

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala

ISPUNA

Licenciatura em Enfermagem

**Cumprimento do protocolo dos cuidados pré-operatórios no sector da cirurgia II do
HCN– Agosto de 2020 a Agosto de 2022.**

Tomácia Francisca de Eufrásia Pedro Mendes

Nacala-Porto, Fevereiro de 2023

Tomácia Francisca de Eufrásia Pedro Mendes

**Cumprimento do protocolo dos cuidados pré-operatórios no sector da cirurgia II do
HCN– Agosto de 2020 a Agosto de 2022.**

Monografia a ser apresentada ao
ISPUNA Instituto Superior Politécnico e
Universitário de Nacala, como requisito
parcial para a obtenção do grau de
licenciatura em enfermagem

Supervisor: dr. Sulemane Bandal Elias

Nacala-Porto, Fevereiro de 2023

Índice

Índice de tabelas	iv
Índice de graficos	v
Dedicatória	vi
Declaração de Honra	vii
Agradecimentos	viii
Parecer do Supervisor.....	ix
Resumo	x
Abstract.....	xi
Lista de Abreviaturas e Siglas	xii
Introdução.....	1
CAPÍTULO I:.....	3
1.1. Tema	3
1.2. Delimitação do Tema:	3
1.3. Problematização	3
1.4. Justificativa.....	5
1.5. Objectivos.....	6
1.5.1. Objectivo geral	6
1.5.2. Objectivos específicos	6
1.6. Hipóteses	7
CAPÍTULO II :.....	9
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1. Processos de agendamento dos pacientes no Pré-ope ratório.....	9
2.2. Período pré- operatório.....	9
2.3. Cuidados de enfermagem no pre- operatório	9
2.4. A Enfermagem no período pré-operatório.....	11
2.5. Histórico da enfermagem no período pré-operatório	13
2.6. A preparação pré-operatória do doente cirúrgico	15
2.6.1. Visita pré-operatória.....	20
2.7. Cirurgia.....	22
2.7.1. Cuidar em contexto cirúrgico	22
2.7.2. Planeamento cirúrgico	26
2.7.3. Adiamento cirúrgico	27
2.7.3.1. O processo de comunicação diante do adiamento de cirurgia.....	28

2.7.3.2. Factores contextuais de melhorias	29
2.7.3.3. Estratégias de intervenção	30
2.8. Qualidade em saúde.....	31
CAPÍTULO III :	34
METODOLOGIA DE PESQUISA	34
3.1. Tipos de pesquisa	34
3.1.1. Pesquisa quanto aos objectivos	34
3.1.3. Pesquisa quanto aos procedimentos	35
3.1.4. Quanto ao Objecto.....	35
3.2. Quanto a técnicas e instrumentos de colecta de dados	35
3.2.1. Questionário	35
3.2.2. Observação	35
3.3. Universo da pesquisa.....	36
3.4. Amostra e Amostragem.....	36
3.7. Quanto a análise quantitativa usou-se a estatística descritiva	37
3.8. Considerações Ética.....	38
CAPÍTULO IV	39
Apresentação, Análise e Interpretação dos dados	39
A quanto tempo trabalha neste sector?	39
CAPITULO V:	44
Discussão dos Resultados.....	44
CAPITULO VI: Conclusão e Sugestões	46
Conclusão	46
Sugestões:	47
Ao Hospital Central de Nampula	47
Ao Ministério de Saúde	47
À comunidade Científica	47
Aos Pacientes e os Familiares	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICES	53
Termo de Consentimento Informado.....	60
Termo de Consentimento Informado.....	61

Índice de tabelas

Tabela 1: Hipóteses, variáveis e indicadores.....	8
---	---

Índice de graficos

Grafico 1: Tempo de trabalho.....	39
Grafico 2: Visitas pré-operatórias.....	40
Grafico 3: Adiamento de cirurgias	41
Grafico 4: Razões de adiamento das cirurgias.....	41
Grafico 5: Comunicação do adiamento	42

Dedicatória

Dedico a presente Monografia Científica:

Aos meus pais Pedro Gustavo Saide e Teresa Carlos (que Deus a tenha);

Aos meus filhos Langa Enes Jorge Langa , Keyla da Tomásia Mendes e Gaya da Tomásia Mendes.

Declaração de Honra

Declaro por minha honra que esta Monografia é resultado da minha investigação e das orientações do meu supervisor; o seu conteúdo é original, e as fontes bibliográficas consultadas estão devidamente mencionadas no texto e na bibliografia final. Declaro também que esta não foi apresentada em nenhuma Instituição de formação para obtenção de qualquer grau académico.

Nacala-Porto, 22 de Fevereiro 2023

/ Tomácia Francisca de Eufrásia Pedro Mendes /

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus misericordioso que sempre me protegeu e deu-me forças para lutar e enfrentar as dificuldades encaradas ao longo dos 4 anos de formação e nos trabalhos em geral sobretudo, ao meu Supervisor Dr: Sulemane Bandal Elias pelo apoio e pelas censuras, ao Instituto Superior Politécnico e Universitários de Nacala, em nome do Director Mestre Nelson Janfar, aos meus docentes, em geral pelo incessante acompanhamento durante o curso. Os meus agradecimentos vão também para Zito António Simões Mendes, meu esposo, digo muito obrigado, pela compreensão que me concedeu durante este percurso, por estar ao meu lado nos bons e nos maus momentos, pela infinita paciência que teve comigo nos momentos mais difíceis. A todos meus irmãos, Angelita Carlos, Olga Stella, Odete Hortencia Pedro, Oliveira Pedro Gustavo, Modesta Julia Pedro e Galton Julio Pedro e amigos em particular Anita Morris Assilia Madidi pela motivação, companherismo e compreensão, aos meus colegas da turma, os meus agradecimentos também vão para os funcionários do HCN dos sectores da maternidade, ginecologia, cuidados intermediários, cirurgia II, Traumatologia, Banco de socorros, pequena cirurgia, Reanimação de adultos, Urgência de pediatria, pediatria I, Cirurgia I, Medicina I e Arsenal do hospital. Finalmente a todos que directa ou indirectamente contribuíram com o seu saber, prestado informações valiosas para o trabalho, vai o meu agradecimento do fundo do meu coração.

Parecer do Supervisor

Este trabalho de fim de curso cumpre com as normas e recomendações exigidas pelo Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala (ISPUNA)-Universidade Politécnica, tanto no aspecto Metodológico como Científico. Cumprimento do protocolo dos cuidados pré-operatórios no sector da cirurgia II do HCN–Agosto de 2020 a Agosto de 2022. É um tema pertinente e enquadra-se dentro das preocupações dos estudos em Saúde Pública em Moçambique. Por isso, recomendo que seja submetido para que a candidata possa apresentar defender diante de um júri, conforme as normas e procedimentos do Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala-Universidade Politécnica.

Nampula, Fevereiro de 2023

Lic. Sulemane Bandal Elias

Resumo

A enfermagem como actividade humana é muito complexa e desempenha um papel importante na satisfação das necessidades dos doentes, peculiarmente as necessidades de informação, quando estes são confrontados com a possibilidade de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica. O período pré-operatório compreende o espaço de tempo que antecede o procedimento cirúrgico (...) sendo esse tempo muito variável e está sujeito a circunstâncias multifactoriais, dependentes não só da patologia como também do estado clínico do paciente. É incontestável, a mais-valia proporcionada pelo conhecimento da perspectiva do doente para a prestação de cuidados de excelência. Assim, este estudo teve como objecto o tema: Cumprimento do protocolo dos cuidados pré-operatórios no sector da cirurgia II do HCN – Agosto de 2020 a Agosto de 2022 e pretendeu especificamente: Analisar o cumprimento do protocolo pré-operatório no sector da cirurgia II do Hospital Central de Nampula. Quanto à abordagem, a pesquisa foi usada a pesquisa mista, qual-quantitativa, sendo o estudo de carácter exploratório e descritivo. A técnica utilizada para a colheita de dados foi o questionário. Os participantes da investigação foram 15 funcionários, sendo a amostra probabilística. Como resultados, constatou-se um atendimento considerável de pacientes submetidos a cirurgias: e quanto ao cumprimento do protocolo pré-operatório, verificou-se alguma lacuna no agendamento das cirurgias, principalmente na verificação antecipada dos recursos necessários para uma cirurgia, o que culmina muitas vezes por adiamento da cirurgia por falta de algum material. Comportou como estrutura do trabalho: Capítulo I onde se apresenta a introdução que contempla o tema e a sua delimitação, problematização, a justificativa, objectivos (gerais e específicos) e as hipóteses do tema; seguido do Capítulo II, com enquadramento teórico que contempla os conceitos relacionados com o tema; o Capítulo III, referente aos procedimentos metodológicos, onde destaca o método de procedimento, os tipos de pesquisa, as técnicas de recolha de dados, o universo e a amostra da pesquisa e Quanto processamento, análise e interpretação de dados foi feita análise de conteúdo, o Capítulo V que apresenta os dados e os resultados alcançados e por fim o capítulo VI Conclusões e Sugestões. Neste estudo levantou-se a questão: Qual é o contributo do cumprimento do protocolo pré-operatório para a redução do índice de adiamento de cirurgias no Hospital Central de Nampula? O estudo proporcionou a colheita de dados que subsidiaram a pesquisa tendo se concluído que os adiamentos das cirurgias resultam não só da responsabilidade do doente, mas também do próprio hospital no que diz respeito a disponibilidade de recursos. Deste modo é imperioso o envolvimento de todos profissionais que lidam com os casos cirúrgicos de modo a diminuir os adiamentos das cirurgias.

Palavras-chave: **Cumprimento, Protocolo, Pré-Operatório.**

Abstract

Nursing as a human activity is very complex and plays an important role in meeting the needs of patients, particularly the needs for information, when they are faced with the possibility of undergoing a surgical intervention. The preoperative period comprises the period of time that precedes the surgical procedure (...) and this time is very variable and is subject to multifactorial circumstances, dependent not only on the pathology but also on the clinical status of the patient. It is undeniable, the added value provided by knowledge of the patient's perspective for the provision of excellent care. Thus, this study had as its object the theme: Compliance with the preoperative care protocol in the surgery sector II of the HCN – August 2020 to August 2022 and specifically intended to: Analyze compliance with the preoperative protocol in the surgery sector II from the Nampula Central Hospital. As for the approach, the research was used mixed research, qual-quantitative. , with an exploratory and descriptive study. The technique used for data collection was the questionnaire. The research participants were 15 employees, with a probabilistic sample. As a result, a considerable amount of care was found for patients undergoing surgeries: and regarding compliance with the preoperative protocol, there was some gap in the scheduling of surgeries, mainly in the advance verification of the resources needed for a surgery, which culminates in many cases. sometimes due to postponement of the surgery due to lack of some material. The structure of the work consisted of: Chapter I, which presents the introduction that contemplates the theme and its delimitation, problematization, justification, objectives (general and specific) and the hypotheses of the theme; followed by Chapter II, with a theoretical framework that includes concepts related to the theme; Chapter III, referring to methodological procedures, which highlights the method of procedure, types of research, data collection techniques, universe and research sample and How much processing, analysis and interpretation of data was made content analysis, Chapter V which presents the data and results achieved and finally Chapter VI Conclusions and Suggestions. In this study, the question arose: What is the contribution of compliance with the preoperative protocol to reducing the rate of postponement of surgeries at the Hospital Central de Nampula? The study provided the collection of data that supported the research, having concluded that the postponements of surgeries result not only from the patient's responsibility, but also from the hospital itself with regard to the availability of resources. In this way, it is imperative to involve all professionals who deal with surgical cases in order to reduce postponements of surgeries.

Keywords: Compliance, Protocol, Preoperative.

Lista de Abreviaturas e Siglas

HCN – Hospital Central de Nampula

MC – Motivos Clínicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPO – Protocolo Pré-Operatório

RH – Responsabilidade Hospitalar

RPMNC – Responsabilidade Por Motivos Não Clínicos

RT – Responsabilidade de Terceiros

VPOE – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

Introdução

A enfermagem como actividade humana é muito complexa e desempenha um papel importante na satisfação das necessidades dos doentes, particularmente as necessidades de informação, quando estes são confrontados com a possibilidade de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica. O período pré-operatório compreende o espaço de tempo que antecede o procedimento cirúrgico (...) sendo esse tempo muito variável e está sujeito a circunstâncias multifactoriais, dependentes não só da patologia como também do estado clínico do paciente. É incontestável, a mais-valia proporcionada pelo conhecimento da perspectiva do doente para a prestação de cuidados de excelência.

A presente Monografia tem como tema: Cumprimento do protocolo dos cuidados pré-operatórios no sector da cirurgia II do HCN – Agosto de 2020 a Agosto de 2022, objectivando descrever sobre os factores, impactos do incumprimento desta ferramenta no seio do HCN.

Protocolo pré-operatório é um instrumento que tem a finalidade de orientar os profissionais médicos na avaliação pré-operatória de todos os pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos electivos, preservando a avaliação individualizada de cada paciente a fim de obter melhoria assistencial, com optimização dos recursos disponíveis. Para a sua efectivação necessita de um bom planeamento e diagnóstico.

O planeamento sendo um instrumento que contém todo leque de passos, etapas a serem seguidas, é criteriosamente bem elaborado contendo nele o dia, a hora, o local, o material, a equipe e mais. Se ocorre falha neste plano, culmina com o cancelamento da cirurgia e consequentemente o doente entra em prejuízos.

O hospital Central de Nampula recebe casos de intervenção cirúrgica, alguns são realizadas e outras adiadas. Assim pretende-se fazer um aprofundamento desta questão de adiamento, buscando as reais causas e impactos para a sociedade no geral relacionando assim com o plasmado no protocolo pré-operatório.

Para esta pesquisa, foi realizado o estudo Descritivo, de Natureza qual - quantitativo, quanto aos objectivos trata-se de um estudo exploratório, onde participaram 15 funcionários, sendo 14 enfermeiros, 1 administrativa. Trata-se do número dos funcionários da cirurgia II que trabalham na área em estudo.

Faz estrutura do projecto: Capítulo I onde se apresenta a introdução que contempla o tema e a sua delimitação, problematização, a justificativa, objectivos (gerais e específicos) e as hipóteses do tema; seguido do Capítulo II, com enquadramento teórico que contempla os conceitos relacionados com o tema; o Capítulo III, referente aos procedimentos metodológicos, onde destaca o método de procedimento, os tipos de pesquisa, as técnicas de recolha de dados, o universo e a amostra da pesquisa e por fim o Capítulo V que apresenta os dados e os resultados alcançados, e por fim o Capítulo VI Conclusões e Sugestões.

CAPÍTULO I:

1.1. Tema

Para Lakatos & Marconi (2003, p.158) “tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar e, pode perdurar por toda a pesquisa, onde nesse caso, deverá ser frequentemente revisto”.

Portanto, constitui tema: Cumprimento do protocolo dos cuidados pré-operatórios no sector da cirurgia II do HCN – Agosto de 2020 a Agosto de 2022.

1.2. Delimitação do Tema:

Segundo Lakatos & Marconi (2003, p.161) delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação.

Sendo assim, trata-se de uma pesquisa ligada a área da saúde, especificamente na Patologia Médica Cirúrgica.

Esta pesquisa decorreu no Hospital Central de Nampula no período de Agosto de 2022-Janeiro de 2023. A preferência deste local é de tratar-se da maior unidade da província que recebe maior número de doentes daquela região.

1.3. Problematização

Actualmente, o processo de enfermagem está descrito em cinco etapas: colecta de dados, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Dentre essas etapas, o diagnóstico de enfermagem tem merecido grande destaque, sendo reconhecido como um guia para o planeamento e implementação dos cuidados de enfermagem.

Uma avaliação do paciente quando são levantados aspectos gerais para o tratamento, possibilita o estabelecimento de um diagnóstico seguido de um estudo de viabilidades e um plano de tratamento. O plano de tratamento deve ser o mais criterioso possível, pois dependendo do grau de complexidade do caso todas as variáveis devem ser apresentadas e discutidas com o paciente previamente. Um plano de tratamento bem estabelecido, evita a ocorrência de situações desagradáveis e negativas tanto para o paciente quanto para a equipa médica assim como para a própria instituição, como é o caso de adiamentos ou cancelamento das cirurgias.

Foi constatado no Hospital Central de Nampula, concretamente no sector da cirurgia II sucessivos adiamentos de cirurgias aos doentes, facto que preocupa muito aos paciente e familiares que se vem prolongado o tempo de dor, sofrimento e dos custos. Não obstante a isso acarreta também na qualidade de serviços prestados naquela unidade de saúde. Esta

situação pode estar a ser originada pela falta ou falhas no planeamento cirúrgico e/ou pelo incumprimento do protocolo cirúrgico. Para além do frequente adiamento de cirurgias naquele sector, verificou-se que ha falta de protocolo pré-operatório, situação esta que de certa maneira pode revelar ineficácia dos cuidados prestados.

Dentre todos os processos relacionados, o agendamento de cirurgias é um factor importante dentro do centro cirúrgico, pois torna possível prever quantos profissionais estarão envolvidos, quais materiais e medicamentos serão necessários e o tempo de duração de cada procedimento, além da garantia do melhor resultado possível para o usuário.

Neste sentido, como salienta Sodré, (2014), a programação de uma cirurgia deve corresponder a uma sequência de actos que envolvam um número considerável de profissionais, além de materiais e equipamentos.

Por outro lado, a suspensão de uma cirurgia acarreta impactos significativos na gestão hospitalar e é um evento que deve ser analisado por duas vertentes: a primeira, voltada para as repercussões que envolvem o paciente; e a segunda, pelas consequências que causam para a instituição de saúde (Paschoal; Gatto, 2006).

Estas ideias são corroboradas por Sodré, (2014), que afirma que, em relação ao paciente, quando a cirurgia é cancelada no dia programado, verifica-se uma série de transtornos que envolvem desde abalos psicológicos devido ao alto nível de envolvimento emocional antes da cirurgia, até o desencadeamento de sentimentos negativos do indivíduo e da família com a instituição e os profissionais envolvidos.

No que se refere à instituição, o cancelamento de uma cirurgia gera transtornos e prejuízos devido ao atraso na realização de outras cirurgias, à ampliação do custo operacional e financeiro, ao prolongamento do período de internação e ao aumento do risco de infecção hospitalar. Do ponto de vista administrativo, interfere na própria equipe de saúde, no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e de recursos materiais.

O cancelamento de cirurgias é frequentemente no HCN, visto por profissionais como um fenómeno natural, sendo parte da rotina da instituição. Deve-se, no entanto, entender que essas ocorrências precisam ser minimizadas. A metodologia mais difundida na literatura científica para a redução do índice de cancelamento sugere que seja feito um levantamento das principais causas que levam à suspensão de um procedimento e, a partir disso, sejam implementadas intervenções direccionadas para a solução das principais causas.

Quanto mais tardiamente o cancelamento é feito, maiores são as consequências para o paciente e para a instituição. O doente que tem sua cirurgia cancelada sofre ao saber que não passará pela intervenção prevista, que deveria melhorar seu estado clínico, prejudicando, inclusive, a imagem da instituição. Além disso, existe a possibilidade de que haja maior tempo de internação e maior risco de contaminação. O enfermeiro desempenha papel-chave dentro da estrutura do CC. A realização do procedimento cirúrgico requer preparo prévio para o recebimento do paciente e, por isso, esse profissional deve ter como preocupação garantir que as cirurgias sejam correctamente programadas e que as condições necessárias para sua execução sejam atendidas, por meio da alocação adequada de recursos e do cumprimento do protocolo pré-operatório.

É com base nesta óptica de ideia que surge a seguinte questão: *Qual é o contributo do cumprimento do protocolo pré-operatório para a redução do índice de adiamento de cirurgias no Hospital Central de Nampula?*

1.4. Justificativa

O interesse pelo estudo deste tema surge por um lado, na sequência do estágio profissional realizado pela autora no Hospital Central de Nampula no período em estudo e por outro lado, por se tratar uma temática pouco estudada, apesar da sua importância para a sociedade. São várias vezes que se assiste os adiamentos das cirurgias marcadas, por vezes acontecem nos próprios dias, o que de certa forma acarreta custos, constrangimentos e desconfortos no seio dos pacientes e dos demais envolvidos. É por isso que foi necessário e urgente o seu estudo com vista a reduzir os adiamentos e melhorar a assistência aos doentes.

Para uma qualidade de saúde, precisa de uma boa prestação de serviço e por sua vez este requer uma boa planificação por parte da equipa médica, administrativa e a demais, como salienta Landim (2009, p.87), ao afirmar que o planeamento torna-se etapa obrigatória depois do diagnóstico, para o funcionamento operacional dentro das instituições de saúde para que consigam alcançar seus objectivos e manter sua responsabilidade para com os pacientes, família e comunidade, uma vez que o cancelamento de cirurgias implica tanto na perda e no mau aproveitamento de recursos financeiros e de recursos humanos quanto na falta de atendimento das necessidades de saúde dos clientes assistidos pela instituição.

Esperou-se com estudo, a consolidação dos conhecimentos adquiridos a quando da formação por parte da autora e que sirva de prova da qualidade de ensino na qual a autora da pesquisa se formou. Também estudo servirá de ferramenta de consulta para a camada académica,

pesquisadores e para a sociedade no geral e que poderá influenciar ao caso em estudo (HCN) a encontrar soluções de melhorias dos cuidados prestados no sector da cirurgia II como explica Ivarsson (2002, p.78), que as cirurgias programadas, realizadas na data e hora marcada, e cumprindo todas as condições de segurança, são sinónimo de qualidade na prestação de cuidados, e influem com numerosos indicadores, como o tempo médio de espera e estadias pré-cirúrgica, demora média hospitalar e taxa de utilização das salas operatórias. É relevante também a efectivação deste estudo uma vez tratar-se de ma problemática pouco pesquisada ao nível nacional, servirá de ponto de partida para outras pesquisas que forem necessárias serem levadas a cabo se tais forem da área em destaque.

1.5. Objectivos

Para Sousa (2008, p.18), a definição dos objectivos determina o que o pesquisador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa. Objectivo é sinónimo de meta, fim. Alguns autores separam os objectivos em objectivo geral e objectivos específicos, mas não há regra a ser cumprida quanto a isto e outros autores consideram desnecessário dividir os objectivos em categorias.

1.5.1. Objectivo geral

De acordo com Lakatos (2003, p. 219), objectivo geral está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se directamente à própria significação da tese proposta pelo projecto.

Sendo assim, a presente pesquisa tem como objectivo geral:

- Analisar o cumprimento do protocolo pré-operatório no sector da cirurgia II do Hospital Central de Nampula.

1.5.2. Objectivos específicos

De acordo com Sousa (2008, p.18), derivam do objectivo geral. Devem explicar, de modo claro e preciso, as acções a serem desenvolvidas para se alcançar os objectivos gerais, especialmente relacionados com as hipóteses que serão testadas.

Assim, a pesquisa tem como objectivos específicos:

- Descrever os critérios de agendamento das cirurgias no HCN;

- Identificar factores que ditam o adiamento das cirurgias;
- Verificar os impactos do adiamento das cirurgias, tanto para os pacientes, quanto para a instituição e a equipa médica.

1.6. Hipóteses

De acordo com Gil (2002, p.31) a pesquisa científica se inicia sempre com a colocação de um problema solucionável. O passo seguinte consiste em oferecer uma solução possível, mediante uma proposição, ou seja, uma expressão verbal susceptível de ser declarada verdadeira ou falsa. A essa proposição dá-se o nome de hipótese. Assim, a hipótese é a proposição testável que pode vir a ser a solução do problema.

Para tal foram levantadas as seguintes hipóteses para a satisfação do problema:

Hipótese I: Os adiamentos das cirurgias no HCN pode estar a ser influenciado pela falha nos critérios de agendamento das cirurgias;

Hipótese II: O cumprimento do protocolo pré-operatório ajudará na redução do índice de adiamentos das cirurgias e os seus impactos negativos no HCN;

Hipótese III: Falhas no planeamento das cirurgias é factor-chave para a ocorrência dos adiamentos cirúrgicos no HCN.

Tabela 1: Hipóteses, variáveis e indicadores

Hipóteses	Variáveis (x e y)	Indicadores
Hipótese I: Os adiamentos das cirurgias no HCN pode estar a ser influenciado pela falha nos critérios de agendamento das cirurgias;	(x) independentes Falha nos critérios de agendamento das cirurgias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência da equipa médica; ▪ Longo tempo de espera.
	(y) dependente Adiamento das cirurgias	
Hipótese II: O cumprimento do protocolo pré-operatório ajudará na redução do índice de adiamentos das cirurgias e os seus impactos negativos no HCN;	(x) independente Cumprimento do protocolo pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de visitas pré-operatórias; ▪ Exames diagnósticos ▪ Comunicação
	(y) dependente Redução do índice de adiamentos das cirurgias e os impactos negativos	
Hipótese III: Falhas no planeamento das cirurgias é factor-chave para a ocorrência dos adiamentos cirúrgicos no HCN.	(x) independente Falhas no planeamento das cirurgias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de material cirúrgico; ▪ Indisponibilidade de camas.
	(y) dependente Ocorrência dos adiamentos cirúrgicos	

Fonte: Autora.

CAPÍTULO II :

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo ira-se tratar de forma profunda e detalhada conteúdos relacionados com o tema em estudo, neste caso, protocolo pré-operatório, adiamento de cirurgias e planeamento cirúrgico. Nestes itens falar-se-á dos conceitos classificações e mais.

2.1. Processos de agendamento dos pacientes no Pré-operatório

Agendamento das cirurgias é uma medida de planeamento da execução de um procedimento cirúrgico com a finalidade verificar a necessidade de intervenção cirúrgica através da consulta clinica no ambulatório ou no alojamento conjunto e apartir desse momento é agendado ate a realização do procedimento cirúrgico.

2.2. Período pré- operatório

Sorensen e Luckmann (1998) definem o período pré-operatório como tendo início no momento em que a cirurgia é planeada, terminando quando o doente é transferido para o bloco operatório. Normalmente, o período pré-operatório é constituído por duas fases: pré-operatório mediato, que corresponde a dias, meses ou anos e pré-operatório imediato, que corresponde às vinte e quatro horas que antecedem o acto cirúrgico.

2.3. Cuidados de enfermagem no pre- operatório

O Pre- operatório requiere cuidados de enfermagem bastante especificos, em resumo, estes cuidados são aqueles prestados aos pacientes 24h antes da cirurgia. Geralmente os pacientes dao entrada nos hospitais antes ou durante esse período a depender do tipo de cirurgia que sera realizada.

- ✓ Dar apoio psicológico ao paciente
- ✓ Higiene corporal
- ✓ Fazer avaliação dos sinais vitais e registar correctamente
- ✓ Alimentacao restrita
- ✓ Pedir que o paciente retire os esmaltes das unhas
- ✓ Preparacao da pele para receber a incisão cirúrgica
- ✓ Lavagem intestinal para algumas cirurgias realizadas directamente no anus ou reto

- ✓ Verificar todos exames do pré-operatório, as autorizações médicas e deixar junto ao processo
- ✓ Administrar a medicação pré-anestésica cerca de 60min antes do procedimento. Permanecer junto ao paciente para diagnosticar possíveis reações anafiláticas do anestésico. Avisar a equipa caso alguma alteração seja detectada. Entre outros cuidados

Habitualmente, o doente submetido a cirurgia é hospitalizado na véspera da intervenção, ou seja, no período pré-operatório imediato. Nesta fase, o doente entra em contacto directo com a equipa que irá lhe prestar cuidados durante o período peri-operatório e é-lhe transmitida informação sobre os cuidados que compreendem todo o processo cirúrgico.

Graham (2003) salienta que os doentes internados no pré-operatório imediato têm muito pouco tempo para receber orientações e assimilá-las. Seria correcto pensar que nesta fase o doente já apresentasse conhecimentos sobre os procedimentos a decorrer.

No entanto, é de referir que esta prática não se sucede na nossa região nem na maioria dos hospitais do País. O que se verifica é que uma boa percentagem dos utentes chega ao hospital com nenhuma ou pouca informação quer sobre a sua situação concreta quer sobre os acontecimentos que o aguardam (Cerejo, 2000, p.29).

Vários estudos realizados sobre doentes submetidos a uma intervenção cirúrgica, relatam o impacto positivo da transmissão de informação no pré-operatório. Johnston, citado por Melo (2005, p.68), apurou que a informação pode: influenciar a recuperação; reduzir o internamento, a ansiedade, os níveis de dor e, conseqüentemente, a ingestão de analgésicos.

Também Young e Humphrey, referenciados por Melo (2005, p.68), verificaram uma redução do sofrimento e do tempo de permanência no hospital, quando os doentes receberam informação inerente ao seu internamento.

Similarmente Garretson (2004) numa pesquisa que efectuou sobre Benefits of pré-operative information programmes, apurou alguns benefícios de proporcionar informações sobre a preparação pré-operatória, das quais inclui o decréscimo da duração da estadia, a menor necessidade de utilização de analgésicos no pós-operatório e o aumento da satisfação do paciente.

Paralelamente ao que foi referido anteriormente, é crucial que o enfermeiro avalie os conhecimentos do doente sobre a sua situação actual, de forma a adequar as informações a

transmitir e valide os conhecimentos do doente, após a transmissão da informação, para assim garantir que a mensagem foi compreendida.

De acordo com Potter e Perry (2006, p.65), avaliar os conhecimentos do doente permite-nos determinar a capacidade de aprendizagem e compreensão do que lhe foi transmitido. Segundo estes autores, podemos avaliar os conhecimentos do doente perguntando-lhe o que sabe sobre a doença ou a causa do internamento, entre outros aspectos. Parafraseando Melo (2005), os doentes precisam de mais conhecimentos para tomar uma decisão do que aquela que lhe é fornecida pelos serviços de saúde.

2.4. A Enfermagem no período pré-operatório

Ao longo dos tempos e face as mudanças socioculturais, económicas, políticas e tecnológicas, que se tem verificado na sociedade, a Enfermagem tal como outras profissões, tem vindo a evoluir e a desenvolver o seu leque de conhecimentos, tendo como pilar o método científico de pesquisa e a prática da Enfermagem. Os profissionais têm a incumbência de alargar os seus saberes, aprofundando os domínios que guiam os seus actos. É imperativo a existência de um conjunto teórico de conhecimentos que oriente a formação dos profissionais e assim melhore a prestação de cuidados.

Para Watson (2002, p.96) a enfermagem, na generalidade, consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e acção, com algum grau de paixão, daí que conhecermos e reflectirmos sobre os paradigmas da Enfermagem é fundamental para compreendermos a natureza dos cuidados e o estado da Enfermagem actual.

Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1994) apresentaram várias correntes de pensamento atribuindo a designação de paradigma da categorização, paradigma da integração e o paradigma da transformação. O paradigma da categorização representa os fenómenos de um modo linear e isoladamente, orientando o pensamento para a pesquisa de um factor causal, responsável pela doença, ocorrendo mudanças como resultado de condições anteriores.

Assim, os fenómenos são divisíveis em categorias, classes ou grupos definidos e considerados elementos isoláveis ou manifestações simplificáveis (Kérouac et al, 1994, p. 3).

A pessoa é vista como um ser fragmentado e o ambiente é algo que está isolado da pessoa, ou seja, a pessoa e o ambiente são duas entidades independentes. Neste paradigma, subsistem duas orientações distintas da Enfermagem: uma centrada na saúde pública, que se interessa

pelas condições de saúde em que vivem as pessoas; outra orientada para a doença, estando ligada á prática médica.

O paradigma da integração é o prolongamento do paradigma anterior, em que os elementos e as manifestações de um fenómeno estão integrados num contexto específico onde se encontra. Este paradigma influenciou a orientação da Enfermagem para a pessoa, salientando-se o reconhecimento desta disciplina, distinta da disciplina médica. Nesta perspectiva, a pessoa é entendida como um todo em interacção e os cuidados de Enfermagem são prestados com a finalidade de assistir a pessoa em todas as suas dimensões (Kérouac et al, 1994).

Por outro lado, o paradigma da transformação representa uma mudança de mentalidade, perspectivando os fenómenos como únicos, jamais iguais a um outro. Kérouac et al, (1994, p.12) narram que: os fenómenos apresentam algumas similaridades, mas nenhum se assemelha completamente. No entanto cada fenómeno pode definir-se por uma estrutura e um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global mais larga, o mundo que o rodeia.

Neste contexto, a pessoa é considerada indissociável do seu universo, e os cuidados de Enfermagem têm como intuito o bem-estar da pessoa e a satisfação das suas necessidades individuais, sendo crucial a parceria de trabalho enfermeiro / utente. Segundo os autores supramencionados, um dos objectivos da Enfermagem é a existência de um modelo conceptual que constitua um ponto de referência para a prática de Enfermagem e que contribua para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa, família e comunidade.

Quanto à Enfermagem peri-operatória, de acordo com Ladden (1997), este termo é usado tanto no círculo de enfermagem como médico, sendo reconhecida e praticada em salas de cirurgia, centros ambulatoriais entre outros.

Historicamente o termo enfermagem peri-operatória é usado para descrever os cuidados ao doente nas fases pré, intra e pós-operatória, ideia partilhada por Pitrez e Pioner (1999), entre outros autores.

Ainda Ladden (1997, p.4) menciona que a enfermagem peri-operatória é um processo profissional e dinâmico. Através da identificação e planeamento das intervenções e acções, os enfermeiros peri-operatórios asseguram aos pacientes cirúrgicos cuidados de enfermagem, com base científica e têm um papel preponderante no propiciar de um ambiente seguro e eficiente para que o doente alcance resultados positivos durante todo o processo cirúrgico.

Ao longo dos tempos, a enfermagem peri-operatória tem evoluído, vindo a dar, progressivamente, maior ênfase ao atendimento holístico do individuo

para a satisfação das suas necessidades em substituição de uma intervenção exclusivamente técnica. A Enfermagem peri-operatória contemporânea é centrada no doente, em vez de orientada para as tarefas inerentes (Phipps et al, 2003, p.526).

O período pré-operatório é descrito, por vários autores, como tendo início no momento em que o paciente e o cirurgião tomam a decisão da intervenção cirúrgica, e termina com a transferência do primeiro para a mesa cirúrgica concepção partilhada por diversos autores, entre eles, Brunner e Suddarth (1993); Pitrez e Pioner (1999); Sorensen e Luckmann (1998); Phipps, Sands Santos, (2003).

Por outras palavras pode-se afirmar que o período pré-operatório compreende o espaço de tempo que antecede o procedimento cirúrgico (...) sendo esse tempo muito variável e está sujeito a circunstâncias multifactoriais, dependentes não só da patologia como também do estado clínico do paciente (Pitrez & Pioner, 1999, p.18). Segundo estes autores, não podemos prever a duração desta fase, uma vez que cada caso é único e individual.

Sawada, citado por Araújo, Jorgetto e Noronha (2007, p.2), acrescenta que o pré-operatório é um período de detecção das necessidades físicas e psicológicas do paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico.

2.5. Histórico da enfermagem no período pré-operatório

Fazendo uma breve resenha histórica da enfermagem no período pré-operatório é notório que o papel do enfermeiro e as intervenções de enfermagem sofreram várias alterações ao longo dos tempos.

Ladden (1997) parafraseando Black (1995) recorda que entre 1900 a 1919 a preparação do doente cirúrgico se realizava especialmente no domicílio, após a marcação da cirurgia. O paciente fazia uma alimentação mais reforçada, banhos com maior frequência, exposição ao sol e fazia períodos de repouso como preparação do corpo. Algumas horas antes da cirurgia, o enfermeiro deslocava-se a casa com o intuito de preparar o doente e o ambiente para que a cirurgia se realizasse. Selecionava o quarto mais apropriado, esvaziava-o e fervia os utensílios necessários, conversava com o paciente acalmado-o e obtendo informações da sua história pessoal e familiar.

Corroborando com Ladden (1997), Phipps et al (2003, p.525) aludem que no início do século XX os actos cirúrgicos eram praticados em casa do doente, em que o papel da enfermagem centrava-se na preparação do ambiente e no suporte ao doente. O Durante o período

compreendido entre 1920 e 1939, começou a surgir um modelo de preparação pré-operatória, como resultado da afiliação dos médicos aos hospitais.

Tanto a preparação física como mental do paciente eram stressantes, o conceito de consentimento do paciente para a cirurgia foi iniciado e a preparação da sala de operações (SO) e dos instrumentos foi aplicada (Ladden, 1997 citando Black 1995, p.4).

Neste período, segundo Phipps et al (2003), a principal função do enfermeiro consistia na assistência técnica ao cirurgião. Entre 1940 e 1959 foram assinalados pelas descobertas científicas na área da Medicina e da Enfermagem. Os cuidados ao doente cirúrgico tornaram-se mais globais, mais completos, deu-se uma maior ênfase as necessidades individuais de cada paciente e foi reconhecida a importância e utilidade da preparação psicológica antes da operação.

Segundo Ladden (1997, p.4) citando Black (1995), nos anos compreendidos entre 1960 e 1979, a investigação nesta área foi enfatizada e as necessidades emocionais do paciente foram reconhecidas à medida que elas se relacionavam à cada paciente individualmente, e os conceitos de instrução pré-operatória estruturada foram introduzidos e validados pela pesquisa em Enfermagem.

Actualmente, segundo Santos (2003, p.24), o período pré-operatório divide-se em mediato e imediato. O primeiro corresponde ao período de tempo que decorre desde o momento que é tomada a decisão de intervenção cirúrgica até às 24 horas que antecedem a cirurgia. Este intervalo de tempo pode corresponder a dias, meses e até anos, sendo o mais frequente ocorrer com o doente no domicílio tendo como objectivo principal disponibilizar factores positivos para o acto cirúrgico e estabilizar condições que possam interferir na recuperação.

Durante o pré-operatório mediato, o doente ir-se-á consciencializando da necessidade e importância da cirurgia, sendo normal que surjam muitas dúvidas, medos incertezas e interrogações, desempenhando o enfermeiro um papel muito importante na explanação, de forma precisa e objectiva dos aspectos que preocupam o doente, no sentido de prepará-lo adequadamente para o acto cirúrgico.

Ladden (1997) e Phipps et al (2003) aludem que nesta fase é frequente a pessoa dirigir-se à unidade hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico, para a consulta de anestesia, entre outros procedimentos, proporcionando ao enfermeiro a possibilidade de estabelecer um contacto mais próximo com o doente. Logo, este momento

poderia ser aproveitado para esclarecer o doente sobre os aspectos que o preocupam e transmitir algumas informações sobre os aspectos que envolvem o peri-operatório.

Seguindo o pensamento dos autores anteriores Dawson (2003, p.399) menciona que o ideal seria o doente frequentar consultas de pré-admissão, onde conheceria o seu enfermeiro (...) esta abordagem serve para estabelecer uma relação terapêutica muito antes da realização da cirurgia

Relativamente ao período pré-operatório imediato, este é descrito como correspondendo apenas às 24 horas que antecedem a cirurgia, correspondendo, na maioria das vezes, ao internamento do doente. É, normalmente, nesta fase que o doente entra em contacto directo com a equipa de saúde que irá prestar-lhe os cuidados, sendo efectuada a preparação para o acto cirúrgico e, simultaneamente, quando toma conhecimento das práticas da unidade.

Em síntese, fazendo alusão a Phipps et al (2003), a avaliação inicial do doente, assim como a preparação pré-operatória, deveria ser iniciada antes do internamento na unidade hospitalar, ou seja, no período pré-operatório mediato e continuada durante o internamento e alta hospitalar.

2.6. A preparação pré-operatória do doente cirúrgico

A adequada preparação pré-operatória do doente cirúrgico, é primordial para o sucesso de todas as fases que compõem o processo cirúrgico. No período pré-operatório, são planeados cuidados de enfermagem que terão um grau de significância elevado na recuperação e êxito da cirurgia.

Hesbeen (2000, p.69) define Cuidados de Enfermagem como sendo a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los (...). Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados as pessoas. Assim, prestar cuidados de enfermagem é complexo e tem como finalidade ajudar a pessoa a promover a sua saúde, contribuindo para o seu bem-estar e proporcionando uma atenção particular quando esta se encontra numa situação adversa.

Segundo o autor supracitado, os Cuidados de Enfermagem são compostos de múltiplas acções que são sobretudo, (...) uma imensidão de “pequenas coisas” que dão possibilidade de manifestar uma “grande atenção” ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares ao longo das vinte e quatro horas (p.47).

De acordo com alguns autores consultados, nomeadamente Brunner e Suddarth (1993), Sorensen e Luckmann, (1998) e Phipps et al (2003), no período pré-operatório a assistência ao doente deve ser efectuada a vários níveis, sendo primordial o primeiro contacto. É crucial estabelecer um diálogo que permita ao doente sentir confiança e segurança nos enfermeiros que irão prestar-lhe cuidados, propiciando o desenvolvimento de uma relação terapêutica.

Assim, o utente sentir-se-á mais confiante para transmitir alguns dados pessoais, manifestar as suas necessidades, as suas dúvidas, os seus medos, entre outros, que serão muito úteis para o planeamento de cuidados personalizados e para prevenção de complicações no pós-operatório. A avaliação inicial deve ser holística e reflectir as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do doente e de sua família ou pessoas significativas (Phipps et al, 2003, p.530).

Estes pressupostos são partilhados por Melo (2005) que alude ser elementar, para a prestação de cuidados, obter informações sobre o doente para posteriormente conceder instruções distintas de acordo com as necessidades individuais.

Utilizando os princípios da entrevista, o enfermeiro pode adquirir informações valiosas. Um enfermeiro tranquilo, compreensivo e cordial desperta a confiança do paciente (Brunner & Suddarth, 1993, p.345).

Através do diálogo/entrevista, o enfermeiro adquire dados sobre as preferências alimentares do utente; hábitos de higiene; medicação que faz no domicílio; funcionamento vesical e intestinal; história de saúde; experiências cirúrgicas anteriores; hábitos de sono; existência ou não de alergias; hábitos tabágicos; ingestão de bebidas alcoólicas; passado cultural, aspectos psicossociais; entre outros aspectos.

De acordo com Phipps et al (2003, p.530), a história de saúde é essencial para avaliar os sistemas orgânicos e verificar se o doente tem condições para ser submetido a cirurgia. No que se refere ao uso de fármacos e substâncias, assim como presença de alergias, são dados muito importantes devido aos potenciais efeitos adversos dessas substâncias, com alguns anestésicos, e o risco acrescido de complicações.

Os autores anteriormente citados referem que o passado cultural pode influenciar as reacções a saúde, doença, cirurgia e morte (p.531).

Ainda, Phipps et al (2003), alertam para a importância das experiências cirúrgicas vividas anteriormente como uma situação que pode afectar positivamente ou negativamente o nível de ansiedade e, conseqüentemente a forma como o doente enfrenta este novo momento.

Brunner e Suddarth, (1993); Sorensen e Luckmann, (1998); Gonçalves, (2003); Dawson, (2003); referem que no período pré-operatório é crucial analisar os aspectos psicossociais, sendo necessário preparar psicologicamente o doente para a intervenção cirúrgica, com o objectivo de reduzir a ansiedade que está sempre presente nestas circunstâncias.

Também Cruz e Varela (2002, p.51) mencionam que a admissão do doente num serviço para ser submetido a intervenção cirúrgica é sempre precedida da sensação de medo. O doente manifesta, entre outros, medo do desconhecido, do ambiente estranho, da cirurgia, do seu resultado, medo da anestesia, das alterações que possam surgir na sua imagem corporal, medo da dor e medo da morte.

Quanto aos aspectos psicossociais, não podemos esquecer a avaliação da situação familiar, nomeadamente a condição financeira que pode ter implicações consideráveis, tanto na intervenção cirúrgica imediata como nos cuidados de acompanhamento (Phipps et al, 2003, p.532).

É imprescindível que o enfermeiro, ao cuidar do doente no pré-operatório, tenha conhecimento e consciência que é sua função suavizar, senão eliminar o processo ansioso que a doente vivência (...) uma boa relação enfermeiro/doente/família permitirá um esclarecimento atempado de todos os seus medos e dúvidas, encarando a experiência vivida como mais uma etapa do seu ciclo vital (Gonçalves, 2003, p.18).

Dawson (2003, p.395) defende que o principal objectivo dos cuidados de enfermagem no período pré-operatório é facultar ao doente e familiares a compreensão e preparação da experiência cirúrgica.

Assim, torna-se fundamental informar o doente sobre os aspectos inerentes ao processo cirúrgico. Esta advertência é pertinente, não só pelo facto de reduzir a ansiedade do doente, por contribuir para uma maior participação do mesmo, em todos os procedimentos, como também para uma adequada recuperação de todas as fases que constituem o período peri-operatório.

Segundo Dawson (2003, p.396) quando o doente conhece e compreende a operação, a cura é mais rápida. Quando (...) é informado sobre os fármacos, adere com mais facilidade e usa-os adequadamente.

De acordo com Phipps et al (2003) e Melo (2005), a preparação pré-operatória deve centrar-se em três dimensões elementares: na dimensão do **Procedimento Cirúrgico**, na dimensão **Sensorial** e **Comportamental**.

Procedimento cirúrgico - contempla as orientações sobre a experiência cirúrgica como sendo: o consentimento informado; alimentação que deve fazer na véspera da cirurgia e no pós-operatório; a forma de preparação da pele; a preparação intestinal; a roupa que deve usar no dia da cirurgia; os cuidados a ter com os cabelos e as próteses dentárias; a visita pré-operatória de enfermagem; a visita pré-anestésica; os cuidados que lhe serão prestados no bloco operatório; o acompanhamento para o bloco operatório; a sala de cuidados pós-anestésicos; as visitas no pós-operatório, os métodos de controlo da dor; os dispositivos que poderá trazer e as condições para alta (Phipps et al, 2003; Melo, 2005).

Dimensão sensorial - inclui as sensações que o doente pode experimentar durante o perioperatório, como seja, os efeitos da medicação; o ambiente da sala operatória; as sensações ao primeiro levante e as sensações associadas aos dispositivos (Phipps et al, 2003, Melo 2005).

Dimensão comportamental - compreende as acções relativas aos comportamentos a adoptar pelo doente para a prevenção de complicações no pós-operatório, como sejam: a respiração profunda; exercício da tosse; o uso do espirómetro; exercícios com os membros inferiores; mobilização no leito; o primeiro levante; entre outros (Phipps et al, 2003, Melo, 2005).

Dawson (2003) aponta que as complicações que despontam com maior frequência no pós-operatório são as respiratórias, circulatórias e as infecções. Também Phipps et al (2003) comunga da opinião do autor supramencionado referindo que estas complicações são as que sobrevêm com maior frequência após o acto cirúrgico.

De acordo com Melo (2005, p.62), a informação sensorial pode ser particularmente importante, porque ajuda a normalizar as sensações do doente durante o procedimento. Similarmente, a informação sobre o que o doente pode fazer permite, também, ajudar a reduzir o stress.

Por outro lado, Phipps et al (2003) salientam que as informações sobre a preparação pré-operatória mais relevantes para a maioria dos doentes referem-se a exames e actividades, situações relacionadas com a cirurgia, e expectativas sobre o que vai acontecer no pós-operatório (p.538). Nesta linha de pensamento, Cerejo (2000) alude que o doente cirúrgico na fase pré-operatória requer informações, fundamentalmente sobre a sua situação após o acto

cirúrgico, ou seja, sobre o pós-operatório. Esta autora ressalta que as principais preocupações do doente se prendem com o despertar da anestesia, saber se conseguirá respirar normalmente e que dores poderá sentir.

As informações transmitidas, assim como toda a preparação efectuada no pré-operatório, têm demonstrado ser benéficas e influenciar a resposta do doente no pós-operatório. Potter e Perry (1999) reforçam que melhora a capacidade física, permite o retorno precoce às actividades diárias e diminui o tempo de internamento. Reduz ainda a ansiedade, proporcionando uma sensação de bem-estar, evidenciando-se na diminuição das quantidades de analgésicos e contribui para uma actividade ventilatória mais eficaz.

Tendo por base os pressupostos de Phipps et al (2003) e Melo (2005), apresentamos uma proposta de modelo de preparação do doente cirúrgico no período pré-operatório.

Contudo, apesar de sermos da opinião que é fundamental a existência de um modelo de preparação do doente, que ajude a orientar os enfermeiros nas suas práticas, é importante ter em atenção que cada pessoa deve ser esclarecida de forma personalizada, uma vez que os conhecimentos, as necessidades e as dúvidas podem ser diferentes. Pois, como afirma Fox (1997) nem todas as necessidades dos pacientes são as mesmas, nem todos os pacientes precisam de saber tudo (p.200).

Na mesma linha de pensamento, Phipps et al (2003) mencionam que as orientações pré-operatórias devem fornecer informações que vão ao encontro das necessidades de aprendizagem do indivíduo, promovam a segurança, promovam o conforto psicológico, promovam o envolvimento do doente e sua família (...) (p.538).

Outro aspecto a ter em atenção é o planeamento do momento ideal de conceder as orientações e a forma de transmitir as informações ao doente e família. Relativamente a este facto, existem algumas controvérsias.

Segundo Brunner e Suddarth (1993, p.350), se o doente é instruído com muita antecedência, é possível que parte da informação seja esquecida, por outro lado, se é orientado muito próximo da cirurgia (véspera), devido à componente ansiedade, é provável que não retenha todas as informações. Portanto, as orientações devem ser dadas quando o paciente está mais receptivo e pode participar do processo de aprendizagem (...) devem ser espaçadas ao longo do tempo, para permitir que assimile as informações e faça perguntas, à medida que as dúvidas surjam.

Por outro lado, Dawson (2003, p.398), citando Cupples refere que o melhor momento para comunicar ao doente dados sobre a intervenção cirúrgica são os dez a catorze dias que antecedem a cirurgia, o que permite tempo suficiente para digerir a informação dada e a oportunidade para colocar questões durante período pré-operatório do internamento.

Também Nelson, citado por Dawson (2003, p.398), alude que a informação fornecida no dia anterior à cirurgia não é retida da mesma forma que a informação fornecida duas semanas antes da cirurgia. Na mesma linha de pensamento dos autores anteriores, Potter e Perry (1999) mencionam que a altura ideal para fornecer informações é antes da admissão do doente no hospital, por exemplo, numa consulta pré-operatória. Após o seu internamento, devemos apenas reforçar as indicações já proporcionadas.

Na realidade, o que acontece na maioria dos hospitais é que a preparação do doente e a transmissão das informações ocorrem após o doente dar entrada no hospital, ou seja, na maior parte das vezes 24 horas antes da cirurgia. Neste contexto, não só é difícil preparar convenientemente o doente, como também dificilmente este assimilará todas as informações fornecidas, como já foi anteriormente referido por diversos autores.

Logicamente, compete à equipa multidisciplinar, nomeadamente o enfermeiro que exerce funções no serviço de cirurgia em parceria com o enfermeiro do bloco operatório, o médico assistente e o médico anestesista, preparar adequadamente o doente física e psicologicamente para o acto cirúrgico. Nesta perspectiva, Lourenço (2004, p.26) refere que é crucial a realização da visita pré-operatória, pois indiscutivelmente a visita pré-operatória é fundamental para que se possa cuidar no bloco operatório.

2.6.1. Visita pré-operatória

A visita pré-operatória de enfermagem, segundo Lourenço (2004, p.26), visa globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil (...) e tem uma eficácia objectiva sobre o excesso de stress do futuro operado.

Esta opinião é partilhada por Baldwin e Webb citados por Dawson (2003, p.398) quando afirmam que:

a visita pré-operatória de um enfermeiro de bloco operatório pode reduzir a ansiedade do doente. Estes autores acrescentam ainda que o contacto do doente com o enfermeiro do bloco operatório pode ser muito útil, uma vez que se adquire informações adicionais que são fundamentais para a equipa do

bloco estabelecer/planear um plano de cuidados intra-operatório personalizado e adequado a pessoa em questão.

Também Silva (2002) comunga das concepções dos autores supracitados relativamente à visita pré-operatória, ressaltando que o objectivo é preparar o doente para a intervenção cirúrgica para que consiga ultrapassar os seus medos, receios e apreensões. O enfermeiro tem de ter a capacidade de detectar as necessidades manifestadas pelo o doente e dar resposta às mesmas de forma personalizada e individualizada. Enfim, pretende-se que o doente esteja informado e consciente da situação, pois assim poderá ultrapassar mais facilmente esta nova etapa da sua vida.

De acordo com Paula e Carvalho (1997), as principais finalidades da visita pré-operatória de enfermagem são: informar o doente sobre os aspectos inerentes ao peri-operatório; diminuir a ansiedade que geralmente está presente; prestar cuidados de qualidade e contribuir para a recuperação da saúde.

Para que a visita pré-operatória tenha a eficácia que se deseja é necessário criar um meio propício para esta actividade, logo deve ser realizada num ambiente calmo e silencioso, sem factores que possam provocar distrações ou impossibilitar a relação, (...) os membros da família podem e devem estar presentes (Pinheiro, 1999, p.42).

Sempre que possível, a visita deve ser realizada na véspera da operação e pelo enfermeiro que irá receber o doente ou acompanhá-lo durante o acto cirúrgico, no entanto, existem vários aspectos que limitam esta condição, tais como: a falta de recursos humanos; o excesso de trabalho; a falta de tempo e ausência de formação nesta área (Lourenço, 2004).

Nesta linha de pensamento, Dawson (2003) menciona que alguns doentes consideram elementar encontrar o mesmo enfermeiro que realizou a visita pré-operatória, no bloco de cirurgia, pois sentem-se mais protegidos e acolhidos. Esta ideia é partilhada por Silva (2002, p.22) quando narra que os doentes, em geral, perguntam pelo o enfermeiro com quem conversaram no dia anterior pois de alguma forma se sentem mais seguros por verem uma cara conhecida.

Também Cabral (2004, p.299) partilha das opiniões dos autores atrás referidos, concluindo num estudo por si realizado, que a visita pré-operatória tem repercussões muito positivas ao nível: da equipa de enfermagem, pela informação, estabilidade e proporcionar cuidados mais humanizados; do utente e família, pela diminuição de medos e angústias que assombram esta experiência única e pessoal que é a intervenção cirúrgica.

Neste estudo a autora verificou que a proporção de doentes com medo: em relação ao prognóstico, anestesia, rejeição familiar, serviço e morte, antes da visita pré-operatória diminuiu após a visita pré-operatória.

2.7. Cirurgia

Cirurgia é o termo usualmente utilizado para referir uma intervenção cirúrgica, sendo esta definida, de forma breve e pouco rigorosa, como uma intervenção manual ou instrumental, por parte do cirurgião, no corpo do paciente, com vista ao tratamento de doenças.

Uma definição mais completa e formal é disponibilizada pelo Instituto Nacional de Estatística, onde, através do seu Sistema de Meta informação, o conceito de intervenção cirúrgica vem definido como um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala de cirurgia, na mesma sessão, sob anestesia geral, loco-regional ou local, com ou sem a presença de anestesista (Tavares 2013, p.58).

Existem dois tipos de intervenções cirúrgicas: cirurgia urgente que, resultante de uma admissão urgente no hospital, é efectuada sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica do utente; e cirurgia electiva/programada com data de realização pré-estabelecida.

Estas palavras são partilhadas com Proença (2010, p.9), que explica:

uma cirurgia electiva tem um nível de prioridade associado, que define o prazo em que deverá decorrer a sua realização. Este prazo é definido tendo em conta o tempo máximo que o utente pode esperar pelo procedimento cirúrgico proposto, avaliado em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença (p.10).

2.7.1. Cuidar em contexto cirúrgico

Parece essencial reflectir no dia-a-dia sobre o termo “cuidar”, porque acha-se, que deve ser visto como uma prática que revele o conhecimento e a competência do enfermeiro que presta cuidados ao doente.

Segundo Collière (1989, p. 235) cuidar é uma das mais velhas expressões da História do Homem. Desde que existe vida, existem cuidados, sendo necessário tomar conta da vida para

que ela possa permanecer com qualidade, o maior espaço de tempo possível. A mesma autora refere que: Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita e actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se.

O desenvolvimento das ciências humanas e sociais por volta dos anos 50-60 influenciou, entre outras disciplinas, a Enfermagem. O Homem começou a ser compreendido como um ser global, como um todo e não apenas a soma das partes que o compõem. Assim, surgem novas formas de abordagem dos cuidados de Enfermagem, baseados em modelos que percebem o Homem como um ser holístico, em equilíbrio com o meio externo e que se encontra inserido numa família, grupo e sociedade.

Melo (2005, p.40), citando Stoudemire, salienta que a maioria das doenças, independentemente de serem físicas ou psiquiátricas, são influenciadas e determinadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, variáveis que, por sua vez, influenciam a predisposição, o aparecimento, o curso e o prognóstico da maioria das doenças.

O enfermeiro surge aqui como alguém que possui competências para ajudar a pessoa a desenvolver as suas aptidões, de forma a conseguir enfrentar a doença e promover o restabelecimento do equilíbrio.

Santos (1995, p. 9) considera que: Cuidar requer uma relação interpessoal, que engloba comportamentos e sentimentos, tais com o assistir, o ajudar, o estar ao serviço de, desenvolvendo acções de enfermagem e mostrando capacidade de empatia em relação às experiências do utente.

Nesta óptica, Caseiro e Pinto (2001) referem que a partilha de sentimentos, medos e alegrias podem tornar cada pessoa única para nós e nos tornam únicos na vida daquela pessoa, isto é, cuidar do outro e também de nós.

Segundo Batalha (2001), ao enfermeiro compete-lhe cuidar do ser humano, isto é, ser uma pessoa que acompanha outra que dele necessita. O mesmo autor, refere que o cuidar e a prática dos cuidados deve situar-se para além do modelo biomédico e o Homem deve ser entendido como um ser global inserido num meio singular.

Nesta perspectiva, Cerqueira (1999) salienta que a enfermagem tem a possibilidade de cuidar do Homem na sua individualidade. Se, por um lado o cuidar é a característica globalizante da humanidade por outro lado, é a forma de o concretizar que nos distingue uns dos outros. Este

autor refere ainda que o Homem cuida porque é a sua natureza cuidar, a mãe cuida do seu filho.

O “cuidar” que muitos autores consideram ser a “essência da enfermagem” é, como salienta Watson (1985), o foco central da enfermagem.

A enfermagem está preocupada em promover a saúde, prevenir a doença, cuidar o doente e restaurar a saúde. A enfermagem tradicional tem integrado o conhecimento bio - fisiológico, como conhecimento do comportamento humano, para promover o bem-estar e cuidar do doente. No presente (como no passado), a ênfase está na promoção da saúde, mais do que na especialização do tratamento da doença. (p.7)

Em consequência deste pressuposto, Watson (1985) reforça que a enfermagem se interessa pelo conhecimento e compreensão do “cuidado”, o que embora complementar, é diferente do conhecimento e compreensão do “curar”, que pertence ao campo de acção da medicina. É importante criar um ambiente e um clima que sejam facilitadores da prática de cuidados. As práticas do cuidar são uma parte integrante da excelência no exercício da enfermagem, sendo fundamental tornarem-se visíveis.

Segundo Benner (2001, p.14): As práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados. As práticas não podem ser completamente objectivadas ou formalizadas porque elas têm sempre de ser trabalhadas em novas formas, no âmbito de interacções particulares que ocorrem em momentos reais.

Assim, o enfermeiro da unidade de cirurgia deve ter em atenção que a hospitalização, e particularmente a experiência cirúrgica, constituem um desafio ao normal funcionamento do organismo para a pessoa em qualquer momento da sua vida, ou seja, uma interrupção do processo contínuo de saúde.

Henderson (1994) realça que

desde o momento que o doente é hospitalizado, cada Enfermeiro deve questionar-se sobre os seus procedimentos habituais e sobre os aspectos que limitam a acção do indivíduo na satisfação das suas necessidades básicas. Constitui uma prioridade, propiciar um ambiente hospitalar o mais semelhante ao seu domicílio, para facilitar a adaptação a nova condição. Pois se durante demasiado tempo privarmos uma pessoa daquilo que ela mais valoriza – amor, aceitação, uma ocupação útil – estas podem ser piores que a doença que pretendemos curar (p.17).

Nestas circunstâncias o doente aceita o internamento, na esperança que lhe sejam prestados cuidados de qualidade, sendo premente a necessidade de humanizar os cuidados.

Segundo Vilaça (2004, p.14.) o cuidar só é global e completo quando a execução de qualquer técnica se encontra intrinsecamente ligada à dimensão relacional que a suporta e lhe dá sentido.

A componente ética é indissociável da conduta do enfermeiro no cumprimento das suas funções. Para Queirós (2001, p.18), cuidar é o núcleo central da enfermagem e é desenvolvida através do suporte e da protecção da dignidade do doente/utente. Logo, é fundamental preservar e fomentar o direito à dignidade humana, que se encontra contemplado no Código Deontológico do Enfermeiro.

Nesta linha de pensamento Osswald (2000, p.45) realça a necessidade de humanizar, colocar o doente no centro do sistema e das atenções, acolher, informar, encaminhar a pessoa doente, que nunca é um caso ou um rótulo. É indiscutível que o papel de humanizar cabe a todos os profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro que tem características próprias e é singular no desempenho das suas funções, razão pela qual é considerado como o agente da primeira linha da humanização.

Bellman (2003), partilhando das ideias de Osswald (2000) refere que:

o papel do enfermeiro de cirurgia é dinâmico, multifacetado e continua a evoluir em função de alterações que surgem do interior da enfermagem, de políticas de serviço locais e nacionais e de tecnologias em progresso acelerado. O enfermeiro de cirurgia do século XXI tem que ser, um praticante profissional, confiante e flexível capaz de articular valores de enfermagem e inovar efectivamente a prestação de cuidados, em benefício dos doentes... (p.27).

Para a enfermagem o processo de cuidar tem um enfoque importante que, tem o objectivo de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.

Isto requer, por parte do enfermeiro, um envolvimento do seu todo, tanto a nível pessoal, como social, moral e espiritual. De acordo com esta autora, todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde e doença; um conhecimento de saúde-doença, interacções ambiente-pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um autoconhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar. (Watson 2002 p.55).

Silva (2002) salienta que cuidar de uma pessoa que será submetida a uma intervenção cirúrgica exige, por parte do enfermeiro, um conhecimento de todo o processo cirúrgico, essencialmente do modo como o doente conceptualiza a cirurgia e relembra as experiências anteriores.

O papel que o enfermeiro desempenha numa unidade de cirurgia é crucial para o sucesso de todas as fases que compõem o período peri-operatório, como referem Cruz e Varela (2002):

a enfermeira precisa de assumir a posição de “mãe” carinhosa, compreensiva e protectora; de “psicóloga”, na identificação, compreensão e conforto em presença de alterações comportamentais; de “assistente social”, na identificação e compreensão dos problemas relativos à sua cultura e necessidades pessoais, ajudando a resolvê-los. Assume até mesmo, a posição de “religiosa” para dar apoio espiritual assim como “advogada, para defender e apoiar a pessoa de possíveis intercorrências e do próprio procedimento cirúrgico. Também se coloca como “mensageira”, mantendo o elo de ligação com a família do doente (p.53).

O conceito de cuidar, como pode-se constatar das descrições anteriores, é amplo e varia consoante a interpretação que cada autor concebe do conceito, assim como as suas crenças, valores e ideais. No entanto, é unânime considerar que o cuidar é a essência e o centro da enfermagem. Nesta óptica, espera-se que os enfermeiros desenvolvam capacidades de ordem técnica, científica, prática, e também de ordem relacional e ética, para conseguirem dar resposta ao desafio que é cuidar.

2.7.2. Planeamento cirúrgico

De acordo com Magnusson (2011, p.21), as listas de espera para cirurgia, que constituem um dos principais obstáculos ao bom funcionamento dos actuais sistemas de saúde, juntamente com o facto do bloco operatório de um hospital ser uma das actividades que mais recursos necessita e, conseqüentemente, uma das mais dispendiosas, requerem um planeamento eficiente e eficaz de cirurgias electivas.

Para Ivarsson (2002, p.72), normalmente, este planeamento é feito por cirurgiões, enfermeiros ou funcionários administrativos, sem recorrer a qualquer programa informático, muitas vezes feitos sem respeitar as regras definidas pelo sistema, levando a uma utilização ineficiente dos recursos. Como consequência, os hospitais sofrem penalidades orçamentais e vêem as suas despesas aumentar.

A Investigação Operacional pode servir como ferramenta bastante útil no apoio à tomada de decisão neste tipo de problemas de contexto real como é o problema de planeamento de cirurgias, desenvolvendo abordagens de solução, permitindo desenvolver planos de trabalho eficientes e adequados às necessidades e objectivos pretendidos.

O processo de planeamento de cirurgias está, geralmente, organizado em três fases consecutivas:

- **Case Mix Planning:** correspondendo a um nível estratégico de decisão, a primeira fase de planeamento, realizada anualmente, consiste em distribuir o tempo disponível das salas de cirurgia pelos diferentes cirurgiões ou grupos de cirurgia;
- **Master Surgery Planning:** correspondendo a um nível tático da gestão hospitalar, esta fase recorre ao desenvolvimento de um plano de produção denominado *Master Surgical Schedule* (MSS), onde o número e o tipo de salas de cirurgia disponíveis são definidos, bem como o horário de funcionamento das mesmas e os cirurgiões ou grupos de cirurgia que têm prioridade no uso do tempo disponível em salas de cirurgia determinado na fase anterior;
- **Elective Case Scheduling:** correspondendo a um nível operacional, a última fase de planeamento consiste em estabelecer, diariamente, o plano para cada intervenção, tendo em consideração o plano de produção definido na fase anterior.

Na literatura, a terceira fase de planeamento é, por vezes, dividida em duas partes: *advanced scheduling*, onde os utentes em lista de espera são agendados para um dia, para realização da intervenção cirúrgica, e/ou uma sala de cirurgia para o efeito; e *allocation scheduling*, correspondendo ao sequenciamento dos utentes seleccionados para cirurgia em cada um dos dias ou à afectação de cada utente a um horário específico.

2.7.3. Adiamento cirúrgico

Segundo Magnusson (2011, p.27), o adiamento cirúrgico, independentemente do motivo, é habitualmente definido como o cancelamento que decorre no período das 24 horas que antecedem a data do agendamento ou após afixação de uma lista cirúrgica previamente gerada (habitualmente no final da manhã do dia anterior) e que não foi realizada.

Os cancelamentos cirúrgicos revestem-se de especial importância para o doente, sociedade, decisores políticos e administrações hospitalares, e reflectem falhas em alguma das etapas da cadeia de processos que culmina numa intervenção cirúrgica, com repercussões clínicas, sociais, económicas e organizacionais.¹

Segundo este autor, para o doente, a execução de um procedimento cirúrgico é um momento de stress emocional e biológico, e implica, muitas vezes, períodos de absentismo laboral pessoal e familiar, com custos individuais e sociais elevados. Efectivamente, um

¹ Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas. Práticas recomendadas para o bloco operatório. 3a Edição. Lisboa: AESOP; 2013.

cancelamento cirúrgico pode modificar os próprios resultados em saúde, reduzindo a satisfação, aumentando o tempo de espera ou o internamento, causando ansiedade, agravamento da dor e possível descompensação de condições clínicas do doente, com implicações na convalescença e, inclusive, na mortalidade.

Na percepção de Ivarsson (2002, p.75), quando ocorre no próprio dia, o cancelamento acarreta a dupla penalização de não permitir, em tempo útil, reagendar um novo doente para o período agora disponível, com custos operacionais e financeiros para a instituição, subutilização das salas operatórias e desaproveitamento dos recursos humanos especializados, materiais e equipamentos alocados para acto cirúrgico cancelado, determinando, por fim, a produtividade e a (in)eficiência da instituição, duplamente penalizadores no contexto de livre acesso.

O manual do SIGIC² define quatro grandes categorias de cancelamento:

1. Responsabilidade do doente por motivos não clínicos (recusa com/sem motivo plausível, falta com/sem motivo plausível, desistência ou doente incontactável);
2. Motivos clínicos (óbito ou outros motivos clínicos);
3. Responsabilidade da instituição hospitalar (incapacidade de resposta do bloco operatório (BO) ou das enfermarias, erro administrativo, perda de capacidade de intervenção (transferência, entre outros);
4. Responsabilidade de terceiros (operado em outra instituição, greve, etc.)

2.7.3.1. O processo de comunicação diante do adiamento de cirurgia

Para Risso (2010, p.360), a comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio e longo prazo.

Entretanto, durante a comunicação em enfermagem, voltada a aspectos ligados ao cuidado directo e indirecto observa-se que as orientações que são emitidas pelos enfermeiros nem sempre são apreendidas com eficácia pelos demais membros da equipe e não são suficientes para promover mudança de comportamento.

Segundo este autor, comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objectivos definidos para a solução de problemas detectados na interacção com os clientes (p.362).

² Ministério da Saúde. ACSS. Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Lisboa: ACSS; 2011.

Esta ideia é partilha também com Landim *et al* (2009, p.36), ao dizer que o principal dilema vivenciado na prática assistencial junto ao cliente cirúrgico é a dissonância entre informações verbais e escritas, isto é, agendamento de um procedimento cirúrgico e a suspensão de cirurgia sem justificativa e sem nenhum registro por escrito que explique a razão da suspensão.

Siqueira (2006, p.73) explica que:

A equipe de enfermagem é a que permanece o maior tempo ao lado do cliente submetido a internação hospitalar, e embora isto possa ser o quotidiano para estes profissionais, para os clientes e seus familiares esta experiência cria situações únicas. Tal cuidado, complexo, envolve as necessidades bio-psicossocial-espirituais e afectivas e está directamente relacionado com o processo de comunicação entre a equipe de enfermagem–cliente. Para haver o cuidado eficiente e eficaz, ambos os sujeitos precisam compreender os sinais presentes na relação interpessoal, seja pelos gestos, expressões ou palavras.

Deste modo, a comunicação é essencial para uma melhor assistência ao cliente e à família que estão vivenciando o processo de hospitalização, podendo resultar em estresse e sofrimento.

É certo que o diálogo entre os profissionais de saúde, clientes e familiares favorece um relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade (Idem).

De acordo com Landim *et al.* (2009, p.38), a comunicação do cancelamento cirúrgico tem sido motivo de preocupação por parte da equipe de saúde e da administração do hospital. A ocorrência deste evento muitas vezes é percebida como um facto corriqueiro e inerente à estrutura funcional da instituição. As explicações por vezes são incompletas e nem sempre coincidentes entre médicos e equipe de enfermagem.

2.7.3.2. Factores contextuais de melhorias

É unânime que a maioria dos cancelamentos cirúrgicos são evitáveis e, portanto, passíveis de processos de melhoria. No entanto, o sucesso das intervenções propostas para um determinado problema não depende apenas das características intrínsecas de determinada intervenção, sendo influenciado por condições contextuais, que facilitam (ou dificultam) a sua implementação.

Kaplan (2010, p.501), analisa o motivo de determinadas intervenções de melhoria de qualidade obterem resultados mistos, explorando a possibilidade de se dever a factores contextuais. Define melhoria da qualidade como actividades sistemáticas e baseadas na

evidência, capazes de produzir mudanças positivas na prestação de cuidados, e contexto como qualquer factor relacionado com a organização, indivíduos ou ambiente organizacional, desde que não seja parte integrante do processo técnico de melhoria de qualidade.

Existem, na literatura, variados modelos incorporando diferentes domínios relativos ao contexto. De uma forma geral, estes paradigmas incorporam factores relacionados com o contexto externo à organização (social, económico ou político), interno (características estruturais da instituição, cultura, valores e comportamento organizacional, incluindo liderança e comunicação) e as características dos colaboradores (competências, alinhamento com a organização e motivação). Estes factores facilitam (ou dificultam) a mudança através da modificação da missão, visão e estratégia da instituição, da sua cultura, dos seus processos internos e infra-estruturas (Kaplan 2010, p.501).

Na revisão sistemática, este autor identifica associações significativas (embora, por vezes, díspares) entre o efeito esperado de uma intervenção na melhoria da qualidade e os aspectos contextuais, agrupados em diferentes níveis:

Ambientais – associações mistas entre o sucesso de uma intervenção e factores como competição (entre instituições), regulação e acreditação, e sistemas baseados em pagamento pela performance;

Organizacionais – associações positivas entre o sucesso de uma intervenção com o estilo de liderança (envolvimento activo das chefias de topo no planeamento e implementação da estratégia de melhoria) e com a maturidade e cultura de suporte da gestão da qualidade da instituição;

Suporte – associações positivas entre o sucesso de uma intervenção e recursos e a infra-estrutura disponíveis, nomeadamente os sistemas de informação;

Micro-sistema – associações positivas entre o sucesso de uma intervenção e uma liderança na “linha da frente”, e com a motivação e reconhecimento do mérito dos profissionais;

Equipa de gestão da qualidade – associações positivas entre o sucesso de uma intervenção e o estilo de liderança, as competências, a motivação e o envolvimento de clínicos na equipa de qualidade (Kaplan 2010, p.501).

2.7.3.3. Estratégias de intervenção

A diversidade de causas evitáveis de cancelamento de cirurgias no próprio dia traduz-se numa variedade de intervenções passíveis de ser implementadas.

Vaz (2014) propõe uma metodologia de redução dos cancelamentos operatórios baseada no estudo das causas ilustradas em diagramas de causa-efeito (*fishbone diagram*) e orientada pela frequência estimada (análise de Pareto).

Recomenda uma atempada avaliação clínica prévia à cirurgia, incluindo uma lista de verificação que compreenda aspectos clínicos globais, uma avaliação social (determinante do regime da intervenção) e as respectivas instruções pré-operatórias para uma adequada preparação do doente. É ainda sugerida uma monitorização dos tempos operatórios para avaliação das causas atribuídas à falta de tempo operatório e respectiva correcção de desvios (Idem).

A mesma autora reforça a importância de evitar os cancelamentos provocados por utilização das salas por cirurgia urgentes/emergentes, em consonância com a ideia de existir uma linha de produção paralela designada a estas cirurgias, previamente proposta na literatura (Kjekshus 2005, p.186).

2.8. Qualidade em saúde

A crescente preocupação com a qualidade em saúde decorrente de factores como a variabilidade da oferta pelas instituições, o livre acesso, utentes mais proactivos e participativos, o marketing concorrencial e a gradual regulação dos serviços e consciencialização dos profissionais, é um reflexo da evolução do paradigma de prestação de cuidados. Os cancelamentos cirúrgicos, pela sua essência multidisciplinar e multifactorial, são considerados amplos indicadores de qualidade, reflectindo estrutura, processos e resultados, sendo frequentemente monitorizados e auditados.

A qualidade em saúde relaciona-se com uma gestão orientada para resultados favoráveis ao utente e profissionais, e pressupõe uma decisão estratégica da organização em mudar o seu desempenho global e em facilitar uma base sólida para iniciativas de desenvolvimento sustentável.³

Na saúde, a gestão da qualidade integra a estrutura do cenário de cuidados e os processos de trabalho que, reciprocamente, influenciam os resultados, sejam eles a satisfação e motivação dos profissionais ou as perspectivas dos utentes relativamente à sua saúde.

³ Portugal. Instituto Português da Qualidade (2015). Sistemas de gestão da qualidade - fundamentos e vocabulário 3a Edição. Instituto Português da Qualidade. Caparica.

Para Donabedian (1997), a qualidade não é um conceito estático, definindo-se num círculo concêntrico de diferentes níveis, entre:

- A técnica e prática interpessoal dos profissionais;
- As instalações de saúde;
- A participação do doente no seu processo de cuidados;
- O cuidado percebido pela comunidade.

A fluidez das diferentes variáveis da qualidade dificulta a sua definição e avaliação, justificando a apreciação da informação existente sobre os cuidados prestados, assim como a análise das atitudes e perspectivas dos profissionais. O mesmo autor sugere que os modelos clássicos de avaliação da qualidade (ditos “industriais”) desvalorizam, tendencialmente, as relações estabelecidas entre utente-cuidador, as particularidades intrínsecas do cuidador (como a motivação e as competências) e as características únicas das actividades clínicas, de ensino e monitorização, em primazia da valorização excessiva das actividades de suporte.

Ainda assim, reforça que a avaliação da qualidade em saúde deverá reconhecer os sistemas e processos críticos, e valorizar:

- Os utentes, nos seus valores, expectativas e necessidades;
- Os profissionais de saúde, nas suas motivações e capacidades;
- Os instrumentos de controlo e garantia da qualidade, incluindo a necessária formação, e o papel da gestão na qualidade.

Integrando as vantagens da metodologia *clássica* na avaliação da qualidade, Donabedian (1997), introduz a noção de estrutura, processo e resultado:

A estrutura reflecte as condições sobre as quais os cuidados são prestados, incluindo os recursos materiais, humanos e as características organizacionais da instituição, enquanto que os processos compreendem todas as actividades (nas mais variadas formas) de prestação de cuidados, sendo os resultados as consequências (desejáveis ou não) dos cuidados de saúde. Esta abordagem em categorias estrutura-processo-resultado é um valioso instrumento de estudo, evidenciando como as categorias se entrecruzam e são determinantes entre si, e foi o ponto de partida para a génese de ferramentas de avaliação da qualidade, incluindo as metodologias de certificação e acreditação, e para a elaboração de indicadores de avaliação.

Em 2000, o relatório o “To err Is Human: Building a Safer Health System”, do Comité para a Qualidade dos Cuidados de Saúde do Instituto de Medicina dos EUA, alertou para a elevada mortalidade relacionada com a prestação de cuidados e, de certa forma, revolucionou o paradigma na importância direccionada à qualidade dos cuidados prestados. Este instituto

interpreta a qualidade como o nível em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter resultados de saúde esperados para os indivíduos e as populações, sendo coerentes com o conhecimento profissional actual.⁴

⁴ Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Kohn LL, Corrigan JJ, Donaldson MM, editores. Washington: National Academy Press; 2000.

CAPÍTULO III :

METODOLOGIA DE PESQUISA

Para Ruiz, (1996, p.131) Método é “o conjunto de etapas e processos a serem vencidos ordenadamente na investigação dos factos ou na procura da verdade”.

Para esta pesquisa usou-se o **método hipotético-dedutivo**.

Segundo Lakatos e Marconi (1995, p.106), Hipotético-dedutivo: que se inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual se formula hipóteses e, pelo processo dedutivo, testa-se a ocorrência de fenómenos abordados pela hipótese.

Os métodos de procedimentos têm carácter específico relacionando-se directamente com as diversas etapas do trabalho científico.

Quanto à abordagem, a pesquisa foi usada a **pesquisa mista, qual-quantitativa**. De acordo com Gil, (2008). Pesquisa quantitativa é uma técnica para colectar informações de natureza numérica e que serão analisadas usando métodos estatísticos. Pesquisa qualitativa é usada para compreender as razões, opiniões e motivações implícitas nas respostas tópicos investigadas

3.1. Tipos de pesquisa

Quanto ao tipo, esta é uma **pesquisa Descritiva**. As pesquisas descritivas têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de colecta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática” (Gil, 2002, p.42)

3.1.1. Pesquisa quanto aos objectivos

Quanto aos objectivos, trata-se de uma **pesquisa exploratória**, Segundo Gil (2002, p.42) “Pesquisa exploratória: É aquela que tem como objectivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso”.

3.1.3. Pesquisa quanto aos procedimentos

Trata-se de um estudo de caso, que segundo Gil (2002, p.54) é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objectos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados.

3.1.4. Quanto ao Objecto

Foi usado a **pesquisa bibliográfica**: é utilizada como ponto de partida para todo tipo de pesquisa, busca fazer o levantamento ou revisão das obras publicadas sobre a teoria que ira direccionar o trabalho científico. (Marconi & Lakatos, 2007).

3.2. Quanto a técnicas e instrumentos de colecta de dados

Segundo Oliveira (1996, p. 296), entende-se por técnicas ao conjunto de processos operativos ou operações simples, que nos permitem pesquisar algo, enquanto por método ao processo de selecção de técnicas de pesquisa adequadas ao trabalho que se pretende fazer, o controlo da sua utilização e integração dos resultados.

Para a realização desta pesquisa foi usado o **questionário** com perguntas abertas e fechadas e a **observação**, como instrumento de colecta de dados.

3.2.1. Questionário

Para Gil (1999, p.128), pode ser definido “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

Para esta pesquisa, previu-se o uso de um guião, contendo uma série ordenada de perguntas que deverão ser respondidas pelos envolvidos da pesquisa preenchidos e posteriormente devolvidos a pesquisadora.

3.2.2. Observação

Segundo Alarcão e Tavares (1987, p.62) cit por Dias etal (2008), “a observação é o conjunto de actividades destinadas a obter informações sobre o que se passa (...) com a finalidade de, mais tarde, proceder a uma análise do processo”.

Foi uma observação participativa com um bloco de notas, um lápis e uma esferográfica para registar toda a informação da observação. Para auxiliar a observação, elaborou-se uma grelha de observação que se encontra em anexo neste projecto.

3.3. Universo da pesquisa

De acordo com Gil (2002, p.41) Universo ou população é um “conjunto de elementos que possuem determinada característica”.

3.4. Amostra e Amostragem

Gil (2002, p.88) afirma que amostra é a “parcela convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo”.

3.5. Tipo de amostragem

A pesquisa constitui-se na **amostragem não probabilística do tipo por conveniência**

Amostragem não probabilística é aquela em que a selecção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo (Lakatos & Marconi, 2007).

Amostra por conveniência ou acidentais: Os elementos são seleccionados de acordo com a conveniência do pesquisador.

Segundo dados do sector, sendo na perspectiva de (Lakatos & Marconi, 2007). A investigação qual - quantitativa recorre-se a uma amostra não probabilística por conveniência, o número de participantes geralmente é pequeno, de 6 a 20.

Para o presente estudo a amostra foi constituída por 15 funcionarios, sendo 14 enfermeiros, 1 administrativa. Trata-se do número dos funcionários da cirurgia II que trabalham na área em estudo.

3.6. Quanto processamento, análise e interpretação de dados

A análise dos dados é uma das fases mais importantes da pesquisa, pois, a partir dela, é que serão apresentados os resultados e a conclusão da pesquisa, conclusão essa que poderá ser final ou apenas parcial, deixando margem para pesquisas posteriores (Marconi & Lakatos, 2007).

Quanto aos estudos inscritos no enfoque qualitativo, habitualmente, usa-se a análise de conteúdo, podendo, neste caso recorrer, também, a um tratamento estatístico de tipo descritivo (Marconi & Lakatos, 2004).

Para esta pesquisa foi feita **análise de conteúdo**

A **análise de conteúdo** é um conjunto de técnicas de análise das comunicações (Bardin, 1977: 30) que tem por objectivo enriquecer a leitura e ultrapassar as incertezas, extraindo conteúdos por trás da mensagem analisada.

Segundo Bardin (1977: 158), “a **análise de conteúdo** é um método que pode ser aplicado tanto na pesquisa quantitativa, como na investigação qualitativa.

Nas pesquisas quantitativas, as categorias são frequentemente estabelecidas a priori, o que simplifica sobremaneira o trabalho analítico. Já nas pesquisas qualitativas, o conjunto inicial de categorias, em geral, é reexaminado e modificado sucessivamente, com vistas a obter ideais mais abrangentes e significativos. Por outro lado, nessas pesquisas, os dados costumam ser organizados em tabelas, gráficos, enquanto, nas pesquisas qualitativas, necessitamos nos valer de textos narrativos, descritivos, esquemas, matrizes etc.

3.7. Quanto a análise quantitativa usou-se a estatística descritiva

Estatística descritiva é um conjunto de métodos cujo objectivo é sintetizar e representar de forma compreensível a informação contida nos dados. Exemplo: Medidas, tabelas e gráficos (Reis, Elizabeth, 1998).

Tabulação e interpretação: os dados colectados são dispostos em tabelas e gráficos, organizados de acordo com a estruturação anterior, servindo para facilitar sua compreensão e interpretação.

3.8. Considerações Éticas

A pesquisa observou e respeitou todas as normas de investigação científica segundo o conselho nacional de saúde na resolução número 196, que recomenda o cumprimento dos princípios de não maledicência, da justiça, de imparcialidade e de confidencialidade da amostra envolvido no estudo. À medida que se desenvolveram as técnicas de recolha de dados. Foram considerados os procedimentos de pesquisa que poderiam causar dano físico ou emocional, foram evitados.

Foram usados vários métodos para ultrapassar estas questões, tais como:

- ✓ Obtenção do consentimento informado antes de iniciar o estudo;
- ✓ Não será explorado nenhum assunto sensível, antes de se estabelecer uma boa relação com o participante no estudo,
- ✓ Será assegurada a confidencialidade e o anonimato da informação obtida, recorrendo-se nomeadamente a uma carta de pedido de autorização para a realização do estudo.

O projecto foi submetido à Comissão Científica do ISPUNA (Instituto Superior Politécnico Universitário de Nacala), para a devida avaliação e aprovação.

A participação dos entrevistados foi feita mediante cumprimento íntegro dos critérios de regulamento, assinatura do termo de consentimento informado fornecido, ter aceitado voluntariamente participar na pesquisa.

CAPÍTULO IV

Apresentação, Análise e Interpretação dos dados

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos ao longo desta pesquisa, que resultaram de uma observação e questionário e foram compreendidos como acontecem na realidade, e confrontados com as teorias existentes a respeito do assunto investigado.

Para Gil (1999, p.168) a interpretação tem como objectivo a procura de sentido mais amplo das respostas, o que foi mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos. E Segundo Teixeira (2003) análise e interpretação de dados são processos intrínsecos, isto é, estão intimamente vinculados um do outro.

Para a compilação dos dados colhidos, o autor faz-se apoiar por softwares como o Ms Office Excel para efeitos de cálculos estatísticos, moldagem das tabelas e dos respectivos gráficos. Em seguida são apresentados em pontos pertinentes relacionados com as variáveis e hipóteses levantadas na pesquisa, iniciando com as questões colocadas aos enfermeiros da cirurgia II, seguida das perguntas feitas a administrativa.

A quanto tempo trabalha neste sector?

Esta questão visou apurar os anos de trabalho dos inquiridos assim como a sua experiência. Nisto foi possível apurar que 53,3% destes trabalham a mais de 5 anos na devida área, seguida de 26,6% que estão entre 3 a 5 anos, 13,3% de 1 a 3 anos e finalmente 6,6% que se trata de um funcionário apenas ainda não fez 1 ano de trabalho. Com isto entende-se que na sua maioria possuem experiência de trabalho.

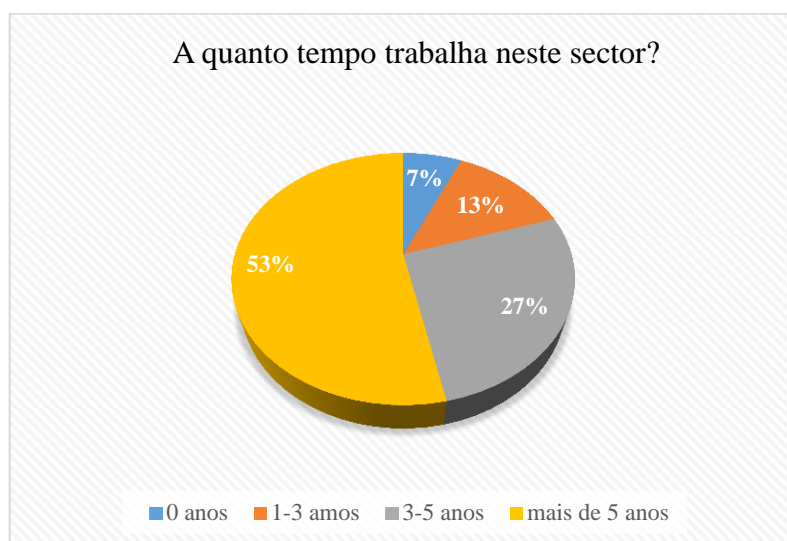


Grafico 1: Tempo de trabalho

Fonte: Autora, 2023

1. Quais são os processos antecedentes ao agendamento das cirurgias?

Com esta pergunta a pesquisadora pretendia saber sobre os critérios de agendamento das cirurgias. Para tal indagou-se 15 funcionários, sendo que todos eles (100%) indicaram como processos de agendamento cirúrgico: Preparação psicológica e física do doente, consentimento a família mediante a assinatura do termo de responsabilidade e realização de exames auxiliares.

2. O hospital possui um protocolo pré-operatório?

Ao se colocar esta questão o objectivo foi de procurar perceber se o hospital, concretamente o departamento da cirurgia II possuía um protocolo pré-operatório documentado no qual é seguido antes mesmo de se submeter o paciente à cirurgia. Aos inquiridos todos afirmam existir o tal protocolo. Apesar destes terem dito que existe o PPO, a autora da pesquisa pode aferir que o hospital não possui um PPO escrito como um documento e disponível para quem pretende consultar, mas sim apenas passos que cada funcionário fixou o que dá a entender que algo pode ficar de fora durante a preparação pré-operatória.

3. Tem se feito visitas pré-operatórias? Se Sim, que tipo de informação é transmitida durante a visita?

É claro que tem se realizado visitas pré-operatórias aos pacientes a serem submetidos a cirurgias, assim afirmam todos inquiridos, sendo que 13 destes equivalendo a 86,6% falam da preparação do doente para a cirurgia, e 13,4% dizem que se procura junto do doente o seu histórico clínico.

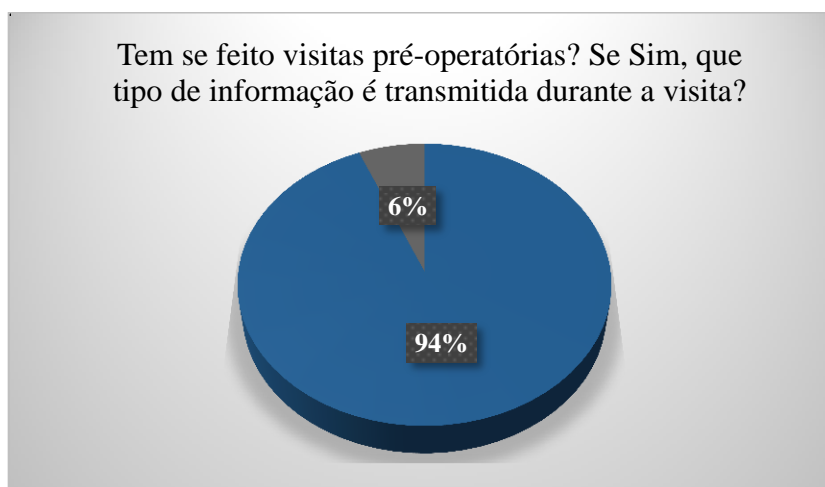


Grafico 2: Visitas pré-operatórias

Fonte: Autora, 2023

4. Tem se verificado em certas ocasiões adiamento de cirurgias. Quando é que uma cirurgia é adiada/cancelada?

O objectivo desta pergunta visava saber as razões que de certa forma tem levado ao adiamento das cirurgias. Dos 15 inquiridos, 13 destes equivalendo a 86,6% apontam falta de sangue, resultados de exames clínicos não satisfatório e falta de material cirúrgico, e que apenas 2 falam das condições do paciente não satisfatórias.



Grafico 3: Adiamento de cirurgias

Fonte: Autora, 2023

5. Quais as principais razões para o adiamento das cirurgias? (pode assinalar mais de duas).

Dos 15 inquiridos, 7 destes correspondendo a 46,7% indicaram como principais razões de adiamento das cirurgias, responsabilidades por motivos não clínicos, 33,3% (5) falam de responsabilidade a terceiros e motivos clínicos e por fim 20% (3) apontam motivos clínicos e responsabilidade do hospital.

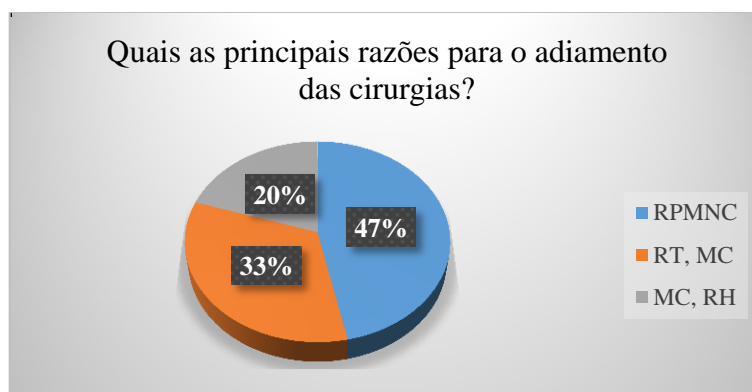


Grafico 4: Razões de adiamento das cirurgias

Fonte: Autora, 2023

6. Que impactos tem estes adiamentos para o hospital e para o paciente?

Os adiamentos das cirurgias acarretam custos ao próprio hospital como: a ocupação de camas e superlotação das enfermarias assim criam danos nos pacientes nomeadamente: stress, prolongamento da doença do paciente. Estas palavras foram colhidas junto aos inquiridos que responderam todos eles, de forma unanime.

7. Quanto tempo antecede a comunicação ao paciente sobre o adiamento da sua cirurgia?

O tempo de adiamento das cirurgias variam de 24h a 72h, segundo a questão colocada. Os que afirmam em 24h são 9 indivíduos (60%), seguida de 33,3% (5) que afirmam 48h e finalmente 6,6% (1) diz serem 72h antes que é comunicado ao paciente sobre o adiamento. Fica claro aqui que o tempo de comunicação ao paciente sobre o adiamento da cirurgia na sua maioria é menor no caso de 24h, o que pode deixar o doente indignados e perturbado.

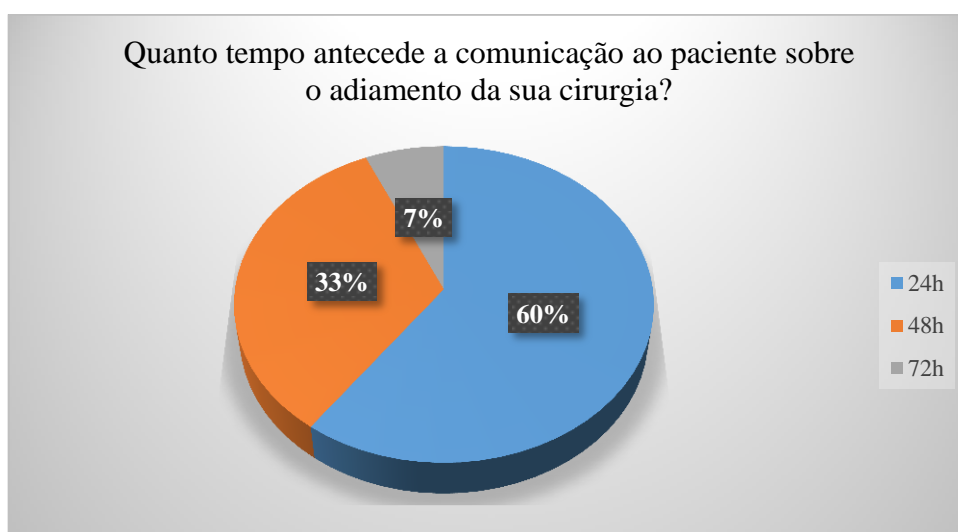


Gráfico 5: Comunicação do adiamento

Fonte: Autora, 2023

8. Tem se feito um plano anual de alocação da equipa médica em respectivas salas cirúrgicas?

Para todos questionados é sempre feito plano anual de alocação da equipe médica em respectivas salas cirúrgicas.

9. Existe algum trabalho que visa a redução dos adiamentos das cirurgias? Se Sim, o que envolve nesse trabalho?

Quanto a redução dos adiamentos das cirurgias, os inquiridos afirmam existir algum trabalho visando este fim, como é o caso de treinamentos visando a melhoria de trabalhos cirúrgicos. Fica claro que não se tratam de trabalhos rotineiros, mas algo tenta-se fazer.

10. Quantos médicos cirurgiões trabalham na cirurgia II?

Esta questão foi colocada especificamente a responsável administrativa da cirurgia II com vista a apurar-se o número de médicos cirurgiões afectos naquele sector. Segundo esta, trabalham 9 médicos.

11. Quantos casos em média são atendidos na cirurgia II por mês?

De acordo com a inquirida, na cirurgia II são atendidos em um mês uma média de 100 casos cirúrgicos, que para a inquirida este número é satisfatório em termos de atendimento aos pacientes. Isto mostra que são muitos casos que dão entrada nas salas cirúrgicas.

CAPITULO V:

Discussão dos Resultados

Partir-se-á do entendimento de Magnusson (2011, p.21), que classifica as listas de espera para cirurgia, como um dos principais obstáculos ao bom funcionamento dos actuais sistemas de saúde, juntamente com o facto do bloco operatório de um hospital ser uma das actividades que mais recursos necessita e, conseqüentemente, uma das mais dispendiosas. Para este autor requerem um planeamento eficiente e eficaz de cirurgias electivas.

Fazendo uma analogia dos argumentos apresentados pelo Magnusson (2011), em relação a resposta da questão 2 que procurava saber sobre o processo de agendamento das cirurgias no sector da cirurgia II do HCN, verifica-se ausência na menção dos recursos a serem utilizados durante a cirurgia, limitando-se apenas em aspectos ligados ao quadro clínico do paciente.

Por outras palavras, durante a preparação das cirurgias não se menciona ou não incluem o material a ser usado na tal cirurgia. Este facto leva directamente a situação da questão número 5 b), onde se verifica adiamentos de cirurgias por falta de recursos como sangue, material cirúrgico, porque estes recursos não são planeados com antecedência durante a preparação pré-operatória. Por isso fica claramente aprovada a **hipótese 1** pela qual *“Os adiamentos das cirurgias no HCN pode estar a ser influenciado pela falha nos critérios de agendamento das cirurgias”*.

Os dados da pergunta número 7 espelham sobre os impactos dos adiamentos das cirurgias tanto para o hospital quanto para o doente. Isto entende-se pelo facto de os inquiridos apontarem a ocupação de camas, prolongamento da doença do paciente e superlotação das enfermarias. Este cenário é defendido pelo Ivarsson (2002, p.72), que afirma que, muitas das vezes o planeamento é feito por cirurgiões, enfermeiros ou funcionários administrativos, sem recorrer a qualquer programa informático, muitas vezes feitos sem respeitar as regras definidas pelo sistema, levando a uma utilização ineficiente dos recursos.

Como consequência, os hospitais sofrem penalidades orçamentais e vêem as suas despesas aumentar. Estes argumentos corroboram com a **hipótese 2** que defende que *“O cumprimento do protocolo pré-operatório ajudará na redução do índice de adiamentos das cirurgias e os seus impactos negativos no HCN”*.

Por sua vez a Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas no seu manual de Práticas recomendadas para o bloco operatório. 3ª Edição. Lisboa: AESOP; 2013 afirmam

que os cancelamentos cirúrgicos se revestem de especial importância para o doente, sociedade, decisores políticos e administrações hospitalares, e reflectem falhas em alguma das etapas da cadeia de processos que culmina numa intervenção cirúrgica, com repercussões clínicas, sociais, económicas e organizacionais, como foi argumentado na **hipótese 3** segundo a qual *“Falhas no planeamento das cirurgias é factor-chave para a ocorrência dos adiamentos cirúrgicos no HCN”*.

Não obstante a isso, os dados colhidos apontam que o sector da cirurgia II do HCN tem dado o seu máximo para a melhoria de todos pacientes que são submetidos a cirurgias electivas.

CAPITULO VI: Conclusão e Sugestões

Conclusão

O cuidar, em contexto pré-operatório, engloba uma área de conhecimento científico muito abrangente, mas com especificidades próprias que merecem a nossa especial atenção. Efectivamente, o doente cirúrgico no período pré-operatório vive a incerteza, a angústia, a ansiedade que é provocada pelo aproximar da intervenção cirúrgica.

O enfermeiro pode contribuir no apaziguar destes sentimentos, se tiver conhecimento das necessidades do doente, nomeadamente as necessidades de informação. Sabe-se que, o cuidar requiere envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro (...), pois o cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.

Numa primeira parte pesquisou-se os trabalhos científicos relacionados com o doente cirúrgico, com o período pré-operatório, com a informação e com as necessidades de forma a conhecermos os resultados e sugestões, propostos pelos autores.

Considera-se que, os dados obtidos, através da aplicação do questionário com a observação, permitiram descrever e conhecer melhor o fenómeno em investigação, permitindo vivenciar todo processo de marcação das cirurgias, a dinâmica que envolve a submissão de um paciente a cirurgia. Constatou-se também que o hospital não possui um protocolo pré-operatório escrito, mas sim em decorro.

Nesta pesquisa pode apurar que os funcionários do HCN concretamente os da cirurgia II estão cientes da importância do cumprimento do protocolo pre operatório que estabelece o rol de procedimentos e cuidados a serem executados antes do paciente ser submetido a operação . Q 24h antes. Este intervalo de tempo e normal mas se a comunicação 48h antes pode influenciar na bastante preocupação emocional do paciente . Constatou se que também os adiamentos das cirurgias acarretam custos não so ao paciente, mas também ao hospital ,uma vez adiada a cirurgia culmina a permanência de muitos doentes na enfermaria muito tempo favorecendo assimu ma superlotação . E importante o engajamento de todo profissional desta área assumir com toda responsabilidade o cuidado de enfermagem . Em fim, o sector da cirurgia II tem feito todo possível para que todos os doentes submetidos a cirurgia tenham um prognostico satisfatório.

Sugestões:

Ao Hospital Central de Nampula

- ✓ Que se garanta que todos profissionais da área cirúrgica faça um cumprimento rigoroso do protocolo pré-operatório e assim como a disponibilidade dos recursos cirúrgicos de forma a evitar adiamentos da responsabilidade hospitalar;
- ✓ Que se façam sensibilizações contínuas buscando formas de melhor entender, informar e esclarecer os pacientes, em relação ao adiamento das cirurgias;
- ✓ Que se faça a colocação do pessoal qualificado no sector de forma permanente para acompanhamento pacientes.

Ao Ministério de Saúde

- ✓ Que garanta junto das unidades hospitalares o cumprimento de todas regras emanadas ao nível internacional sobre o bom funcionamento dos sectores cirúrgicos.

À comunidade Científica

- ✓ Que sejam feitos novos estudos desta natureza com enfoque no delineamento qualitativo sobre o cumprimento de protocolos pré-operatórios de forma a disseminar a informação, criando em cada ser um espírito de responsabilidade para com a vida humana.
- ✓ Que se promova estudos, fóruns de debates sobre os conhecimentos, Causas que levam ao adiamento e o Impacto, no sentido de compreensão e propostas para tomadas de decisão no apoio psicossocial.

Aos Pacientes e os Familiares

- ✓ Que após o adiamento das cirurgias procurem perceber com os responsável do sector ou outros intervenientes sobre as causas do adiamento sem entrar em pânico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas (2013). *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. 3a Edição. Lisboa: AESOP.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. Disponível em 18 de Novembro de 2021

[https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1934444](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1934444)

Batalha, L. (2001). *A criança com dor e a família: saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos*.

Bellman, L. (2003). *O enfermeiro de cirurgia como profissional independente e colaborante: Enfermagem cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusociência.

Benner, P. (2001). *Do iniciado a perito*. 2ª ed. Lisboa: Quarteto.

Brunner & Suddarth (1993). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (7ª edição, Volume I). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cabral, D. M. (2004). *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar-Universidade do Porto

Caseiro, H. & Pinto, I. (Set. 2001). *Dor oncológica: que sentido*. Nursing.

Cerejo, M. (2000). *Impacto de um Programa de Informação Estruturada na Recuperação Pós-operatória*. Coimbra: Universidade de Coimbra -Faculdade de Medicina.

Cerqueira, C. (Jan. 1999). *Uma perspectiva filosófica do cuidar*. Enfermagem oncológica.

Collière, Marie-Françoise (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cruz, E. E Varela, Z. (2002). *Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado*. Electrónica de Enfermagem, Vol.4, n.º 3. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/742/803>

Dawson, S. (2003). *Princípios da preparação pré-operatória: Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lisboa: Lusociência.

- Donabedian A. (1988). *The quality of care. How can it be assessed?* Arch Pathol Lab Med.
- Donabedian A. (1997). *The quality of care. How can it be assessed?* 1988. Arch Pathol Lab Med.
- Fox, V. (1997). *Educação do paciente e planeamento da alta: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Garretson, S. (2004). *Benefits of pré-operative information programmes.* Nursing Stand.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 6. ed. São Paulo: Atlas. Disponível em 26 de Agosto de 2021 <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>
- Gil, C. António (2002). Como elaborar projectos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo.
- Giroto JA, Koltz PF, Drugas G. (2010). *Optimizing your operating room: Or, why large, traditional hospitals don't work.*
- Gonçalves MRC et al. (2000). *Avaliação do número e causas de suspensão de cirurgias oftalmológicas no CCA do H. C. da UNESP de Botucatu.* Salusvita.
- Gonçalves, r. (Jan/Ago. 2003). *Controlo do stress no acolhimento do doente cirúrgico no bloco operatório.* Informar.
- Graham, Deena (2003). *O serviço de cirurgia hospitalar, o bloco operatório e a unidade de cuidados pós-operatórios imediatos: Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada,* Lisboa: Lusociência.
- Henderson, V. (1994). *La natureza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación: reflexiones 25 años después.* Interamericana.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.* Lisboa: Lusociência.
- Institute of Medicine (2000). *Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system.* Kohn LL, Corrigan JJ, Donaldson MM, editores. Washington.
- Ivarsson B, Kimblad P, Sjoberg T, Larsson S. (2002). *Patient reactions to cancelled or postponed heart operations.* J Nurs Manag.

- Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, Hooper DK, Linam WM, Froehle CM, et al. (2010). *The influence of context on quality improvement success in health care: A systematic review of the literature.*
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions e stratégies.* Québec: Éditions Études Vivantes.
- Kjekshus LE, Hagen TP. (2005). *Ring fencing of elective surgery: Does it affect hospital efficiency?*
- Ladden, C. (1997). *Conceitos básicos de enfermagem perioperatoria: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico (7ª ed.).* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lakatos, E. M, Marconi, A. M (2007). **Metodologia do trabalho científico.** Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projectos e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7.ed. São Paulo: Atlas.
- Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade (1995). *Metodologia do trabalho científico.* São Paulo: Atlas.
- Landim FM et al. (2009). *Análise dos factores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade.* Rev. Col. Bras.
- Lourenço, M. (2004). *Cuidar no bloco operatório.* Nursing.
- Magnusson HK, Felländer-Tsai L, Hansson MG, Ryd L. (2011). *Cancellations of elective surgery may cause an inferior postoperative course: the «invisible hand» of health-care prioritization?* Clin Ethics.
- Marconi, A. Andrade; Lakatos, M. Eva (2003). *Fundamentos de Metodologia científica - 5ª ed,* São Paulo.
- Marconi. A. Andrade; Lakatos, M. Eva (2001) *Técnicas de pesquisas.* São Paulo.
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas.* Loures: Lusociência.
- Osswald, W. (Agosto 2000). *A relação enfermeiro-doente e humanização dos cuidados de saúde.* Cadernos de Bioética.
- Paschoal, Maria Lúcia Habib; GATTO, Maria Alice Fortes (2006). *Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absentismo do paciente à*

- cirurgia programada*. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto – SP. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100007>
- Paula, A. & Carvalho, E. (Julho 1997). *Ensino sobre peri-operatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral*. Rev. Latino-am. Enfermagem.
- Phipps, W.; Sands, J. e Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Volume II 6ª ed. Lisboa: Lusodidacta.
- Pinheiro, M. (1999). *Medos do idoso face à cirurgia*. Enfermagem.
- Pitrez, F. & Pioner, S. et al (1999). *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Portugal. Instituto Português da Qualidade (2015). *Sistemas de gestão da qualidade - fundamentos e vocabulário - 3a Edição*. Instituto Português da Qualidade. Caparica.
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Proença, Inês Marques (2010). *Planeamento de Cirurgias Electivas Abordagens em Programação Inteira*.
- Queirós, A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Reis, Elizabeth. (1998). *Estatística descritiva*. Lisboa: Silabo. Disponível em 18 de Novembro de 2021 <https://silabo.pt/catalogo/ciencias-exatas-e-naturais/estatística/livro/estatística-descritiva/>
- Risso ACMCR, Braga EM. (2010). *A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo*. Rev. Esc. Enferm. USP.
- Ruiz, João A. (1996). *Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.
- Santos, A. (1995). *A dor e o cuidar*. Nursing.
- Santos, N. (2003). *Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem*. São Paulo: Iátria
- Silva, M. (2002). *Vivências do Doente Cirúrgico no Peri-operatório da Cirurgia Programada*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Siqueira AB, Filipini R, Posso MBS, Fiorano AMM, Gonçalves AS. (2006). *Relacionamento enfermeiro, paciente e família: factores comportamentais associados à qualidade da assistência*. Arq Med ABC.

Sodré, Roberto Luiz; EL FAHL, Michely de Araújo Félix. (2014). *Cancelamentos de cirurgias em um hospital de São Paulo*. Rev. adm. Saúde., São Paulo. Disponível em: file:///C:/Users/ccpgu/Downloads/RAS_63_67-70.pdf

Sorensen, K. & Luckmann, J. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Sousa, Alesandra Saraiva de (2008). Manual de trabalhos científicos 2ª Ed. Rio de Janeiro.

Tavares, Ana Cláudia Henriques (2013). *Planeamento das Condições Operacionais do BO HG e UCA do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*, EPE Coimbra.

Vaz CB. (2014). *Methodology to reduce cancellations of schedule surgeries*. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10468/1/Paper_ClaraVaz_ICQEM_2014_s.pdf

Vilaça, I. (2004). *Relação de ajuda no âmbito do cuidar em enfermagem*. Pensar enfermagem.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala

ISPUNA

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS DA CIRURGIA II DO HCN

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca do: **Cumprimento do protocolo dos cuidados pré-operatórios no sector da cirurgia II do HCN – Agosto de 2020 a Agosto de 2022.**

Agradecia a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

A entrevista é anónima e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

1. A quanto tempo trabalha neste sector?

1 a 3 anos 3 a 5 anos 5 anos ou mais

2. Quais são os processos antecedentes ao agendamento das cirurgias? -----

3. O hospital possui um protocolo pré-operatório?

Sim Não

a. Se Não, Porque? -----

4. Tem se feito visitas pré-operatórias?

Sim Não

a) Se Não, Porque? -----

b) Se Sim, que tipo de informação é transmitida durante a visita? -----

5. Tem se verificado em certas ocasiões adiamento de cirurgias.

a) Quando é que uma cirurgia é adiada/cancelada? -----

6. Quais as principais razões para o adiamento das cirurgias? (pode assinalar mais de duas).

Responsabilidade do doente por motivos não clínicos	<input type="checkbox"/>
Motivos clínicos	<input type="checkbox"/>
Responsabilidade da instituição hospitalar	<input type="checkbox"/>
Responsabilidade de terceiros	<input type="checkbox"/>

7. Que impactos tem estes adiamentos para o hospital e para o paciente? -----

8. Quanto tempo antecede a comunicação ao paciente sobre o adiamento da sua cirurgia?

24hr 48hr 72hr 7 dias

9. Tem se feito um plano anual de alocação da equipa médica em respectivas salas cirúrgicas?

Sim Não

10. Existe algum trabalho que visa a redução dos adiamentos das cirurgias?

Sim Não

c) Se Sim, o que envolve nesse trabalho? -----

Obrigado pela atenção e disponibilidade dispensada!

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala

ISPUNA

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO ADMINISTRATIVA DA CIRURGIA II DO HCN

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca do: **Cumprimento do protocolo dos cuidados pré-operatórios no sector da cirurgia II do HCN** – Agosto de 2020 a Agosto de 2022.

Agradeça a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

A entrevista é anónima e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

1. A quanto tempo trabalha neste sector?

1 a 3 anos

3 a 5 anos

5 anos ou mais

2. Quantos médicos cirurgiões trabalham na cirurgia II? -----

3. Quantos casos em média são atendidos na cirurgia II por mês? -----

4. Quais são os processos antecedentes ao agendamento das cirurgias? -----

5. O hospital possui um protocolo pré-operatório?

Sim

Não

a. Se Não, Porque? -----

6. Tem se feito visitas pré-operatórias?

Sim Não

a) Se Não, Porque? -----

b) Se Sim, que tipo de informação é transmitida durante a visita? -----

7. Tem se verificado em certas ocasiões adiamento de cirurgias.

a) Quando é que uma cirurgia é adiada/cancelada? -----

8. Quais as principais razões para o adiamento das cirurgias? (pode assinalar mais de duas)

Responsabilidade do doente por motivos não clínicos	<input type="checkbox"/>
Motivos clínicos	<input type="checkbox"/>
Responsabilidade da instituição hospitalar	<input type="checkbox"/>
Responsabilidade de terceiros	<input type="checkbox"/>

9. Que impactos tem estes adiamentos para o hospital e para o paciente? -----

10. Quanto tempo antecede a comunicação ao paciente sobre o adiamento da sua cirurgia?

24hr 48hr 72hr 7 dias

11. Tem se feito um plano anual de alocação da equipa médica em respectivas salas cirúrgicas?

Sim

Não

12. Existe algum trabalho que visa a redução dos adiamentos das cirurgias?

Sim

Não

c) Se Sim, o que envolve nesse trabalho? -----

Termo de Consentimento Informado

Eu, **Tomacia Francisca de Eufrasia Pedro Mendes**, estou a convidá-lo/a para participar como voluntário deste estudo. Esta pesquisa pretende analisar o Cumprimento do protocolo dos cuidados pré-operatórios no sector da cirurgia II do HCN– Agosto de 2020 a Agosto de 2022. Acreditamos que este estudo seja importante para a sociedade no geral, devido ao facto do mesmo abordar conteúdos de grande relevância para a saúde pública e não só, mas também pelas consequências que este adiamento acarreta para a saúde dos pacientes, comprometendo assim o desenvolvimento cognitivo e da sua família no geral.

A sua participação é voluntária. É possível que aconteçam desconfortos ou riscos de fuga de informação. Os benefícios que esperamos com este estudo é que venham contribuir positivamente na mudança de comportamento dos familiares dos pacientes e seus cuidadores fase a diagnósticos que necessitam de cirurgia. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contacto, com o pesquisador ou com o Conselho de Ética em saúde da Universidade Politécnica - Instituto Superior Politécnico Universitário de Nacala (ISPUNA).

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita que será prestada pela unidade sanitária (acompanhamento e assistência). Você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão (voluntariedade). As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação como sendo confidencial.

Dados da pesquisadora:

Nome: Tomácia Francisca de Eufrásia Pedro Mendes

Endereço: Bairro de Ontupaia, Cidade de Nacala – Moçambique

Telemóvel: +258 844426980 / 862737256

E-mail: tomasiamendes9@gmail.com

Termo de Consentimento Informado

Eu _____, ciente dos objectivos do trabalho e de que minha identidade será mantida em total sigilo e anonimato, autorizo a utilização dos dados obtidos pelo questionário por mim respondido na realização deste trabalho, bem como sua apresentação em eventos científicos e sua posterior publicação.

Fui informado (a) de que esse acto é voluntário não havendo nenhuma obrigação de realiza-lo se assim o quiser.

Nampula, aos.....de.....de 2023
