 Hospital da Luz Lisboa. Lisboa, Portugal.'. The 'Abstract' section contains the following text: 'OBJECTIVE: To identify the Nursing interventions, described in literature, in the ERAS® program. METHOD: We defined a scoping review based on the recommendations of The Institute Joanna Briggs (JBI) and on research in electronic databases. We chose the studies through flow diagrams "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)" and presented them in a chart. RESULTS: We found 306 articles published between 2010 and 2018 and included 14 of them. The main results were: the crucial role nurses play throughout the surgical process, which begins at the preoperative nursing consultation; goes to post-operative care, such as early giving food to patients, effective management of pain or early mobilization; and ends in telephone follow-up. CONCLUSION: The introduction of the surgical program ERAS® may be an opportunity for nurses to play a more influential role in the surgical path, directly involving with their clients' results.' At the bottom, there is a 'Free full text' link and social media icons for Facebook, Twitter, and LinkedIn.

APÊNDICE I – Quadro síntese da análise dos questionários

Questões	Concordo Inteiramente		Concordo		Não concordo Nem discordo		Não Concordo		Não Concordo Nada	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
4. A informação que lhe foi fornecida pelo enfermeiro(a), nesta Consulta, ajudou-o(a) a perceber a sua responsabilidade no processo de recuperação.	66,7%	62	24,7%	23	8,6%	8	0,0	0	0,0	0
6. Durante a Consulta, o enfermeiro(a), preocupou-se em que compreendesse bem toda a informação que lhe estava a dar.	73,1%	68	23,7%	22	3,2%	3	0,0	0	0,0	0
7. Durante a Consulta teve oportunidade de esclarecer questões e dúvidas.	65,6%	61	30,1%	28	4,3%	4	0,0	0	0,0	0
8. A Consulta de Enfermagem pré-operatória, contribuiu para o(a) deixar mais tranquilo(a) em relação à cirurgia.	57,0%	53	32,3%	30	10,8%	10	0,0	0	0,0	0
9. A Consulta de Enfermagem pré-operatória, contribuiu para o(a) deixar mais tranquilo(a) em relação à sua recuperação depois da cirurgia (pós-operatório).	57,0%	53	31,2%	29	11,8%	11	0,0	0	0,0	0
10. Durante o internamento, as intervenções dos Enfermeiros corresponderam às informações fornecidas na Consulta de Enfermagem pré-operatória.	49,5%	46	36,6%	34	14,0%	13	0,0	0	0,0	0
11. A Consulta de Enfermagem pré-operatória, contribuiu para que a sua experiência durante o internamento fosse mais positiva.	57,0%	53	32,3%	30	10,8%	10	0,0	0	0,0	0
12. A informação fornecida na Consulta de Enfermagem pré-operatória ajudou-o(a) a colaborar melhor nos cuidados depois da cirurgia.	59,1%	55	31,2%	29	9,7%	9	0,0	0	0,0	0
13. Os seus esforços para promover a recuperação foram influenciados pela informação fornecida na Consulta de Enfermagem pré-operatória.	54,8%	51	31,2%	29	14,0%	13	0,0	0	0,0	0

14. Considera que teve uma participação ativa na sua recuperação.	60,2%	56	26,9%	25	12,9%	12	0,0	0	0,0	0
1. Em relação à Consulta de Enfermagem pré-operatória, considera que esta foi:	Muito Importante		Importante		Razoavelmente Importante		Pouco Importante		Nada Importante	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
	62,4%	58	31,2%	29	6,5%	6	0,0	0	0,0	0
2. As informações que lhe foram transmitidas na Consulta de Enfermagem pré-operatória foram:	Muito Importantes		Importantes		Razoavelmente Importantes		Pouco Importantes		Nada Importantes	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
	59,1%	55	34,4%	32	6,5%	6	0,0	0	0,0	0
3. A quantidade de informação que lhe foi transmitida pelo enfermeiro(a) nesta Consulta foi:	Muita Informação		Informação Adequada		Informação Suficiente		Pouca Informação		Nenhuma Informação	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
	38,7%	36	50,5%	47	10,8%	10	0,0	0	0,0	0
15. De um modo geral, qual o grau de satisfação com a Consulta de Enfermagem pré-operatória?	Muito Satisfeito		Satisfeito		Razoavelmente Satisfeito		Pouco Satisfeito		Nada Satisfeito	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
	74,2%	69	19,4%	18	6,5%	6	0,0	0	0,0	0
16. Se tivesse necessidade de ser submetido (a) a nova cirurgia gostaria de ter a Consulta de Enfermagem?	Sim		Não		Talvez					
	%	n	%	n	%	n				
	100,0%	93	0,0	0	0,0	0				

APÊNDICE J – Exemplos de mensagens dos clientes escritas nos questionários

- A Sra Enfermeira que fez a consulta de enfermagem Pré-Operatória foi extremamente clara e pertinente nas informações prestadas à minha Mãe.

Coincidência (ou não) também foi muito bom ter ~~uma~~^a pessoa que conhecia a Mãe quando chegou da cirurgia.

Obrigada pela participação

Este presença e acompanhamento é, a nosso ver, muito importante e útil. Para a doente e para a família.

Muito obrigada,

Concordo e estou bastante satisfeita com a consulta de pré-operatório, só durante o tempo de internado nem todos os enfermeiros colaboram no sentido da informação que nos foi dado na consulta. Por isso, os restantes enfermeiros

A preparação para a cirurgia e acompanhamento são muito importantes para tornar o processo mais seguro e livre de tranqüilidade e confiança psicológica, evitando a ansiedade.

