

RITA MARIA LEMOS BAPTISTA SILVA

INOVAÇÃO INFORMÁTICA DE ATENDIMENTO HOLÍSTICO DO IDOSO NO BLOCO OPERATÓRIO

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientadora – Professora Doutora Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Saúde da Universidade da Madeira

RESUMO

A cirurgia, como ferramenta crucial na resolução de problemas nos idosos, na melhoria de funções e qualidade de vida, despertou-nos para a construção de um programa de inovação informática de atendimento holístico do idoso no bloco operatório, visando reconstruir as práticas de enfermagem perioperatória e adequar as intervenções dos enfermeiros às necessidades dos idosos atendidos no bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Para a sua consecução efetuámos dois estudos: o primeiro “estudo piloto”, quantitativo e descritivo, teve por objeto compreender as características e avaliar o estado funcional dos idosos (n= 120). Verificou-se que a média do “Índice de Barthel” foi de 63,9 e à medida que a idade aumenta, aquele diminui. O segundo, de tipo quantitativo e correlacional, teve como objetivo avaliar o programa de atendimento ao cliente no bloco operatório, com enfoque no idoso em período perioperatório e nos enfermeiros perioperatórios. Para a sua consecução, efetuou-se uma observação estruturada às práticas de enfermagem perioperatória (n=111), antes e após a aplicação do referido programa, e, simultaneamente, averiguamos indicadores relacionados com o idoso em fase perioperatória (n=460), utilizando variáveis clínicas e variáveis associadas a escalas de medida, nomeadamente: Índice de Barthel, avaliação da dor aguda pós-operatória, ansiedade-estado de Spielberger for Adults, the Amestardâ Preoperative Anxiety and Information, avaliação do risco de queda e avaliação do risco de úlceras por pressão. Decorrente da implementação do programa, observaram-se melhorias significativas na *performance* dos enfermeiros, entre as quais, a realização da visita pré e pós-operatória (86,7%), a avaliação da ansiedade pré-operatória (86,7%), a avaliação da dor aguda pós-operatória (100%), a realização de registos completos pré e pós-operatórios (86,7%; 96,7%). No atendimento integral dos clientes idosos, constatou-se que a maioria é do sexo feminino (57,8%; 63%) com idades entre os 65-69 anos (36,5%; 30%). A especialidade com maior representatividade foi a cirurgia geral (34,3%; 29,1%), do tipo Major (70,0%; 78,7%). A maioria dos idosos foi submetida a anestesia geral (58,7%; 59,6%) sendo o tempo médio de recobro de 3 horas e 31 minutos, na 1ª fase, e 3 horas e 10 minutos, na 2ª fase. O nível de ansiedade pré-operatória e a dor aguda evidenciaram uma diminuição significativa no pós-operatório na 2ª fase. Os resultados comprovaram a aplicabilidade e exequibilidade deste programa, sendo a sua validação efetuada apenas nos clientes idosos.

Palavras-chave: Perioperatório, idoso, programa informático, enfermagem perioperatória

Abstract

Surgery, as a crucial tool in solving problems in the elderly, in the improvement and quality of life, arose our awareness to construct a computer programme for elderly care in surgery, in order to rebuild the perioperative nursing practices, adapt the interventions of nurses to the needs of the elderly in surgery of the Hospital Dr. Nélio Mendonça. Two studies were carried out for its achievement. The first "pilot study", quantitative and descriptive, being its purpose to understand the features and evaluate the functional status of the elderly (paragraph 120). It was found that the average "Barthel Index" was 63.9 and as age increases that decreases. The second type was both quantitative and correlational aimed to assess the customer service programme in surgery, with a focus on the elderly in perioperative period and on perioperative nurses. For its achievement a structured observation of perioperative nursing practices was carried out (paragraph 111) before and after the implementation of this programme and, at the same time to discover indicators related to the elderly in the perioperative stage (n460) using clinical variables and variables associated with measuring scales, including Barthel index, rating scales acute postoperative pain, anxiety scale-Spielberger State for Adults, The Preoperative Anxiety and Information Amsterdam Scale, the scale of assessment of the risk of falling and the scale of assessment of the risk of pressure ulcers. Arising from the implementation of the programme, we observed significant improvements in nurses' performance, including the performance of pre and postoperative visit (86.7), the evaluation of preoperative anxiety (86.7), the assessment of acute postoperative pain (100), the realization of full preoperative and postoperative records (86.7; 96.7). In the comprehensive care of the elderly patients, it was found that the majority are female (57.8; 63) aged 65-69 years (36.5; 30). The medical specialty with the highest representativeness was the General Surgery (34.3; 29.1), Major type (70.0; 78.7). Most elderly underwent general anesthesia (58.7; 59.6) being the average time of recovery 3:0 and 31 minutes in the first phase and 3:0 and 10 minutes in the second phase. The preoperative anxiety level and the acute pain showed a significant decrease in the postoperative period in the second phase. The results showed the applicability, feasibility and validation of this programme, performed only on elderly patients.

Keywords: perioperative, elderly, computer programme, perioperative nursing

Siglas e Abreviaturas

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APAIS - Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EORNA – European Operating Room Nurses Association

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

EVA – Escala Visual Analógica

GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas

GCPPCIRA – Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

HELICS – Hospitals Europe Link for Infection Control Through Surveillance

SPSS IBM - Statistical Package for the Social Sciences

INE – Instituto Nacional de Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

MFS – Morse Fall Scale (Escala de Quedas de Morse)

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Personal Computer

RAM – Região Autónoma da Madeira

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

STAI Y - State-trait Anxiety Inventory for Adults

UCPA – Unidade de Recuperação Pós- anestésica

UNAIBODE - Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opérateur Diplômés d'Etat.

AGRADECIMENTOS

Expressamos o nosso agradecimento a todos os que, de diferentes modos, contribuíram para a realização desta investigação. A todos, um muito obrigado.

À Prof.^a Doutora Corália Vicente, Diretora do Doutoramento em Ciências de Enfermagem da Universidade do Porto pelo estímulo imprimido e amizade demonstrados na aventura de “embarcar” neste estudo árduo, porém gratificante não só em termos técnico-científicos, como no aperfeiçoamento da inovação e desenvolvimento em saúde.

À Prof.^a Doutora Maria Manuela Martins, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto e orientadora deste estudo de pesquisa, a qual se tem revelado uma grande amiga de todos os momentos, pela sabedoria e dedicação que transmitiu ao longo do trabalho, o nosso obrigado. Bem-haja pela preciosidade como ensina e pela amiga que é.

À Prof.^a Doutora Maria Helena Gonçalves Jardim, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade da Madeira e coorientadora desta investigação, pela forma como acedeu carinhosa e prontamente à coorientação deste trabalho, depositando toda a sua confiança nesta pesquisa, a qual orientou de forma hábil revelando todo o seu empenho ao longo da realização deste trabalho com grande saber e muita dedicação. Além disso, demonstrou ser uma grande amiga com a qual aprendemos, crescemos e somos ouvidos e compreendidos nos momentos cruciais.

À D^{ra}. Márcia Baptista pelo trabalho realizado e carinho posto no processamento, arrumação e composição gráfica dos dados estatísticos; pela maneira, tão espontânea, gentil, como nos transmitiu o seu saber em matéria de informática; bem como pela sua disponibilidade no apoio ao tratamento de dados e no esclarecimento de algumas dúvidas.

À Enfermeira Simone Gomes, por nos momentos difíceis, com a sua grande arte de saber ouvir, criticar e encorajar, estar presente para refletir connosco sobre as diversas questões do estudo

Ao Conselho de Administração, Comissão de Ética e ao Serviço de Informática do SESARAM EPE que connosco colaboraram agradecemos o interesse e as facilidades concedidas na concretização deste estudo.

À minha filha Isa João Silva o mais profundo reconhecimento pelo carinho, apoio, inspiração e incentivo que demonstrou para connosco.

Ao meu marido, Isaque Silva, companheiro de todos os momentos, quer fáceis quer difíceis, sem o qual este trabalho não seria exequível pois amparou-nos nos momentos de desânimo e cansaço. O nosso muito obrigado por todo o carinho e apoio que sempre dedicou.

Por último, não menos importante à AESOP e a toda a equipe do Bloco Operatório do SESARAM EPE que colaboraram no estudo, sem os quais não seria possível a efetivação desta pesquisa e deste programa inovador de atendimento ao cliente no bloco operatório.

PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES

Apresento, seguidamente, as publicações e comunicações realizadas ao longo do desenvolvimento da investigação

Publicações efetuadas pela autora

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. (2015). Nursing Postoperative Visit as a Qualityindicator for Surgical Patient Care. Journal of Perioperative Practice, UK (review process).

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. (2014). Visita Pós-operatória de Enfermagem como Indicador de Qualidade Assistencial ao Doente Cirúrgico, Revista de Divulgação Científica AICA.

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. (2011). Avaliação da Dependência Funcional e Mobilidade do Idoso em Cirurgia Eletiva, no Período Pré-operatório. Revista de Divulgação Científica AICA.

Silva, R.; Martins, M.; Jardim, H.G. (2011). Projeto de Doutoramento “Atendimento do Idoso no Bloco Operatório”. AESOP Revista Vol XII (36).

Comunicações efetuadas pela autora:

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. O Impacto dos Interventores de Saúde no Aluvião do 20 de Fevereiro de 2010, Conferencia efetuada na Associação de Investigação Científica do Atlântico (AICA): A reação do Sistema Regional de Saúde à Catástrofe do 20 de Fevereiro de 2010, Madeira, 2015.

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. Cirurgia do Ambulatório – Uma Realidade e Perspetivas Futuras, Conferência efetuada na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, Madeira, 2013.

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. Papel do Enfermeiro Perioperatório – Apresentação do Programa de Registo Eletrónico de Atendimento ao Cliente no

Bloco Operatório, Seminário na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, Madeira, 2013.

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. Care for the Elderly in Block Operating Theatre – Intervention Programme in Perioperative Nursing Care for the Elderly, 6th EORNA Congress, Sailing to the Future, Lisbon, Portugal, 2012.

(A comunicação foi avaliada pelo Scientific Committee do 6th EORNA CONGRESSO, sendo atribuído uma pontuação de 4,33, cujo máximo=5).

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. Pain Control After Surgery – Acute Pain, , 6th EORNA Congress, Sailing to the Future, Lisbon, Portugal, 2012.

(A comunicação foi avaliada pelo Scientific Committee do 6th EORNA Congress sendo atribuído uma pontuação de 4,33, cujo máximo=5).

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. Atendimento Perioperatório do Idoso, 1º Fórum Nacional – Bloco Operatório (25º aniversário da AESOP), Porto, 2011.

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. Avaliação do Estado Funcional dos Idosos Submetidos a Cirurgia e Perioperatório nos Serviços de Cirurgia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, 11 Congresso da Nursing, Lisboa, 2011.

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. Divulgação dos Indicadores Produzidos no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, 2ª Reunião do Clube dos Enfermeiros Perioperatórios Gestores (AESOP), Porto 2011.

Posters

Silva, R., Martins, M., Jardim, H.G. Programa de Intervenção em Cuidados de Enfermagem Perioperatória no Doente Idoso, 11 Congresso da Nursing, Lisboa, 2011.

Moderadora de mesa

Silva, R. Bloco Operatório e Segurança de Cuidados, Conferência de Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, Madeira, 2013.

Silva, R. Instrumentação de Rotura de Aneurisma da Aorta Abdominal, Semana Ibérica de Emergência Médica da Madeira, Madeira, 2013

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	- 1 -
1 ASSISTÊNCIA AO IDOSO NO PERIOPERATÓRIO.....	- 7 -
1.1 A ENFERMAGEM.....	- 13 -
1.1.1 A Enfermagem Perioperatória	- 15 -
1.2 FASES DO ATENDIMENTO CIRÚRGICO	- 20 -
1.2.1 Período Pré-operatório	- 21 -
1.2.2 Período Intraoperatório.....	- 24 -
1.2.3 Período Pós-operatório.....	- 27 -
1.3 QUALIDADE NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	- 32 -
1.4 ÉTICA EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	- 49 -
1.5 INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA COMO CONTRIBUTO PARA OS GANHOS EM SAÚDE DO CLIENTE.....	- 51 -
2 ATENDIMENTO DO CLIENTE IDOSO NO PERIOPERATÓRIO	- 55 -
2.1 PERFIL DO IDOSO NO PERIOPERATÓRIO – PLANEAMENTO DO ESTUDO PILOTO	- 60 -
2.1.1 População e Amostra.....	- 60 -
2.1.2 Instrumentos de Colheita de Dados	- 61 -
2.1.3 Procedimentos de Colheita de Dados e Éticos.....	- 61 -
2.1.4 Variáveis em Estudo	- 62 -
2.2. DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	- 64 -
3 INOVAÇÃO INFORMÁTICA DE ATENDIMENTO HOLÍSTICO DO IDOSO NO BLOCO OPERATÓRIO	- 69 -
3.1 PREPARAÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA	- 72 -
3.2 NATUREZA DO PROGRAMA	- 73 -
3.3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	- 76 -
3.3.1 Ações para a Implementação do Programa por Períodos Perioperatórios.....	- 78 -
3.3.2 Indicadores de Avaliação de Qualidade para Avaliação da Assistência de Enfermagem Perioperatória.....	- 81 -
3.4 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	- 83 -
3.4.1 Enfermagem Perioperatória/Aparências e Realidades	- 83 -
3.4.2 População e Amostra.....	- 84 -
3.4.3 Instrumento de Colheita de Dados e Procedimentos	- 84 -
3.4.4 Resultados da Observação dos Enfermeiros Perioperatórios	- 85 -

4 IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA “ <i>INOVAÇÃO INFORMÁTICA DE ATENDIMENTO HOLÍSTICO DO IDOSO NO BLOCO OPERATÓRIO</i> ” – ESTUDO PRINCIPAL.....	- 91 -
4.1 REFLETINDO SOBRE O CUIDAR DO CLIENTE IDOSO PERIOPERATÓRIO – ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO.....	- 93 -
4.1.1 Variáveis em Estudo	- 94 -
4.1.2. Instrumentos de Colheita de Dados	- 96 -
4.1.3. Procedimentos de Recolha de Dados.....	- 100 -
4.1.4 Amostra.....	- 101 -
4.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DO CLIENTE IDOSO NO PERIOPERATÓRIO	- 102 -
4.3 DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO CLIENTE IDOSO PERIOPERATÓRIO	- 111 -
4.4 ÚLCERAS POR PRESSÃO (UPP) NO CLIENTE IDOSO PERIOPERATÓRIO	- 114 -
4.5 RISCO DE QUEDA NO CLIENTE IDOSO PERIOPERATÓRIO.....	- 116 -
4.6 ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA NO CLIENTE CIRÚRGICO	- 118 -
4.7 DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA NO CLIENTE IDOSO	- 121 -
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	- 123 -
6 CONCLUSÃO	- 139 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	- 145 -
APÊNDICE 1 – Atendimento do cliente no Bloco Operatório - Programa de Registo Eletrónico (<i>volume independente</i>)	- 159 -
ANEXOS	- 161 -

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Assistência no bloco operatório.....	- 16 -
Figura 2 Organização dos cuidados de enfermagem no bloco operatório.....	- 20 -
Figura 3 Focos de atenção do enfermeiro no período pós-operatório.....	- 28 -
Figura 4 Diagrama do estudo	- 59 -
Figura 5 Estrutura do Programa de Atendimento ao Cliente no Bloco Operatório	- 77 -

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Ações desenvolvidas no pré-operatório	- 79 -
Quadro 2 Ações desenvolvidas no intraoperatório	- 80 -
Quadro 3 Ações desenvolvidas no pós-operatório	- 81 -
Quadro 4 Indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem perioperatório	- 82 -

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Operacionalização da caracterização sociodemográfica dos clientes	- 62 -
Tabela 2 Operacionalização da caracterização clínica dos clientes	- 63 -
Tabela 3 Operacionalização da escala de avaliação do grau de independência do cliente idoso	- 63 -
Tabela 4 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo o género, estado civil e faixa etária.....	- 64 -
Tabela 5 Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade.....	- 64 -
Tabela 6 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo a especialidade cirúrgica.....	- 65 -
Tabela 7 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo o tipo de anestesia	- 65 -
Tabela 8 Distribuição da população segundo os tempos operatórios	- 65 -
Tabela 9 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo as atividades avaliadas	- 66 -
Tabela 10 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo o grau de dependência.....	- 67 -
Tabela 11 Limites de variação do Índice de Barthel pelo género	- 67 -
Tabela 12 Limites de variação do Índice de Barthel pela faixa etária.....	- 68 -
Tabela 13 Intervenções nos diversos sectores implicados no processo.....	- 74 -
Tabela 14 Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do bloco operatório	- 85 -
Tabela 15 N ^o de cirurgias realizadas por especialidade cirúrgica e por fase	- 85 -
Tabela 16 Procedimentos de enfermagem no período pré-operatório por fase	- 87 -
Tabela 17 Procedimentos de enfermagem no período intraoperatório por fase.....	- 88 -
Tabela 18 Procedimentos de enfermagem no período pós-operatório por fase.....	- 89 -
Tabela 19 Operacionalização da caracterização sociodemográfica dos clientes.....	- 94 -
Tabela 20 Operacionalização da caracterização clínica dos clientes.....	- 95 -
Tabela 21 Operacionalização das escalas de avaliação do estudo.....	- 95 -
Tabela 22 Distribuição de variáveis sociodemográficas em clientes cirúrgicos	- 102 -
Tabela 23 Medidas estatísticas descritivas da idade em clientes cirúrgicos por fase do estudo.....	- 103 -
Tabela 24 Distribuição do n ^o de clientes cirúrgicos pela faixa etária, género e fase.....	- 103 -
Tabela 25 Medidas descritivas do peso (kg) em clientes cirúrgicos por fase.....	- 104 -
Tabela 26 Medidas descritivas do peso (kg) em clientes cirúrgicos por género e fase....	- 104 -
Tabela 27 Medidas descritivas do peso (kg) em clientes cirúrgicos por faixa etária e por fase	- 105 -
Tabela 28 Distribuição do n ^o de clientes por especialidades cirúrgicas, tipo de cirurgia e por fase	- 105 -
Tabela 29 Distribuição do n ^o de clientes cirúrgicos por especialidades cirúrgicas, género e fase	- 106 -
Tabela 30 Distribuição do n ^o de clientes cirúrgicos por tipo de cirurgia, género e fase....	- 107 -
Tabela 31 Distribuição do n. ^o de clientes por especialidades cirúrgicas, faixa etária e fase.	- 108 -
Tabela 32 Distribuição do n ^o de clientes por tipo de cirurgia, faixa etária e fase.....	- 109 -
Tabela 33 Distribuição do n ^o de clientes cirúrgicos pelo tipo de anestesia e fase.....	- 109 -
Tabela 34 Medidas descritivas dos tempos operatórios por fase.....	- 110 -
Tabela 35 Medidas descritivas do tempo de recobro por tipo de anestesia e fase	- 111 -

Tabela 36 Dependência funcional do idoso por atividade e fase	- 112 -
Tabela 37 Dependência funcional do idoso por pontuação do Índice de Barthel e fase ..	- 113 -
Tabela 38 Dependência funcional do idoso por pontuação do Índice de Barthel, género e fase	- 113 -
Tabela 39 Dependência funcional do idoso por pontuação do Índice de Barthel, faixa etária e fase	- 114 -
Tabela 40 Risco para UPP no idoso por fase.....	- 115 -
Tabela 41 Risco para UPP no idoso por faixa etária e fase	- 115 -
Tabela 42 Risco para UPP no idoso por género e fase	- 116 -
Tabela 43 Risco de queda no idoso por fase.....	- 117 -
Tabela 44 Risco de queda no idoso por faixa etária e fase.....	- 117 -
Tabela 45 Risco de queda no idoso por género e fase.....	- 117 -
Tabela 46 Ansiedade (Escala de Amestardã) no idoso por fase.....	- 118 -
Tabela 47 Ansiedade (Escala de Amestardã) no idoso por faixa etária e fase.....	- 118 -
Tabela 48 Ansiedade (Escala de ansiedade de Amestardã) no idoso por género e fase ..	- 119 -
Tabela 49 Ansiedade (Escala de ansiedade de Spilberger) no idoso por fase.....	- 119 -
Tabela 50 Ansiedade (Escala de ansiedade de Spilberger) no idoso por faixa etária e fase	- 120 -
Tabela 51 Ansiedade (Escala de ansiedade de Spilberger) no idoso por género e fase ..	- 120 -
Tabela 52 Grau de dor aguda perioperatória por fase e período operatório	- 121 -

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade inquestionável e um fenómeno em crescimento à escala mundial e, conseqüentemente, com projeções que apontam um grande acréscimo da população idosa. Segundo dados de 2015 do Census Bureau dos EUA, a população aumentou 7,9% em 2010 e passará para 17,0% em 2020. A faixa etária com maior incremento situa-se nos 65 e mais anos, cujos números devem aumentar de 13,3% em 2010 para 53,2% em 2020.

Nos últimos censos 2001/2011 (INE, 2011), a população com 65 e mais anos cresceu 19%, enquanto a população mais jovem, com menos de 15 anos, recuou 15%. Os dados do INE indicam que o Índice de envelhecimento de 2013 foi de 136 idosos para 100 jovens. No triénio 2011/2013, a esperança de vida era de 80 anos. Apesar da RAM ser das regiões do país com menor índice de envelhecimento, na última década, aumentou de 71,6 em 2001 para 90,7 em 2011.

Num estudo prospetivo 2010/2020, Etzioni, Liu, Maggard & Ko (2003), concluíram que “o envelhecimento da população dos Estados Unidos irá resultar em um crescimento significativo na procura de serviços cirúrgicos” (p.170). Verificamos que, em Portugal, a tendência será idêntica atendendo ao acima exposto. As intervenções dos enfermeiros perioperatórios exigem um olhar atento sobre as necessidades dos clientes e as particularidades das suas características, assim sendo os idosos, face às suas especificidades, acresce a necessidade cirúrgica e um olhar mais atento para as fragilidades que podem ocorrer no processo de saúde/doença.

O aumento da afluência dos idosos às instituições e aos cuidados de saúde e o tempo de permanência nas mesmas, requer dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, um cuidar peculiar, com elevado nível de conhecimentos e competências técnico-científicas, uma assistência sistemática, holística e humanizada, o que implica uma emergente mudança de comportamentos, conhecimentos e atitudes.

No perioperatório, o enfermeiro deve estar atento ao cliente cirúrgico idoso, de modo a prevenir complicações a nível psicológico, fisiológico ou social que engloba o cliente e família, as quais podem influenciar negativamente na recuperação e na reabilitação do cliente, aumentando o período de internamento e os conseqüentes custos hospitalares.

Resultante dos cuidados perioperatórios do cliente idoso, e confrontados com os desafios decorrentes da evolução/complexidade dos procedimentos cirúrgicos cada vez mais invasivos e com conseqüente acréscimo do risco de morbidades nestes indivíduos, é nosso objetivo primordial reconstruir as práticas da enfermagem perioperatória através da construção/implementação de um **Programa de Intervenção em Cuidados de Enfermagem Perioperatória para o Atendimento dos Clientes no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça.**

Quando os enfermeiros detêm conhecimentos advindos do processo de envelhecimento, a implementação de medidas preventivas no pré, intra e pós-operatórias irão influenciar positivamente no restabelecimento de funções afetadas, no idoso durante o processo cirúrgico, independentemente do contexto em causa. Só assim é que a enfermagem será considerada e valorizada pela população, pois é o enfermeiro que, ao prestar bons cuidados, não só irá ajudar a prolongar a vida, mas também ajudar a dar sentido a essa vida, com conforto e dignidade.

A evidência científica espelha que já não se negam os benefícios da intervenção cirúrgica por causa da idade, embora as intervenções cirúrgicas, por vezes acarretem problemas aos idosos. Contextualizamos a nossa inquietação através da construção de um programa de atendimento no bloco operatório, englobando o perioperatório.

Iniciamos por um estudo piloto, em que efetuamos uma avaliação das necessidades da pessoa idosa no que se refere ao atendimento perioperatório no Hospital Dr. Nélio Mendonça. Foi, ainda, nossa preocupação avaliar, através da observação, o desempenho do enfermeiro perioperatório no cuidar da pessoa idosa submetida a cirurgia. A avaliação prévia das condições físicas, psicológicas, sociais e culturais dos idosos permitiu, ampliar a compreensão das suas necessidades perioperatórias.

A observação, em detalhe, dos enfermeiros possibilitou detetar quais as intervenções de enfermagem dirigidas à população em estudo. As informações geradas no estudo piloto proporcionaram os subsídios para a construção e implementação do programa de intervenção em cuidados de enfermagem, no que concerne ao atendimento do idoso nos períodos pré, intra e pós-operatórios, conduzindo ao planeamento de estratégias de atendimento e intervenções adequadas à realidade destes indivíduos.

Durante a construção do programa de atendimento do cliente no bloco operatório, houve necessidade de reconstruir as práticas de enfermagem, traduzindo-se numa mudança de paradigma, no que concerne aos registos de enfermagem perioperatória. Recorreu-se a uma **aplicação de registos eletrónicos para implementação do Programa de Atendimento dos Clientes no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça.**

As tecnologias de informação em saúde possibilitam a eficiência organizacional, a otimização da utilização dos recursos e a promoção e melhoria dos cuidados. O seu acompanhamento por parte dos enfermeiros merece apreço, pois estes profissionais desempenham um papel preponderante nas organizações de saúde, uma vez que estão imbuídos de competências técnico-científicas, relacionais e comunicacionais, no atendimento ao cliente no ciclo de vida, no presente estudo considerou-se a população idosa. Ao longo dos tempos, estas afirmam-se como indispensáveis para a gestão da multiplicidade de informação que caracteriza os cuidados de saúde.

As tecnologias da informação têm adquirido uma importância especial no âmbito da saúde, nas suas diferentes dimensões e níveis de ação, produzindo potenciais benefícios para os cidadãos e para os prestadores dos serviços. A sua utilização constitui-se como um elemento essencial para a promoção de formas de relacionamento mais seguras e cuidados de saúde mais acessíveis e economicamente eficientes (DGS, 2010).

Posteriormente, a avaliação/validação do programa efetuou-se através de análises estatísticas qualitativas e quantitativas dos dados recolhidos, através de instrumentos de medida antes e após a implementação do programa eletrónico de atendimento.

Com a implementação do referido programa no bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, cooperamos na garantia de cuidados mais seguros, uniformizando procedimentos de enfermagem perioperatória, adequando as intervenções de enfermagem às necessidades dos clientes atendidos no bloco operatório, otimizando as práticas de enfermagem perioperatória, com a edificação de indicadores, sendo esta uma mais-valia na gestão, na tomada de decisões, no controlo de custos e melhoria da qualidade no atendimento ao cliente no perioperatório, especificamente o cliente idoso.

Inicialmente apresentamos uma síntese do referencial teórico que suporta todos os estudos e que nos preparou para a entrada em campo, com o enfoque nos clientes idosos. Elenca-se o processo metodológico que orienta todo o desenho da investigação, onde se descrevem minuciosamente e rigorosamente o objeto do estudo e técnicas utilizadas nas atividades de investigação, sucedendo-se a análise, a interpretação dos resultados da pesquisa e a discussão dos resultados com um novo recurso ao referencial teórico de suporte. Na última parte do relatório surgem as conclusões, inferências advindas da pesquisa, estrangimentos e pesquisas futuras.

Acreditamos, assim, que, face ao presente relatório, é possível compreender o contributo da pesquisa para as pessoas idosas, que têm que passar pelo bloco operativo, mas, também, para a gestão deste serviço e para a garantia da qualidade assistencial da organização.

1 ASSISTÊNCIA AO IDOSO NO PERIOPERATÓRIO

Em tempos precedentes, os enfermeiros do bloco operatório eram confrontados como técnicos peritos em cirurgias e que pouco ou nada se envolviam com os clientes. No entanto, à medida que o conhecimento específico de enfermagem foi emergindo e as teorias e os modelos de enfermagem foram sendo divulgados, fomos sendo orientados para ações específicas, integrando a enfermagem perioperatória a interação com o cliente, durante todo o processo cirúrgico. Nos dias de hoje, o enfermeiro perioperatório aplica um conhecimento proficiente, com as competências e habilidades necessárias para atender o cliente nas diferentes fases do perioperatório. Neste âmbito, procuramos fundamentar a pesquisa, nas vertentes da enfermagem perioperatória e no processo do cuidar da pessoa idosa.

O processo de envelhecimento é definido, por Meek (2009), como um processo complexo que acompanha o ser humano desde o seu nascimento, evoluindo de formas e com ritmos diferentes, embora seja de facto universal e irreversível.

Nos últimos censos 2001/2011 (INE, 2011), a população com 65 e mais anos cresceu 19%, enquanto a população mais jovem, com menos de 15 anos, recuou 15%. Os dados do INE indicam que o Índice de envelhecimento de 2013 foi de 136 idosos para 100 jovens. No triénio 2011/2013, a esperança de vida era de 80 anos. Para as mulheres este valor é mais elevado, 82,79 anos, e para os homens 76,91 anos. Nos dados observados pelo INE, acerca das projeções para 2060, a esperança de vida atingirá os 84,21 anos para os homens e 89,88 para as mulheres. De acordo com os Census Bureau dos EUA (2015), a população idosa aumentou 7,9% em 2010 e passará a ser de 17,0% em 2020. A faixa etária com maior crescimento situa-se acima dos 65 anos, sendo que estes idosos devem aumentar de 13,3% em 2010, para 53,2% em 2020. O avanço etário, demograficamente definido em Portugal, constitui atualmente uma realidade. O Índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2011).

Na última atualização, elaborada pelo PORDATA (2013), Portugal posiciona-se nos lugares cimeiros, relativamente ao Índice de envelhecimento (133,5%), face aos restantes países europeus.

Acrescenta ainda que o Índice de longevidade relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. No último censos este Índice era de 48, contra 41, em 2001, e 39, em 1991. O aumento da esperança média de vida espelha a forma como este indicador tem vindo a progredir em décadas consecutivas.

Num olhar específico para a Região Autónoma da Madeira, verificou-se que a população residente era de 267 785 indivíduos, dos quais 126 268 pertencem ao género masculino e 141 517 ao feminino. A percentagem de jovens diminuiu de 19,1%, em 2001, para 16,4%, em 2011, e a de idosos aumentou de 13,7% para 14,9%. Trata-se pois, de uma relação direta da estrutura demográfica do país, o Índice de envelhecimento subiu de 72, em 2001, para 91 em 2011 (INE, 2011).

A redução da mortalidade, devida à evolução científica e assistencial capaz de aumentar a esperança média de vida, como afirma Berger et al. (2010), assim como a redução da natalidade, levam a que a população seja maioritariamente envelhecida.

Este envelhecimento imprime um desafio para a enfermagem, na medida em que esta população constitui a maioria dos recetores de cuidados cirúrgicos, sendo pautada pelas necessidades de cuidados específicos, acrescida de condições sociais e económicas conturbadas na maioria populacional.

Cuidar das pessoas idosos sempre fez parte das funções do enfermeiro, havendo documentos escritos sobre estes cuidados desde mil novecentos e nove (Berger, Mailloux, Poirier, 1995). O desenvolvimento de uma conceção exata dos cuidados a prestar ao idoso foi sendo edificado com base em quatro aspetos distintos: envelhecimento físico, psicológico, comportamental e o contexto social.

O envelhecimento físico aponta para as alterações orgânicas que atrasam os processos de recuperação. O processo psicológico e comportamental traduz o modo como a pessoa lida com toda a lentificação orgânica, com a qual convive diariamente. O contexto social e económico constitui um fator com grande impacto na forma como a pessoa lida com o envelhecimento em si mesmo e, especialmente, com o processo de doença e recuperação, pois existem discrepâncias entre envelhecer com redes de suporte familiares e condições dignas de vida e o suportar o envelhecimento com escassez de apoios.

O enfermeiro tem um papel crucial em todo o processo perioperatório e de recuperação, pois mune-se de conhecimentos facilitadores do mesmo e preventivos de complicações. No entanto, é quando todo o sistema de suporte está ausente que o profissional evidencia as suas qualidades, assumindo o cuidado humanizado e proporcionando ao idoso meios e estratégias para lidar com o processo de saúde /doença.

Na maioria das situações, o enfermeiro é o impulsionador de um conjunto de intervenções clínicas e sociais, que permitirão ao idoso restabelecer-se de uma forma digna e segura, através da coordenação com todos os outros elementos da equipa de saúde. Esta preocupação dos enfermeiros com o envelhecimento populacional era já realçada por Silva & Caldas (2007), os quais salientavam que o processo de envelhecimento é despoletador de mudanças significativas, assim como desafios e oportunidades de inovação no âmbito da saúde, pois as necessidades de cuidados alteraram-se. Entre estas necessidades surge a da assistência cirúrgica ao idoso como referem Berger et al. (2010).

A cirurgia é considerada, por vezes, uma ferramenta importante para melhorar a função e a qualidade de vida do idoso, o que nos obriga a refletir sobre como poderemos melhorar a assistência global ao idoso no bloco operatório. Os riscos operatórios e anestésicos de muitas intervenções cirúrgicas mudaram, em consequência da melhoria das técnicas intraoperatórias, da avaliação pré-operatória criteriosa e precisa, assim como a monitorização pós-operatória rigorosa, pelo que a idade deixou de ser condicionante à maioria das intervenções cirúrgicas (Meek, 2009).

É de considerar, para a análise do problema em estudo, que, na assistência hospitalar, 35% dos internamentos destinam-se a tratamentos cirúrgicos e, destes, cerca de 55% relacionam-se com clientes acima dos 65 anos de idade (Pajecki & Santo, 2012).

Algumas das patologias mais frequentes, que requerem intervenção cirúrgica, nesta faixa etária, são as ortopédicas, ginecológicas, urológicas e colo/rectais (DGS, 2012), que constituem tratamentos, por vezes, urgentes, como é o caso das lesões ortopédicas, as quais requerem um atendimento precoce, a otimização do tipo de cirurgia, o acompanhamento cuidadoso do cliente nos primeiros dias após a intervenção (Mitchel, 2015), por forma a garantir a sua rápida recuperação.

As instituições de saúde têm vindo a demonstrar apreensão com esta temática, uma vez que internamentos prolongados, adiamento da cirurgia, recuperação alargada, aumentam as co-morbilidades e morte, acarretam custos elevados, tanto para o cliente, como para a sobrevivência dos sistemas de saúde. A necessidade de gestão de custos na saúde levou até alguns autores a sugerir a reapreciação de estratégias de prevenção, para que os níveis de desempenho sejam mantidos ou melhorados (Smith & Ariti & Bardsley, 2011).

Quanto à cirurgia ginecológica, frequentemente lidamos com disfunções, tais como as do pavimento pélvico, incluindo a incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos e incontinência fecal, presentes em mulheres na faixa etária de 65/70 anos e que tende a aumentar, no futuro, de forma exponencial (Walter, 2000).

No que diz respeito à cirurgia urológica, é mais frequente nos homens, devido a problemas de hiperplasia benigna prostática (Joshi, 2014), o que nos ajuda a compreender a diferenciação de género na organização dos cuidados.

Os idosos trazem para a discussão particularidades, como, por exemplo, o *stress* cirúrgico, o qual, no estudo de Cabete (2005), refere que o internamento hospitalar é vivido como uma experiência extremamente *stressante* para o idoso, dado que a capacidade de adaptação é reduzida. É de salientar que a diminuição do metabolismo, a diminuição da capacidade de reserva funcional dos diferentes órgãos e sistemas são, frequentemente, responsáveis por enfrentar situações de *stress* como a cirurgia (Mendoza & Peniche, 2010), acrescido dos problemas culturais que acarretam posturas específicas face ao pudor.

Recordemos algumas das mudanças que ocorrem com o envelhecimento: a alteração das funções cardíaca, respiratória e renal; deterioração dos tecidos; lentificação da divisão e atrofia celulares; perturbações da homeostase; diminuição da eficácia do sistema imunitário, que poderão ter repercussões no prognóstico cirúrgico (Meek, 2009, Potter & Perry, 2013), o que nos leva a reiterar uma maior necessidade de monitorização de complicações ao longo de todo o percurso cirúrgico do cliente e até a questionar os tempos de preparação para a cirurgia.

Diversos autores, Mendoza & Peniche (2010); Leme, Sitta & Henriques (2011), enfatizam que os cuidados ao idoso em situação cirúrgica são singulares, pois as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e a presença de patologias associadas podem comprometer o equilíbrio funcional e aumentar a vulnerabilidade ao aparecimento de complicações pós-operatórias, tornando os cuidados mais complexos.

Quando os enfermeiros são peritos no domínio do processo de envelhecimento, a implementação de medidas preventivas antecipatórias durante o processo e fases cirúrgicas têm o potencial de influenciar positivamente a evolução cirúrgica do cliente, como refere Meek (2009), acrescentando que cuidar de pessoas idosas é uma área complexa de enfermagem, onde os profissionais se deparam com maiores desafios.

A elaboração deste capítulo permitiu-nos refletir e salientar as necessidades de cuidados de enfermagem geriátrica. Combinar os princípios da enfermagem cirúrgica com as características únicas e *sui generis* do cliente idoso assume-se como um importante desafio para os enfermeiros, por exigir um aprimoramento das capacidades avaliativas e de identificação de problemas reais e/ou potenciais, assim como um meticuloso planeamento e implementação de um sistema de prestação de cuidados (Garret,1991). Logo, interessa-nos refletir sobre o que é a enfermagem, a sua missão, a sua essência e o seu futuro que serão os enfermeiros a construir.

1.1 A ENFERMAGEM

O atendimento da enfermagem, na atualidade, é de extrema importância para a profissão, pois, com alguma frequência, a atuação diária assume um caráter mecanizado e pouco refletido. O nosso objetivo com este subcapítulo é refletir sobre a enfermagem, a sua evolução, a sua missão e valores, com o enfoque no cliente idoso, colocando-nos a refletir, sobre o que fazemos, como fazemos e como queremos fazer no futuro.

A Enfermagem é a profissão que visa prestar cuidados ao ser humano são ou doente, ao longo do ciclo vital e a grupos sociais em que ele se integra, de tal forma que ele seja o centro da intervenção, respeitando a autonomia e contribuindo para decisões com informações ajustadas, o que faz com que este seja um verdadeiro cliente dos cuidados. Trata-se de uma prática dinâmica assente num processo terapêutico interpessoal (Watson, 1979), o que é corroborado por Smeltzer & Bare (2011), que a define como uma profissão dinâmica que se ajusta para dar resposta às necessidades de saúde do indivíduo.

A Enfermagem contemporânea é realçada por Graham (2009) como uma profissão humanista, com uma filosofia que defende os valores do individualismo, do holismo, da autonomia e a defesa /fortalecimento como aspetos importantes do cuidado ao cliente.

A viabilidade da organização da assistência de enfermagem está direcionada para ações sistematizadas e inter-relacionadas, ou seja, o Processo de Enfermagem que representa uma abordagem científica reflexiva, no respeito pelos princípios éticos e

humanizados, focando a resolução de problemas dirigidos às necessidades de cuidados de enfermagem e saúde de um cliente (Alcântara et al., 2011).

A Enfermagem, ao longo dos anos, consolidou-se como ciência e arte, pela produção de uma linguagem específica, que atribui significado aos elementos fundamentais da profissão com recurso a estratégias diferenciadas para promover o bem estar e saúde do cidadão.

Desde muito cedo, verifica-se uma necessidade premente de cuidar do idoso. Durante a Idade Média, grupos religiosos assumiram o cuidar como um caminho de salvação das suas almas. Devido a uma cisão entre a monarquia e a igreja, a administração dos hospitais ingleses passa a ser responsabilidade do estado, que recrutava mão-de-obra entre viúvos, órfãos e criminosos, em troca de comida e abrigo, reforça Oguisso (2014), no seu livro que aborda a trajetória histórica da enfermagem.

Com Florence Nightingale, a Enfermagem inicia um trajeto evolutivo, centrado na melhoria das condições e da oferta aos clientes. Durante a guerra da Crimeia, a Inglaterra viu-se a braços com muitos soldados feridos, pelo que Florence propôs o que parece ser um início de um sistema organizado de prestação de cuidados, pois definiu um plano estratégico de cuidados, ministrados por mulheres por ela escolhidas e treinadas, assim como alertou para a necessidade de condições sanitárias na prestação de cuidados, refere a mesma autora.

Surge um perfil do enfermeiro, quando, intuitivamente, se deu conta de que somente pessoas dedicadas e idealistas seriam capazes de aceitar a disciplina e o trabalho árduo, necessários ao cuidado de doentes. O seu desempenho e as suas preocupações, com questões de limpeza do ambiente, ventilação, nutrição e saneamento, fizeram baixar, exponencialmente, as taxas de infeção nesses campos de atendimento aos feridos de guerra. As provas do seu trabalho tornaram a sua causa viável e foram desenvolvidos fundos para que se iniciasse a Escola de Enfermagem, no Hospital de St. Thomas, em Inglaterra, que constituiu um modelo para outras escolas em países da Europa e Estados Unidos da América (Lopes & Santos, 2010). Inicialmente, a enfermagem era tida como uma arte, o desenvolver de habilidades em determinadas técnicas através da observação, passando o conhecimento de forma informal. Porém, segundo as mesmas autoras, houve a necessidade de estabelecer um corpo de conhecimentos claro e uniformemente estruturado, iniciando-se, assim, a visão da Enfermagem como uma ciência.

Muitos estudiosos, como Nightingale, refletiram sobre as relações entre o homem, a saúde, o ambiente e a enfermagem, originando o aparecimento de teorias de enfermagem, que, atualmente, orientam o ensino e a prática de enfermagem. Estas permitiram ainda o repensar dos cuidados, no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença, assim como na recuperação dos clientes.

Constituindo-se, assumidamente, como uma profissão de proximidade e apoio ao cliente, a enfermagem destaca-se pelo rigor do cuidado, baseado na evidência e pela persecução de padrões de qualidade e melhoria contínua, no atendimento e desempenho profissional que acarretam, a necessidade de incrementação e atualização de conhecimentos permanente, sendo considerada uma das mais jovens profissões existentes, ainda que seja uma das artes mais antigas (Timby, 2014).

Este capítulo permitiu-nos a reflexão sobre quais são os princípios orientadores da nossa profissão, assim como, a sua história e evolução ao longo do tempo, o que nos trouxe contributos para nos lembrar que, embora cada vez mais, o conhecimento necessita de ser atualizado, existem princípios básicos que constituem pilares sustentadores de toda a profissão, tais como a manutenção de um ambiente limpo, a prestação de um cuidado personalizado e dignificador da pessoa. A reflexão que daqui inferimos para os cuidados cirúrgicos onde, do centro de alta tecnologia, que no passado o cuidado seria a execução de técnicas, nos leva a afirmar que ser enfermeiro de perioperatório vai muito além da componente técnica, assumindo, como em outros contextos laborais, as suas componentes cognitiva e relacional. Por conseguinte, é imperativo aprofundar qual é, efetivamente, o papel do enfermeiro na área cirúrgica e, particularmente, no contexto do bloco operatório.

1.1.1 A Enfermagem Perioperatória

Passaremos, agora, a dar ênfase à enfermagem perioperatória, abordando a sua história, a sua missão e a sua operacionalização prática, de forma a permitir uma reflexão que nos leve a indagar como é que, nesta área interventiva, pode ser ajustada às particularidades da pessoa idosa.

O atendimento do cliente cirúrgico engloba uma ação interdisciplinar em equipa, sendo cada um dos elementos interveniente conhecedor das suas funções. Para

que o ato cirúrgico decorra sem complicações são muitos os agentes envolvidos, como sejam enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de imagiologia e outros e, basicamente, decorre sequencialmente por três fases: pré operatório, intra operatório e pós operatório (figura 1).

Dos enfermeiros, é esperado que coloquem o cliente nas melhores condições para que o ato cirúrgico decorra com sucesso, mas também que crie as condições para prevenir complicações e proporcionar a melhor reabilitação no momento seguinte.

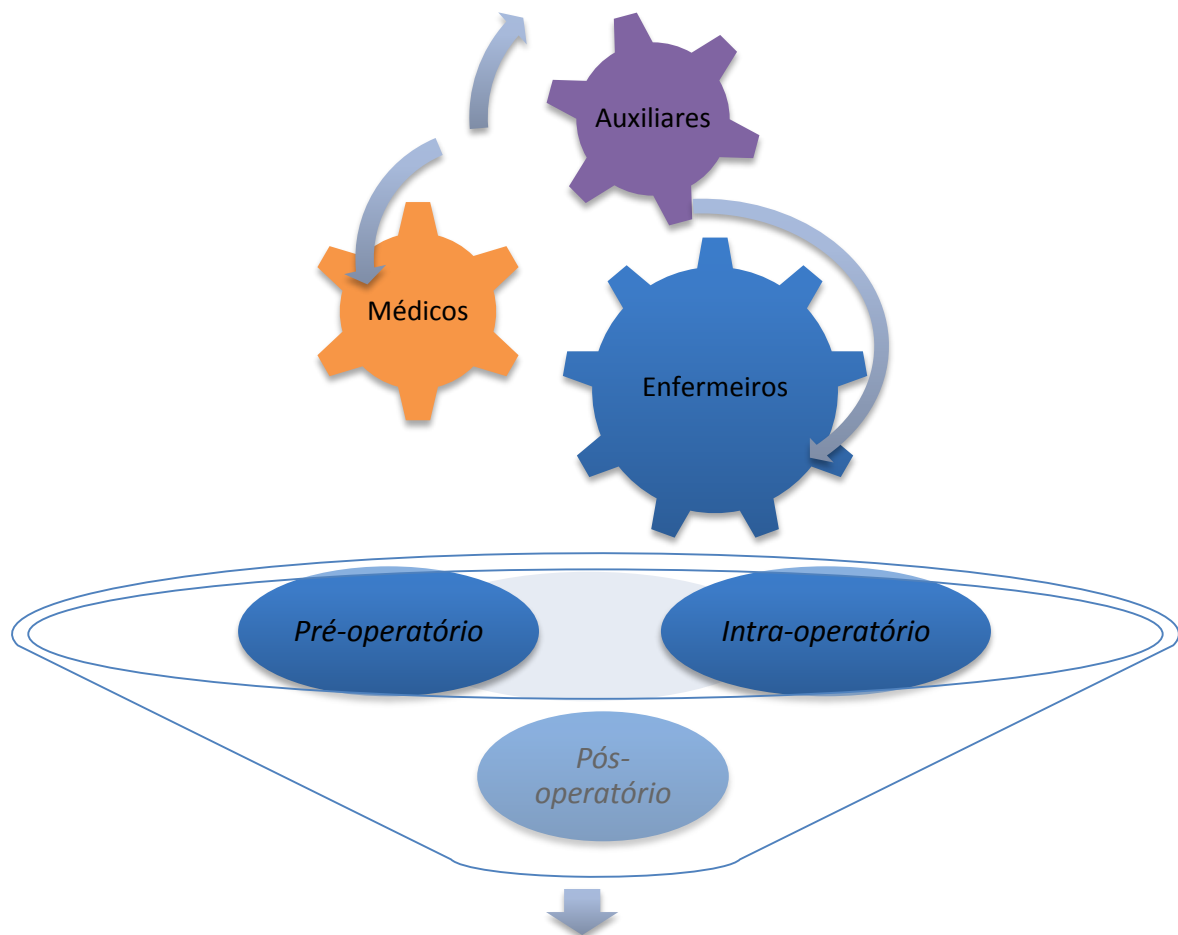


Figura 1 Assistência no bloco operatório

Na fase de pré-operatória, o cliente é observado e cuidadosamente avaliado pela equipa de saúde. O objetivo é garantir a segurança cirúrgica, processo que por vezes se torna um pouco *stressante*, quer para os intervenientes, quer para o cliente. A avaliação pré-operatória de enfermagem é orientada para planear os

cuidados perioperatórios, é um momento de análise e controlo e, também, de teste às condições de saúde do cliente, exigindo uma série de procedimentos, tais como a realização de exames, prescrição de medicamentos e tratamentos prévios à cirurgia. Para Rothrock (2008), o período pré-operatório define-se como o tempo oportuno para avaliar as condições psicossociais e as necessidades educacionais do cliente. Este autor considera que a consciência do estado emocional e psicológico é tão relevante quanto a condição física do cliente. A enfermeira perioperatória deve valorizar o momento da entrevista pré-operatória para explicar os eventos a seguir. Muitas vezes as preocupações do cliente estão focalizadas nos familiares e entes queridos que deixaram e não na cirurgia iminente. O enfermeiro assume um papel importante nesta fase, desenvolve uma série de ações, entre as quais a preparação física e emocional para a cirurgia. A pertinência dos dados da avaliação pré-operatória indicados por Rothrock (2008), essencialmente no que diz respeito ao idoso, podem contribuir para a morbidade e mortalidade desta população. Considera alguns elementos indispensáveis na avaliação pré-anestésica, como as doenças concomitantes ativas e instáveis, a diminuição da mobilidade, as dificuldades na intubação, a gravidade do procedimento cirúrgico, a depressão do miocárdio por anestésicos e as reservas respiratórias e cardíacas, potencialmente alteradas nesta faixa etária. O objetivo é ajudar a diminuir o risco cirúrgico, integrar o cliente no ambiente perioperatório, promover a recuperação e evitar complicações pós-operatórias que, por vezes, poderão estar associadas a um pré-operatório desajustado.

Na fase intraoperatória, os profissionais trabalham em complementaridade de modo a otimizar o resultado cirúrgico. Os médicos no ato cirúrgico em si, os enfermeiros realizando as suas funções na assistência cirúrgica, vigilância da assepsia, funcionamento de equipamentos, segurança e vigilância da reação do cliente durante a intervenção, jamais descurando a prevenção, despiste e atuação rápida e eficaz em caso de complicações cirúrgicas, afirmam Smeltzer & Bare (2011).

Na fase pós-operatória, o cliente é continuamente observado pelo enfermeiro, que avalia e monitoriza a sua evolução, assim como garante o seu bem-estar. A intervenção, nesta fase, exige um trabalho de equipa entre médicos, enfermeiros e outros técnicos, que concorrem para um objetivo comum, que é a recuperação do cliente (Smeltzer & Bare, 2011).

Após a contextualização do atendimento cirúrgico nas suas diferentes fases, importa-nos aprofundar o papel do enfermeiro ao longo de todo o período perioperatório.

A enfermagem cirúrgica tem, também, um passado evolutivo, que se inicia com a utilização das técnicas assépticas, que permitirão a realização de cirurgias mais complexas, sendo da responsabilidade do enfermeiro o manuseio do instrumental cirúrgico. Posteriormente, com o aparecimento da noção de sala cirúrgica, a preocupação do enfermeiro torna-se mais envolvente no ambiente cirúrgico. Os conhecimentos específicos distinguiram estes enfermeiros dos seus pares o que, paralelamente, a experiência cirúrgica nos quadros de guerra impulsionaram a evolução da prática de enfermagem nesta área, surgindo assim, o enfermeiro cirúrgico (Turrine, 2012).

Nos Estados Unidos da América, em 1949, onde um grupo de enfermeiros chefes de bloco operatório, cientes da abrangência da prestação de cuidados ao cliente e da importância das suas competências, reuniram-se com o objetivo de refletir sobre a prestação de cuidados ao cliente cirúrgico e afirmarem as suas competências nesta área, fundando a American Association of Operating Room Nurses, AORN (AESOP, 2014).

Os seus principais objetivos incidiam na criação de grupos com interesses, onde pudessem partilhar os conhecimentos e saberes desta área, promovendo, desta forma, a definição de um corpo de conhecimentos próprio para os enfermeiros de bloco operatório, construindo as bases para a fundação de uma associação que pudesse formar todos os profissionais deste contexto, motivando os mais experientes a partilharem os seus conhecimentos de uma forma estruturada e contínua, em prol de uma melhor prestação de cuidados ao cliente.

O conceito de enfermagem perioperatória surge na European Operating Room Nurses Association (EORNA) como um conjunto de atividades desempenhadas por um profissional de enfermagem durante os períodos pré, intra e pós-operatórios da experiência cirúrgica do cliente (Ferrito, 2014).

De acordo com a European Operating Room Nurses Association (EORNA, 2009) a enfermagem perioperatória é uma área específica, mas também diversa e complexa, que cobre cuidados de enfermagem em áreas de cirurgia e anestesia. Pinheiro & Costa (2014) definem a enfermagem perioperatória como o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações,

através de um processo programado pelo qual este reconhece as necessidades do cliente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os, apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado.

Alguns autores, como Hamlin & Richardson (2009) e Ferrito (2014), referem que a filosofia da enfermagem perioperatória engloba uma abordagem multidisciplinar, que se preocupa em proporcionar ambiente seguro, proteger o cliente de eventos adversos, obter resultados positivos para o mesmo, promover o conhecimento e competências dos membros da equipa multidisciplinar e respeitar a dignidade de todas as pessoas, independentemente da sua origem e cultura.

Por sua vez, Fonseca & Peniche (2008) fazem uma abordagem retrospectiva da enfermagem perioperatória como inicialmente voltada para o instrumental, passando a um modelo de assistência integral, contínuo, participativo, individualizado, documentado e avaliado, no qual o cliente é singular, fruto do desenvolvimento da profissão, de modo a responder ao aumento da complexidade do cuidado cirúrgico.

O papel do enfermeiro de cirurgia é dinâmico e multifacetado e continua a evoluir em função das alterações que surgem no interior da sua profissão, o que é reforçado por Bellman (2009) ao imprimir uma atenção específica à necessidade de adaptação dos enfermeiros, dada a evolução constante da ciência, da medicina e, conseqüentemente, das necessidades de saúde da população.

Em sintonia, Ferrito (2014) define o enfermeiro da sala de operações como o profissional que identifica as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais da pessoa e desenvolve e implementa um plano individualizado de intervenções de enfermagem, com base no conhecimento das ciências naturais e do comportamento, com o objetivo de manter a saúde e bem-estar dos clientes antes, durante e após a cirurgia.

Após examinarmos qual é o papel do enfermeiro perioperatório e contextualizarmos a sua evolução e desempenho na equipa de saúde, colocaremos em evidência momentos específicos de intervenção, que constituem indicadores de produtividade e qualidade do atendimento de enfermagem. Importa perceber, de forma detalhada, o que é o trabalho do enfermeiro no bloco operatório e, para isso, precisamos de rever as fases do atendimento cirúrgico, nomeadamente objetivos e intervenções de um modo planeado

1.2 FASES DO ATENDIMENTO CIRÚRGICO

O atendimento no bloco operatório organiza-se em equipa multidisciplinar, cujo objetivo central é o cliente enquanto pessoa portadora de uma situação com resolução cirúrgica. Logo, os vários intervenientes da equipa têm objetivos diferenciados na assistência neste local.

O trabalho da equipa de enfermagem é desenvolvido estrategicamente, de acordo com os momentos de passagem do cliente, o que cria particularidades metodológicas e de articulação com os outros profissionais e outros serviços. Este trabalho requer uma interação contínua e de cooperação entre os diferentes profissionais intervenientes no processo cirúrgico. Trabalhar em equipa pressupõe que cada elemento conhece e domina as suas funções e trabalha em cooperação para um resultado global, que é a recuperação do cliente.

O trabalho em equipa multiprofissional é considerado um pressuposto orientador para a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde com vista a transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem (Costa, 2008).

A segurança do cliente e da equipa é uma das áreas de atuação dos enfermeiros pelo que terá que o fazer em cooperação com os diversos profissionais que intervêm numa cirurgia, exigindo, assim, conhecimentos, competências científicas e relacionais, o que assegura um clima de colaboração organizacional.

A enfermagem perioperatória aborda o relevante e distinto papel do enfermeiro ao longo das fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória (Smeltzer & Bare, 2011), para os quais se preveem cuidados específicos (figura 2).

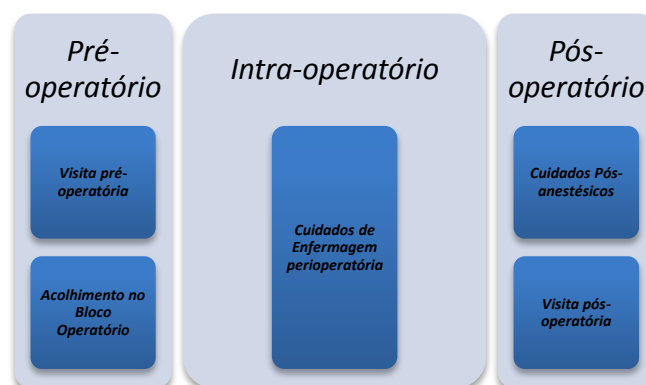


Figura 2 Organização dos cuidados de enfermagem no bloco operatório

O enfermeiro perioperatório tem um papel fundamental para os clientes, pois as ações de cuidar, em todas as etapas do processo cirúrgico, envolvem compromisso holístico, físico, psíquico, social, cultural e/ou aspetos espirituais da condição humana melhorando a qualidade de vida do cliente (Mata, Ferreira & Carvalho, 2013).

1.2.1 Período Pré-operatório

O tempo pré-operatório tem início com a decisão de cirurgia do cliente e termina com a transferência para a mesa operatória. Para melhor compreensão das complexidades deste momento, quer para o cliente, quer para a organização dos cuidados, passaremos a descrever alguns dos objetivos deste momento.

O tempo de duração desta fase varia de acordo com o carácter da cirurgia, eletiva ou de urgência, como realçam Timby (2014) e Ferrito (2014). O objetivo principal dos cuidados pré-operatórios de enfermagem é facultar, ao cliente e família, a compreensão e preparação para a experiência cirúrgica e as atividades do enfermeiro, nesta fase, são intervenções de suporte, ensino, informação e preparação para os procedimentos anestésico e cirúrgico. Destaca o papel crucial do enfermeiro no processo de adaptação na vivência da cirurgia pelo cliente (Dawson, 2009).

No contexto de cirurgia eletiva, é da competência do enfermeiro informar-se sobre o programa cirúrgico e planear/realizar visita pré-operatória, com intuito de conhecer o cliente, de se dar a conhecer e dar início ao processo de enfermagem, bem como aproximar o cliente da equipa cirúrgica, de forma a retirar dúvidas e minimizar medos. Esta constitui um dos pilares da humanização de cuidados de enfermagem perioperatórios, pelo que a sua missão e princípios orientadores são de extrema importância (Viegas & Névoa, 2014).

A visita pré-operatória, é uma das atividades autónomas do enfermeiro perioperatório, representa o início do processo de cuidados perioperatórios (Jesus & Abreu, 2014). Os objetivos da visita pré-operatória são respeitar a individualidade do cliente e proteger os seus direitos, reduzir a angústia e ansiedade relacionada com a intervenção cirúrgica, familiarizar o cliente com o enfermeiro do perioperatório e com

o ambiente da sala de operações, preparando o acolhimento no bloco operatório, avaliar as expectativas e conhecimentos do cliente face à cirurgia, permitir ao enfermeiro conhecer a história do cliente, avaliar as necessidades afetadas, de forma a estabelecer diagnósticos de enfermagem e planejar os cuidados de modo individualizado, relembrar e esclarecer as informações recebidas acerca dos procedimentos inerentes à preparação pré-operatória, permitir continuidade dos cuidados, de forma a operacionalizar o processo de enfermagem, através da articulação entre o enfermeiro de bloco e do internamento (Cambotas et al. 2014).

A visita pré-operatória suporta-se em conhecimentos sobre a preparação psicológica, visando diminuir os níveis de ansiedade e aspetos da preparação física para que o cliente reúna condições de preparação para a cirurgia.

A visita segue o protocolo de conduta na entrevista ao cliente e estrutura-se por fases; avaliativa, ensino e informação. Na fase avaliativa, o enfermeiro deve recolher informações do processo, da equipa e do cliente, sobre o seu estado físico e emocional, conhecimentos sobre a cirurgia/anestesia, terapêutica habitual, alergias medicamentosas e alimentares, consumo de álcool, tabaco ou drogas, uso de próteses ou implantes. Deve atender às experiências cirúrgicas prévias, pois, como referem Daian, Petroianu & Alberti (2009), estas influenciam a ansiedade pré-operatória.

A fase informativa assenta no ensino pré-operatório, que tem por objetivo fornecer informações que vão ao encontro das necessidades de aprendizagem do indivíduo, promovam a segurança e conforto psicológico, assim como o envolvimento do cliente e família nos cuidados (Jesus & Abreu, 2014). Salientamos que o esclarecimento e a informação dos dados no período pré-operatório influenciam na recuperação, reduzindo a ansiedade pré-operatória, os níveis de dor e, por conseguinte, o tempo de hospitalização.

Face ao cliente idoso, a avaliação pré-operatória deve ser minuciosa e devidamente clara, explicando ao cliente a sua necessidade, pois, de acordo com Meek (2009), conhecer a condição física, psicossocial e cognitiva do cliente, prévia à cirurgia, facilita o planeamento de intervenções mais adequadas no intra e pós-operatório. Assim, o enfoque do enfermeiro contempla aspetos como estado da pele, estado nutricional e de hidratação, medicação, expectativas, medos e preocupações.

No momento avaliativo, merece destaque o contacto com o cliente e a família, pois pode condicionar o resultado cirúrgico, nomeadamente a patologia associada e a

diversa medicação comum nos idosos. As reações adversas, potencialmente perigosas, devem-se a eventos de polimedicação, a alterações geriátricas de farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos e agentes anestésicos utilizados durante a cirurgia, pelo que se torna essencial a sua análise e controlo (Meek, 2009). O ensino pré-operatório ao idoso deve ser adaptado, pois a velocidade de processamento da informação é mais reduzida e o impacto emocional da cirurgia maior, o que interfere com a capacidade de atenção, condicionando a aprendizagem. A intervenção de tranquilização e apoio é de igual importância, pois, como afirma o autor, os idosos motivados com expectativas positivas, referentes à cirurgia têm maior capacidade de lidar com o *stress* cirúrgico e menos ansiedade e, conseqüentemente, menores taxas de complicações pós-operatórias.

A visita pré-operatória é considerada o pilar para planificar a ajuda individualizada e estabelecer objetivos de atuação nas seguintes fases operatórias (Cambotas et al., 2014) e representa, assim, o início do acolhimento ao bloco operatório.

O acolhimento no bloco operatório decorre momentos antes da cirurgia, o enfermeiro deve receber e acolher o cliente à entrada do bloco operatório, apresentando-se e preenchendo uma *check list* de validação da conformidade da preparação pré-operatória, conforme norma da Organização Mundial de Saúde (Ferrito, 2014). O acolhimento contribui para desmistificar crenças relativas ao bloco (Jesus & Abreu, 2014). Para garantir a qualidade, o enfermeiro segue um protocolo de atuação, porém nunca descurando a individualização dos cuidados que o cliente necessita.

O bem-estar do cliente, deve constituir o principal objetivo do enfermeiro, pois, neste período, pode apresentar um elevado nível de *stress* (Christoforo & Carvalho, 2009). A explicação sobre tratamentos, cuidados e seus objetivos favorecem a colaboração e tranquilização do cliente neste período de chegada ao bloco (Santos & Kemp, 2011).

Face ao cliente idoso e sabendo que, independentemente da idade, o ambiente cirúrgico pode gerar ansiedade, o enfermeiro deve atender a alterações da acuidade visual, auditiva e mobilidade, que dificultam ainda mais a percepção do ambiente. Para facilitar a comunicação, o enfermeiro deve remover a máscara, chamar o cliente pelo nome, averiguar antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos, quais as expectativas, dar espaço à pessoa para expressar medos, mostrar disponibilidade,

descrever o ambiente da sala operatória, explicar o tratamento e o que poderá esperar no pós-operatório, assegurar a privacidade do cliente e proporcionar um ambiente calmo.

1.2.2 Período Intraoperatório

O período intraoperatório inicia-se desde que o cliente é recebido na sala de operações e termina no momento em que entra na sala de recuperação anestésica (Ferrito, 2014).

O papel do enfermeiro envolve a coordenação e gestão de um leque de atividades que inclui a preparação adequada do ambiente físico, a transferência e posicionamento do cliente, a promoção de uma técnica de assepsia correta e a manutenção de um ambiente físico e psicológico seguro para cada cliente (Graham, 2009).

As áreas de intervenção do enfermeiro centram-se na segurança do cliente, na facilitação do procedimento, na prevenção de complicações e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica. Neste sentido, Viegas, Névoa (2014), operacionalizam o papel do enfermeiro nesta fase, referindo que este preenche a *check-list* nas diversas fases cirúrgicas, transfere o cliente para a marquesa e posiciona, atendendo ao conforto e prevenção de lesão, controla a temperatura e aquecimento, controla o ruído e a exposição corporal, zela pelo cliente, atendendo à sua dignidade, conforto, manutenção de segurança e prevenção da infeção. Em contrapartida, autores como Smeltzer & Bare (2011) descrevem o papel dos enfermeiros da sala operatória como tendo funções e preocupações específicas, trabalhando, porém, em parceria, na identificação e minimização de fatores de risco para otimizar o resultado cirúrgico.

Os enfermeiros perioperatórios são designados consoante as suas funções: enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista (Cambotas, 2014).

O enfermeiro de anestesia domina o conhecimento das diferentes técnicas anestésicas, os agentes anestésicos e a interação farmacológica dos mesmos, além do domínio das técnicas e métodos de monitorização. Encontrando-se o cliente num

momento de grande dependência, compete ao enfermeiro manter uma observação e vigilância intensivas, ter capacidade de despistar sinais e sintomas de complicações que possam surgir e estar apto a atuar em situações de emergência/urgência.

O enfermeiro circulante coordena o conjunto das atividades dentro da sala, desenvolvendo a sua função em torno do campo operatório, detetando ou prevenindo quebras de assepsia, assistindo o enfermeiro instrumentista e documentando o ato cirúrgico, garantindo, deste modo, a continuidade dos cuidados. Este enfermeiro tem atribuições específicas de responsabilidade, no que se refere à segurança do cliente e equipa cirúrgica, do ambiente, no controlo de infeção e gestão de riscos inerentes ao bloco operatório. Compete-lhe, ainda, a gestão organizacional da sala de operações (Ferrito, 2014).

O enfermeiro instrumentista desenvolve a sua atividade inserido na equipa cirúrgica, que irá cuidar do cliente durante um determinado procedimento cirúrgico. Assim, assume a responsabilidade individual e de equipa dos cuidados que presta em parceria com outros profissionais. A sua função é prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação, para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o cliente e equipa. Para tal, deve dominar saberes específicos na área da instrumentação, a fim de conseguir um desempenho ajustado ao desenvolvimento da cirurgia.

Os cuidados de enfermagem perioperatória decorrem do planeamento de intervenções que visam a eficácia do procedimento cirúrgico, com garantia de conforto e segurança para o cliente. Deste modo, alguns aspetos são considerados pelo enfermeiro no seu desempenho na sala de operações, tais como a monitorização de sinais vitais, posicionamento, vigilância do equilíbrio hidro eletrolítico, prevenção de hipotermia, prevenção de infeção, entre outros.

A monitorização de sinais vitais é um aspeto essencial do cuidado anestésico, centrando-se na observação e vigilância, através de aparelhos, análise e instituição de medidas de correção, em caso de intercorrência cirúrgica (Sherwood et al. 2010).

O posicionamento é outra preocupação do enfermeiro, pois, como salientam Heizenroth (2007) e Cambotas et al. (2014), é essencial o posicionamento neutro das articulações, pois os mecanismos de defesa do organismo estão inibidos, logo, a dor musculo esquelética pós-operatória pode ser uma realidade. É de salientar, pelas características músculo esqueléticas que decorrem do envelhecimento, a

relevância deste cuidado nos idosos, quer pelas alterações estruturais, quer pelas limitações da mobilidade articular e a fragilidade cutânea. A integridade cutânea tem de ser salvaguardada, quando se posiciona o cliente para a cirurgia, devendo o enfermeiro cobrir e proteger as áreas de pressão, especialmente face ao idoso, devido à perda de tecido adiposo e diminuição da circulação periférica, que colocam o cliente em maior risco de úlcera por pressão (Meek, 2009).

A vigilância do equilíbrio hidroeletrólítico é de extrema importância no idoso, pois as suas alterações têm um impacto maior, pelo facto das margens de segurança hidroeletrólítica serem estreitas nestas faixas etárias (Meek, 2009). Os enfermeiros têm de conhecer os riscos destes desequilíbrios e os clientes devem ser monitorizados para sinais de sobrecarga hídrica ou desidratação, através do registo de balanço hídrico horário, podendo ser necessária a avaliação de Pressão Venosa Central (PVC).

A prevenção de hipotermia constitui outros dos focos de atenção nesta fase operatória, pois este quadro pode fazer aumentar as exigências de oxigénio no pós-operatório, levando a um aumento do débito cardíaco, da ventilação, compromisso do processo cicatricial e da recuperação anestésica. Para tal, a monitorização da temperatura intraoperatória torna-se imperativa, seja de forma contínua ou intercalar, assim como o uso de manta térmica e dispositivos de aquecimento de fluidos e gestão da temperatura ambiental. Autores como Reches, Carvalho, Barreto & Carvalho (2010) acrescentam a humanização do cuidado ao zelar pela exposição corporal mínima necessária à cirurgia.

Os clientes cirúrgicos têm risco acrescido de infeção da ferida operatória devido à perfuração da barreira orgânica natural, a pele. Este risco é condicionado por fatores intrínsecos (idade, patologias associadas, tabagismo, nutrição), mas passível de ser controlado, tomando medidas sobre fatores externos (terapêutica farmacológica, técnicas invasivas e soluções de continuidade) que propiciem infeção (Horton, 2009).

A assepsia é um ponto fulcral da atuação do enfermeiro em todo o perioperatório, pois os processos inerentes ao envelhecimento colocam o idoso numa posição mais fragilizada, com processo cicatricial mais lento e propícias à infeção devido às suas comorbilidades (Meek, 2009). Todo o comportamento dos profissionais de bloco deve ter em consideração a prevenção da infeção, como seja pelo uso adequado do

vestuário, a circulação correta em ambiente cirúrgico, a lavagem e desinfecção das mãos entre outros (Nicolette, 2007).

1.2.3 Período Pós-operatório

O período pós-operatório decorre desde a admissão do cliente na unidade de recobro até à alta e consulta de seguimento (Ferrito, 2014). Constituem, assim as fases de pós-operatório imediato e tardio. Face ao problema em estudo, centramos apenas no período pós-operatório imediato, em que os cuidados de enfermagem contribuem para a manutenção dos sistemas fisiológicos, período este que requer habilitações específicas do enfermeiro aliadas à capacidade de diagnosticar e gerir eficazmente as mudanças do estado de saúde do cliente (Ward, Morris, 2009).

A Intervenção do enfermeiro na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA) para autores como Sherwood et al. (2010), Cambotas et al. (2014), Xavier & Carrilho (2014) são unidades altamente especializadas, dotadas de recursos humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos, durante um período de tempo curto mas crítico, que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica, e equipadas com meios tecnológicos sofisticados. Durante este período, o cliente conjuga os riscos do procedimento cirúrgico e anestésico, encontrando-se muito vulnerável.

Estando o cliente numa fase crucial da sua recuperação pós-operatória, o enfermeiro assume um papel de vigilância, suporte e de intervenção rápida, se necessário. O foco da sua atuação é o cliente, como um todo, pelo que é avaliado de forma sistematizada e regular. Alguns dos focos de atenção do enfermeiro são esquematizados na figura 3.

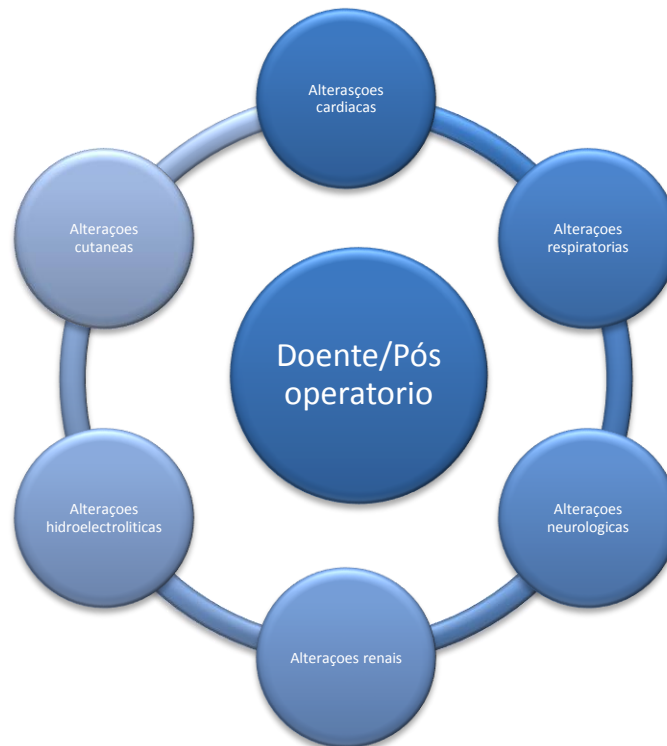


Figura 3 Focos de atenção do enfermeiro no período pós-operatório

A ênfase dos cuidados é posta no bem-estar e segurança do cliente numa perspectiva de qualidade global. Os objetivos da atuação do enfermeiro são a avaliação crítica permanente do cliente, antecipação e prevenção de complicações e atuação imediata e competente na sua assistência, assim como a preparação do cliente para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidade funcional de forma rápida e confortável.

O enfermeiro, ao acolher o cliente na UCPA, tem acesso a um relatório do tipo de intervenção, da técnica anestésica, dos medicamentos utilizados, das intercorrências, das perdas hídricas ou sanguíneas. Simultaneamente, faz uma avaliação inicial e despiste de complicações respiratórias, cardiovasculares, termorreguladoras, gástricas, distúrbios no processo de pensamento e dor, tornando-se imperativo estabelecer diagnósticos, definir e executar um plano de cuidados e a sua reavaliação sistemática (Forren, 2008).

A visão do enfermeiro na UCPA é mais abrangente e holística, pelo que são diversos os focos da sua atenção e atuação. As complicações mais frequentes no período pós-operatório são: hipotermia, dor, hipertensão arterial (HTA), náusea, dispneia e arritmias (Cambotas, 2014). Parafraseando outros autores, como Mattia,

Faria, Santos & Oliveira (2010) os quais referem alterações respiratórias (hipoxia hipercapnia, dispneia), cardiovasculares (desvios da tensão arterial, bradicardia ou taquicardia), renais, neurológicas (alterações da consciência, neuromusculares) e hidroeletrólíticas.

A recuperação pós-operatória no idoso é mais lenta, pois os sistemas orgânicos têm mais dificuldade em lidar com o stress cirúrgico/anestésico e, ainda, por causa das doenças crónicas e das alterações fisiológicas do envelhecimento, que propiciam o aparecimento de complicações, que requerem, por parte enfermeiro, uma ação particularmente vigilante (Meek, 2009).

A monitorização dos sinais vitais é importante, nomeadamente alterações de frequência, ritmo ou qualidade dos pulsos, respiração e diminuições da pressão arterial sistólica devem ser prontamente reconhecidas e corrigidas. O débito urinário deve ser vigiado, especialmente no cliente idoso, pelo risco de sobrecarga cardíaca, insuficiência cardíaca ou edema pulmonar. O enfermeiro deve atender a estados confusionais, pois podem indiciar hipoxia, especialmente em clientes com antecedentes respiratórios, como Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC) ou asma (Meek, 2009). A atuação do enfermeiro deve ter enfoque na avaliação da causa e prevenção de intercorrências, orientando o cliente e vigiando a sua ação, explicando os tratamentos e promovendo a recuperação da sua sequência temporal. A hipotermia, de acordo com Forren (2008), Santos & Caregnato (2010), continua a ser frequente nos clientes da UCPA. As complicações da hipotermia são descritas, por Poveda, Galvão e Dantas (2009), como sendo o aumento da taxa de infeção da ferida operatória, aumento da demanda cardíaca e de oxigénio e prejuízos da função plaquetária com conseqüente sofrimento fisiológico, aumento do tempo de recuperação e morbidade pós-operatória. Assim, a monitorização da temperatura e aquecimento com mantas térmicas, aquecedores de fluidos e aquecimento ambiental tornam-se imperativos, devendo encontrar-se conjugados como mencionam Albergaria, Lorentz, Lima (2007), Mattia et al. (2013).

A dor é outro dos focos de atenção do enfermeiro no período pós-operatório, sendo descrita por diversos autores (Cambitzi et al., 2009, Sherwod et al., 2010) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou percebida em termos de tais danos. Por sua vez, Potter & Perry (2013) e Oliveira (2009) salientam que há a considerar fatores que influenciam a dor como a idade, género, cultura, significado da dor, ansiedade, fadiga, experiência anterior e

estilo de *coping* e apoio familiar. Acrescentam Barbosa et al. (2014) que a dor pode afetar diversos sistemas orgânicos e relacionar-se com o aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória, como reforçam Andrade, Barbosa & Barichello (2010).

O alívio da dor e a promoção do conforto deve ser prioritário, enfatizando Barbosa et al. (2011) que não é, apenas, devido a razões éticas e humanas, mas, também, pela melhoria que produz no estado físico, mental e social do cliente. Em consonância, Macedo, Romanek & Avelar (2013) salientam que o cuidado ao cliente com dor exige do enfermeiro habilidades específicas que lhe permitam um gestão humanizada daquela, recorrendo a medidas farmacológicas ou não, de modo a que o tratamento reflita o enfoque holístico do cliente. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008), o enfermeiro ocupa uma posição relevante para promover e intervir no controlo da dor visto ser um profissional privilegiado pela proximidade e tempo de contato com o cliente.

O diagnóstico e intervenções devem ser precedidos de avaliação da intensidade, qualidade e fatores que interferem com a dor experimentada pelo cliente (Paula et al., 2011). A atuação no controlo da dor é pedra fundamental do desempenho do enfermeiro, como salienta Meek (2009). O autor lembra que o idoso tem mais dificuldade em distinguir diferentes intensidades de dor, considerando-a um processo normal após a cirurgia, como já defendia Glen (2005). O enfermeiro tem de ser perspicaz relativamente às manifestações verbais e não-verbais da dor pelo cliente e intervir no seu controlo, de modo a evitar complicações fisiológicas que tenham maior impacto e por uma questão de dignificação do cuidar.

Ao longo desta fase pós-operatória, a avaliação do cliente é pautada por protocolos e escalas de avaliação, para que seja sistematizada e compreendida por todos. Esta avaliação é baseada na Escala de Aldrete que, Cambotas et al. (2014) salientam, que avalia o grau de recuperação pós-anestésica com base em cinco indicadores, como a atividade muscular, respiração, circulação, estado de consciência e coloração da pele e mucosas. Com a sua aplicação, pretende-se estabelecer critérios que o cliente deve atingir antes da alta da unidade e fornecer informação objetiva acerca da condição física do cliente a cada período avaliativo.

Visita pós-operatória

A visita pós-operatória é uma ação que promove a articulação dos três períodos de atuação do enfermeiro, devendo ser realizada 24 a 48h após a cirurgia (Cambotas et al., 2014). Tem como objetivos gerais avaliar as intervenções de enfermagem no perioperatório, ajustar as intervenções às necessidades dos clientes de forma a promover a melhoria do desempenho dos enfermeiros da sala de operações. Os objetivos específicos são: avaliar as percepções dos clientes face aos cuidados de enfermagem, avaliar se os objetivos da visita pré-operatória foram atingidos, se a informação teve alguma influência na forma como o cliente vivenciou a experiência cirúrgica, identificar o nível de satisfação do cliente, estimular o cliente a desenvolver capacidades que facilitem a sua recuperação, também abordado por Fox (2008), dar oportunidade ao cliente de dar sugestões de melhoria, operacionalizar a última fase do processo de enfermagem, implementar medidas corretivas, visando a melhoria da qualidade dos cuidados. Constitui, como referido pela AESOP (2014), a quarta etapa do processo de enfermagem. Permite uma reflexão sobre as práticas perioperatórias e, assim, criar uma cultura de qualidade, baseada nas boas práticas e na humanização dos cuidados.

A visita pós-operatória é referenciada, por Razera & Braga (2011), como um sistema de assistência continuada, participativa, integral e documentada, destaca-se como uma estratégia de avaliação da assistência prestada, procurando atender aos requisitos de qualidade na visão do cliente e família sobre a assistência perioperatória. Os autores concluíram no seu estudo que, enquanto na visão do enfermeiro, os cuidados de qualidade se fundamentavam na ética e competência técnica, na perspetiva do cliente está assente nos aspetos interpessoais da relação, como demonstrações de apoio, informações e orientações e atendimento rápido às solicitações.

A visita pós-operatória representa um dos pilares importantes da humanização dos cuidados prestados no bloco operatórios, como salientam Jesus & Abreu (2014), mas também é uma estratégia para melhorar o atendimento dos clientes.

A explicação sobre a atuação do enfermeiro ao longo do processo cirúrgico permite-nos colocar em evidência o que é o atendimento de qualidade e como poderemos definir uma orientação de melhoria dos nossos cuidados. A operacionalização deste processo só é possível através do desenvolvimento de indicadores de qualidade que

demonstrem a eficácia do enfermeiro no seu desempenho. Logo, importa perceber o conceito de qualidade, os seus indicadores e quais os que são específicos do bloco operatório.

1.3 QUALIDADE NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

A melhoria da qualidade é definida, por Potter & Perry (2013), como uma abordagem ao estudo e melhoria contínua dos processos de prestar serviços de cuidados de saúde para satisfazer as necessidades dos clientes e sociedade. A noção de qualidade vem sendo uma preocupação primordial em diferentes áreas profissionais (Hesbeen, 2001). De acordo com a Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Operatoire Diplômés d'État (UNAIBODE, 2001), a procura da qualidade passa pela resposta adaptada às necessidades do cliente e é o fruto de uma intenção, o que permite pensar e agir numa perspetiva centrada no cuidar (Hesbeen, 2001). A preocupação com a qualidade tem-se traduzido na busca de melhores práticas para dar resposta a uma população cada vez mais exigente e ciente dos seus direitos (Santos, Renno, 2013).

Quando estamos a analisar a qualidade, teremos que organizar o pensamento em torno da perspetiva de autores, tais como Pires (2012), Santos (2013), Silva (2013), Oliveira (2011) e a Ordem dos Enfermeiros (2004), que definem a qualidade como um conjunto de atributos que incluem um nível de excelência profissional, o uso eficiente dos recursos, risco mínimo para o cliente e um alto grau de satisfação dos clientes.

De acordo com o Ministério da Saúde, através do Plano Nacional da Saúde (2012), a qualidade em saúde assenta em diferentes dimensões, como a adequação, efetividade, eficiência, acesso, segurança dos clientes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no cliente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, sustentabilidade, oportunidade na prestação dos cuidados, comunicação e participação. Autores como Campos & Carneiro (2010) reforçam estas dimensões na perspetiva do utilizador, dos serviços de saúde, do profissional e do gestor.

A qualidade, como fator determinante da competitividade, tem vindo a acentuar-se à medida que a concorrência aumenta, nomeadamente pela globalização dos mercados, a evolução técnica e tecnológica, bem como pelas exigências crescentes e diferenciadas dos clientes. A gestão da qualidade tem vindo a afirmar-se como componente central das próprias estratégias de desenvolvimento organizacional e como forma de defesa, perante a incerteza e a complexidade da envolvente competitiva em que as organizações têm de operar (Pires, 2012).

A qualidade em saúde depende da intervenção centrada em estruturas de prestação de cuidados, recursos materiais e humanos, instalações e organização; processos decorrentes da própria prestação de cuidados, com sejam a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados; resultados, que incluem a reabilitação/recuperação do cliente, o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados (Donabedian, 2003). Segundo a OE, e de acordo com os seus padrões de qualidade, os cuidados de enfermagem adotam por foco a atenção e promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Deste modo, procura-se ao longo do ciclo vital a prevenção da doença, a promoção de processos de readaptação, a satisfação de necessidades humanas fundamentais e a adaptação funcional aos défices e a múltiplos fatores através de processos de aprendizagem do cliente.

Entende-se, assim, a prática clínica fundamentada em conhecimento científico e avaliada de maneira mensurável, clara e objetiva, através da definição de medidas de desempenho, ou seja, indicadores, instrumentos com foco no resultado esperado e no processo de obtenção dos mesmos.

A nível cirúrgico, e mais especificamente no perioperatório, existem áreas nobres para a produção de indicadores de qualidade, tais como o atendimento ao cliente, a formação contínua dos profissionais, a qualidade do registo clínico, a prevenção de complicações, como infeções, quedas, úlceras por pressão, lesões articulares, a satisfação manifestada com os cuidados prestados, o controlo da dor pós-operatória, a ansiedade pré-operatória, entre outros. Alguns dos fatores que influenciam, diretamente, a prestação de cuidados e seus indicadores são a relação terapêutica com o cliente e a integração e formação profissional continuada, pelo que se torna pertinente a reflexão sobre estas temáticas.

A Relação Terapêutica com o Cliente no Perioperatório

De acordo com Bellman (2009), quando se estuda o processo de interação com o cliente deve ter-se em linha de conta os princípios da relação terapêutica, como o respeito pelo cliente, a disponibilidade, a tolerância e a aceitação desprovida de julgamento, a recetividade na capacidade de ouvir, a empatia, a confiança nas capacidades e o respeito pela conduta ética, que rege a profissão.

Importa, pois, perceber o que é a relação terapêutica, as suas implicações para a enfermagem e a forma como podemos optimizá-la em contexto de perioperatório.

Deste modo o termo relação significa encontro de duas pessoas, uma troca, tanto verbal como não-verbal, favorecedora de um clima de compreensão e apoio, que permite à pessoa compreender melhor a sua situação e aceitá-la levando à mudança pessoal e autonomia (Phaneuf, 2005).

No âmbito da prestação de cuidados de saúde, em geral, e de enfermagem, em particular, a relação é sistematicamente referenciada como algo essencial. Contudo, a sua definição concreta, ou seja, a explicitação de quais os elementos que a constituem e como se desenvolve, nem sempre fica expressa, dificultando, assim, a todos, a compreensão de como usar tão importante componente (Lopes, 2011).

A relação terapêutica baseia-se em inúmeros componentes. Um deles é a *empatia*, ou seja, a capacidade de compreender os sentimentos, os pensamentos e as atitudes do outro e de dar a entender ao outro que o compreendemos. Outro será a *confiança*, que contempla a consideração e a atenção pela individualidade e singularidade de cada um. Inclui-se nesta relação a *inteligência emocional* que um profissional de saúde deve possuir e usar na vida e na profissão, para que a sua presença e atuação tenham um efeito terapêutico e motivador, de controlo emocional e de adequação social.

Para Edwards (2009), o tratamento holístico do cliente considera todas as suas dimensões como a chave para o cuidar em enfermagem. Segundo Cambotas et al. (2014), o papel do enfermeiro passa por atividades não só orientadas para a técnica, mas, também, para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar.

O cuidar do outro sempre esteve associado à profissão de enfermagem, sendo definido como qualquer atividade que ajudasse a pessoa a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida do grupo ou da espécie, sendo este o fundamento

de todos os cuidados (Colliére, 2000). Partindo deste pressuposto, a enfermagem organizou-se e profissionalizou-se com o objetivo de cuidar, distinguindo-se das outras profissões de ajuda por este ser o objetivo primordial da sua ação.

O modo como se estabelece uma relação terapêutica com o cliente no contexto cirúrgico é um importante ponto de reflexão para os enfermeiros, pois, embora a sua ação se desenvolva em torno da componente técnica do cuidar durante a cirurgia, existem momentos cruciais do contacto com o cliente em que a componente relacional assume um estatuto significativo, seja na preparação, tranquilização e motivação para a recuperação do cliente. O impacto do trabalho na relação terapêutica com o cliente é já um tema consensual na enfermagem, com benefícios comprovados, quer no âmbito do contexto cirúrgico, quer na redução da ansiedade pré-operatória, redução dos quadros dolorosos pós-operatórios, redução de complicações cirúrgicas e maior predisposição do cliente para a sua recuperação, o que se traduz em ganhos institucionais, como a redução dos tempos de internamento. É importante salientar que a componente relacional, muitas vezes subvalorizada pelos profissionais, é a mais comumente referida pelos clientes como aspeto de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados.

A relação terapêutica é uma ferramenta do desempenho profissional na qual o enfermeiro deve apostar. Lidar com o cliente como pessoa única, com emoções, pensamentos e modos de geri-los individualmente, constitui um desafio, pois não existem receitas para a relação de ajuda. A aposta na formação contínua assume-se como uma mais-valia na gestão emocional, de que o enfermeiro necessita para garantir um atendimento personalizado e de qualidade ao cliente, assim como para a otimização do trabalho na equipa de saúde.

Importa perceber o impacto que a formação pode acrescentar na construção da personalidade profissional e pessoal do enfermeiro.

Formação em Enfermagem Perioperatória

Numa sociedade em constante mudança, na qual a rápida evolução tecnológica e o acentuado acréscimo da mobilidade profissional são concomitantes, com transformações tendenciais nas organizações e nos processos de trabalho, a pessoa confronta-se com a precariedade dos seus conhecimentos, como refere Moniz (2003). Para Pinheiro (2014), o avanço científico e tecnológico, nas áreas

cirúrgica e anestésica, assim como as especificidades dos clientes com inúmeras patologias associadas, exigem ao enfermeiro perioperatório uma atualização teórica e prática continuada.

Desde cedo se definiu, mesmo em termos legais, que os enfermeiros deveriam atualizar e aperfeiçoar os seus conhecimentos profissionais, a fim de garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, trabalhando, desta forma, a sua valorização pessoal e profissional, e constituindo uma responsabilidade partilhada das organizações e seus recursos humanos.

A formação contínua está contemplada no código deontológico do enfermeiro, no art.º 88.º, do decreto-lei 104/98, que se refere aos deveres do enfermeiro, que permite assegurar a excelência do exercício profissional, a qual diz que o enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Ribeiro, 2013). O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros considera, de igual forma, o direito dos enfermeiros ao acesso à formação contínua.

Estar capacitado para um bom desempenho implica uma atualização ininterrupta ao longo da vida profissional, pois a formação inicial não confere ao indivíduo saberes suficientes e estáveis para o resto da vida de trabalho (Sousa, 2003).

A formação contínua em enfermagem possui já uma longa tradição no âmbito das profissões de saúde (Lourenço & Mendes, 2008). Esta constitui uma necessidade de desenvolver, ao longo da exercício profissional, saberes, atitudes e habilidades, de forma permanente, como consequência dos grandes avanços tecnológicos e científicos, no campo da saúde, em geral, e da enfermagem, em particular, tendo como objetivo garantir o nível máximo de qualidade dos cuidados prestados aos seus clientes (Claudino & Oliveira, 2003).

Inicialmente, a formação contínua dos enfermeiros limitava-se a meros momentos pontuais, desarticulados, pouco planeados e, essencialmente, dirigida às funções e não às pessoas, estando ausentes as preocupações pedagógicas e metodológicas. As pessoas formavam-se, apenas, na dicotomia teórico-prática, transmitindo-se apenas a informação necessária para aplicar na prática. Embora as necessidades de formação fossem sentidas no quotidiano, não existia o espírito reflexivo sobre a prática.

O caminho do desenvolvimento profissional é um percurso pessoal, dependente da consciência do profissional, das próprias necessidades em manter e aperfeiçoar os níveis de competência, ou seja, depende da motivação para a formação e das modalidades escolhidas para essa mesma formação (Claudino & Oliveira, 2003), o que é corroborado por Tavares et al. (2007). A autoformação constitui um processo formativo que atribui à pessoa um lugar central no seu próprio processo de aprendizagem. Porém, a heteroformação também pode realizar-se através de discussão, reflexão e partilha de experiências no serviço, assumindo-se como uma forma de crescimento baseada na ação/reflexão e sobre a prática clínica, em que o crescimento é conjunto para os profissionais, pois, como salienta Serra (2006), os contextos da prática revestem-se de mensagens implícitas e momentos de extrema complexidade em que se intercetam oportunidades únicas de aprendizagem, mas que, para se efetivarem, necessitam de profissionais vigilantes às suas especificidades, de forma a otimizá-la.

O início do processo de formação pessoal e profissional é impulsionado no momento da integração do profissional, pelo que é de extrema importância refletirmos sobre este momento crucial da construção da personalidade e valores do profissional.

A integração no serviço assume-se como um marco para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, pelo que merece uma análise reflexiva sobre a prática neste momento de início do percurso profissional.

Integração do Enfermeiro no Bloco Operatório

O período de integração constitui uma fase importante da vida profissional do enfermeiro, por ser um período de transição e aprendizagem, onde se produzem mudanças de atitudes, padrões de eficiência e de comportamento, sendo necessário que as instituições adotem as melhores condições para a integração (Caracol & Rola, 2014).

A integração é concebida, por alguns autores, como um processo de interiorização de normas, procedimentos, princípios e comportamentos vigentes na instituição ou serviço, idealmente decorrendo num período em horário fixo, que é variável conforme as funções dos enfermeiros, podendo estender-se a um período máximo de dois anos. Este período deve fazer-se sob acompanhamento de um enfermeiro

integrador, que deverá reunir competências relacionais, técnico/científicas e deve permitir reformulações e adaptações, pois as experiências, conhecimentos, atitudes e ritmos de aprendizagem são diferentes de pessoa para pessoa.

O novo enfermeiro constitui-se um elemento extranumerário, iniciando um período de prática tutelada (Franco, 2000) e deve ser acompanhado por um profissional de excelência prática, académica e pedagógica, que assuma um papel ativo no seu crescimento como profissional, valorizando-o, motivando-o e apoiando-o em todo o seu trajeto, o que traduz o fio condutor da supervisão clínica

Impera a delimitação de um plano de ação/integração adequado às necessidades do enfermeiro (Chiavenato, 2000), assim como devem ser proporcionados guias de apoio à integração, manuais e procedimentos do serviço.

A prática tutelada deve pautar-se por momentos de avaliação intermédia, no sentido de averiguar as dificuldades dos enfermeiros, assim como guiá-los no seu processo de aprendizagem, potenciando a sua exigência, segurança e satisfação, enquanto profissional prestador de cuidados de saúde. Este investimento formativo proporcionará à enfermagem, cada vez mais, criar indicadores de produtividade, efetividade e qualidade do seu desempenho, sobre os quais iremos seguidamente efetuar uma breve abordagem.

Indicadores de Qualidade no Atendimento de Enfermagem Perioperatória

A qualidade vem sendo encarada como um valor importante na maioria dos campos profissionais. Para que possa ser medida é necessário construir indicadores que possam traduzi-la, de forma direta ou indireta, permitindo a comparabilidade de dados e refletindo os diferentes contextos da prática profissional (Santos e Renno, 2013).

Os indicadores de qualidade são instrumentos de medida, definidos em conformidade com padrões de qualidade estabelecidos, e constituem, conforme a OE (2004), um método de avaliação qualitativa e quantitativa dos cuidados de enfermagem, pela monitorização dos processos e resultados (Donabedian, 2003). Os referidos indicadores são concebidos de forma a permitir a análise e determinação da medida do desempenho de cada sector ou serviço de saúde, avaliando as metas alcançadas para a excelência da qualidade.

O desempenho dos enfermeiros, em contexto perioperatório, é rico na produção de indicadores, nas suas diferentes perspetivas, estrutura, resultado e processo (Lopes, 2012).

Os indicadores de estrutura referem-se aos recursos físicos, humanos e materiais, necessários à prestação de cuidados, como o número de salas operatórias, a dotação segura de profissionais e a dotação e funcionalidade de equipamentos.

Os indicadores de processo apontam para as atividades dos profissionais de saúde, tais como: número de acolhimentos, número de visitas pré e pós-operatórias, número de formações, número de protocolos/procedimentos desenvolvidos, número de registos de intervenções preventivas ou de tratamento e outros.

Os indicadores de resultado correspondem ao produto final da atuação do enfermeiro, tendo em conta a saúde e a satisfação de padrões e expectativas dos clientes. Podemos enumerar diversos, como número de cirurgias realizadas, tempos de transição operatória de clientes, a taxa de ansiedade pré-operatória, taxa de dor aguda pós-operatória, taxa de complicações pós-operatórias, taxa de infeção da ferida cirúrgica, número de *never events*, taxa de prevalência de quedas, lesões articulares e por pressão, queimaduras, taxa de clientes com paragens cardiorrespiratórias, taxa de morbilidade, taxa de mortalidade pós-operatória, percentagem de registos efetuados, percentagem de satisfação do cliente com os cuidados.

Por conseguinte, os indicadores de estrutura, no fundo, focam as condições oferecidas para a prestação de cuidados, sendo que a riqueza da intervenção do enfermeiro é colocada em relevo através dos indicadores de processo, reveladora do número de intervenções e como estas foram levadas a cabo e, finalmente, os indicadores de resultado, que se assumem de maior peso na demonstração de resultados sensíveis aos cuidados de saúde prestados pelo enfermeiro.

Uma vez abordados de forma genérica a diversificada quantidade de indicadores que é possível extrair da atuação do enfermeiro do perioperatório, daremos enfoque aos indicadores de queda, úlceras por pressão, dor, ansiedade, dependência funcional, satisfação do cliente e registos, visto assumirem-se como pilares, em torno dos quais este trabalho se desenvolveu.

Deste modo, abordamos a dor, que é um dos fortes indicadores de qualidade percebido por profissionais e pelo cliente, principal utilizador dos nossos cuidados. A mensuração destes indicadores não seria possível sem a sua

operacionalização, através de escalas de medição pelo que adotam de igual forma um ponto-chave no decurso desta reflexão.

A dor, na opinião de Ward & Morris (2009), é um aspeto subvalorizado na gestão dos cuidados ao cliente. Também Luppen, Sampaio & Stadnick (2011) aludem que o controlo da dor pós-operatória é essencial para os clientes e que a assistência integral e adequada dependem da sua correta avaliação. De acordo com Timby (2014), os enfermeiros recorrem a instrumentos de avaliação e quantificação da intensidade da dor como escalas, sendo as mais comuns a numérica, visual analógica e escala ilustrada. Afirmam Andrade et al. (2010) que estes instrumentos facilitam a comunicação entre cliente e enfermeiro, tornando possível determinar a incidência, duração, intensidade e alívio da dor alcançado, decorrente das diferentes técnicas analgésicas utilizadas. Os autores assinalam a escala numérica como simples, de uso fácil e um método rápido de avaliação da dor. O mesmo é corroborado por Silva, Pimenta & Cruz (2013), ao referirem que a avaliação inadequada influencia negativamente a analgesia. Para Oliveira et al. (2013), a dor, quando não é devidamente controlada, pode predispor o cliente a cronicidade da dor pós-operatória, o que representaria um evento adverso, salientando a importância da sistematização, avaliação e registo rigoroso para que este fenómeno seja mais bem identificado.

Embora as escalas objetivem a avaliação da dor, Pereira & Sousa (2007) salientam a importância das manifestações não-verbais da dor, como expressões faciais, atividade motora e atividades autonómicas (palidez, sudorese), além das expressões vocais como apelo, grito e choro. Estas manifestações são importantes indicadores para a perceção do enfermeiro relativa ao quadro do cliente, mormente quando estão presentes quadros demenciais, cada vez mais frequentes na velhice (Rantala, 2014).

Autores como Moreira et al. (2013) salientam que, mediante a natureza pluridimensional, o uso de analgésicos é apenas uma parte da abordagem, pelo que a terapia deve ser multimodal, com associação de dois ou mais agentes ou técnicas analgésicas, sejam farmacológicas ou não. Referem, ainda, que a avaliação da dor desse ser sistematizada a intervalos regulares e defendem a ideia do início da analgesia ainda antes do ato cirúrgico.

A avaliação funcional, para Cabete (2005), pode ser definida como a análise e medida de comportamentos específicos, que ocorrem em ambiente real e que são

relevantes para a vida. A avaliação do estado funcional das pessoas idosas é um instrumento de análise sobre as capacidades de auto cuidado dos indivíduos, não só as atividades de vida diárias, como em relação a atividades mais complexas, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia de vida. Permite, também, ter uma noção do estado cognitivo da pessoa, assim como da sua força física e destreza.

A necessidade de conhecer o cliente que será operado, detetando precocemente alterações funcionais, segundo Mendoza & Peniche (2009), possibilitará o desempenho de ações de modo a compensá-las a tempo, evitando o aparecimento de complicações pós-operatórias.

No âmbito dos cuidados de enfermagem, Moniz (2003) defende que os cuidados às pessoas idosas tenham como finalidade ajudá-las a aproveitar ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade.

Em compensação, Berger et al. (2010) indicam a avaliação do estado funcional como um meio extremamente confiável de prever o resultado pós-operatório.

Relativamente à prevenção da úlcera por pressão, sabemos ser, ainda, um problema recorrente nos serviços de saúde que, de acordo com a DGS (2011), é evitável, através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras por pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção. Deve, assim, proceder-se à avaliação e registo do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão nos clientes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico, sendo a escala validada em Portugal, a escala de Braden, que é a mais utilizada em diversos países, o que é evidenciado por Liu et al. (2013).

A escala de Braden, de 23 pontos, que contempla aspetos como a perceção sensorial, mobilidade, humidade da pele, nutrição e presença de forças de fricção ou deslizamento. Através da sua aplicação, os clientes devem ser categorizados em níveis de risco e, quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera por pressão. A utilização destes instrumentos deve ser complementada pela avaliação clínica e o risco de úlcera por pressão reavaliado periodicamente, pois, ao constituir um dos indicadores de qualidade dos cuidados, importa analisar o cuidado do enfermeiro na sua prevenção.

A queda constitui outros dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados, pelo que a sua prevenção é crucial ao atendimento de enfermagem,

acarretando consequências graves com aumento dos tempos de internamento e custo dos tratamentos, assim como pelo desconforto e alteração dos papéis sociais do cliente.

Este evento pode ser condicionado por inúmeros fatores, abordados por Urbanetto et al. (2013), como a idade, alterações de consciência, déficit cognitivo, incontinência vesical, doenças neurológicas ou cardiovasculares, uso de medicamentos, quedas anteriores, marcha alterada ou incapacidade funcional.

Os instrumentos de avaliação do risco podem ter um papel fundamental, como primeiro passo na implementação de um programa efetivo e eficiente de prevenção de quedas, existindo uma panóplia de escalas.

A escala de Morse (MFS) permite a avaliação do risco de queda e é composta por seis critérios para avaliação do risco de queda, como: história de queda, diagnósticos secundários ou patologias associadas, necessidade de apoio na marcha, terapêuticas intravenosas e estado mental. Por sua vez, Costa-Dias & Ferreira (2014) acrescentam que a pontuação total da MFS varia entre 0 e 125, discriminando as pessoas em função do nível de risco de queda. Assim, considera-se que a pessoa não tem risco de queda se a pontuação for inferior ou igual a 24. Se a pontuação total estiver entre 25 e 50, considera-se que a pessoa tem um risco baixo de queda e são necessárias intervenções padrão de prevenção de quedas. Por fim, considera-se que a pessoa tem um risco elevado se obtiver uma pontuação total superior ou igual a 51 e, neste caso, há que iniciar intervenções de prevenção de quedas de alto risco, segundo a Escala de Morse - 2009.

Existem algumas adaptações desta escala que consideram ainda a idade, eliminação, medicamentos e presença de dispositivos, como, por exemplo, soro, drenos e outros. A adaptação do John Hopkins Hospital, utilizada pela autora no presente estudo e também utilizada no SESARAM, faz variar a pontuação entre 0 e 10, sendo que entre 0-5 o cliente tem baixo risco, 6-9 risco moderado e 10 alto risco de queda. Estas adaptações convergem com o referido pelas autoras, Costa-Dias & Ferreira (2014), que se apoiaram na Escala de Morse de 2009, ao referirem que as escalas têm de ser calibradas para cada realidade hospitalar.

A ansiedade sendo um dos sentimentos mais referenciados no pré-operatório, apresenta-se como um desafio à atuação do enfermeiro. Sabendo-se que a preparação e informação facultada ao cliente têm forte impacto neste período, as mesmas devem ser suportadas com uma avaliação objetiva, baseada em escalas

devidamente validadas, permitindo uma intervenção preventiva eficaz, que potencie o resultado cirúrgico.

A avaliação dos sinais e sintomas de ansiedade podem ser imprecisos, sendo que a avaliação quantitativa, utilizando as escalas de medição da ansiedade, pode fornecer informação mais rigorosa para a deteção de níveis elevados de ansiedade.

A ansiedade é definida, por Oliveira (2011), como uma manifestação comportamental, que pode ser classificada em duas categorias: estado e traço.

O questionário de Ansiedade Traço-Estado é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados com a ansiedade, como refere Fioravanti (2006). Este apresenta uma escala que avalia a ansiedade, enquanto estado, e outra que aborda a ansiedade, enquanto traço. Enquanto o estado de ansiedade reflete uma reação transitória diretamente relacionada a uma situação de adversidade que se apresenta em dado momento, o traço de ansiedade refere-se a um aspeto mais estável relacionado com a propensão do indivíduo lidar com maior ou menor ansiedade ao longo de sua vida.

A satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem poderá ser entendida como uma atitude do cliente face ao sistema de saúde, constitui uma realidade pertinente e atual, na medida em que a perspetiva do cliente é indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde. A satisfação é, como menciona Lopes (2013), o resultado de múltiplos fatores, nomeadamente as características do cliente, experiências anteriores, as suas expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação, as expectativas futuras, os valores individuais. Como refere a autora, devem ser os clientes a fornecer informação válida acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem que receberam. A autora constatou ainda, no seu estudo, que o cliente considera o aspeto técnico do cuidar, o aspeto humano ou interpessoal do cuidar, também consensualmente definido como a arte de cuidar.

Torna-se, assim, fundamental, como salienta Pontinha (2011), conhecer como os clientes avaliam o atendimento prestado, para pensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando o seu aperfeiçoamento.

De acordo com Pinheiro & Costa (2014), os registos são uma componente vital de uma prática segura, ética e efetiva, independente do contexto da prática ou de ser utilizado suporte de papel ou eletrónico. São, como aborda Jefferies (2012), um instrumento poderoso de comunicação de informações importantes sobre os clientes e os cuidados que lhe são prestados, quer sejam autónomos ou interdependentes.

Definem-nos, citando a OE (2005, p.21), como o “conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compilam informações resultantes do diagnóstico dos cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro e toda a restante informação necessária a continuidade dos cuidados”. Ainda na opinião dos autores os registos devem refletir diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis à intervenção do enfermeiro.

Para Cambotas et al. (2014), o registo justifica todas as ações e todos os cuidados prestados ao longo do perioperatório. A transmissão deve ser clara, sucinta e precisa, de modo a permitir ao enfermeiro uma tomada de conhecimento rápido e eficaz do cliente, que lhe possibilite garantir uma perfeita continuidade dos cuidados. A folha de registo deve ser o reflexo da evolução do cliente ao longo das etapas cirúrgicas e deve refletir todos os passos do processo de enfermagem

Informatização para a Continuidade dos Cuidados

A prestação de cuidados de saúde sempre foi próspera na produção de informação e conhecimento. Porém, esta era frequentemente fragmentada, sendo notória uma falta de integração de todos os dados, para a produção de um conhecimento integral. Este facto traduzia-se na morosidade para demonstrar a eficácia das instituições prestadoras de cuidados.

Existia uma necessidade de dotar o serviço nacional de saúde de “memória” (Espanha, 2010) e os hospitais públicos são uma importante fonte de informação (Almeida, 2012).

Segundo a OE (2011), as tecnologias de informação e comunicação revelaram-se importantes no objetivo de melhorar o acesso, o custo e a qualidade dos cuidados de saúde. A sua utilização na saúde constitui-se um elemento essencial para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes com os cuidados de saúde (Espanha, 2010).

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) suportam a documentação sistemática dos cuidados e permitem que os dados dos serviços de cuidados de saúde, recursos e resultados sejam guardados em bancos de dados, que possam ser acedidos e analisados para avaliar os cuidados de saúde e gerar novos conhecimentos (Paiva, 2006).

As vantagens da documentação informatizada são, para Potter & Perry (2013), inúmeras. O acesso mais rápido a dados do cliente e a possibilidade de transferência automática de registo ou a sua consulta, por diferentes técnicos, em simultâneo, e a redução de erro de comunicação constituem elementos importantes para a sua utilização (Patrício et al., 2011). Outra mais valia é o seu contributo para a continuidade dos cuidados, pois fornece ao enfermeiro informação detalhada sobre o quadro clínico do cliente, assim como as intervenções já implementadas e seus resultados. O risco de perda de informação fica, também, minimizado pelo facto da informação se encontrar centralizada e estruturada, facilitando o seu acesso rápido e, deste modo, a eficiência, efetividade e apropriação dos cuidados de saúde (Espanha, 2010). A produção de dados possibilitada pelos sistemas de informação e a sua análise, nomeadamente através dos indicadores de qualidade, permite a definição do estado da arte, assim como salienta as necessidades de aperfeiçoamento que guiam os enfermeiros na definição de estratégias de melhoria contínua do seu desempenho na prestação de cuidados.

A importância dos dados produzidos e documentados resultantes do exercício profissional dos enfermeiros tem, nas últimas décadas, representado um enorme desafio para o desenvolvimento de Sistemas de Informação em Enfermagem (Sousa, 2012).

Os sistemas de informação em saúde assumem-se como instrumentos desenhados para a prevenção, diagnóstico, tratamento, monitorização e gestão da saúde do cliente (Espanha, 2010), sendo utilizados em contextos de prestação de cuidados de saúde, para fins administrativos ou de gestão, exames e terapias de apoio aos tratamentos. A utilização destes sistemas possibilita obter ganhos em saúde e redução de custos, na medida em que a existência de informação fiável, pertinente, precisa e estruturada permite aos profissionais e ao cidadão a tomada de decisão célere e informada.

O desenvolvimento de aplicações como a de Sistema de Apoio Médico (SAM) e Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) revolucionaram a prestação de cuidados, na medida em que permitiam ao médico a prescrição terapêutica e de exames, o registo e consulta de informação clínica prévia, através do histórico do cliente e possibilitavam ao enfermeiro a consulta de um plano de trabalho de enfermagem, o registo e consulta sobre a situação clínica do cliente, o conhecimento da terapêutica prescrita e outros. A análise da viabilidade económica destas

aplicações e sistemas de informação salienta a sua importância na gestão e qualidade dos cuidados, com programas como a gestão de clientes, gestão de agendas e marcações, processo clínico eletrónico, prescrição eletrónica e estatísticas (Gomes et al., 2009).

Estas aplicações estabelecidas a nível dos hospitais portugueses necessitam de um sistema operativo que lhe dê suporte, *Microsoft Windows Server*, sendo compatíveis com aplicações paralelas de registo. Porém, na Região Autónoma da Madeira (RAM) esta compatibilidade não foi conseguida, pelo que se criou, em 2004, um sistema próprio, que desse resposta às exigências dos profissionais e que fosse compatível com outros programas de registo previamente implementados. Estas aplicações são mantidas e atualizadas de acordo com as normas em vigor, bem como com as necessidades e projetos da instituição.

A utilização de sistemas de informação em saúde levou à necessidade de se implementar uma linguagem comum entre profissionais, que garantisse a precisão da informação transmitida. O Concelho Internacional dos Enfermeiros, reunindo enfermeiros de diversos países, levou a cabo o projeto de criar uma linguagem unificada na enfermagem que traduzisse a realidade da prática de enfermagem e que desse visibilidade ao seu trabalho.

Surge, deste modo, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), com o contributo de enfermeiros de cerca de cento e oitenta países, que indicaram este processo dinâmico, o qual possibilita a articulação com os diferentes modelos de enfermagem em vigor.

Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE)

Segundo a OE (2011), a CIPE permitiu a promoção da enfermagem em todo o mundo, ao facultar uma linguagem unificada de enfermagem para a documentação dos cuidados prestados.

Muitas têm sido as potencialidades mencionadas a esta classificação, tais como: o facto de estabelecer uma linguagem comum para a prática, melhorando a comunicação profissional; representando os conceitos usados nas práticas locais, em todos os idiomas e áreas de especialidade; descrevendo os cuidados de enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades), no âmbito mundial; possibilitando a comparação de dados de enfermagem entre populações de

clientes, contextos, áreas geográficas e tempos diversos; estimulando a pesquisa, por meio da vinculação de dados disponíveis em sistemas de informação de enfermagem e de saúde; fornecendo dados sobre a prática, de modo a influenciar a educação em enfermagem e a política de saúde; projetando tendências sobre as necessidades dos clientes, a prestação de cuidados de enfermagem, utilização de recursos e resultados dos cuidados de enfermagem (Garcia & Nóbrega, 2009).

De acordo com Pinheiro & Costa (2014), a utilização de uma linguagem classificada e comum às instituições de saúde, com a classificação para a prática de enfermagem, permite uma maior visibilidade dos cuidados prestados e a produção de indicadores de qualidade.

O desenvolvimento de uma metodologia de registo, unificada e suportada informaticamente, garante a perceção por todos os profissionais prestadores de cuidados da informação clínica dos clientes, assim como garante a continuidade dos cuidados.

A implementação dos registos de enfermagem sob metodologia CIPE não é nova na saúde portuguesa, visto ser um projeto com alguns anos de desenvolvimento, pelo que a sua utilização está consolidada a nível nacional e regional.

A incrementação desta linguagem na prática do bloco operatório passa pela formação e treino dos profissionais. Os registos e comunicações de enfermagem encontram-se já informatizados e seguem esta linguagem. Como referido, a articulação com o modelo de enfermagem é constante, pelo que o processo de enfermagem e planeamento dos cuidados assenta na mesma. Existe já um trabalho de levantamento relativo ao catálogo de diagnósticos específicos do bloco operatório, ao longo de todo o perioperatório, que se encontra a ser incorporado na aplicação informática de registo.

Esta metodologia de registo, associada aos sistemas de informação em enfermagem, permitem a produção de indicadores exatos, relativos à qualidade do atendimento, pois é possível quantificar o número de diagnósticos levantados em específico, o tipo de intervenções que são delineadas para diferentes situações clínicas e os resultados obtidos decorrentes das reavaliações clínicas.

É ainda possível inferir sobre as preocupações da enfermagem, que tipo de diagnósticos são mais frequentemente criados. O sistema limita a possibilidade de esquecimento na reavaliação da situação clínica do cliente, pois são emitidos alertas de reavaliação. O facto de se recorrer a uma linguagem estruturada garante que a

informação é percebida por todos os profissionais e os dados resultantes permitem ao enfermeiro a reflexão sobre e para a ação, assim como a definição de estratégias de melhoria da prestação de cuidados, que vá ao encontro das expectativas de saúde e satisfação do cliente com os cuidados de saúde oferecidos.

A CIPE assume-se como um meio de estruturação da linguagem que dá suporte ao planeamento de cuidados inerente ao processo de enfermagem, que serve de guia ao enfermeiro na sua ação junto do cliente, pelo que importa estudar e perceber a sua dinâmica de funcionamento.

Definição de Plano de Cuidados de Enfermagem

O processo de enfermagem, para Potter & Perry (2013) e Feu & Maciel (2008), é uma abordagem sistemática que o enfermeiro utiliza. Engloba cinco etapas, como a colheita de dados, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Em consonância, Thelan et al. (2008) afirmam que o processo de enfermagem é um método de tomada de decisão clínica. Por seu lado, Almeida (2007) salienta que o seu objetivo é identificar as necessidades de saúde atuais e potenciais do cliente, estabelecer planos para resolver as necessidades identificadas e atuar de forma específica para as solucionar.

Como refere Meek (2009), combinar os princípios e a prática de enfermagem cirúrgica com as características únicas do cliente idoso é o grande desafio que se coloca aos enfermeiros perioperatórios, pois exige a capacidade de avaliação perceptiva, de identificação cuidadosa dos problemas reais e potenciais do cliente, e de um meticoloso planeamento e implementação de um sistema de prestação de cuidados ou plano de cuidados adequados às suas necessidades.

Salienta Graham (2009), que o processo de identificação e realização do diagnóstico de enfermagem é crucial para reconhecer o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar e, acrescenta Ferrito (2014), que, no período perioperatório, o processo de enfermagem é uma parte integrante do cuidados de saúde que dá suporte às intervenções de enfermagem, permitindo a ordenação e sistematização das ações de enfermagem na identificação e resolução dos problemas dos clientes e nas respostas destes aos cuidados prestados.

A realidade da prestação de cuidados no bloco operatório é diferente do contexto do internamento, pois as ações desenrolam-se com uma dinâmica rápida de

atendimento, de modo a rentabilizar os tempos cirúrgicos. O período de interação com o cliente para a aquisição de um conhecimento aprofundado sobre as necessidades e expectativas do mesmo é mais reduzido. A realização de visita pré-operatória e a articulação com os enfermeiros do internamento facilitam este processo, continuando, porém, a assumir-se um desafio para a implementação de planos de cuidados. Outros fatores dificultadores poderiam ser mencionados, como a escassez de recursos humanos e materiais, muitas vezes limitadores de um desempenho de excelência na saúde.

A definição de planos de cuidados de enfermagem é fulcral no atendimento personalizado ao cliente, pois garante a sua individualidade. Além disso, o plano de cuidados constitui um guia orientador da intervenção de enfermagem, que permite a estruturação do pensamento na prática diária. O registo inerente ao plano de cuidados de enfermagem põe em evidência o raciocínio e a ação do enfermeiro no seu desempenho quotidiano, dando assim visibilidade ao papel da enfermagem na sociedade.

O plano de cuidados ao cliente cirúrgico pauta-se por uma preocupação com imperativos éticos, de respeito pela dignidade, singularidade humana, pela equidade no acesso aos cuidados e tratamento ao cliente. São frequentes as situações que colocam o enfermeiro sob dilemas éticos, pelo que importa refletir sobre como preservar os valores profissionais no contacto com o cliente.

1.4 ÉTICA EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Preservar e manter a dignidade do cliente, segundo Ward & Morris (2009), é um objetivo comumente referido na enfermagem e tratar os clientes com respeito é central na boa prática de enfermagem.

Os conhecimentos éticos proporcionam aos enfermeiros uma base de princípios de atuação profissional, relacionando-se com um conjunto de normas que no plano dos valores morais do enfermeiro, como pessoa, e da enfermagem, enquanto profissão, regulam o comportamento profissional. Por meio da reflexão ética, a enfermagem tem procurado definir os valores, fixar os princípios como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, bem como estabelecer as normas do agir profissional.

Os princípios de confiança e confidencialidade, na opinião de Brykczynka (2009), devem ser respeitados na relação com o cliente e Dawson (2009) salienta que, frequentemente, os clientes não sabem a que procedimentos serão submetidos.

Ainda de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, OE (2009), o enfermeiro tem o dever da informação, do sigilo, respeito pela intimidade e humanização dos cuidados. Mais concretamente, no seu artigo sétimo, aponta que o enfermeiro deve respeitar, defender e promover o direito à liberdade informada do cliente, assim como salvaguardar o direito à opção esclarecida. Refere, ainda, que o enfermeiro, no âmbito das suas competências, deve fornecer todo o tipo de informação solicitada pelo cliente, de modo a esclarecer todas as dúvidas colocadas por este.

O consentimento por escrito, voluntário e informado, conforme Smeltzer & Bare (2011), é necessário antes de a cirurgia ser realizada. Este é, segundo Potter & Perry (2013), o acordo facultado pelo cliente a que se inicie um procedimento com base no total conhecimento dos riscos, benefícios, alternativas, e consequências de uma recusa. Para Meek (2009), a decisão de ser submetido a cirurgia deve ser uma deliberação verdadeiramente informada e, tal como referenciam Jesus & Abreu (2014), o enfermeiro perioperatório, durante e visita pré-operatória, deve promover a sua validação junto do cliente, uma vez que lhe compete assegurar os direitos e interesses legítimos dos clientes (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

O consentimento informado é uma manifestação de respeito pelo cliente, enquanto ser humano. Reflete, em particular, o direito moral do cliente à integridade corporal e à participação nas decisões conducentes à manutenção da sua saúde.

O consentimento do cliente é necessário, não apenas para o procedimento, como para todos os tratamentos que possam ser necessários durante a cirurgia, nomeadamente as transfusões sanguíneas, colocando-se, por vezes, questões éticas ao desempenho do enfermeiro.

O profissional deve pautar-se pelo respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa. O cliente tem direito a escolher o tratamento e este pode estar comprometido, se for contra as suas crenças religiosas (Lara & Pendlosky, 2013).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto de Lei n.º 161/96, 4 de Setembro, no artigo 12º, refere constituir dever do enfermeiro respeitar a decisão do cliente de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta.

O enfermeiro deve saber lidar com estas questões éticas, respeitando a autonomia do cliente e o seu direito à escolha do tratamento. É da sua competência alertar a equipa para este direito do cliente, de modo a definirem-se alternativas viáveis ao tratamento, especialmente quando a cirurgia é eletiva.

Salienta Ferrito (2014) que o facto do cliente se encontrar numa posição de grande vulnerabilidade, uma vez que, na maior parte do tempo de permanência no bloco operatório, se encontra sedado ou inconsciente e, por se encontrar incapaz de tomar decisões, compete ao enfermeiro assegurar que os seus desejos sejam respeitados. O direito à decisão deve ser respeitado pelos enfermeiros por razões morais e profissionais. As ações de enfermagem devem ter como pressuposto o respeito, o reconhecimento e a defesa da autonomia da pessoa que cuida. Assim o enfermeiro deve respeitar sempre a autonomia do cliente e qualquer intervenção neste, deve contar com a sua aceitação, sempre que o seu estado mental o permita.

1.5 INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA COMO CONTRIBUTO PARA OS GANHOS EM SAÚDE DO CLIENTE

O impacto das intervenções do enfermeiro junto do cliente é traduzido em ganhos em saúde que são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde, e que incluem referências sobre a respetiva evolução.

Os ganhos em saúde apresentam uma perspetiva multidimensional e dinâmica, dependendo da definição de saúde, de doença e de capacidade de intervenção. À medida que novos diagnósticos ou intervenções vão sendo desenvolvidos e aceites, surgem novas áreas com perspetivas de ganhos. Igualmente, a capacidade de um sistema de informação, cruzar dados e características sociodemográficas ou compreender o impacto dos fatores ao longo da vida, permitem compreender, com maior rigor e abrangência, o impacto dos determinantes sociais e dos contextos de vida no estado de saúde e, deste modo, melhor identificar ganhos, de acordo com o Plano Nacional da Saúde 2012/2016.

A prática de enfermagem, baseada na evidência, pode, segundo Lyon & West (2009), influenciar muitos dos aspetos dos cuidados de enfermagem perioperatória otimizando-os. O enfermeiro de perioperatório é, na perspetiva de Ferrito (2014), responsável por todas as atividades e intervenções relacionadas com o cuidado do cliente. Para tal necessita aplicar o conhecimento científico e as suas competências

específicas, em todas as fases do perioperatório, desde o acolhimento e ensino ao cliente, ao planeamento e implementação de intervenções de suporte, passando pelos procedimentos pré-cirúrgicos, pós-cirúrgicos e anestésicos até à preparação para a alta. O objetivo da intervenção do enfermeiro é, independentemente da faixa etária, evitar complicações ou detetá-las e tratá-las precocemente e devolver ao cliente o nível ótimo de independência, tão depressa quanto possível (Meek, 2009). Por sua vez, Pinheiro (2014) salienta que o enfermeiro ao centralizar a sua atuação no cliente como um todo, através de um processo intelectual, científico e metódico, operacionaliza os seus saberes para melhor cuidar, constituindo uma garantia de qualidade e da continuidade dos cuidados prestados. Potter & Perry (2006) focam o âmago dos cuidados de qualidade como os resultados de enfermagem, que são estados a serem atingidos como consequência da prestação de cuidados. Quando os elementos da equipa de enfermagem pensam em termos de resultados, as suas ações tornam-se mais orientadas para os objetivos e centradas na melhoria do estado de saúde do cliente. Define Moniz (2003) que os cuidados de enfermagem à pessoa idosa podem objetivar-se de diferentes modos, dado que cada pessoa é única e irrepetível.

Para Borghi (2007), a participação da enfermagem, em todo o período perioperatório do idoso, baseada nos conhecimentos gerontológicos, proporciona a avaliação e deteção de necessidades especiais do idoso em várias dimensões, potencializando os recursos particulares de cada idoso para enfrentar de maneira positiva a situação cirúrgica. Acrescentam Berger et al. (2010) que, embora seja comum o declínio fisiológico nos clientes idosos, as sequelas funcionais desse declínio raramente são suficientes para causar um resultado negativo nas operações eletivas.

Trabalhar num bloco operatório requer o empenho destemido de cada profissional, como mencionam Duarte & Martins (2014) e tal como refere Bilbão (2014), cada vez mais o enfermeiro perioperatório tem de ser o elo entre o exterior e interior do bloco operatório, ou seja, entre o cliente, os outros profissionais e a família

Fazendo uma breve síntese da evolução da enfermagem ao longo da história, percebemos que, desde muito cedo, já se verificava uma preocupação com o cuidar de modo seguro, seguindo os princípios éticos de não prejudicar o cliente. Cedo se percebe que a enfermagem é uma profissão que lutou para fazer um trajeto de melhoria, no sentido de se constituir como ciência, produzindo um corpo de conhecimento único.

A enfermagem cirúrgica sofreu uma evolução exponencial ao longo do último século, quer a nível da complexidade do seu cuidar, como da definição precisa do papel do enfermeiro na sala de operações. Os enfermeiros aperfeiçoaram as suas competências como enfermeiros instrumentistas, circulantes e de anestesia, com focos de atenção e intervenção específicos ao longo das diferentes fases cirúrgicas. Como profissão dinâmica que é, aposta na integração dos seus profissionais e formação contínua dos mesmos, quer em aspetos técnicos, como de saber ser e estar e na relação de ajuda.

Retrata-se o desempenho diário do enfermeiro pautado por preocupações relativas à produção de informação sobre as suas práticas, qualidade e segurança dos cuidados, preocupações com questões éticas que afetam a prestação de cuidados.

Revela, assim, que a enfermagem, baseada na investigação e na evidência produzida, é capaz de desenvolver e implementar projetos que trazem ganhos em saúde para o indivíduo e população, como a visita pré e pós-operatória. Rege-se por um atendimento sistematizado e personalizado através da implementação de planos de cuidados únicos e adequados às necessidades de cuidados de cada indivíduo. Pauta-se pelo acompanhamento evolutivo da sociedade e suas exigências, como a garantia da continuidade dos cuidados e a produção de bancos de dados que facilitem o acesso à informação, de forma célere, em situações de urgência/emergência, quer otimizando a comunicação entre os diferentes prestadores de cuidados ao cliente, através do registo em suporte informático, regido por uma linguagem universal e estruturada, que garante a sua exatidão, independente do contexto de prestação de cuidados.

A enfermagem tem, deste modo, tentado acompanhar a evolução da sociedade, dando o seu contributo na sua área específica de intervenção, demonstrando o seu valor através da produção de indicadores de qualidade, estimados com a aplicação de escalas avaliativas que permitam a sua tradução em termos de ganhos em saúde.

Em suma, a enfermagem perioperatória assume um papel de destaque nos centros cirúrgicos. No passado, os enfermeiros perioperatórios restringiam-se aos limites dos blocos operatórios. Nos nossos dias, a visão do enfermeiro perioperatório reflete os vários domínios do cuidar diferenciado, atendendo o cliente nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, com experiência cirúrgica, e em outros procedimentos invasivos, tendo como suporte o processo de enfermagem, a partir

do qual efetua a avaliação do cliente cirúrgico, estabelece diagnósticos de enfermagem, identifica resultados, implementa planejamento de cuidados e avalia resultados obtidos pelo cliente, sendo estas atividades desenvolvidas de forma independente e interdependente. O enfermeiro perioperatório também colabora com os outros profissionais de saúde, delega e supervisiona os cuidados de enfermagem. O modelo é focalizado no cliente perioperatório e os domínios do interesse convergem para os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados no cliente, estando estes em interação contínua com o sistema de saúde, circundando o foco da prática da enfermagem perioperatória, o cliente.

O desenvolvimento de projetos, como o de **Atendimento Cirúrgico ao Cliente Idoso**, é mais um exemplo de preocupação com a realidade social e profissional contemporânea e um testemunho para dar resposta à exigência dos cuidados, face aos contextos e necessidades individuais da sociedade, em geral, e do cliente idoso, em particular.

2 ATENDIMENTO DO CLIENTE IDOSO NO PERIOPERATÓRIO

A enfermagem desempenha um papel crucial na avaliação **perioperatória** do idoso, sendo necessário uma avaliação da situação da pessoa que detém uma história de vida. Esta avaliação deverá ser pormenorizada, tendo sempre em linha de conta que este traz consigo outros problemas de saúde, agudos ou crónicos, que são independentes da intervenção cirúrgica, mas que podem influenciar os resultados da cirurgia. Preparar o ambiente para avaliação dos clientes idosos inclui minimizar as distrações, garantir a privacidade e explicar a partilha de informação, sendo importante para assegurar uma recuperação rápida e segura (Meek, 2009).

O enfermeiro deve ter conhecimento das limitações funcionais do cliente antes da cirurgia, para poder planear a sua intervenção, mantendo, assim, as capacidades no período pré-operatório e recuperar um nível ótimo de independência no pós-operatório. A avaliação psicossocial do idoso torna-se relevante, pois, por vezes, poderão ter maior peso para a pessoa do que a própria cirurgia.

O enfermeiro terá de avaliar o estado emocional do idoso e o seu grau de preparação. Muitos idosos receiam o internamento e as intervenções cirúrgicas, pelo seu potencial de criar dependências, implicando *stress* e sobrecarga para os familiares. O medo da dor, do desconhecido, da alteração da sua imagem corporal pode contribuir para um estado de delírio já no perioperatório.

Cuidar da pessoa idosa é um desafio para a enfermagem de hoje. A cirurgia é, sem dúvida, uma ferramenta importante para a resolução de muitos problemas, assim como melhorar a função e a qualidade de vida dos idosos, daí o interesse, pertinência e oportunidade desta investigação.

A criação e implementação de sistemas de informação em saúde (tecnologias de informação), na perspetiva de Espanha (2010), tornam-se ferramentas úteis de comunicação, pois favorecem as relações dos profissionais de saúde e dos utentes para a comunicação, sendo estes reconhecidos, internacionalmente, como um potencial na prestação de cuidados de saúde mais efetiva.

Na nossa pesquisa, aferimos este processo da informação em saúde elaborando um Programa Eletrónico de Atendimento ao Cliente Idoso no Bloco Operatório, construindo-o e tendo como bases a ciência de enfermagem nos diferentes aspetos: análise das práticas assistenciais da enfermagem perioperatória e análise das investigações científicas no campo da saúde e da enfermagem. Pretendemos repensar os paradigmas da pesquisa e prática de enfermagem.

A nossa pesquisa foi dividida em 3 partes: o diagnóstico, onde se avalia o Perfil do Idoso no Bloco Operatório – Estudo Piloto; a construção do Programa de Atendimento ao Cliente no Bloco Operatório e das intervenções dos enfermeiros perioperatórios; o impacto da implementação do Programa Informático de Atendimento ao Idoso no Bloco Operatório - Estudo Principal.

A figura 4 ilustra as várias etapas que foram necessárias para o desenvolvimento do tema.

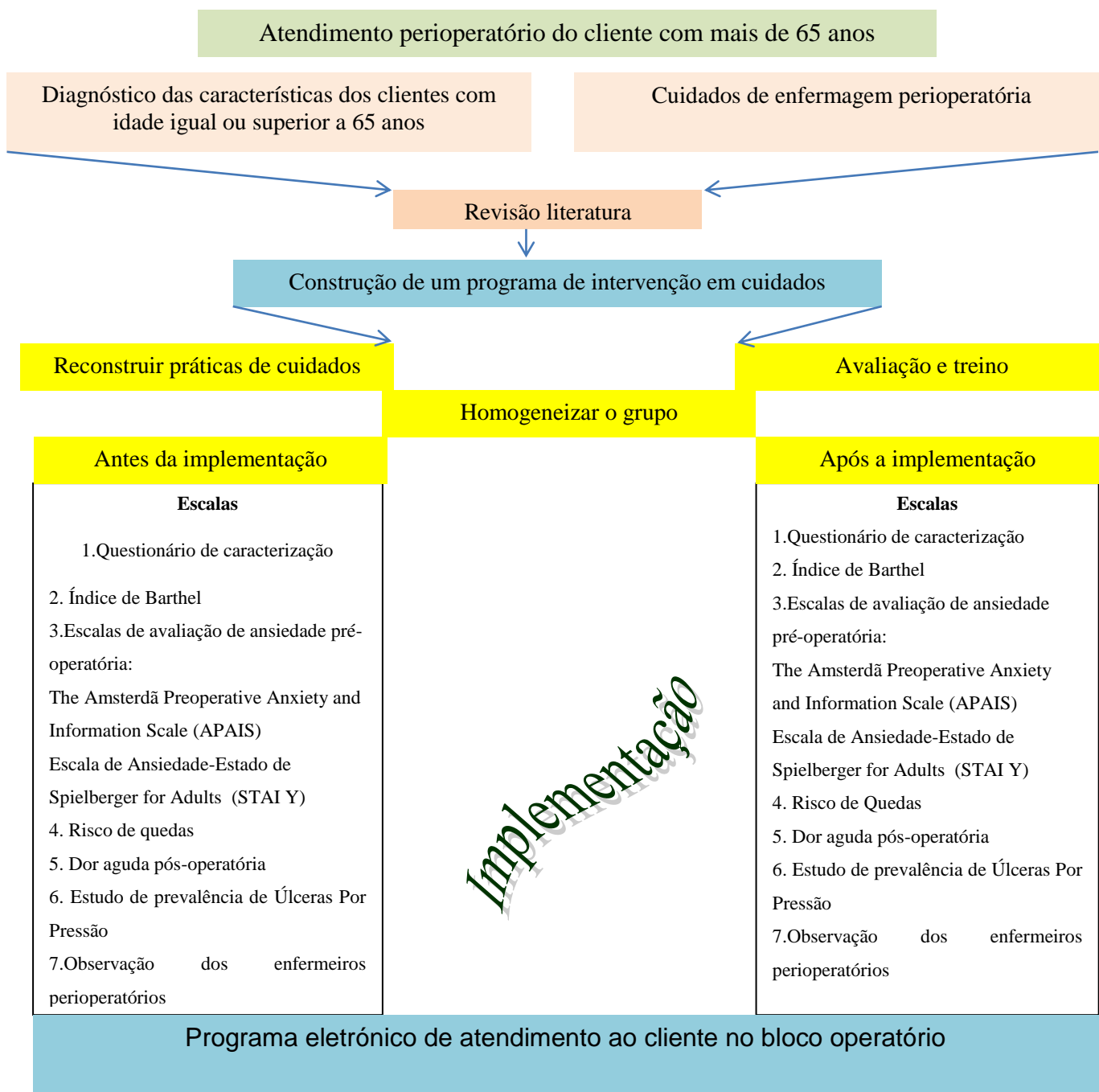


Figura 4 Diagrama do estudo

A aplicação de um estudo piloto é um meio útil de elaborar ou testar o protocolo de investigação (Canhota, 2008). O mesmo autor salienta que, para realização do estudo piloto, a quantidade de participantes não precisa ser superior a 10% da amostra almejada.

Efetuamos um levantamento das características sociodemográficas da população a estudar, indivíduos com 65 e mais anos, submetidos a intervenção cirúrgica eletiva

no Bloco Central do Hospital Dr. Nélio Mendonça, as quais nos iriam permitir ampliar a compreensão das necessidades perioperatórias dos idosos. Efetuamos uma pesquisa de cariz quantitativo, transversal e descritivo, tendo por objetivo analisar a dependência funcional e mobilidade do doente idoso em cirurgia eletiva, no período pré-operatório no Hospital Dr. Nélio Mendonça, de modo a contribuir para a compreensão das características dos idosos que utilizam o bloco operatório e melhorar a assistência de enfermagem.

As informações geradas pelo estudo piloto acarretaram subsídios para a implementação do programa de intervenção em cuidados de enfermagem, no que concerne ao atendimento do idoso nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Contribuíram ainda para o planeamento de estratégias de atendimento e intervenções adequadas à realidade do idoso perioperatório. Em suma, a deliberação do levantamento das necessidades dos idosos em fase perioperatória foi conhecer o perfil do idoso.

2.1 PERFIL DO IDOSO NO PERIOPERATÓRIO – PLANEAMENTO DO ESTUDO PILOTO

Seguidamente, abordaremos o perfil dos idosos, com 65 e mais anos que são assistidos no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, descrevendo as características mais frequentes do idoso que utiliza o bloco operatório e o grau de dependência do idoso face ao género e idade.

2.1.1 População e Amostra

No ano 2010, foram atendidos, no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, 4.960 clientes em cirurgia eletiva, dos quais 1302 eram indivíduos com idade superior ou igual a 65 anos.

Segundo Fortin (2009, p.100), *“a amostra é um subconjunto de uma população, ou de um grupo de sujeitos, que fazem parte de uma mesma população sendo considerada uma réplica em miniatura da população alvo”*.

A amostra do estudo piloto foi constituída por 120 doentes internados nos serviços cirúrgicos do Hospital Dr. Nélio Mendonça. É uma amostra não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão são: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, com ou sem algum grau de dependência, em atendimento no bloco operatório do HDNM do Funchal, e que concordassem em participar na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tendo como critérios de exclusão: pacientes impossibilitados de comunicar verbalmente e os que se recusem a participar ou não aceitem assinar esse termo de consentimento.

2.1.2 Instrumentos de Colheita de Dados

A colheita de dados consiste em colher a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim, (Fortin, 2009). O instrumento de colheita de dados resultou de uma observação estruturada onde se registou as características sociodemográficas dos idosos e se aplicou um instrumento de avaliação do estado funcional dos idosos, Índice de Barthel, que pertence ao campo de avaliação das Actividades da Vida Diária (AVDs), e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Na versão original, cada item é pontuado de acordo com o desempenho do cliente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada cliente. A pontuação vai de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (Anexo 2).

2.1.3 Procedimentos de Colheita de Dados e Éticos

Para a seleção dos doentes nos serviços e respetiva aplicação do instrumento foi pedida a colaboração dos enfermeiros chefes e dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

A colheita decorreu durante os meses de novembro e dezembro de 2010, embora a sua aplicação fosse planeada para os meses entre outubro e dezembro do mesmo ano, mas, devido ao atraso na reposta da Comissão de Ética, só se conseguiu nos meses atrás referidos.

Efetuiu-se um pedido de autorização dirigido ao Sr. Presidente do Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (EPE) e parecer à Comissão de Ética para realização da Colheita de dados. Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assumimos o compromisso de informar o investigado do objetivo e finalidade do estudo, da importância da sua realização, e da importância da sua participação, garantindo que o direito à privacidade, ao anonimato e à recusa seriam respeitados (anexo 1).

2.1.4 Variáveis em Estudo

As variáveis mais utilizadas são: variáveis independentes, variáveis dependentes, variáveis de atributo e variáveis estranhas (Fortin, 2009). As variáveis de atributo idade, sexo, estado civil entre outros (Polit & Hungler 1995), no nosso estudo, ajudam a aprofundar o problema, pelo que tomam um valor para além da caracterização da amostra.

Pela análise das tabelas 1,2 e 3, que se seguem podemos observar as variáveis do estudo no que se refere a: Componente, Categoria e Indicador.

Tabela 1 Operacionalização da caracterização sociodemográfica dos clientes

Componente	Categoria	Indicador
Sexo	Masculino; Feminino	Sim, Não
Idade	≥0	Anos de vida
Estado civil	Solteiro, Casado, União de Facto, Viúvo e Divorciado.	Sim, Não

As variáveis clínicas que selecionámos nesta investigação podem ser observadas na tabela 2.

Tabela 2 Operacionalização da caracterização clínica dos clientes

Componente	Categoria	Indicador
Peso	≥0	Peso (kg)
Especialidade cirúrgica	Cirurgia Geral Ortopedia Urologia Vascular Ginecologia Patologia Mamária Neurocirurgia Cardioráxica Cirurgia Plástica	Sim, Não
Porte cirúrgico	Major Intermédio Minor	Sim, Não
Tipo de anestesia	Combinada Geral Local Regional	Sim, Não
Tempo entre a chegada ao bloco e a entrada na sala de operações	≥0	Horas/minutos
Tempo de início e término de cirurgia	≥0	Horas/minutos
Tempo de bloco operatório (chegada ao bloco e saída da sala de operações)	≥0	Horas/minutos
Tempo de recobro (UCPA)	≥0	Horas/minutos

De acordo com o instrumento de recolha de dados aplicado, foi utilizado o respetivo *score* como variável (tabela 3)

Tabela 3 Operacionalização da escala de avaliação do grau de independência do cliente idoso

Componentes	Categorias	Indicadores
Índice de Barthel	0-20 Dependência Total 21-60 Dependência Grave 61-90 Dependência Moderada 91-99 Dependência Ligeira 100 - Independente	Grau de Independência

2.2. DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A amostra, constituída por 120 idosos, que estiveram internados no serviço de cirurgia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, era composta por 50,9% de mulheres e por 49,2% de homens (tabela 4), o que traduz a homogeneidade da amostra. Relativamente ao estado civil, na generalidade, eram casados (60 %). Segundo a faixa etária, os idosos observados pertenciam maioritariamente à categoria dos 65-74 anos (45,8 %) (tabela nº 4), onde a idade média foi de 76 anos, com um desvio padrão de 7 anos.

Tabela 4 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo o género, estado civil e faixa etária

Género	N	(%)
Feminino	61	50,8
Masculino	59	49,2
Estado Civil	N	(%)
Casado	72	60,0
Solteiro	17	14,2
Viúvo	31	25,8
Faixa Etária	N	(%)
65-74 anos	55	45,8
75-84 anos	46	38,3
≥85 anos	17	14,2
Não responde	2	1,7
Total	120	100

Entre os idosos em observação, verificou-se que a maioria não concluiu o 1º Ciclo do Ensino Básico (37,6%) ou não tem escolaridade (20,8%) (tabela 5).

Tabela 5 Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade

Nível de Escolaridade	N	(%)
Sem escolaridade	25	20,8
Menos que o 1.º Ciclo do Ensino Básico	45	37,6
1.º Ciclo do Ensino Básico	40	33,3
2.º Ciclo do Ensino Básico	4	3,3
3.º Ciclo do Ensino Básico	3	2,5
Mais que o 3.º Ciclo do Ensino Básico	3	2,5
Total	120	100

Caracterização Clínica

No que concerne às especialidades cirúrgicas, a cirurgia geral foi a mais expressiva (33,4%), e, de acordo com a tabela 6, enquanto que as especialidades de ortopedia e urologia agregaram 36,6 % das cirurgias executadas.

Tabela 6 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo a especialidade cirúrgica

Especialidades	N	(%)
Cirurgia geral	40	33,4
Outras Especialidades Cirúrgicas	36	30,0
Urologia	22	18,3
Ortopedia	22	18,3
TOTAL	120	100

Pela análise da tabela 7, podemos verificar que os tipos de anestesia, a que os clientes inquiridos mais foram submetidos, foram a anestesia geral, com 62,5%, e regional, 24%.

Tabela 7 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo o tipo de anestesia

Tipo de anestesia	N	(%)
Geral	75	62,0
Regional	29	24,0
Local	8	7,0
Combinada	8	7,0
Total	120	100

De acordo com os tempos cirúrgicos, o tempo de recobro surge com o valor mais elevado: 3 horas e 49 minutos. O tempo médio de bloco operatório é de 2 horas e 20 minutos. Verificou-se, ainda, que, entre a chegada ao bloco e a entrada na sala de operações, o cliente esperava, em média, 44 minutos (tabela 8).

Tabela 8 Distribuição da população segundo os tempos operatórios

Dispersão dos tempos	Tempo médio
Tempo entre a chegada ao bloco operatório e a entrada na sala	44 Minutos
Tempo de início e término da cirurgia	1h e 30`
Tempo de entrada e saída do recobro (UCPA)	3h e 49`
Tempo de bloco operatório	2h e 20`

Face à independência nas atividades diárias, e segundo a tabela 9, verificou-se que, em todas as estudadas, o idoso perioperatório mostrou-se, com maior frequência, independente.

Tabela 9 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo as atividades avaliadas

Atividades	Score	N	(%)
Controlo do Intestino	0	25	20,8
	5	24	20,0
	10	71	59,2
	Total	120	100,0
Controlo da Bexiga	0	30	25,0
	5	33	27,5
	10	57	47,5
	Total	120	100,0
Higiene Pessoal	0	43	35,8
	5	77	64,2
	Total	120	100,0
Usar a Sanita	0	32	26,7
	5	31	25,8
	10	57	47,5
	Total	120	100,0
Alimentar-se	0	22	18,3
	5	23	19,2
	10	75	62,5
	Total	120	100,0
Transferência	0	29	24,2
	5	15	12,5
	10	14	11,7
	15	62	51,7
	Total	120	100,0
Caminhar numa Superfície Nivelada	0	34	28,3
	5	9	7,5
	10	15	12,5
	15	62	51,7
	Total	120	100,0
Vestir-se e Despir-se	0	33	27,5
	5	22	18,3
	10	65	54,2
	Total	120	100,0
Subir e Descer escadas	0	37	30,8
	5	26	21,7
	10	57	47,5
	Total	120	100,0
Tomar Banho	0	41	34,2
	5	79	65,8
	Total	120	100,0

Na tabela 10, e de acordo com a classificação do grau de dependência, 23,3% dos idosos eram totalmente dependentes e 20,8% ostentavam dependência moderada. Podemos, ainda, inferir que, no geral, 69,2 % dos idosos perioperatórios assumiam alguma forma de dependência na realização das atividades diárias. Com base nas medidas de localização e de dispersão, a média obtida do Índice de Barthel foi de 63,9, com um desvio padrão de 38,6, ou seja, o grau de dependência, na totalidade, foi moderado. Note-se que este valor varia entre 0 e 100.

Tabela 10 Distribuição da amostra do estudo piloto segundo o grau de dependência

Índice Barthel	N	(%)
Dependência Total (0-20)	28	23,3
Dependência Grave (21-60)	22	18,3
Dependência Moderada (61-90)	25	20,8
Dependência Ligeira (90-99)	8	6,7
Independência (100)	37	30,8
Total	120	100,0
Medidas Descritivas do Score	Média	Desvio Padrão
	63,9	38,6

Quanto aos limites de variação, tanto homens como mulheres apresentaram valores do Índice de Barthel entre 0 e 100 (tabela 11).

A média observada do Índice de dependência em homens foi superior à média observada entre as mulheres. A leitura dos valores do desvio padrão indicou que o Índice de Barthel nas mulheres apresentou maior variabilidade do que o dos homens. No entanto, as diferenças das médias não se revelaram estatisticamente significativas ($p\text{-value} > 0.05$), conforme nos ilustra a tabela 11.

Tabela 11 Limites de variação do Índice de Barthel pelo gênero

Índice Barthel	Masculino	Feminino
Mínimo	0	0
Média	72,5	55,6
Desvio Padrão	31,7	42,8
Máximo	100,00	100,00

Teste T-Student para amostras independentes, $p\text{-value} > 0,05$

Relativamente ao efeito da faixa etária no nível de dependência do idoso perioperatório, verificou-se que os idosos, com 85 e mais anos, eram totalmente dependentes (Índice médio de Barthel=17,4), os idosos entre os 65-74 anos e 75-84 anos apresentavam dependência moderada, sendo que o Índice médio de Barthel foi de 75,7 e 66,5, respetivamente. Em faixas etárias mais elevadas, entre as analisadas, os idosos apresentam níveis de dependência maiores (Teste de Tukey, p-value <0,001), conforme tabela 12.

Tabela 12 Limites de variação do Índice de Barthel pela faixa etária

Medidas Descritivas	Faixa Etária		
	65-74 anos	75-84 anos	≥85 anos
Mínimo	0,0	0,0	0,0
Média	75,7	66,5	17,4
Desvio Padrão	32,6	34,8	33,9
Máximo	100,0	100,0	100,0

One Way Anova, p-value < 0,001;

Teste de Tukey, p-value < 0,001 para todas as combinações das categorias em estudo.

Em síntese: Efetuado o diagnóstico da situação, os resultados indicam que os idosos dos 65-74 anos e dos 75-84 anos apresentaram dependência moderada, ao passo que, nos idosos com 85 e mais anos, a dependência era total e que à medida que a idade aumenta o “Índice de Barthel” diminui. Urge, assim, a necessidade de criarmos condições perioperatórias no atendimento ao cliente geriátrico, revendo procedimentos de enfermagem perioperatória, de forma a contribuir para a garantia de cuidados seguros e de qualidade.

3 INOVAÇÃO INFORMÁTICA DE ATENDIMENTO HOLÍSTICO DO IDOSO NO BLOCO OPERATÓRIO

Na Idade Média, as cirurgias eram realizadas nas enfermarias, sem qualquer proteção, e os doentes ocupavam todas as mesmas enfermarias. As primeiras salas de operações surgem por volta de 1800, eram contíguas às enfermarias, já havendo alguma preocupação com o isolamento. Com a descoberta da infecção, por Pasteur, em 1850, e as teorias desenvolvidas por Florence Nightingale, sobre a importância da propagação da infecção, passou a haver alguma preocupação com o isolamento (Lopes & Santos, 2010).

Foi através dos resultados e das experiências vividas na primeira guerra mundial (1914-1918) que surgiu a necessidade de se pensar no bloco operatório, com acessos e circuitos bem definidos e funcionais. Em nosso entender, também o avanço tecnológico e as descobertas na área da física e da química refletiram-se nas áreas das ciências médicas, fazendo com que, nos dias de hoje os hospitais dispõem de blocos operatórios altamente sofisticados.

O bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça localiza-se no 1º andar do hospital, desde 1974, e tem vindo a sofrer alterações na sua arquitetura ao longo dos anos. Atualmente possui 7 salas de operações e uma Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (recobro). Funciona nas 24 horas, com cirurgia urgência/emergência e eletiva, atende cerca de 8.914 clientes por ano (2012).

Relativamente aos recursos humanos no bloco operatório, e segundo dados referentes a 2010, residem no bloco operatório três equipas distintas: a equipa de enfermagem é constituída por 82 enfermeiros perioperatórios (cuidados gerais), sendo 35 de anestesia, 43 de instrumentação, 3 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1 enfermeiro Chefe. A média de idades dos enfermeiros é de 38 anos. A equipa dos assistentes operacionais é composta por 32 elementos, e a média de idades é de 42 anos. A equipa de anestesia integra 18 anestesistas. Estes dados são obtidos mediante o nosso conhecimento de campo, oriundo da gestão dos profissionais de enfermagem e assistentes operacionais.

A melhoria da qualidade da informação em saúde tem demonstrado as suas evidências crescentes em muitos serviços de saúde nacionais e internacionais. As organizações têm vindo a implementar mudanças nestes sistemas de informação, passando de organizações baseadas em papel para organizações baseadas em computadores, tanto a nível da logística, como de comunicação entre os interventores de saúde/clientes. A utilização dos dados produzidos pelos referidos sistemas servem não só para os cuidados de saúde como também para o

planeamento, objetivos clínicos, controlo da investigação epidemiológica, e produção de outros indicadores importantes para a gestão e desenvolvimento do sistema de saúde.

A utilização dos sistemas de informação na área hospitalar (Sousa, 2012) assume-se como uma ferramenta primordial em várias áreas, desde a gestão dos serviços ao cuidado dos clientes. Desta forma surge a oportunidade de colocar o cliente no centro do cuidado, certificando a segurança, eficiência, efetividade, acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços prestados, nas várias etapas de assistência em saúde, obtendo ganhos em saúde e reduzindo custos.

3.1 PREPARAÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA

O propósito primordial do nosso projeto, é reconstruir as práticas de enfermagem perioperatória e elaborar um programa eletrónico de cuidados de enfermagem perioperatória para o atendimento dos clientes, no bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Atendendo ao mencionado anteriormente, a construção do programa de registo eletrónico, com recurso à linguagem **Windex**, para o atendimento ao cliente no bloco operatório teve como finalidades: conferir maior segurança na assistência ao cliente perioperatório; uniformizar procedimentos de enfermagem perioperatória; otimizar o processo de gestão do bloco operatório; contribuir para a redução de custos inerentes ao cliente cirúrgico; adequar as intervenções de enfermagem às necessidades do cliente atendido no bloco operatório; melhorar a qualidade no atendimento ao cliente no bloco operatório.

Realçamos que um programa de registos eletrónicos visa essencialmente agregar toda a informação de saúde essencial de cada cliente, ao longo do seu ciclo vital, tornando-a constantemente acessível de forma segura, apoiando na continuidade dos cuidados, na formação e na investigação (Campos, 2010). Enfatiza-se, ainda, que o impacto dos registos de saúde eletrónicos é defendido para a otimização da qualidade e continuidade dos cuidados e dos serviços de saúde, conforme Plano Nacional de Saúde 2011-2016, que refere ser programa estruturante e integrador, que certifica a segurança dos cuidados, a mobilidade internacional dos clientes, promove a normalização das nomenclaturas, indutor de uma maior interoperacionalidade, instrumento de esclarecimento para apoio à decisão, formação e pesquisa (Campos, Saturno & Carneiro, 2010). Logo, a implementação

das tecnologias de informação e comunicação (TIC) deve ser parte integrante de processos de reforma dos cuidados de saúde, no sentido de um nível mais elevado de articulação, integração e melhoria da qualidade dos cuidados.

3.2 NATUREZA DO PROGRAMA

Para a construção do programa, foi necessário delinear estratégias de intervenção nos diversos setores implicados no processo, tais como: realizar reuniões com o Conselho de Administração e as direções de Enfermagem, Clínica, e do Bloco Operatório (cirurgia, anestesia); Serviço de Informática (diretor, engenheiros informáticos e técnicos informáticos); Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA), do SESARAM; reuniões com os enfermeiros, enfermeiros do bloco operatório, enfermeiros chefes e os enfermeiros dos serviços cirúrgicos do Hospital Dr. Nélio Mendonça; grupo dos registos eletrónicos em enfermagem (CIPE), conforme se ilustra na tabela que se segue.

Tabela 13 Intervenções nos diversos sectores implicados no processo

Destinatários	Datas	Objetivos	Resultado
Conselho de Administração SESARAM e Direções Técnicas	2011	- Informar sobre o programa de atendimento no bloco operatório - Obter feedback	- Dar andamento do processo para a construção do programa (1 reunião)
	2012	-Obter parecer para a implementação do programa de atendimento no bloco operatório	- Obter parecer favorável (1 reunião)
Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação	2010;2011	- Agendar sessões para o desenvolvimento do programa - Construir o programa na plataforma eletrónica do hospital	Realizar 25 sessões para discussão e implementação por fases
	2012/2013	- Monitorizar a implementação do programa	Implementar o programa em 2102 e efetuar a monitorização durante 2012/2013
Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA) do SESARAM	2013/2014	- Obter informações úteis no controlo da infeção - Incluir no programa indicadores da infeção da ferida cirúrgica (ELIGS)	Incluir no programa a monitorização da infeção da ferida cirúrgica (1 reunião)
Enfermeiros chefes Dos serviços cirúrgicos	2011	- Informar sobre o programa de atendimento no bloco operatório e seus objetivos	Dar andamento do processo para a construção do programa (1 reunião)
	2013/2014	- Obter colaboração na implementação do programa	Implementar o programa em 2102 e efetuar a monitorização durante 2012/2013 (1 reunião)
Grupo dos registos eletrónicos em enfermagem (CIPE).	2013/2014	- Obter colaboração na inclusão dos registos eletrónicos de enfermagem no programa de atendimento	Incluir no programa registos com linguagem CIPE (2 reuniões)

No sentido de incentivar todos os profissionais a participar ativamente no desenvolvimento do programa informático e na organização dos espaços para o desenvolvimento e implementação do programa de atendimento ao utente em fase perioperatória, desenvolvemos atividades concertadas, que de seguida descrevemos.

A par destas reuniões, foram promovidas ações de formação e *workshops* para todos os profissionais abrangidos no processo de implementação. Estas formações foram efetuadas em contexto formal, por peritos em enfermagem perioperatória, para os profissionais, em geral, com apresentações em pequenos grupos, e também de forma individual, as quais serão detalhadamente desenvolvidas no capítulo que se segue.

Acresce informar que houve necessidade de se alterar alguns espaços no bloco operatório, de forma a otimizar a utilização de computadores para o registo informático.

Foi elaborada uma lista de material necessário à instalação do programa no bloco operatório, optando-se pela aquisição de *laptop*, ficando 2 por sala de operações. Os serviços cirúrgicos também adquiriram este tipo de equipamento. No decorrer da colocação dos computadores nestes espaços, foram preservadas as condições de segurança para os utilizadores, clientes e respetivo material cirúrgico, cumprindo os requisitos das boas práticas (AESOP 2009) na sala de operações.

Os procedimentos inerentes ao atendimento do cliente no bloco operatório, assim como as práticas de enfermagem executadas, foram sujeitos a uma revisão exaustiva de forma a serem incluídos no programa.

As normas de orientação clínica da DGS no perioperatório, incluindo as normas na área da qualidade no bloco operatório, foram primordiais na construção, desenvolvimento e implementação do programa de atendimento ao cliente do bloco operatório.

Seguidamente, apresentamos o desenho com as ações necessárias para o desenvolvimento e sua implementação, assim como os indicadores que deste podem advir.

3.3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Elaboramos um organograma (figura 5) para melhor nos orientarmos nas etapas para a implementação do programa de atendimento. Arquitetamos o perioperatório em três períodos: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. A cada período corresponde uma série de procedimentos conducentes à concretização do programa de *Inovação Informática de Atendimento Holístico do Idoso no Bloco Operatório* (Apêndice 1).

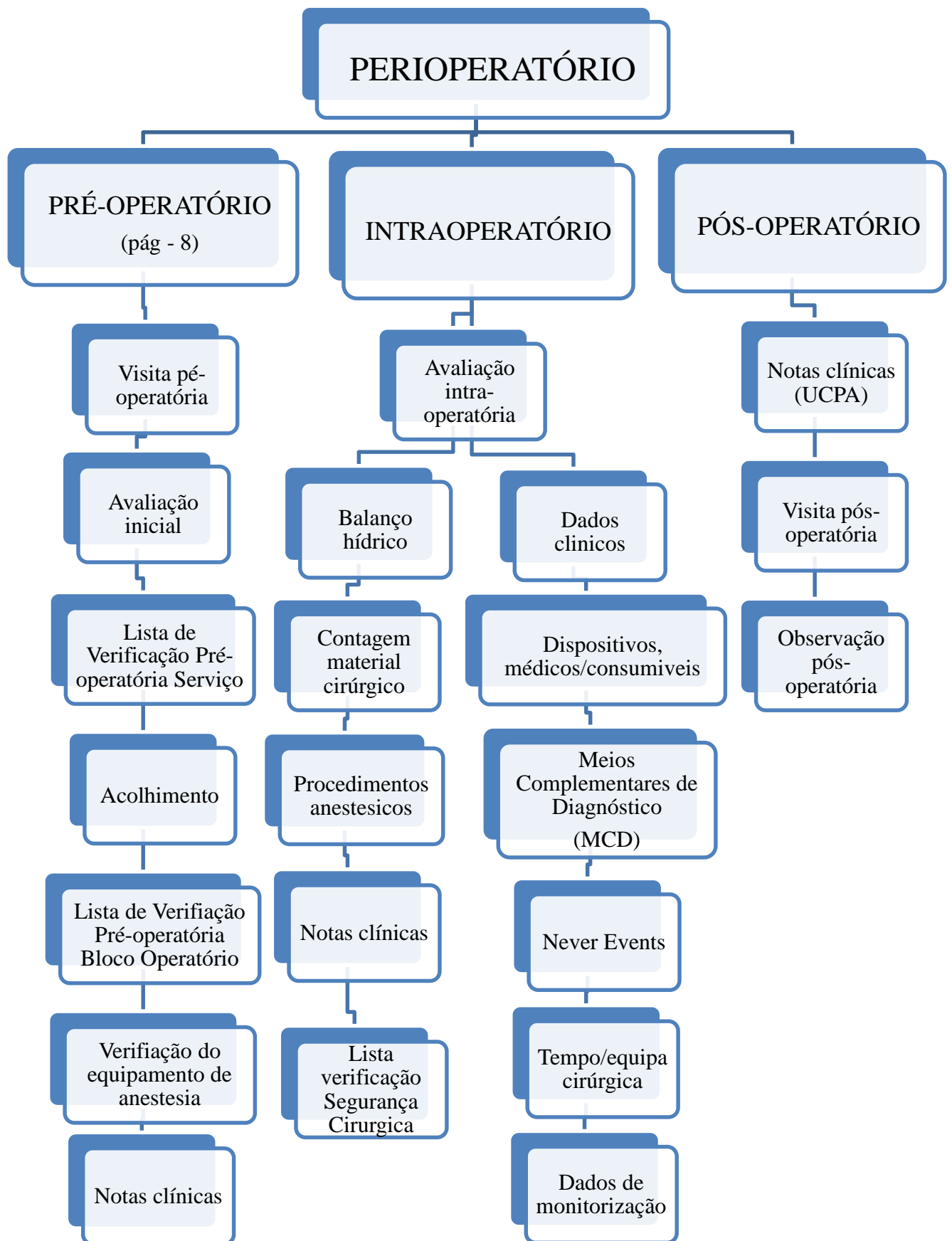


Figura 5 Estrutura do Programa de Atendimento ao Cliente no Bloco Operatório

Uma vez definida a estrutura do programa de atendimento ao cliente no bloco operatório, foram realizadas ações para a sua implementação nos diferentes períodos do perioperatório.

3.3.1 Ações para a Implementação do Programa por Períodos Perioperatórios

Uma preparação adequada do cliente para a cirurgia, torna-se elementar no sucesso do procedimento. As intervenções dos enfermeiros nesta fase são delineadas sob vários aspetos, tais como:

A visita pré-operatória de enfermagem, que se assume como um meio de assegurar informações essenciais e pertinentes, para o enfermeiro e o cliente, delineando um caminho de satisfação e competência profissional, contribuindo também para o bem-estar físico e psicológico do cliente, na perspetiva da AESOP (2006) a visita pré-operatória representa a continuidade dos cuidados, sendo o primeiro elo da cadeia do processo perioperatório. Verifica-se, portanto, a necessidade iminente da sua implementação;

A monitorização da preparação pré-operatória, através da aplicação da Lista de Verificação Pré-operatória, é um indicador de boas práticas em enfermagem perioperatória, surgindo o interesse da preparação dos enfermeiros para o procedimento;

O acolhimento do cliente é um momento nobre entre o enfermeiro perioperatório e o cliente, por isso o bem receber o cliente no bloco operatório, ajuda a diminuir o *stress*/ansiedade, medos e incertezas relativamente ao bloco operatório. Para que estes acontecimentos se realizem com sucesso os enfermeiros perioperatórios devem estar devidamente preparados;

A verificação dos equipamentos antes da cirurgia, incluindo aqui o de anestesia devem ser submetidos a verificações frequentes (*checklist*), cultura de segurança esta que é iminente em qualquer bloco operatório. É a palavra-chave de qualidade dos cuidados de saúde. Nos últimos anos, assumiu grande importância, quer para o cliente, ao sentir-se seguro e confiante, quer para os profissionais, na garantia da segurança das suas intervenções;

Em qualquer fase do cuidado perioperatório, o enfermeiro necessita de um espaço para realização de registos (notas clínicas), que podem não estar predefinidos e acessíveis na plataforma de registo eletrónico.

Tendo em consideração o supra mencionado, poderemos observar esquematicamente as ações realizadas (quadro 1).

Quadro 1 Ações desenvolvidas no pré-operatório

Pré-operatório	Objetivos	Ações
Visita pré-operatória (VPO)	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir no programa de atendimento os instrumentos inerentes à visita pré-operatória • Implementar a visita pré-operatória a todos os clientes a atender no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre visita pré-operatória • Realização de visita pré-operatória a todos os clientes em período pré-operatório (cirurgia eletiva) • Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento • Auditorias online ao procedimento
Lista de verificação Pré-operatória do BO e do serviço cirúrgico (LVPP)	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir no programa de atendimento os instrumentos inerentes à LVPP • Implementar a todos aos clientes LVPP em período pré-operatório nos serviços cirúrgicos e bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça • Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com os enfermeiros dos serviços cirúrgicos e enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça • Formação em sala e em situação para os enfermeiros dos serviços cirúrgicos e perioperatórios, sobre a aplicabilidade da LVPP • - Realização e preenchimento da LVPP pelos enfermeiros dos serviços cirúrgicos e perioperatórios na plataforma do BO a todos os clientes em período pré-operatório (cirurgia eletiva) • Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento • Auditorias online ao registo do procedimento
Acolhimento do cliente no Bloco Operatório (BO)	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir no programa de atendimento os instrumentos inerentes ao acolhimento • Implementar a todos os clientes o protocolo de acolhimento no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça • Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com os enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça • Formação em sala e em situação para os enfermeiros dos serviços cirúrgicos e perioperatórios, sobre a aplicabilidade do protocolo acolhimento • Registo do procedimento acolhimento pelos enfermeiros perioperatórios na plataforma do BO a todos os clientes em período pré-operatório (cirurgia eletiva) • Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento • Auditorias online ao registo do procedimento
Verificação do equipamento de anestesia	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir no programa de atendimento os instrumentos inerentes à verificação do equipamento de anestesia • Implementar em todas as cirurgias aos clientes o procedimento inerente à verificação do equipamento de anestesia no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça • - Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com os enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça • Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre a aplicabilidade do procedimento inerente à verificação do equipamento de anestesia • Registo do procedimento inerente à verificação do equipamento de anestesia pelos enfermeiros perioperatórios na plataforma do BO a todos os clientes em período pré-operatório (cirurgia eletiva) • - Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento • Auditorias online ao registo do procedimento
Notas clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir no programa de atendimento o instrumento Notas Clínicas • Implementar o procedimento inerente a Notas Clínicas no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça • Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com os enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça • Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre a aplicabilidade do procedimento Notas Clínicas • efetivação do registo notas clínicas pelos enfermeiros perioperatórios na plataforma do BO a todos os clientes em período pré-operatório (cirurgia eletiva)

O período intraoperatório inicia-se quando o cliente entra na sala de operações e termina quando entra na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA). Após a admissão na sala de operações, os enfermeiros perioperatórios asseguram a operacionalidade de todos os materiais e equipamentos necessários para a cirurgia.

Efetuem a monitorização hemodinâmica e hidroeletrólítica, o posicionamento entre outros, de modo a garantir a estabilidade do cliente durante a cirurgia, velando sempre pela segurança do cliente e equipa cirúrgica. Perante o exposto, torna-se evidente relembrarmos os processos onde agimos (quadro 2).

Quadro 2 Ações desenvolvidas no intraoperatório

Intraoperatório	Objetivos	Ações
Balço Hídrico	<ul style="list-style-type: none"> Introduzir no programa de atendimento o avaliação intraoperatória Implantar o procedimento específico Balço hídrico a todos os clientes atendidos no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com os enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre a aplicabilidade do procedimento específico Balço hídrico Realização do registo do balço Hídrico pelos enfermeiros perioperatórios na plataforma do BO a todos os clientes no intraoperatório Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento Auditorias online ao registo do procedimento
Contagem do material cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Introduzir no programa o calculo do material cirúrgico Implantar o procedimento caculo do material cirúrgico a todos os clientes atendidos no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com os enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre a aplicabilidade do procedimento contagem do material cirúrgico Realização do registo pelos enfermeiros perioperatórios na plataforma do BO a todos os clientes no intraoperatório Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento Auditorias online ao registo do procedimento
Procedimentos anestésicos (parceria com os anestesistas)	<ul style="list-style-type: none"> Introduzir no programa o procedimento anestésico partilhado Implantar o procedimento partilhado a todos os clientes atendidos no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com os enfermeiros perioperatórios e anestesistas do hospital Dr. Nélio Mendonça Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre a aplicabilidade do procediemnto anestésico Realização do registo pelos enfermeiros perioperatórios na plataforma do BO a todos os clientes no intraoperatório Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento Auditorias online ao registo do procedimento
Lista de verificação de segurança cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> Introduzir no programa o procedimento Lista de verificação de segurança cirúrgica Implantar o procedimento aos clientes atendidos no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com os enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça sobre a aplicabilidade da lista de verificação de segurança cirúrgica Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre a aplicabilidade da lista de verificação de segurança cirúrgica Realização do registo pelos enfermeiros perioperatórios na plataforma do BO aos clientes atendidos no intraoperatório Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento Auditorias online e in loco ao registo do procedimento
Posicionamento do cliente na mesa de operações	<ul style="list-style-type: none"> Introduzir no programa o procedimento posicionamento do cliente Implantar o procedimento a todos os clientes atendidos no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com os enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça para planeamento da aplicabilidade do procedimento Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre as técnicas intraoperatórias de posicionamento do cliente Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento Auditorias online e in loco ao procedimento e ao registo

O pós-operatório, inicia na hora em que o cliente entra na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e termina com a alta para o domicílio. No pós-operatório imediato, o enfermeiro perioperatório assiste o utente nas diferentes vertentes, (física, psicológica e social), tendo em atenção possíveis complicações anestésico-

cirúrgicas. De entre os vários aspetos, em que o enfermeiro perioperatório terá de agir, realçamos o controlo da dor aguda, que assume primordial importância nos cuidados pós-operatórios. As orientações pós-operatórias, executadas pelo enfermeiro perioperatório, merecem especial atenção, pois é uma forma de elevarmos o nível de satisfação do cliente e obtermos o feedback dos cuidados perioperatórios prestados. O nosso campo de ação, neste período, incidiu essencialmente, na visita pós-operatória e no controlo da dor aguda pós-operatória (quadro 3).

Quadro 3 Ações desenvolvidas no pós-operatório

Pós-operatório	Objetivos	Ações
Visita pós-operatória	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir no programa o procedimento visita pós-operatória • Implementar o procedimento aos clientes atendidos no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça • Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com os enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça para planeamento da aplicabilidade da visita pós-operatória • Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre visita pós-operatória • realização do registo pelos enfermeiros perioperatórios na plataforma do BO aos clientes atendidos no intraoperatório • Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento • Auditorias online e in loco ao registo do procedimento
Dor aguda pós-operatória	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o procedimento controlo da dor aguda a todos os clientes atendidos no bloco operatório do Hospital DR. Nélio Mendonça • Monitorizar a sua aplicabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com os enfermeiros perioperatórios do hospital Dr. Nélio Mendonça para planeamento, aplicabilidade e desenvolvimento do indicador dor aguda pós-operatória • Formação em sala e em situação para os enfermeiros perioperatórios, sobre Dor aguda pós-operatória • monitorização e registo do indicador dor aguda, pelos enfermeiros perioperatórios na plataforma do BO aos clientes atendidos no intraoperatório • Acompanhamento dos enfermeiros perioperatórios durante o procedimento • Auditorias online e in loco ao registo do procedimento

3.3.2 Indicadores de Avaliação de Qualidade para Avaliação da Assistência de Enfermagem Perioperatória

A implementação do programa na plataforma eletrónica, permitiu-nos retirar uma panóplia de indicadores das práticas de enfermagem, ao nível dos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório úteis à gestão do bloco operatório, ao Hospital Dr. Nélio Mendonça, ao SESARAM, EPE e ao Serviço Nacional de Saúde. Descrevemos em seguida alguns dos indicadores priorizados neste contexto (quadro 4).

Quadro 4 Indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem perioperatório

Períodos	Indicador	Métrica
<u>Pré-Operatório</u>	Visitas pré-operatórias	= N ^o visitas pré-operatórias / numero de cirurgias *100
	Avaliações iniciais	= N ^o de avaliações iniciais / numero de cirurgias *100
	Aplicação das listas de verificação pré-operatória.	=N ^o aplicação das listas de verificação pré-operatória / numero de cirurgias *100 = N ^o aplicação das listas de verificação pré-operatória / n ^o de turnos de enfermagem *100 =N ^o aplicação das listas de verificação pré-operatória / n ^o de enfermeiros *100
<u>Intraoperatório</u>	Aplicação a lista de verificação de segurança cirúrgica	= N ^o aplicação a lista de verificação de segurança cirúrgica / numero de cirurgias *100
	Never Events	= N ^o de eventos / numero de cirurgias *100
	Média entre as cirurgias (<i>turnover</i>)	= ((Tempo de entrada do cliente (horas e minutos) + Tempo de saída(do cliente (horas e minutos)) / 2) /Total de doentes operados *100
	Prevalência de UPP	= N ^o UPP / numero de cirurgias *100
	Prevalência de queimaduras	= N ^o queimaduras / numero de cirurgias *100
<u>Pós-Operatório</u>	Visitas pós-operatórias	= N ^o visitas pós-operatórias / numero de cirurgias *100
	Prevalência da dor aguda pós-operatória	N ^o de registos de dor aguda / numero de cirurgias *100

Em cada uma das áreas podem vir a surgir outros indicadores que se entendam oportunos aquando do desenvolvimento do processo.

3.4 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Construído o programa de atendimento ao cliente no bloco operatório, na primeira fase do estudo (2010/11), o qual pode ser visualizado no Apêndice 1, na fase seguinte (final do ano 2013), avançamos para o processo de avaliação/validação do programa, através de estudos de investigação, antes e após a sua implementação. A população alvo é os enfermeiros perioperatórios e o cliente idoso em período perioperatório.

3.4.1 Enfermagem Perioperatória/Aparências e Realidades

As equipas seguras nos blocos operatórios são essenciais no processo cirúrgico, na garantia da qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios. Bilbao (2014) salientou, aquando do dia europeu do enfermeiro perioperatório, que os enfermeiros deparam-se com diversos reptos, fruto da complexidade dos procedimentos invasivos e dos cuidados perioperatórios diferenciados, do célere desenvolvimento tecnológico nas áreas da saúde, em geral e, do perioperatório em particular, bem como a complexidade e risco em termos de morbilidade associada às pessoas submetidas a procedimentos invasivos, decorrente do aumento de esperança vida da população e do maior acessibilidade aos cuidados de saúde.

Nesta linha de ideias, foi nossa intenção apercebermo-nos das intervenções dos enfermeiros perioperatórios no atendimento ao idoso no bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

O nosso propósito foi otimizar o desempenho das práticas de enfermagem perioperatória e sensibilizar os enfermeiros para a mudança de atitudes e melhoria dos cuidados de enfermagem, de modo a prevenir incapacidades e custos adicionais com cuidados aos idosos submetidos a cirurgia, no Bloco Operatório. Pretendemos, do mesmo modo incentivar a participação dos profissionais de enfermagem na elaboração e aplicação do programa nos períodos que decorrem nas cirurgias:

No pré-operatório: maximizar o número de enfermeiros que efetuam visita pré-operatória; uniformizar procedimentos da visita pré-operatória; uniformizar procedimentos do acolhimento no bloco operatório; construir indicadores de enfermagem pré-operatória.

No intraoperatório e pós-operatório: aferir a aplicação do planeamento de cuidados de enfermagem, nomeadamente, diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliação; uniformizar procedimentos de enfermagem pós-operatória; construir indicadores de enfermagem perioperatória.

3.4.2 População e Amostra

A população relativa aos enfermeiros do bloco operatório, na data em que foi realizada a observação (autorizada formalmente pela comissão de ética, bem como pelos próprios profissionais), é constituída por 83 enfermeiros, em que 46 são enfermeiros da área de instrumentação e 27 da área de anestesia, distribuídos maioritariamente pelo género feminino e com idade média de 37,6 anos. Estes profissionais praticam horários por turnos de 8 a 10 horas, sendo que o turno da manhã (8 h - 15.30 h) compreende mais enfermeiros. Estão distribuídos por 7 salas de operações (2 enfermeiros instrumentistas e 1 enfermeiro de anestesia). Na UCPA estão sempre 2 ou 3 enfermeiros durante as 24 horas.

A amostra foi probabilística e por conveniência. Na primeira fase, antes da construção do programa, foram observados 83 enfermeiros. Na segunda fase, após a implementação do programa, foram observados 30 enfermeiros. Definiu-se como critério de inclusão ser enfermeiro do bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

3.4.3 Instrumento de Colheita de Dados e Procedimentos

Para avaliar as práticas dos enfermeiros perioperatórios foi utilizado o método de observação direta, participante e estruturada. Foi construída uma grelha de observação, sendo esta aplicada aos enfermeiros perioperatórios do Hospital Dr. Nélio Mendonça, na primeira e segunda fases do estudo, nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório (anexo 2).

Os procedimentos seguidos para a colheita de dados foram uma primeira observação ocorreu antes da implementação do programa e a segunda após a sua implementação, efetuando-se o devido ajustamento das intervenções de enfermagem contempladas no programa de atendimento.

Dos Procedimentos Éticos, realizados para com os enfermeiros fez parte a informação de que em determinados períodos ocorria uma observação estruturada, do seu comportamento relativo as intervenções no cuidar do doente idoso. Tendo sido explicado o objetivo da observação e a sua importância para a melhoria contínua da

qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória. Todos os enfermeiros do bloco operatório mostraram receptividade na participação no estudo.

3.4.4 Resultados da Observação dos Enfermeiros Perioperatórios

Na primeira fase do estudo antes da construção do programa, a amostra foi constituída por 83 enfermeiros, dos quais 16% eram do sexo masculino e 84% do sexo feminino. A idade variou entre 25 e 65 anos, sendo a idade média igual a 40 anos. Na segunda fase, após implementação do programa foram observados 30 enfermeiros, em que 5% eram do género masculino e 25% do feminino, conforme nos elucida a tabela 14.

Tabela 14 Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do bloco operatório

Fase	Género	Nº de Enfermeiros	Percentagem (%)
1	Masculino	13	16
	Feminino	70	84
	Total	83	100
2	Masculino	5	17
	Feminino	25	83
	Total	30	100

Pela análise da tabela 15, verificamos que as especialidades com mais cirurgias realizadas foram, a cirurgia geral e ortopedia, tanto na 1ª como na 2ª fase.

Tabela 15 Nº de cirurgias realizadas por especialidade cirúrgica e por fase

Fase	1ª Fase		2ª Fase	
	N	(%)	N	(%)
Especialidade Cirúrgica				
Cirurgia Geral	28	34	9	30
Ortopedia	20	24	9	30
Urologia	7	8	4	13
Vascular	5	6	3	10
Ginecologia	7	8	1	3
Patologia Mamária	3	4	1	3
Neurocirurgia	1	1	0	0
Cardioráxica	7	8	2	7
Cirurgia Plástica	4	5	1	3
Não Identificado	1	1	0	0
Total	83	100	30	100

Observações Perioperatórias

Descremos, seguidamente, as observações realizadas aos enfermeiros perioperatórios durante as intervenções aos idosos. Os dados são analisados de acordo com o que se pode verificar na tabela 15 e consoante o período perioperatório.

Pré-operatório

Analisando a tabela 16, podemos verificar que, na 1ª fase do estudo, dos 83 enfermeiros em observação, apenas um enfermeiro realizou a visita pré-operatória (1,2%). Na 2ª fase, 86,7% dos enfermeiros efetuaram esta visita.

A maioria dos procedimentos inerentes ao período pré-operatório não foram concretizados na 1ª fase. No entanto, a 2ª fase do estudo denotou outra dinâmica na assistência do enfermeiro ao idoso, ou seja, todos os procedimentos pré-operatórios foram efetuados com uma frequência muito próxima de 100% (tabela 16) (p-value <0,001).

Em ambas as fases o enfermeiro fez o acolhimento do idoso e acompanhante até à entrada do BO (98,8% -1ª fase, 96,7%-2ª fase).

Após o acolhimento, em 100% dos casos (n=83), o enfermeiro recebeu o idoso, cumprindo o protocolo em vigor, na 1ª fase. Na 2ª fase, 96,7 % dos enfermeiros realizaram este procedimento.

Na 1ª e na 2ª fases, no espaço de indução, o protocolo em vigor foi seguido em 98,8% dos casos em estudo e em 96,7 %, respetivamente.

Note-se que a aplicação da Lista de Verificação Pré-operatória (LVP) no serviço cirúrgico e no bloco operatório apenas se realizou com rigor na 2ª fase.

Tabela 16 Procedimentos de enfermagem no período pré-operatório

Pré-Operatório	1ª Fase		2ª Fase	
	n	(%)	n	(%)
Faz visita pré-operatória	1	1,2	26	86,7
Informa o doente de quem o vai receber no BO no dia seguinte	0	0	26	86,7
Inicia a conversa com entrega de folheto de acolhimento no BO	1	1,2	26	86,7
Observa e interpreta o comportamento do doente	1	1,2	25	83,3
Avalia a ansiedade do doente	1	1,2	26	86,7
Fornece explicações objetivas e claras de modo a reduzir a ansiedade e as dúvidas	0	0	26	86,7
Mostra disponibilidade	0	0	26	86,7
Reforça informações dadas pelo enfermeiro do internamento sobre a preparação pré-operatória	0	0	26	86,7
Fornece informações sobre a hora prevista da cirurgia, tipo de transporte, tempo aproximado de permanência no BO, dos diferentes locais por onde passa, arquitetura da sala de operações, iluminação, equipamentos e outros	1	1,2	26	86,7
Explica que, após a cirurgia, provavelmente irá para a unidade de cuidados pós-anestésicos, o que não quer dizer que o seu estado se esteja a agravar	1	1,2	26	86,7
Aborda o problema da dor aguda, informando sobre o seu alívio	0	0	26	86,7
Alerta sobre o desconforto que poderá sentir ao acordar, referindo a presença de drenos, sondas, gessos e outros	0	0	26	86,7
Assegura-se de que o doente compreendeu bem todas as informações recebidas	0	0	26	86,7
Efetua registos	1	1,2	26	86,7
Efetua planeamento de cuidados intraoperatórios	1	1,2	26	86,7
Efetua o acolhimento do doente/acompanhante à entrada no BO	82	98,8	29	96,7
Recebe o doente cumprindo o protocolo de acolhimento em vigor	83	100	29	96,7
Acompanha o doente até à sala de operações	81	97,6	29	96,7
No espaço de indução: cumpre o protocolo em vigor	82	98,8	29	96,7
Aplica a <i>checklist</i> do Serviço Cirúrgico	-	-	14	46,7
Aplica a checklist do Bloco Operatório	-	-	28	93,3

Teste de Wilcoxon, p-value <0,001

Intraoperatório

Consoante a tabela 17, e relativamente ao período intraoperatório, na 1ª fase e na 2ª fase, o enfermeiro avaliou parâmetros hemodinâmicos e hidroeletrólíticos, efetuou diagnósticos de enfermagem, planeamento de enfermagem e registos das intervenções de enfermagem na maioria das cirurgias realizadas.

Realce-se que, na 2ª fase, verificou-se uma taxa de realização destes procedimentos quase a 100%, em todas as cirurgias executadas. Contudo, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas ($p\text{-value}>0,05$).

Tabela 17 Procedimentos de enfermagem no período intraoperatório por fase

Intraoperatório	1ª Fase		2ª Fase	
	n	(%)	n	(%)
Dá continuidade ao plano de ação de enfermagem de acordo com as necessidades do doente	52	62,7	29	96,7
Avalia parâmetros hemodinâmicos e hidroeletrólíticos	81	97,6	29	96,7
Efetua diagnósticos de enfermagem (risco de desequilíbrio hidroeletrólítico, risco de queimadura, risco de UPP, risco de hipotermia, risco de infeção e outros)	49	59,0	16	53,3
Efetua planeamento de enfermagem (vigilância intensiva para despiste de complicações)	79	95,1	28	93,3
Efetua registos de enfermagem de modo a promover a continuidade dos cuidados	79	95,1	29	96,7
Efetua uma avaliação rápida e objetiva do doente reformulando os diagnósticos de enfermagem (risco de desequilíbrio hidroeletrólítico, risco de queimadura, risco de UPP, risco de hipotermia, risco de infeção e outros)	78	94	28	93,3
Efetua registos das intervenções de enfermagem no intraoperatório	82	98,8	29	96,7
Mantém a privacidade e o conforto do doente	79	95,2	29	96,7

Teste de Wilcoxon, $p\text{-value}>0,05$

Pós-operatório

Podemos verificar que, no período pós-operatório, na 1ª fase, apenas 4% dos enfermeiros materializaram a visita pós-operatória. Na 2ª fase, 86,7% dos enfermeiros observados já efetuaram esta visita (tabela 18).

Neste período operatório, na 1ª fase e na 2ª fase, os enfermeiros observados efetuaram registos de enfermagem, avaliaram parâmetros hemodinâmicos e hidroeletrólíticos, concretizaram diagnósticos e planeamento de enfermagem na maioria das cirurgias realizadas. Realce-se que, na 2ª fase, se verificou uma taxa de realização destes procedimentos quase a 100% em todas as cirurgias executadas (p -value <0,001).

Tabela 18 Procedimentos de enfermagem no período pós-operatório por fase

Pós-operatório	1ª Fase		2ª Fase	
	n	(%)	n	(%)
Providencia a transferência do doente para a unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA)	79	95,1	29	96,7
Efetua registos	81	97,6	29	96,7
Acompanha o doente na sua transferência	81	97,6	29	96,7
O enfermeiro da sala de operações transmite ao enfermeiro da UCPA informações acerca do doente	81	97,6	29	96,7
Faz o acolhimento do doente na UCPA segundo protocolo	82	98,8	30	100
Dá continuidade ao plano de ação de enfermagem de acordo com as necessidades do doente	82	98,8	30	100
Avalia parâmetros hemodinâmicos e hidroeletrólítico	80	96,4	30	100
Efetua diagnósticos de enfermagem (risco de desequilíbrio hidroeletrólítico, risco de queimadura, risco de UPP, risco de hipotermia, risco de infeção e outros)	47	57	20	66,7
Faz planeamento de enfermagem (vigilância intensiva para despiste de complicações)	78	94	29	96,7
Efetua registos de enfermagem de modo a promover a continuidade dos cuidados	82	98,8	30	100
Efetua uma avaliação rápida e objetiva do doente reformulando os diagnósticos de enfermagem (risco de desequilíbrio hidroeletrólítico, risco de queimadura, risco de UPP, risco de hipotermia, risco de infeção e outros)	76	91,6	30	100
Efetua registos das intervenções de enfermagem na UCPA	75	90,4	30	100
Mantém a privacidade e o conforto do doente (iluminação, ruído, outros)	82	98,8	30	100
Proporciona a visita de familiar ou amigo	31	37,4	27	90
Cumprir protocolo referente à alta/transferência do doente da UCPA	83	100	30	100
Efetua planeamento de cuidados pós-operatórios	81	97,6	28	93,3
Efetua avaliação/registo de enfermagem	77	92,8	30	100
O enfermeiro do BO estabelece comunicação como o enfermeiro do internamento, permitindo a continuidade dos cuidados de enfermagem.	82	98,8	30	100
Faz visita pós-operatória	4	4,8	26	86,7

Teste de Wilcoxon, p-value <0,001

Em síntese, podemos afirmar que, avaliadas as intervenções dos enfermeiros Perioperatórios, antes e após a aplicação do referido programa eletrónico de atendimento, se observou que aqueles profissionais melhoraram as suas aptidões nas diferentes áreas do perioperatório, assim como adquiriram novas competências no seu desempenho relativo ao atendimento integral do idoso. Notou-se uma melhoria substancial a nível dos registos de enfermagem com base científica, segundo modelo teórico e CIPE. Do mesmo modo, verificou-se aumento das visitas pré e pós-operatórias e progresso no controlo da dor aguda pós-operatória. Aprimoramos estes e outros indicadores de enfermagem perioperatória úteis na avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao cliente. No entanto, cabe-nos demonstrar de que forma estes ganhos interferem no cuidar do indivíduo com 65 e mais anos.

4 IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA “*INOVAÇÃO INFORMÁTICA DE ATENDIMENTO HOLÍSTICO DO IDOSO NO BLOCO OPERATÓRIO*” – ESTUDO PRINCIPAL

Neste capítulo, abordaremos os resultados da avaliação do impacto da implementação do programa - *Inovação informática de atendimento holístico do idoso no Bloco Operatório*, detalhando a organização do estudo, a amostra, bem como as condições clínicas, dependência, ansiedade e dor, antes (1ª fase) e depois (2ª fase).

Ao pretendermos com este programa efetivar uma mudança substancial de comportamentos e atitudes no cuidar perioperatório e no meio envolvente, a sua concretização só terá êxito mediante a atividade de todos os envolvidos no processo, dada a sua complexidade e multidisciplinaridade.

Visando a comprovação dos benefícios do programa nos clientes idosos, iniciamos a descrição dos efeitos daquele no cliente idoso perioperatório.

4.1 REFLETINDO SOBRE O CUIDAR DO CLIENTE IDOSO PERIOPERATÓRIO – ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo, como já anteriormente mencionado, surge da necessidade de avaliarmos o impacto do programa de atendimento nos clientes com idade superior ou igual a 65 anos, que recorrem ao bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, ou seja em período perioperatório.

Sabemos que atualmente a população idosa em termos demográficos incrementa exponencialmente, conseqüentemente sobrevém uma maior afluência desta faixa etária (65 e mais anos) ao tratamento cirúrgico implicando uma maior longevidade e qualidade de vida a esta população. Em contrapartida, os serviços de saúde têm de estar preparados para atender com muita acuidade estes clientes.

O presente estudo é correlacional e analítico do tipo prospetivo, na medida em que “*implica uma descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população*” (Fortin, 2009 p.237). Sendo o propósito principal melhorar o atendimento na assistência ao cliente no bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, através da avaliação do impacto do programa de intervenção em cuidados de enfermagem perioperatória na nossa população alvo, os idosos.

Como objetivos específicos, destacamos essencialmente: descrever o perfil do idoso perioperatório, com base em variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil) e em variáveis clínicas (peso, especialidade cirúrgica, tipo de cirurgia, tipo de

anestesia, tempos operatórios), e avaliar as necessidades dos idosos em fase perioperatória, antes e após a implementação do programa de atendimento, com base no grau de dependência, prevalência de dor aguda pós-operatória, avaliação do risco de queda, prevalência de úlceras por pressão e grau de ansiedade pré-operatória.

Como questões de investigação, interessou-nos verificar se existem diferenças no grau de dependência, dor aguda pós-operatória, risco de queda e de úlceras por pressão e ansiedade, antes e após a implementação do programa.

4.1.1 Variáveis em Estudo

As variáveis do estudo nos idosos contemplam variáveis de atributo, variáveis clínicas e as variáveis associadas às escalas de medida, tais como: avaliação do grau de dependência (Índice de Barthel); avaliação do nível de ansiedade pré-operatória (Escala de Ansiedade-Estado de Spielberger para adultos/STAI-Y, The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale/APAIS); avaliação do Risco de Queda (Escala de Avaliação do Risco de Queda); avaliação da Dor Aguda pós-operatória (Escala visual analógica de dor, Escala Numérica, Escala Qualitativa e Escala das Faces); avaliação do Risco de UPP (Escala de Braden) (anexo 2).

O quadro que se segue ilustra as componentes, categorias e indicadores relativos às variáveis.

Pela análise das tabelas 19 e 20, podemos verificar as variáveis de atributo e as variáveis clínicas que seleccionámos nesta investigação.

Tabela 19 Operacionalização da caracterização sociodemográfica dos clientes

Componente	Categoria	Indicador
Sexo	Masculino; Feminino	Sim, Não
Idade	≥ 0	Anos de vida
Estado civil	Solteiro, Casado, União de Facto, Viúvo e Divorciado.	Sim, Não

Mantivemos, nesta parte do estudo, o sexo e os atributos do primeiro estudo.

Tabela 20 Operacionalização da caracterização clínica dos clientes

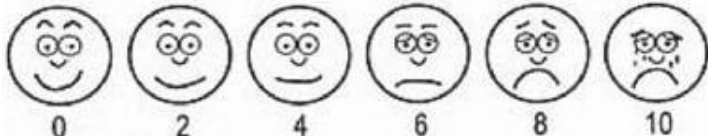
Componente	Categoria	Indicador
Peso	≥ 0	Peso (kg)
Especialidade cirúrgica	Cirurgia Geral Ortopedia Urologia Vascular Ginecologia Patologia Mamária Neurocirurgia Cardioráxica Cirurgia Plástica	Sim, Não
Porte cirúrgico	Major Intermédio Minor	Sim, Não
Tipo de anestesia	Combinada Geral Local Regional	Sim, Não
Tempo entre a chegada ao bloco e a entrada na sala de operações	≥ 0	Horas/minutos
Tempo de início e término de cirurgia	≥ 0	Horas/minutos
Tempo de bloco operatório (chegada ao bloco e saída da sala de operações)	≥ 0	Horas/minutos
Tempo de recobro (UCPA)	≥ 0	Horas/minutos

A caracterização clínica do cliente decorreu dos desenvolvimentos ocorridos, por forma a conciliar os dados no final do estudo para a melhoria do programa.

Na tabela 21, podemos observar a operacionalização das escalas de avaliação do grau de independência do cliente idoso, do nível de ansiedade pré-operatória, do risco de queda, da avaliação da dor aguda pós-operatória e avaliação do risco de UPP.

Tabela 21 Operacionalização das escalas de avaliação do estudo

Componentes	Categoria	Indicadores
Índice de Barthel	0-20 Dependência Total 21-60 Dependência Grave 61-90 Dependência Moderada 91-99 Dependência Ligeira 100 - Independente	Grau de Independência
Escala visual analógica de dor	Sem dor Dor Insuportável	Grau de dor
Escala Numérica	0- 10 0-Sem Dor 10- Dor Insuportável	

Escala Qualitativa	Sem dor Dor Leve Dor Moderada Dor Intensa Dor Insuportável	
Escala das Faces		
Escala de Braden	6-23 <12 – Risco Alto 13-15 Risco Médio >16 – Risco Baixo	Risco para Desenvolvimento de UPP
Escala de Avaliação do Risco de Queda	0-34 0-5 Baixo Risco 6-10 Risco Moderado >10 alto Risco	Risco de Queda
Avaliação de Ansiedade Estado de Spielberger	20-80	Grau de Ansiedade
Avaliação pré-operatória de Amesterdã	4-20	

Delineado o ponto de partida para a investigação sobre a avaliação do perfil do idoso no período perioperatório, seguidamente ilustramos a forma como vamos avaliar/validar as intervenções dos enfermeiros no cuidar do cliente idoso no antes e após implementação do programa.

4.1.2. Instrumentos de Colheita de Dados

Nesta pesquisa, foram utilizados vários instrumentos de recolha de dados atendendo aos próprios objetivos definidos na perspetiva do idoso perioperatório, os quais passamos a enunciar de seguida.

Questionário de caracterização: Idade; sexo; peso; estado civil; serviço cirúrgico; tipo de cirurgia; tempos operatórios.

Índice de Barthel: instrumento para avaliação do estado funcional dos idosos que pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e mede o nível de independência funcional do sujeito, na realização das dez atividades básicas de

vida diária, nomeadamente: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Azeredo & Matos, 2003).

Os estudos de adaptação, em Portugal, do Índice de Barthel, segundo Araújo et al. (2007), revelam ser um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96). Na versão original, cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada, atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (dependência total 0-20; dependência grave 21-60; dependência moderada 61-90; dependência ligeira 91-99; independente 100).

Escalas de ansiedade pré-operatória

O nível de ansiedade pré-operatória pode ser avaliado de diversas maneiras. Os métodos mais utilizados são as escalas, como a analógica visual, a *State-trait Anxiety Inventory para adultos* (STAI-Y), the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), entre outras. Passamos a descrever seguidamente as escalas utilizadas na investigação.

The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS): desenvolvida por um grupo holandês, em 1996, contem 4 itens, relacionados com as preocupações e ansiedades dos clientes em período pré-operatório. A APAIS foi dividida em subescalas para separar a ansiedade com a anestesia ("soma A", do somatório das perguntas 1 e 2 sobre a ansiedade com a anestesia), a ansiedade com a cirurgia ("soma S", do somatório das perguntas 4 e 5) e o total das duas pontuações (somatório combinado da ansiedade com a anestesia e a cirurgia, "soma C = soma A + soma S"). Para cada questão, os clientes escolhem uma resposta numa escala graduada de 1 a 5 pontos, quanto mais elevada a pontuação maior o nível de ansiedade. Este questionário, adaptado na versão portuguesa (Akhlaghi, M. et al., 2011; Conceição, D. et al., 2004), compõe-se da seguinte forma: questionário de ansiedade pré-operatória de Amesterdã (estou preocupado com a anestesia; estou pensando na anestesia continuamente; estou preocupada com a cirurgia e estou pensando na cirurgia continuamente); Respostas ao questionário de

ansiedade pré-operatória de Amesterdam (Absolutamente não – 1 ponto; Não – 2 pontos; Não sei – 3 pontos; Sim – 4 pontos e Absolutamente sim – 5 pontos).

Escala de Ansiedade-Estado de Spielberger para adultos (STAI Y): tendo em consideração o descrito em vários estudos nesta pesquisa e por ser realizada no perioperatório, apenas utilizamos a escala de ansiedade estado por ser a que mede o modo como o cliente se sente naquele preciso momento. A componente ansiedade estado contém vinte questões e o score varia de 20 a 80. O STAI-Y, nas suas diferentes versões, foi adaptado para mais de trinta línguas para pesquisas transculturais e prática clínica (Spielberger, 1993). Traduzida, validada e adaptada para Portugal, em adolescentes e estudantes universitários, por Ponciano, et al. (2008), confirmou-se a existência de uma elevada consistência interna (alfa de Cronbach de 0.86), sendo, posteriormente utilizada nos adultos e idosos (Ricci et al. 2010).

A escala de ansiedade estado (A-S) compõe-se por vinte itens, solicitando-se, aos examinados, que descrevam o modo como se sentem em determinado momento, classificando-se de acordo com quatro possibilidades de escolha diferentes: «não»; «um pouco»; «moderadamente» e «muito». Esta escala contém 10 itens, que se cotam em ordem direta, e outros 10, que se cotam inversamente e são as perguntas 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20.

Escala de avaliação do risco de queda: utilizada no local deste estudo (Hospital Dr. Nélio Mendonça), tendo sido adaptada, oficialmente, a partir do John Hopkins Hospital. Esta escala é composta por sete itens, que refletem os fatores de risco de queda nos indivíduos com idades entre os 65-80 e mais anos. Estes itens foram identificados através do método estatístico de análise discriminante. A presença do fator risco é assinalada em cada item através da atribuição de uma pontuação que varia de 1 a 5. Assim consideramos o alto e baixo risco de queda consoante a pontuação: **baixo risco** = 0-5 pontos; **risco moderado** = 6-10 pontos; **alto risco** ≥10 pontos

Escalas de avaliação da dor:

Neste estudo foram aplicadas a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces. Estas escalas foram aplicadas de acordo com as normas da direção geral da saúde (DGS) - Circular Normativa (nº9) de 2003.

Escala Visual Analógica - consiste numa linha horizontal ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá que fazer uma cruz ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero, e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Escala Numérica - baseia-se numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).

Escala Qualitativa - nesta escala solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor”.

Escala de Faces – nesta solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Prevalência de Úlceras Por Pressão (UPP) - visando o estudo de prevalência das UPP e os seus fatores associados, utilizámos uma adaptação do original elaborado pelo Grupo do Projeto ICE (Jardim & Grupo ICE, 2008), cedido pela EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel, validada pelos assessores técnicos, representantes do GAIF e EPUAP. O instrumento avalia seis componentes, porém, foi readaptado neste estudo, utilizando-se apenas quatro, nomeadamente:

A quarta componente (ponto 6, do Anexo 2, desta escala) mede o risco de UPP. Integra, como instrumento de medida, a escala de Braden, acrescida do item da

incontinência utilizado na escala de Norton. Na escala de Braden, consideramos os scores: 06-11 pontos=risco alto; 12-17 pontos = risco moderado; 18-20 pontos = risco baixo.

A quinta componente contempla a observação da pele, utilizando a classificação recomendada pelo EPUAP. Em caso de múltiplas úlceras, o observador deve classificar a de maior gravidade. Na presença de várias úlceras com o mesmo grau, a úlcera a classificar deve ser a que, segundo o julgamento de ambos os observadores, tem maior impacto para o doente e para a sua qualidade de vida. Caso esta avaliação não seja consensual, é decisiva a opinião do observador externo ao local da colheita. Deve-se assinalar na figura todas as UPPs existentes.

Na última componente, atende-se à prevenção das UPP, nomeadamente, no que diz respeito ao equipamento estático e dinâmico, assim como à frequência de posicionamentos na cama ou cadeira. Os dados sobre o registo dos posicionamentos deverão ser colhidos nas notas de enfermagem ou no plano de cuidados. No domicílio, os dados fornecidos pela família/cuidador/enfermeiros são fundamentais. Esta componente contempla ainda o local onde a úlcera foi adquirida.

Todos os instrumentos de medida anteriormente elencados encontram-se no Anexo 2.

4.1.3. Procedimentos de Recolha de Dados

O primeiro momento de recolha de dados ocorreu antes da implementação do programa e o segundo após a sua implementação, com as devidas alterações decorrentes da necessidade de aprimoramento do programa, dada a sua pertinência na aferição e validação do mesmo.

Para garantir os procedimentos éticos, formalizamos o pedido para autorização da realização da investigação, através de requerimento dirigido ao Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração do SESARAM, fazendo-se acompanhar do projeto de investigação e da redação do Documento de Consentimento Informado, elaborado segundo regulamento da Comissão de Ética da instituição. Após aprovação pela Comissão de Ética (anexo 3), procedeu-se à sua aplicação. O carácter do estudo foi explicado aos idosos e o objetivo voluntário da participação, assegurando que a qualquer momento poderiam abandonar a participação. Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade da informação produzida. Conforme requisitos da Comissão de Ética, efetuou-se a entrega aos idosos de uma carta explicativa da natureza do estudo

e termo de responsabilidade assinado pelo investigador. Os idosos facultaram o seu consentimento por escrito, assinando um documento para esse fim (anexo 3).

O tratamento estatístico de dados previu a utilização de *métodos descritivos*, que essencialmente agregam tabelas de frequências, medidas descritivas, tais como a média, mediana, quartis, desvio-padrão, máximo e mínimo. Igualmente, os *métodos de inferência estatística* utilizados, para a análise dos clientes idosos, permitiram a comparação de duas ou mais médias, entre amostras independentes. Para as amostras com mais de 30 observações foram utilizados os testes paramétricos, o teste-T de Student para a comparação de duas médias e One Way Anova para a comparação de mais de duas médias. Para a obtenção dos respectivos contrastes foi utilizado o teste de Tukey. Também foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson. Para as amostras com 30 e menos observações foram utilizados os testes não-paramétricos, tal como o teste de Wilcoxon para amostras dependentes. Para testar as frequências e proporções foi utilizado o teste de Independência do Qui-Quadrado. Estes testes foram aplicados com o intuito de comparar os scores das várias escalas aplicadas na 1ª e 2ª fases. Na mesma ótica, os grupos associados ao género, grupo etário e tipo de cirurgia são comparados de acordo com os valores dos scores obtidos. A homogeneidade das variâncias foi testada através do Teste de Levene.

Para o armazenamento e tratamento dos dados foram utilizados os softwares Microsoft Access, Microsoft Excel e IBM SPSS 22.0.

4.1.4 Amostra

Tendo em linha de conta a população existente no ano em que se desenvolveu o estudo (2013), foram submetidos a intervenção cirúrgica eletiva, no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, 5047 clientes, dos quais 1372 pertenciam ao nosso foco de estudo, a população associada aos idosos Perioperatórios, com idade superior ou igual a 65 anos, o que corresponde a quase 30% dos clientes atendidos no bloco operatório.

A amostra do estudo em apreço é não probabilística e por conveniência, constituída por 460 idosos, distribuídos na primeira e segunda fases, cada uma com 230 idosos. Os critérios de inclusão na amostra foram: cliente com idade superior ou igual a 65 anos, sem défices cognitivos; internados nos serviços cirúrgicos do Hospital Dr.

Nélio Mendonça; agendados para cirurgia eletiva no bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Após a definição metodológica transitamos à fase seguinte para apresentação dos resultados da investigação efetuada para a caracterização do cliente perante os diversos fenómenos em estudo. Da mesma forma, analisamos o impacto da concretização do programa nos idosos, bem como o resultado evolutivo nas intervenções dos profissionais de enfermagem perioperatória.

4.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DO CLIENTE IDOSO NO PERIOPERATÓRIO

Antes e depois

A amostra do estudo foi constituída por 230 idosos em período perioperatório, tanto na 1ª fase como na 2ª fase. Estes eram maioritariamente casados (63,9% - Fase 1 e Fase 2), do sexo feminino (57,8% - Fase 1 e 63% - Fase 2) e pertenciam à faixa etária dos 65-69 anos, em ambas as fases (36,5% - Fase 1 e 30% - Fase 2). A faixa etária com menor expressão na 1ª fase foi a dos 85 e mais anos (9,1%) e na 2ª fase foi a dos 80-84 anos (9,1%), conforme se pode observar na tabela 22

Tabela 22 Distribuição de variáveis sociodemográficas em clientes cirúrgicos

Variáveis	FASE			
	1		2	
Género	n	(%)	n	(%)
Feminino	133	57,8	145	63,0
Masculino	97	42,2	85	37,0
Total	230	100	230	100
Faixa Etária	n	(%)	n	(%)
65-69 Anos	84	36,5	69	30,0
70-74 Anos	50	21,7	50	21,7
75-79 Anos	51	22,2	58	25,2
80-84 Anos	24	10,4	21	9,1
85 e mais anos	21	9,1	32	13,9
Total	230	100	230	100
Estado Civil	n	(%)	n	(%)
Casado	147	63,9	147	63,9
Viúvo	63	27,4	41	18,3
Solteiro	11	4,8	42	17,8
Divorciado	6	2,6	0	0
Não Responde	3	1,3	0	0
Total	230	100	230	100

Segundo a tabela 23, a idade mínima dos idosos na 1ª e 2ª fases foi coincidente (65 anos), o que está de acordo com um dos critérios de inclusão no estudo. A idade

máxima foi de 98 anos e 97 anos, na 1ª e na 2ª fase, respetivamente. Em média, estes idosos tinham 74 anos, na 1ª fase e 75 na 2ª fase, sendo que não existem diferenças estatisticamente significativas. O desvio padrão em ambas as fases foi de 7 anos.

Tabela 23 Medidas estatísticas descritivas da idade em clientes cirúrgicos por fase do estudo

Medidas Descritivas da Idade	FASE	
	1	2
Mínimo	65	65
Média	74	75
Desvio Padrão	7	7
Máximo	98	97

Teste T-Student para comparação de duas médias independentes, p -value >0,05

De acordo com a distribuição do número de idosos perioperatórios, pela faixa etária e género, nas duas fases do estudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, o que permitiu concluir que a amostra em estudo é homogénea (tabela 24).

Tabela 24 Distribuição do nº de clientes cirúrgicos pela faixa etária, género e fase

FASE	Faixa Etária	Género					
		Feminino		Masculino		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	65-69 Anos	53	39,8	31	32,0	84	36,5
	70-74 Anos	25	18,8	25	25,8	50	21,7
	75-79 Anos	26	19,5	25	25,8	51	22,2
	80-84 Anos	16	12,0	8	8,2	24	10,4
	85 e mais anos	13	9,8	8	8,2	21	9,1
	Total	133	100	97	100	230	100
2	65-69 Anos	37	25,5	32	37,6	69	30,0
	70-74 Anos	34	23,4	16	18,8	50	21,7
	75-79 Anos	38	26,2	20	23,5	58	25,2
	80-84 Anos	14	9,7	7	8,2	21	9,1
	85 e mais anos	22	15,2	10	11,8	32	13,9
	Total	145	100	85	100	230	100
Total	65-69 Anos	90	34,6	63	34,6	153	33,3
	70-74 Anos	59	22,5	41	22,5	100	21,7
	75-79 Anos	64	24,7	45	24,7	109	23,7
	80-84 Anos	30	8,2	15	8,2	45	9,8
	85 e mais anos	35	9,9	18	9,9	53	11,5
	Total	278	100	182	100	460	100

Teste de independência do Qui-Quadrado, p -value >0,05

Caracterização antropométrica do cliente

Conforme a tabela 25, podemos verificar que o peso mínimo dos idosos na 1ª fase e na 2ª fase foi de 46 kg e 42 kg, respetivamente. O peso máximo foi de 109 kg na 1ª fase, e de 115 kg, na 2ª fase. Em média, estes idosos tinham 74 kg, na 1ª fase e na 2ª fase, não se verificando diferenças estatisticamente significativas. O desvio padrão na 1ª fase foi de 12 kg e na 2ª fase de 13 kg, o que denota uma grande variabilidade face aos valores em análise.

Tabela 25 Medidas descritivas do peso (kg) em clientes cirúrgicos por fase

Medidas Descritivas	FASE	
	1	2
Mínimo	46	42
Média	74	74
Desvio Padrão	12	13
Máximo	109	115

Teste T-Student para comparação de duas médias independentes, p-value >0,05

Os idosos do género masculino apresentaram um peso médio de 77 kg, na 1ª fase, e de 80 kg, na 2ª fase. As mulheres exibiram pesos médios de 71 kg e 70 kg na 1ª fase e 2ª fase, respetivamente. Quando comparados, os idosos perioperatórios do género masculino apresentavam pesos mais elevados do que os do género feminino (p-value <0,001), de acordo com a tabela 26.

Tabela 26 Medidas descritivas do peso (kg) em clientes cirúrgicos por género e fase

FASE	Género	n	Média	Desvio-Padrão
1	Masculino	97	77	10
	Feminino	133	71	12
2	Masculino	85	80	13
	Feminino	145	70	13

Teste T-Student para comparação de duas médias independentes, p-value <0,001

Pela análise da tabela 27, podemos inferir que, na 1ª e 2ª fases, a população de 65 a 74 anos apresentaram um peso médio de 76 kg e a de 75 e mais anos exibiu um peso médio de 71 kg e 72 kg, respetivamente. Verificou-se, ainda, que os idosos

entre 65-74 anos tinham pesos mais elevados do que os idosos com 75 e mais anos, em ambas as fases (p-value <0,05).

Tabela 27 Medidas descritivas do peso (kg) em clientes cirúrgicos por faixa etária e por fase

FASE	Faixa Etária	n	Média	Desvio-Padrão
1	65-74 anos	134	76	11
	≥75 anos	96	71	13
2	65-74 anos	119	76	12
	≥75 anos	111	72	14

Teste T-Student para comparação de duas médias independentes, p-value <0,001

Caracterização da cirurgia

Segundo a tabela 28, podemos verificar que as especialidades cirúrgicas com maior representatividade foram a cirurgia geral (34,3%), seguido da ortopedia (26,5%) e Urologia (11,3%), na primeira fase do estudo. Esta tendência manteve-se na segunda, respetivamente, com 29,1%, 22,6% e 13,5%. Na globalidade, as cirurgias concretizadas foram do tipo major, em ambas as fases, com 70,0% e 78,7%, respetivamente.

Tabela 28 Distribuição do nº de clientes por especialidades cirúrgicas, tipo de cirurgia e por fase

Especialidades Cirúrgicas	FASE			
	1		2	
	n	(%)	n	(%)
Cirurgia Geral	79	34,3	67	29,1
Ortopedia	61	26,5	52	22,6
Urologia	26	11,3	31	13,5
Vascular	15	6,5	22	9,6
Ginecologia	17	7,4	20	8,7
Patologia Mamária	4	1,7	20	8,7
Neurocirurgia	8	3,5	11	4,8
Cardioráxica	5	2,2	5	2,2
Cirurgia Plástica	15	6,5	2	0,9
Total	230	100	230	100
Tipo de Cirurgia	n	(%)	n	(%)
Major	161	70,0	181	78,7
Intermédio	45	19,6	40	17,4
Minor	24	10,4	9	3,9
Total	230	100	230	100

Consoante a tabela 29, e no diz respeito à primeira fase, os idosos do género masculino, na sua globalidade, foram submetidos a cirurgias nas áreas das especialidades de cirurgia geral (40,2%), urologia (22,7%) e ortopedia (12,4%). Nas mulheres, as cirurgias na especialidade de ortopedia (36,8%), cirurgia geral (30,1%) e ginecologia e patologia mamária (15,8%) foram as mais frequentes. Quando comparados, face ao género, são as mulheres que realizaram mais cirurgias na especialidade de cirurgia geral e ortopedia (p-value <0,001).

Na segunda fase, os idosos do género masculino, concretizaram mais cirurgias nas especialidades de cirurgia geral (37,6%), urologia (29,4%) e vascular (16,5%), sendo que as mulheres mantiveram a tendência da 1ª fase.

Tabela 29 Distribuição do nº de clientes cirúrgicos por especialidades cirúrgicas, género e fase

FASE	Especialidades Cirúrgicas	Género				Total	
		Feminino		Masculino		n	(%)
		n	(%)	n	(%)		
1	Cirurgia Geral	40	30,1	39	40,2	79	34,3
	Ortopedia	49	36,8	12	12,4	61	26,5
	Cardioraxica, Neurocirurgia e Cirurgia Plástica	14	10,5	14	14,4	28	12,2
	Urologia	4	3,0	22	22,7	26	11,3
	Ginecologia e Patologia Mamária	21	15,8	0	0,0	21	9,1
	Cirurgia Vascular	5	3,8	10	10,3	15	6,5
	Total	133	100	97	100	230	100
	2	Cirurgia Geral	35	24,1	32	37,6	67
Ortopedia		44	30,3	8	9,4	52	22,6
Ginecologia e Patologia Mamária		40	27,6	0	0,0	40	17,4
Urologia		6	4,1	25	29,4	31	13,5
Cirurgia Vascular		8	5,5	14	16,5	22	9,6
Cardioraxica, Neurocirurgia e Cirurgia Plástica		12	8,3	6	7,1	18	7,8
Total		145	100	85	100	230	100
Total		Cirurgia Geral	75	27,0	71	39,0	146
	Ortopedia	93	33,5	20	11,0	113	24,6
	Ginecologia e Patologia Mamária	61	21,9	0	0,0	61	13,3
	Urologia	10	3,6	47	25,8	57	12,4
	Cardioraxica, Neurocirurgia e Cirurgia Plástica	26	9,4	20	11,0	46	10,0
	Cirurgia Vascular	13	4,7	24	13,2	37	8,0
	Total	278	100	182	100	460	100

Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value<0,001

Pela análise da tabela 30, as cirurgias do tipo major foram as mais frequentes, quer no género masculino (55,7%-Fase 1 e 70,6%- Fase 2), quer no feminino (80,5% - Fase 1 e 83,4 % - Fase 2). Quando comparados, face ao género, este tipo de cirurgia foi a mais realizada no feminino, em ambas as fases do estudo (p-value <0,001).

Tabela 30 Distribuição do nº de clientes cirúrgicos por tipo de cirurgia, género e fase

FASE	Tipo de Cirurgia	Género					
		Masculino		Feminino		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	Major	54	55,7	107	80,5	161	70,0
	Intermédio	29	29,9	16	12,0	45	19,6
	Minor	14	14,4	10	7,5	24	10,4
	Total	97	100	133	100	230	100
2	Major	60	70,6	121	83,4	181	78,7
	Intermédio	25	29,4	15	10,3	40	17,4
	Minor	0	0,0	9	6,2	9	3,9
	Total	85	100	145	100	230	100
Total	Major	114	62,6	228	82,0	342	74,3
	Intermédio	54	29,7	31	11,2	85	18,5
	Minor	14	7,7	19	6,8	33	7,2
	Total	182	100	278	100	460	100

Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value <0,001

Ao verificarmos a tabela 31, e no que concerne à primeira fase, a amostra entre os 65-74 anos efetuou mais cirurgias nas especialidades de cirurgia geral (32,8%), ortopedia (24,6%) e urologia (13,4%). Entre a amostra dos 75 e mais anos, as cirurgias mais frequentes foram na especialidade de cirurgia geral (36,5%), ortopedia (29,2%) e cardiotorácica, neurocirurgia e cirurgia plástica (13,5%), sendo que os da primeira faixa etária (65-74 anos) foram os que realizaram mais cirurgias nestas especialidades. Contrariamente, na segunda fase, são os idosos com 75 e mais anos que efetuaram mais cirurgias nas especialidades de cirurgia geral (31,5%), ortopedia (29,7%) e urologia (11,7%). Estas diferenças, reportadas em cada uma das fases, são estatisticamente significativas (p-value<0,05).

Tabela 31 Distribuição do n.º de clientes por especialidades cirúrgicas, faixa etária e fase.

FASE	Especialidades Cirúrgicas	Faixa Etária				Total	
		65-74 anos		≥75 anos		n	(%)
		n	(%)	n	(%)		
1 ^(*)	Cirurgia Geral	44	32,8	35	36,5	79	34,3
	Ortopedia	33	24,6	28	29,2	61	26,5
	Cardioráxica, Neurocirurgia e Cirurgia Plástica	15	11,2	13	13,5	28	12,2
	Urologia	18	13,4	8	8,3	26	11,3
	Ginecologia e Patologia Mamária	15	11,2	6	6,3	21	9,1
	Cirurgia Vascular	9	6,7	6	6,3	15	6,5
	Total	134	100	96	100	230	100
	2 ^(**)	Cirurgia Geral	32	26,9	35	31,5	67
Ortopedia		19	16,0	33	29,7	52	22,6
Ginecologia e Patologia Mamária		28	23,5	12	10,8	40	17,4
Urologia		18	15,1	13	11,7	31	13,5
Cirurgia Vascular		15	12,6	7	6,3	22	9,6
Cardioráxica, Neurocirurgia e Cirurgia Plástica		7	5,9	11	9,9	18	7,8
Total		119	100	111	100	230	100
Total ^(**)		Cirurgia Geral	76	30,0	70	33,8	146
	Ortopedia	52	20,6	61	29,5	113	24,6
	Ginecologia e Patologia Mamária	43	17,0	18	8,7	61	13,3
	Urologia	36	14,2	21	10,1	57	12,4
	Cardioráxica, Neurocirurgia e Cirurgia Plástica	22	8,7	24	11,6	46	10,0
	Cirurgia Vascular	24	9,5	13	6,3	37	8,0
	Total	253	100	207	100	460	100

(*) Teste de Independência do Qui-Quadrado, $p\text{-value} > 0,05$

(**) Teste de Independência do Qui-Quadrado, $p\text{-value} < 0,05$

Segundo a tabela 32, as cirurgias do tipo major foram as mais frequentes, tanto na 1ª fase como na 2ª fase, independentemente da faixa etária. Este tipo de cirurgia foi a mais realizada por idosos cirúrgicos inquiridos entre os 65-74 anos (69,4% - Fase 1 e 79%-Fase 2), em ambas as fases do estudo. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p\text{-value} > 0,05$).

Tabela 32 Distribuição do nº de clientes por tipo de cirurgia, faixa etária e fase

FASE	Tipo de Cirurgia	Faixa Etária					
		65-74 anos		≥75 anos		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	Major	93	69,4	68	70,8	161	70,0
	Intermédio	29	21,6	16	16,7	45	19,6
	Minor	12	9,0	12	12,5	24	10,4
	Total	134	100	96	100	230	100
2	Major	94	79,0	87	78,4	181	78,7
	Intermédio	22	18,5	18	16,2	40	17,4
	Minor	3	2,5	6	5,4	9	3,9
	Total	119	100	111	100	230	100
Total	Major	187	73,9	155	74,9	342	74,3
	Intermédio	51	20,2	34	16,4	85	18,5
	Minor	15	5,9	18	8,7	33	7,2
	Total	253	100	207	100	460	100

Teste de Independência do Qui-Quadrado, $p\text{-value} > 0,05$

Tipo de anestesia

O tipo de anestesia mais aplicado aos idosos perioperatórios e conforme nos indica a tabela 33, foi a geral, tanto na primeira fase (58,7%) como na segunda (59,6%). A anestesia local foi a menos aplicada, entre os idosos perioperatórios, em ambas as fases, (3,5% e 5,7%, respectivamente). As diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas ($p\text{-value} > 0,05$), no que concerne ao tipo de anestesia aplicado.

Tabela 33 Distribuição do nº de clientes cirúrgicos pelo tipo de anestesia e fase

Tipo de Anestesia	FASE				Total	
	1		2			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Combinada	16	7,0	14	6,1	30	6,5
Geral	135	58,7	137	59,6	272	59,1
Local	8	3,5	13	5,7	21	4,6
Regional	71	30,9	66	28,7	137	29,8
Total	230	100,0	230	100,0	460	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado, $p\text{-value} > 0,05$

Tempos operatórios

A caracterização dos tempos operatórios inclui: o tempo que medeia a chegada ao bloco e a entrada na sala de operações; o tempo de cirurgia; o tempo de bloco e o tempo de recobro. O tempo que medeia a chegada ao bloco e a entrada na sala de operações foi de 36 minutos, na 1ª fase, e 41 minutos, na 2ª fase, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p\text{-value} < 0,05$), isto é, o tempo que medeia a chegada ao bloco e a entrada na sala de operações foi superior na 2ª fase. Os dados comentados podem ser observados na tabela 34.

Tabela 34 Medidas descritivas dos tempos operatórios por fase

Fase	Medidas descritivas	Tempo entre a chegada ao bloco e a entrada na sala de cirurgia (*) (h:min)	Tempo da Cirurgia (h:min)	Tempo de Bloco (h:min)	Tempo de Recobro (h:min)
1	Média	0:36	1:31	2:58	3:31
	Mediana	0:34	1:15	2:43	2:16
	Desvio Padrão	0:21	0:58	1:15	3:57
	Mínimo	0:00	0:07	0:42	0:00
	Máximo	1:45	5:19	7:15	23:10
2	Média	0:41	1:30	3:02	3:10
	Mediana	0:35	1:08	2:40	2:11
	Desvio Padrão	0:27	1:23	1:43	3:31
	Mínimo	0:00	0:00	0:28	0:00
	Máximo	3:21	7:49	10:19	23:05

(*) Teste T-Student para 2 amostras independentes, $p\text{-value} < 0,05$

Pela leitura da tabela 35, podemos verificar que na 1ª fase, o tipo de anestesia, aplicado na cirurgia do idoso perioperatório, determinou que o tempo de recobro fosse menor quando a anestesia foi local, face à geral e à combinada (Teste de Tukey, $p\text{-value} < 0,05$). Na 2ª fase as diferenças encontradas, no tempo de recobro face ao tipo de anestesia, não foram estatisticamente significativas ($p\text{-value} < 0,05$).

Tabela 35 Medidas descritivas do tempo de recobro por tipo de anestesia e fase

Fase	Tipo de Anestesia	n	Média (h:min)	Desvio-Padrão (h:min)	Mínimo (h:min)	Máximo (h:min)
1 ^(*)	Local	8	1:24	0:46	0:39	2:40
	Regional	71	2:40	1:18	0:49	7:14
	Geral	135	3:57	4:50	0:00	23:10
	Combinada	16	4:37	3:46	1:19	16:19
	Total	230	3:31	3:57	0:00	23:10
2 ^(**)	Local	13	1:01	1:12	0:00	4:30
	Regional	66	2:57	2:08	0:00	11:46
	Geral	137	3:29	4:13	0:00	23:05
	Combinada	14	3:16	1:42	1:23	8:00
	Total	230	3:10	3:31	0:00	23:05

(^{*}) One way Anova, *p-value* < 0,05; Teste de Tukey, *p-value* < 0,05

(^{**}) One way Anova, *p-value* > 0,05

Elucidadas acerca das condições clínicas dos clientes idosos, seguidamente passamos à avaliação de outros indicadores importantes na nossa pesquisa.

4.3 DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO CLIENTE IDOSO PERIOPERATÓRIO

Antes e depois

A dependência funcional do idoso perioperatório foi avaliada através do Índice de Barthel. Podemos observar na tabela 36 que, em todas as atividades analisadas, o idoso revelou-se independente.

Pela análise da tabela 36, e no que concerne à 1^a fase, nas atividades relativas à higiene pessoal, caminhar sobre uma superfície nivelada e tomar banho, os idosos manifestaram-se mais independentes do que na 2^a fase (*p-value*<0,05). Nas restantes atividades, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas (*p-value*>0,05).

Tabela 36 Dependência funcional do idoso por atividade e fase

ACTIVIDADES	FASE				
	1		2		
	n	(%)	n	(%)	
Controlo do Intestino	0	58	25,2	72	31,3
	5	25	10,9	14	6,1
	10	147	63,9	144	62,6
Controlo da Bexiga	0	58	25,2	72	31,3
	5	40	17,4	38	16,5
	10	132	57,4	120	52,2
Higiene Pessoal (*)	0	71	30,9	96	41,7
	5	159	69,1	134	58,3
Usar a sanita	0	57	24,8	77	33,5
	5	28	12,2	19	8,3
	10	145	63,0	134	58,3
Alimentar-se	0	43	18,7	65	28,3
	5	14	6,1	14	6,1
	10	173	75,2	151	65,7
Transferência	0	57	24,8	75	32,6
	5	23	10,0	22	9,6
	10	34	14,8	24	10,4
	15	116	50,4	109	47,4
Caminhar numa Superfície Nivelada (*)	0	58	25,2	76	33,0
	5	13	5,7	22	9,6
	10	43	18,7	23	10,0
	15	116	50,4	109	47,4
Vestir-se e Despir-se	0	55	23,9	75	32,6
	5	37	16,1	27	11,7
	10	138	60,0	128	55,7
Subir e Descer Rscadas	0	61	26,5	83	36,1
	5	57	24,8	42	18,3
	10	112	48,7	105	45,7
Tomar Banho (*)	0	69	30,0	94	40,9
	5	161	70,0	136	59,1

(*) *Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value < 0,05*

Segundo a tabela 37, a pontuação do Índice de Barthel observada demonstrou, na generalidade, que os idosos perioperatórios eram independentes na 1ª e na 2ª fase, 39,6% e 34,8%, respetivamente. As diferenças observadas não foram estatisticamente significativas ($p\text{-value} > 0,05$), o que implica que a amostra é homogénea relativamente à dependência funcional, apesar das diferenças em algumas atividades mencionadas anteriormente.

Tabela 37 Dependência funcional do idoso por pontuação do Índice de Barthel e fase

Cotação/Pontuação do Índice de Barthel	FASE			
	1		2	
	n	(%)	n	(%)
Dependência Total	54	23,5	72	31,3
Dependência Grave	21	9,1	21	9,1
Dependência Moderada	50	21,7	43	18,7
Dependência Ligeira	14	6,1	14	6,1
Independente	91	39,6	80	34,8
Total	230	100,0	230	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value >0,05

Na tabela 38, podemos verificar que os idosos Perioperatórios inquiridos, de acordo com o índice de Barthel, segundo o gênero, nas duas fases do estudo, eram, na maioria independentes. No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas (p-value > 0,05).

Tabela 38 Dependência funcional do idoso por pontuação do Índice de Barthel, gênero e fase

FASE	Cotação/Pontuação do Índice de Barthel	Gênero			
		Feminino		Masculino	
		n	(%)	n	(%)
1	Dependência Total	33	24,8	21	21,6
	Dependência Grave	12	9,0	9	9,3
	Dependência Moderada	34	25,6	16	16,5
	Dependência Ligeira	6	4,5	8	8,2
	Independente	48	36,1	43	44,3
	Total	133	100,0	97	100,0
2	Dependência Total	50	34,5	22	25,9
	Dependência Grave	13	9,0	8	9,4
	Dependência Moderada	23	15,9	20	23,5
	Dependência Ligeira	5	3,4	9	10,6
	Independente	54	37,2	26	30,6
	Total	145	100,0	85	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value >0,05

Em ambas as fases do estudo, e de acordo com o coeficiente de correlação de Pearson, $r=-0,40$ na 1.^a fase e $r=-0,51$ na 2.^a fase, a idade estava correlacionada com a cotação/pontuação do Índice de Barthel, na medida em que quanto mais elevada a idade do idoso maior será o seu grau de dependência (p-value <0,001).

Na primeira fase do estudo, os idosos com idade compreendida entre os 65-74 anos, na maioria, revelaram-se como independentes (47%). Já os idosos com 75 e mais anos, em maior proporção, apresentaram uma dependência funcional oposta, ou seja, dependência total (35,4%) (p-value < 0,05) (tabela 39). Na segunda fase observou-se a mesma distribuição. Os idosos com idade compreendida entre os 65-74 anos, na maioria, revelaram-se independentes (46,2%). Já os idosos com 75 e mais anos, em maior proporção, apresentaram uma dependência funcional oposta, ou seja, dependência total (47,7%) (p-value < 0,05).

Tabela 39 Dependência funcional do idoso por pontuação do Índice de Barthel, faixa etária e fase

FASE	Cotação/Pontuação do Índice de Barthel	Faixa Etária			
		65-74 Anos		≥75 Anos	
		n	(%)	n	(%)
1	Dependência Total	20	14,9	34	35,4
	Dependência Grave	13	9,7	8	8,3
	Dependência Moderada	31	23,1	19	19,8
	Dependência Ligeira	7	5,2	7	7,3
	Independente	63	47,0	28	29,2
	Total	134	100,0	96	100,0
	2	Dependência Total	19	16,0	53
Dependência Grave		8	6,7	13	11,7
Dependência Moderada		27	22,7	16	14,4
Dependência Ligeira		10	8,4	4	3,6
Independente		55	46,2	25	22,5
Total		119	100,0	111	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value<0,05

Em síntese, no indicador, “Índice de Barthel”, a faixa etária assume-se como um elemento diferenciador do índice de Barthel, sendo que os idosos com idade entre 65-74 anos ostentavam níveis de independência. Já os idosos com 75 e mais anos apresentavam dependência total e grave.

4.4 ÚLCERAS POR PRESSÃO (UPP) NO CLIENTE IDOSO PERIOPERATÓRIO

Antes e depois

Pela análise da tabela 40, tanto na primeira como na segunda fase do estudo, a maioria dos idosos apresentavam risco baixo para UPP (66,1% - 1.^a fase; 64,3% - 2.^a fase). No entanto é de notar o incremento do risco alto para UPP da primeira (25,2%) para a segunda fase (32,6%), embora estas diferenças não apresentem relevância estatística (p-value >0,05).

Tabela 40 Risco para UPP no idoso por fase

Risco para UPP	FASE					
	1		2		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Risco Alto	58	25,2	75	32,6	133	28,9
Risco Médio	20	8,7	11	4,8	31	6,7
Risco Baixo	152	66,1	144	62,6	296	64,3

Teste de Independência do Qui-Quadrado, $p > 0,05$

Atendendo à associação da faixa etária com o risco para UPP, tanto na primeira, como na segunda fase, verificou-se que, independentemente da faixa etária o risco de UPP foi baixo na maioria dos idosos, (p-value <0,001).

Tabela 41 Risco para UPP no idoso por faixa etária e fase

Fase	Risco para UPP	Faixa etária					
		65-74 anos		≥75 anos		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	Risco Alto	25	18,7	33	34,4	58	25,2
	Risco Médio	6	4,5	14	14,6	20	8,7
	Risco Baixo	103	76,9	49	51,0	152	66,1
2	Risco Alto	26	21,8	49	44,1	75	32,6
	Risco Médio	7	5,9	4	3,6	11	4,8
	Risco Baixo	86	72,3	58	52,3	144	62,6
Total	Risco Alto	51	20,2	82	39,6	133	28,9
	Risco Médio	13	5,1	18	8,7	31	6,7
	Risco Baixo	189	74,7	107	51,7	296	64,3

Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value < 0,001

De acordo com o gênero, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas face ao risco de UPP ($p\text{-value}>0,05$), onde na generalidade os idosos demonstravam risco baixo de UPP (tabela 42).

Tabela 42 Risco para UPP no idoso por gênero e fase

Fase	Risco para UPP	Gênero					
		Feminino		Masculino		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	Risco Alto	35	26,3	23	23,7	58	25,2
	Risco Médio	11	8,3	9	9,3	20	8,7
	Risco Baixo	87	65,4	65	67,0	152	66,1
2	Risco Alto	52	35,9	23	27,1	75	32,6
	Risco Médio	6	4,1	5	5,9	11	4,8
	Risco Baixo	87	60,0	57	67,1	144	62,6
Total	Risco Alto	87	31,3	46	25,3	133	28,9
	Risco Médio	17	6,1	14	7,7	31	6,7
	Risco Baixo	174	62,6	122	67,0	296	64,3

Teste de Independência do Qui-Quadrado, $p>0,05$

A avaliação do indicador risco para Úlceras por Pressão confirmou que existe uma preocupação por parte dos enfermeiros na sua monitorização. A nossa pesquisa documentou que os idosos apresentavam um risco baixo.

4.5 RISCO DE QUEDA NO CLIENTE IDOSO PERIOPERATÓRIO

Antes e depois

Pela análise da tabela 43, podemos inferir que a maioria dos idosos perioperatórios apresentou “alto risco” de queda, na 1ª fase (57%) e na 2.ª fase (48,3%) do estudo. No entanto, a 2ª fase verificou uma diminuição significativa no n.º de idosos perante esta condição ($p\text{-value}<0,05$).

Tabela 43 Risco de queda no idoso por fase

Risco de queda	FASE					
	1		2		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Baixo Risco	38	16,5	69	30,0	107	23,3
Risco Moderado	61	26,5	50	21,7	111	24,1
Alto Risco	131	57,0	111	48,3	242	52,6

Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value <0,05

A tabela 44, mostra que a faixa etária determinou o risco para ocorrência de queda no idoso perioperatório (p-value <0,05). Os idosos com 75 e mais anos exibiram maior “Alto Risco” para queda, tanto na primeira como na segunda fase do estudo.

Tabela 44 Risco de queda no idoso por faixa etária e fase

FASE	Risco de queda	Faixa etária			
		65-74 anos		≥75 anos	
		n	(%)	n	(%)
1	Baixo Risco	29	21,6	9	9,4
	Risco Moderado	40	29,9	21	21,9
	Alto Risco	65	48,5	66	68,8
2	Baixo Risco	41	34,5	28	25,2
	Risco Moderado	30	25,2	20	18,0
	Alto Risco	48	40,3	63	56,8
Total	Baixo Risco	70	27,7	37	17,9
	Risco Moderado	70	27,7	41	19,8
	Alto Risco	113	44,7	129	62,3

Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value <0.05

Consoante a leitura da tabela 45, os idosos perioperatórios do gênero feminino e masculino, mostraram maioritariamente, em ambas as fases, “alto risco” para queda sendo este um evento mais recorrente nas mulheres (63,9%-1ª fase e 50,3%-2ª fase).

Tabela 45 Risco de queda no idoso por gênero e fase.

FASE	Risco de queda	Gênero			
		Feminino		Masculino	
		n	(%)	n	(%)
(*)1	Baixo Risco	13	9,8	25	25,8
	Risco Moderado	35	26,3	26	26,8
	Alto Risco	85	63,9	46	47,4
(**)2	Baixo Risco	46	31,7	23	27,1
	Risco Moderado	26	17,9	24	28,2
	Alto Risco	73	50,3	38	44,7
Total	Baixo Risco	59	21,2	48	26,4
	Risco Moderado	61	21,9	50	27,5
	Alto Risco	158	56,8	84	46,2

() Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value <0,05*

*(**) Teste de Independência do Qui-Quadrado, p-value >0,05*

Na pesquisa, verificamos que o risco de queda manteve um valor elevado nas duas fases, sendo a sua prevalência superior no género feminino.

4.6 ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA NO CLIENTE CIRÚRGICO

Antes e depois

Segundo a tabela 46, podemos verificar que o nível de ansiedade, determinado pela escala de Amestardã, evidenciou nos idosos perioperatórios na 2ª fase uma redução significativa face à 1ª fase ($p\text{-value} < 0,001$).

Tabela 46 Ansiedade (Escala de Amestardã) no idoso por fase

Fase	Média	Desvio-padrão	Intervalo de confiança 95		Mínimo	Máximo
			Limite inferior	Limite superior		
1	13,72	3,02	13,33	14,11	7	20
2	10,97	3,28	10,54	11,40	4	18
Total	12,35	3,44	12,03	12,66	4	20

Teste T-Student para duas amostras independentes, $p\text{-value} < 0,001$

Relativamente a cada uma das fases do estudo, e segundo a tabela 47, o nível de ansiedade dos idosos perioperatórios não exibiu qualquer alteração mediante o grupo etário ($p\text{-value} > 0,05$).

Tabela 47 Ansiedade (Escala de Amestardã) no idoso por faixa etária e fase

FASE	Faixa etária	Média	Desvio-padrão	Intervalo de confiança 95		Mínimo	Máximo
				Limite inferior	Limite superior		
1	65-74 anos	13,87	3,19	13,33	14,42	8	20
	≥75 anos	13,51	2,76	12,95	14,07	7	18
	Total	13,72	3,02	13,33	14,11	7	20
2	65-74 anos	10,83	3,40	10,21	11,45	4	18
	≥75 anos	11,12	3,15	10,52	11,71	4	17
	Total	10,97	3,28	10,54	11,40	4	18

Teste T-Student para duas amostras independentes, $p\text{-value} > 0,05$

Com base no género (tabela 48), o nível de ansiedade dos idosos perioperatórios foi maior nas mulheres ($p\text{-value} < 0,05$), na 1ª fase. Já na 2ª fase não se verificaram diferenças significativas ($p\text{-value} > 0,05$).

Tabela 48 Ansiedade (Escala de ansiedade de Amestardã) no idoso por género e fase

FASE	Género	Média	Desvio-padrão	Intervalo de confiança 95		Mínimo	Máximo
				Limite inferior	Limite superior		
(*)1	Masculino	12,73	3,29	12,07	13,40	7	20
	Feminino	14,44	2,58	14,00	14,89	8	20
	Total	13,72	3,02	13,33	14,11	7	20
(**)2	Masculino	10,95	3,28	10,25	11,66	4	16
	Feminino	10,98	3,29	10,44	11,52	4	18
	Total	10,97	3,28	10,54	11,40	4	18

(*)*Teste T-Student para duas amostras independentes, p-value<0.05;*

(**)*Teste T-Student para duas amostras independentes, p-value>0,05*

O nível de ansiedade, medido pela escala de Spielberger, exibiu um decréscimo na 2ª fase, nos idosos perioperatórios, quando comparado com a 1ª fase (p-value <0,001), conforme nos demonstra a tabela 49.

Tabela 49 Ansiedade (Escala de ansiedade de Spilberger) no idoso por fase

Fase	Média	Desvio-padrão	Intervalo de confiança 95		Mínimo	Máximo
			Limite inferior	Limite superior		
1	52,00	4,55	51,42	52,60	38,00	61,00
2	49,06	4,06	48,53	49,59	38,00	59,00
Total	50,53	4,55	50,12	50,95	38,00	61,00

Teste T-Student para duas amostras independentes, p-value<0.001

Relativamente à faixa etária, e pela observação da tabela 50, o nível de ansiedade dos idosos perioperatórios não apresentou qualquer alteração entre as duas fases do estudo (p-value >0,05).

Tabela 50 Ansiedade (Escala de ansiedade de Spilberger) no idoso por faixa etária e fase

Fase	Faixa etária	Média	Desvio padrão	Intervalo de confiança 95		Mínimo	Máximo
				Limite inferior	Limite superior		
1	65-74 anos	52,24	4,45	51,48	53,00	38,00	60,00
	≥75 anos	51,69	4,68	50,74	52,64	39,00	61,00
	Total	52,01	4,55	51,42	52,60	38,00	61,00
2	65-74 anos	48,88	4,00	48,16	49,61	38,00	59,00
	≥75 anos	49,25	4,14	48,47	50,03	40,00	59,00
	Total	49,06	4,06	48,53	49,59	38,00	59,00

Teste T-Student para duas amostras independentes, $p\text{-value}>0.05$

Pela análise da tabela 51, e de acordo com o género, o nível de ansiedade dos idosos perioperatórios foi maior nas mulheres ($p\text{-value}<0,05$), na 1ª fase. Já na 2ª fase nada se pôde concluir ($p\text{-value}>0,05$).

Tabela 51 Ansiedade (Escala de ansiedade de Spilberger) no idoso por género e fase

FASE	Género	Média	Desvio-padrão	Intervalo de confiança 95		Mínimo	Máximo
				Limite inferior	Limite superior		
1(*)	Masculino	50,88	4,85	49,90	51,85	39,00	61,00
	Feminino	52,83	4,14	52,12	53,55	38,00	61,00
	Total	52,00	4,55	51,42	52,60	38,00	61,00
2(**)	Masculino	48,94	3,74	48,13	49,75	40,00	59,00
	Feminino	49,13	4,25	48,43	49,83	38,00	59,00
	Total	49,06	4,06	48,53	49,59	38,00	59,00

(*) Teste T-Student para duas amostras independentes, $p\text{-value}<0.05$;

(**) Teste T-Student para duas amostras independentes, $p\text{-value}>0.05$.

Constatou-se que o indicador ansiedade pré-operatória sofreu uma redução da 1ª para a 2ª fase, após implementação do programa de atendimento.

4.7 DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA NO CLIENTE IDOSO

Antes e depois

Consoante leitura da tabela 52, e atendendo às fases do estudo, na 2.ª fase os níveis de dor foram inferiores aos da 1.ª fase, nos três períodos operatórios, em análise ($p\text{-value} < 0,05$).

Note-se que na 1ª fase, e no período pós-operatório, apenas foi avaliada a dor aguda em 2 idosos e, na 2ª fase, já foram avaliados 223.

Tabela 52 Grau de dor aguda perioperatória por fase e período operatório

FASE	Período		n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão
	Operatório						
1	Pré-Operatório		129	0	9	2,66	1,59
	Intra-Operatório		110	0	5	2,05	0,94
	Pós-Operatório		2	0	9	4,50	6,36
2	Pré-Operatório		224	0	4	1,19	1,19
	Intra-Operatório		68	0	4	0,72	1,06
	Pós-Operatório		223	0	5	0,14	0,55

Teste de T-Student, $p\text{-value} < 0,05$

A avaliação da dor aguda pós-operatória patenteou uma diminuição na segunda fase do estudo, após implementação do programa, constatando-se a importância da sua avaliação através dos instrumentos disponíveis na aplicação informática, o que certifica uma maior monitorização deste indicador pelos enfermeiros.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Descritos os estudos que contribuíram para a nossa pesquisa, iremos debater os principais dados com o estado da arte nesta área.

Como já anteriormente realçado, os dados da Comissão Europeia indicam que em 2025, mais de 25 dos europeus terão mais de 65 anos (PORDATA, 2013), assim como os idosos com 80 anos tendem a aumentar gradualmente. Atendendo a que estes idosos irão ter necessidades acrescidas em termos de cuidados de saúde, os serviços de saúde terão de se organizar para garantirem cuidados ajustados, personalizados e diferenciados, por forma a manter uma gestão financeira sustentável, pelo que consideramos que o nosso estudo será um bom contributo para o futuro na assistência aos idosos no perioperatório.

Num estudo prospetivo 2010/2020, Etzioni, Liu, Maggard & Ko (2013, pp.170) concluíram que “... *o envelhecimento da população dos Estados Unidos irá resultar num crescimento significativo na procura de serviços cirúrgicos. Os cirurgiões e equipas cirúrgicas precisam desenvolver estratégias para gerir uma maior carga de trabalho sem sacrificar a qualidade do atendimento*”. Perante estes cenários, urge direcionarmos a nossa atenção para a problemática de modo a reunirmos profissionais altamente qualificados, na área geriátrica, e estarmos imbuídos de ferramentas que nos possibilitem agir com eficiência e eficácia à rápida recuperação dos clientes. Assim, convergimos para a garantia da qualidade dos cuidados e maior controlo de custos, desenhando um programa informático de atendimento ao idoso no bloco operatório.

Pelo facto de constatarmos a inexistência de estudos e programas com a abrangência pretendida, para a construção deste programa, por um lado, combinamos novos conhecimentos técnico-científicos, sobre cuidados de enfermagem perioperatória aos idosos, através de processos de pesquisa, tanto para o idoso como para o enfermeiro, de modo a melhorarmos as práticas de enfermagem perioperatória. Em complementaridade, utilizámos novos conhecimentos e recursos, humanos e materiais, no âmbito das novas tecnológicas (*hardware* e *software*) para uniformizarmos procedimentos, garantindo maior segurança, tanto ao enfermeiro como ao idoso, e avalizarmos os respetivos registos para a produção de indicadores importantes na qualidade e tomada de decisão dos cuidados perioperatórios.

No estudo diagnóstico, dirigido apenas para estudar as características da população alvo, a amostra foi constituída por 120 doentes. Verificamos que a maioria (50,9%)

pertencia ao género feminino, é casada (60%), sendo a média de idades de 76 anos, a classe etária mais frequente (45,8%) foi a dos 65-74 anos. As estatísticas nacionais sobre os idosos revelam um incremento exponencial desta faixa etária nos censos 2001-2011 e, na RAM, constata-se a mesma tendência de crescimento. Verificamos que, no sexo masculino, a nível nacional, passaram, respetivamente, de 14,2% para 16,8%; na RAM, de 10,9% para 11,4% e, no que concerne ao género feminino, a nível nacional, de 18,4% passa para 21,3% e, na RAM, de 16,2% para 18,2% (INE, 2011). A Cirurgia Geral foi a especialidade que apresentou mais idosos, sendo a intervenção mais frequente a colecistectomia (30%). Na especialidade de Ortopedia, as cirurgias mais frequentes foram as intervenções a doentes com fraturas de fémur (55%). No que diz respeito aos tempos operatórios, observamos que o tempo médio de recobro foi o mais elevado com 3h e 49 minutos. O tempo médio de bloco operatório foi de 2h e 20 minutos. Relativamente à avaliação do estado funcional dos idosos, o “Índice de Barthel”, nas faixas etárias 65-74 anos e 75-84 anos, apresentou dependência moderada, com 75,7% e 66,5%, respetivamente. Nos idosos com 85 e mais anos, a dependência foi total, 17,4%. Por conseguinte, surgiu a necessidade de criarmos condições mais favoráveis para o atendimento destes indivíduos que, em período pré-operatório, apresentam dependências moderadas a nível funcional, que tendem a agravar-se, à medida que a idade aumenta, não descurando, também, a intervenção de enfermagem, no que se refere aos tempos operatórios.

Uma vez que neste estudo diagnóstico, estudamos as características sociodemográficas e avaliamos a dependência funcional (Índice de Barthel) dos indivíduos com mais de 65 anos, submetidos a cirurgia eletiva e em período pré-operatório, nos estudos subsequentes encaminhamo-nos para outras dimensões adicionais, tais como a dor aguda, a ansiedade pré-operatória, o risco de queda e o risco para as UPP, de modo a obtermos indicadores importantes para a enfermagem perioperatória no que se refere ao atendimento do utente idoso. Posteriormente, na perspetiva do enfermeiro avaliamos as suas intervenções perioperatórias antes e após a implementação do programa.

No estudo principal, a amostra foi composta por 460 indivíduos, divididos em duas fases. A primeira e a segunda fases integraram 230 idosos em período perioperatório.

Estes eram maioritariamente casados (63,9% - Fase 1 e Fase 2), do sexo feminino (57,8% - Fase 1 e 63% - Fase 2) e pertenciam à faixa etária dos 65-69 anos (36,5% - Fase 1 e 30% - Fase 2). O grupo etário com menor expressão, na 1ª fase foi o dos 85 e mais anos (9,1%) e, na 2ª fase, foi o dos 80-84 anos (9,1%). Estes resultados corroboram as estimativas aludidas na revisão de literatura, em que a American Academy of Orthopaedic Surgeons (2014) enfatiza que na última década, um maior número de pacientes, com idade igual ou superior a 80 anos, é submetido a cirurgia, bem como o facto de se submeterem a procedimentos cirúrgicos tem proporcionado melhor qualidade de vida aos clientes. Yoshihara (2014) e outros autores, como Chen et al. (2015), assinalam que, devido à proporção crescente do envelhecimento da população, esta está sendo, gradualmente, submetida a um maior número de procedimentos cirúrgicos.

Salienta-se, novamente, que, em ambas as fases do estudo e de acordo com o pretendido, não se comprovaram diferenças significativas entre o género e a faixa etária, pelo que se infere que a amostra é homogénea.

No que concerne à caracterização antropométrica, os idosos do género masculino tinham um peso médio de 77 kg na 1ª fase e 80 kg na 2ª. O peso médio das mulheres na 1ª e 2ª fases foi de 70 kg e 71 kg, respetivamente. Ao compararmos o género com o peso, verificou-se que as mulheres apresentavam peso mais elevado que os homens em ambas as fases. Autores como Cerantola, Grass, Cristaudi, Demartines & Schäfer (2011) referem que as alterações metabólicas causadas pela cirurgia como fator de sucesso cirúrgico, frisando que a nutrição perioperatória na cirurgia abdominal é um fator de risco importante na desnutrição pré-operatória, no aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória nos idosos e que cerca de 40 dos idosos submetidos a cirurgia major podem estar em risco nutricional. Uma intervenção nutricional adequada reduz as complicações pós-operatórias (infecção, cicatrização, internamento hospitalar e custos). Estes autores recomendam a implementação de um rastreio nutricional de rotina pré-operatório, baseados nas evidências encontradas e, em contrapartida, no presente estudo constatou-se que o peso diminuiu à medida que a idade aumenta, sendo que a faixa etária 65-74 anos foi a que apresentou pesos mais elevados. Os idosos com 75 e mais anos tinham pesos inferiores. Realçamos, deste modo, que os dados obtidos nos indicaram que o apetite e a ingestão de alimentos diminuem com o envelhecimento, contribuindo, maioritariamente, para que o peso diminua à medida que a idade aumenta. A este

facto poderá estar associada a perda de massa músculo-esquelética, devido à redução da função muscular, cognitiva e supressão imunitária, o que contraria o senso comum, pois o baixo peso no idoso perioperatório torna-se um problema. Uma vez que a nossa amostra contemplava indivíduos com 65 e mais anos, houve dificuldade em avaliarmos o IMC dos idosos, visto estes, em algumas situações da aplicação dos inquéritos, não apresentarem condições para calcular o referido parâmetro. No entanto, e, com base na evidência de vários autores (Manzanares et. al., 2005; Menéndez, 2000; Scattolin et. al., 2005; Warterlow (1997), a desnutrição é um dos problemas que afetam a América Latina e cerca de 50% da população hospitalizada já é admitida com algum grau de desnutrição. Do mesmo modo, estudos demonstraram que a desnutrição hospitalar não é exclusiva dos países em desenvolvimento, encontrando-se, também, em países como os Estados Unidos, Suécia e Holanda, uma prevalência entre os 30 e os 50%.

Salientamos, de novo, que os enfermeiros perioperatórios, na sua avaliação pré-operatória, devem ter este aspeto sempre presente, ao efetuarem a apreciação inicial, também possível através da implementação do programa informático no bloco operatório, para adequarem as suas intervenções ao cliente, nomeadamente o cálculo do IMC, bem como toda a panóplia de questões decorrentes daquela apreciação incluída no programa. Acresce que este programa possibilitará uma intervenção multidisciplinar e diferenciada, o que reforça um estudo realizado na Dinamarca, por Gregersen (2012), cuja amostra era de 495 doentes, que pretendia avaliar a eficácia de uma intervenção multidisciplinar geriátrica, na evolução do doente idoso submetido a cirurgia ortopédica. Concluíram que a gestão dos doentes idosos na área de ortopedia, especialmente os que apresentam lesões da anca, por ortopedistas e profissionais geriatras, poderá estar associada à redução do tempo de internamento hospitalar, sem afetar negativamente os resultados no cliente.

Na primeira e segunda fases, e no que concerne às especialidades cirúrgicas, as que apresentaram maior representatividade foram a cirurgia geral (34,3%; 29,1%), e a ortopedia (26,5%; 22,6%). Na globalidade, e com base nos dados obtidos, as cirurgias concretizadas foram do tipo major, em ambas as fases, com 70,0% e 78,7%, respetivamente. Estudos recentes, realizados por Leme, Sitta, Toledo & Henrique (2011), realçam que a cirurgia geral, em particular a ortopédica, torna-se cada vez mais frequente e complexa, perante o desenvolvimento de próteses, equipamentos e da tecnologia anestésica, bem como suportes perioperatórios, a que

se deve somar as mudanças etárias da população, transformando em rotina o que era exceção, até há poucos anos.

Pelo facto da maioria da população ser do género feminino nas duas fases (57,8% e 63,0%, respetivamente), assim como a especialidade cirúrgica ortopédica ser uma das mais significativas no estudo, corrobora uma pesquisa realizada por Jeremy et al. (2014), na qual surgem as lesões do joelho e as artroplastias totais do joelho como as mais frequentes nas mulheres. Este estudo foi desenvolvido no departamento de Ortopedia, do Rhode Island Hospital com a Universidade de Medicina de Warren, EUA, sobre *Redefining the Economics of Geriatric Orthopedics*, no qual concluíram ainda que, embora esta população se torne um encargo elevado para o sistema de saúde, as evidências mostram que o tratamento destes doentes se torna rentável e lucrativo, dependendo dos cenários, particularmente lesões do joelho e/ou na situação de cirurgias da coluna. Estas ocorrem em sociedades mais envelhecidas mas ainda ativas. Esta afirmação está de acordo com a população em estudo, uma vez que, perante o nosso caso, a artroplastia total do joelho e a cirurgia à coluna surgem na faixa etária dos 65-74 anos.

A assistência de enfermagem perioperatória exige do enfermeiro uma visão integral das necessidades humanas do cliente e de sua família. Para tanto, esse profissional necessita de conhecimentos científicos para desempenhar as suas atividades de forma ordenada e sistematizada, defendem Frias, Costa, & Sampaio (2010). Direcionando o exposto, e interligando ao programa de intervenção de atendimento ao idoso no bloco operatório, o enfermeiro perioperatório, ao programar a visita pré-operatória, terá de ter logo em linha de conta a área de especialidade e o tipo de cirurgia (major, minor, intermédia) que se irá realizar, de forma a elaborar um plano de ação de visita fidedigno. Para tal devemos recorrer a instrumentos acessíveis e de fácil compreensão, que orientam o decurso do procedimento, como sejam a norma da visita pré-operatória (incluída no programa) e a avaliação inicial. O enfermeiro perioperatório, ao adotar estas ferramentas, efetua a observação do cliente, inicia o planeamento, prescreve intervenções e avalia situações que podem de certa forma influenciar o período intraoperatório, atendendo o utente idoso/família nas suas especificidades de saúde/doença. Estas intervenções conferem, efetivamente, maior segurança ao utente/família, asseguram a qualidade do atendimento e conseqüente redução de custos, já evidenciado anteriormente no estudo de Cerantola, Grass, Cristaudi, Demartines & Schäfer (2011).

Nas duas fases do estudo, o tipo de anestesia mais aplicado aos idosos perioperatórios foi a anestesia geral, quer na 1ª quer na 2ª fase (58,7%; 59,6%). Perante este cenário, torna-se importante selecionar o tipo de anestesia a aplicar ao idoso, de modo a evitar complicações pós-operatórias (comorbilidades, mortalidade, distúrbios cognitivos pós-operatórios), como é realçado por Sztark et al. (2013) que inferiram que a exposição do idoso à anestesia geral aumenta o risco de perturbações cognitivas em 35% dos idosos. Torna-se imperativo, segundo os autores mencionados, que haja uma observação pré-operatória destes clientes, de forma a avaliar as suas fragilidades e efetuar um planeamento adequado à cirurgia e contemplando uma avaliação precoce que está previsto no programa eletrónico, no ícone da observação pré-operatória, dado, no nosso estudo, termos um grande percentual de idosos submetidos a anestesia geral. Este trabalho deve ser efetuado pela equipa multidisciplinar, chegando a consensos relativamente aos procedimentos a adotar. Emerge, aqui, a importância do planeamento e acompanhamento pluridisciplinar dos idosos, de modo a haver consonância nas suas intervenções, garantindo cuidados seguros e de qualidade.

No que concerne aos tempos operatórios, observou-se, nas duas fases, que o tempo de recobro (3 horas e 31 minutos; 3 horas e 10 minutos) é superior ao tempo de permanência do cliente na sala de operações (1 hora e 31 minutos; 1 hora e 30 minutos). Este facto poderá ser atribuído à idade dos indivíduos, ao tipo de cirurgia (major) efetuada e ao tipo de anestesia que, na sua maioria, foi geral, o que é enfatizado por Sousa & Akamine (2008), referindo que o tempo é tido como um indicador de qualidade relevante na assistência prestada aos clientes. Atendendo à caracterização da população em estudo e ao tempo elevado de recobro para estes idosos, cabe ao enfermeiro perioperatório atender o cliente de forma holística, efetuando diagnósticos, planeando intervenções, garantindo cuidados seguros e de qualidade, acedendo ao programa de atendimento, que contempla estas intervenções de forma célere.

O estudo de Dodds, Foo, Singh & Waldmann (2013), sobre disfunção cognitiva, indica que a maioria dos doentes idosos desenvolvem *delirium* pós-operatório e a sua prevalência vai de 0 a 73%. Dependendo do tipo de cirurgia, este pode ocorrer dentro de horas, dias (até 7), podendo continuar até 6 meses após a alta hospitalar. Quando observado na sala de recuperação é um bom preditor de *delirium* pós-operatório na enfermaria. Para isso os enfermeiros perioperatórios têm de efetuar a

sua identificação precoce na sala de recuperação, por forma a acionar e otimizar um plano de ação pós-operatório ao cliente.

A avaliação do estado funcional do idoso com recurso a instrumentos de avaliação validados (Índice de Barthel), possibilita identificar, objetivamente, as limitações/dificuldades para o autocuidado, aperfeiçoa o planeamento das intervenções de enfermagem e favorece o regresso mais célere do idoso ao seu contexto domiciliário. Alvarenga, Mendonça & Mancussi (2006) concluíram que a dimensão funcional foi a mais investigada, ressaltando que se torna necessário que os serviços de saúde incorporem o paradigma da avaliação funcional do idoso nos seus programas de intervenção. Nos nossos estudos as atividades analisadas na 1ª e 2ª fases, o idoso revelou-se independente (47% ; 46,2%), pertencendo à faixa etária 65-74 anos, representando a maior proporção da amostra. Os idosos com 75 e mais anos, apresentaram uma dependência funcional oposta, ou seja, dependência total (1ª fase 35,4%) (2ª fase 47,7%). Apesar de ser do senso comum que a dependência aumenta em simultâneo com a longevidade, São José & Wall (2006) referem que os idosos com elevada dependência requerem apoio extensivo e intensivo, sendo incapazes de desempenhar um conjunto de tarefas básicas e apresentam elevadas restrições ao nível da mobilidade, algumas delas possuindo outras incapacidades associadas, particularmente a diminuição de aptidões cognitivas. Por conseguinte, e com a introdução do Índice de Barthel no nosso programa informático, garantimos uma maior segurança para o cliente e interventores, permitindo ao enfermeiro conhecer o grau de independência/dependência, planear cuidados perioperatórios, prescrever intervenções, tornando o processo intraoperatório mais seguro e eficaz.

A dor na população mais velha é uma experiência pessoal e subjetiva, que é descrita de acordo com várias componentes: sensorial (intensidade, localização e carácter), afetiva (perceção emocional) e funcional (comprometimento da habilidade funcional). Segundo a DGS (2005), a dor perioperatória é uma dor presente no doente cirúrgico em qualquer idade, em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente decorrente da intervenção cirúrgica ou à associação de ambas, inserindo-se, neste contexto, no conceito de dor aguda. Por vezes, a sua avaliação no idoso pode ser difícil, uma vez que este poderá apresentar problemas de cognição e comunicação, ou barreiras linguísticas e culturais. Para tal a avaliação da dor perioperatória nos clientes idosos torna-se

premente. Devemos munir-nos de instrumentos que permitam a avaliação da resposta ao tratamento da dor. No nosso estudo, usamos as escalas preconizadas pelo programa de atendimento e já recomendadas pela DGS.

Tendo em atenção o exposto, efetuamos formação para os enfermeiros perioperatórios e enfermeiros elos da dor da instituição, bem como se implementou um procedimento institucional sobre “dor aguda”. Dado que antes da elaboração do programa de atendimento no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, foi efetuado, pelas autoras deste estudo e com a colaboração da equipa do BO, um estudo sobre o indicador da dor aguda pós-operatória na UCPA, onde foram avaliados 473 clientes, no mês de janeiro de 2011 e 540 clientes no mês de fevereiro do mesmo ano. Concluímos que 90% dos enfermeiros priorizavam esta avaliação. No entanto, a taxa de prevalência da dor no mês de Janeiro foi de 38,7% e em Fevereiro de 44,6%. Uma pesquisa elaborada por Ribeiro (2012), cujo objetivo foi identificar a dor aguda no pós-operatório no cliente submetido a craniotomia, no que concerne à relação com as variáveis localização, intensidade, análise e registo realizado pela equipa de saúde. Concluiu-se que a dor prevalente foi a cefaleia e que a analgesia utilizada no pré-operatório e no pós-operatório não foi suficiente para o alívio da queixa dolorosa. Estes doentes foram transferidos para uma unidade de cuidados intensivos, onde permaneceram nas 24 horas seguintes, sendo que os maiores *scores* de dor foram identificados neste local. Patenteou-se, ainda, a importância da formação dos profissionais nesta área, a necessidade de criação de protocolos de analgesia e avaliação sistemática do fenómeno doloroso. Como efeito dos resultados observados, efetuamos formação para os enfermeiros perioperatórios e enfermeiros elos da dor da instituição. Houve, também, implementação de um procedimento institucional sobre “dor aguda”.

O nosso estudo comprovou que a dor aguda nos idosos, em geral, apresentava um valor baixo e que esta ia diminuindo ao longo dos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Todavia, evidenciou-se uma diminuição da dor na segunda fase do estudo, após implementação do programa. Este resultado poderá atribuir-se a que os enfermeiros estavam mais interessados e motivados para a sua avaliação, estando também apetrechados de ferramentas úteis e de fácil acesso no programa de atendimento, que lhes permitia efetuar uma intervenção/avaliação rápida da dor.

Prevenir as úlceras por pressão é uma preocupação permanente dos enfermeiros. Florence Nightingale, em 1859, referia que se o cliente tem uma escara, geralmente, a culpa não é da doença, mas da enfermagem (Lopes & Santos, 2010). Porém, nos nossos dias, sabemos que se um cliente apresenta uma UPP é porque houve uma falha de alguém da equipa de saúde, pois sabemos que 95% das UPP são evitáveis, sendo a sua prevenção uma responsabilidade multidisciplinar, em que o papel do enfermeiro é fundamental.

Desde 2009 que o Hospital Dr. Nélio Mendonça tem vindo a monitorizar este indicador de incidência e prevalência de UPP adquiridas em meio hospitalar e no domicílio, conforme Decreto Regulamentar nº 66/2007 de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008 de novembro, emitindo posteriormente a Norma de Orientação Clínica (NOC), datada de maio de 2011, onde emana a orientação, de que todos os serviços deveriam proceder à avaliação do risco de desenvolvimento de UPP nos clientes, em todos os contextos assistenciais, através da aplicação da Escala de Braden, e os resultados obtidos deveriam ser registados no processo clínico, e devidamente monitorizados pelos profissionais de saúde.

Estudos epidemiológicos, realizados em 2006 e 2008, na Região Autónoma da Madeira (Jardim, Grupo ICE, 2008), sobre a prevalência de UPP, os quais incluíram clientes no domicílio, hospitais e lares, com uma amostra probabilística estratificada (n=801 participantes), estimou a prevalência de UPP, que foi de 22,7%, em 2006, e de 14,1%, em 2008, sendo o maior percentual adquirido no domicílio (67,3%), enquanto na área hospitalar a percentagem foi menor (23,9%). A localização mais frequente foi no sacro e na zona do calcâneo, sendo a média de idades 69 anos. Apesar da percentagem em âmbito hospitalar ser menor não deixa de ser preocupante aquele valor (23,9%). Uma pesquisa nacional, em Espanha, efetuada por Verdú (2006), indica que a taxa de prevalência das UPP era de 8% , sendo que as pessoas de mais idade apresentavam lesões mais frequentes a nível do coxix e do calcâneo. Os dados dos estudos supramencionados estão em sintonia com a literatura consultada e, tendo em atenção esta problemática, incluímos no programa a avaliação do risco de UPP, através da escala de Braden, sendo o seu preenchimento de carácter obrigatório e, no presente estudo, este indicador, avaliação do risco de úlcera por pressão no idoso, utilizando a escala de Braden, evidenciou que os idosos apresentavam um risco baixo para desenvolvimento de UPP e sem alterações antes e depois da implementação do programa. No entanto,

este indicativo é avaliado tanto pelos enfermeiros dos serviços como pelos enfermeiros perioperatórios, reforçando-se que se encontra devidamente implementado.

O risco de queda no idoso perioperatório assumiu um valor elevado. Contudo após implementação do programa, este risco, apesar de se manter alto, apresentou uma redução significativa, sendo observado mais nas mulheres.

A avaliação pré-operatória deve nortear-se pela observação cuidadosa de todo o histórico do cliente (avaliação inicial), de modo a prescrever medidas para a prevenção de eventos desagradáveis e estabelecer alertas de risco.

Alguns estudos têm demonstrado que os usos de escalas para avaliação do risco de queda revelam-se instrumentos úteis na sua prevenção e incidência. Gouveia (2014), que estudou três fatores de alto risco de quedas nos idosos, equilíbrio, força e impedimentos na locomoção, implementou um programa “*ProBalance*”, de modo a intervir nestes fatores de risco, o qual foi aplicado durante 12 semanas com intervenções, e 12 semanas de follow-up. Chegou à conclusão que este programa melhorou o equilíbrio e reduziu em 40% o risco de queda para o grupo em estudo, imediatamente após a intervenção, enquanto para o grupo controlo aumentou o risco de queda em 11,6%. Também concluiu que o estudo demonstrou fiabilidade, segurança e eficácia, após a intervenção “*ProBalance*”, na comunidade mais idosa, com alterações no equilíbrio. Nos nossos dados, referidos anteriormente, constatou-se uma redução significativa após implementação do programa, realçando-se, ainda, que o programa de atendimento engloba estes aspetos, onde o enfermeiro dispõe de instrumento de avaliação: “*Avaliação do Risco de Queda*”. Em nosso entendimento, avaliações idênticas deveriam ser executadas nos idosos aquando a cirurgia, pois, talvez, acrescentassem mais-valias na prevenção de quedas em meio hospitalar.

Um dos indicadores que contribui para minimizar os níveis de ansiedade do cliente, relativamente à cirurgia, é a realização da visita pré-operatória, que no presente estudo foi realizada na maioria dos clientes, aquando da implementação do programa, passando depois a ser um requisito obrigatório. Deste modo, no processo do programa de atendimento, o enfermeiro perioperatório avaliou este item no pré-operatório, certificando que o grau de ansiedade avaliado, tanto pela escala de Amestardã (Akhlaghi et al., 2011; Conceição et al., 2004), como pela escala de Spielberger (Ponciano et al., 2008), evidenciou menores níveis de ansiedade no

idoso perioperatório após implementação do programa. Vários estudos apontados por Jorgetto, Noronha & Araújo (2004) constataram que o contato do enfermeiro com o paciente na visita pré-operatória de enfermagem, possivelmente, poderá ajudar essa pessoa no sentido de fornecer-lhe informações e diminuir-lhe a insegurança e a ansiedade, revelando que existe associação entre o conhecimento prévio dos procedimentos anestésicos-cirúrgicos e os níveis de ansiedade nos clientes.

Os fatores indicados como responsáveis pela ansiedade que engloba o momento cirúrgico são, nomeadamente, preocupação com lesões que podem ocorrer, receio de dor no pós-operatório, separação da família, perda da independência, medo de ficar incapacitado, medo de não acordar da anestesia, medo do diagnóstico e de complicações (Frias et al., 2010). Estes autores, ao abordarem o impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos evidenciaram a existência de redução da média das pontuações de ansiedade no grupo com visita, quando comparado ao grupo controle, bem como no número de pessoas com níveis elevados e moderados de ansiedade. No presente estudo, o aumento das visitas pré-operatórias contribuíram para este resultado, uma vez que, nesta fase, as prescrições de enfermagem, específicas a cada cliente, minimizam os medos e a ansiedade, frequentemente formulados aquando do diagnóstico de enfermagem, em concordância com autores como Daian, Petroianu & Alberti (2009), que assinalam que o enfermeiro deve atender às experiências cirúrgicas prévias do cliente, pois estas influenciam a ansiedade pré-operatória.

Neste trabalho, constatamos que o género feminino apresenta maiores níveis de ansiedade que o masculino e que estes diminuíram na 2ª fase, decorrente da implementação do programa. Dados semelhantes, foram encontrados no estudo de Conceição, Schonhorst, Conceição & Filho (2004) sobre a avaliação do nível de ansiedade Pré-Operatória, no qual os pacientes do sexo feminino revelaram maiores probabilidades de apresentar ansiedade pré-operatória do que pacientes do sexo masculino.

Em suma, os dados ora comentados evidenciam a importância do programa de atendimento elaborado, dado que obtivemos melhorias significativas na maioria dos itens avaliados, particularmente o aumento do número de visitas pré-operatórias, a redução quer dos níveis de ansiedade pré-operatória, quer da dor aguda pós-operatória.

No que diz respeito à enfermagem perioperatória, Dantas (2014), num estudo qualitativo, sobre a importância da visita pré-operatória, no qual participaram 6 clientes e 4 enfermeiros, concluiu que as respostas dos dois grupos convergem para informação, bem-estar, condição de trabalho e elementos integradores de um plano estruturado, como reveladores da implementação da visita. Nos nossos dias, a escassez de recursos humanos nos serviços de saúde, a nível local e nacional, por vezes, torna-se um obstáculo à realização deste procedimento. Todavia, se houver uma planificação precoce e divulgação organizacional da sua importância no bem-estar do cliente, provavelmente conseguiremos a sua implementação. Antes da implementação do programa, na 1ª fase, apenas um enfermeiro realizou visita pré-operatória, sendo que, após a implementação do programa, a maioria já a realizou (86,7%). A maioria dos enfermeiros efetivou o acolhimento ao idoso no bloco operatório e na zona de indução anestésica, cumprindo os protocolos em vigor. Mais ainda: constatou-se que a aplicação da Lista de Verificação Pré-operatória nos Serviços Cirúrgicos de origem e no Bloco Operatório efetuou-se a 100%, após a implementação do programa.

Todos os procedimentos inerentes ao período intraoperatório, na 2ª fase, foram realizados e registados, na globalidade das cirurgias (cerca de 100%) pelos enfermeiros perioperatórios, notando-se a continuidade do plano de ação do pré-operatório. Atenderam às prescrições, efetuaram planeamento dos cuidados adequados ao cliente idoso nas diferentes áreas, enfatizando os riscos de desenvolver complicações no período intraoperatório (risco de desequilíbrio hidroeletrólítico, risco de queimadura, risco de UPP, risco de hipotermia e risco de infeção e outros). Salientamos que, na 1ª fase, estes procedimentos eram, na sua maioria, realizados, todavia não se evidenciavam em registo de enfermagem.

Os registos de enfermagem servem de suporte legal para descrever as intervenções de enfermagem, dar visibilidade ao desempenho dos enfermeiros, promover a continuidade dos cuidados, garantir a qualidade, reduzir custos, entre outros. Incluir a CIPE neste contexto é fundamental, porque esta permite informar a prática de enfermagem, garantir cuidados de qualidade aos clientes e, ainda, o seu papel preponderante nas políticas de saúde, no que concerne às tomadas de decisão, através da análise dos resultados em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011, Espanha, 2010).

Destacamos a introdução do *Cheklis*t de Segurança Cirúrgica (DGS, 2013; AESOP, 2011) no programa informático, aplicada a todos os clientes, consoante os critérios emanados pela DGS, o que contribuiu para a otimização da segurança e supervisão rigorosa do cliente, particularmente a população idosa do nosso estudo.

Relativamente à realização da visita pós-operatória, a melhoria foi extremamente significativa após a implementação do programa (1ª fase - 4%; 2ª fase - 86,7%), como sobejamente referimos anteriormente.

Em síntese, e no que concerne aos enfermeiros, foi crucial a aprendizagem e o desenvolvimento profissional nesta área perioperatória, uma vez que tiveram a oportunidade de aprofundar e desenvolver competências específicas, dando visibilidade à importância do cuidar perioperatório ao cliente, mais especificamente à pessoa idosa, em nosso entender imprescindível e que anteriormente era pouco considerado.

6 CONCLUSÃO

Uma das competências do enfermeiro perioperatório é garantir a segurança do cliente e os requisitos ideais do ambiente cirúrgico. Estas competências são fundamentais para o desenvolvimento do nosso estudo, assim como as evidências científicas, adquiridas através de uma cultura meticulosa dos profissionais de enfermagem, sob o alicerce da literatura publicada, investigação e erudição dos conhecedores da enfermagem perioperatória. Com a reorganização e compilação de vários instrumentos, cooperámos na resolução de muitos problemas, nunca antes deliberados, e que, de certa forma, confluíram para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios, igualmente para as condições da segurança dos profissionais.

Os registos que eram efetuados em suporte de papel por todos os intervenientes, passaram a estar informatizados. A implementação deste programa conduziu a que, além dos enfermeiros, os outros profissionais, -cirurgiões e anestesistas-, implementassem, do mesmo modo na mesma plataforma, os seus procedimentos muito mais detalhados, completos e atualizados, à luz das normas e diretivas da DGS, onde se criou novas unidades de registo, nomeadamente tempos operatórios, que não eram contabilizados nos doentes, *checklist* de segurança cirúrgica, com ligação direta à base de dados nacional, vigilância epidemiológica da infeção do local cirúrgico HELICS-Infeção do Local Cirúrgico (ILC), listas de espera atualizadas e outros. No que concerne a esta temática, proporcionamos aos profissionais de enfermagem formação externa (AESOP) e interna. Promovemos a divulgação de alguns indicadores específicos da enfermagem perioperatória, como sejam dor, visita pré e pós-operatória, decorrente da aprendizagem no desenvolvimento do programa.

Relativamente à visita pré-operatória, melhoramos o protocolo, sendo este incluído no mesmo anexo do programa de atendimento. Elaboramos um plano de visita que foi e continua a ser cumprido, após a implementação do programa informático. Com a implementação deste programa o registo passou a ser de carácter obrigatório para todos os clientes, nas diferentes fases do perioperatório, o que, em nosso entender, consideramos profícuo, na medida em que a maioria dos enfermeiros do perioperatório não possuía hábitos de registos completos, bem como o seu averbamento na plataforma eletrónica.

O protocolo de acolhimento foi aprimorado e aplicado a todos os clientes recebidos pelo enfermeiro no bloco operatório, incluído no programa em anexo.

Os tempos operatórios, inicialmente, eram registados em papel e sem predefinição, sendo os resultados pouco fidedignos. Com a implementação do nosso programa, os tempos operatórios passaram a ser monitorizados em tempo real e de acordo com as orientações da DGS, respeitando as *guidelines*. A introdução do registo dos tempos operatórios permitiu a produção de indicadores de qualidade, importantes na avaliação da produtividade do bloco operatório.

Na perspetiva do enfermeiro, e no que respeita ao período pré-operatório, com a implementação do programa a maioria dos enfermeiros passaram a realizar a visita pré-operatória, a aplicar a lista de verificação pré-operatória do serviço e do bloco operatório.

No período intraoperatório e pós-operatório, antes da aplicação do programa os enfermeiros executavam o planeamento de enfermagem, diagnósticos, intervenções e avaliação. No entanto, não realizavam registos. Após a implementação do programa, esta situação já não se verifica, pois todos os clientes atendidos evidenciam registos completos, com base científica, de acordo com o modelo teórico e linguagem CIPE.

No período pós-operatório, após implementação do programa, passou-se a realizar a visita pós-operatória e a monitorizar a dor aguda pós-operatória.

Na ótica do enfermeiro, a valorização e visibilidade do seu desempenho profissional tornaram-se evidentes.

Relevamos a importância dos indicadores de enfermagem perioperatória produzida através da aplicação informática, pois proporcionaram a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos nossos clientes. Enumeramos os mais usuais: taxa de visitas pré-operatórias, nível de ansiedade pré-operatória, percentagem de listas de verificação pré-operatória (CKLT), prevalência de UPP, taxa de infeção da ferida cirúrgica, prevalência de lesão perioperatória por posicionamento, prevalência de clientes com hipotermia, taxa de prevalência da dor aguda, tempos operatórios e de recobro, taxa de visitas pós-operatórias, entre outros. O aprimoramento destes indicadores contribuiu para a mudança de atitude dos enfermeiros perioperatórios, destacando as competências do cuidar em enfermagem perioperatória, sendo sem dúvida o cliente o privilegiado. Neste contexto e perante os dados obtidos pelo nosso estudo, o atendimento ao cliente idoso evidencia melhoria e mudança.

No entanto, mencionamos alguns constrangimentos que surgiram aquando a implementação do programa. A nível estratégico, houve necessidade de investimento em equipamentos (*hardware e software*) e na formação dos utilizadores. A nível operacional, surgiram algumas resistências dos profissionais de saúde ao uso do sistema informatizado, havendo também uma dilação temporal na sua implantação, relacionado com questões de aprendizagem e compreensão dos utilizadores, conformidade de registos entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Por imposição da administração hospitalar não nos foi permitido incluir no programa de atendimento, o ícone relativo à sexualidade (na apreciação inicial da atividade de vida), assim como o questionário de satisfação do cliente, o que consistiu num fator externo alheio ao investigador, constituindo, assim, limitações do próprio programa.

O nosso programa - “Inovação Informática de Atendimento Holístico do Idoso no Bloco Operatório” -, foi uma inovação no bloco operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça, elaborado de forma a futuramente atender o indivíduo em todo o seu ciclo de vida, mediante algumas adaptações específicas na plataforma digital. Salientamos que o nosso estudo examinou apenas a população idosa, ou seja, os indivíduos com 65 e mais anos, pelo que sugerimos a realização de outros estudos de investigação no terreno, uma vez que falta testar o programa nas outras fases etárias, nomeadamente crianças, adolescentes e adultos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhlaghi, M. et al. (2011). Flor de Citrus aurantium e ansiedade pré-operatória. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(6), 707-712.
- Albergaria, V., Lorentzs, M. & Lima, F. (2007). Tremores Intra e Pós-operatório. Prevenção e tratamento farmacológico. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(4), 431-444.
- Alcântara, M., Silva, D., Freiburger, M. & Coelho, M. (2011). Teorias de Enfermagem: A importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista científica da faculdade de educação e meio ambiente*, 2(2), 115-132.
- Almeida, A. (2012). Os sistemas de gestão de informação nos hospitais públicos portugueses. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Documentação e da Informação], Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Almeida, O. (2007). O consentimento informado na prática do cuidar em enfermagem. [Dissertação de mestrado em bioética], Faculdade de Medicina do Porto.
- Alvarenga, M., Mendoza, I. & Faro, A. (2006). Instrumentos de avaliação funcional de idosos submetidos a cirurgia ortopédica. *Acta Fisioterapia*, 14(1), 32-40.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (2014). *Orthopaedic surgery generally safe for patients age 80 and older*. USA. AAOS.
- Andrade, E., Barbosa, M. & Barichello, E. (2010). Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paulina Enfermagem*, 23(2), 224-229.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2010). *Práticas Recomendadas para o Bloco operatório*. (2ª ed.). Lisboa.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2014). *Enfermagem Peri operatória. Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures. Lusodidacta.

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006) *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures. Lusodidacta.
- Azeredo, Z. & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, Série III, 8(4)*, 199-204.
- Barbosa, M. et al. (2014). Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós operatório de cirurgias ortopédicas. *Revista Escola de Enfermagem Anna Nery, 18(1)*, 143-147.
- Barbosa, T. & Roseli, M. & Pereira, A. (2011). Avaliação da experiência de dor pós operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva, 23(4)*, 470-477.
- Bellman, L. (2009). O enfermeiro de cirurgia como profissional independente e colaborante. In: Lusociência (Ed.). *Enfermagem Cirúrgica Prática Avançada*. Loures, p. 27- 46.
- Berger, D. et al. (2010). Cirurgia em Idosos. In: Elsevier (Ed.), *Tratado de Cirurgia Sabiston*, Rio de Janeiro, p.348-358.
- Berger, L., Mailloux-poirier, D.(1995). *Pessoas Idosas - Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bilbão. M. (2014). O Bloco Operatório/Departamento Cirúrgico. In: Lusodidacta (Ed.), *Enfermagem Peri operatória. Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, p.15-45.
- Borghi, A. (2007). As complicações Pós operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico. [*Curso de Mestrado em Enfermagem*]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.
- Bruns, N. & Grove, S. (2001). The practice of nursing research: conduct, critique & utilization (3). Philadelphia: Saunders Company Universidade Federal do Paraná. Curitiba, p. 5-149.
- Brykczynka, G. (2009). Aspectos Éticos em Enfermagem cirúrgica. In: Lusociência (Ed.), *Enfermagem Cirúrgica Prática Avançada*. Loures, p.49-68.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.
- Cambitzi, J. et al. (2009). O controlo da dor pós operatória. In: Lusociência (Ed.), *Enfermagem Cirúrgica Prática Avançada*. Loures, p.471-504.

- Cambotas, C. et al. (2014). As Funções do Enfermeiro Peri operatório. In: Lusodidacta (Ed.), *Enfermagem peri operatória, da filosofia a prática dos cuidados*. Loures, p.105-169.
- Campos, L., Saturno, P., Carneiro, A. (2010). *A Qualidade dos Cuidados e dos serviços. Plano Nacional da saúde 2011-2016*. Consultado a 13/05/15 em <http://pns.dgs.pt/>.
- Canhota, C. (2008). Qual a importância do estudo piloto? In: Silva, E. E.(Org.). *Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica*. Lisboa: APMCG, p. 69-72.
- Caracol, J. & Rola, P. (2014). Integração dos Enfermeiros no bloco operatório. In Lusodidacta (Ed.). *Enfermagem peri operatória, da filosofia a prática dos cuidados*. Loures., p.279-312.
- Census Bureau News (2015). *International Population Estimates and Projections*. Washington: Census Bureau USA.
- Cerantola, Y., Grass, F., Cristaudi, A., Demartines. N., Schäfer, M. (2011). Perioperative Nutrition in *Abdominal Surgery: Recommendations and Reality, Gastroenterology Research and Practice*, vol. 8.
- Chen, C.C., Lin, M.T., Liang, J.T., Chen, C.M, Yen, C.J, Huang, G.H. (2015). Surgical Geriatric Syndromes, Frailty, and Risks for Postoperative Delirium in Older Patients Undergoing Gastrointestinal Surgery: Prevalence and Red Flags. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 19(5), 927-34.
- Chiavenato, I. (2000). *Introdução a teoria geral da administração*. Brasil: Editora Campos.
- Christoforo, B. & Carvalho, D. (2009). Cuidados de Enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré- operatório. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43(1), 14-21.
- Claudino, M. & Oliveira, M. (2003). *Formação Contínua em Enfermagem, Conceções e Práticas no contexto do Centro de Saúde*. Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Collière, M. (2000). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.

- Conceição, D. B., Schonhorst, L., Conceição, M.J., Filho, G. R. O. (2004). A pressão arterial e a frequência cardíaca não são bons parâmetros para avaliação do nível de ansiedade pré-operatória. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(6), 769-773.
- Costa, R.; Enders, B. & Menezes, R. (2008). Trabalho em equipe de saúde: Uma análise contextual. *Revista Ciência cuidado e saúde*, 7(4), 530-536.
- Costa-dias, M. & Ferreira, P. (2014). Escalas de Avaliação do risco de quedas. *Revista Referência*, (2), 153-161.
- Daian, M., Petroianu, A. & Alberti, L. (2009). Avaliação do estresse psíquico em pacientes submetidos a operações de grande porte sob anestesia geral. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 58(4), 245-251.
- Dantas, M.M.D. (2014). A Visita Pré-operatória de Enfermagem. [Curso de Mestrado em Médico-cirúrgica]. Coimbra
- Dawson, S. (2009). Princípios de Preparação pré operatória. In: Lusociência (Ed.), *Enfermagem Cirúrgica Prática Avançada*. Loures, p. 395-413.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Plano Nacional da Saúde 2011-2016: Sistemas de Informação em Saúde Online*.
- Direção Geral da Saúde (2011). Orientação para a utilização de escalas de Braden. Documentos/Publicações. *Normas e Orientações*. Retirado a 20 de outubro de 2014 em www.DGS.pt.
- Dodds, C., Irwin Foo, I., Singh, K. & Waldmann.C. (2013) Peri-operative care of elderly patients – an urgent need for change: a consensus statement to provide guidance for specialist and non-specialist anaesthetists. *Perioperative Medicine*, 2(6).
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Duarte, A. & Martins, O. (2014). Bloco Operatório: Elementos Físicos e Estruturais. In: Lidel (Ed.). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa, p.11-17.
- Edwards, S. (2009). A pessoa como um ser holístico. In: Lusociência (Ed.). *Enfermagem Cirúrgica Prática Avançada*. Loures, p.139-155.

- Entidade reguladora da saúde (2009). *Consentimento Informado*. Retirado a 11/05/2015, de <https://www.ers.pt>
- Espanha, R. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2012-16. Tecnologias de informação e comunicação*. Retirado a 12/05/15 de <http://www.pns.dgs.pt>.
- Etzioni, D., Liu, J., Maggard, M. & Ko, C. (2003). The Aging Population and Its Impact on the Surgery Workforce. *Annals of Surgery*, 238(2), 170-177.
- European Operating Room Nurses Association. (2009, reavaliado 2014). *Eorna Framework for Perioperative Nurse Competencies*. Retirado 30/10/2014, de www.eorna.eu.
- Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos da Enfermagem Peri operatória. In: Lidel (Ed.). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa, p.3-9.
- Feu, R. & Maciel, A. (2008). A visita sistematizada de enfermagem pré e pós-operatório no atendimento das necessidades do doente. *Revista Sobecc*,13(2), 24-31.
- Fioravanti, A. et al. (2006). Avaliação da estrutura factorial da escala de ansiedade traço do Idate . *Avaliação Psicológica*, 5(2), 217-224.
- Fonseca, R. & Peniche, A. (2008). Enfermagem em centro cirúrgico: 30 anos após a criação do sistema de assistência de enfermagem Perioperatória. *Acta Paul Enfermagem*, 22(4), 428-433.
- Forren, J. (2008). Cuidados ao paciente no pós-operatório e controle da dor. In: Lusodidacta (Ed.). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Loures, p.246-269.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009) - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Fox, V. (2008). Educação do paciente e planeamento da alta. In: Guanabara koogan (Ed.). *Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico*. Rio de Janeiro., p.274-285.
- Franco, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas, perspectivas de atuação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 32-50.

- Frias, T., Costa, C, Sampaio, C. (2010). O impacto da Visita Pré-operatória de Enfermagem no Nível de Ansiedade de Pacientes Cirúrgicos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(3).
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2013). *Retrato de Portugal: indicadores*. Paris: PORDATA.
- Gabinete de Estatísticas da União Europeia (EUROSTAT) (2015). In: <http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/>
- Garcia, T. & Nobrega, M. (2009). Classificação internacional para a prática de Enfermagem: Inserção brasileira no projeto do conselho internacional de enfermagem. *Acta Paulina de Enfermagem*, 22(1), 875-9.
- Garret, G. (1991). Surgery in old age. In: Garret G (Ed.) *Healthy ageing: some nursing perspectives*. Wolfe. London.
- Glenn, I. (2005). *Feridas. Novas abordagens, manejo clinico e atlas em cores*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gomes, P; Paiva, N. & Simões, B. (2009). *Análise da viabilidade económica das aplicações SAM e SAPE*. Retirado a 12/05/15 de <http://www.portaldasaude.pt>
- Gouveia, B (2014). Prehabilitation and rehabilitation nursing: Balance and fall risk in community-dwelling older adults. [Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Porto.
- Graham, D. (2009). Perspectivas dos cuidados Intraoperatórios. In: Lusociência (Ed.), *Enfermagem Cirúrgica Prática Avançada*. Loures, p. 417-428
- Gregersen, M., Morch, M. M., Hougaard, K., Damsgaard, E. M (2012). Geriatric intervention in elderly patients with hip fracture in an orthopedic ward. *Jornal Injury Violence Reesearch*, 4(2), 45–51.
- Halaszynski, T. (2013). Influences of the Aging Process on Acute Perioperative Pain Management in Elderly and Cognitively Impaired Patients. *The Ochsner Journal*, 13(2), 228–247.
- Hamlin, L., Richardson, M. et al. (2009). *Perioperative nursing: an introductory text*. Australia: Elsevier.

- Heesben, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem, pensamento e Ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Heizenroth, P. (2007). Posicionamento do paciente para cirurgia. In: Lusodidacta (Ed.). *Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico*. Loures, p.130-156.
- Horton, R. (2009). Controlo da Infecção: Manter um ambiente seguro. In: Lusociência (Ed.). *Enfermagem Cirúrgica Prática Avançada*. Loures, p.249-270.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 da Região Autónoma da Madeira*. Retirado a 08.05/15 em [http://: www.ine.pt](http://www.ine.pt).
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Dados estatísticos*. INE. Retirado a 20 de Fevereiro de 2012 em www.ine.pt.
- Jardim H.G.; Grupo ICE (2008). *Prevenção de úlceras por pressão: Manual de Orientações para a Macaronésia* (1.ª ed). Gran Canária: Imprenta Pelayo.
- Jardim, H. G.; Grupo ICE. (2008). *Enfermagem e Úlceras Por Pressão: Da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados* (1ª ed). Gran Canária: Imprenta Pelayo.
- Jefferies, D. (2012). Communicate with clarity. *Nursing Standart*, 26(3), 60-65.
- Jeremy S.& Kenneth K. (2014), Arthroplasty of the knee and hip. *International Journal of Surgery*, 12(3), 1-118.
- Jesus, J. & Abreu, V. (2014). Humanização em Bloco Operatório. In: Lidel (Ed.). *Enfermagem em Bloco Operatório*, p.39-45. Lisboa.
- Jorgetto G., Noronha, R., Araujo I. (2004). Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário. *Revista Eletrónica Enfermagem*, 6(2), 213-22.
- Joshi, H., Jong, I., Karmachar, R.; Shrestha, B. & Shresta, R. (2014). Outcomes of the transurethral Resection of the prostate in benign prostatic hyperplasia. *Kathmandu University Medicine*, 12(47), 163-167.
- Koshly, E., Koshky, V., Waterman, H. (2011). *Action research in healthcare*. Manchester: sage publications Ltd.
- Lara, G. & Pendlosky, J. (2013). Os enfermeiros diante do dilema ético: Transfusão de sangue em testemunhas de jeová. *Revista Uningá*, 16(1), 70-77.

- Leme, L., Sitta, MC., Toledo, M. & Henrique, S. (2011). Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 46(3), 238-246.
- Liu, M. et al. (2013). Validação de duas escalas de avaliação de risco de úlceras de pressão em doentes da UCI. *Revista de Enfermagem Referência*, 9(3), 145-150.
- Lopes, A. (2012). Gestão no Bloco Operatório. Projeto de Mestrado em gestão de Unidades de saúde. [*Curso de Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde*]. Escola de economia e gestão/Universidade do Minho.
- Lopes, L. & Santos, S. (2010). Florence Nightingale - Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Referência*. III Série (2), 181-189.
- Lopes, M. (2011). A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Reflexão a partir dos Resultados de um Trabalho de Investigação. *Investigação em Saúde Múltiplos Enfoques*. Retirado a 12/03/15 de <http://hdl.handle.net/10174/4108>.
- Lopes, S. (2013). Satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na unidade de saúde personalizados de eiras. [*Monografia de Curso de Mestrado em Enfermagem comunitária*]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lourenço, C. & Mendes, R. (2008). Pensar a formação em enfermagem. *Revista Nursing*, 233, 38-43.
- Luppen, L., Sampaio, F. & Stadnik, C. (2011). Satisfação dos pacientes com a implementação do conceito de dor o quinto sinal vital, no controle da dor pós operatória. *Revista Dor*, 12(1), 29-34.
- Lyon, M. & West, B. (2009). Resultados de saúde e a prática de enfermagem. In: Lusociência (Ed.). *Enfermagem Cirúrgica Prática Avançada*. Loures, p.377-391.
- Macedo, A., Romanek, F. & Avelar, M. (2013). Gerenciamento da dor no pós-operatório de pacientes com câncer pela enfermagem. *Revista Dor*, 14(2), 133-136.
- Manzanares W. et al. (2005). Desnutrición asociada a enfermedad en los pacientes quirúrgicos del Hospital de Clínicas. Montevideo - Uruguay. *Revista Brasileira Nutrição Clínica*, 20(4), 209-14.

- Mata, L., Ferreira, T. & Carvalho, E. (2013). Ações de Enfermagem no período peri operatório e pré operatório da prostatectomia. *Revista Investigação Educação Enfermagem*, 31(3), 406-412.
- Mattia, A., Faria, L., Santos, S. & Oliveira, T. (2010). Diagnósticos de Enfermagem nas complicações em sala de recuperação anestésica. *Enfermeria Global*, 1-11.
- Mattia, A. et al. (2013). Infusion venosa calentada en el control de la hipotermia durante el período intraoperatório. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 21(3), 1-8.
- Meek, R. (2009). A cirurgia e a pessoa idosa. In: Lusociência (Ed.). *Enfermagem Cirúrgica Prática Avançada*. Loures, p.213-230.
- Mendoza, I. & Peniche, A. (2009). Factores de riesgo para complicaciones en el período de recuperacion post anestésica en el paciente anciano. *Investigação, Educação Enfermagem*, 28(3), 356-361.
- Menéndez A.M. (2000). Farmacoterapia: Interacciones entre los medicamentos y los nutrientes en la nutrición enteral. In: Guastavino P, Guida R, editores. *Manual Fundamentos y estrategias del apoyo nutricional*. Buenos Aires: Abbott Laboratories.
- Ministério da saúde. (2012). *Plano nacional da saúde 2012-16*. Retirado a 11/05/2015, de [http://: www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude.aspx](http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude.aspx)
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2010) – *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: “Tecnologias de Informação e Comunicação”*. Lisboa: DGS.
- Mitchell, E.J. (2015) Don't Let Hip Fractures Kill. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, USA, 9(4).
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa idosa*. Loures: Lusociência.
- Moreira, L. et al. (2013). Analgesia no pós-operatório: panorama do controle da dor. *Revista Dor*, 14(2), 106-109.
- Nicolette, L. (2007). Prevenção e controle de infeção no ambiente peri operatório. In Lusodidacta (Ed.). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Loures., p.44-97.
- Nordqvist, C. (2013), General anesthesia raises dementia risk among elderly patients. *Belgium European Society of anaesthesiology* .

- Oguisso, T. (2014). *Trajatória histórica da enfermagem*. São Paulo: Editora Manole.
- Oliveira, E. (2011). Ansiedade pré Operatória. [Tese do Mestrado integrado em medicina]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Oliveira, M. (2009). Dor pós Operatória e seus cuidados. [Monografia apresentada para obtenção do título de especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial]. S. Paulo: Instituto Velasco/ Universidade de S. Paulo.
- Oliveira, R. et al. (2013). Dor e analgesia pós operatória: análise dos registos em prontuários. *Revista Dor*, 14(4), 251-255.
- Oliveira, S. (2013). Complicações em idosos submetidos a cirurgia de correção de hérnias da parede abdominal. [Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros. (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Suplemento Revista Ordem dos Enfermeiros*,13(3), 3-8.
- Ordem dos enfermeiros. (2005). Segurança do doente. *Revista Ordem dos Enfermeiros*,17, 1-66.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor, Guia Orientador de Boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2009). *Código Deontológico do enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2012). *Regulamento para o exercício da profissão enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Paiva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pajecki, D. & Santo, M. (2012). Cirurgia Bariatria no idoso. Um novo paradigma. *Abeso*, 57(1), 1-9.
- Patrício, C., Maia, M., Machiavelli & Navaes, M. (2011). O prontuário eletrónico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos. *Revista Scientia Medica*, 21(3), 121-131.

- Paula, G. et al. (2011). Assistência de Enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica no Brasil. *Revista Dor*, 12(3), 265-269.
- Pereira, L. & Sousa, F. (2007). Categorização de descritores da dor pós-operatória nas dimensões sensitiva, afetiva e avaliativa da experiência dolorosa. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15(4), 155-160.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, T. & Costa, I. (2014). Registos em Enfermagem no Bloco Operatório. In Lidel (Ed.). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa, p.47-50.
- Pires, A. (2012). *Sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Silabo Ed.
- Polit & Hungler (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Ponciano, E., Jardim, H.G., Spielberger, C., Daniel, F. et al.(2008). Validade e propriedades psicométricas do State-Trait Anxiety Inventory - forma Y em estudantes universitários e do ensino secundário. *Psicologia Saúde & Doenças*, 9(suplemento), 3-199.
- Pontinha, C. (2011). Satisfação dos doentes com os cuidados de saúde prestados. [Tese de mestrado]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Potter, P. & Perry, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem, conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Poveda, V., Galvão, C. & Dantas, R. (2009). Hipotermia no período intra-operatório em pacientes submetidos a cirurgias electivas. *Acta Paul Enfermagem*, 22(4), 361-366.
- Rantala, M; Kankkunen, P; Kvist, T; Hainikainen, S. (2014). Barriers to post-operative pain management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing staff. *Pain Management Nursing*, 15(1), 208-219.
- Razera, A. & Braga, E. (2011). A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45(3), 632-637.

- Reches, D., Carvalho, D. Barreto, R. & Carvalho, R. (2010). Cuidados da Equipe de Enfermagem com a exposição do corpo do cliente no períodos transoperatório. *Revista Sobecc*, 15(2), 33-38.
- Ribeiro, M. (2012). Dor Aguda no Pós-operatório de Craniotomia Eletiva: Característica e Manejo do Fenómeno Doloroso [*Dissertação da Tese de Pós-graduação em Ciências da Saúde para obtenção do grau de Doutor*]. Brasil: Universidade Federal de Sergipe.
- Ribeiro, P. (2013). Formação contínua em enfermagem – Quais as motivações? *Revista Nursisng, Out*, 35-37.
- Ricci, N., Aratani, M., Doná, F. et al. (2010). Revisão sistemática sobre os efeitos da reabilitação vestibular em adultos de meia-idade e idosos. *Revista Brasileira Fisioterapia*, 14(5), 361-71.
- Rothrock, J (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (13ª ed.) Lusodidata. Portugal.
- Santos, J. & Kemp, R. (2011). Fundamentos Básicos para a cirurgia e cuidados Perioperatórios. *Simpósio Medicina*, 44(1), 2-17.
- Santos, M. & Renno, C. (2013). Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa de literatura. *Revista de atenção a saúde*, 58(3), 27-36.
- Santos, S. & Caregnato, R. (2010). Hipotermia Acidental Peri operatória: Proposta de protocolo de assistência de enfermagem. *Revista Sobbecc*, 15(2), 45-51.
- São José, José & Wall, Karin (2006). Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: problemas e soluções. *Cadernos Sociedade e Trabalho*, VII, 119-154.
- Scattolin, M., Avela, G., Toledo J., Yamaroto F., Alves, E. & Dias Neto, V. (2005). Avaliação nutricional de Idosos Internados no CHS: perfil nutricional à internação e correlação com escala de depressão e mini-mental. *Revista Faculdade de Ciências Médicas Sorocaba*, 7(1), 15-20
- Serra, M. (2006). Supervisão dos estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros de Prática clínica: a perspectiva dos actores. *Associação Portuguesa de Enfermeiros/Investigar para melhor cuidar*. Lisboa: APE.

- Sherwood, E. et al. (2010). Princípios de anestesiologia, tratamento da dor e sedação consciente. In: Elsevier (Ed.). *Tratado de Cirurgia Sabiston*. Rio de Janeiro, p.405-427
- Silva, L. (2013). Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 21(4), 425-6
- Silva, M., Pimenta, C. & Cruz, D. (2013). Treinamento e avaliação sistematizada da dor: impacto no controle da dor do pós operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 47(1), 84-91.
- Silva, P. & Caldas, C. (2007). Implicações Psicossociais do envelhecimento: O caso da cirurgia de revascularização do miocárdio em mulheres idosas. *Revista Kairós*, 10(2), 189-204.
- Smeltzer, C. & Bare, B. (Eds.). (2011). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (11ª ed), vol 1-4. Rio de Janeiro: Guanabara koogan.
- Smith. P., Ariti, C. & Bardsley, M. (2011). Focus on hip fracture. *The Healt Foundation and the Nuffield Trust* .
- Sousa C.& Akamine J. (2008). Aplicação de indicadores para análise de desempenho do centro cirúrgico. *Revista de Administração em Saúde*, 10(41), 141-150.
- Sousa, M. (2003). A formação continua em enfermagem: Estudo Baseado nas perspectivas dos enfermeiros. *Revista Nursing*, 175, 28-33.
- Sousa, P. (2012). Sistemas de Informação em Enfermagem: Novos desafios, novas oportunidades. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 46(5), 1-2.
- Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (2005). *Stress and emotion* (vol.17). New York: Taylor & Francis Group.
- Spilberger, C. (1993). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto. CA: Consulting Psychologists Press.
- Sztark, F., Le Goff, M., André, D., Ritchie, K., Dartigues, J .& Helmer, C. (2013). Exposure to general anaesthesia could increase the risk of dementia in elderly. *European Journal of Anaesthesiology*, 30, 245
- Tavares, J. & Alarcão, I. (2007). *Supervisão da prática pedagógica*. Lisboa: Almedina.

- Thelan, A. et al. (2008). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Loures: Lusodidacta.
- Timby, B. (2014). *Conceitos e Habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. S. Paulo: Artmed.
- Truntzer, J., Nacca, C., Paller, D. & Daniels, A. (2014). Redefining the Economics of Geriatric Orthopedics. *Geriatric Orthopedics Surgery & Rehabilitation*, 5, 200-206.
- Turrini, R et al. (2012). Ensino de Enfermagem em centro cirúrgico: Transformações da disciplina na Escola de Enfermagem da USP. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 46(5), 1268-1273.
- Unaibode (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório*. Loures: Lusociência.
- Urbaneto, J. et al. (2013). Morse Fall Scale: Tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 47(3), 569-575.
- Verdú, J. (2006). Impacto Epidemiológico, Económico Y Legal de Las Úlceras de Pressão. *Palestra apresentada no encontro de Madeira inserido no Programa Interreg III-B, Projeto ICE*. Espanha.
- Viegas, C. & Nevoa, I. (2014). Recursos Materiais. In: Lidel (Ed.). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa, p.19-26.
- Walter, E. (2000). *Geriatric General Surgery*. Consultado em 15.05.15 em <http://newfrontiers.americangeriatrics.org>.
- Ward, C. (2014). Procedure - Specific postoperative Pain Management. *Medsurg Nursing*, 23(3), 107-110.
- Ward, K. & Morris, D. (2009). Princípios dos Cuidados pós operatórios. In: Lusociência (Ed.). *Enfermagem Cirúrgica. Prática Avançada*. Loures, p.431-449.
- Waterlow, J. (1997). Protein-energy malnutrition: the nature and extent of the problem. *Journal of the European Society for Clinical Nutrition*, 16 (Suppl), 3-9.
- Watson, j. (1979). *Caring science as a sacred science*, retirado a 15/05/15 de <http://nursingtheories.weebly.com/jean-watson.html>.
- Xavier, F. & Carrilho, S. (2014). Cuidados pós Operatórios. In: Lidel (Ed.). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa, p.115-122.
- Yoshihara, H. (2014). Pain Medication Use after Spine Surgery. *Pain Medicine Wiley Periodicals*, 15, p. 2161–2166

**APÊNDICE 1 – Atendimento do cliente no Bloco Operatório
Programa de Registo Eletrónico**

(volume independente)

ANEXOS

Anexo 1 Parecer da Comissão de Ética para o Estudo Piloto/Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



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

**Comissão de Ética para a Saúde
do
SESARAM,EPE**

Parecer nº 84/2010

O Pedido:

Recobido do Conselho de Administração para parecer, pedido de autorização de Rita Maria Lemos Baptista Silva, Enfermeira Chefe do Bloco Operatório do HCF, Doutoranda em Ciências da Enfermagem, no JCBAS, para a aplicação de Formulários inseridos num Estudo de Investigação sobre "Avaliação da Dependência Funcional e Mobilidade das Pessoas com idade superior ou igual a 65 Anos no período pré-operatório nos Serviços Cirúrgicos do Hospital Dr. Nélcio Mendonça".

Parecer:

A CES/SESARAM,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICIGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Santos, Médico, Dr. Emanuel Gomes, Psicólogo, Drª Raquel Tranquada, Médica, Dr. José Manuel Freitas, Pedólogo e Enfermeira Isabel Santos, na sua reunião de 09 de Novembro de 2010, decidiu dar parecer favorável ao pedido acima identificado, por não levantar quaisquer problemas de ordem ética.

Funchal, 18 de Novembro de 2010



INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Desenvolvimento de estudo de investigação sobre

Avaliação da Dependência funcional e mobilidade das Pessoas com idade maior ou igual a 65 anos, em período pré-operatório nos serviços Cirúrgicos do HDNM

Investigador: Rita Maria Lemos Baptista Silva

Contacto: Telm. 963506511 Email – ritamlbs@hotmail.com

Eu, **Rita Silva**, Doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Enfermeira Chefe, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, a desempenhar funções de Gestão, no Serviço de Bloco Operatório no Hospital Dr. Nélio Mendonça, estou a desenvolver um estudo de investigação que consiste na avaliação da dependência e mobilidade das pessoas no período pré-operatório.

Por isso solicito que participe na pesquisa que pretendo desenvolver. Estará envolvido na recolha de informações para colaborar na melhoria dos cuidados de enfermagem, enquanto utente utilizador dos nossos serviços. A participação neste estudo significa que a informação sobre si será recolhida e analisada juntamente com informações recolhidas de outras pessoas internadas. As respostas individuais que fornecer serão confidenciais.

Qual é o objectivo deste estudo?

Este estudo envolve uma pesquisa sobre **Avaliação da Dependência funcional e mobilidade das Pessoas com mais de 65 anos no período pré-operatório.**

O estudo irá recolher informação a 120 doentes internados e em período pré-operatório nos Serviços Cirúrgicos do HDNM de Novembro a Dezembro de 2010. A informação recebida irá ajudar a melhorar o atendimento dos doentes que necessitam de cirurgia.

O que é que este estudo envolve?

Ser-lhe-á pedido para responder a questões sobre si como a idade, o estado civil, assim como outras questões relacionadas com o tema do estudo, comprometendo-nos, assim, a respeitar o anonimato e a confidencialidade dos dados

A entrevista levará no máximo 10 a 15 minutos.

A informação recolhida será armazenada juntamente com informações de outras pessoas.

A quem é pedido para participar neste estudo?

Foi-lhe pedido para participar neste estudo por estar internado e em fase pré-operatória. Estão envolvidos outros 119 doentes internados no Hospital e que estejam a aguardar cirurgia.

Existem riscos nesta participação?

Não existem riscos associados ao preenchimento dos questionários para o estudo.

Existem benefícios em participar?

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. No entanto, a informação recolhida no estudo irá permitir melhoria no atendimento em cuidados de enfermagem a todos os doentes que estejam a aguardar cirurgia.

Quem terá acesso à sua informação?

Não há identificação do seu nome em nenhum relatório. Todos os relatórios e materiais pertencentes a estes estudos serão mantidos confidenciais. Contudo não posso garantir a confidencialidade absoluta. É possível que a informação deste estudo seja divulgada e/ou publicada no futuro. Neste caso, a sua identidade será confidencial e não será revelada na publicação. No final do estudo serão destruídos todos os relatórios.

Existem custos envolvidos?

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com excepção do tempo necessário no preenchimento dos questionários.

Quais são os seus direitos?

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Pode recusar participar ou desistir em qualquer altura. Se decidir não participar, isto não afectará o seu futuro internamento, ou direitos de saúde legais.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar Gabinete do Utente e/ou a Comissão de Ética do SESARAM.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Entendo que toda a informação derivada deste estudo **Avaliação da Dependência funcional e mobilidade das Pessoas com idade maior ou igual a 65 anos, em período pré-operatorio nos serviços Cirúrgicos do HDNM** é propriedade de _____.

Dou o meu consentimento para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e electronicamente processados por _____ para fins de avaliação científica.

Li (Foi-me lida) a informação mencionada acima. Entendo o significado desta informação, e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio consentir a minha participação neste estudo e consentir a recolha, e a revelação de informação recolhida neste estudo. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento assinada e datada.

Assinatura do participante

Data

Nome do Representante legal – Se aplicável

Data

Nome do Investigador

Data

Anexo 2 **Instrumentos de colheita de dados**

DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO DO HOSPITAL D.N.M

OBSERVAÇÃO

Nº DE ORDEM _____

Grupo I – Variáveis de caracterização

1 – Género:

Masculino

Feminino

2 – Idade: _____

3 - Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

União de facto

4 - Anos de profissão:

Menos que 1 ano

1 -5

5-10

10-20

Mais de 20 anos

5 - Categoria profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

6 - Anos de exercício no Bloco Operatório:

Menos que 1 ano

1 -5

5-10

10-20

Mais de 20 anos

7 - Área de desempenho em enfermagem perioperatória:

Instrumentação

Anestesia

Outros

Especifique: _____

3 – OBSERVAÇÕES PERIOPERATORIAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO	BASES
1 - Pré-operatório	<p>Visita pré-operatória</p> <p>1 - Programa a visita pré-operatória</p> <p>Programa a visita pré-operatória com o enfermeiro do internamento.</p> <p>Efectua a visita pré-operatória</p> <p>Apresenta-se ao cliente/família e explica os objectivos da visita</p> <ul style="list-style-type: none"> - informa o cliente de quem o vai receber no BO no dia seguinte - inicia a conversa com entrega de folheto de acolhimento no BO - observa e interpreta o comportamento do cliente - avalia a ansiedade do cliente - fornece explicações objectivas e claras de modo a reduzir a ansiedade e as dúvidas - mostra disponibilidade - reforça as informações dadas pelo enf. do internamento sobre a preparação pré-operatória - fornece informações sobre, a hora prevista da cirurgia, tipo de transporte, tempo aproximado de permanência no BO, dos diferentes locais por onde passa, arquitectura da sala 	

	<p>de operações, iluminação, equipamentos e outros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - explica que após a cirurgia provavelmente irá para a unidade de cuidados pós-anestésicos o que não quer dizer que o seu estado esteja a se agravar - aborda o problema da dor aguda, informando sobre o seu alívio - alerta sobre o desconforto que poderá sentir ao acordar, referindo a presença de drenos, sondas, gessos e outros - assegura-se de que o cliente compreendeu bem todas as informações recebidas <p>Consulta o processo clínico do cliente e verifica todo o processo de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnósticos de enfermagem (risco de queda, risco de UPP, dependência/independência, ansiedade, outros) - planeamento de enfermagem - intervenções de enfermagem necessárias ao atendimento do cliente - avaliação/registos de enfermagem <p>Estabelece comunicação com o enfermeiro do internamento, permitindo a continuidade dos</p>	
--	---	--

	<p>cuidados de enfermagem</p> <p>Transmite a equipa informações obtidas acerca do cliente</p> <p>Efectua registos</p> <p>Efectua planeamento de cuidados intra-operatórios.</p> <p>Acolhimento</p> <p>Efectua o acolhimento do cliente/acompanhante à entrada no Bloco operatório</p> <p>Recebe o cliente cumprindo o protocolo de acolhimento em vigor</p> <p>Acompanha o cliente até a à sala de operações</p> <p>No espaço de indução</p> <p>- Cumpre o protocolo em vigor</p> <p>2- Intra-operatório</p> <p>Dá continuidade ao plano de acção de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente</p> <p>- avalia parâmetros hemodinamicos e hidroelectrolíticos</p> <p>- efectua diagnósticos de enfermagem (risco de desequilíbrio hidroelectrolítico, risco de queimadura, risco de UPP, risco de hipotermia, risco de infecção e outros)</p>	
--	--	--

<p>2 - Intra-operatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> - efectua planeamento de enfermagem (vigilância intensiva para despiste de complicações) - efectua registos de enfermagem de modo a promover a continuidade dos cuidados. <p>Colabora no despertar do cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> -efectua uma avaliação rápida e objectiva do cliente reformulando os diagnósticos de enfermagem (risco de dor aguda, risco de UPP, risco de desequilíbrio hidroelectrolítico, risco de hipotermia e outros) -efectua registos das intervenções de enfermagem no intra-operatório. - mantém a privacidade e o conforto do idoso. <p>Providencia a transferência do cliente para a unidade de cuidados Pós-anestésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -efectua registos - acompanha o cliente na sua transferência - Transmite ao enfermeiro da UCPA informações acerca do cliente. <p>3- Pós-operatório</p>	
-----------------------------	--	--

<p>Transferência para a UCPA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efectua o acolhimento do cliente na UCPA Faz o acolhimento do cliente segundo protocolo Dá continuidade ao plano de acção de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente - avalia parâmetros hemodinamicos e hidroelectrolíticos - levanta diagnósticos de enfermagem (risco de desequilíbrio hidroelectrolítico, risco de UPP, risco de hipotermia, risco de infecção, risco de queda, dor e outros) - faz planeamento de enfermagem (vigilância intensiva para despiste de complicações) - efectua registos de enfermagem de modo a promover a continuidade dos cuidados. Colabora no despertar do cliente -efectua uma avaliação rápida e objectiva do cliente reformulando os diagnósticos de enfermagem (risco de dor aguda, risco de UPP, risco de desequilíbrio hidroelectrolítico, risco de hipotermia e outros) -efectua registos das intervenções de enfermagem na UCPA. - mantém a privacidade e o conforto do idoso (iluminação, 	
----------------------------------	--	--

	<p>ruído, outros)</p> <p>- proporciona visita de familiar /amigo</p>	
3- Pós-operatório		
Acolhimento do cliente na UCPA	<p>– Proceda à alta do cliente da UCPA</p> <p>Cumpra protocolo referente a alta/transferência do cliente da UCPA</p> <p>-Consulta o processo clínico do cliente e reformula se necessário todo o processo de enfermagem:</p>	
Cuidados de enfermagem ao cliente em UCPA	<ul style="list-style-type: none"> . diagnósticos de enfermagem (risco de queda, risco de UPP, dependência/independência, risco de hipotermia, outros) . efectua planeamento de cuidados pós-operatórios . reforça as intervenções de enfermagem necessárias . efectua avaliação/registos de enfermagem <p>Estabelece comunicação com o enfermeiro do internamento, permitindo a continuidade dos cuidados de enfermagem</p> <p>4 – Faz visita pós-operatória</p> <p>Cumpra o protocolo de visita pós-</p>	

<p>Alta do cliente da UCP</p> <p>4 – Visita pós-operatória</p>	<p>operatória:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efectua avaliação física relacionada com a intervenção de enfermagem no BO . estado de consciência . presença de dor . pesquisa de sinais inflamatórios . pesquisa de sinais de infecção . pesquisa de alergias . integridade da pele . mobilidade - avalia o acolhimento no BO - implementa medidas correctivas caso se verifique desvios das práticas recomendadas pelo BO - outros 	
--	--	--

Nº de Ordem _____

PARTE I

1- Género _____

2 - Idade _____

3 - Estado Civil: _____

4 - Serviço: _____

5 - Tipo de cirurgia: _____

PARTE II

ÍNDICE DE BARTHEL

ACTIVIDADES	SCORE	DATA
CONTROLO DO INTESTINO		
0= Incontinente	0	
5= Ocasionalmente incontinente/necessita de ajuda para colocar supositório	5	
10= Continente	10	
CONTROLO DA BEXIGA		
0= Incontinente/Algaliado/incapaz de urinar sem ajuda	0	
5= Ocasionalmente incontinente	5	
10= Continente	10	
HIGIENE PESSOAL		
0= Necessita de ajuda nos cuidados pessoais	0	
5= Independente para lavar a cara/Barbear/Pentear/Lavar os dentes	5	

USAR A SANITA 0= Dependente 5= Necessita de alguma ajuda, mas pode fazer alguma coisa sozinho 10= Independente (Entrar e sair do sanitário, manipular a roupa, limpar-se e puxar o autoclismo)	0 5 10	
ALIMENTAR-SE 0= Incapaz 5= Necessita de ajuda para cortar os alimentos, espalhar manteiga, etc., e necessita adaptação da dieta* 10= Independente	0 5 10	
TRANSFERENCIA 0= Incapaz de se manter sentado 5= Necessita de ajuda (física) de 1 ou 2 pessoas; pode sentar-se. 10= Necessita de alguma ajuda (física ou verbal) 15= Independente (Desloca-se da cadeira de rodas para a cama e vice-versa; incluindo sentar-se na cama)	0 5 10 15	
CAMINHAR NUMA SUPERFICIE NIVELADA 0= Imóvel ou mobiliza-se <50 metros 5= Independente numa cadeira de rodas > 50 metros 10= Caminha com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa > 50 metros 15= Independente (mas pode utilizar qualquer ajuda por ex.: bengala) > 50m	0 5 10 15	
VESTIR-SE E DESPIR-SE 0= Dependente 5= Necessita de ajuda mas pode fazer metade das coisas sem ajuda 10= Independente (inclui atar os sapatos, apertar os fechos)	0 5 10	
SUBIR E DESCER ESCADAS 0= Incapaz	0	

5= Necessita de ajuda (verbal/física)	5	
10= Independente	10	
TOMAR BANHO		
0= Dependente	0	
5= Independente (na banheira ou no chuveiro); não necessita de ajuda	5	
TOTAL (0-100)		

COTAÇÃO/PONTUAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL

Depend. Total	Depend. Grave	Depend. Moderada	Depend. Ligeira	Independ.
0-20	21-60	61-90	91-99	100

Questionário de Auto - Avaliação de Ansiedade de Spilberger

Nº de Ordem _____

Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale na coluna apropriada à direita indicando como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como actualmente se sente.

Nº	Expressões	Não	Um pouco	Moderadamente	Muito
1	Sinto-me calmo(a)				
2	Sinto-me seguro(a)				
3	Estou nervoso(a)				
4	Sinto-me sob pressão				
5	Sinto-me à vontade				
6	Estou preocupado(a) com possíveis contratemplos				
7	Sinto-me feliz				
8	Sinto-me com medo				
9	Sinto-me confortável				
10	Sinto-me uma pilha de nervos				
11	Estou descontraído(a)				
12	Sinto-me contente				
13	Estou preocupado(a)				
14	Sinto-me confuso(a)				
15	Sinto-me descansado(a)				
16	Sinto-me assustado(a)				
17	Sinto-me inquieto(a)				
18	Sinto-me perturbado(a)				
19	Estou relaxado(a)				
20	Estou tranquilo(a)				

Questionário de Avaliação Pré-operatória de Amesterdã

Nº de Ordem _____

I - Estou preocupado com a anestesia

1 - Absolutamente não _____

2 - Não _____

3- Não sei _____

4 - Sim _____

5 - Absolutamente sim _____

II – Estou pensando na anestesia continuamente

1 - Absolutamente não _____

2 - Não _____

3- Não sei _____

4 - Sim _____

5 - Absolutamente sim _____

III – Estou preocupado com a cirurgia

1 - Absolutamente não _____

2 - Não _____

3- Não sei _____

4 - Sim _____

5 - Absolutamente sim _____

IV – Estou pensando na cirurgia continuamente

1 - Absolutamente não ____

2 – Não ____

3- Não sei ____

4 - Sim ____

5 - Absolutamente sim ____

Score

Respostas	Pontos	Anestesia	Cirurgia	Total
Absolutamente não	1			
Não	2			
Não sei	3			
Sim	4			
Absolutamente sim	5			
Total	15			

Nº de Ordem _____

Escala de Avaliação do Risco de Queda

Categoria de factor de risco	Pontos
Idade	
65 -79	2
≥ 80	3
História da queda	
Queda nos últimos três meses antes da admissão	5
Queda durante a hospitalização	11
Mobilidade	
Deambula ou transfere-se com postura em desequilíbrio mas não necessita de ajuda ou dispositivos de ajuda	2
Deambula ou transfere-se com ajuda ou dispositivos de ajuda	2
Dificuldades/limitações visuais ou auditivas que afectam a mobilidade	4
Eliminação	
Urgência urinária/Nictúria	2
Incontinência	5
Alteração do estado mental:	
Que afectam a consciência do ambiente	2
Que afecta a consciência das suas limitações físicas	4
Medicação	
Psicotrópicos, Anti-depressivos, anti-psicóticos, sedativos, benzodiazepinas, alguns anti-heméticos, anti-convulsivantes, diuréticos, PCA com narcóticos/opiáceos, anti-depressivos	
Um fármaco presente	3
Dois ou mais fármacos presente, ou o procedimento de sedação nas últimas 24 horas	5
Presença de equipamento utilizado nos cuidados: (dispositivo IV, tubo torácico, cateteres internos etc.)	
Um presente	1
≥ dois presentes	2
Total	

Score: Baixo Risco = 0-5 pontos; Risco Moderado = 6-10 pontos; Alto Risco = >10 pontos

Adaptado de John Hopkins Hospital

Nº de Ordem _____

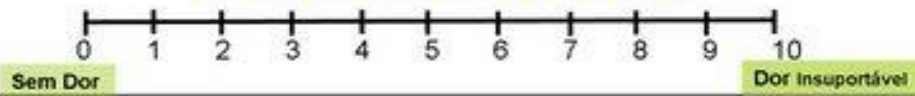
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA

Perioperatório	Escalas de Avaliação da Intensidade da Dor (anexo)	Intensidade da dor (0-10)	Medidas Não Farmacológicas	Medidas Farmacológicas
Pré-operatório	1-Escala visual Analógica (EVA) 2-Escala Numérica 3-Escala Qualitativa 4- Escala das Faces			
Intra-operatório	1-Escala visual Analógica (EVA) 2-Escala Numérica 3-Escala Qualitativa 4- Escala das Faces			
Pós-operatório	1-Escala visual Analógica (EVA) 2-Escala Numérica 3-Escala Qualitativa 4- Escala das Faces			
Total		x		

ESCALAS NUMÉRICAS E VISUAIS ANALÓGICAS DA INTENSIDADE DA DOR

(referências 4, 5, 8)

ESCALA NUMÉRICA DE 0 a 10)



ESCALA DE DESCRITORES VERBAIS

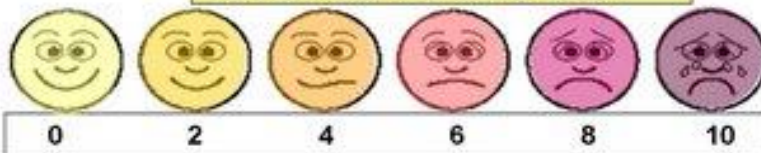
Sem Dor Dor Leve Dor Moderada Dor Intensa Dor Insuportável

Escala Visual Analógica

SEM DOR

DOR INSUPORTÁVEL

Escala de faces Wong Baker



Anexo 3 Parecer da comissão de ética para do estudo principal/Termo de consentimento livre e esclarecido



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

Comissão de Ética para a Saúde do SESARAM,EPE
(CES/SESARAM,EPE)

Wf
8/2/13
V

PARECER Nº08/2013

Sobre o Pedido/Estudo: "Atendimento do Idoso no Bloco Operatório"

A - RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM,EPE) iniciou a análise do Documento Nº 05, enviado pelo Conselho de Administração, para parecer, relativo ao pedido de autorização de **Rita Maria Lemos Baptista Silva**, Doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Enfermeira Chefe do Serviço de Bloco Operatório, para aplicação de instrumentos de avaliação inseridos no estudo de investigação sobre "Atendimento do Idoso no Bloco Operatório", sob a orientação da Prof.ª Doutora Maria Manuela Martins, docente da Universidade do Porto, e da Prof.ª Doutora Maria Helena Gonçalves Jardim, docente da Universidade da Madeira.

A.2. Fazem parte do documento em avaliação: ofício ao Presidente do Conselho de Administração a expor o estudo, Informação ao Participante, Declaração de Consentimento, Estudo de Prevalência de Úlceras por Pressão, Escala de BRADEN, Questionário de Avaliação Pré-operatória de Amsterdão, Questionário de Auto-Avaliação de Ansiedade Estado de Spielberger, Escala de Avaliação do Risco de Queda, Índice de Barthel, Avaliação da dor aguda pós-operatória e Formulário de Proposta de Tese (Edição/Edition: 2009/2010).

A.3. Trata-se de um estudo que tem como objetivo elaborar e implementar um Programa de Intervenção em Cuidados de Enfermagem Perioperatória, no atendimento ao utente com mais de 65 anos em fase peri-operatória no Hospital Dr. Nélio Mendonça. Para a sua realização será efetuada uma pesquisa sobre a Dependência funcional e mobilidade, Risco de Queda, Risco de Desenvolver Úlcera Por Pressão, Avaliação da Dor e Avaliação do



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

nível de Ansiedade pré-operatória. O estudo irá recolher informação aos doentes internados e em período perioperatório nos Serviços Cirúrgicos do Hospital Dr. Nélio Mendonça. O estudo envolverá os períodos pré, intra e pós-operatório e decorrerá durante o ano 2013. A população em estudo desta pesquisa é constituída por todos os doentes idosos, atendidos nos Serviços Cirúrgicos do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no decurso do ano 2013, tendo como critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, que concordem em participar na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, como critérios de exclusão: pacientes impossibilitados de comunicar verbalmente e os que se recusem a participar ou não aceitem assinar esse termo de consentimento. A colheita de dados será efetuada com base na autorização dos inquiridos e os instrumentos de colheita de dados a aplicar para a consecução do estudo são os indicados no ponto A.2. do presente parecer.

B- IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Estão dadas garantias de confidencialidade e anonimato dos participantes.

B.2. Reconhece-se a pertinência do estudo e interesse prático nos resultados esperados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda os direitos dos participantes.

C - CONCLUSÃO

A CES delibera emitir **Parecer Favorável** à realização deste Estudo, **no entanto, a Investigadora tem de informar, por escrito, os diretores e os enfermeiros chefes de todos os Serviços Cirúrgicos envolvidos neste Estudo de que o mesmo está em curso.**

Aprovado em reunião do dia 14 de Janeiro de 2013, por unanimidade.

O Presidente da CES/SESARAM,EPE



INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Desenvolvimento de estudo de investigação sobre

Atendimento do Cliente Idoso no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça

Investigador: Rita Maria Lemos Baptista Silva

Contacto: Telm. 963506511 Email – ritamlbs@hotmail.com

Eu, **Rita Silva**, Doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Enfermeira Chefe, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, a desempenhar funções de Gestão, no Serviço de Bloco Operatório no Hospital Dr. Nélio Mendonça, estou a desenvolver um estudo de investigação sobre o atendimento do cliente no bloco operatório.

Por isso solicito que participe na pesquisa que pretendo desenvolver. Estará envolvido na recolha de informações para colaborar na melhoria dos cuidados de enfermagem, enquanto utente utilizador dos nossos serviços. A participação neste estudo significa que a informação sobre si será recolhida e analisada juntamente com informações recolhidas de outras pessoas internadas. As respostas individuais que fornecer serão confidenciais.

Qual é o objetivo deste estudo?

Este estudo envolve uma pesquisa sobre as práticas da enfermagem perioperatória acerca do atendimento do idoso no perioperatório e posterior construção/implementação de um Programa de Intervenção em Cuidados de Enfermagem Perioperatória para o Atendimento dos Clientes, no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

O estudo irá recolher informação a 460 clientes em período perioperatório internados nos Serviços Cirúrgicos do HDNM durante o ano 2013/2014. A informação recebida irá ajudar a melhorar o atendimento dos clientes que necessitam de cirurgia.

O que é que este estudo envolve?

Ser-lhe-á pedido para responder a questões sobre si como a idade, o estado civil, assim como outras questões relacionadas com o tema do estudo, comprometendo-nos, assim, a respeitar o anonimato e a confidencialidade dos dados

A entrevista levará no máximo 10 a 15 minutos.

A informação recolhida será armazenada juntamente com informações de outras pessoas.

A quem é pedido para participar neste estudo?

Foi-lhe pedido para participar neste estudo por estar internado e em fase pré-operatória. Estão envolvidos outros 399 doentes internados no Hospital e que estejam a aguardar cirurgia.

Existem riscos nesta participação?

Não existem riscos associados ao preenchimento dos questionários para o estudo.

Existem benefícios em participar?

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. No entanto, a informação recolhida no estudo irá permitir melhoria no atendimento em cuidados de enfermagem perioperatória.

Quem terá acesso à sua informação?

Não há identificação do seu nome em nenhum relatório. Todos os relatórios e materiais pertencentes a estes estudos serão mantidos confidenciais. Contudo não posso garantir a confidencialidade absoluta. É possível que a informação deste estudo seja divulgada e/ou publicada no futuro. Neste caso, a sua identidade será confidencial e não será revelada na publicação. No final do estudo serão destruídos todos os relatórios.

Existem custos envolvidos?

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário no preenchimento dos questionários.

Quais são os seus direitos?

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Pode recusar participar ou desistir em qualquer altura. Se decidir não participar, isto não afetará o seu futuro internamento, ou direitos de saúde legais.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar Gabinete do Utente e/ou a Comissão de Ética do SESARAM.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Entendo que toda a informação derivada deste estudo de avaliação das práticas da enfermagem perioperatória acerca do atendimento do idoso no perioperatório e posterior construção/implementação de um Programa de Intervenção em Cuidados de Enfermagem Perioperatória para o Atendimento dos Clientes, no Bloco Operatório do Hospital Dr. Nélio Mendonça é propriedade de _____ . Dou o meu consentimento para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e eletronicamente processados por _____ para fins de avaliação científica. Li (Foi-me lida) a informação mencionada acima. Entendo o significado desta informação, e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio consentir a minha participação neste estudo e consentir a recolha, e a revelação de informação recolhida neste estudo. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento assinada e datada.

Assinatura do participante

Data

Nome do Representante legal – Se aplicável

Data

Nome do Investigador

Data