

HELENA MARIA DOS SANTOS MARQUES GUERREIRO

**IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE DO BLOCO OPERATÓRIO E A FAMÍLIA DO  
DOENTE CIRÚRGICO PARA A SUA QUALIDADE DE VIDA**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

FARO, SETEMBRO 2024

HELENA MARIA DOS SANTOS MARQUES GUERREIRO

**IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE DO BLOCO OPERATÓRIO E A FAMÍLIA DO  
DOENTE CIRÚRGICO PARA A SUA QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de  
Saúde

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**  
Professora Doutora Lara Noronha Ferreira



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

FARO, SETEMBRO 2024

## **Declaração de Autoria do Trabalho e Copyright**

### **IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO BLOCO OPERATÓRIO E A FAMÍLIA DO DOENTE CIRÚRGICO PARA A SUA QUALIDADE DE VIDA**

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída

Helena Maria Dos Santos Marques Guerreiro

---

#### **Direitos de cópia ou Copyright**

© Copyright: Helena Maria Dos Santos Marques Guerreiro

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional, e a sua concretização só foi possível graças ao apoio de algumas pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que este estudo se tornasse realidade e às quais devo um grande agradecimento:

À minha orientadora, Professora Doutora Lara Noronha, por ter aceite a orientação deste trabalho. Obrigada pelo rigor na orientação, por toda a disponibilidade prontamente demonstrada ao longo destes meses e por todos os conhecimentos transmitidos. Muito evoluí ao longo desta caminhada.

Ao meu marido Ricardo, à minha filha Margarida e ao meu filho Francisco, pela paciência, compreensão, motivação, e acima de tudo por serem pilares importantes neste percurso e por nunca me deixarem desistir.

A toda a minha família que sempre me serviram de estímulo e incentivo demonstrando compreensão em todos os momentos.

A todos os meus amigos que sempre me apoiaram e foram essenciais na motivação necessária nesta caminhada.

Ao Enfermeiro Gestor do Bloco Operatório, Enfermeiro Luís Franco, por acreditar em mim.

Aos Enfermeiros, Ana Sanches, Ângela Lopes, Daniela Teixeira, Filipe Anes, Inês Santana, Joana Guerreiro, João Tavares, Jorge Ferreira, Maria Águas, Margarida Santos e Patrícia Emídio por toda a colaboração e apoio.

Aos restantes colegas do Bloco Operatório pela força, paciência e carinho.

Às secretárias de unidade, Paula Mallmann e Telma Viana por toda a paciência e disponibilidade.

Aos Enfermeiros Supervisores do CHUA - Unidade de Portimão pela colaboração.

A todos os doentes e seus familiares que entrevistei pela sua colaboração e disponibilidade, por partilharem as suas vivências e permitirem que este estudo fosse possível.

Um muito obrigado a todos os que de algum modo permitiram a realização deste trabalho.

## RESUMO

A comunicação é essencial na relação entre profissionais de saúde, doentes e famílias, sendo um indicador de qualidade dos cuidados prestados.

Este estudo tem como objetivo analisar a importância da comunicação entre os profissionais de saúde do Bloco Operatório (BO) da Unidade Local de Saúde do Algarve – Hospital de Portimão (ULSA-HP) e os familiares dos doentes cirúrgicos, através de contato telefónico e envio de mensagens (SMS), a informar sobre o percurso do doente no intraoperatório e o seu estado clínico, e analisar o impacto dessa comunicação na qualidade de vida do doente.

A amostra não probabilística por conveniência inclui 80 famílias e doentes antes da implementação do projeto em que a informação referida acima passou a ser dada e 100 famílias e doentes após essa intervenção. Para a recolha de dados, foram aplicados questionários, que avaliaram os sentimentos experienciados, a importância atribuída à comunicação e sua influência na qualidade de vida dos doentes, antes e após a intervenção. A recolha de dados decorreu entre maio e agosto de 2022.

Os resultados evidenciaram uma melhoria significativa na comunicação entre os profissionais de saúde e familiares, resultando num aumento da informação recebida e numa redução dos sentimentos de angústia e preocupação. Nos doentes, verificou-se uma redução significativa da ansiedade e um aumento da calma. A comunicação eficaz também contribuiu para melhorias nas dimensões de mobilidade, atividades habituais e perceção da dor, embora os efeitos na ansiedade e nos cuidados pessoais tenham sido menos acentuados.

Conclui-se que a implementação de estratégias de comunicação no BO da ULSA-HP aumentou a satisfação dos familiares e melhorou a qualidade de vida dos doentes cirúrgicos, sublinhando a importância da comunicação na minimização da ansiedade e promoção da qualidade dos cuidados em contexto perioperatório.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Qualidade em Saúde, Comunicação, Família, Bloco Operatório, Enfermeiro perioperatório

## ABSTRACT

Communication is essential in the relationship between healthcare professionals, patients and families, serving as an indicator of the quality of care provided.

This study aims to analyze the importance of communication between healthcare professionals in the surgical department at the Local Health Unit of the Algarve – Portimão Hospital (ULSA-HP) and the families of patients submitted to surgery, through telephone contact and messages informing them about the patient's intraoperative progress and clinical status, as well as examining the impact of this communication on the patients' quality of life.

The non-probabilistic convenience sample included 80 families and patients before the implementation of a project where the information above refereed started to be given and 100 families and patients after its implementation. Data were collected through questionnaires which assessed the feelings experienced, the importance attributed to communication, and its influence on the patient's quality of life. Data collection was conducted between May and August 2022.

The results showed a significant improvement in communication between healthcare professionals and families, resulting in an increase in the information received and the reduction in feelings of distress and concern. In patients, there was a significant reduction in anxiety and an increase in calm. Effective communication also contributed to improvements in mobility, usual activities, and pain perception, although the effects on anxiety and personal care were less marked.

In conclusion, the implementation of communication strategies in the surgical department of ULSA-HP led to greater family satisfaction and an improvement in the quality of life of surgical patients, highlighting the importance of communication in reducing anxiety and promoting the quality of care in the perioperative context.

**Keywords:** Quality of Life, Quality in healthcare, Communication, Family, Operating Room, Perioperative Nurse

# ÍNDICE

	Página
ÍNDICE DE FIGURAS .....	ii
ÍNDICE DE TABELAS .....	ii
LISTA DE ABREVIATURAS .....	iv
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO 2. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1 Qualidade de vida .....	4
2.1.1 Qualidade de vida relacionada com a saúde.....	5
2.1.2 Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde.....	5
2.1.3 Medição da Qualidade de Vida .....	6
2.2 Qualidade em Saúde .....	7
2.2.1 Implementação da qualidade .....	8
2.2.2 Melhoria Contínua e Avaliação da qualidade em saúde .....	10
2.2.3 Gestão da qualidade e Sistemas de Gestão da Qualidade.....	12
2.3 Os cuidados de saúde no Bloco Operatório .....	14
2.3.1 Cuidados perioperatórios e o enfermeiro perioperatório.....	15
2.4 Comunicação em saúde .....	17
2.5. Conceito de família e a importância da presença nos cuidados perioperatórios .....	18
2.5.1 Experiência Cirúrgica e Família do Doente cirúrgico .....	19
2.5.2 Importância do enfermeiro perioperatório na comunicação com a família do doente cirúrgico.....	21
2.5.3 Métodos de informar a família do Doente cirúrgico .....	22
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA .....	24
3.1 Desenho do estudo.....	24
3.2 Perguntas e Hipóteses de Investigação.....	25
3.3 Operacionalização de Variáveis .....	26
3.4 População e Amostra .....	26
3.5 Instrumento de Recolha de Dados.....	27
3.5.1 Pré teste .....	28
3.5.2 Questionário à família do doente cirúrgico.....	28

3.5.3 Questionário ao doente cirúrgico .....	28
3.6 Índice EQ-5D .....	29
3.6.1 Índice EQ-5D-5L .....	29
3.6.2 Escala Visual Analógica (EQ-VAS) .....	32
3.7 Tratamento e análise estatística dos dados recolhidos .....	33
3.8 Aspetos Éticos.....	34
4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra dos familiares antes e após a implementação da intervenção .....	35
4.2 Cirurgia Programada/Urgente e Consentimento Informado .....	36
4.3 Sentimentos vivenciados pelos familiares .....	37
4.4 Dificuldades sentidas pelos familiares.....	39
4.5 Informações que os familiares desejariam que lhes fossem transmitidas antes da implementação da intervenção .....	41
4.6 Informações aos familiares antes e após a implementação do projeto .....	41
4.7 Níveis de satisfação dos familiares em relação à informação fornecida pelos profissionais do bloco operatório após a implementação da intervenção.....	43
4.8 Caracterização da amostra dos doentes antes e depois da intervenção.....	46
4.9. Cirurgia programada ou urgente/Consentimento Cirúrgico .....	47
4.10 Sentimentos vivenciados pelo doente .....	48
4.11 Presença da família no bloco operatório.....	49
4.12 Informação à família .....	49
4.12.1 Satisfação do doente em relação à informação dada .....	50
4.13 Avaliação da qualidade de vida antes e depois da implementação .....	51
4.14 Avaliação do estado de saúde medido pela EQ-VAS antes e depois da implementação .....	55
<b>CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>57</b>
5.1 Limitações do estudo .....	61
<b>CAPÍTULO 6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>72</b>
Apêndice A- Projeto De Melhoria Contínua Da Qualidade .....	73
Apêndice B - Questionário Realizado À Família Do Doente Cirúrgico.....	91

<b>Apêndice C- Questionário Realizado Ao Doente Cirúrgico.....</b>	<b>100</b>
<b>Apêndice D- Consentimento Informado, Esclarecido E Livre À Família Do Doente Cirúrgico.....</b>	<b>110</b>
<b>Apêndice E- Consentimento Informado, Esclarecido E Livre Ao Doente Cirúrgico.....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>114</b>
<b>Anexo A- Guião Para Entrevista Por Telefone EQ-5D-5L .....</b>	<b>115</b>
<b>Anexo B - Autorização Da Comissão Ética .....</b>	<b>119</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Página</b>
Figura 1 - Desenho de investigação.....	25
Figura 2 - Termómetro EQ-VAS.....	33

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Página</b>
<b>Tabela 3.1</b> - Características Sociodemográficas .....	26
<b>Tabela 3.2</b> - Variáveis do Questionário EQ-5D-5L.....	26
<b>Tabela 3.3</b> - Apresentação de critérios de inclusão/exclusão dos participantes do estudo .....	27
<b>Tabela 3.4</b> - Dimensões e níveis de gravidade do questionário EuroQol – versão EQ-5D-5L.....	30
<b>Tabela 4.1</b> - Caracterização Sociodemográfica da amostra dos familiares dos doentes cirúrgicos, antes e após a implementação da intervenção .....	35
<b>Tabela 4.2</b> - Indicação quanto à programação da cirurgia e obtenção de Consentimento informado antes e após a implementação da intervenção.....	37
<b>Tabela 4.3</b> - Sentimentos vivenciados antes e após a implementação da intervenção ..	37
<b>Tabela 4.4</b> - Dificuldades sentidas antes e após a implementação da intervenção.....	40
<b>Tabela 4.5</b> - Informações que os familiares gostariam que tivessem sido transmitidas	41
<b>Tabela 4.6</b> - Percentagem de famílias que receberam informações antes e após a implementação da intervenção .....	41
<b>Tabela 4.7</b> - Profissionais que forneceram a informação antes e após a implementação da intervenção.....	42
<b>Tabela 4.8</b> - Forma como a informação foi dada após a implementação da intervenção .....	43
<b>Tabela 4.9</b> - Média e Desvio padrão da importância quanto à informação após a implementação da intervenção .....	44
<b>Tabela 4.10</b> - Nível de importância quanto à informação após a implementação da intervenção.....	44
<b>Tabela 4.11</b> - Informação fornecida pelos profissionais de saúde após a implementação da intervenção.....	45
<b>Tabela 4.12</b> - Nível de Satisfação com a informação fornecida após a implementação da intervenção.....	45
<b>Tabela 4.13</b> - Média e desvio padrão da Satisfação com a informação fornecida após a implementação da intervenção .....	46
<b>Tabela 4.14</b> - Caracterização Sociodemográfica da amostra dos doentes antes e após a implementação da intervenção .....	46

<b>Tabela 4.15</b> - Tipo de cirurgia quanto à sua urgência e obtenção do consentimento informado antes e após a implementação da intervenção.....	47
<b>Tabela 4.16</b> - Sentimentos vivenciados pelo doente antes da cirurgia, antes e após a implementação da intervenção .....	48
<b>Tabela 4.17</b> - Importância da presença da família no BO antes e após a implementação da intervenção.....	49
<b>Tabela 4.18</b> - Frequência da informação fornecida à família pelos profissionais de saúde do BO antes e após a implementação da intervenção.....	50
<b>Tabela 4.19</b> - Satisfação em relação à informação .....	50
<b>Tabela 4.20</b> -Frequências relativas de distribuição da dimensão Mobilidade avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção .....	51
<b>Tabela 4.21</b> - Frequências relativas de distribuição da dimensão Cuidados Pessoais avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção.....	51
<b>Tabela 4.22</b> - Frequências relativas de distribuição da dimensão Atividades Habituais avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção.....	52
<b>Tabela 4.23</b> -Frequências relativas de distribuição da dimensão Dor/Mal-Estar avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção .....	53
<b>Tabela 4.24</b> - Frequências relativas de distribuição da dimensão Ansiedade/Depressão avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção.....	54
<b>Tabela 4.25</b> - Valor médio da pontuação total dos participantes antes e após a implementação da intervenção .....	55
<b>Tabela 4.26</b> - Avaliação do estado de saúde medido pela EQ-VAS antes e após a implementação da intervenção .....	56

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AESOP** - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

**AORN** – Association of Perioperative Registered Nurses

**BO** - Bloco Operatório

**CDC** – Centers for Disease Control and prevention - (Centros de Controle e Prevenção de Doenças)

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EORNA** - European Operating Room Nurses Association

**EVA** – Escala Visual Analógica

**GQT** – Gestão da Qualidade Total

**IPQ** – Instituto Português da Qualidade

**IOM** – Institute Of Medicine

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**PNS** - Plano Nacional de Saúde

**PNSD** – Plano Nacional Segurança do Doente

**QV** – Qualidade de Vida

**QVRS** - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

**SGQ** - Sistema de Gestão da qualidade

**SMS** - Short Messages Service

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde

**SPSS** - Statistical Package for Social Sciences

**ULSA-HP** – Unidade Local de Saúde do Algarve – Hospital de Portimão

**VAS** – Visual Analogue Scale

## CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Saúde a nível mundial têm procurado promover cuidados de saúde abrangendo, preferencialmente, toda a população, de forma equitativa, universal e eficiente. Ao longo das últimas décadas, transformações demográficas, sociais, políticas e económicas têm exercido um impacto profundo sobre as condições de vida e saúde das populações, desafiando os sistemas de saúde a adaptar a sua distribuição de recursos públicos. Neste contexto, o foco da intervenção tem-se deslocado do tratamento da doença para a promoção de uma saúde integral centrada no cidadão, evidenciando a humanização e a transparência como valores fundamentais (Ferreira,2015).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem como objetivo colocar o cidadão no centro do sistema, adotando uma abordagem de proximidade e inovação, com o intuito de promover a responsabilidade social e reforçar o capital humano do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2018). A humanização dos cuidados de saúde não deve restringir-se apenas ao doente, mas também à sua família, que desempenha um papel crucial no processo de recuperação do doente, principalmente em momentos críticos como uma intervenção cirúrgica (Fidalgo, 2002).

Garantir melhores cuidados envolve conhecer as pessoas, o que as preocupa, o que é melhor para os doentes. Perante estas necessidades os serviços das instituições de saúde vêm-se obrigados a traçarem objetivos de modo a garantirem cuidados de saúde mais humanizados e com maior qualidade.

O Bloco Operatório (BO) é frequentemente percebido como um ambiente misterioso e gerador de ansiedade, tanto para os doentes como para as suas famílias, que se encontram frequentemente excluídas do processo informativo e de cuidado durante o período em que o doente permanece no BO (Ferreira, 2015). Dado que qualquer procedimento cirúrgico, independentemente da sua urgência, provoca transtornos emocionais significativos, quer para o doente, quer para a sua família, é crucial que os profissionais de saúde implementem estratégias de comunicação eficazes com a família, minimizando a sua ansiedade e garantindo a humanização dos cuidados (Fidalgo, 2002).

Neste sentido, foi implementado no BO da Unidade Local de Saúde do Algarve – Hospital Portimão (ULSA-HP, antigo Centro Hospitalar Universitário do Algarve – CHUA, alteração ocorrida a 01 de janeiro de 2024, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 102/2023), um projeto no âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade com o objetivo de

minimizar a ansiedade dos familiares e dos doentes, utilizando estratégias como o contato telefónico e o envio de mensagens aos familiares de forma a fornecer informações em tempo real sobre o estado do doente durante a permanência deste no BO. O profissional responsável por esta intervenção é o enfermeiro da UCPA (Unidade de Cuidados Pós Anestésicos), exceto em situações em que ocorrem intercorrências cirúrgicas ou anestésicas em que este contato é realizado pelo médico responsável. O projeto de melhoria da qualidade é apresentado no Apêndice A.

Este estudo visa avaliar a eficácia dessas medidas de comunicação e o seu impacto na qualidade de vida dos doentes e suas famílias, promovendo um cuidado mais individualizado e humanizado. Assim propôs-se como objetivo geral compreender a importância da comunicação entre os profissionais de saúde do BO do ULSA-HP e os familiares dos doentes cirúrgicos, avaliando como essa comunicação influencia a qualidade de vida do doente. Para tal, delinearão-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as necessidades dos familiares da pessoa submetida a cirurgia no período de permanência do doente no BO;
- Identificar os sentimentos vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia no período de permanência do doente no BO;
- Avaliar a importância para o doente e sua família do contato telefónico por parte da equipa à família do doente cirúrgico;
- Avaliar a forma como é transmitida a informação à família e a sua eficácia.
- Avaliar se a comunicação entre os profissionais de saúde do BO e a família do doente cirúrgico interfere na sua qualidade de vida.

A monitorização e avaliação destas estratégias de gestão da qualidade têm o objetivo de melhorar a acessibilidade, a eficiência e a qualidade com benefícios para os doentes, profissionais, instituição e comunidade.

Deste modo, é importante investigar a temática em causa, uma vez que contribui para a compreensão, consciencialização e reflexão, permitindo minimizar os efeitos negativos associados. Contribui ainda para compreender o impacto da informação à família do doente cirúrgico na qualidade de vida do doente.

O atual estudo é realizado de acordo com o paradigma positivista, recorrendo a uma metodologia quantitativa com amostragem não probabilística por conveniência. A recolha de dados será realizada através de questionários aplicados tanto aos doentes como

às suas famílias, antes e após a implementação do projeto de melhoria contínua. Prevê-se que a amostra seja constituída por cerca de 80 doentes cirúrgicos e famílias antes da implementação do projeto e por 100 doentes e famílias após a implementação do mesmo.

O presente trabalho está organizado em seis capítulos. O primeiro capítulo corresponde à introdução, onde são apresentados a problemática e os objetivos do estudo. No segundo procede-se a uma revisão da literatura, na qual se explora a evidência disponível com o intuito de definir os conceitos de qualidade de vida, qualidade de vida relacionada com a saúde, qualidade em saúde, bloco operatório, enfermeiro perioperatório, comunicação em saúde, família e a importância desta na presença dos cuidados. No terceiro, aborda-se a metodologia, iniciando-se com a descrição do desenho do estudo, que realça a relevância da temática para o desenvolvimento da investigação e conduz à formulação das questões de partida. Definem-se também os métodos de recolha de dados utilizados, delimita-se a amostra dentro da população em estudo, identificam-se as variáveis e formulam-se as hipóteses a serem investigadas. No quarto capítulo descreve-se o processo de análise dos dados. O quinto apresenta os resultados esperados e as limitações do estudo. Finalmente, o sexto capítulo sintetiza as principais conclusões do trabalho.

Como sustentação para a realização da presente dissertação, recorreu-se à pesquisa bibliográfica e à evidência científica mais atual, tendo como base as normas de elaboração da Universidade do Algarve – Faculdade de Economia (Rodrigues, 2023). A redação segue o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e as referências estão apresentadas de acordo com a 7.<sup>a</sup> edição da American Psychological Association (APA) (APA, 2020).

## CAPÍTULO 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Qualidade de vida

Previamente a abordar o conceito de qualidade de vida (QV), é fundamental analisar o conceito de saúde.

Deste modo, em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) na sua Carta Magna, definiu a saúde como “*Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” (OMS, 1946: p.1), faz com que a saúde seja algo ideal ou inatingível.

A Ordem dos enfermeiros (2001) refere que saúde é o estado e a representação mental da condição individual, controlo do sofrimento, bem-estar físico e do conforto, emocional e espiritual; como se trata de uma representação mental, é considerada um estado subjetivo, não podendo ser considerado como conceito oposto de doença; assim a saúde e a doença não são sentidas da mesma forma por todos os indivíduos e os fatores que determinam o processo saúde-doença, são múltiplos e complexos.

O conceito de saúde pode ter diferentes interpretações e várias perspetivas: a perspetiva médica, ausência de doença; a perspetiva psicossocial, ausência de mal-estar, estado de segurança e conforto; a perspetiva político-legal, garante o equilíbrio das pessoas e da comunidade e a perspetiva económica, fator de impacto a nível da afetação de recursos na sociedade e de desenvolvimento económico, apesar estas serem divergentes do ponto de vista conceptual, são indissociáveis (Nunes & Rego, 2002). Assim, definir saúde é um desafio, sendo um conceito dinâmico, difícil de explicar e medir, estando estreitamente relacionado com a QV (Albuquerque, *et al* 2008).

A OMS (1995) refere que apesar de não existir um significado consensual do conceito de QV, os investigadores concordam na semelhança de características e na subjetividade deste conceito; deve-se então considerar assim a perceção da pessoa e a avaliação da mesma acerca da sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a QV.

A QV pode ser definida como um conceito multidimensional e subjetivo que abrange vários domínios do bem-estar humano, incluindo aspetos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Segundo Seidl e Zannon (2004), a QV não se limita ao estado de saúde, envolvendo a perceção individual de satisfação com a vida e a capacidade de lidar

com as exigências cotidianas. De forma semelhante, Oliveira (2009) destaca que a QV vai além das intervenções médicas, integrando condições de vida, acessibilidade aos cuidados de saúde e a percepção pessoal de bem-estar e satisfação. Assim a QV reflete a interação entre fatores externos e internos que influenciam a experiência global de vida de cada indivíduo.

### **2.1.1 Qualidade de vida relacionada com a saúde**

Existem dois tipos de QV, que entre si têm uma relação de complementaridade: a QV não relacionada com a saúde e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Pimentel, 2003).

Segundo o autor supramencionado a QVRS é definida como a percepção individual do impacto que a saúde, doença ou tratamento tem sobre a capacidade de viver uma vida plena e satisfatória; essa definição menciona que a QV é uma experiência subjetiva e multidimensional, envolvendo 4 domínios: físico, funcional, psicológico e social. Para além destes 4 domínios, existem novas considerações em relação à percepção pessoal, crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade que necessita serem incorporadas ao conceito relacionado à saúde.

A QVRS não se observa diretamente e só pode ser apreendida de forma indireta através de indicadores, representando um conceito multidimensional (Lezaun, 2006). Está também relacionada com a percepção que cada um tem de si, dos outros e do mundo que o rodeia, e pode ser avaliada segundo critérios, tais como, a educação, a formação de base, a atividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o otimismo, as necessidades pessoais e a saúde (Leal, 2008).

Dessa forma, a QVRS refere-se a um estado de saúde subjetivo de saúde, focado na percepção individual da pessoa sobre o impacto que a sua condição de saúde tem na sua capacidade de viver em pleno. Envolve também a valorização da duração da vida, influenciada por limitações, estados funcionais e oportunidades sociais afetadas por doenças, lesões, tratamentos ou políticas de saúde (Pires, 2009).

### **2.1.2 Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde**

Qualquer avaliação de QV deve incluir dimensões positivas e negativas, dando realce às percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões. São consideradas como

dimensões positivas a mobilidade e a autonomia e como negativas a dor, a fadiga e a dependência (Santos, 2009).

A avaliação da QVRS tem recebido uma atenção considerável nas últimas décadas com o desenvolvimento de uma ampla variedade de instrumentos de avaliação, sendo importante no auxílio do planejamento ou melhoria de intervenções em Saúde (Guvatt, et al., 1993).

A interpretação dos dados, segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2020), pode contribuir para identificar as necessidades de legislação e políticas em Saúde, para determinar recursos com base em necessidades não atendidas, orientar o desenvolvimento de planos estratégicos e monitorizar a eficácia de intervenções comunitárias.

Existem diferentes instrumentos para a avaliação da QVRS, cada um com os seus pontos fracos e pontos fortes. No entanto, o que dita a seleção do instrumento, será o objetivo do estudo ou da população, que o investigador ou o clínico pretende realizar. Independentemente da variedade de instrumentos de medida disponíveis, a informação relativa às preferências dos indivíduos pelos diferentes estados de saúde é normalmente obtida através da utilização de questionários, por serem mais fáceis de utilizar e serem mais económicos (Guyatt, et al., 1993).

### **2.1.3 Medição da Qualidade de Vida**

Os instrumentos que procuram avaliar estados de saúde, têm características bastante diferentes e podem ser classificados como gerais ou específicos (Ferreira, 2002). O mesmo autor afirma que os instrumentos são multidimensionais, utilizados na população em geral, quando o objetivo é comparar o estado geral de saúde entre pessoas. Estes são independentes de um problema ou doença, e refletem os componentes da saúde física, social e mental para a avaliação da qualidade de vida em geral.

Os instrumentos gerais foram desenvolvidos no sentido de refletirem o impacto de uma doença sobre a vida de uma pessoa ou das populações (Scattolin, 2006).

Os instrumentos específicos permitem avaliar de forma pontual determinados aspetos da QVRS (Scattolin, 2006). Têm um carácter mais restrito e permitem avaliar de forma individual e específica, determinadas características de uma dada população, incidindo principalmente sobre sintomas, incapacidades ou limitações relacionadas com

determinadas doenças e permitem quantificar o problema em estudo. São instrumentos mais sensíveis na análise de alterações na QV em determinadas patologias e são utilizados para estabelecer comparações entre pessoas com características idênticas e específicas, importantes para a definição do resultado (Scattolin, 2006).

Um estado de saúde pode ser descrito, ao analisar os diferentes níveis de cada uma das dimensões existentes no instrumento de avaliação. Os instrumentos gerais ou específicos podem dar origem a perfis ou índices. Com um perfil de saúde podemos obter o retrato da saúde num determinado momento, mas não se pode comparar as diferentes dimensões. O problema dos perfis de saúde é que não conseguem identificar o quanto um estado de saúde é melhor do que outro, ou mesmo o quanto uma mudança no estado de saúde significa que a saúde melhorou, piorou ou se mantém (Ferreira, L.N., 2002). Com um índice de saúde obtém-se um valor representativo do nível global de saúde permitindo perceber qual o melhor ou pior estado de saúde. A desvantagem dos índices de saúde é que sem informação adicional, podem-se ocultar alterações no estado de saúde (Ferreira, L.N., 2002).

Assim a avaliação da QV é um processo multidimensional, que considera o bem-estar subjetivo das pessoas em diferentes dimensões da sua vida, como saúde física, estado psicológico e relações sociais. Assume particular relevância quando está associada à qualidade em saúde, uma vez que permite compreender o impacto das intervenções de saúde na experiência global dos indivíduos e populações (Fayers *et al.*, 2016).

## **2.2 Qualidade em Saúde**

Edwards Deming (1986) é reconhecido como o precursor do movimento da qualidade em diferentes setores, incluindo na saúde, pois destacou a importância da gestão da qualidade nas organizações. De acordo com o mesmo autor, a qualidade de um produto ou serviço deve ser definida pelo cliente, sendo essencial traduzir as suas necessidades de forma mensurável para que se possa avaliar a sua satisfação (Deming, 1986).

A qualidade em saúde é definida com base nas variáveis que são consideradas mais relevantes tanto para pessoa quanto para o prestador de cuidados de saúde e/ou gestor. Para a pessoa, destaca-se a acessibilidade aos serviços, os aspetos relacionais, e a melhoria do estado de saúde. Por outro lado, para o prestador de cuidados de saúde e para

o gestor, os resultados assumem um papel central, uma vez que influenciam diretamente a rentabilização dos investimentos, bem como a avaliação do desempenho e da eficiência dos serviços de saúde (Pisco & Biscaia, 2001).

O conceito de qualidade em saúde caracteriza-se pela sua subjetividade e complexidade, sendo difícil de definir de forma uniforme, uma vez que depende da perspectiva individual e das diversas interpretações dos diferentes intervenientes no sistema de saúde (Silva et al., 2010).

Em Portugal, no Plano Nacional em Saúde (PNS) 2012-2016, a qualidade em saúde é caracterizada como a prestação de cuidados de saúde que sejam acessíveis, equitativos, de forma a promover a adesão e satisfação da pessoa, o que pressupõe que os cuidados sejam adequados às necessidades e expectativas (DGS, 2012).

### **2.2.1 Implementação da qualidade**

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, é direcionada tanto para os cidadãos como para todos os profissionais de uma instituição de saúde, abrangendo desde os profissionais de saúde até aqueles envolvidos na gestão, coordenação e operacionalização dos cuidados. Dessa forma, todos os profissionais de uma instituição de saúde desempenham um papel fundamental na melhoria contínua e na garantia da qualidade, uma vez que são responsáveis pela execução dos processos e tarefas que possibilitam a prestação dos cuidados. A ausência de profissionais inviabilizaria a oferta de cuidados de saúde, destacando a importância do seu papel na concretização destes serviços (Ministério da Saúde, 2015).

A implementação de medidas de melhoria contínua da qualidade em saúde é um processo complexo, repleto de desafios, mas também suportado por fatores facilitadores que podem garantir o sucesso dessas iniciativas (Grol & Wensing, 2004).

O primeiro desafio consiste em motivar os profissionais da instituição de saúde a identificar a existência de um problema, ao mesmo tempo que se apresentam soluções viáveis para a sua resolução. Entre os principais obstáculos está a resistência à mudança manifestada pelos profissionais de saúde. Frequentemente, estes profissionais receiam que a adoção de novas práticas possa aumentar a carga de trabalho ou modificar rotinas

estabelecidas, o que pode gerar insegurança e resistência na implementação das melhorias propostas (Grol & Wensing, 2004).

A falta de liderança eficaz constitui uma barreira significativa, uma vez que, na ausência de um compromisso claro com a qualidade ou de um ambiente adequado promovido pela liderança, torna-se difícil mobilizar recursos e incentivar a equipa a participar de forma ativa nos processos de mudança (Nembhard & Edmondson, 2006).

Outro desafio significativo é a escassez de tempo e recursos. Em ambientes hospitalares, onde a procura é elevada e os recursos são limitados, tanto em termos financeiros quanto humanos, torna-se difícil determinar tempo adequado para a implementação e sustentação de iniciativas de melhoria contínua (Batalden & Davidoff, 2007).

A cultura organizacional desempenha um papel fundamental na implementação de práticas de melhoria contínua, pois uma cultura que valorize a qualidade, mas onde exista resistência à mudança por parte dos profissionais, enfrentam-se desafios consideráveis na adoção de novas práticas (Schein, 2010). Culturas organizacionais rígidas e hierárquicas podem desencorajar a inovação e dificultar a integração de práticas de melhoria contínua, uma vez que os profissionais podem sentir-se desmotivados para propor alterações ou participar ativamente nos processos de melhoria (Schein, 2010).

A divisão de sistemas e processos dentro das unidades de saúde e a comunicação ineficaz entre diferentes departamentos também podem dificultar a implementação de melhorias contínuas, pois impedem a coordenação eficaz das iniciativas de qualidade (Kaplan et al., 2012).

Por outro lado, existem vários fatores facilitadores que podem promover a implementação bem-sucedida de medidas de melhoria contínua, como uso de tecnologias de informação eficazes, recurso a plataformas de monitorização e feedback de qualidade permitindo o acompanhamento em tempo real e a avaliação contínua do desempenho, melhorando a comunicação e a integração dos processos (Bates & Gawande, 2003).

A formação contínua dos profissionais de saúde também é uma medida facilitadora pois ajuda a equipa a adquirir competências necessárias e a reduzir a resistência às mudanças, promovendo uma implementação mais suave e eficaz das práticas de melhoria (Berwick, 2003).

Estabelecer uma cultura organizacional que valorize a melhoria contínua é outro fator facilitador importante, uma vez que quando a organização incentiva a inovação e a aprendizagem contínua, a equipa sente-se mais motivada e envolvida em adotar e sustentar novas práticas (Ovretveit & Staines, 2007).

O envolvimento da liderança é essencial, pois líderes comprometidos com a qualidade, têm o poder de mobilizar recursos, promover uma cultura de melhoria e envolver a equipa, tornando-se estímulos importantes para o sucesso dessas iniciativas (Pronovost & Vohr, 2010).

Por fim, o compromisso e a participação da equipa desde o início do planeamento do processo até à sua execução são essenciais para o sucesso das iniciativas de melhoria contínua, uma vez que motivação dos profissionais aumenta a eficiência interna da instituição e promove um maior envolvimento, possibilitando mudanças e adoção de inovações. (Busse et al., 2019).

Em suma, os problemas relacionados com os recursos humanos são reconhecidos como uma das principais barreiras à implementação da qualidade numa instituição de saúde. A adoção de medidas de melhoria contínua da qualidade em saúde é um processo que enfrenta desafios significativos, incluindo resistência à mudança, insuficiência de recursos e uma cultura organizacional inadequada (Schein, 2010). No entanto, estes desafios podem ser superados através do apoio de fatores facilitadores fundamentais, como o uso eficaz de tecnologias de informação, formação contínua dos profissionais, liderança competente e o envolvimento ativo da equipa. A compreensão das barreiras e facilitadores na implementação de programas de qualidade permite à gestão e às equipas de qualidade tomar decisões mais informadas e eficazes na implementação de estratégias de melhoria, garantindo assim melhores resultados na qualidade dos cuidados em saúde (Mohammad, 2005; Abdallah, 2014).

### **2.2.2 Melhoria Contínua e Avaliação da qualidade em saúde**

O ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) ou ciclo de Deming e o modelo de Donabedian são metodologias essenciais para a melhoria contínua e avaliação da qualidade em saúde, promovendo a identificação de problemas, implementação de mudanças e monitorização de resultados com a garantia da conformidade dos padrões de qualidade estabelecidos (Donabedian, 1988; Deming, 1986).

Deming (1986) focou-se no processo de melhoria contínua da qualidade dos processos produtivos, adotando e divulgando um método de abordagem sistemática para a resolução de problemas existentes nas instituições, conhecido como ciclo PDCA.

Este ciclo é uma metodologia de gestão da qualidade que oferece uma abordagem estruturada e sistemática de gestão para promover a melhoria contínua em processos e serviços; este é utilizado para identificar problemas, implementar soluções, monitorizar resultados e ajustar as ações conforme necessário, visando a otimização e a eficiência.

Esta abordagem cíclica é aplicada em diversas áreas, incluindo a saúde, para garantir a qualidade do atendimento, minimizar erros e aumentar a satisfação da pessoa que necessita de cuidados de saúde (Deming, 1986). Este ciclo consiste em 4 fases: a primeira fase consiste na identificação do problema e estabelecimento de objetivos para a melhoria. Elabora-se um plano de ação detalhado para atingir essas metas, com base em dados e evidências disponíveis; A segunda é a fase da implementação das ações planeadas; a terceira consiste na avaliação dos resultados obtidos após a execução; e por fim a quarta fase que consiste na tomada de decisões com base na análise dos resultados. (Lage & Sousa, 2013). Este método é ainda hoje utilizado em programas de avaliação e melhoria contínua da qualidade, reforçando que todos os processos devem ser continuamente analisados, planeados e modificados se necessário, implementadas as melhorias e avaliados os resultados de forma cíclica e constante. A sua aplicação ajuda as organizações de saúde a melhorar a segurança do doente, aumentar a eficiência, garantir a eficácia clínica e promover a satisfação do doente (Deming, 1986).

Promover a qualidade envolve ciclos de melhoria contínua da qualidade, através da identificação sistemática de problemas com o propósito de os solucionar ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e realistas, identificar e atuar sobre pontos críticos, planear e implementar mudanças, monitorizar e avaliar (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

O modelo de Donabedian, proposto por Avedis Donabedian (1988), é um dos modelos mais influentes na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Este modelo divide a avaliação da qualidade em três componentes principais: a estrutura, que se refere aos recursos físicos e organizacionais disponíveis, como instalações, equipamentos e qualificações dos profissionais e é essencial garantir que as infraestruturas e os recursos humanos sejam adequados para prestar cuidados de qualidade; o processo, que envolve todas as atividades que ocorrem durante a prestação dos cuidados de saúde, incluindo

diagnóstico, tratamento, gestão de casos e avaliação relativamente aos cuidados, se são prestados de acordo com os protocolos estabelecidos e as melhores práticas; por fim os resultados, que se referem aos efeitos dos cuidados na saúde dos doentes, como a melhoria da saúde, redução de complicações e satisfação do doente. Estes resultados são fundamentais para determinar se os cuidados prestados atingem os objetivos de qualidade.

Estas duas metodologias são complementares e frequentemente usadas juntas. O ciclo PDCA pode ser aplicado em cada um dos componentes do modelo de Donabedian para promover melhorias contínuas. Ao identificar uma deficiência na estrutura, o ciclo PDCA pode ser utilizado para planear, implementar, verificar e ajustar ações para melhorar essa área. Da mesma forma, o processo e os resultados também podem ser alvo de melhorias através deste ciclo, com vista à excelência na qualidade dos cuidados de saúde (Berwick, D.M, 1996).

### **2.2.3 Gestão da qualidade e Sistemas de Gestão da Qualidade**

Imperator (1999) define a gestão da qualidade como um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e atividades ligadas à qualidade.

Segundo Mezomo (2001), qualidade é a adaptação dos serviços à missão da organização, à satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes.

Assim, de modo a garantir o comprometimento das organizações a obter a excelência dos seus produtos, surge a gestão da qualidade.

A gestão da qualidade é uma estratégia para organizar de forma mais vantajosa possível os fluxos de trabalho das instituições de saúde, com o intuito de adquirir a qualidade dos serviços de saúde, satisfação do doente e do profissional, e resultados de desempenho geral, englobando o compromisso e educação de todos os profissionais envolvidos no processo (Mohammad, 2005).

Com a evolução da gestão, emergiu o conceito de Gestão da Qualidade Total (GQT) que assegura a satisfação de todos os *stakeholders* - clientes, trabalhadores, gestores, acionistas e a sociedade. A qualidade deixou de ser da responsabilidade de um individuo e da particularidade do produto, para ser um objetivo comum de todos os seus

membros e abranger todos os processos da atividade das organizações (Juran 1989). GQT, é então uma abordagem organizacional abrangente que visa a melhoria contínua de todos os processos organizacionais, com o envolvimento de todos os colaboradores e visa garantir que cada aspecto do processo de cuidado contribua para a excelência nos resultados de saúde (Deming, 1986).

Segundo o Instituto Português da Qualidade (IPQ,2015), a gestão da qualidade é composta por sete princípios: o primeiro é o foco no cliente, que enfatiza a necessidade de compreender e atender as necessidades e expectativas dos clientes. A satisfação do cliente é vista como a principal medida do sucesso de uma organização, e todas as atividades devem estar alinhadas para maximizar a satisfação do cliente; o segundo é a liderança, que destaca a importância de manter ambiente interno motivador, de modo a obter a envolvimento das pessoas para atingir os objetivos previstos pela organização; o terceiro princípio é o comprometimento dos indivíduos, uma vez que o seu envolvimento permite que as suas aptidões sejam utilizadas em benefício da organização, pois estas são o pilar da mesma; o quarto é a abordagem dos processos, que se refere à gestão das atividades e dos recursos como processos inter-relacionados. A mesma, visa melhorar a eficiência e eficácia das operações ao identificar, entender e gerir os processos como um sistema coeso; o quinto princípio é a melhoria contínua e surge como um objetivo permanente da organização. Este enfatiza a necessidade de uma abordagem sistemática para a melhoria contínua dos processos, produtos e serviços e deve ser continuamente avaliada e aprimorada, utilizando ferramentas como o ciclo PDCA; o sexto princípio é a tomada de decisão baseada em evidências, que incentiva o uso de dados precisos e análises lógicas e de compreensão de dados rigorosas, para fundamentar as decisões de uma instituição; por fim o sétimo princípio assenta na gestão das relações, que reconhece a importância de estas serem geridas com as partes interessadas, incluindo fornecedores e parceiros, de forma a otimizar o desempenho da organização e a gestão eficaz desses relacionamentos e proporcionar um sucesso sustentado a longo prazo.

Um dos métodos mais utilizados pelas organizações para desenvolver e assegurar a qualidade nas suas atividades é a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Este é um conjunto de políticas, processos e procedimentos implementados por uma organização para garantir que seus produtos e serviços atendam consistentemente aos requisitos estabelecidos e às expectativas dos clientes. Este sistema visa melhorar

continuamente a eficácia e a eficiência das operações, promover a satisfação dos clientes e assegurar o cumprimento dos regulamentos aplicáveis (Jura *et al.* 1998).

A *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN, 1998) estabeleceu diretrizes específicas, incluindo recomendações e padrões de qualidade para a prática clínica, definindo a enfermagem perioperatória como o cuidado de enfermagem dirigido a pessoas submetidas a cirurgias e outros procedimentos invasivos. As instituições devem desenvolver um SGQ de modo a demonstrar a sua capacidade de fornecer serviços de qualidade. Para Pinto, *et al* (2010), a implementação de um SGQ promove a relação com os clientes, melhora o ambiente organizacional, a imagem da organização, aumenta a motivação dos colaboradores e reduz os custos de controlo da qualidade.

A gestão da qualidade em saúde é crucial para assegurar que os serviços prestados são consistentes, seguros, eficazes e centrados no paciente. Ao aplicar os princípios da SGQ, como a melhoria contínua e o foco no cliente, o BO pode otimizar os seus processos, promovendo uma prestação de cuidados mais humanizada, segura e alinhada com as expectativas dos doentes e suas famílias (Juran, 1989; IPQ, 2015).

### **2.3 Os cuidados de saúde no Bloco Operatório**

Segundo Cabral (2004), o BO é um espaço físico onde se realizam intervenções cirúrgicas de carácter programado e urgente/emergente; este deve ser fechado e isolado ao exterior, devido às suas especificidades físicas e ambientais, com o intuito de prevenir riscos e promover a segurança tanto dos doentes, quanto dos profissionais.

De acordo com a definição da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP, 2006. p.20), o BO é uma

“unidade, orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico /cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.”.

O decorrer de uma intervenção cirúrgica, é identificado como período perioperatório, que é constituído por três fases consecutivas: o período pré-operatório, que se inicia no momento em que é decidida a realização de uma cirurgia e pode ser de carácter eletivo, urgente ou emergente; o período intra-operatório, que inicia quando a

pessoa é transferida para a sala cirúrgica e termina quando ele é transferido para a unidade de cuidados pós anestésicos; o período pós-operatório, que inicia-se com o término da cirurgia e prolonga-se até à alta clínica (AESOP, 2006).

Em qualquer umas das fases, deve-se garantir cuidados qualidade à pessoa, sendo a equipa perioperatória (médicos, enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde) responsáveis pela pessoa desde a sua chegada ao BO, durante o intraoperatório e no pós operatório imediato na unidade de cuidados pós anestésicos (AESOP, 2006).

Destaca-se assim a importância da avaliação contínua e a resolução de problemas, com o objetivo de garantir a competência, eficiência e eficácia do enfermeiro perioperatório, pois este desempenha um papel fundamental para a pessoa que necessita de cuidados operatórios (Cabral, 2004; AESOP, 2006).

Por esse motivo e à semelhança do mundo empresarial, um BO requer processos de gestão que envolvam a melhoria continua, avaliação da qualidade em saúde, assegurando assim a gestão da qualidade dos cuidados de saúde perioperatórios de forma de garantir que seja uma unidade eficaz, eficiente e com cuidados de excelência (Cabral, 2004; AESOP, 2006).

### **2.3.1 Cuidados perioperatórios e o enfermeiro perioperatório**

A *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN, 1998) estabeleceu diretrizes específicas, incluindo recomendações e padrões de qualidade para a prática clínica, definindo a enfermagem perioperatória como o cuidado de enfermagem dirigido a pessoas que são submetidas a cirurgias e outros procedimentos invasivos.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012), o enfermeiro perioperatório presta cuidados de enfermagem de qualidade e procura integrar as pessoas significativas no processo de cuidados, minimizando o impacto negativo que as mudanças de ambiente podem causar. Os enfermeiros perioperatórios são descritos como profissionais que

"centralizam a sua atuação no doente como um todo, através de um processo intelectual, científico e metódico, operacionalizando os seus saberes para melhor cuidar, sendo, sem dúvida, uma garantia da qualidade, da continuidade e da educação junto do doente/família e equipa de saúde" (AESOP, 2006: p.7).

O conceito de enfermagem perioperatória tem evoluído ao longo do tempo. Inicialmente, a enfermagem em sala de operações referia-se apenas aos cuidados prestados aos doentes no pré, intra e pós-operatório imediato. Atualmente, a enfermagem perioperatória abrange todo o percurso do doente, desde a decisão da intervenção cirúrgica até à conclusão de todo o processo cirúrgico (Guido et al., 2014). A European Operating Room Nurses Association (EORNA, 2019) reforçou que esta prática vai além do trabalho técnico que qualquer enfermeiro pode realizar, sublinhando a necessidade de enfermeiros especializados com conhecimentos e habilidades para avaliar, diagnosticar, planear, intervir e avaliar os resultados das intervenções ao longo do período perioperatório.

A EORNA (2019) também salientou que tanto a pessoa submetida à intervenção cirúrgica quanto os seus familiares têm o direito de receber a informação necessária, assim como o apoio emocional e físico, para ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios.

Antes, durante e após a cirurgia, o doente e a sua família encontram-se num estado de vulnerabilidade, tanto física quanto emocional. Os enfermeiros perioperatórios assumem o papel de elo de comunicação entre o doente, a família e a equipa cirúrgica, fornecendo informações e apoio emocional para minimizar a ansiedade, os medos e as incertezas. O doente cirúrgico enfrenta a incerteza e o risco não só relacionados com o seu estado de saúde, mas também com a dependência dos profissionais de saúde. A família, por sua vez, é também afetada, uma vez que estes processos podem perturbar o equilíbrio familiar e gerar uma sobrecarga de stress, frequentemente resultando em crises. Durante o tempo de espera por informações, a preocupação e a ansiedade da família são evidentes (EORNA, 2019).

Assim o objetivo do enfermeiro perioperatório, não é apenas cuidar da pessoa que requer cuidados cirúrgicos, mas também incluir a família no processo, implementando ações específicas nas fases pré, intra e pós-operatória, sendo a principal intervenção preparar a pessoa para o procedimento anestésico-cirúrgico, respeitando os princípios éticos, legais e morais, promovendo assim a saúde (Benze et al., 2021).

Compreende-se assim que para responder às necessidades da pessoa e da sua família, é necessária a comunicação, com uma troca clara e eficaz de informações entre os profissionais de saúde, o doente e os seus familiares, é essencial para assegurar um

cuidado de qualidade, minimizar a ansiedade e criar um ambiente de confiança e segurança ao longo de todo o processo perioperatório (OE, 2012; AORN, 2020).

## **2.4 Comunicação em saúde**

A comunicação é uma das características mais marcantes da experiência humana e é considerada como um dos processos básicos ao longo do ciclo vital do ser humano. Segundo Gire et al. (1993), a palavra comunicar deriva do latim, que significa compartilhar, trocar diferentes perspectivas, conversar, sendo atualmente usada de um modo geral para designar a relação entre as pessoas.

A comunicação é um processo complexo que envolve a interação de vários elementos e é importante que o contexto esteja em consonância com a mensagem que se pretende transmitir, assim como o tom, a linguagem não-verbal e a emoção com que se transmite (Devesa, 2016). Esta, é uma ferramenta fundamental na prestação e na continuidade dos cuidados, e está presente em todas as intervenções realizadas com a pessoa e/ou com os seus familiares/pessoa significativa sendo um elemento central no desenvolvimento da relação terapêutica, em enfermagem (Phaneuf, 2005; Gomes, 2011; Sequeira, 2016).

A definição de comunicação em saúde abrange um determinado número de características. Para Silva (2017, p.4), é designada como a

"arte ou técnica de informar, influenciar e motivar indivíduos, instituições, públicos e audiências sobre importantes questões de saúde [...] o objetivo, inclui a prevenção de doenças, promoção da saúde, política de saúde, gestão dos cuidados de saúde, bem como o aumento da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade [...]".

De acordo com o autor supramencionado, esta ferramenta é uma abordagem complexa que envolve a divulgação de informações de modo a influenciar, envolver e apoiar indivíduos, profissionais de saúde, comunidades, decisores políticos e a população em geral, com o intuito de introduzir, adotar ou manter comportamentos, práticas ou políticas que promovam os resultados em saúde.

Melo et al. (2022), no “Guia de comunicação em saúde- Boas práticas”, desenvolvido no âmbito do PNS 2030, referem a comunicação como sendo uma medida essencial em todos os sistemas sociais e presente em todas as áreas de atuação de uma organização, influenciada por fatores imprevisíveis. Segundo os mesmos autores, de

modo a melhorar a eficácia da comunicação e, por conseguinte, o sucesso das estratégias de saúde é fundamental adotar uma abordagem estratégica que permita planejar, antecipar e coordenar de forma integrada todas as ações e atividades de comunicação. Assim, segundo as recomendações estratégicas e indicações do Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) -2026, cabe aos profissionais de saúde desenvolver estratégias para promover a segurança e qualidade dos cuidados, focando na otimização da comunicação para a melhoria contínua e satisfação dos cuidados.

O PNSD-2026 encontra-se estruturado em cinco pilares que dão suporte a vários objetivos estratégicos. O terceiro pilar, centra-se na comunicação eficaz, e possui três pontos principais: otimizar a comunicação intra e interinstitucional; melhorar a comunicação e segurança no processo de comunicação de cuidados e adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador (Despacho nº 9390/202).

A comunicação em saúde desempenha um papel essencial na integração da família nos cuidados perioperatórios, uma vez que o envolvimento ativo dos familiares no processo de cuidados contribui para a melhoria da segurança e bem-estar do doente, além de reduzir a ansiedade e promover uma experiência mais humanizada. Nesse contexto, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, doente e família é fundamental para garantir a transmissão clara de informações e para fortalecer a confiança e o apoio emocional durante as fases pré, intra e pós-operatória (Silva, 2017; Duarte Melo *et al.*, 2022).

## **2.5. Conceito de família e a importância da presença nos cuidados perioperatórios**

Ao longo da História várias foram as concepções antropológicas e sociológicas que contribuíram para a definição de família. A sua definição é complexa e difere de pessoa para pessoa, pois depende de aspetos culturais, étnicos, religiosos, éticos e crenças, contextualizados em cada país.

Segundo Phipps, 2003, o conceito de família é flexível e mutável, cabendo à pessoa identificar quem é a sua família ou o núcleo de conviventes com que mais se identifica. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.6), família é

“um conjunto de seres humanos vistos como unidade social ou todo coletivo composto de membros ligados através consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal,

incluindo as pessoas que são mais importantes para o doente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, de relação emocional ou de legal, incluindo as pessoas que são mais importantes para o doente, que constituem as partes do grupo”.

No que se refere ao acompanhamento da pessoa em internamento, encontra-se referida na atual legislação portuguesa (Lei nº 15/2014), e não se contempla apenas aqueles que apresentam um vínculo de parentesco, mas também aqueles que demonstram uma relação com a pessoa.

De acordo com esta nova realidade, a OE, introduziu um novo conceito, para além de família pode-se falar de “pessoa significativa”, transparecendo uma mudança de paradigma (OE, 2017). Mais recentemente, o conceito tradicional de família voltou a alterar-se, pelo que tem sofrido alterações e novas configurações, emergindo uma espécie de família solidária e efetiva, onde as relações assentam no afeto e não em regras sociais ou mesmo jurídicas (Stacciarini, 2019).

### **2.5.1 Experiência Cirúrgica e Família do Doente cirúrgico**

Segundo Martins (2000) o facto da família se sentir incluída no tratamento do seu familiar aumenta o sentimento de utilidade, diminuindo a sua ansiedade provocada pela situação clínica da pessoa e pela separação.

Do mesmo modo, e segundo Conceição, *et al.* (2004), é no seio familiar que se inicia o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, tendo esta, o papel de proteger a saúde e apoiar na doença.

De acordo com Hanson (2005), a prestação de cuidados é fundamental centrar-se na família, pois os diversos comportamentos de saúde e de doença são aprendidos no contexto familiar: a unidade familiar é afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde, e a família é um fator significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos; as famílias afetam a saúde do indivíduo, assim como a saúde e as práticas de saúde do indivíduo afetam a família; os cuidados de saúde são mais eficazes quando dão ênfase à família e não apenas a uma pessoa; e por fim, a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde são importantes para a sobrevivência da sociedade.

Segundo, Lima *et al.* (2007) a ansiedade é uma reação emocional transitória caracterizada por sentimentos de apreensão, nervosismo e preocupação. Nesse sentido,

avaliar a ansiedade da família no período intraoperatório é extremamente importante, uma vez que a família é um auxílio essencial no acompanhamento da pessoa durante o internamento; sabe-se que o envolvimento da família nos cuidados, aumenta a colaboração da pessoa; promove a adaptação desta à doença; diminui a sua ansiedade; aumenta a satisfação da família e da pessoa relativamente aos cuidados prestados e promove uma visão positiva em relação à hospitalização (Leske, 1993; Oliveira, 2011).

A evidência teórica, prática e a investigação afirmam que a família promove o bem-estar dos seus membros, bem como também influencia o processo de saúde-doença, o que obriga a considerar os cuidados centrados na família, como parte integrante dos cuidados de saúde, uma vez que esta se mantém como o pilar onde a pessoa com necessidade de uma cirurgia se apoia durante o processo de transição (Oliveira, 2011).

Quando um elemento da família é submetido a uma cirurgia, mesmo que *minor* e programada, inevitavelmente todos os familiares sofrem de ansiedade, podendo desencadear inclusive uma crise familiar. A forma como a família se adapta e responde ao momento de crise poderá afetar a pessoa em situação perioperatória e o prognóstico da sua doença (Carregoso, 2014).

A hospitalização pode provocar na pessoa, a sua “despersonalização” devido ao ambiente onde se encontra inserido, afetando os padrões de vida diários quer a nível individual e familiar, o que pode contribuir para sentimentos como stress e ansiedade (Oliveira, 2015).

Também Arnhold et al. (2017) refere que a ansiedade é um estado emocional desconfortável que consiste no pressentimento de perigo, na necessidade de aguardar e na perceção de desproteção, e reconhece que a ansiedade se intensifica, dependendo da forma como o familiar da pessoa submetida a cirurgia compreende a mesma.

Num estudo desenvolvido por Aust *et al.*, 2016, apurou-se que um terço das pessoas submetidas a cirurgias sofriam de altos níveis de ansiedade e stress.

Assim, segundo Borges (2018), a família é uma unidade funcional que possui funções primordiais para que seja mantido o equilíbrio interno e externo do círculo familiar; pelo que uma intervenção cirúrgica, ao surgir de modo inesperado na vida da pessoa, pode levar a alterações no quotidiano desta e da sua família, tendo implicações no seu bem-estar, nos padrões de vida individuais e familiares (Esteves, 2019).

### **2.5.2 Importância do enfermeiro perioperatório na comunicação com a família do doente cirúrgico**

Durante o período perioperatório, a incerteza e o stress das famílias são frequentemente elevadas devido ao desconhecimento sobre o procedimento cirúrgico e o estado de saúde do doente (Boudreaux et al., 2019).

A comunicação empática e esclarecedora por parte do enfermeiro perioperatório é crucial para mitigar o stress e a ansiedade, fornecendo aos familiares um sentido de segurança e tranquilidade durante todo o processo cirúrgico (Ferreira *et al.*, 2019). Este profissional atua como um elo de ligação entre a equipa cirúrgica e a família, proporcionando informações claras e precisas sobre se o procedimento cirúrgico correu como previsto, os cuidados pós operatórios e o estado de saúde da pessoa (Carvalho *et al.*, 2021). A eficácia desta comunicação não só reduz a ansiedade familiar, mas também melhora a satisfação global com os cuidados prestados, ao promover uma perceção de atenção contínua e personalizada (Silva & Santos, 2020).

A comunicação eficaz realizada pelo enfermeiro perioperatório traduz-se em benefícios, pois facilita a criação de uma relação de confiança entre a equipa de saúde e a família, proporcionando um ambiente de apoio emocional (Oliveira et al., 2018); permite que a família compreenda as etapas do processo cirúrgico, o que pode ajudar na gestão das expectativas e na tomada de decisão informada (Martins & Carvalho, 2020); por último, mas não menos importante, uma boa comunicação reduz o risco de mal-entendidos e de conflitos que podem surgir por falta de informação ou perceção errada sobre o estado de saúde da pessoa (Alves & Pereira, 2020).

Apesar da importância da comunicação, os enfermeiros perioperatórios enfrentam desafios, como a falta de tempo ou o excesso de carga de trabalho, que podem comprometer a qualidade da comunicação com a família e para mitigar esses desafios, a formação contínua em competências da comunicação, o desenvolvimento de protocolos específicos de comunicação perioperatória e o apoio da equipa multidisciplinar são estratégias recomendadas para o desenvolvimento de competências comunicacionais (Moreira *et al.*, 2019; Pires *et al.*, 2021).

Em suma, a abordagem centrada na família, onde o enfermeiro perioperatório atua como um facilitador, não só promove a autonomia dos familiares, mas também fortalece a aliança terapêutica entre a equipa de saúde e a família do doente. A implementação de

boas práticas de comunicação deve ser uma prioridade nas unidades cirúrgicas para assegurar o bem-estar do paciente e da sua família.

### **2.5.3 Métodos de informar a família do Doente cirúrgico**

O enfermeiro desempenha um papel importante ao proporcionar à pessoa e à família, acesso à informação e espaço para que estes possam expressar os seus medos e preocupações, promovendo apoio emocional. As intervenções de enfermagem a nível familiar devem, portanto, incluir apoio, informação sobre a doença, recursos existentes na comunidade, acompanhamento e esclarecimento de dúvidas (Phipps & Cassmeyer, 1990).

De acordo com Ivancko (2004), a sala de espera é um local indicado para dar orientações e suporte, fazer o devido acolhimento e esclarecer dúvidas e questões no sentido de minimizar a ansiedade e o medo da família da pessoa submetida a cirurgia.

O enfermeiro tem um papel de destaque nas informações transmitidas sobre o processo cirúrgico aos familiares, pois estas informações permitem encarar a situação com mais tranquilidade contribuindo para uma melhor gestão do medo, angústia e insegurança que a pessoa que irá ser submetida a cirurgia, possa sentir bem, como a sua família, através de uma assistência individualizada e diferenciada. (Tenani *et al.*, 2007).

Um estudo dos enfermeiros da University of Virgínia Medical Center em 2008 revelou que a ansiedade dos familiares/significativos pode ser diminuída através de um simples telefonema de um minuto. O enfermeiro tem, por isso, aqui um papel essencial e é o elemento da equipa multidisciplinar mais adequado para fornecer informações aos familiares, e para tal deve utilizar uma linguagem clara, simples e adequada que permita um melhor entendimento da doença e/ou da cirurgia (Alcantara *et al.*, 2013).

Percebe-se assim que comunicação com família da pessoa submetida à intervenção cirúrgica por via de mensagens ou telefonemas, pode ser uma opção para a redução da ansiedade, quando em termos estruturais não existe um espaço próprio para transmissão dessas informações pessoalmente (Almeida & Cardoso, 2010).

A evolução das tecnologias, é então uma vantagem para se comunicar com os familiares, apesar de o telefonema ou SMS serem uma forma impessoal de se transmitir informações, nos dias de hoje com o aumento da produção cirúrgica e gestão rigorosa dos tempos operatórios e dos profissionais de saúde, estes meios de comunicação podem ser

um valioso aliado, desde que a informação seja entendida de forma clara e eficaz, perceptível e isenta de terminologia técnica, para que permita um impacto terapêutico (AORN, 2018).

Recentemente, em 2019, num Hospital em Baltimore nos EUA passou a utilizar-se o email para comunicar com a família sobre o *status* cirúrgico, tendo o *feedback* por parte dos familiares sido positivo (AORN, 2019b). Esta opção de comunicação é simples, segura, com atualizações em tempo real e pode ser enviada para vários familiares em simultâneo. Estes não precisam de se restringir a um único local de espera, permitindo que circulem pelo bar ou mesmo jardins do hospital reduzindo a sua ansiedade (AORN, 2019b).

## **CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA**

Segundo Fortin (2009), para aquisição de novos conhecimentos, deve recorrer-se à investigação científica, através da utilização de um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos. Na investigação, deve seguir-se uma metodologia norteadora em função do que se pretende estudar, devendo ser concordante com os objetivos propostos a atingir. A metodologia utilizada depende da perspetiva do investigador, ou seja do paradigma em que o mesmo se encontra.

À luz da ciência atual, este estudo insere-se no paradigma positivista, o que segundo Fortin (2009), se enquadra no método quantitativo, sendo este definido como um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objetivos, acontecimentos e fenómenos que ocorrem independentemente do investigador, permitindo resultados com o menor enviesamento possível.

Neste contexto, o presente estudo pretende analisar a importância da comunicação entre os profissionais de saúde do BO da ULSA-HP e os familiares dos doentes cirúrgicos, bem como o impacto dessa comunicação na qualidade de vida do doente. Para tal foram realizados dois questionários, aplicados à família e ao doente, antes e após a intervenção, que consistiu no contato dos profissionais de saúde com os familiares, através de telefonema e SMS, para fornecer informações sobre o estado do doente durante a sua permanência no BO.

A recolha de dados para o estudo teve em consideração aspetos sociais e éticos, sendo realizado o tratamento estatístico dos mesmos, seguido da análise e discussão dos resultados obtidos na investigação.

### **3.1 Desenho do estudo**

O desenho do estudo abrange todo o plano definido pelo investigador com o objetivo de obter respostas válidas para a questão de investigação. Além disso visa controlar possíveis fontes de enviesamento que possam influenciar os resultados (Fortin, 2009). Para maior clareza, foi criado um diagrama (figura 1) que ilustra a sequência das etapas envolvidas em todo o processo de investigação.

**Figura 1 - Desenho de investigação**



Fonte: Elaborado pela própria.

### 3.2 Perguntas e Hipóteses de Investigação

No presente estudo as perguntas de investigação são:

- A Comunicação entre os profissionais de saúde do BO e a família do doente cirúrgico é importante para o doente e para a sua família?
- A comunicação entre os profissionais do BO e a família do doente cirúrgico contribui para a qualidade de vida do doente?

Este trabalho de investigação baseou-se nas seguintes hipóteses:

- H1: A existência do contato no período intraoperatório entre a equipa do BO e a família do doente cirúrgico é importante para ambos
- H2: O contato no período intraoperatório entre a equipa e a família do doente cirúrgico contribui para qualidade de vida do doente

### 3.3 Operacionalização de Variáveis

As variáveis constituem elementos que podem ser medidos, manipulados ou controlados pelo investigador, sendo classificadas tendo em conta o papel que desempenham na investigação, podendo dividir-se em independentes, dependentes, atributos e estranhas (Fortin, 2009).

As variáveis atributo dizem respeito às características “*pré-existentes dos participantes no estudo*” (Fortin, 2009, p. 172). Neste estudo, definimos que seriam: a idade e o género (Tabela 3.1). As variáveis do questionário EQ-5D-5L estão descritas na tabela 3.2.

**Tabela 3.1** - Características Sociodemográficas

Variáveis	Classificação
Idade	Quantitativa razão
Género	Qualitativa nominal

**Tabela 3.2** - Variáveis do Questionário EQ-5D-5L

Variáveis	Classificação
Mobilidade	Qualitativa ordinal
Cuidados pessoais	Qualitativa ordinal
Atividades Habituais	Qualitativa ordinal
Dor/mal	Qualitativa ordinal
Ansiedade/depressão	Qualitativa ordinal
QVAS	Quantitativa
	Intervalo (de 0 a 100) Índice de Valor

### 3.4 População e Amostra

A população selecionada para a realização deste estudo, foram as famílias e os doentes submetidos a cirurgias nas especialidades de cirurgia geral, senologia, ginecologia, urologia e ortopedia no BO da ULSA - HP, estando apresentados os critérios de inclusão e exclusão na Tabela 3.3. O número de elementos a integrar no tamanho da

amostra serão 80 famílias e 80 doentes antes da implementação da intervenção e 100 famílias e 100 doentes após a implementação da mesma.

**Tabela 3.3** - Apresentação de critérios de inclusão/exclusão dos participantes do estudo

<b>Crítérios de inclusão</b>	<b>Crítérios de exclusão</b>
Doentes submetidos cirurgia eletiva e de urgência.	Doentes do foro obstétricos, por ter acompanhamento permanente
Doentes com idade igual ou superior a 19 anos	Doentes com idade igual ou inferior a 18 anos, por ter acompanhamento permanente
Doentes que aceitem participar no estudo	Doentes que recusem participar no estudo
	Doentes com transtornos cognitivos que impeçam a recolha de dados válida

Desta forma, neste estudo optou-se por uma amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que a rígidas e hierárquicas podem desencorajar a inovação e dificultar a integração de práticas de melhoria contínua, uma vez que os profissionais podem sentir-se desmotivados para escolha dos participantes em causa não é aleatória, mas baseada em critérios definidos pelo pesquisador (Fortin, 2009). As amostras são obtidas por identificação de um número de doentes que atendem aos critérios de inclusão no estudo, tendo como vantagens a sua funcionalidade e baixo custo de amostragem. Porém, tem como limitação a falta de representatividade e a impossibilidade de extrapolar os resultados (Vilelas, 2020).

### **3.5 Instrumento de Recolha de Dados**

O estudo realizado é quantitativo e o instrumento de recolha de dados utilizado irá ser o questionário.

Foram aplicados dois questionários semiestruturados, um à família do doente cirúrgico e outro ao doente, antes e após a intervenção no período de 2 de Maio a 30 de Agosto de 2022. No preenchimento dos questionários irá ser garantida a confidencialidade e anonimato das informações. Os questionários tinham início com uma

introdução onde era explicado qual o objetivo e a autora do estudo e o modo de preenchimento dos questionários.

No final do estudo, após a análise e tratamento dos resultados e da sua discussão, os resultados e as principais conclusões do estudo serão apresentados à equipa do BO.

### **3.5.1 Pré teste**

Foi realizado um pré-teste entre os dias 24 e 28 de janeiro de 2022, com uma amostra composta por cinco participantes. Após a aplicação do questionário, foram solicitados aos participantes que fornecessem feedback sobre eventuais dificuldades e dúvidas enfrentadas, bem como sobre a clareza e precisão das questões formuladas. A análise das respostas indicou que nenhum dos participantes relatou dificuldades significativas ou dúvidas em relação às questões apresentadas. Todos consideraram que as questões eram claras e bem formuladas, conforme recomendação de Fortin (2009) para garantir a validade do instrumento de coleta de dados.

### **3.5.2 Questionário à família do doente cirúrgico**

Para obter informação acerca da família do doente cirúrgico e do seu percurso neste processo, no questionário foram feitas algumas questões que consistem maioritariamente em perguntas de resposta fechada, apresentando, contudo, algumas perguntas abertas, permitindo a exposição da opinião dos indivíduos de forma livre.

O questionário à família do doente cirúrgico está dividido em duas partes. Na primeira parte foram realizadas perguntas relacionadas com o dia da cirurgia do seu familiar e na segunda parte perguntas sobre os dados sociodemográficos do familiar (Apêndice B).

### **3.5.3 Questionário ao doente cirúrgico**

Para obter informação acerca do doente cirúrgico e do seu percurso neste processo, ao longo do questionário foram feitas algumas questões que consistem maioritariamente em perguntas de resposta fechada, apresentando, contudo, algumas perguntas abertas, permitindo a exposição da opinião dos indivíduos de forma livre.

O questionário realizado ao doente cirúrgico está dividido em quatro partes. Na primeira parte foram realizadas perguntas relacionadas com o dia da sua cirurgia, na segunda parte foram realizadas perguntas para tentar perceber a satisfação em relação à informação dada à sua família e na terceira parte, foi aplicada a versão Portuguesa do questionário EQ-5D-5L, utilizando-se as tarifas portuguesas para o cálculo do índice EQ-5D-5L (Ferreira et al., 2019). Para esta secção, foi utilizado um guião de entrevista telefónica específico para o questionário EQ-5D-5L, conforme apresentado no Anexo I. Por fim, na quarta parte focou-se em questões relacionadas com os dados sociodemográficos do doente (Apêndice C).

### **3.6 Índice EQ-5D**

O EQ-5D é um instrumento padronizado, desenvolvido a partir de 1987 pelo Grupo EuroQol e tornado público em 1990, tendo como finalidade gerar um índice de saúde, medindo a saúde de uma forma quantitativa, de modo a descrever a qualidade de vida relacionada com a saúde para ser utilizado em estudos de avaliação económica. É um instrumento cognitivamente pouco exigente, de rápido preenchimento e foi desenhado para ser preenchido pelo próprio. É adequado para estudos com recurso ao inquérito por correspondência, em clínicas e em entrevistas presenciais (Cheung, Oemar, Oppe, & Rabin, 2009).

O EQ-5D fornece assim, um perfil da QVRS através de cinco dimensões e pode gerar um índice de saúde ponderado e baseado em tabelas de valores. O valor da escala analógica pode ser usado para análise das alterações do estado de saúde ao longo do tempo.

Atualmente existem três versões do instrumento: o EQ-5D-3L, o EQ-5D-5L e o EQ-5D-Y, mas neste estudo apenas se vai usar a versão EQ-5D-5L.

#### **3.6.1 Índice EQ-5D-5L**

De entre os instrumentos gerais utilizados para medir a QVRS, nesta investigação optou-se por utilizar a versão Portuguesa do questionário EQ-5D-5L e usadas as tarifas portuguesas para o cálculo do índice EQ-5D-5L, seguindo a metodologia definida em Ferreira et al. (2019).

Esta versão foi introduzida em 2005, no sentido de melhorar a sensibilidade do instrumento e reduzir os efeitos de teto. Estudos experimentais efetuados por membros de EuroQol Group demonstraram que o aumento dos níveis de gravidade em cada uma das dimensões poderia aumentar significativamente a confiabilidade e sensibilidade, mantendo a viabilidade do instrumento.

O índice EQ-5D-5L mede a saúde de forma quantitativa e pode ser usado em estudos de avaliação económica. É constituído por duas partes: uma primeira parte descritiva que compreende as cinco dimensões, e uma segunda parte que contém uma escala visual analógica vertical.

A parte descritiva consiste essencialmente na descrição da saúde do indivíduo através de cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar, ansiedade/depressão, com possibilidade de 5 níveis de resposta. O nível um representa sem problemas ou inexistência de problema, o nível dois problemas ligeiros, o nível três aponta para existência de problemas moderados, o nível quatro refere problemas severos ou extremos e, o nível 5 revela problemas muito graves ou incapacidade para aquela dimensão, que descrevem o estado de saúde da pessoa, sendo o índice global do instrumento gerado por um algoritmo com base nas preferências das respostas recolhidas das cinco dimensões.

O índice EQ-5D situa-se numa escala de 1 (saúde perfeita) a 0 (morte), admitindo-se, porém, valores negativos correspondentes a estados de saúde considerados piores do que morte (Ferreira, Ferreira e Pereira, 2013).

A tabela a seguir é demonstrativa das cinco dimensões que fazem parte do EQ-5D-5L no que respeita aos níveis de gravidade.

**Tabela 3.4 - Dimensões e níveis de gravidade do questionário EuroQol – versão EQ-5D-5L**

<b>Dimensões e níveis de gravidade</b>	
<b>Mobilidade</b>	
Não tenho problemas em andar	1
Tenho alguns problemas em andar	2
Tenho problemas moderados em andar	3
Tenho problemas graves em andar	4
Tenho problemas extremos em andar	5

**Tabela 3.5 - Dimensões e níveis de gravidade do questionário EuroQol – versão EQ-5D-5L (continuação).**

<b>Dimensões e níveis de gravidade</b>	
<b>Cuidados pessoais</b>	
Não tenho problemas em me lavar ou vestir sozinho/a	1
Tenho alguns problemas em me lavar ou vestir sozinho/a	2
Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir sozinho/a	3
Tenho problemas graves em me lavar ou vestir sozinho/a	4
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	5
<b>Atividades habituais (trabalho, estudo, atividades domésticas, familiares ou de lazer)</b>	
Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	1
Tenho alguns problemas em realizar as minhas atividades habituais	2
Tenho problemas moderados em realizar as minhas atividades habituais	3
Tenho problemas graves em realizar as minhas atividades habituais	4
Sou incapaz de realizar as minhas atividades habituais	5
<b>Dor/Mal-estar</b>	
Não tenho dores ou mal-estar	1
Tenho algumas dores ou mal-estar	2
Tenho dores ou mal-estar moderados	3
Tenho dores ou mal-estar graves	4
Tenho dores ou mal-estar extremos	5
<b>Ansiedade/Depressão</b>	
Não estou ansioso ou deprimido	1
Estou um pouco ansioso e deprimido	2
Estou moderadamente ansioso ou deprimido	3
Estou muito ansioso e deprimido	4
Estou extremamente ansioso e deprimido	5

**Fonte:** User Guide do EuroQol

Os estados de saúde EQ-5D-5L podem ser resumidos usando um código de cinco dígitos ou representado por um único número de resumo (valor do índice) que reflete o

quão bom ou mau um estado de saúde está, de acordo com as preferências da população geral de um país/região (EuroQol Research Foundation, 2019).

O EQ-5D-5L permite definir 3125 estados de saúde. Um índice de valor é calculado aplicando uma fórmula que atribui ponderações a cada um dos níveis em cada dimensão, deduzindo estas ponderações a 1, o valor para o melhor estado (ou seja, 11111). O estado 55555 representa problemas extremos em todas elas (EuroQol Research Foundation, 2019).

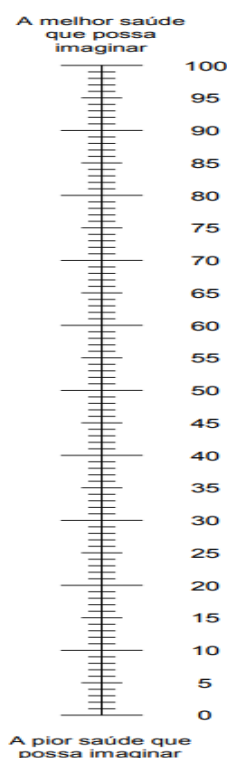
### **3.6.2 Escala Visual Analógica (EQ-VAS)**

A segunda parte do questionário contém uma Escala Visual Analógica (EVA), também conhecida como termómetro EQ-VAS, que permite aos indivíduos realizarem uma autoavaliação do seu estado de saúde atual. Esta avaliação é feita atribuindo um valor entre 0 (zero), representando a pior saúde imaginável, e 100 (cem), correspondendo à melhor saúde possível (Ferreira, Ferreira e Pereira, 2013).

No caso da população portuguesa, a escala apresenta uma amplitude definida entre -0,5 e 1,0 (Ferreira et al, 2013).

A fiabilidade do EQ-5D foi verificada no estudo de Ferreira, Ferreira e Pereira (2013), com o instrumento a obter um coeficiente de 0,716. A validade deste instrumento foi estabelecida comparando o seu desempenho, bem como o do EQ-VAS, com o instrumento genérico de medição de saúde SF-6D.

**Figura 2 - Termómetro EQ-VAS**



**Fonte:** Português (Portugal) © 2015 EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

### **3.7 Tratamento e análise estatística dos dados recolhidos**

Após a aplicação dos questionários de investigação foi necessário efetuar o tratamento dos dados recolhidos.

Para realizar a análise estatística, foi utilizado o programa informático Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 26.0 para Windows, utilizando métodos de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, o teste t de Student para amostras independentes, o teste de Fisher e o teste do Qui-quadrado de independência.

O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo.

As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados. Aceitou-se a normalidade de distribuição dos valores nas amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central.

A homogeneidade de variância foi analisada com o teste de Levene. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq .05$ .

### **3.8 Aspectos Éticos**

Para assegurar o cumprimento das normas éticas e deontológicas deste estudo, foi solicitado parecer à Comissão de Ética para a Saúde, o qual foi favoravelmente emitido a 07 de Abril de 2022. Adicionalmente, foi obtida autorização do Conselho de Administração da ULSA- HP, concedida a 21 de Abril de 2022 (Anexo II).

Todo o processo foi conduzido em conformidade com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia, garantindo a proteção dos direitos éticos, segurança e bem-estar dos participantes, assegurando o prévio consentimento livre e esclarecido, assim como total anonimato e confidencialidade. Para o efeito, foi elaborado um pedido de autorização formalizado à família, (Apêndice D) e ao doente (Apêndice E) que aceitaram colaborar neste estudo, onde foi explícita a livre tomada de decisão para a participação no estudo, assim como o âmbito do estudo e finalidade, no sentido de garantir uma participação voluntária.

## CAPÍTULO 4. RESULTADOS

No tratamento e análise dos dados descrito por Morse (2007) deve-se realizar um inquérito crítico, uma procura meticulosa por respostas, uma observação ativa e uma memória precisa. A finalidade da análise dos dados é ilustrar as experiências vividas pelos participantes, conforme salientado por Streubert e Carpenter (2013).

Foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados que caracterizam a amostra e das respostas às questões fechadas, utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), versão 26. Para as questões abertas, foi efetuada uma análise de conteúdo.

Neste capítulo irá ser apresentado os resultados obtidos e a sua análise relativa à família, ao doente e por fim ao instrumento genérico de medição da QVRS, o EQ-5D-5L, respetivamente.

### 4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra dos familiares antes e após a implementação da intervenção

A amostra era constituída por 180 respostas de familiares (80 antes da implementação e 100 depois da implementação do projeto). A média de idades era de 50 anos, variando entre um mínimo de 21 e um máximo de 78 anos. A maioria era do género masculino (58.3%), casado (87.8%), era o marido ou esposo (68.3%) e tinha o ensino secundário (40%).

**Tabela 4.1** - Caracterização Sociodemográfica da amostra dos familiares dos doentes cirúrgicos, antes e após a implementação da intervenção

	Antes da implementação		Após a implementação		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade (M)</b>	50,4	11,8	49,7	13,3	50,0	12,6
<b>Género</b>						
Feminino	32	40,0	43	43,0	75	41,7
Masculino	48	60,0	57	57,0	105	58,3

**Tabela 4.1** - Caracterização Sociodemográfica da amostra dos familiares dos doentes cirúrgicos, antes e após a implementação da intervenção (continuação).

	Antes da implementação		Após a implementação		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	2	2,5	14	14,0	16	8,9
Casado	78	97,5	80	80,0	158	87,8
Divorciado	0	0,0	5	5,0	5	2,8
Viúvo	0	0,0	1	1,0	1	0,6
<b>Parentesco</b>						
Marido/Esposa	69	86,3	54	54,0	123	68,3
Pai/Mãe	7	8,8	12	12,0	19	10,6
Filho(a)	0	0,0	17	17,0	17	9,4
Amigo	1	1,3	3	3,0	4	2,2
Outro	3	3,8	14	14,0	17	9,4
<b>Escolaridade</b>						
Consegue ler e escrever	1	1,3	1	1,0	2	1,1
Ensino básico	31	38,8	36	36,0	67	37,2
Ensino secundário	30	37,5	42	42,0	72	40,0
Ensino superior	18	22,5	21	21,0	39	21,1
<b>Distância do hospital (em quilómetros)</b>	19,8	34,9	24,2	41,7	22,3	38,8
<i>M (Média)</i>						8

#### 4.2 Cirurgia Programada/Urgente e Consentimento Informado

Conforme os resultados da tabela 6, a maioria das cirurgias foi programada e em 51.7% dos casos os familiares indicam que foram informados/ esclarecidos completamente em relação à forma como a cirurgia iria ser realizada, aos riscos e benefícios envolvidos. É de salientar também que uma percentagem razoável (n=70, 38.9%) refere não ter sido esclarecido.

**Tabela 4.2 -** Indicação quanto à programação da cirurgia e obtenção de Consentimento informado antes e após a implementação da intervenção

	Antes da implementação		Após a implementação		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Cirurgia</b>						
Programada	68	85,0%	92	92,0%	160	88,9
Urgente	12	15,0%	8	8,0%	20	11,1
<b>Foi informado</b>						
Sim, completamente	40	47,5%	53	53,0%	93	51,7
Sim, mas permaneci com algumas dúvidas	1	1,3%	16	16,0%	17	9,4
Não	39	48,8%	31	31,0%	70	38,9

### 4.3 Sentimentos vivenciados pelos familiares

De acordo com a tabela 4.3, os sentimentos mais vivenciados durante o período em que o familiar esteve no bloco operatório antes da cirurgia foram a preocupação (66.1%) e a ansiedade (61.1%). Depois da implementação constatou-se uma redução significativas dos sentimentos de angústia (8.8% vs 1%) e da preocupação (80% vs 55%).

É importante referir que nenhum dos familiares manifestou sofrimento, incerteza e satisfação após a implementação da intervenção.

**Tabela 4.3 -** Sentimentos vivenciados antes e após a implementação da intervenção.

	Antes da intervenção		Após a implementação		Total		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
<b>Angústia</b>							.023*
Não	73	91,3%	99	99,0%	172	95,6	
Sim	7	8,8%	1	1,0%	8	4,4	
<b>Ansiedade</b>							.126
Não	26	32,5%	44	44,0%	70	38,9	
Sim	54	67,5%	56	56,0%	110	61,1	
<b>Calma</b>							.060
Não	75	93,8%	84	84,0%	159	88,3	
Sim	5	6,3%	16	16,0%	21	11,7	

**Tabela 4.3** - Sentimentos vivenciados antes e após a implementação da intervenção (continuação)

	Antes da intervenção		Após a implementação		Total		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
<b>Incerteza</b>							.444
Não	79	98,8%	100	100,0%	179	99,4	
Sim	1	1,3%	0	0,0%	1	0,6	
<b>Medo</b>							.694
Não	78	97,5%	96	96,0%	174	96,7	
Sim	2	2,5%	4	4,0%	6	3,3	
<b>Preocupação</b>							.001** *
Não	16	20,0%	45	45,0%	61	33,9	
Sim	64	80,0%	55	55,0%	119	66,1	
<b>Satisfação</b>							---
Não	80	100,0%	100	100,0%	180	100,0	
Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0	
<b>Sofrimento</b>							.086
Não	77	96,3%	100	100,0%	177	98,3	
Sim	3	3,8%	0	0,0%	3	1,7	
<b>Stress</b>							.162
Não	71	88,8%	95	95,0%	166	92,2	
Sim	9	11,3%	5	5,0%	14	7,8	
<b>Nenhum</b>							--
Não	80	100,0%	100	100,0%	180	100,0	
Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0	
<b>Outro</b>							--
Não	80	100,0%	100	100,0%	180	100,0	
Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0	

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

#### 4.4 Dificuldades sentidas pelos familiares

Segundo a tabela 4.4, as dificuldades mais sentidas pelos familiares durante o período em que o familiar esteve no bloco operatório antes da implementação da intervenção foram a falta de informação (92.5%) e o tempo em dar informação (23.8%).

Após a implementação da intervenção constatou-se uma redução significativa na falta de informação (92.5% vs 0%), local de espera inapropriado (8.8% vs 1%) e tempo em dar informação (23.8% vs 7%).

**Tabela 4.4 - Dificuldades sentidas antes e após a implementação da intervenção**

	Antes da implementação		Após a implementação		Total		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
<b>Falta de atenção por parte dos profissionais de saúde</b>							.444
Não	79	98,8%	100	100,0%	179	99,4	
Sim	1	1,3%	0	0,0%	1	0,6	
<b>Falta de disponibilidade</b>							.444
Não	79	98,8%	100	100,0%	179	99,4	
Sim	1	1,3%	0	0,0%	1	0,6	
<b>Falta de informação</b>							.001** *
Não	6	7,5%	100	100,0%	106	58,9	
Sim	74	92,5%	0	0,0%	74	41,1	
<b>Falta de privacidade</b>							.586
Não	78	97,5%	99	99,0%	177	98,3	
Sim	2	2,5%	1	1,0%	3	1,7	
<b>Local de espera inapropriado</b>							.023*
Não	73	91,3%	99	99,0%	172	95,6	
Sim	7	8,8%	1	1,0%	8	4,4	
<b>Tempo em dar informação</b>							.002**
Não	61	76,3%	93	93,0%	154	85,6	
Sim	19	23,8%	7	7,0%	26	14,4	
<b>Nenhuma dificuldade</b>							.001** *
Não	77	96,3%	8	8,0%	85	47,2	
Sim	3	3,8%	92	92,0%	95	52,8	
<b>Outro</b>							--
Não	80	100,0%	100	100,0%	180	0	
Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0	

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

#### 4.5 Informações que os familiares desejariam que lhes fossem transmitidas antes da implementação da intervenção

As informações que os familiares mais referem que gostariam que lhes fossem transmitidas pelos profissionais do bloco operatório eram sobre a possibilidade de visitar o doente (93.3%), sobre o estado de saúde do familiar (92%) e se a cirurgia correu bem (84%).

**Tabela 4.5** - Informações que os familiares gostariam que tivessem sido transmitidas

	N	%
A cirurgia está a correr bem?	9	12,0%
A cirurgia já terminou?	48	64,0%
Correu tudo Bem?	63	84,0%
Correu conforme o planeado?	10	13,3%
Como é que ele/a está?	69	92,0%
Está acordado/a?	24	32,0%
Tem dor?	27	36,0%
Quando é transferido para o internamento?	8	10,7%
Quando é possível visitá-lo/a?	70	93,3%
Outra	0	0,0%

#### 4.6 Informações aos familiares antes e após a implementação do projeto

- Relativamente à questão: “**Recebeu alguma informação dos profissionais?**”

Conforme a tabela 4.6 constata-se que a maioria dos familiares antes da implementação da intervenção não recebeu algum tipo de informação por parte dos profissionais.

Todos os familiares após a implementação da intervenção confirmam ter recebido informações dos profissionais.

**Tabela 4.6** - Percentagem de famílias que receberam informações antes e após a implementação da intervenção

Receberam informações antes da implementação?	Antes da implementação		Após a implementação	
	N	%	N	%
Não	75	93,8%	0	0%
Sim	5	6,3%	100	100%

- Relativamente à questão: **“Gostaria de ter recebido informações sobre o seu familiar durante o período em que permaneceu no Bloco Operatório antes da implementação da intervenção?”**

Todos afirmam que gostariam de receber informações da Equipa de Saúde do Bloco Operatório durante a permanência do seu familiar no Bloco Operatório.

- Relativamente à questão: **“De quem recebeu a informação?”**

Dos cinco familiares que receberam informação antes da implementação da intervenção verifica-se que uma proporção superior (n=4, 80.0%) recebeu-a por parte dos médicos. Nenhum familiar recebeu qualquer informação por parte dos administrativos ou assistentes operacionais.

No que refere aos profissionais que dão mais informação após a implementação da intervenção, de acordo com a tabela 4.7, é possível constatar que a informação dada aos familiares é predominantemente fornecida pelos enfermeiros (n=99, 99.0%).

Em uma proporção muito elevada quem forneceu a informação no bloco operatório foi o enfermeiro(a) (95.2%), tendo a informação sido dada maioritariamente por telefone (97.1%).

**Tabela 4.7** - Profissionais que forneceram a informação antes e após a implementação da intervenção

	Antes da implementação		Após a implementação		Total	
	N	%	N	%	N	%
Administrativo (a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Assistente Operacional	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Enfermeiro (a)	1	20,0%	99	99,0%	100	95,2%
Médico (a)	4	8,0%	7	7,0%	11	10,5%

- Relativamente à questão: **“De que forma foi dada a informação pelo profissional do Bloco Operatório?”**

A informação fornecida pelo profissional do bloco operatório aos familiares, foi na sua totalidade por Telefone (97,1%) ou mensagem SMS (94,3%).

Das 7 pessoas que receberam a informação de forma presencial, 57% também a receberam por telefone e 43% de outra forma. Das 102 que receberam por telefone, 98% também a receberam por SMS.

**Tabela 4.8** - Forma como a informação foi dada após a implementação da intervenção

	Após a Implementação	
	N	%
Presencial	7	6,7%
Telefone	102	97,1%
SMS	99	94,3%

-Relativamente à questão: **“Se foi presencial está satisfeito quanto às condições da zona de espera?”**

Dos três familiares que referem ter tido a informação presencialmente apenas um refere estar satisfeito quanto à zona de espera e os outros dois pouco satisfeitos

- Relativamente à questão: **“Sugeria a algum familiar ou amigo o Bloco Operatório de Portimão?”**.

Todos os familiares responderam de forma positiva, tanto antes como após a implementação.

#### **4.7 Níveis de satisfação dos familiares em relação à informação fornecida pelos profissionais do bloco operatório após a implementação da intervenção**

- Relativamente à questão: **“A informação foi importante?”**

As informações prestadas pelo profissional durante o período em que o familiar esteve no Bloco Operatório forma consideradas como muito importantes pelos seus familiares (M = 4.77) (Tabela 4.9).

**Tabela 4.9** - Média e Desvio padrão da importância quanto à informação após a implementação da intervenção

	<b>M</b>	<b>DP</b>
Importância...	4,77	,486

1 – Nada importante 5 – Extremamente importante M – Média DP – Desvio padrão

Quanto à importância da informação recebida a maioria dos familiares (n=81, 81.0%) refere que a mesma foi extremamente importante (Tabela 4.10).

**Tabela 4.10** - Nível de importância quanto à informação após a implementação da intervenção

	<b>Após a Implementação</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Nada importante	0	0,0%
Pouco importante	0	0,0%
Importante	3	3,0%
Muito importante	16	16,0%
Extremamente importante	81	81,0%

Como se pode observar na tabela 4.11:

- Relativamente à questão: “**Informação contribuiu para influenciar os sentimentos vivenciados?**”

Todos os familiares referem que a informação contribuiu para influenciar os sentimentos vivenciados.

- Relativamente à questão: “**Informações foram fornecidas de uma forma compreensível?**”

Todos os familiares referem que a informação foi fornecida de forma compreensível.

- Relativamente à questão: “**O profissional do bloco operatório foi atencioso?**”

Todos os familiares referem que o profissional do bloco operatório foi atencioso.

- Relativamente à questão: **“Informações fornecidas pelo profissional do Bloco Operatório elucidaram-no quanto ao estado de saúde do seu familiar?”**

De acordo com os resultados da tabela 4.11 verifica-se que praticamente todos os familiares (n=99, 99.0%) ficaram elucidados quanto às informações fornecidas pelo profissional do bloco operatório no que se refere ao estado de saúde do seu familiar.

- Relativamente à questão: **“Informações fornecidas pelo profissional do Bloco Operatório contribuíram para ajudar a minimizar as dificuldades sentidas no domicílio?”**

Conforme a tabela 4.11, verifica-se que apenas (22.0%) familiares afirmam que a informação recebida pelo profissional do bloco operatório contribui para ajudar a minimizar as dificuldades sentidas no domicílio.

**Tabela 4.11** - Informação fornecida pelos profissionais de saúde após a implementação

	N	%
Contribuíram para influenciar os sentimentos	105	100,0%
Foram fornecidas de forma compreensível	105	100,0%
O profissional foi atencioso	105	100,0%
Elucidaram-no quanto ao estado de saúde	104	99,0%
Minimizaram as dificuldades	27	25,7%

- Relativamente à questão: **“Considera-se satisfeito com o serviço de informação do Bloco Operatório?”**

Em conformidade com os resultados da tabela 16 é possível afirmar que grande parte dos familiares (n=87, 87.0%) se encontram extremamente satisfeitos com o serviço de informação do bloco operatório.

O grau de satisfação dos familiares com o serviço de informação do Bloco Operatório é muito elevado (M = 4.83)

**Tabela 4.12** - Nível de Satisfação com a informação fornecida após a implementação da intervenção.

	Após a implementação	
	N	%
Nada satisfeito	0	0,0%

**Tabela 4.12** - Nível de Satisfação com a informação fornecida após a implementação da intervenção (continuação).

	Após a implementação	
	N	%
Pouco satisfeito	0	0,0%
Satisfeito	1	1,0%
Muito Satisfeito	11	12,0%
Extremamente Satisfeito	87	87,0%

**Tabela 4.13** - Média e desvio padrão da Satisfação com a informação fornecida após a implementação da intervenção.

	Após a Implementação	
	M	DP
Importância...	4,83	,403

*1 – Nada satisfeito 5 – Extremamente satisfeito M – Média DP – Desvio padrão*

#### 4.8 Caracterização da amostra dos doentes antes e depois da intervenção

A amostra era constituída por 180 respostas de doentes inquiridos, dos quais 100 depois da implementação (55.6%). A média de idades era de 51 anos, variando entre um mínimo de 19 e um máximo de 90 anos. A maioria era do género feminino (73.3%), casada (74.4%), era o marido ou esposo (67.8%) e tinha o ensino básico (41.7%).

**Tabela 4.14** - Caracterização Sociodemográfica da amostra dos doentes antes e após a implementação da intervenção.

	Antes da implementação		Após a implementação		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade (M)</b>	46,7	12,1	54,5	17,1	51,0	15,6
<b>Género</b>						
Feminino	53	66,3%	79	79,0%	132	73,3
Masculino	27	33,8%	21	21,0%	48	26,7
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	8	10,0%	14	14,0%	22	12,2
Casado	68	85,0%	66	66,0%	134	74,4
Divorciado	4	5,0%	10	10,0%	14	7,8
Viuvo	0	0,0%	10	10,0%	10	5,6

**Tabela 4.14** - Caracterização Sociodemográfica da amostra dos doentes antes e após a implementação da intervenção (continuação).

	Antes da implementação		Após a implementação		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Parentesco</b>						
Marido/Esposa	67	83,8%	55	55,0%	122	67,8
Pai/Mãe	2	2,5%	16	16,0%	18	10,0
Filho(a)	7	8,8%	11	11,0%	18	10,0
Amigo	1	1,3%	4	4,0%	5	2,8
Outro	3	3,8%	14	14,0%	17	9,4
<b>Escolaridade</b>						
Não consegue ler e escrever	0	0,0%	1	1,0%	1	0,6
Consegue ler e escrever	1	1,3%	6	6,0%	7	3,9
Ensino básico	29	36,3%	46	46,0%	75	41,7
Ensino secundário	34	42,5%	27	27,0%	61	33,9
Ensino superior	16	20,0%	20	20,0%	36	20,0
<b>Distância do hospital (em quilómetros)</b>	20,0	35,0	21,7	32,8	20,9	33,8
<i>M – Média</i>						

#### 4.9. Cirurgia programada ou urgente/Consentimento Cirúrgico

A maioria das cirurgias foi programada e em 83.9% dos casos os doentes indicam que foram informados/ esclarecidos completamente em relação à forma como a cirurgia iria ser realizada, aos riscos e benefícios envolvidos.

**Tabela 4.15** - Tipo de cirurgia quanto à sua urgência e obtenção do consentimento informado antes e após a implementação da intervenção

	Antes da implementação		Após a implementação		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Cirurgia</b>						
Programada	69	86,3%	95	95,0%	164	91,1
Urgente	11	13,8%	5	5,0%	16	8,9
<b>Foi informado</b>						
Sim, completamente	71	88,8%	80	80,0%	151	83,9
Sim, mas permaneci com algumas dúvidas	8	10,0%	16	16,0%	24	13,3
Não	1	1,3%	4	4,0%	5	2,8

#### 4.10 Sentimentos vivenciados pelo doente

##### - Relativamente à questão: “Que sentimentos vivenciou antes da cirurgia?”

Os sentimentos vivenciados antes da cirurgia foram a ansiedade (55%), calma ou preocupação (32%). Depois da implementação constatou-se uma redução significativas dos sentimentos de ansiedade (72.5% vs 41%), um aumento da calma (16.3% vs 45%), diminuição do medo (36.3% vs 17%), diminuição da preocupação (50% vs 18%) e do sofrimento (8.8% vs 0.0%).

**Tabela 4.16** - Sentimentos vivenciados pelo doente antes da cirurgia, antes e após a implementação da intervenção.

	Antes da implementação		Após a implementação		Total		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
<b>Angústia</b>							.375
Não	73	91,3%	95	95,0%	168	93,3	
Sim	7	8,8%	5	5,0%	12	6,7	
<b>Ansiedade</b>							.001***
Não	22	27,5%	59	59,0%	81	45,0	
Sim	58	72,5%	41	41,0%	99	55,0	
<b>Calma</b>							.001***
Não	67	83,8%	55	55,0%	122	67,8	
Sim	13	16,3%	45	45,0%	58	32,2	
<b>Incerteza</b>							.657
Não	77	96,3%	98	98,0%	175	97,2	
Sim	3	3,8%	2	2,0%	5	2,8	
<b>Medo</b>							.004**
Não	51	63,8%	83	83,0%	134	74,4	
Sim	29	36,3%	17	17,0%	46	25,6	
<b>Preocupação</b>							.001***
Não	40	50,0%	82	82,0%	122	67,8	
Sim	40	50,0%	18	18,0%	58	32,2	
<b>Satisfação</b>							---
Não	80	100,0%	100	100,0%	180	100,0	
Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0	
<b>Sufrimento</b>							.003**
Não	73	91,3%	100	100,0%	173	96,1	
Sim	7	8,8%	0	0,0%	7	3,9	
<b>Stress</b>							.162
Não	71	88,8%	95	95,0%	166	92,2	
Sim	9	11,3%	5	5,0%	14	7,8	
<b>Nenhum</b>							1.000
Não	79	98,8%	99	99,0%	178	98,9	
Sim	1	1,3%	1	1,0%	2	1,1	

**Tabela 4.16** - Sentimentos vivenciados pelo doente antes da cirurgia, antes e após a implementação da intervenção (continuação).

	Antes da implementação		Após a implementação		Total		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
<b>Outro</b>							1.000
Não	80	100,0%	99	99,0%	179	99,4	
Sim	0	0,0%	1	1,0%	1	0,6	

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

#### 4.11 Presença da família no bloco operatório

- Relativamente à questão: **Qual a importância da presença da sua família no BO?**

A importância da presença da família diminuiu significativamente depois da implementação da intervenção (2.48 vs 1.71),  $UM = 2457.50$ ,  $p < 0,001$ .

Neste caso o grupo analisado antes da implementação da intervenção considera mais importante esta questão.

**Tabela 4.17** - Importância da presença da família no BO antes e após a implementação da intervenção

	Antes da implementação		Após a implementação		Total		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Importância da presença da família no Bloco Operatório	2,48	1,26	1,71	1,00	2,05	1,18	.104

1 – Nada importante 5 – Extremamente importante M – Média DP – Desvio padrão

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

#### 4.12 Informação à família

- Relativamente à questão: **“Durante a sua permanência no BO o seu familiar recebeu alguma informação dos profissionais desse serviço?”**

A proporção de doentes que indicam que os seus familiares receberam alguma informação dos profissionais do serviço aumentou significativamente depois da implementação da intervenção (99% vs 6.3), teste de Fisher,  $p = <.001$ .

**Tabela 4.18** - Frequência da informação fornecida à família pelos profissionais de saúde do BO antes e após a implementação da intervenção

Informação fornecida à família		Momento		Total
		Antes da implementação	Após a implementação	
Não	Freq	75	1	76
	% Momento	93,8%	1,0%	42,2%
Sim	Freq	5	99	104
	% Momento	6,3%	99,0%	57,8%
Total	Freq	80	100	180
	% Momento	100,0%	100,0%	100,0%

#### 4.12.1 Satisfação do doente em relação à informação dada

Depois da implementação da intervenção aumentou significativamente a importância dada à existência de acompanhamento e informação fornecida pelos profissionais de saúde do bloco operatório à família do doente (4.4 vs 4.8),  $MU = 144.00$ ,  $p = .017$ , e diminui a importância dada a informação fornecida no acompanhamento e cuidados prestados ao doente no domicílio (3.8 vs 2.0),  $MU = 30.00$ ,  $p <.001$ .

**Tabela 4.19** - Satisfação em relação à informação

	Antes da implementação		Após a implementação		Total		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Acompanhamento e informação	4,4	,5	4,8	,6	4,76	,5	.017*
Influenciar sentimentos	4,4	,5	4,7	,5	4,72	,530	.074
Cuidados no domicílio	3,8	1,1	2,0	,7	2,06	,81	.001***
Qualidade de vida	3,8	,4	3,0	1,2	3,05	1,23	.104

1 – Nada importante 5 – Extremamente importante M – Média DP – Desvio padrão

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### 4.13 Avaliação da qualidade de vida antes e depois da implementação

#### Mobilidade

Há uma proporção significativamente mais elevada de doentes depois da implementação da intervenção a indicarem que não têm problemas em andar (86% vs 72.5%) e de doentes antes da implementação a afirmar que tinham problemas ligeiros em andar,  $\chi^2(4) = 12.773, p = .004$ .

**Tabela 4.20** -Frequências relativas de distribuição da dimensão Mobilidade avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção

		Momento		Total
		Antes da implementação	Após a implementação	
Não tem problemas em andar?	Freq	58	86	144
	% Momento	72,5%	86,0%	80,0%
Tem problemas ligeiros em andar?	Freq	20	7	27
	% Momento	25,0%	7,0%	15,0%
Tem problemas moderados em andar?	Freq	1	4	5
	% Momento	1,3%	4,0%	2,8%
Tem problemas graves em andar?	Freq	1	2	3
	% Momento	1,3%	2,0%	1,7%
É incapaz de andar?	Freq	0	1	1
	% Momento	0,0%	1,0%	0,6%
Total	Freq	80	100	180
	% Momento	100,0%	100,0%	100,0%

#### Cuidados pessoais

A relação entre o momento das respostas e a avaliação dos cuidados pessoais não é estatisticamente significativa,  $\chi^2(3) = 4.372, p = .203$ .

**Tabela 4.21** - Frequências relativas de distribuição da dimensão Cuidados Pessoais avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção.

		Momento		Total
		Antes da implementação	Após a implementação	
Não tem nenhum problema em se lavar ou vestir?	Freq	65	89	154
	% Momento	81,3%	89,0%	85,6%

**Tabela 4.21** - Frequências relativas de distribuição da dimensão Cuidados Pessoais avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção (continuação).

Cuidados Pessoais		Momento		Total
		Antes da implementação	Após a implementação	
Tem problemas ligeiros em se lavar ou vestir?	Freq	13	7	20
	% Momento	16,3%	7,0%	11,1%
Tem problemas moderados em se lavar ou vestir?	Freq	1	3	4
	% Momento	1,3%	3,0%	2,2%
Tem problemas graves em se lavar ou vestir?	Freq	1	1	2
	% Momento	1,3%	1,0%	1,1%
Total	Freq	80	100	180
	% Momento	100,0%	100,0%	100,0%

### Atividades habituais

No que diz respeito à capacidade de realização de atividades habituais como por exemplo relacionadas com trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer, há uma proporção significativamente mais elevada de doentes depois da sua implementação a indicarem que não têm nenhum problema em desempenhar as suas atividades habituais (81% vs 65%) e de doentes antes da sua implementação a afirmar que tinham problemas ligeiros em desempenhar as suas atividades habituais (32.5% vs 13%),  $\chi^2(3) = 11.240, p = .005$ .

**Tabela 4.22** - Frequências relativas de distribuição da dimensão Atividades Habituais avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção.

Atividades Habituais		Momento		Total
		Antes da implementação	Após a implementação	
Não tem nenhum problema em desempenhar as suas atividades habituais?	Freq	52	81	133
	% Momento	65,0%	81,0%	73,9%

**Tabela 4.22** - Frequências relativas de distribuição da dimensão Atividades Habituais avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção. (continuação).

Atividades Habituais		Momento		Total
		Antes da implementação	Após a implementação	
Tem problemas ligeiros em desempenhar as suas atividades habituais?	Freq	26	13	39
	% Momento	32,5%	13,0%	21,7%
Tem problemas moderados em desempenhar as suas atividades habituais?	Freq	1	5	6
	% Momento	1,3%	5,0%	3,3%
Tem problemas graves em desempenhar as suas atividades habituais?	Freq	1	1	2
	% Momento	1,3%	1,0%	1,1%
Total	Freq	80	100	180
	% Momento	100,0%	100,0%	100,0%

### Dor/Mal-Estar

Há uma proporção significativamente mais elevada de doentes depois da implementação da intervenção a indicarem que não têm dores ou mal-estar (76% vs 58.8%) e de doentes antes da implementação da intervenção a afirmar que tinham dores ou mal-estar ligeiros (40% vs 24%),  $\chi^2(2) = 6.843, p = .018$ .

**Tabela 4.23** - Frequências relativas de distribuição da dimensão Dor/Mal-Estar avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção.

Dor/Mal-Estar		Momento		Total
		Antes da implementação	Após a implementação	
Não tem dores ou mal-estar?	Freq	47	76	123
	% Momento	58,8%	76,0%	68,3%
Tem dores ou mal-estar ligeiros?	Freq	32	24	56
	% Momento	40,0%	24,0%	31,1%
Tem dores ou mal-estar graves?	Freq	1	0	1
	% Momento	1,3%	0,0%	0,6%

**Tabela 4.23** -Frequências relativas de distribuição da dimensão Dor/Mal-Estar avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção (continuação).

<b>Dor/Mal-Estar</b>		<b>Momento</b>		<b>Total</b>
		<b>Antes da implementação</b>	<b>Após a implementação</b>	
Total	Freq	80	100	180
	% Momento	100,0%	100,0%	100,0%

### **Ansiedade/Depressão**

A relação entre o momento das respostas e a avaliação dos níveis de ansiedade/depressão não é estatisticamente significativa,  $\chi^2 (3) = 3.032, p = .406$ .

**Tabela 4.24** - Frequências relativas de distribuição da dimensão Ansiedade/Depressão avaliada pelo EQ-5D-5L antes e após a implementação da intervenção

<b>Ansiedade/Depressão</b>		<b>Momento</b>		<b>Total</b>
		<b>Antes da implementação</b>	<b>Após a implementação</b>	
Não está ansioso(a) ou deprimido(a)?	Freq	63	86	149
	% Momento	78,8%	86,0%	82,8%
Está ligeiramente ansioso(a) ou deprimido(a)?	Freq	15	12	27
	% Momento	18,8%	12,0%	15,0%
Está moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)?	Freq	1	2	3
	% Momento	1,3%	2,0%	1,7%
Está gravemente ansioso(a) ou deprimido(a)?	Freq	1	0	1
	% Momento	1,3%	0,0%	0,6%
Total	Freq	80	100	180
	% Momento	100,0%	100,0%	100,0%

Em suma, a dimensão dos cuidados pessoais e a dimensão da ansiedade antes da implementação da intervenção foram as menos afetadas. A Dimensão dor e mal-estar foi ligeiramente mais afetada em relação às restantes dimensões após a implementação da intervenção.

### **Índice EQ-5D-5L**

A Tabela 4.25 apresenta o valor médio do índice EQ-5D-5L dos participantes.

Antes da implementação da intervenção, no que diz respeito ao valor médio da QV em que a média  $\pm$  desvio padrão foi de  $0,92 \pm 0,10$ , a proximidade do valor 1, reflete um estado de saúde globalmente positivo e de satisfação ao nível da QV. Salienta-se também que o valor da QV variou entre o valor mínimo de 0,188 e o valor máximo de 1,00, o que reflete que, mesmo no pior nível de satisfação com a QV, este não atinge valor negativos que refletem estados de saúde e QV piores que morte.

Após a implementação da intervenção, no que diz respeito ao valor médio da QV em que a média  $\pm$  desvio padrão foi de  $0,95 \pm 0,09$ , a proximidade do valor 1, reflete um estado de saúde globalmente positivo e de satisfação ao nível da QV. Salienta-se também que o valor da QV variou entre o valor mínimo de 0,486 e o valor máximo de 1,00, o que reflete que, mesmo no pior nível de satisfação com a QV, este não atinge valor negativos que refletem estados de saúde e QV piores que morte.

A diferença nos valores do Índice EQ-5D-5L antes e depois da implementação, não é estatisticamente significativa,  $t(178) = -1.712, p = .098$ .

**Tabela 4.25** - Valor médio da pontuação total dos participantes antes e após a implementação da intervenção

	Antes da Implementação				Após a Implementação				Sig.
	M	DP	Min	Máx	M	DP	Min	Máx	
Índice EQ-5D-5L	,92	,10	,18	1,00	,95	,09	,48	1,00	.098

*M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$*

#### **4.14 Avaliação do estado de saúde medido pela EQ-VAS antes e depois da implementação**

Quanto ao estado de saúde os resultados apresentados na tabela 4.26 revelam que a mesma se apresenta semelhante entre o grupo antes e após a implementação da intervenção dada a ausência de diferenças estatisticamente significativas,  $t(178) = .26, p = .798$ .

**Tabela 4.26** - Avaliação do estado de saúde medido pela EQ-VAS antes e após a implementação da intervenção

	<b>Antes da implementação</b>		<b>Após a implementação</b>		<b>Sig.</b>
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	
VAS	83,49	14,26	82,93	14,66	.798

*M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$*

## CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO

A análise dos dados revela que a implementação da intervenção trouxe melhorias significativas na experiência dos familiares dos doentes cirúrgicos, sobretudo em termos de comunicação e apoio durante o período de permanência do doente no BO.

A caracterização sociodemográfica dos familiares manteve-se homogénea antes e após a sua implementação, com predominância de indivíduos do género masculino, casados e com ensino secundário, o que sugere uma amostra estável em termos de perfil demográfico.

No que se refere ao consentimento informado e à programação das cirurgias, observou-se um aumento na percentagem de familiares que se sentiram plenamente informados sobre a cirurgia, de 47,5% para 53%. Embora modesta, esta melhoria reflete um avanço na comunicação entre profissionais de saúde e familiares, facilitando a tomada de decisões informadas, como defendido pelos autores Martins & Carvalho (2020).

Além disso, a redução significativa dos sentimentos de angústia e preocupação entre os familiares após a implementação do projeto sugere que a nova abordagem adotada, com foco no acompanhamento e na comunicação, contribuiu para minimizar o impacto emocional negativo associado ao processo cirúrgico, o que é corroborado com o estudo de Silva & Santos (2020).

Relativamente às dificuldades relatadas, a falta de informação, anteriormente mencionada por 92,5% dos familiares, foi completamente excluída após a implementação da intervenção. Houve também uma diminuição nas dificuldades relacionadas com o tempo de resposta e a inadequação dos espaços de espera, sugerindo uma maior atenção às necessidades dos familiares durante o período operatório (Silva & Santos, 2020).

Verificou-se um aumento na percentagem de familiares informados de 6,3% para 100%, após a implementação da intervenção, com a responsabilidade pela comunicação a ser assumida, em grande parte, pela equipa de enfermagem. A utilização de meios tecnológicos, como o telefone e a SMS, para agilizar a comunicação mostrou-se eficaz, refletindo-se numa elevada satisfação dos familiares com o serviço prestado (87%) e uma média de satisfação de 4,83 numa escala de 5. Estes resultados são corroborados por pesquisas anteriores que destacam a importância destes meios de informação como um aliado devido à falta de tempo ou excesso de carga de trabalho (Pires et al., 2021).

No entanto, apesar das melhorias, apenas 22% dos familiares referiram que as informações recebidas ajudaram a minimizar as dificuldades no domicílio, o que sugere

a necessidade de estudos adicionais para avaliar o contributo da comunicação fornecida pelos profissionais de saúde do BO na minimização das dificuldades sentidas pela família no domicílio.

Em suma, os resultados indicam que a implementação da intervenção melhorou significativamente a experiência dos familiares dos doentes cirúrgicos, especialmente no que se refere à comunicação. No entanto, permanece a necessidade de aprofundar o estudo do impacto da comunicação no apoio aos familiares após a alta, visando uma melhoria contínua do processo de cuidados.

Os resultados relacionados com o doente cirúrgico revelam mudanças significativas nas perceções dos doentes após a implementação da intervenção, especialmente no que diz respeito aos sentimentos vivenciados, tipo de cirurgia, consentimento informado e satisfação com a informação fornecida pelos profissionais de saúde. Estes resultados refletem o impacto positivo de intervenções focadas na melhoria da comunicação e no acompanhamento dos doentes e suas famílias no contexto cirúrgico.

A caracterização sociodemográfica dos doentes indica que a maioria é do género feminino (73,3%), casada (74,4%) e com o ensino básico (41,7%), tendo a média de idades aumentado ligeiramente após a sua implementação, sugerindo uma consistência na composição da amostra ao longo do tempo.

Em relação ao tipo de cirurgia, a maioria dos procedimentos foi programada (91,1%), com um aumento significativo na proporção de cirurgias programadas após a sua implementação (95% comparado a 86,3% antes). No que respeita ao consentimento informado, observou-se uma leve diminuição na proporção de doentes que indicaram ter sido completamente informados após a sua implementação (80% contra 88,8% antes). Apesar de não ser uma diferença estatisticamente significativa, é possível que o aumento da complexidade dos procedimentos explicados possa ter deixado mais doentes com dúvidas, mesmo após uma explicação detalhada. Estudos como os de Barry et al. (2018) defendem que uma comunicação mais detalhada pode, em alguns casos, gerar mais questões por parte dos doentes, mas contribui para uma maior confiança no processo cirúrgico.

Os sentimentos vivenciados pelos doentes antes da cirurgia mostram uma melhoria significativa após a implementação da intervenção. Em particular, houve uma redução significativa dos níveis de ansiedade (72,5% para 41%) e um aumento da calma (16,3% para 45%), resultados que foram estatisticamente significativos ( $p < .001$ ). A

diminuição do medo ( $p = 004$ ) e da preocupação ( $p < 001$ ) também foi notável. Estes resultados são consistentes com a literatura que sugere que intervenções focadas na comunicação eficaz e no esclarecimento das dúvidas dos doentes podem reduzir a ansiedade e o medo no período pré-operatório (Maranets & Kain, 2019). Além disso, a ausência de sofrimento após a sua implementação (0% comparado com 8,8% antes) reflete uma possível melhoria no controlo da dor e no apoio emocional oferecido aos doentes.

A importância atribuída à presença da família no BO diminuiu após a implementação da intervenção ( $M = 2,48$  antes versus  $M = 1,71$  depois,  $p < .001$ ). Esta mudança pode ser explicada pela melhoria na informação e acompanhamento fornecidos pela equipa de saúde, reduzindo a necessidade percebida de apoio familiar direto. Estudos como os de Mitchell et al. (2020) corroboram que um acompanhamento próximo e informativo da equipa de saúde pode diminuir a dependência emocional da família no período perioperatório.

No que diz respeito à informação fornecida à família, observou-se um aumento expressivo na proporção de doentes cujos familiares receberam informações dos profissionais de saúde durante a cirurgia (99%) após a sua implementação comparado a 6,3% antes,  $p < .001$ ). Este resultado destaca o impacto positivo das mudanças implementadas no projeto, que priorizaram o envolvimento e a comunicação com as famílias dos doentes. A literatura enfatiza que a comunicação regular e clara com as famílias está associada a uma maior satisfação com os cuidados prestados, tanto pelos doentes como pelos seus familiares (Gordon & Reed, 2018).

A satisfação global com a informação fornecida aumentou significativamente após a implementação da intervenção. Em particular, a satisfação com o acompanhamento e a informação dada à família melhorou ( $M = 4,8$  depois versus  $M = 4,4$  antes,  $p = .017$ ), refletindo as mudanças positivas introduzidas na comunicação com os familiares. Em contrapartida, a importância atribuída à informação sobre cuidados no domicílio diminuiu significativamente ( $M = 2,0$  depois versus  $M = 3,8$  antes,  $p < .001$ ). Este resultado pode sugerir que, com o foco na comunicação pré e perioperatória, os doentes podem ter tido menos preocupações com os cuidados pós-operatórios, confiando mais no acompanhamento hospitalar.

A análise dos resultados do EQ-5D-5L revela melhorias significativas em várias dimensões da qualidade de vida dos doentes após a implementação da intervenção. Na

dimensão da mobilidade, verificou-se um aumento significativo na proporção de doentes sem dificuldades de locomoção ( $p = .004$ ), o que pode ser atribuído a uma comunicação mais eficaz, conforme evidenciado por Zhao et al. (2019). Embora a dimensão dos cuidados pessoais não tenha mostrado uma diferença estatisticamente significativa ( $p = .203$ ), houve uma ligeira melhoria, sugerindo manutenção da independência dos doentes, como apontado por Ferreira et al. (2018).

A melhoria nas atividades habituais foi significativa ( $p = .005$ ), indicando uma melhor preparação dos doentes para o regresso à rotina, alinhada com a literatura que destaca a importância da comunicação no aumento da autonomia (White et al., 2018). A redução da dor/mal-estar também foi notável ( $p = .018$ ), refletindo o impacto da comunicação na percepção da dor, como sugerido por Li et al. (2020).

Embora tenha havido uma melhoria na ansiedade/depressão, esta não foi estatisticamente significativa ( $p = .406$ ), refletindo a complexidade destas condições no contexto cirúrgico, conforme discutido por Matthias et al. (2018). O índice EQ-5D-5L não mostrou uma diferença significativa global ( $p = .098$ ), sugerindo que a qualidade de vida geral já era elevada, mesmo antes da sua implementação. No geral, os resultados sugerem que a comunicação eficaz contribuiu para melhorias em dimensões cruciais para a recuperação, mas áreas como a ansiedade requerem intervenções adicionais (Botti et al., 2019).

No geral, os dados indicam que a implementação da intervenção teve um impacto positivo na experiência dos doentes e das suas famílias, particularmente na redução de sentimentos negativos como ansiedade, medo e preocupação, e na melhoria da comunicação no BO. Estes resultados estão alinhados com estudos que mostram que intervenções focadas na melhoria da comunicação com doentes e famílias podem aumentar significativamente a satisfação e reduzir a ansiedade pré-cirúrgica (Hobson & Lynch, 2018).

A implementação de estratégias de comunicação mais eficazes contribuiu para uma melhoria significativa na percepção de qualidade de vida em áreas como a mobilidade, atividades habituais e dor/mal-estar, sendo estas dimensões cruciais para a recuperação e bem-estar dos doentes após a cirurgia. No entanto, as melhorias observadas nas dimensões de ansiedade e cuidados pessoais foram menos pronunciadas, sugerindo que podem ser necessárias intervenções mais direcionadas nestas áreas. Estes resultados são consistentes com a literatura, que enfatiza a importância de uma abordagem

multidisciplinar e centrada no doente para otimizar a qualidade de vida no período perioperatório (Botti et al., 2019).

### **5.1 Limitações do estudo**

Uma limitação deste estudo reside na diferença entre a amostra pré e pós implementação do projeto. A justificação para amostras diferentes deve-se à premissa de que os questionários seriam totalmente anónimos e ao facto de os inquiridos não serem os mesmos, uma vez que cada individuo não foi submetido a duas intervenções cirúrgicas. Segundo Martins e Silva (2020), o uso de amostras diferentes em estudos longitudinais pode introduzir vieses, especialmente quando se trata de avaliações subjetivas, como sentimentos e satisfação.

Outra limitação notada é a falta de restrição da amostra a uma única intervenção cirúrgica, bem como a ausência de controlo sobre fatores externos, como mudanças na equipa cirúrgica, variações na técnica cirúrgica e diferenças nos cuidados perioperatórios, podem apresentar variabilidade significativa nos resultados de recuperação e nas perceções dos doentes. Estudos anteriores, como os de Zhao et al. (2019), sublinham a importância de uniformizar a amostra em investigações que avaliam variáveis relacionadas com a experiência cirúrgica, para evitar que diferenças nos procedimentos ou nas condições clínicas dos doentes interfiram nos resultados. Além disso, ausência de controlo sobre fatores externos, como mudanças na equipa cirúrgica e nas técnicas operatórias, pode influenciar os resultados observados, dado que a qualidade do atendimento perioperatório depende de múltiplos fatores que podem variar (White et al., 2018).

A amostra pode não ser suficientemente representativa para apresentar a diversidade de experiências e resultados em diferentes contextos clínicos. Além disso, o tamanho da amostra em subgrupos específicos (ex. diferentes idades ou condições clínicas) pode não ser adequado para realizar análises mais detalhadas. Segundo Ferreira *et al.* (2018), uma amostra inadequada pode limitar a validade externa dos resultados, tornando difícil aplicar as conclusões a outros contextos clínicos.

O uso de questionários para avaliar os sentimentos e a satisfação pode introduzir viés de autorrelato, o que é uma limitação comum em estudos que utilizam este método de recolha de dados. Segundo Li *et al.* (2020), os doentes podem ter dificuldades em recordar com precisão os seus sentimentos ou podem ajustar as suas respostas para

corresponder às expectativas dos profissionais de saúde, o que pode afetar a fiabilidade dos dados recolhidos. Esse tipo de viés pode ser mitigado através do uso de medidas objetivas e de métodos de recolha de dados complementares, como entrevistas ou observações diretas (Barry *et al.*, 2018).

Por fim, a limitação relativa ao foco em variáveis subjetivas, como a ansiedade, dor e qualidade de vida, sem o devido controlo de comorbilidades pré-existentes, estado emocional prévio ou suporte social, é uma crítica relevante que tem sido amplamente discutida na literatura. Estudos como os de Mathias *et al.* (2018) e Botti *et al.* (2019) destacam que a análise de variáveis subjetivas em estudos clínicos deve considerar uma série de fatores externos que podem influenciar os resultados. A falta de controlo dessas variáveis pode comprometer a validade interna do estudo, uma vez que fatores como comorbilidades e suporte social têm um impacto significativo na perceção de qualidade e no bem-estar emocional dos doentes.

## **CAPÍTULO 6. CONCLUSÃO**

A presente investigação teve como principal objetivo analisar a relevância da comunicação entre os profissionais de saúde do BO da ULSA - HP e os familiares dos doentes cirúrgicos, assim como o impacto dessa comunicação na qualidade de vida dos doentes.

A análise dos dados permitiu identificar lacunas significativas na transmissão de informações aos familiares, antes da implementação de uma nova estratégia comunicacional, o que contribuía para níveis elevados de ansiedade e preocupação, tanto nos doentes como nas suas famílias.

Após a implementação de uma abordagem comunicacional mais estruturada, verificou-se uma redução significativa nos sentimentos de ansiedade e preocupação, o que corrobora com a literatura que destaca a importância da comunicação eficaz na diminuição da ansiedade perioperatória.

Os resultados também evidenciam que a legislação em vigor atribui aos enfermeiros a responsabilidade de manter os familiares informados sobre o estado clínico dos doentes internados, nomeadamente no que concerne aos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros perioperatórios assumem então um papel crucial como mediadores entre o doente e sua família. Em paralelo, a família desempenha um papel fundamental na partilha de informações, não só como recetores, mas também como fontes de dados sobre os doentes ao mesmo tempo que expressa a necessidade de minimizar as suas incertezas e ansiedades em relação ao estado de saúde do familiar.

Embora a pressão das exigências técnicas e especializadas do ambiente perioperatório possa relegar as necessidades de comunicação dos familiares para segundo plano, os dados deste estudo revelam que os enfermeiros perioperatórios desempenharam um papel ativo e eficaz na mediação da comunicação, proporcionando um nível de satisfação elevado entre os familiares.

Além disso, a nova abordagem comunicacional implementada mostrou-se eficaz na melhoria da eficácia e clareza da transmissão de informações, o que se refletiu diretamente na qualidade de vida dos doentes. A comunicação eficaz contribuiu para a redução de sentimentos negativos como a ansiedade, e para uma melhoria em indicadores de bem-estar, incluindo a mobilidade, os cuidados pessoais e a perceção da dor. Embora a gestão da dor, avaliada através da escala visual analógica, não tenha apresentado

variações estatisticamente significativas, os resultados gerais sugerem um impacto positivo da comunicação no contexto perioperatório.

A investigação alcançou os seus objetivos ao demonstrar que a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde do BO e os familiares dos doentes é um elemento fundamental para otimizar os cuidados perioperatórios e melhorar a qualidade de vida dos doentes. A implementação de estratégias de comunicação adequadas não só mitigou a ansiedade e a incerteza dos familiares, mas também contribuiu para o estabelecimento de um ambiente de confiança e segurança essencial para o processo de recuperação dos doentes.

Para futuras investigações, destaca-se a importância de explorar de forma mais detalhada o impacto das práticas de comunicação na qualidade de vida dos doentes cirúrgicos e na satisfação das suas famílias, tendo em vista o desenvolvimento contínuo e a melhoria dos cuidados de saúde perioperatórios.

Dado o contributo significativo desta investigação para a compreensão da comunicação nos cuidados perioperatórios, pretende-se dar seguimento ao estudo com a divulgação sob a forma de artigo científico, permitindo assim partilhar os resultados obtidos e fomentar a melhoria das práticas de comunicação no contexto clínico.

## REFERÊNCIAS

- Abdallah, A. (2014). Implementing quality initiatives in healthcare organizations: Drivers and challenges. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(3), 166-181. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2013-0101>
- Alcântara, T. V., Oliveira, M. G. C., Nascimento, M. L. R., & Moura, J. G. (2013). Intervenções psicológicas na sala de espera: estratégias no contexto da oncologia pediátrica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16 (2), 35-45.
- Almeida, A., & Cardoso, I. (2010). Comunicação com o doente/família no perioperatório. Apresentação no âmbito do estágio para especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.
- Alves, P., & Pereira, M. (2020). A comunicação no contexto perioperatório: Importância e desafios para a prática de enfermagem. *Revista de Enfermagem Atual*, 92 (1), 52-63.
- American Psychological Association (APA). (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7.<sup>a</sup> ed.). APA.
- Association of Perioperative Registered Nurses [AORN]. (1998). *Perioperative Standards and Recommended Practices, and Guidelines*. Association of periOperative Registered Nurses.
- Association of Perioperative Registered Nurses [AORN]. (2020). *Guidelines for perioperative practice*. AORN.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações [AESOP]. (2006). *Definição do Bloco Operatório*. AESOP.
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2018). Shared decision making — O pináculo dos cuidados centrados no paciente. *New England Journal of Medicine*, 366 (9), 780-781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- Barry, M. J., Edgman-Levitan, S., & Epstein, R. M. (2018). Shared decision-making in healthcare. *The New England Journal of Medicine*, 378 (4), 125-132.
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16(1), 2-3. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022046>
- Belluomini, A. S., & Tanaka, L. H. (2003). Assistência de enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca: Percepção dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. *Nursing*, 6(65), 14-18.
- Benze, R., Marques, L., & Silva, A. (2021). *Enfermagem perioperatória: Evolução e desafios*. *Revista de Enfermagem Cirúrgica*, 15 (3), 45-56. <https://doi.org/10.1234/revencir.v15i3.1234>
- Berwick, D. M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *BMJ*, 312(7031), 619-622. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7031.619>
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289 (15), 1969-1975. <https://doi.org/10.1001/jama.289.15.1969>
- Borges, A. (2018). A relevância da atuação do psicólogo face ao paciente crítico/cirúrgico e família. *Psicologia*, 1-15. ISSN: 1646-6977.
- Botti, M., Bucknall, T., Cameron, P., Johnstone, M. J., Considine, J., & Redley, B. (2019). Interprofessional communication in health care: Establishing joint clinical priorities in hospital wards. *Nursing & Health Sciences*, 21(4), 564-573.
- Botti, M., Bucknall, T., Manias, E., & Redley, B. (2019). Percepções dos enfermeiros sobre a prontidão dos doentes para a alta após cirurgia maior. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 689-700. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.019>

- Boudreaux, E., Francis, J., & Loyacano, T. (2019). Impact of perioperative communication on family members' anxiety. *Journal of Perioperative Care*, 78 (4), 211-217.
- Briga, S. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro-doente*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (Eds.). (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Cabral, M. (2004). *Organização e gestão do bloco operatório*. *Enfermagem em Foco*, 3 (1), 12-20.
- Campbell, S. M., & Roland, M. O. (2005). Improving the quality of health care: A review of the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(2), 79-91. <https://doi.org/10.1258/1355819054308574>
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A qualidade dos cuidados e serviços*. [Publicação do Ministério da Saúde].
- Carregoso, J. F. M. (2014). *Comunicação com a família do doente cirúrgico programado adulto no período intraoperatório* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde]. <http://hdl.handle.net/net/10400.26/7715>
- Carvalho, L., Martins, A., & Santos, I. (2021). O papel do enfermeiro perioperatório na comunicação com a família do doente cirúrgico. *Revista Portuguesa de Enfermagem Cirúrgica*, 12 (1), 27-33.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Health-related quality of life (HRQOL). <https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2020/HP2020MCR-C18-HRQOL-WB.pdf>
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.
- Despacho n.º 5613/2015. (2015). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102 (15-05-27), pp. 13550-13553.
- Devesa, L. M. (2016). *A importância da comunicação no contexto organizacional: A comunicação organizacional como ferramenta de desenvolvimento e eficácia de uma organização* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais]. <http://hdl.handle.net/10400.26/17915>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. [https://pns.dgs.pt/files/2022/10/GBP\\_02\\_Areas\\_Especializadas\\_em\\_Comunicacao.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/10/GBP_02_Areas_Especializadas_em_Comunicacao.pdf)
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), 1743–1748. DOI:1988;260:1743-1748
- Duarte Melo, A., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M., & Ferreira, M. (2022). *Guia de comunicação em saúde áreas especializadas*. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho.
- Esteves, P. (2019). *As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2286>
- European Operating Room Nurses Association. (1997). *Currículo comum europeu para enfermagem perioperatória*. Bélgica.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Quality of life: The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes* (3.ª ed.). Wiley-Blackwell.
- Ferreira, A. M. P. (2015). *Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: Contributos da supervisão clínica em enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].

- Ferreira, M. (2015). Humanização dos cuidados de saúde: O papel da família na recuperação do doente cirúrgico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (2), 91-101.
- Ferreira, P., Gomes, L., & Ribeiro, J. (2019). Impacto da comunicação entre enfermeiros perioperatórios e familiares de doentes cirúrgicos. *Revista de Saúde e Tecnologia*, 5 (1), 45-52.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2018). Medindo a qualidade de vida em Portugal: Avaliação dos instrumentos EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 31(4), 191-198.
- Ferreira, F. A. G. (1989). *Sistema de saúde e seu funcionamento*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, L. N. (2002). *Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida* (Documento de Trabalho N° 1/2002). Associação Portuguesa de Estudos de Saúde (APES), Universidade do Algarve.
- Fidalgo, A. (2002). *O papel do enfermeiro face ao doente e/ou família/pessoas significativas no período perioperatório*. Monografia apresentada no 2.º Curso de complemento de formação em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Polo Maria Fernanda Resende), Lisboa.
- Fidalgo, J. (2002). A comunicação eficaz no contexto perioperatório: Impacto na ansiedade da família. *Enfermeiros em Foco*, 17 (1), 34-39.
- Fortin, M. F. (2009). *Métodos de pesquisa em ciências sociais e humanas*. Editora Universitária.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5613/2015. Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550-13553.
- Gomes, R. M., & Schraiber, L. B. (2011). A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: Alguns elementos conceituais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 339-350. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832011000200002>
- Gordon, E., & Reed, T. (2018). Family-centered care: Impact on patient satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 35-45.
- Guido, A., Costa, J., & Fernandes, M. (2014). *A prática perioperatória: Uma visão atual*. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 10 (2), 101-115. <https://doi.org/10.4321/rpen.v10i2.1234>
- Groene, O., Botje, D., Suñol, R., Lopez, M. A., & Wagner, C. (2013). A systematic review of instruments that assess the implementation of hospitals quality management systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(5), 525-541. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt048>
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180, 57-60. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06002.x>
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-6-199306150-00002>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2.ª ed.). Lusodidacta.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D.,... & Badia, X. (2018). *Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L)*. *Quality of Life Research*, 27 (1), 17-26.

- Hobson, J. A., & Lynch, A. M. (2018). Reducing preoperative anxiety with patient education and family involvement. *Journal of Perioperative Practice*, 28 (3), 74-78.
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: Glossário*. Edinova. ISBN 972-595-097-6
- Institute of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.
- Instituto Português da Qualidade (IPQ). (2015). *Princípios da gestão da qualidade*. IPQ.
- Ivancko, S. M. (2004). *E o tratamento se inicia na sala de espera...* Em *Atualidades em Psicologia da Saúde*. Thomson Lee.
- Juran, J. M. (1989). *Juran on leadership for quality: An executive handbook*. Free Press.
- Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (1998). *Juran's quality handbook*. McGraw-Hill.
- Kahn, K. L., & Hartz, A. J. (2006). The quality of care in the united states: a brief overview. *Medical Care*, 44(8), 654-658. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000222908.52276.54>
- Kaplan, H. C., Provost, L. P., Froehle, C. M., & Margolis, P. A. (2012). The model for understanding success in quality (musiq): building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), 13-20. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000093>
- Lavis, J. N., & Oxman, A. D. (2009). Evidence-informed health policy 2: what can we learn from the past decade? *Health Policy*, 92(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.12.001>
- Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida* [Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores].
- Leske, J. (1993). Anxiety of elective surgical patients' family members (Relationship between anxiety levels, family characteristics). *AORN Journal*, 57(5), 1091-1103. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61563-4](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61563-4)
- Lezaun, J. J. Y. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Colección Estudios Serie Personas Mayores.
- Li, W., Wang, W., & Li, Z. (2020). Effective communication and patient satisfaction: The moderating role of medical staff empathy. *Journal of Health Communication*, 25 (9), 746-755.
- Liberado, J. (2004). A informação aos familiares e acompanhantes: Avaliação do grau de satisfação. *Revista Sinais Vitais*, 19-24.
- Lima, F., Silva, J., & Gentile, A. (2007). A relevância da comunicação terapêutica na amenização do estresse de clientes em pré-operatório: Cuidando através de orientações. *Informe-se em Promoção da Saúde*, 2, 17-18.
- Louro, A. I. (2009). *Balanced Scorecard, modelo de excelência EFQM e Common Assessment Framework, como instrumentos integrados de gestão da qualidade nos serviços públicos*. Beira Interior.
- Maranets, I., & Kain, Z. N. (2019). Preoperative anxiety and its management: Considerations for anesthesia. *Journal of Clinical Anesthesia*, 17(4), 240-245.
- Martins, A., & Carvalho, L. (2020). Perioperative nurses: Bridging patients, families, and the surgical team. *Journal of Nursing Communication*, 45 (3), 345-352.
- Martins, C. R. (2000). A família e a hospitalização/a participação da família no cuidar. *Revista Servir/Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde*, 48 (3), 133-135.

- Martins, J., & Silva, A. (2020). Estudos longitudinais: desafios metodológicos. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 12 (3), 100-110. <https://doi.org/10.1590/S2237-9622202000030002>
- Matthias, M. S., Miech, E. J., Chinman, M., Kane, B., & Damschroder, L. J. (2018). Anxiety and its relationship to fear of surgery. *American Journal of Surgery*, 215(2), 304-310.
- Mélo, C. B., Rocha, L. N. F. d. C., Costa, T. E. L. d., Gondim, F. M. L., Farias, G. D., Araújo, E. G. O. d., Freire, J. C. G., Dias, M. M., & Piagge, C. S. L. D. (2022). Humanização nos cursos de graduação de saúde: Desafios para implantação das diretrizes nacionais. *Research, Society and Development*, 11(6), Artigo e42311629325. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29325>
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: Certezas e incógnitas* (1.<sup>a</sup> ed.). Lusociência. ISBN 978-972-838-386-2
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos* (1.<sup>a</sup> ed.). Manole.
- Ministério da Saúde. (2018). *Plano Nacional de Saúde 2012-2020*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde*. Portugal
- Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021: *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. 24 de setembro de 2021. Diário da República n.º 187/2021, Série II.
- Ministério da Saúde. Despacho n.º 5613/2015. Diário da República, 2.º série — N.º 102 — 27 de maio de 2015
- Miranda, D. M. L. (2010). *Compreender os atributos da qualidade percebida pelos clientes/utentes do grupo CUF: O caso de três serviços de imagiologia da região de Lisboa* [Tese de Mestrado, Universidade de Évora/Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.21/2634>
- Mitchell, M., Brooks, R., & McKellar, J. (2020). Effectiveness of family involvement in perioperative care: A review. *British Journal of Nursing*, 29(12), 682-688.
- Mohammad, M. R. A. (2005). A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. *Leadership in Health Services*, 18(3), 12-34. <https://doi.org/10.1108/13660750510614555>
- Moreira, J., & Sousa, A. (2019). Formação contínua em comunicação: Impacto na prática perioperatória. *Revista Brasileira de Enfermagem Perioperatória*, 24 (2), 95-101.
- Morse, J. M. (2007). *Qualitative research methods for health professionals*. Sage Publications.
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde* (2.<sup>a</sup> ed.). Editora McGraw-Hill.
- Oliveira, A. M. (2011). *Vivências dos familiares em contexto de cirurgia ambulatória: A família como suporte ao cuidar* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto].
- Oliveira, R., & Orsini, M. (2009). Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociência*, 17, 255-262. <https://doi.org/10.5935/1678-4227.20090030>
- Oliveira, R., Santos, D., & Silva, P. (2018). The role of perioperative nursing in family-centered care: Improving outcomes through communication. *International Journal of Perioperative Nursing*, 61 (2), 118-125.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Familiar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Santa Maria da Feira: Estúdio Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *Cuidados perioperatórios: Normas de orientação para os enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *Regulamento do Enfermeiro Perioperatório*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros: Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação peri-operatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Conselho de Enfermagem. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-ualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-ualidade-emc_rev.pdf)
- Organização mundial da saúde (1946). World health organization. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Ovretveit, J. (2001). Quality evaluation and indicator comparison in health care: QUALITY EVALUATION. *The International Journal of Health Planning and Management*, 16(3), 229-241. <https://doi.org/10.1002/hpm.627>
- Ovretveit, J., & Staines, A. (2007). Sustained improvement? Findings from an independent case study of the Jonkoping quality program. *Quality Management in Health Care*, 16(1), 68-83. <https://doi.org/10.1097/01.QMH.0000264272.20218.73>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (1.ª ed.). Lusociência.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (6.ª ed.). Lusociência.
- Pimentel, F. L. (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico* [Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto].
- Pires, F., Monteiro, R., & Gomes, T. (2021). Communication challenges in perioperative care: A review. *Nursing Management Journal*, 49 (4), 27-34.
- Pires, M. J. (2009). *Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida. Estudo exploratório no concelho de Odivelas*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta].
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (3), 10.
- Qualidade, A. P. (2015). *Norma portuguesa - Sistemas de gestão da qualidade. Requisitos* (5.ª ed.). Caparica: Instituto Português da Qualidade.
- Rodrigues, A. (2023). *Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.
- Santos, C., & Peixoto, I. (1998). Visita pré-operatória de Enfermagem. *Boletim HPV*, (3), 4.
- Santos, G. M. M. (2009). *Satisfação e Qualidade: A visão dos utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro].
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.

- Schoen, C., Osborn, R., & Doty, M. M. (2009). In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in Eight Countries, 2008. *The Commonwealth Fund*.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Serrão, D., & Nunes, R. (1998). Ética em Cuidados de Saúde. *Porto Editora*, 13-27.
- Silva, A., & Santos, I. (2020). Intervenções de enfermagem perioperatória e a satisfação da família. *Revista Portuguesa de Enfermagem Cirúrgica*, 10 (3), 45-55.
- Silva, M. (2017). *Comunicação em Saúde: Conceitos e Definições*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Silva, V. L. S. (2017). *Satisfação do utente na comunicação com os profissionais de saúde* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1922>
- Simon, M. A. (1993). *Psicología de la salud: aplicaciones clinicas y estrategias de intervencion*. Ediciones Pirámide.
- Stacciarini, A. (2019). *Evolução do conceito de família: as novas configurações familiares e suas consequências jurídicas e sociais* [Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa]. [https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/5224/1/Dissertacao\\_Andr%C3%A9%20St](https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/5224/1/Dissertacao_Andr%C3%A9%20St)
- Tenani, A., & Pinto, M. (2007). A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 14(2), 85–91.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª edição) Edições Sílabo. ISBN: 9789895610976.
- White, L., Hill, S., & Bodemer, N. (2018). The role of communication in patient satisfaction and recovery. *Journal of Clinical Outcomes*, 32 (4), 612-620.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. Roca.
- Zhao, L., Hu, W., & Ma, G. (2019). Impacto dos protocolos de recuperação melhorada após cirurgia na enfermagem perioperatória para doentes submetidos a cirurgia laparoscópica: Uma revisão sistemática e meta-análise. *Journal of Perioperative Nursing*, 32 (1), 12-20. <https://doi.org/10.17061/jpnu.v32i1.674>
- Zhao, S., Xing, D., Wu, D., Yu, W., Zhang, X., & Wang, P. (2019). Effectiveness of perioperative communication on patients' anxiety and satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15-16), 2764-2771.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A- PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve



***Projeto de Melhoria da Qualidade com  
o objetivo de Promover a Comunicação  
entre os Profissionais de Saúde e os  
Familiars/Pessoa significativa do  
Utente Cirúrgico no Bloco Operatório  
do CHUA - Portimão***

2022

## ÍNDICE

<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>2 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA .....</b>	<b>79</b>
<b>3 INTERVENÇÃO .....</b>	<b>81</b>
<b>4 PROCESSO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>5 OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>6 RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>84</b>
<b>7 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....</b>	<b>86</b>
<b>8 PLANEAMENTO E CALENDARIZAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>87</b>
<b>9 REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>88</b>
<b>10 ANEXOS .....</b>	<b>89</b>

## **SIGLAS**

**AESOP-** Associação de enfermeiros de sala de operações portuguesas

**CHUA-** Centro hospitalar e universitário do Algarve Up- Unidade de Portimão

**BO-** Bloco operatório

**UCPA-** Unidade de Cuidados Pós Anestésicos.

## 1- CONTEXTUALIZAÇÃO

O Bloco Operatório constitui o local dentro das instituições de saúde, que se afigura mais misterioso e desconhecido para a população em geral, e gerador de medos e receios para aqueles que dele necessitam no decurso da sua vida.

O confronto com o desconhecido, a alteração da sua dinâmica de vida familiar, social, e profissional, o receio do diagnóstico/prognóstico e dos riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos a que vai ser sujeito, são fatores geradores de stress, angústia e grande instabilidade emocional, para o doente e família/pessoa significativa.

Uma intervenção cirúrgica é uma circunstância crítica na vida da pessoa/família devido aos riscos associados aos cuidados perioperatórios. A pessoa que necessita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos sujeita-se a um estado de vulnerabilidade física e emocional, com o objetivo de melhorar a sua saúde e qualidade de vida (Diário da República, 2018, p.19366). A família/pessoa significativa da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico também é afetada, uma vez que estes processos podem alterar o equilíbrio familiar, constituindo muitas vezes uma sobrecarga de stress, conduzindo a uma situação de crise.

As vivências da família do doente cirúrgico durante o intraoperatório deverão ser, simultaneamente, uma das principais preocupações de quem presta cuidados de saúde no Bloco Operatório. Esta preocupação por parte dos profissionais deve-se ao facto de o doente com alguma frequência demonstrar grande preocupação com as dificuldades/necessidades dos seus familiares que, ao aguardar por notícias no exterior do Bloco Operatório, por vezes encontram-se num estado de grande ansiedade e preocupação.

A evidência teórica, a prática e a investigação sobre o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga a considerar-se o cuidado centrado na família como parte integrante dos cuidados de saúde prestados. Independentemente das revoluções económicas e outras, a família mantém-se como o pilar onde o doente cirúrgico se apoia para a sua recuperação e para enfrentar esse momento.

O enfermeiro, na procura de cuidados de Enfermagem de qualidade deve envolver as pessoas significativas do doente no processo de cuidados e minimizar o impacto negativo que as mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde podem causar (Ordem dos Enfermeiros, 2001,2002).

É papel do Enfermeiro desmistificar e criar um clima de confiança e segurança, favorável ao controlo dos sentimentos e emoções, no processo de saúde/doença.

Segundo a AESOP (2006, p.7) “a Enfermagem Perioperatória baseia (...) a sua atuação no doente como um todo, através de um processo intelectual, científico e metódico, operacionaliza os seus saberes para melhor cuidar, sendo, sem dúvida, uma garantia da qualidade, da continuidade e da educação junto do doente/família e equipa de saúde”.

Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde não apenas acompanhar o doente, mas também a sua família/pessoa significativa, compreendendo-a no seu todo e identificando as suas necessidades, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada numa comunicação eficaz, acessível e atualizada (Borges Diana, 2015).

Boehnlein e Marek (2003) consideram que uma das necessidades reconhecidas como sendo importante em todas as fases da doença é a informação, pois quando não existe ensino, as dúvidas e os receios da pessoa não são clarificados e isso constitui um fator de ansiedade. É, portanto, fundamental que o profissional de saúde seja capaz de transmitir informação à pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, bem como ao seu familiar/pessoa significativa, no sentido de promover a segurança, o conforto psicológico e o envolvimento do doente e família nos cuidados. Para além disso, esta preocupação para com a família pode colocar o doente numa situação de maior vulnerabilidade/ansiedade que, por consequência, pode prejudicar o seu tratamento e recuperação. Hesbeen (2001) sugere que a informação dada ao doente e à família permite reduzir a ansiedade pré-operatória, os níveis de dor e, por conseguinte, o tempo de hospitalização e a administração de analgésicos.

Segundo João Carregoso (2014), o estabelecimento de uma comunicação eficaz em contexto de bloco operatório constitui um elemento essencial do cuidado de enfermagem ao doente e família, não só pela sua importância na relação terapêutica estabelecida, mas também por constituir um importante indicador de qualidade e humanização dos cuidados prestados.

A comunicação é uma ferramenta essencial em enfermagem, estando presente em todas as ações realizadas com o doente e a sua família, seja para orientar, informar, apoiar ou confortar (Briga, 2010)

Os familiares, como recetores de cuidados, requerem informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de forma a poderem reunir as melhores estratégias a utilizar, no método de lidar com esta situação ou problema (Wochva, 1997).

Os familiares e indivíduos que recebem informações claras e tiram dúvidas quanto ao problema que vivenciam são mais capazes de tomar decisões relatando menos ansiedade e sendo mais capazes de fornecer suporte emocional ao indivíduo que sofre com a doença (Mishel & Clayton, 2008).

Também AESOP (2006, p.8) refere que, “como prestador de cuidados, o enfermeiro perioperatório é responsável e responsabilizado por todas as atividades relacionadas com o cuidar. Utiliza os conhecimentos, capacidades e habilidades adquiridas para (...) apoiar psicologicamente o doente, a família e outras pessoas significativas”.

Knobel, Andreoli & Erlichman (2008) reforçam esta afirmação ao referir que, a falta de informação e a incerteza da família quanto ao quadro clínico do familiar doente, são causadores de ansiedade, apreensão e aflição, criando o sentimento de falta de controlo da situação. Nesta perspetiva, é importante que a família seja informada sobre o que ocorre com o doente cirúrgico.

Os familiares/pessoa significativa dos doentes cirúrgicos frequentemente enfrentam períodos longos de espera junto ao Bloco Operatório, vivendo sentimentos de angústia, stress e incertezas, momentos de grande ansiedade. O enfermeiro perioperatório possui um papel essencial para minimizar estes efeitos, estabelecendo comunicação entre a equipa de enfermagem na sala operatória ou UCPA e a família/pessoa significativa. Cabe ainda ao enfermeiro e/ou médico preparar a família para o tipo de unidade onde o seu familiar vai permanecer, assim como qualquer dispositivo que possa apresentar após a cirurgia. Facilitar o contacto com o cirurgião, informar a família sobre o tempo de permanência do doente no bloco operatório, contribui para tranquilizar a família, preparando-as para apoiar o seu” doente” no período pós-operatório. (Fidalgo, 2002)

O escutar atento dos familiares e a observação dos comportamentos são elementos importantes para desencadear ações a desenvolver com o objetivo de aliviar a sua ansiedade. No período intraoperatório, os cuidados prestados à família devem ser de apoio e esclarecimento de forma personalizada, em lugares calmos, preferencialmente num gabinete próprio, onde não sejam possíveis distrações.

Segundo Sá & Machado (2006) a comunicação humana, especialmente a que se processa frente a frente, é sobretudo não-verbal. E esta é de extrema importância, já que alguns sentimentos, atitudes e apelos poderão ser transmitidos da mesma forma. Esta forma de comunicação pode revelar vários sentimentos, desde medo a outros, sendo facilmente identificável em várias culturas, visto ter a mesma ou semelhante manifestação.

Com a evolução das novas tecnologias, urge novas formas de comunicar com os familiares do doente cirúrgico. Inicialmente podemos considerar estes meios de informação algo frios e impessoais, mas nos dias de hoje com grande produção cirúrgica e gestão rigorosa de tempo e pessoas, podem ser um valioso aliado, desde que a informação seja entendida de forma clara e eficaz, perceptível e isenta de terminologia técnica, para que se obtenha um impacto terapêutico (Fonseca &

Videira,2003).

Um estudo dos enfermeiros da University of Virgínia Medical Center em 2008 revelou que a ansiedade dos familiares pode ser diminuída através de um simples telefonema de um minuto. Os telefonemas foram feitos de duas em duas horas, e as mensagens eram do tipo: “A cirurgia está a decorrer como planeado, nós telefonaremos daqui a 2 horas.”

Há ainda hospitais americanos que estão a utilizar o Twitter como meio de informação aos familiares Ex.: Children’s Mercy ou Hospital in Kansas City, pelo que a comunicação com a família do doente cirúrgico por via de mensagens ou telefonemas pode ser uma boa opção para a redução da ansiedade, quando em termos logísticos não há um espaço próprio ou disponibilidade dos enfermeiros para darem essas informações pessoalmente (Almeida & Cardoso, 2010). Importa, no entanto, ressaltar que apesar de terem sido feitas comparações das informações dadas pessoalmente e por outras vias (Telefone, Pager, SMS...), a informação dada pessoalmente continua a ser, à luz da evidência existente, a mais eficaz no sentido da diminuição da ansiedade (Leske, 1996). No Thomas Jefferson University existe uma sala de espera onde são dadas, por um enfermeiro, informações aos familiares sobre como está a decorrer a cirurgia. Este hospital fornece apoio aos familiares acreditando que estes desempenham um importante papel na recuperação dos doentes.

Para além das vantagens que um correto acompanhamento dos familiares tem para os próprios doentes e suas famílias, este tipo de atividades são benéficas para os próprios enfermeiros. Santos e Peixoto (1998) chegaram à conclusão que “para além dos benefícios que representa para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, aumenta o grau de satisfação dos profissionais.”

## **2- IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA**

O Bloco Operatório é um espaço de alta complexidade técnica e de gestão, e é visto como um local rodeado de um certo misticismo por ser um serviço “fechado” e não acessível (AESOP, 2006). Esta característica conduz a situações/sentimentos de medo, incerteza e angústia, quer para a pessoa que é submetida a cirurgia, quer para os seus familiares/pessoas significativas.

Os profissionais perioperatórios estão muitas vezes focados a prestar cuidados ao doente, esquecendo ou minimizando uma parte integrante deste que é a família, que muitas vezes está no exterior do BO preocupada e relegada para segundo plano, ansiosa por saber notícias.

A equipa do Bloco Operatório de Portimão tem tido a oportunidade de presenciar e avaliar a importância dos cuidados de saúde perioperatórios no que diz respeito ao diagnóstico, planeamento e intervenção face às necessidades de cada utente a nível físico, psicológico e afetivo. Também os profissionais têm constatado a falta de informação e de apoio aos familiares relativamente ao período intraoperatório, nomeadamente em questões muitas vezes colocadas com maior ou menor grau de ansiedade: “Será que está a correr bem? Demora muito? Ninguém nos diz nada. Quando acabar, como vamos saber?”.

Quando vivenciamos experiências como estas, como utentes, familiares ou profissionais constatamos através das questões que nos colocam pessoalmente, ou através de contato telefónico, a necessidade de obtenção de informações concretas e simples, por parte da família/pessoa significativa. Percebendo como isto é importante tornamo-nos mais despertos para um aspeto comum a todos os seres humanos, que é a necessidade de informação sobre aqueles que nos estão ligados por laços familiares ou outros e que estão a passar por um momento de sofrimento físico e/ou psicológico.

Com o aparecimento da pandemia por Covid-19 esta falta de informação e de apoio foi mais sentida e manifestada de uma forma mais recorrente quer pelos doentes e família, quer pela própria equipa, tornando-se num problema do serviço, ao qual sentimos necessidade de dar resposta. Assim a formulação do problema existente no Bloco Operatório de Portimão, surgiu desta inquietação e desta necessidade sentida por toda a equipa em promover a comunicação entre a equipa do bloco operatório e a família do doente cirúrgico. Com o objetivo de contribuir para a melhoria da comunicação entre a equipa do Bloco Operatório e a família/pessoa significativa, a informação deverá ser dada preferencialmente frente a frente ou caso não seja possível, através de contato telefónico.

Também foi sentida a necessidade da existência de uma sala de acolhimento para a família do doente cirúrgico aguardar e receber informações durante a permanência do seu familiar no Bloco Operatório.

Foi constatada ainda a inexistência de uma página digital do CHUA acerca do BO de Portimão, pelo que se pretende também colmatar esta lacuna. A criação desta página é fundamental para que possamos estar mais acessível a todos que queiram saber mais sobre o bloco operatório, divulgando desta forma o projeto aos doentes, familiares, profissionais e população em geral e onde conste toda a informação pertinente e de interesse para os doentes e família. Destacarmo-nos no meio digital é um dos fatores mais importantes para o público-alvo nos encontrar de forma fácil e rápida. Como consequência disso ter visibilidade ajuda a transmitir confiança neste serviço de saúde do CHUA de Portimão.

Foram efetuadas conversas informais com o Diretor do BO, o Enfermeiro Responsável do BO e com a enfermeira Supervisora da Instituição (elemento que integra o gabinete de investigação) sobre este problema identificado, os quais se mostraram sensíveis ao mesmo, mostrando toda a sua disponibilidade para a sua resolução.

Pretende-se assim ir ao encontro da Visão e Valores do CHUA *“Consolidar-se como unidade de excelência no sistema de saúde, com competência, saber e experiência, dotada dos mais avançados recursos técnicos e terapêuticos, vocacionada para a garantia da equidade e universalidade do acesso e de assistência, com vista à elevada satisfação dos doentes e dos profissionais”*, assim como *“trabalhar em prol do utente e ter uma orientação clara para o doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis”*.

Também no *Regulamento do Bloco Operatório* no seu Anexo 4 - “Competências e deveres da equipa cirúrgica – Anestesiista, cirurgião, enfermeiro” pode ler-se: *“Informar os familiares acerca do procedimento no pós-operatório imediato, incluindo informação acerca do estado do doente, procedimento realizado, área de destino e tempo aproximado de recuperação. Esta informação terá de ser realizada em lugar apropriado que respeite a intimidade”*.

Pretende-se com este projeto de melhoria de cuidados, colmatar a lacuna existente ao nível da comunicação com os familiares/pessoas significativas dos doentes no período intraoperatório, através de uma prestação de cuidados mais humanizados, individualizados e com mais qualidade no Bloco Operatório do CHUA – Portimão

### **3-INTERVENÇÃO**

Com base na problemática identificada pela equipa do Bloco Operatório do CHUA – Unidade de Portimão, pretende-se implementar um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, na vertente da comunicação entre a equipa do Bloco Operatório e a família/pessoa significativa do doente cirúrgico, dando preferência à comunicação presencial e na sua impossibilidade, implementar o contato telefónico de modo a transmitir informações acerca do doente no período intraoperatório.

Pretende-se criar um acesso direto aos familiares dos doentes cirúrgicos com os profissionais de saúde do Bloco Operatório, estabelecendo uma comunicação eficaz, individualizada e humanizada. Esta intervenção tem o intuito de ser facilitadora da diminuição dos níveis de ansiedade dos doentes e seus familiares/pessoas significativas, assim como promover a satisfação dos mesmos. Tem também como finalidade a satisfação dos próprios profissionais, que veem o seu trabalho ganhar visibilidade e qualidade.

Entendemos que as vivências da família/pessoa significativa durante o intraoperatório são também uma preocupação para o próprio doente (elo de ligação entre a equipa e família, a quem ambos querem prestar o melhor cuidado possível) que se inquieta, não só com a sua doença/cirurgia, mas também com o sentimento que a família possa estar a vivenciar devido a toda a situação.

Assim, foram definidos os seguintes objetivos:

- Promover a qualidade e humanização dos cuidados prestados no Bloco Operatório do CHUA - Portimão;
- Promover a satisfação dos doentes e seus familiares;
- Promover a satisfação dos profissionais;
- Uniformizar procedimentos;
- Minimizar a ansiedade da família e do doente;
- Envolver a família/pessoa significativa no processo de recuperação do doente cirúrgico;
- Estabelecer uma comunicação eficaz e sistematizada entre os profissionais do BO e a família/pessoa significativa do doente cirúrgico;

#### **4- PROCESSO DE INTERVENÇÃO**

As estratégias definidas para a operacionalização dos objetivos definidos são:

- Realização de uma entrevista com o Enfermeiro Responsável do BO, o Diretor do BO e Diretor do serviço de Anestesiologia, no sentido de se definir quais as informações a serem transmitidas aos familiares e, em caso da cirurgia não correr como planeado, quem irá fazer o contato com a família/pessoa significativa (cirurgião, anestesista);
- Elaboração de Norma de Intervenção de Enfermagem, com o objetivo de uniformizar os procedimentos;
- Realização de uma formação em serviço para a equipa de enfermagem do BO sobre a implementação desta nova estratégia de comunicação com a família/pessoa significativa do doente no período intaroperatório;
- Elaboração de “Guia de orientação” para os enfermeiros que realizam o contacto (ANEXO I);
- Criação de uma sala no BO onde a família possa permanecer, com conforto, enquanto o doente está no Bloco Operatório.
- Elaboração de uma página do Bloco Operatório no site do CHUA, de forma a divulgar o projeto aos doentes, familiares, profissionais e população em geral e onde conste toda a informação pertinente e de interesse para os doentes e família, de modo a darmos visibilidade do serviço da Instituição;
- Avaliar o grau de satisfação dos doentes, familiares/pessoas significativas em relação à informação fornecida durante o período intraoperatório.

## **5- OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO**

Para a implementação deste projeto definimos os seguintes requisitos:

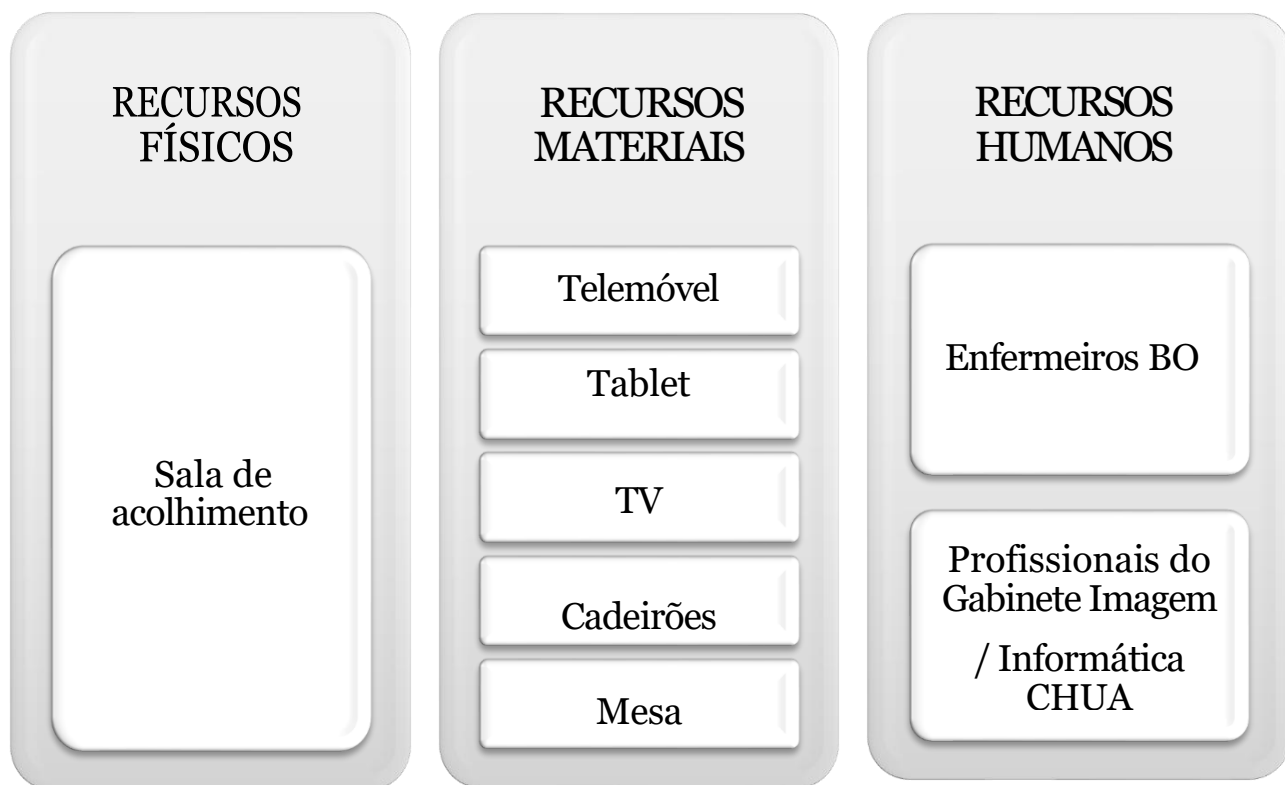
- 1 O contato é realizado à família de todos os doentes, quer programados, quer urgentes;
- 2 O contato é realizado à família de todos os doentes com idade superior a 18 anos, uma vez que os doentes pediátricos são acompanhados pelo familiar no percurso da hospitalização;
- 3 Só será contactado o familiar/pessoa significativa indicado pelo doente, mediante autorização;
- 4 O contato é realizado no período das 8h00 às 22h00, com flexibilidade de horário, mediante a intenção do doente ou solicitação por parte do familiar/pessoa significativa;
- 5 No momento em que o doente entra na sala operatória é dada informação através mensagem escrita a informar;
- 6 Após a entrada do doente na UCPA, o enfermeiro responsável pelo utente na UCPA, faz uma avaliação do seu estado geral e quando o utente se encontra consciente e orientado, o enfermeiro da UCPA realiza o contato com a família/pessoa significativa presencialmente ou através de telefone;
- 7 No contato com o familiar, este é informado sobre o estado geral do utente, se a cirurgia correu como o planeado, o tempo que se prevê de permanência na UCPA, em que serviço ficará internado (no caso dos utentes encaminhados pelo serviço de urgência) e esclarecimento de possíveis dúvidas que possam surgir;
- 8 Se o estado do utente o permitir é dada a possibilidade deste falar diretamente com os seus familiares através de contato telefónico ou por videochamada;
- 9 Se existirem intercorrências significativas durante a cirurgia e esta não decorrer como planeado, o contacto com o familiar/pessoa significativa será realizado pelo médico responsável;
- 10 No momento da alta da UCPA o enfermeiro da unidade realiza o contato com o familiar do doente através de uma mensagem escrita a informar que o mesmo irá ser transferido;
- 11 O registo do contato com o familiar é efetuado na aplicação B-Anesthetic, em notas gerais.

Estes procedimentos serão avaliados periodicamente e efetuadas as alterações que se considerem necessárias, sempre com o objetivo de tornar o processo eficaz e eficiente,

procurando constantemente a melhoria dos cuidados prestados no BO do CHUA- UP.

## 6- RECURSOS NECESSÁRIOS

A implementação deste projeto requer os seguintes recursos:



### RECURSOS FÍSICOS:

- Criação de uma “Sala de Acolhimento”, exigindo algumas alterações estruturais no Bloco Operatório. Pretende-se que seja uma área com condições de conforto, isolada de ruído e de passagem de pessoal;

### RECURSOS MATERIAIS:

- Aquisição de telemóvel e tablet, com acesso a internet de forma a ser possível a realização de uma videochamada;
- Equipamento para a Sala de Acolhimento (cadeirões, mesa, televisão, máquina de venda de bebida e comida);

### RECURSOS HUMANOS:

- Enfermeiros - enfermeiros da UCPA e enfermeiro destacado para o acolhimento e informações presenciais;
- 1 Profissionais do gabinete de comunicação e serviço informático da instituição - colaboração na elaboração da página digital do Bloco Operatório de Portimão.

## **7- AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO**

A população alvo serão os doentes cirúrgicos do Bloco Operatório – Unidade de Portimão, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve e as suas famílias. Será selecionada uma amostra de doentes com mais de 18 anos submetidos a cirurgia no hospital e uma amostra das famílias/pessoas significativas destes doentes e que apresentem condições de compreender e responder às perguntas do questionário. Como critérios de exclusão considerámos os familiares dos doentes pediátricos do Bloco Operatório, uma vez que estes têm um acompanhamento diferenciado nos circuitos pré e pós operatórios imediatos.

O instrumento de recolha de dados serão dois questionários, um direcionado para o doente e outro para a família/pessoa significativa. Os questionários serão constituídos por secções que visam aferir a importância que os familiares/pessoas significativas atribuem à informação fornecida no período intraoperatório e seu contributo na diminuição da sua ansiedade; as principais necessidades, dificuldades e sentimentos vivenciados pela família/pessoa significativa no período intraoperatório, bem como os aspetos que se revelam facilitadores durante a espera; o nível de satisfação dos doentes e família com a informação fornecida no período intraoperatório; as sugestões de melhoria e o impacto da comunicação na qualidade de vida do doente. Por último, serão recolhidos dados de caracterização pessoal dos inquiridos.

No preenchimento dos questionários irá ser garantida a confidencialidade e anonimato das informações e será constituído por uma introdução onde será explicado qual o objetivo deste inquérito, responsáveis pelo mesmo e o modo de preenchimento.

Os questionários serão submetidos a aprovação da Comissão de Ética do Centro de Investigação e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, no âmbito da Tese do Mestrado de Gestão em Unidades de Saúde de uma das autoras deste projeto.

Os dados recolhidos serão analisados no software SPSS, versão 25 (Statistical Package for Social Science) e implementadas as medidas de melhoria consideradas necessárias.

Após a realização do tratamento dos dados, os resultados irão ser apresentados à equipa do Bloco Operatório.

## 8-PLANEAMENTO E CALENDARIZAÇÃO DO PROJETO

Encontram-se previstas e calendarizadas as atividades entre janeiro de 2022 e Setembro de 2022:

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
1. Pesquisa bibliográfica	■	■	■						
2. Elaboração do Projeto de Implementação		■	■	■	■	■			
4. Submissão do Projeto				■					
5. Apresentação do Projeto à Equipa do BO				■					
6. Implementação					■	■	■	■	■
7. Recolha de dados					■	■	■	■	■
8. Análise dos resultados obtidos							■	■	■
9. Apresentação dos Resultados									■

## 9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aesop (2006). Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses: *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática de Cuidados*. (1ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Almeida, A. & Cardoso, I. (2010). *Comunicação com o doente/família no perioperatório*. Apresentação no âmbito do estágio para especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica da universidade Católica Portuguesa.
- Boehnlein, Mary Jo; Marek, Jane F. (2003) *Enfermagem no período intraoperatório*. Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-65-7.
- Briga, Sónia (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro-doente*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Carregoso, João Faria Mendes (2014). *Comunicação com a família do doente cirúrgico programado adulto no período intraoperatório*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Diário da República (16 de Julho 2018). 2ª série, nº135, anexo IV, pág. 19366
- Esteves, Paula (2019). *As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica.
- Fidalgo, A. (2002). *O Papel do Enfermeiro Face ao doente e/ou família/pessoas significativas no período perioperatório*. Monografia apresentada no 2º Curso de complemento de formação em Enfermagem (disciplina de Enfermagem), Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Polo Maria Fernanda Resende).
- Fonseca, S. & Videira, A.P. (2003). *Informação em Meio Hospitalar*. Sinais Vitais, Vol. (Nº. 35), p. 40-44.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures, Lusociência.
- Knobel, E.; Andreoli, P. B.; Erlichman, M. R. (2008). *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo, Atheneu.
- Leske, J. (1996). *Intraoperative Progress Reports Decrease Family Members Anxiety*. Aom Journal, Vol (64/No 3), pp.424-436.
- Lopez, M. A.; CRUZ, M. J. R. LA (2001). *Hospitalização*. Rio de Janeiro : McGraw-Hill.
- Mishel, M. H.; Clayton, M (2008). *Theories of uncertainty in Illness*. Middle Range Theory for Nursing, 55Y-84Y.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem - enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros/Grafinter.
- Sá, T. & Machado, L. (2006). *Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem*. Sinais Vitais. Vol (67),pp. 29 – 34.
- Wochna, V. (1997). *Anxiety, needs and coping in family members of the bone marrow transplant patient, cancer nursing*. Philadelphia Cancer Nursing. Vol.(Aug;20(4):244-5).

## ANEXO I Guia de Orientação do Contato Telefónico

### Guia de Orientação do Contato Telefónico

- Confirmar se está a falar com o familiar do doente;
- Apresentar-se como Enfermeiro do BO do CHUA-PTM;

Referir que a cirurgia terminou e que decorreu conforme o planeado. A forma como decorreu a intervenção cirúrgica será comunicada pelo cirurgião;

- Estado clínico, se está acordado;
- Tempo de permanência na UCPA;

Informar qual o serviço para onde irá ser transferido, caso tenha sido intervencionado de urgência;

- Quando poderá ir visitá-lo ao serviço de internamento e horário das visitas;
- Assim que for transferido para o serviço de internamento, contactar novamente o familiar;

Se o estado do utente o permitir é dada a possibilidade deste falar diretamente com os seus familiares através de contato telefónico ou por videochamada;

- Se a pessoa não atender, voltar a estabelecer contato;
- Registrar o contato na aplicação B-Anestescic, em notas gerais.

#### CONTACTO COM FAMILIAR/PESSOA SIGNIFICATIVA NO BO

- CONFIRMAR A IDENTIDADE DA PESSOA
- APRESENTAR-SE COMO ENFERMEIRO DO BO CHUA-PTM
- A CIRURGIA DECORREU COMO PREVISTO
- DENTRO DE X TEMPO O UTENTE IRÁ PARA O SERVIÇO X
- ESCLARECER DÚVIDAS
- SE PESSOA NÃO ATENDER , VOLTAR A ESTABELECEER CONTACTO
- REGISTRAR O CONTACTO NO B-ANESTESIC



ENFERMEIROS BO CHUA-PTM

## **APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO REALIZADO À FAMÍLIA DO DOENTE CIRÚRGICO**

Data aplicação do questionário	
Nº questionário (a preencher pela equipa de investigação)	

### **QUESTIONÁRIO REALIZADO À FAMÍLIA DO DOENTE CIRÚRGICO**

O MEU NOME É HELENA MARQUES, SOU ENFERMEIRA DO BLOCO OPERATÓRIO DE PORTIMÃO, SOU ALUNA DO MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE NA UNIVERSIDADE DO ALGARVE. NO ÂMBITO DA ELABORAÇÃO DA MINHA TESE, VENHO CONTACTÁ-LO TELEFONICAMENTE PARA AVALIAR A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO FORNECIDA PELA EQUIPA DO BLOCO OPERATÓRIO À FAMÍLIA DO DOENTE CIRÚRGICO E A SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO PRESTADO.

GOSTARIA DE SABER SE ESTÁ NA DISPOSIÇÃO DE RESPONDER A ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ESTE ASSUNTO. ESTE INQUÉRITO DEMORARÁ NO MÁXIMO 10MINUTOS. AS SUAS OPINIÕES SÃO IMPORTANTES PARA MELHORAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS NO BLOCO OPERATÓRIO DE PORTIMÃO.

A RESPOSTA A ESTE QUESTIONÁRIO SERÁ ANÓNIMA, ISTO É, AS SUAS RESPOSTAS NÃO FICARÃO DE FORMA ALGUMA LIGADAS AO SEU NOME, SENDO OS RESULTADOS ANALISADOS DE FORMA AGREGADA PARA TODOS OS DOENTES.

AS QUESTÕES QUE VOU COLOCAR DIZEM RESPEITO UNICAMENTE AO PERÍODO DE ESPERA JUNTO AO BLOCO OPERATÓRIO, NO DIA EM QUE O SEU FAMILIAR FOI OPERADO.

A SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, MAS EXTREMAMENTE IMPORTANTE PARA ESTA AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO.

**QUESTIONÁRIO REALIZADO À FAMÍLIA DO DOENTE  
CIRÚRGICO**

**PARTE I - NO DIA DA CIRURGIA DO SEU FAMILIAR**

**1 - A CIRURGIA DO SEU FAMILIAR FOI:**

Programada

Urgente

**2 - A QUE CIRURGIA FOI SUBMETIDO?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3 - FOI INFORMADO E ESCLARECIDO/A PELO MÉDICO ANTES DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM RELAÇÃO À FORMA COMO A CIRURGIA DO SEU FAMILIAR IRIA SER REALIZADA, SOBRE OS RISCOS E OS BENEFÍCIOS ENVOLVIDOS?**

Sim, completamente

Sim, mas permaneci com algumas dúvidas

Não

**4 - QUE SENTIMENTOS VIVENCIARAM DURANTE O PERÍODO EM QUE O SEU FAMILIAR ESTEVE NO BLOCO OPERATÓRIO?**

*(PODE ESCOLHER MAIS DO QUE UMA OPÇÃO)*

Angustia

Ansiedade

Calma

Incerteza

Medo

Preocupação

Satisfação

Sufrimento

Stress

Nenhum

Outro

Qual? \_\_\_\_\_

**5 - QUE DIFICULDADES SENTIRAM DURANTE O PERÍODO EM QUE O SEU FAMILIAR ESTEVE NO BLOCO OPERATÓRIO?**

*(PODE ESCOLHER MAIS DO QUE UMA OPÇÃO)*

Falta de atenção por parte dos profissionais de saúde

Falta de disponibilidade

Falta de informação

Falta de privacidade

Local de espera inapropriado

Tempo em dar informação

Nenhuma dificuldade

Outro

Qual? \_\_\_\_\_

**6 - O QUE SUGERIA PARA MINIMIZAR AS DIFICULDADES SENTIDAS?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7 - DURANTE A PERMANÊNCIA DO SEU FAMILIAR NO BLOCO OPERATÓRIO RECEBEU ALGUMA INFORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DESSE SERVIÇO?**

Não

Sim

Se respondeu “Não” à **questão 7**, responda às **questões 8 e 9** e de seguida passe para a **questão 22 inclusive**.

Se respondeu “Sim” à **questão 7**, passe para a **questão 10 inclusive**.

**8 - GOSTARIA DE TER RECEBIDO INFORMAÇÕES SOBRE O SEU FAMILIAR DURANTE O PERÍODO EM QUE PERMANECEU NO BLOCO OPERATÓRIO?**

Não

Sim

**9 - QUE INFORMAÇÕES GOSTARIA QUE LHE TIVESSEM SIDO TRANSMITIDAS PELOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO? (PODE ESCOLHER MAIS DO QUE UMA OPÇÃO)**

A cirurgia está a correr bem?

A cirurgia já terminou?

Correu tudo Bem?

Correu conforme o planeado?

Como é que ele/a está?

Está acordado/a?

Tem dor?

Quando é transferido para o internamento?

Quando é possível visitá-lo/a?

Outra

Qual? \_\_\_\_\_

**10 - QUEM É QUE LHE FORNECEU A INFORMAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO?**

- Administrativo(a)
- Assistente Operacional
- Enfermeiro(a)
- Médica(a)

**11 - DE QUE FORMA FOI DADA A INFORMAÇÃO PELO PROFISSIONAL DO BLOCO OPERATÓRIO?**

- Presencial
- Telefone
- Outra

Qual? \_\_\_\_\_

**12 - CASO TENHA SIDO PRESENCIAL, CONSIDERA-SE SATISFEITO QUANTO ÀS CONDIÇÕES DA ZONA DE ESPERA?**

- Nada satisfeito
- Pouco Satisfeito
- Satisfeito
- Muito Satisfeito
- Extremamente Satisfeito

**13-O QUE MUDARIA?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14 - AS INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PROFISSIONAL DURANTE O PERÍODO QUE O SEU FAMILIAR ESTEVE NO BLOCO OPERATÓRIO FORAM IMPORTANTES PARA SI?**

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante
- Extremamente importante

**15 - AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO PROFISSIONAL DO BLOCO OPERATÓRIO CONTRIBUÍRAM PARA INFLUENCIAR OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS?**

- Não
- Sim

**16 - AS INFORMAÇÕES FORAM FORNECIDAS DE UMA FORMA COMPREENSÍVEL?**

- Não
- Sim

**17 - O PROFISSIONAL DO BLOCO OPERATÓRIO FOI ATENCIOSO?**

- Não
- Sim

**18 - AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO PROFISSIONAL DO BLOCO OPERATÓRIO ELUCIDARAM-NO QUANTO AO ESTADO DE SAÚDE DO SEU FAMILIAR?**

- Não
- Sim

**19 - AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO PROFISSIONAL DO BLOCO OPERATÓRIO CONTRIBUÍRAM PARA AJUDAR A MINIMIZAR AS DIFICULDADES SENTIDAS NO DOMICÍLIO?**

Não

Sim

**20 - SE RESPONDEU “NÃO”, À QUESTÃO 19, QUE INFORMAÇÕES GOSTARIA QUE LHE TIVESSEM SIDO FORNECIDAS?**

---

---

---

**21 - DE FORMA GLOBAL, CONSIDERA-SE SATISFEITO COM O SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DO BLOCO OPERATÓRIO?**

Nada satisfeito

Pouco Satisfeito

Satisfeito

Muito Satisfeito

Extremamente Satisfeito

**22 - SUGERIA A ALGUM FAMILIAR OU AMIGO O BLOCO OPERATÓRIO DE PORTIMÃO?**

Não

Sim

## PARTE II – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

PARA PODERMOS COMPREENDER MELHOR AS RESPOSTAS QUE NOS DEU GOSTARÍAMOS DE TER ALGUNS DADOS SOBRE SI. AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM TÊM COMO OBJETIVO UMA CARACTERIZAÇÃO GERAL DE CADA INDIVÍDUO.

### 1 - Qual é o seu género?

- Feminino
- Masculino

### 2 - IDADE \_\_\_\_\_(ANOS)

### 3 - QUAL É O SEU ESTADO CIVIL?

- Solteiro(a)
- Casado(a) ou em União de Facto
- Divorciado(a) ou Separado(a)
- Viúvo(a)

### 4 - QUAL É O SEU GRAU DE PARENTESCO COM O DOENTE?

- Marido/Esposa
- Pai/Mãe
- Filho(a)
- Amigo(a)
- Outro
- Qual? \_\_\_\_\_

**5 - QUAL É O SEU NÍVEL DE ESCOLARIDADE COMPLETO MAIS ELEVADO?**

*(ESCOLHA APENAS UMA OPÇÃO)*

Não consegue ler e escrever

Consegue ler e escrever

Ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe, 6º ano/antigo 2º ano do ciclo preparatório; 9º ano/antigo 5º ano do curso geral dos liceus)

Ensino Secundário (12º ano/antigo 7º ano do curso complementar dos liceus)

Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

**6 - QUAL É A SUA PROFISSÃO?**

\_\_\_\_\_

**7 - A QUE DISTÂNCIA DO HOSPITAL RESIDE? \_\_\_\_\_ (KM)**

**OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO**

## APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO REALIZADO AO DOENTE CIRÚRGICO

Data aplicação do questionário	
Nº questionário (a preencher pela equipa de investigação)	

### QUESTIONÁRIO REALIZADO AO DOENTE CIRÚRGICO

O MEU NOME É HELENA MARQUES, SOU ENFERMEIRA DO BLOCO OPERATÓRIO DE PORTIMÃO, SOU ALUNA DO MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE NA UNIVERSIDADE DO ALGARVE. NO ÂMBITO DA ELABORAÇÃO DA MINHA TESE, VENHO CONTACTÁ-LO TELEFONICAMENTE PARA AVALIAR A IMPORTÂNCIA QUE TEM PARA SI A INFORMAÇÃO DADA AO SEU FAMILIAR PELA EQUIPA DO BLOCO OPERATÓRIO DURANTE A SUA PERMANÊNCIA NESSE SERVIÇO E IDENTIFICAR O IMPACTO DA MESMA NA MELHORIA DA SUA QUALIDADE VIDA.

GOSTARIA DE SABER SE ESTÁ NA DISPOSIÇÃO DE RESPONDER A ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ESTE ASSUNTO. ESTE INQUÉRITO DEMORARÁ NO MÁXIMO 10 MINUTOS. AS SUAS OPINIÕES SÃO IMPORTANTES PARA MELHORAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS NO BLOCO OPERATÓRIO DE PORTIMÃO.

A RESPOSTA A ESTE QUESTIONÁRIO SERÁ ANÓNIMA, ISTO É, AS SUAS RESPOSTAS NÃO FICARÃO DE FORMA ALGUMA LIGADAS AO SEU NOME, SENDO OS RESULTADOS ANALISADOS DE FORMA AGREGADA PARA TODOS OS DOENTES.

AS QUESTÕES QUE VOU COLOCAR DIZEM RESPEITO UNICAMENTE AO PERÍODO DA SUA PERMANÊNCIA NO BLOCO OPERATÓRIO.

A SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, MAS EXTREMAMENTE IMPORTANTE PARA ESTA AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO.

## QUESTIONÁRIO REALIZADO AO DOENTE CIRÚGICO

### PARTE I – NO DIA DA SUA CIRURGIA

#### 1 – A QUE CIRURGIA FOI SUBMETIDO?

\_\_\_\_\_

#### 2 – A SUA CIRURGIA FOI:

- Programada   
Urgente

#### 3 – FOI INFORMADO/A E ESCLARECIDO/A PELO MÉDICO ANTES DA CIRURGIA EM RELAÇÃO À FORMA COMO A SUA CIRURGIA IRIA SER REALIZADA, AOS RISCOS E AOS BENEFÍCIOS ENVOLVIDOS?

- Sim, completamente   
Sim, mas permaneci com algumas dúvidas   
Não

#### 4 – QUE SENTIMENTO VIVENCIOU ANTES DA CIRURGIA? (*PODE ESCOLHER MAIS DO QUE UMA OPÇÃO*)

- Angustia   
Ansiedade   
Calma   
Incerteza   
Medo   
Preocupação   
Satisfação   
Sofrimento   
Stress

Nenhum

Outro

Qual? \_\_\_\_\_

**5 - PARA SI, QUAL A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DA SUA FAMÍLIA NO BLOCO OPERATÓRIO?**

Nada importante

Pouco importante

Importante

Muito importante

Extremamente importante

**6 - DURANTE A SUA PERMANÊNCIA NO BLOCO OPERATÓRIO O SEU FAMILIAR RECEBEU ALGUMA INFORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DESSE SERVIÇO?**

Não

Sim

*Se respondeu “Não” à questão 6, responda a partir da Parte III deste questionário, inclusivé.*

## PARTE II - SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À INFORMAÇÃO DADA À SUA FAMÍLIA

### 1 - COMO CLASSIFICA A IMPORTÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO E INFORMAÇÃO FORNECIDA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO BLOCO OPERATÓRIO À SUA FAMÍLIA?

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante
- Extremamente importante

### 2 - CONSIDERA QUE A INFORMAÇÃO FORNECIDA À SUA FAMÍLIA PELOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO FOI IMPORTANTE PARA INFLUENCIAR OS SENTIMENTOS POR ELES VIVENCIADOS?

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante
- Extremamente importante

### 3 - QUE IMPORTÂNCIA TEVE A INFORMAÇÃO FORNECIDA À SUA FAMÍLIA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO BLOCO OPERATÓRIO NO ACOMPANHAMENTO E CUIDADOS PRESTADOS A SI NO DOMICÍLIO?

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante
- Extremamente importante

**4 - DE QUE FORMA FOI IMPORTANTE? O QUE PODERIA TER MELHORADO?**

---

---

---

---

**5 - QUAL A IMPORTÂNCIA DO CONTRIBUTO DA INFORMAÇÃO FORNECIDA PELOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO AOS SEUS FAMILIARES NA PROMOÇÃO DA SUA QUALIDADE DE VIDA?**

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante
- Extremamente importante

**PARTE III – AVALIAÇÃO DA SUA QUALIDADE DE VIDA**

VOU LER ALGUMAS PERGUNTAS. CADA PERGUNTA TEM 5 OPÇÕES DE RESPOSTA. DIGA-ME, POR FAVOR, QUAL A RESPOSTA QUE MELHOR DESCREVE O SEU ESTADO DE SAÚDE **HOJE**.

**1 - Relativamente à sua MOBILIDADE considera que ...:**

- Não tem problemas em andar?
- Tem problemas ligeiros em andar?
- Tem problemas moderados em andar?
- Tem problemas graves em andar?
- É incapaz de andar?

## 2 - Relativamente a CUIDADOS PESSOAIS considera que ...

Não tem nenhum problema em se lavar ou vestir?

Tem problemas ligeiros em se lavar ou vestir?

Tem problemas moderados em se lavar ou vestir?

Tem problemas graves em se lavar ou vestir?

É incapaz de se lavar ou vestir sozinho/a

## 3 - Relativamente a ATIVIDADES HABITUAIS, COMO POR EXEMPLO, TRABALHO, ESTUDOS, ATIVIDADES DOMÉSTICAS OU ATIVIDADES EM FAMÍLIA OU DE LAZER, considera que:

Não tem nenhum problema em desempenhar as suas atividades habituais?

Tem problemas ligeiros em desempenhar as suas atividades habituais?

Tem problemas moderados em desempenhar as suas atividades habituais?

Tem problemas graves em desempenhar as suas atividades habituais?

É incapaz de desempenhar as suas atividades habituais?

## 4 - No que respeita a eventuais DOR/MAL-ESTAR diria que ...:

Não tem dores ou mal-estar?

Tem dores ou mal-estar ligeiros?

Tem dores ou mal-estar moderados?

Tem dores ou mal-estar graves?

Tem dores ou mal-estar extremos?

## 5 - Relativamente a ANSIEDADE/DEPRESSÃO considera que ...

Não está ansioso(a) ou deprimido(a)?

Está ligeiramente ansioso(a) ou deprimido(a)?

Está moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)?

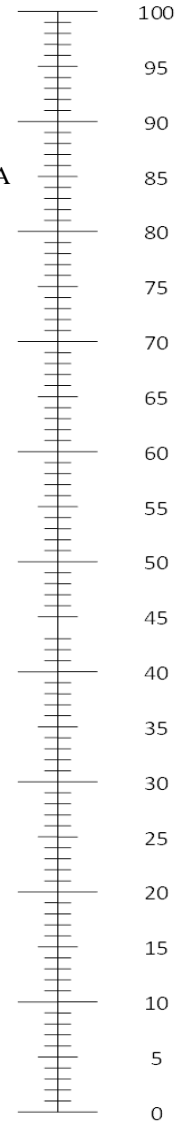
Está gravemente ansioso(a) ou deprimido(a)?

Está extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)?

**6 - GOSTARIA DE LHE PERGUNTAR O QUANTO A SUA SAÚDE ESTÁ BOA OU MÁ HOJE, NUMA ESCALA DE 0 A 100, ONDE 0 É A PIOR SAÚDE QUE POSSA IMAGINAR E 100 A MELHOR SAÚDE QUE POSSA IMAGINAR.**

- A ESCALA ESTÁ NUMERADA DE **0** A **100**.
- **100** SIGNIFICA A MELHOR SAÚDE QUE POSSA IMAGINAR.
- **0** SIGNIFICA A PIOR SAÚDE QUE POSSA IMAGINAR.
- AGORA POR FAVOR DIGA UM NÚMERO DE 0 A 100 DE FORMA A DEMONSTRAR COMO A SUA SAÚDE SE ENCONTRA **HOJE**.

A melhor saúde que possa imaginar



A pior saúde que possa imaginar

#### PARTE IV – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1 – Qual é o seu género?

Feminino

Masculino

2 – IDADE \_\_\_\_\_(ANOS)

3 – QUAL É O SEU ESTADO CIVIL?

Solteiro(a)

Casado(a) ou em União de Facto

Divorciado(a) ou Separado(a)

Viúvo(a)

4 – QUAL É O SEU GRAU DE PARENTESCO COM A PESSOA DE REFERÊNCIA?

Marido/Esposa

Pai/Mãe

Filho(a)

Amigo(a)

Outro

Qual? \_\_\_\_\_

5 – QUAL É O SEU NÍVEL DE ESCOLARIDADE COMPLETO MAIS ELEVADO? (ESCOLHA APENAS UMA OPÇÃO)

Não consegue ler e escrever

Consegue ler e escrever

Ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe, 6º ano/antigo 2º ano do ciclo preparatório; 9º ano/antigo 5º ano do curso geral dos liceus)

Ensino Secundário (12º ano/antigo 7º ano do curso complementar dos liceus)

Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

**6 - QUAL É A SUA PROFISSÃO?**

\_\_\_\_\_

**7 - A QUE DISTÂNCIA DO HOSPITAL RESIDE? \_\_\_\_\_ (KM)**

**OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO**

## APÊNDICE D- CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE À FAMÍLIA DO DOENTE CIRÚRGICO



### Consentimento Informado, esclarecido e livre ao Familiar do Doente Cirúrgico

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO** (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

**Título do estudo: “Importância da Comunicação entre profissionais de saúde do Bloco Operatório e a família do doente cirúrgico para a qualidade de vida do mesmo”**

**Enquadramento:** Estudo realizado pela Enfermeira Helena Marques do Bloco Operatório de Portimão, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Universidade do Algarve, sob orientação da Doutora Lara Noronha, professora na Escola Superior de Gestão de Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve.

**Explicação do Estudo:** O estabelecimento de uma comunicação eficaz em contexto de Bloco Operatório constitui um elemento essencial do cuidado de Enfermagem ao doente e família, não só pela sua importância na relação terapêutica, mas também por constituir um importante indicador da qualidade e humanização dos cuidados prestados. O estudo tem como objetivo avaliar a importância da informação fornecida pela equipa do Bloco Operatório de Portimão à família do doente cirúrgico e a satisfação com o serviço prestado, no dia da intervenção cirúrgica. Os dados são recolhidos através de um questionário realizado por contacto telefónico e a sua participação neste estudo consiste em responder às questões solicitadas.

**Confidencialidade e Anonimato:** Os dados recolhidos serão analisados com garantia de confidencialidade e anonimato.

Agradecemos, desde já a colaboração no projeto.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar

participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Horas a que posso ser contactado: \_\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: \_\_\_\_\_

BI/CC No: \_\_\_\_\_

PARENTESCO OU REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Horas a que posso ser contactado: \_\_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

## APÊNDICE E- CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE AO DOENTE CIRÚRGICO



### Consentimento Informado, esclarecido e livre ao Doente Cirúrgico

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO** (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

**Título do estudo:** “Importância da Comunicação entre profissionais de saúde do Bloco Operatório e a família do doente cirúrgico para a qualidade de vida do mesmo”

**Enquadramento:** Estudo realizado pela Enfermeira Helena Marques do Bloco Operatório de Portimão, no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, sob orientação da Doutora Lara Noronha, professora na Escola Superior de Gestão de Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve.

**Explicação do Estudo:** O estabelecimento de uma comunicação eficaz em contexto de Bloco Operatório constitui um elemento essencial do cuidado de Enfermagem ao doente e família, não só pela sua importância na relação terapêutica, mas também por constituir um importante indicador da qualidade e humanização dos cuidados prestados. O estudo tem como objetivos avaliar a importância que tem para si a informação dada ao seu familiar pelos Profissionais do Bloco Operatório de Portimão durante a sua permanência nesse serviço e identificar o impacto da mesma na melhoria da sua qualidade de vida. Os dados são recolhidos através de um questionário realizado por contacto telefónico e a sua participação neste estudo consiste em responder às questões solicitadas.

**Confidencialidade e Anonimato:** Os dados recolhidos serão analisados com garantia de confidencialidade e anonimato.

Agradecemos, desde já a colaboração no projeto.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Horas a que posso ser contactado: \_\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: \_\_\_\_\_

BI/CC No: \_\_\_\_\_

PARENTESCO OU REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Horas a que posso ser contactado: \_\_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

# **ANEXOS**

# ANEXO A- GUIÃO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE EQ-5D-5L

---



**Questionário de saúde**

**Versão Portuguesa para Portugal**

*(Portuguese version for Portugal)*

**GUIÃO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE**

---

## **APRESENTAÇÃO GERAL**

Recomenda-se que o entrevistador responsável pela administração do questionário por telefone siga o guião do EQ-5D. Embora seja concedida alguma latitude relativamente ao modo de falar pessoal do entrevistador, a fraseologia das instruções do questionário deve ser seguida o mais estritamente possível. No caso do sistema descritivo do EQ-5D, nas páginas 2 e 3, a fraseologia deve ser estritamente observada.

Recomenda-se que o entrevistador tenha à sua frente um exemplar do questionário EQ-5D durante a entrevista telefónica. Deste modo, as respostas do entrevistado podem ser introduzidas directamente no formulário EQ-5D pelo entrevistador, em representação do entrevistado (i.e., marcando os quadrados adequados nas páginas 2 e 3 e a escala na página 4 no ponto indicando a "saúde do entrevistado hoje"). O entrevistado também deve ter uma cópia do EQ-5D à sua frente como referência. Se o entrevistado pedir esclarecimentos, o entrevistador pode ajudar, lendo de novo a pergunta, literalmente. O entrevistador não deve tentar oferecer qualquer explicação pessoal, mas sugerir que o entrevistado utilize a sua própria interpretação.

Se o entrevistado tiver dificuldades relativamente ao quadrado a marcar, o entrevistador deve repetir a pergunta literalmente e pedir ao entrevistado para responder da forma que mais se aproximar da ideia que tem sobre a sua saúde hoje.

## APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EQ-5D

*(Nota para o entrevistador: por favor leia o seguinte texto ao entrevistado)*

Estamos a tentar averiguar o que pensa da sua saúde. Vou fazer-lhe algumas perguntas simples sobre a sua saúde HOJE. Depois perguntar-lhe-ei para avaliar a sua saúde numa escala de medição. Vou explicar-lhe o que fazer à medida que avanço no questionário, mas deve interromper-me sempre que não compreenda alguma coisa ou se alguma coisa não lhe parecer clara. Lembre-se também que não existem respostas certas ou erradas. Estamos apenas interessados na sua opinião pessoal.

---

### EQ-5D SISTEMA DESCRITIVO: INTRODUÇÃO

**Vou ler algumas perguntas. Cada pergunta tem cinco opções de resposta. Diga-me, por favor, qual a resposta que melhor descreve a sua saúde HOJE. Não escolha mais do que uma resposta em cada grupo de perguntas.**

*(Nota ao entrevistador: pode ser necessário lembrar várias vezes ao entrevistado que o período temporal é HOJE. Poderá ser inclusivamente necessário repetir as perguntas literalmente)*

---

### EQ-5D – SISTEMA DESCRITIVO

#### MOBILIDADE

**Vou começar por lhe fazer algumas perguntas sobre mobilidade. Diria que:**

1. Não tem problemas em andar?
2. Tem problemas ligeiros em andar?
3. Tem problemas moderados em andar?
4. Tem problemas graves em andar?
5. É incapaz de andar?

*(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)*

---

#### CUIDADOS PESSOAIS

**Em seguida, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre cuidados pessoais. Diria que:**

1. Não tem nenhum problema em se lavar ou vestir?
2. Tem problemas ligeiros em se lavar ou vestir?
3. Tem problemas moderados em se lavar ou vestir?
4. Tem problemas graves em se lavar ou vestir?
5. É incapaz de se lavar ou vestir sozinho/a?

*(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)*

---

### **ATIVIDADES HABITUAIS**

A seguir, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre atividades habituais, por exemplo, trabalho, estudos, atividades domésticas ou atividades em família ou de lazer. Diria que:

1. Não tem nenhum problema em desempenhar as suas atividades habituais?
2. Tem problemas ligeiros em desempenhar as suas atividades habituais?
3. Tem problemas moderados em desempenhar as suas atividades habituais?
4. Tem problemas graves em desempenhar as suas atividades habituais?
5. É incapaz de desempenhar as suas atividades habituais?

*(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)*

---

### **DOR / MAL-ESTAR**

Em seguida, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre dores ou mal-estar. Diria que:

1. Tem dores ou mal-estar?
2. Tem dores ou mal-estar ligeiros?
3. Tem dores ou mal-estar moderados?
4. Tem dores ou mal-estar graves?
5. Tem dores ou mal-estar extremos?

*(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)*

---

### **ANSIEDADE / DEPRESSÃO**

Para terminar, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre ansiedade ou depressão. Diria que:

1. Está ansioso/a ou deprimido/a?
2. Está ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a?
3. Está moderadamente ansioso/a ou deprimido/a?
4. Está gravemente ansioso/a ou deprimido/a?
5. Está extremamente ansioso/a ou deprimido/a?

*(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)*

---

### EQ VAS: INTRODUÇÃO

*(Nota ao entrevistador: Se possível, poderia ser útil enviar um ajuda visual (i.e. o EQ VAS) antes da chamada telefónica, de modo que os entrevistados possam ter o formulário à sua frente durante a realização desta tarefa)*

**Agora, gostaria de lhe perguntar o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.**

**Vou pedir-lhe para tentar imaginar uma escala parecida com um termómetro. É capaz? A melhor saúde que consegue imaginar está marcada com 100 (cem) no cimo da escala e a pior saúde que consegue imaginar está marcada com 0 (zero) no fundo da escala.**

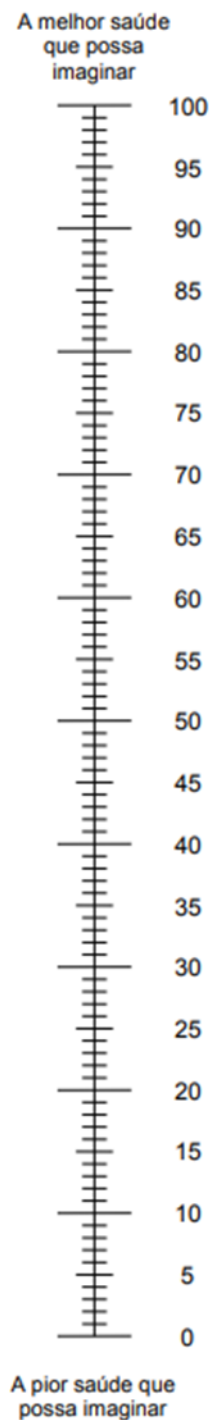
### EQ VAS: TAREFA

**Agora, vou pedir-lhe para me dizer em que ponto desta escala colocaria a sua saúde hoje.**

*(Nota ao entrevistador: marcar na escala o ponto que indique a saúde do entrevistado hoje. Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala na caixa abaixo)*


A SAÚDE DO ENTREVISTADO HOJE

**Obrigado pelo tempo que dispensou a responder a estas perguntas.**



## ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO ÉTICA

Associação de Saúde  
Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.  
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação  
Rua 1.ª de Maio, nº 661 - 8100-047 Faro

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
ALGARVE

### Declaração

Para os devidos efeitos declara-se que o estudo de investigação: **"Importância da comunicação entre profissionais de saúde do bloco operatório e da família do doente cirúrgico para a qualidade de vida do mesmo"**, teve como Investigadora Principal na Unidade de Portimão, a **Enfª Helena Maria dos Santos Marques Guerreiro**, sendo que o estudo obteve o **Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde** a 07-04-2022 e foi **autorizado pelo Conselho de Administração** a 21-04-2022.

Faro, 20 de Agosto de 2024

A Coordenadora do Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Rita Munhoz

**ULS ALG, E.P.E.**  
Departamento de Ensino, Inovação e  
Investigação

