



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA EM CONTEXTO INTRAOPERATÓRIO

Paula Alexandra Rolo Cardoso Oliveira Esteves

Viana do Castelo, 9 de novembro de 2019



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Paula Alexandra Rolo Cardoso Oliveira Esteves

AS VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA EM
CONTEXTO INTRAOPERATÓRIO

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Aurora Pereira
e Coorientação da Professora Arminda Lima Vieira

novembro de 2019

Resumo

O Sistema Nacional de Saúde tem vindo a colocar o cidadão no centro do sistema, numa lógica de proximidade efetiva e de humanização dos serviços. Para esta maior atenção nos cuidados, tem sido fundamental o papel da enfermagem. Trata-se de uma profissão exigente e dinâmica que requer uma prática diária que garanta não apenas a prestação de cuidados de saúde técnicos, como também uma grande preocupação com o cuidar – o cuidar do doente e da sua família. Assim, atendendo à complexidade da prestação de cuidados em contexto intraoperatório, entendemos pertinente como assunto de investigação nuclear as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia e, portanto, definiu-se como objetivo do presente estudo compreender as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório.

Contexto e método. Este estudo, de natureza qualitativa, incluiu uma amostra de oito indivíduos, que foram selecionados com base nos pressupostos. Destes, sete eram do sexo feminino e possuíam uma relação familiar com a pessoa submetida a cirurgia. Atendendo à natureza do estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada como estratégia de recolha de dados através de Guião de entrevista que foi construído com base na revisão da literatura efetuada e nos objetivos do estudo.

Resultados. Tendo-se procedido à análise de conteúdo das entrevistas, obtiveram-se cinco principais áreas temáticas: necessidades da família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório; sentimentos vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório; dificuldades sentidas pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório; aspetos facilitadores vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório; e sugestões dadas pelas famílias dos doentes em contexto intraoperatório.

Conclusão. Os resultados apresentados vão ao encontro da literatura no domínio e sugerem a necessidade de reforçar o papel do enfermeiro no momento de acolher o doente cirúrgico e a sua família no serviço, bem como durante e no final da cirurgia, prestando uma atenção especial às necessidades e expectativas da família. É também muito importante criar as condições necessárias para o estabelecimento de uma relação de confiança que permita o à vontade necessário para a expressão de inseguranças, dúvidas ou receios e melhorar os procedimentos de informação à família tornando-os mais céleres e eficazes uma vez que este se revelou um aspeto nuclear para melhorar a vivência da família no intraoperatório.

Palavras-Chave: Enfermagem Perioperatória; vivência da família da pessoa submetida a cirurgia; Bloco Operatório; Humanização dos cuidados de enfermagem.

Abstract

The National Health System has been placing the citizen at the center of the system, in a logic of effective proximity and humanization of services. For this greater attention in care, the role of nursing has been fundamental. It is a demanding profession that requires daily practice that ensures not only the provision of technical health care, but also a major concern for care - or caring for patients and affected families. Thus, given the complexity of providing care in the intraoperative context, we understand pertinent as a subject of nuclear investigation as experiences of the family of the person undergoing surgery and, therefore, we define the objective of presenting the present study as experiences of the family of the person undergoing surgery in the intraoperatively.

Context and method. This qualitative study included a sample of eight individuals who were selected based on the assumptions. Of these, seven were female and had a family relationship with the person undergoing surgery. Given the nature of the study, the semi-structured interview was chosen as a data collection strategy through an interview guide that was built based on the literature review and the study objectives.

Results. Having carried out the content analysis of the interviews, we obtained five main thematic areas: family needs of the person who underwent surgery intraoperatively; feelings experienced by the family of the person who underwent surgery intraoperatively; difficulties experienced by the family of the person undergoing surgery intraoperatively; facilitating aspects experienced by the family of the person undergoing surgery intraoperatively; and suggestions given by families of patients in the intraoperative context.

Conclusion. The results presented are in line with the literature in the field and suggest the need to reinforce the nurse's role when welcoming the surgical patient and his family to the service, as well as during and at the end of the surgery, paying special attention to the needs and Family expectations. It is also very important to create the necessary conditions for the establishment of a trusting relationship that allows the necessary will to express the insecurities, doubts or fears and improve the information procedures to the family, making them faster and more effective as this proved to be a nuclear aspect to improve the intraoperative family experience.

Key words: Perioperative Nursing; experience of the family of the person undergoing surgery; Operating room; Humanization of nursing care.

Agradecimentos

À minha família, em especial ao meu marido, a quem devo todo este percurso, porque foi sem dúvida ele quem me impulsionou para o realizar. Pela paciência dedicada, por todo o apoio dispensado e por acreditar que seria capaz de responder a este desafio.

Aos meus filhos por toda a compreensão nos momentos em que não pude estar presente e conseguir acompanhar os seus trabalhos e não ter partilhado com eles alguns momentos de brincadeira e lazer.

Aos meus pais pela dedicação e apoio que me deram por cuidar dos meus filhos e de mim.

À minha irmã e em especial à minha sobrinha pelo apoio e por toda a colaboração dispensada na realização do trabalho.

À Senhora Professora Doutora Aurora Pereira e à Professora Arminda Vieira, pela orientação e coorientação que me proporcionaram, pelo apoio e observações pertinentes efetuadas, pela disponibilidade e compreensão e pelo modo como acompanharam o meu percurso na realização deste trabalho.

Aos meus colegas de Curso pela amizade e apoio.

Agradecer a todos aqueles que me apoiaram e ajudaram a ultrapassar mais uma etapa da minha vida e que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade.

Sumário

Resumo	1
Abstract	3
Agradecimentos.....	5
Abreviaturas, acrónimos e siglas	11
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1. A enfermagem perioperatória no processo cirúrgico	21
1.1. Bloco Operatório como unidade de cuidados.....	26
1.1.1. Enfermagem Perioperatória	29
2. Cuidar da família da pessoa submetida a cirurgia.....	33
2.1. O conceito de família	36
2.2. A intervenção da enfermagem no processo de transição saúde/doença na família ..	38
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	49
1. A problemática e objetivos do estudo.....	51
2. Tipo de Estudo.....	52
3. Contexto e Participantes do estudo	53
3.1. Contexto do estudo.....	53
3.2. Participantes do estudo.....	54
4. Procedimentos de recolha de dados.....	55
5. Procedimentos de análise de dados	56
6. Considerações Éticas	57
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	59
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	81
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	99
ANEXOS.....	107
Anexo I - Parecer da Comissão de Ética do Hospital onde decorreram as entrevistas ..	CIX

APÊNDICES	CXI
Apêndice A - Guião orientador da entrevista.....	CXIII
Apêndice B – Matriz de redução de dados.....	CXVII
Apêndice C - Consentimento Informado e declaração de participação no estudo.....	CXXIX

Índice de figuras

Figura 1. Processo de análise de conteúdo na investigação qualitativa	56
Figura 2. Necessidade da família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório.....	63
Figura 3. Sentimentos vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório	66
Figura 4. Dificuldades sentidas pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório	71
Figura 5. Aspetos facilitadores vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório	75
Figura 6. Sugestões dadas pela família do doente no intraoperatório	77

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo	54
Tabela 2. As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório: áreas temáticas, categorias e subcategorias.....	61

Abreviaturas, acrónimos e siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP - Associação de Enfermagem de Sala de Operações Portuguesas

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

DC - Doente Cirúrgico

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SMS - Mensagem de texto

SNS - Sistema Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, como resultado das alterações nas políticas e cuidados de saúde nacionais, têm vindo a surgir diversas alterações nas dinâmicas e modos de funcionamento do Sistema de Saúde Português e, muito particularmente, nas práticas de enfermagem (Ministério da Saúde, 2018).

A enfermagem constitui-se, hoje, como uma profissão dinâmica que requer uma prática diária que vá ao encontro dos desafios quotidianos de uma sociedade cada vez mais exigente e complexa, sendo fulcral uma constante evolução. Esta progressão consubstancia-se na aquisição de novas competências e na atualização dos conhecimentos/saberes inerentes ao exercício profissional. Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume-se como uma mais-valia na implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português (SNS), sendo reconhecido como elemento chave na resposta às necessidades desses mesmos cuidados (*Lei n.º 156/2015*, 2015).

Com efeito, esta evolução tem contribuído para uma cada vez maior interdisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde - o que, paradoxalmente, cria alguma dificuldade na delimitação, definição e articulação de papéis por parte dos profissionais de saúde. Além disso, o foco da intervenção tem sido transferido da doença e do seu tratamento, para a promoção (integral) da saúde da pessoa. Tal como refere Campos Fernandes no Relatório da Saúde 2018 (Ministério da Saúde, 2018), o Sistema de Saúde Português e, muito particularmente, o SNS têm procurado colocar o cidadão no centro do sistema - numa lógica de proximidade efetiva e de humanização dos serviços.

Nesta linha de pensamento, a prestação de cuidados de saúde tem vindo a reorganizar-se no sentido de uma maior transparência, inovação e responsabilidade social e tem também sido feito um esforço de valorização do “capital humano” do SNS (Serviço Nacional de Saúde). De facto, a capacitação dos cidadãos é hoje uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, assim como o são a promoção da saúde e a prevenção da doença (Ministério da Saúde, 2018).

Para o fazer tem sido muito importante a capacidade de repensar os modelos de exercício em uso e atender à emergência de novos desafios e possibilidades de desenvolvimento (Azevedo e Sousa, 2012). Particularmente no contexto da enfermagem é essencial continuar a investir na investigação pois, independentemente do assunto em análise, tal é importante para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas com vista à prestação de cuidados de excelência. A este propósito, Polit, Beck e Hungler (2004) referem que a prática baseada na evidência e na investigação

científica contribui significativamente para o atingir de elevados padrões de qualidade nos cuidados e, conseqüentemente, para o fortalecimento da Enfermagem.

Assim, e atendendo à complexidade da prestação de cuidados em contexto intraoperatório, entendemos como assunto de investigação nuclear as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia. Sendo a família definida pela Organização Mundial Saúde (OMS) como o contexto principal de promoção da saúde e redução da doença (pois desde que nascem, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos de saúde), consideramos que ela assume também o papel de cuidador em situações de doença e representa a principal fonte de suporte socio-emocional do indivíduo. Neste sentido, e tal como referem Figueiredo (2009) e Mendes (2015), a família sofre um impacto emocional relevante durante a hospitalização de um dos seus membros, pois tem de lidar com as angústias, medos, sofrimentos, dúvidas e incertezas do tratamento e prognóstico.

Com efeito, a família do doente cirúrgico apresenta-se frequentemente num estado de ansiedade preocupante. A enorme instabilidade emocional em que muitas vezes as famílias/pessoas significativa do doente se encontram, devido ao impacto da doença/cirurgia, coloca-os perante uma das situações mais stressantes que alguma vez viveram. Por essa razão, o Regulamento n.º 429/2018 que define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica evidencia a importância do cuidado à família da pessoa em situação crítica, afirmando que é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família. Neste documento pode ainda ler-se que a área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Neste sentido, os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença.

Dito de outro modo, cabe aos enfermeiros e profissionais de saúde competentes avaliar e intervir nas vivências dos familiares dos doentes uma vez que a relação de proximidade que se estabelece com estes tem também como finalidade contribuir para a prestação do melhor cuidado possível (Ferreira, 2015). Neste sentido, cabe aos enfermeiros não apenas acompanhar o doente, mas também a sua família. Esta requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito à consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos uma vez que precisa também de lidar com a situação de doença e/ou cirurgia.

Assim, partindo do pressuposto de que a presença da família é importante na promoção da tranquilidade e estabilidade emocional da pessoa submetida a cirurgia, na

adesão terapêutica e no processo de transição doença-saúde, consideramos que a humanização e a continuidade dos cuidados de saúde em contexto de cirurgia são indispensáveis para minimizar os efeitos negativos que a mesma possa causar (quer à pessoa submetida a cirurgia, quer à sua família).

Além disso, os enfermeiros – sobrecarregados com cargos técnicos, administrativos e de gestão (Bedin, Ribeiro e Barreto, 2004) – podem correr o risco de se ‘esquecerem’ do essencial da sua profissão: o cuidar. Trata-se do respeito por si próprio e pelo outro, da empatia, da capacidade de comunicar e de estabelecer uma relação de ajuda. Nas palavras de Lourenço *et al.* (2011), correm o risco de deixarem de ser enfermeiros e passarem a ser técnicos que prestam tratamentos eficazes ao corpo, mas que de certa forma negligenciam o doente como pessoa, ou seja, como um todo. O autor realça, portanto, a necessidade de se dar atenção ao doente e à família e de se adotar uma abordagem integradora, resgatando os valores humanísticos da assistência de enfermagem.

No Código Deontológico dos Enfermeiros, o artigo 110.^o refere que o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, deve dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como única, inserida numa família e numa comunidade (*Lei n.º 156/2015*, 2015). Assim, o Código Deontológico considera que a humanização é uma das várias competências do enfermeiro, sendo essencial na relação que estabelece com o doente/família, pelo simples facto de se tratar de cuidados de natureza humana. Esta posição é também reforçada por Abreu (2011). De igual modo, também Deodato (2008, p. 162) refere que o cuidado humanizado “é um cuidado com o outro, sobretudo com um outro vulnerável, pela doença, pelo sofrimento, que requer (...) não apenas o cuidado técnico, mas essencialmente o cuidado humano”.

Nesta ordem de ideias, o cuidado holístico e individualizado à pessoa e sua família, aquando da necessidade de intervenção cirúrgica, exige dos enfermeiros a capacidade única de conciliar o conhecimento técnico e científico com a arte de cuidar. Além disso, a utilização sistemática de uma abordagem holística nos cuidados de enfermagem deve contribuir para a manutenção da identidade de cada indivíduo doente e sua família, independentemente do seu estado de saúde, nacionalidade, religião ou crença (Ferreira, 2015).

Atendendo a que qualquer tipo de intervenção cirúrgica (emergente, urgente ou programada) conduz inevitavelmente ao aparecimento de maior ou menor transtorno emocional, quer para o próprio indivíduo, quer para aqueles que o acompanham nesta situação específica de tratamento cirúrgico da doença, entendemos - enquanto pessoa e profissional – necessária a investigação e intervenção nesta área específica. Acredito que uma comunicação eficaz com os familiares da pessoa submetida a cirurgia no período

intraoperatório e uma prestação de cuidados de enfermagem mais humanizados, individualizados e com mais qualidade contribuirão quer para a satisfação dos doentes e das suas famílias, quer para a satisfação dos próprios enfermeiros, que veem o seu trabalho ganhar visibilidade e qualidade.

Sendo a minha área de intervenção profissional o Bloco Operatório, torna-se evidente ter sido este o contexto escolhido para desenvolver o presente estudo. Entendo que as vivências da família do doente cirúrgico durante o intraoperatório são uma preocupação constante na prestação dos cuidados de enfermagem ao doente, visto que o próprio (elo de ligação entre enfermeiros e família a quem ambos querem prestar o melhor cuidado possível) se preocupa, não só com a sua doença/cirurgia, mas também com o sentimento que a família possa estar a vivenciar devido a toda a situação.

Para além disso, apesar de já existir alguma investigação sobre este assunto, considera-se trata-se de um aspeto de extrema relevância e de grande prioridade em todas as situações de hospitalização - sobretudo quando as situações implicam necessidade de tratamento cirúrgico (de carácter urgente e/ou de rotina). Efetivamente, após algumas conversas informais com elementos da equipa de enfermagem sobre diagnóstico de necessidades no Bloco Operatório, percebi que este problema é sentido e partilhado por muitos enfermeiros pois todos consideram pertinente esta problemática. Muitos destes profissionais referiram inclusivamente que se trata de uma necessidade prioritária em ambiente cirúrgico e de grande interesse no contexto de cuidar no Bloco Operatório pois, apesar de o doente ser, naturalmente, a principal preocupação dos enfermeiros, a família é frequentemente a grande preocupação do doente.

Assim, centrando a análise no Bloco Operatório enquanto unidade de cuidados, importa salientar que para compreender as vivências dos familiares da pessoa submetida a cirurgia se centrou a revisão da literatura nos seguintes conceitos: Bloco Operatório, enfermeiro do perioperatório, família da pessoa submetida a cirurgia, comunicação, necessidades e ansiedade.

Neste sentido, entendeu-se ser fundamental compreender as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia, de modo a perceber qual o contributo do enfermeiro perioperatório para uma melhor prática de cuidados nestes contextos. Assim sendo, delineou-se um estudo qualitativo para responder aos seguintes objetivos: identificar as necessidades dos familiares da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório; identificar os sentimentos vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório; identificar as dificuldades sentidas pela família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório; e descrever os aspetos facilitadores da vivência da família da pessoa submetida a cirurgia no momento do intraoperatório.

Posto isto, o presente Relatório organiza-se em cinco capítulos principais. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico do estudo e está estruturado essencialmente em dois pontos: o processo cirúrgico e a intervenção de enfermagem e o cuidar da família da pessoa submetida a cirurgia. Estando sustentado numa revisão bibliográfica atual, pretende contribuir para uma melhor compreensão do tema em análise. O segundo capítulo diz respeito ao percurso metodológico sendo, portanto, apresentadas a problemática e objetivos, o tipo de estudo, o contexto e participantes, os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como as considerações éticas. Seguem-se os capítulos III e IV que correspondem, respetivamente, à apresentação e análise dos dados e discussão dos resultados e, por fim são apresentadas as principais conclusões e perspetivas futuras.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, vamos proceder ao enquadramento teórico situando os principais eixos estruturantes da temática, tendo por base conceitos e teorias desenvolvidas por autores que se debruçaram sobre esta área de estudo, bem como em estudos já realizados.

1. A enfermagem perioperatória no processo cirúrgico

A hospitalização tende a provocar uma rutura com o contexto habitual de vida do indivíduo, modificando os seus hábitos, a sua capacidade de auto-realização e de cuidado pessoal. Tal como refere Moura Sartor (2017), o processo de hospitalização provoca no indivíduo uma certa “despersonalização” em relação ao ambiente onde está inserido pelo facto, de passar a ser tratado de acordo com a sintomatologia da patologia que apresenta, e não pela sua singularidade enquanto pessoa. O facto de estar num ambiente desconhecido, o Hospital, conduz a que tenha sentimentos de medo e insegurança uma vez que, desconhecendo o local, não sabe como atuar e fica dependente das pessoas que o rodeiam (Lopez e La Cruz, 2001) – particularmente dos profissionais de saúde envolvidos no seu cuidado.

Por sua vez, quando a hospitalização inclui a realização de uma cirurgia, estes sentimentos tendem também a agudizar-se. Trata-se de um acontecimento crítico, frequentemente imposto de forma abrupta e que conduz a alterações profundas na vida da pessoa submetida a cirurgia e da sua família com implicações no bem-estar, na saúde e nos padrões fundamentais da vida a nível individual e familiar (ex., mudanças de papéis, nas relações, nas identidades, nas capacidades e nos padrões de comportamento). É, por isso, percecionada como um acontecimento stressante e com uma conotação negativa, assustadora e ameaçadora da integridade física e mental (Ribeiro, 2011). Borges (2018) refere inclusivamente que é consensual que momentos críticos e inesperados influenciem o equilíbrio e bem-estar psíquico e emocional do indivíduo. Dito de outro modo, os autores sugerem que situações de doença ou cirurgia despoletam sempre preocupação, ansiedade, medo, revolta, angústia e, frequentemente, alterações substanciais da qualidade de vida das famílias – decorrentes da circunstância, dos procedimentos médico-cirúrgicos (mais ou menos invasivos) e dos períodos de internamento e tratamento a que os doentes e seus familiares são sujeitos.

Tal como referiam Belluomini e Tanaka em 2003, a palavra “cirurgia” leva todos os indivíduos, quase de forma inevitável, a fazerem infinitas reflexões. Por mais simples que seja a cirurgia, é frequentemente acompanhada de diversos medos, dúvidas e incertezas. As experiências de doença ou cirurgia precipitam sentimentos e reações stressantes para

o indivíduo e para a sua família, pelo ato anestésico-cirúrgico, pelo medo do desconhecido e pelas dúvidas e incertezas quanto ao processo de recuperação, tornando-os, então, vulneráveis e dependentes (Janeiro, 2001). A este propósito, a investigação tem demonstrado que o stress e ansiedade decorrentes da necessidade de realizar uma cirurgia fazem parte do pré-operatório do doente cirúrgico. Lima, Silva e Gentile (2007) referem inclusivamente que o familiar da pessoa submetida a cirurgia experiêcia uma vasta gama de emoções, tais como depressão, medo, ansiedade ou nervosismo.

Salimena, Andrade e Melo (2011) no âmbito de um estudo que realizaram sobre os sentimentos e perceções dos familiares do doente na sala de espera do centro cirúrgico entrevistaram dezassete familiares (pais, mães e filhas) que estavam na sala de espera do Bloco Operatório a aguardar pelo final da cirurgia. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 25 e 59 anos e referiram essencialmente sentimentos de ansiedade, “coração apertado” e sofrimento, bem como falta de informação e esclarecimentos sobre o momento vivido. Na sua perceção, o momento de espera provoca uma sensação desagradável, de tensão, apreensão ou medo, sendo que estes sentimentos variam em intensidade e duração de indivíduo para indivíduo. Os autores verificaram também que a ansiedade se manifestava frequentemente em gestos e expressões tais como esfregar das mãos, balançar dos pés, olhar perdido e inquietação (ex., caminhar de um lado para o outro), bem como na necessidade de tomar medicação ansiolítica como modo de enfrentar o medo e vivenciar a situação.

Para além disso, Salimena *et al.* (2011) verificaram ainda que a ansiedade era desencadeada pela falta de conhecimento do que estava a acontecer com a pessoa em cirurgia, bem como pela falta de informação por parte da equipa de saúde acerca do desenrolar da cirurgia.

Também Arnhold, Lohmann, Pissaia, Costa e Moreschi (2017), no estudo sobre a perceção do familiar acerca do momento vivenciado em sala espera entrevistaram familiares de pessoas submetidas a cirurgia, sendo que os oito participantes destacaram sobretudo sentimentos de ansiedade, angústia, nervosismo e medo.

Conforme referem Lima *et al.* (2007) a ansiedade é uma reação emocional transitória caracterizada por sentimentos de apreensão, nervosismo e preocupação. Também Arnhold *et al.* (2017) sugerem que a ansiedade é um estado emocional desconfortável que consiste no pressentimento de perigo, na necessidade de aguardar e na perceção de desproteção. Os dois grupos de investigadores são unânimes ao reconhecer que a ansiedade se intensifica dependendo da forma como o familiar da pessoa submetida a cirurgia compreende a cirurgia.

Neste sentido, e na linha do referido por Ivancko (2004), a sala de espera é um local indicado para dar orientações e suporte, fazer o devido acolhimento e esclarecer dúvidas

e questões no sentido de minimizar a ansiedade e o medo da família da pessoa submetida a cirurgia. O enfermeiro tem, por isso, aqui um papel essencial. É a figura mais apropriada para fornecer informações aos familiares devendo, para tal, utilizar uma linguagem clara, simples e adequada que permita um melhor entendimento da doença e/ou da cirurgia (Alcantara *et al.*, 2013).

Nesta linha, e tal como referem Tenani e Pinto (2007), a enfermagem tem um papel muito importante nas informações sobre o processo cirúrgico no que diz respeito ao doente e aos seus familiares, pois estas permitem encarar a situação com mais tranquilidade. Belluomine e Tanaka (2003) referem inclusivamente que este profissional está capacitado para contribuir para uma melhor gestão do medo, angústia e insegurança que a pessoa que irá ser submetida a cirurgia, bem como a sua família possam sentir através de uma assistência individualizada e diferenciada.

Com efeito, o enfermeiro – através de uma preparação pré-operatória eficaz, cujo objetivo é minimizar os estados emocionais negativos – adquire uma relevância particular na medida em que precisa atender à inter-relação dos domínios biológico, psicológico, sociocultural e espiritual do indivíduo (Barbosa e Radomile, 2006; Chistóforo, Zagonel e Carvalho, 2006).

A avaliação pré-operatória deve, portanto, iniciar-se pelo contacto entre o enfermeiro/doente e ser contínua ao longo de todo o processo cirúrgico. Deve corresponder a uma avaliação holística e que reflita as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais do doente, de forma a uniformizar procedimentos ou a instituir protocolos de atuação (Marcolino *et al.*, 2007).

Ferrito (2014) refere que a cirurgia se organiza em três momentos, sendo que a avaliação referida anteriormente tem lugar na primeira etapa do processo cirúrgico:

1. A fase do pré-operatório que tem início quando é tomada a decisão de realização da cirurgia pelo médico e pelo doente. Tem duração variável, consoante o tipo de cirurgia em causa. Durante este período, os enfermeiros prestam essencialmente suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos. Termina quando o doente é transferido para o Bloco Operatório, dando início à fase seguinte;

2. A fase do intraoperatório passa-se entre a chegada do doente ao Bloco Operatório, mais propriamente à sala operatória, e a saída desta para a unidade de recobro. É o período de monitorização, anestesia e cirurgia, durante o qual o enfermeiro intervém na segurança do doente, na facilitação do procedimento, na prevenção de infeção e na satisfação das necessidades fisiológicas em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica;

3. A fase do pós-operatório ocorre entre a admissão do doente na unidade de recobro e a sua recuperação da cirurgia. Imediatamente após a cirurgia, os cuidados de

enfermagem dizem respeito à manutenção dos sistemas fisiológicos. Posteriormente, as intervenções de enfermagem focam-se no ensino de competências ao doente e família, tais como a preparação para a alta médica.

Em todos estes momentos, a sensibilidade e a capacidade de interpretação do enfermeiro são fundamentais, uma vez que lhe permitem estabelecer com o doente uma efetiva relação de ajuda. Sendo capaz de se posicionar na situação singular do outro e tendo a capacidade de se descentrar e intervir de maneira inovadora, criativa e adequada às necessidades do doente, o enfermeiro contribui significativamente para a promoção do bem-estar do doente e sua família. Dito de outro modo, ao enfermeiro cabe considerar a pessoa na sua totalidade e na sua situação singular, na medida em que cada pessoa vive a sua situação de doença de uma maneira única, podendo afetar não só a dimensão física, como a familiar, social, emocional e/ou espiritual. Sendo assim, a relação interpessoal que se estabelece entre o profissional e o beneficiário de cuidados é o que concretiza a essência da prática de cuidar – o que vai muito além dos conhecimentos científicos globais do enfermeiro (Hesbeen, 2001).

Assim sendo, no sentido de minimizar estes estados emocionais e facilitar os processos de transição, o enfermeiro deve (1) empenhar-se na promoção, construção e desenvolvimento do seu saber, alicerçado num corpo de conhecimentos e competências técnicas, científicas, humanas e relacionais, (2) desenvolver uma forte consciência ética, (3) estabelecer uma relação de ajuda e de empatia, (4) identificar os potenciais problemas e angústias, (5) planejar intervenções adequadas às necessidades e (6) promover capacidade de reflexão, decisão e ação no processo de cuidar, visando a satisfação das necessidades do indivíduos e sua família (Santos, Henckmeier e Benedet, 2011).

Importa referir que em Portugal, até à década de 80, as cirurgias eram efetuadas num local contíguo às enfermarias e assentavam essencialmente num modelo biomédico centrado no processo cirúrgico, nomeadamente na intervenção cirúrgica. Somente mais tarde, por volta dos anos 90, com a influência de vários países europeus e organizações como a *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*, a *European Operating Room Nurses Association (EORNA)* e, posteriormente, a Associação de Enfermagem de Sala de Operações Portuguesas (AESOP), se registou uma evolução significativa em que foi identificada a necessidade de se mudar o foco de cuidados de enfermagem prestados no Bloco Operatório.

Estas alterações sugerem que a Enfermagem vive, hoje, um momento de transformação e, simultaneamente, de afirmação na sociedade portuguesa. Observam-se novas necessidades de cuidados e novas expectativas relativamente aos serviços de saúde que, aliadas às alterações no sistema da assistência à saúde, têm conduzido ao aumento das responsabilidades profissionais do enfermeiro e à afirmação do seu papel na

sociedade. Com efeito, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício profissional em todas as suas tarefas. Para tal, tem o dever de: (1) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; (2) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; (3) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; (4) assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados; (5) garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos; e (6) abster-se de exercer funções sob influência de substâncias suscetíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.

Para além disso, o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, tem o dever de: (1) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; e (2) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Código Deontológico dos Enfermeiros, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Em contexto perioperatório estas competências são tanto ou mais importantes uma vez que a cirurgia representa um evento que pode provocar alterações profundas na vida de cada indivíduo e tem, por isso, importantes implicações no seu bem-estar e saúde. A cirurgia, seja ou não programada, surge na vida do indivíduo como um fator desfavorável, provocando desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e sociofamiliares. Fernandes e Venâncio (2004) sugerem que a hospitalização e, muito particularmente, a experiência cirúrgica, surgem na vida da pessoa como um evento adverso, negativo. Acresce ainda o facto de afetar os padrões basilares da vida ao nível individual e familiar, produzindo mudanças que se manifestam nos papéis, nas relações, nas identidades, nas competências e capacidades e ainda nos padrões do comportamento. Neste sentido, o período perioperatório associa-se a uma diversidade de sentimentos que se podem traduzir em incapacidade para retomar as rotinas de vida prévias, medo de alteração da imagem corporal, dor, sensação de culpa, invalidez e até morte (Oliveira, 2015).

1.1. Bloco Operatório como unidade de cuidados

A intervenção do enfermeiro no Bloco Operatório deve ser planeada, executada e avaliada com foco no doente, isto é, “é por ele e para ele que o trabalho no Bloco Operatório passa a ser feito” (AESOP, 2006, p. 6). Este modelo de enfermagem centrado no doente foi construído por peritos na área do perioperatório, designando-o “*Perioperative Patient Focused Model*” e sugere que o domínio de atuação central é o doente e envolve quatro áreas: a segurança do doente, as respostas fisiológicas, as respostas comportamentais e o próprio sistema de saúde que inclui o ambiente, os equipamentos e a equipa (Rothrock e Smith, 2000).

Neste sentido, é possível considerar que a missão do enfermeiro perioperatório consiste em “garantir e disponibilizar (...) cuidados de enfermagem específicos e de qualidade” nas dimensões: científica, técnica e relacional, ou seja, em três dimensões do saber, designadamente, o saber-fazer, o saber-ser e o saber-estar da especificidade perioperatória, a qual não se limita ao momento cirúrgico, mas que atravessa transversalmente a fase pré, intra e pós-operatória da experiência anestésica e cirúrgica do doente (AESOP, 2006, p.8).

Ora, tratando-se o Bloco Operatório de um espaço de alta complexidade técnica e de gestão uma vez que neste espaço se executam procedimentos anestésicos e cirúrgicos complexos, o enfermeiro perioperatório surge como enfermeiro integrado numa equipa multidisciplinar que visa cuidar o doente na sua globalidade, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados nos períodos pré, intra e pós-operatório, no domínio aprofundado da sua área de conhecimento. O Bloco Operatório diz respeito a um serviço que disponibiliza um elevado número de elementos destinado às práticas cirúrgicas e anestésicas, priorizando assistência de qualidade ao ser humano (AESOP, 2006).

A AESOP (2006) assinala também que o Bloco Operatório tem, de algum modo, um carácter algo ambivalente, ou seja, se por um lado é visto como um local de esperança onde se vai recuperar a saúde, por outro lado é encarado como um local em que a dor e o sofrimento muitas vezes estão presentes. É atualmente o local de prestação de cuidados mais dispendioso de um hospital, quer pela tecnologia existente, quer pela diferenciação das cirurgias, pela especialização dos intervenientes ou pela situação clínica do doente que exige diferentes abordagens e técnicas especializadas.

Segundo o *American Institute of Architects* (2010), o Bloco Operatório deverá ter um trabalho previamente definido e regulamentado, onde esteja planeado e organizado todo o processo de fluxo interno e externo de materiais e equipamentos (ex., circuitos de transporte, higienização e armazenamento) de doentes e de profissionais de saúde.

Contudo, não se pode falar de bloco operatório sem o inserir num contexto hospitalar e numa política organizacional específica, que regula todo o seu funcionamento e objetivos. Neste sentido, podemos observar neste tipo de unidade a existência de uma equipa multidisciplinar e o envolvimento de vários departamentos e serviços hospitalares que direta ou indiretamente participam diariamente na atividade cirúrgica. O trabalho no Bloco Operatório divide-se em cirurgias programadas, urgentes e/ou emergentes, com ou sem necessidade de internamento.

Em termos físicos, um Bloco Operatório é constituído por várias salas cirúrgicas, isto é, unidades destinadas à realização das intervenções cirúrgicas. Estas salas de operações são parte integrante de uma “suite cirúrgica”, juntamente com a área de lavagem e desinfeção das mãos, salas de apoio e sala de indução anestésica. Por sua vez, a sala cirúrgica ou sala operatória corresponde a uma sala equipada que permite a execução de intervenções cirúrgicas e de exames que requeiram anestesia geral ou loco/regional e elevado nível de assepsia (Martins e Duarte, 2014).

Assim, o Bloco Operatório encontra-se dividido em três áreas: área livre, área semi-restrita e área restrita, sendo que em cada uma delas se realizam atividades específicas (ACSS, 2011) que têm também como finalidade promover os fluxos de circulação ou controlo de tráfico de e para o bloco operatório. As definições claras destes fluxos protegem os profissionais, doentes e materiais de potenciais fontes de contaminação cruzada (AORN, 2012).

Em qualquer uma das áreas e em qualquer um dos momentos deve procurar-se a garantia de uma assistência de qualidade ao doente, sendo que as equipas de enfermagem e de saúde são responsáveis pelo cuidado perioperatório, desde a receção do doente no pré-operatório, passando pelo intraoperatório, até à recuperação anestésica no pós-operatório.

Atendendo a que por vezes o Bloco Operatório é visto como um espaço “assustador” por estar associado ao facto de o indivíduo perder a consciência e colocar a hipótese de “não acordar depois da operação”, cabe ao enfermeiro procurar desmistificar esta ideia e cuidar não apenas da pessoa submetida a cirurgia, como também da sua família (Oliveira, 2019).

Tal como referem Fernandes e Venâncio (2004), a entrada no Bloco Operatório representa frequentemente uma ameaça à pessoa, o que leva a alterações nos seus hábitos de vida. Neste sentido, a AESOP (2006) refere ainda que o Bloco Operatório é frequentemente visto como um local rodeado de um certo misticismo pois diz respeito a um serviço “fechado”. Esta característica contribui para que as pessoas desenvolvam sentimentos de receio - não só pelo facto de se tratar de um espaço físico desconhecido para muitos, como também por tudo aquilo que se irá passar de seguida, à porta fechada.

Estes aspetos conduzem a situações/sentimentos de medo, incerteza e angústia, quer para a pessoa que irá ser submetida a cirurgia, quer para o seu familiar.

Com efeito, a pessoa que irá ser submetida a cirurgia tende a sentir medo e alguma insegurança, levando consigo para a cirurgia problemas que lhe são próprios e muito específicos. Trata-se de um ser único que merece todo o respeito por parte dos profissionais de saúde e um atendimento individualizado e específico prestando cuidados de enfermagem em duas vertentes: a que se orienta para a parte do tratamento médico-cirúrgico, através do conhecimento científico, da técnica e seus procedimentos; e uma outra que diz respeito à sensibilidade ou à capacidade de cuidar do doente e família (Souza *et al.*, 2005).

Esta última vertente é de facto fundamental na enfermagem, havendo inclusivamente alguns aspetos intrínsecos desta profissão que a distinguem das restantes em termos da qualidade e valor da prestação de cuidados ao doente/família, tais como: a forma de cuidar, a sensibilidade, a intuição, a disponibilidade, a participação, a interação, a autenticidade, o envolvimento, a partilha, o respeito, a presença, a empatia, a compreensão, a confiança mútua, o gesto delicado, o silêncio, a comunicação, o calor humano, entre muitos outros (Souza *et al.*, 2005).

A investigação evidencia inclusivamente que o facto de os enfermeiros passarem a ter os seus cuidados centrados no doente e na família, em vez de nas técnicas anestésicas e cirúrgicas, contribuiu para melhorar os cuidados de enfermagem perioperatórios (Chambel e Cabrita, 2011).

É, portanto, claro que o fulcro da prática da enfermagem é a interacção pessoal e esta é sem dúvida fundamental para a recuperação e manutenção da saúde e para maximizar o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades. O cuidar no Bloco Operatório assume como prioridade o doente perioperatório, mas a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Isto porque a prática e a investigação sobre o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga a considerar-se o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. O enfermeiro, na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade deve procurar envolver as pessoas significativas do doente no processo de cuidados e minimizar o impacto negativo que as mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde podem causar (OE, 2012).

1.1.1. Enfermagem Perioperatória

A enfermagem tem apresentado trajetórias de evolução significativas enquanto campo de formação académica e enquanto campo profissional o que tem claramente contribuído para a dignificação do exercício profissional e para a crescente qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

Esta evolução reflete-se num desempenho profissional cada vez mais complexo, especializado e exigente, cuja finalidade é atingir a excelência dos cuidados prestados. Esta procura pela excelência deve ser, no entender de Fontes (2009), uma constante em cada ato profissional e só alcançável através do aperfeiçoamento profissional e do desenvolvimento de competências.

Neste sentido, a enfermagem, tratando-se de uma profissão que compreende atividades muito stressantes executadas num ambiente em que as pessoas estão doentes ou debilitadas, exige também ela muita dedicação por parte dos profissionais (Fontes, 2009).

Tal como é referido por Monteiro (2014), os cuidados de enfermagem visam a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa. Assim, o enfermeiro pretende, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, proporcionar a satisfação das necessidades humanas e a máxima independência na realização das atividades da vida, possibilitar a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, muitas vezes através de processos de aprendizagem da pessoa. Relativamente à tomada de decisão que orienta o seu exercício profissional autónomo, o enfermeiro deve utilizar uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa ou do grupo (família e comunidade) e implementando as intervenções de enfermagem adequadas para a prevenção riscos, deteção precoce de potenciais problemas e resolução ou minimização dos problemas reais identificados.

Assim sendo, o enfermeiro deve incorporar na sua prática diária os resultados da investigação e, no que diz respeito às atitudes que determinam o seu exercício profissional, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões, assim como todos os demais previstos no código deontológico, são os que contribuem para uma boa prática de enfermagem. Nesta perspetiva, os enfermeiros devem ser capazes de reconhecer que a qualidade dos cuidados tem diferentes significados para cada indivíduo, logo, o seu exercício profissional exige sensibilidade para lidar com estas diferenças no sentido de se promover a satisfação dos doentes/famílias (OE, 2012).

Relativamente à enfermagem perioperatória, a grande revolução na sua prática deu-se nos anos noventa do séx. XX como consequência da necessidade de identificar os problemas e as necessidades do doente que viria a ser submetido a cirurgia. Esta necessidade levou a que o enfermeiro fosse ao encontro do doente, antes da cirurgia, com o objetivo de o conhecer, iniciando um processo de relação que só termina com a visita pós-operatória para a avaliação dos cuidados (AESOP, 2006).

A este propósito importa referir a teoria de Peplau sobre o Relacionamento Interpessoal em Enfermagem. Esta perspetiva teórica descreve o tipo de relações entre o enfermeiro, o doente e o familiar (Peplau, 1993, in Monteiro e Pagliuca, 2008) e postula que a relação enfermeiro-doente corresponde, na base, a uma relação humana entre uma pessoa que necessita de cuidados de saúde e um profissional com formação especializada para reconhecer e responder às necessidades de ajuda. De uma forma mais alargada, esta teoria é também extensível à família do doente.

A reforçar esta ideia, Hesbeen (2001) refere que os cuidados de enfermagem implicam uma atenção particular prestada ao doente e aos seus familiares, utilizando para tal as competências e qualidades que distinguem os profissionais de enfermagem dos restantes profissionais de saúde.

Assim sendo, a enfermagem deve ter a preocupação de prestar cuidados não apenas ao indivíduo, como ser único, mas também à família e à comunidade na qual o indivíduo se insere, pois é esse ambiente que o envolve e com o qual interage regularmente.

No que diz respeito à enfermagem perioperatória em particular importa referir que, do ponto de vista histórico, data do início do século XX a necessidade de recorrer a alguém, não médico, com conhecimentos e destreza técnica em matérias e procedimentos necessários às cirurgias para colaborar no ato cirúrgico (AESOP, 2006).

Neste seguimento, pode dizer-se que a enfermagem perioperatória teve início nos Estados Unidos com a introdução, nos currículos académicos dos enfermeiros, de conteúdos relativos às salas de operações. Foi, assim, durante o ano de 1949 que as enfermeiras chefes dos blocos operatórios se reuniram com o objetivo de salvaguardar a prestação de cuidados ao doente cirúrgico e afirmarem as suas competências nessa área. Surgiu deste modo a *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN).

Em Portugal, funda-se em 1986 a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP).

Entretanto, em 1969 surge a primeira definição de enfermagem perioperatória apresentando-a como o conjunto de atividades de enfermagem desempenhadas pelo enfermeiro durante os períodos pré, intra e pós-operatório da experiência cirúrgica do

doente. A AORN enfatizou o enfermeiro na sala de operações como o profissional responsável pela identificação de necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa e pela definição e implementação de um plano individualizado de intervenção com base no conhecimento das ciências naturais e do comportamento, com o objetivo de manter a saúde e bem-estar do doente antes, durante e após a cirurgia (AORN, 2012).

Por sua vez, a AESOP define a enfermagem perioperatória como o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado (AESOP, 2012).

A enfermagem perioperatória apresenta, assim, uma abordagem holística multidisciplinar na medida em que se preocupa em proporcionar um ambiente seguro, proteger o doente de eventos adversos, obter resultados positivos, promover o conhecimento e as competências dos membros da equipa multidisciplinar e respeitar a dignidade de todas as pessoas, independentemente da sua origem e cultura (Hamlin *et al.*, 2009).

Em 2009, Spry identifica as seguintes atividades como funções do enfermeiro perioperatório:

1. Avaliar o doente antes, durante e depois da cirurgia;
2. Realizar ensinamentos ao doente e família;
3. Ser “advogado” (*advocacy*) do doente;
4. Instrumentar ou circular durante o procedimento cirúrgico;
5. Controlar o ambiente;
6. Efetuar uma previsão eficiente dos recursos;
7. Coordenar as atividades relacionadas com os cuidados ao doente;
8. Comunicar e colaborar com os outros membros da equipa;
9. Manter a assepsia;
10. Efetuar a contínua monitorização física e psicológica dos doentes;
11. Supervisionar o trabalho desenvolvido pelos assistentes operacionais.

No mesmo alinhamento, Ferrito (2014) refere que o enfermeiro perioperatório é responsável por todas as atividades e intervenções relacionadas com o doente no Bloco Operatório e que para isso necessita de aplicar o conhecimento científico e as suas competências específicas em todas as fases do perioperatório - desde o acolhimento e ensino ao doente e família, até ao planeamento e implementação das intervenções de suporte, passando pelos procedimentos pré e pós-cirúrgicos e anestésicos, até à sua

preparação para a transferência ou alta. Além disso, aos cuidados no âmbito da instrumentação, circulação e anestesia, acrescem ainda várias funções noutras áreas, tais como a gestão e liderança, educação, investigação e *advocacy* (Spry, 2009). Relativamente à atividade de *advocacy*, o enfermeiro perioperatório informa e apoia o doente de modo a que este possa tomar a melhor decisão possível para si próprio e, ao fazê-lo contribui para a salvaguarda dos direitos do doente - mesmo quando este esteja inconsciente ou muito debilitado (Ferrito, 2014).

A *European Operating Room Nurses Association* (EORNA, 2009) desenvolveu um quadro de referência para o desenvolvimento de competências do enfermeiro perioperatório que aborda cinco principais domínios de competência: prática profissional, ética e legal; cuidados de enfermagem e prática perioperatória; relações interpessoais e comunicação; capacidades organizativas, de gestão e liderança; e educação e desenvolvimento profissional.

No entender de Vieira (2017), o enfermeiro exerce a sua profissão com base em conhecimentos científicos e tecnológicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar da população e promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo para isso manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos (Artigo 97.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Através da formação permanente e aprofundada nas ciências humanas, o enfermeiro deve garantir a qualidade dos cuidados e possibilitar o cumprimento dos direitos dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade. Para além disso, é também essencial compreender o cuidado como um momento de construção, através do encontro entre sujeitos - o pessoal de enfermagem que trabalha no Centro Cirúrgico e os doentes (Salbego *et al.*, 2018).

Neste sentido, a equipa de enfermagem perioperatória deve reconhecer e definir a assistência de enfermagem mais adequada ao doente, durante o período do pré, intra e pós-operatório, para além de procurar estar sempre presente, transmitir-lhe confiança e segurança, diminuindo a sua ansiedade e angústia, através da relação estabelecida entre ambos. Collière em 1999 (p. 155) referia que cuidar é “aprender a ter em conta os dois 'parceiros' dos cuidados: o que trata e o que é tratado” e que ao longo da existência do Homem o cuidar é algo inerente à própria vida. Dito de outro modo, no entender do autor, cuidar é um ato individual que cada pessoa presta a si própria desde que desenvolve capacidade de autonomia e, simultaneamente, é um ato de reciprocidade que somos levados a prestar às pessoas que, temporariamente ou definitivamente, têm necessidade de ajuda para satisfazer as suas necessidades vitais.

Considerando que a enfermagem perioperatória representa o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes utilizadas pelo enfermeiro quando cuida numa sala de operações, importa dar visibilidade a esses instrumentos do cuidar, os quais

correspondem ao saber, ao saber fazer e ao saber ser ou estar da especificidade perioperatória e, por isso mesmo, dão uma outra dimensão ao cuidar. Esta nova dimensão não se limita ao momento cirúrgico uma vez que é transversal à fase pré, intra e pós operatória da experiência anestésica e cirúrgica do doente.

Neste sentido, o saber “ser” no bloco operatório implica, por parte do enfermeiro perioperatório, consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa para integração numa equipa de saúde multidisciplinar, rigor profissional e atualização teórica e prática contínuas, autodomínio, destreza, resposta rápida a emergências e controlo de stress (Pinheiro, 2007). Na opinião de Benner (2001), cuidar é o ideal moral da enfermagem cujo fim é a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana. A enfermagem é, por isso, uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado.

2. Cuidar da família da pessoa submetida a cirurgia

Na conceptualização da enfermagem e na respetiva prestação de cuidados, é dado ênfase ao cuidar e às suas dimensões. O cuidar em enfermagem consiste na essência da profissão e integra duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos e uma subjetiva, que se baseia na sensibilidade, na criatividade e na intuição para cuidar de outro indivíduo (Souza *et al.*, 2005).

Sendo a enfermagem uma profissão ao serviço dos outros, tal coloca-a num lugar privilegiado em relação a qualquer outro profissional na área da saúde. Apresenta uma filosofia e conceitos próprios: (1) o Humanismo, referindo-se ao valor do ser humano, na sua unicidade, significado e finalidade da vida humana e (2) o Holismo, assentando no estudo da pessoa como um todo, como um conjunto de sistemas complexos (OE, 2012).

Deste modo, o quadro conceptual definido pela OE tem não apenas subjacente os padrões de qualidade da enfermagem, como também a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, afirmando a enfermagem como uma ciência, uma arte e uma profissão (OE, 2012).

Nesta linha de pensamento, Souza *et al.* (2005) referem ainda que o cuidar implica a capacidade de se colocar no lugar do outro, quer na dimensão pessoal, quer na social e em situações diversas. Cuidar de outro ser humano é, portanto, aceitar, compreender e ajudar o indivíduo e sua família, independentemente do seu contexto social, religioso ou cultural.

Atualmente, num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, a prática profissional centrada na família implica a adoção de um modelo integral no qual os

problemas individuais são vistos no âmbito do quadro familiar e social que o rodeia e na participação de todas as pessoas implicadas no processo de prestação de cuidados (Araújo e Santos, 2012). A qualidade destes cuidados é, por isso, influenciada pelas atitudes dos enfermeiros, bem como de outros profissionais de saúde e está estritamente relacionada com a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem.

De facto, muito se tem redigido sobre esta abrangência do cuidar em enfermagem e sobre a necessidade do cuidado se apoiar na relação enfermeiro-doente, através da formação crescente do profissional, a fim de atingir a humanização do cuidado. Contudo, na prática ainda se assiste ao descurar destas questões de suporte à família do doente por parte dos profissionais de saúde, sobretudo neste tipo de unidades onde o acesso dos familiares é escasso ou mesmo interdito. É, por isso, essencial perceber o impacto da doença na família do doente e compreender as dificuldades e as emoções pelas quais esta/este passa para melhor os podermos ajudar. Ou seja, é fundamental que o enfermeiro perceba o modo como a família se comporta perante a doença/tratamento do seu ente querido para que melhor possa adequar o seu desempenho profissional.

É, portanto, fundamental que os profissionais demonstrem competência teórica e prática. Dito de outro modo, o enfermeiro deve evidenciar competências não só no que diz respeito ao modelo biomédico, como também nas áreas da comunicação/relação e informação (AESOP, 2006).

Para que estas últimas competências sejam eficientes, é importante capacitar o enfermeiro para estabelecer uma comunicação perioperatoria eficaz com o doente/família e equipa cirúrgica (AESOP, 2006).

Com efeito, a comunicação em enfermagem é bastante importante para se estabelecer a relação de ajuda com o doente. O sucesso da relação de enfermagem com o doente/familiar depende muito do conhecimento que os enfermeiros têm sobre aspetos que estão relacionados com o fator da comunicação, dependendo também ela da forma como foi estabelecida a comunicação num primeiro contacto e como influenciou o comportamento dos vários intervenientes (Carregoso, 2014). A disponibilidade e amabilidade com que o doente/família é acolhido no Bloco Operatório reflete muito sobre a humanização da qualidade dos cuidados em enfermagem, onde a comunicação (verbal e não verbal) estabelecida é sem dúvida a principal chave na relação de ajuda (Phaneuf, 2005).

Tal como refere Oliveira (2019), o cuidar faz parte da enfermagem e sendo o seu objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, é fundamental que os enfermeiros sejam capazes de diminuir a ansiedade e falta de informação relativamente à cirurgia quer no que diz respeito ao doente, quer no que concerne à família.

Por sua vez, Monteiro (2014) salienta que antes, durante e após a cirurgia, o doente e sua família constituem seres vulneráveis, física e emocionalmente desprotegidos, pelo que os enfermeiros— sendo responsáveis por minimizar e evitar riscos — devem fazer uso da prudência, precaução, prevenção e vigilância no sentido de prestar os melhores cuidados ao doente/família e satisfazer as suas necessidades.

De facto, a pessoa que escolhe e aceita ser submetida a uma cirurgia confronta-se com a incerteza e o risco, não só decorrentes do seu estado de saúde, mas também da dependência do profissionalismo dos técnicos de saúde. Neste sentido, a anestesia e a cirurgia implicam uma entrega de si próprio à ação dos profissionais, pelo que a confiança se torna o alicerce da relação entre a pessoa e os profissionais de saúde. No caso da família da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico, a investigação tem demonstrado que estes processos podem afetar o equilíbrio familiar devido às alterações com que a família tem de lidar, constituindo muitas vezes uma sobrecarga de stress que podem conduzir a uma situação de crise (Monteiro, 2014).

Com frequência a família da pessoa submetida a cirurgia aguarda horas a fio por informação sobre o seu familiar/amigo, manifestando preocupação, ansiedade e incerteza. De acordo com Ferraro (2000, p.7) podemos considerar que o indivíduo com incerteza é um indivíduo vulnerável uma vez que a vulnerabilidade diz respeito à “impossibilidade de responder com os seus próprios recursos a uma dada situação que saia da normalidade e que pode resultar em danos para o indivíduo”.

Na mesma linha de pensamento, Allgood e Tomey (2004) referem que a investigação tem demonstrado que indicadores objetivos ou subjetivos dos sintomas de gravidade de ameaça à vida e/ou situações de doença estão positivamente associados à incerteza e que a incerteza tem um impacto negativo no funcionamento psicológico, na qualidade de vida, na satisfação com as relações familiares e inclusivamente na satisfação com os serviços/cuidados de saúde.

Neste sentido, os estudos de Mishel e Clayton (2008) sobre as incertezas no processo saúde/doença têm demonstrado que os estímulos inerentes à doença provocam reações no indivíduo, pelo que a Teoria da incerteza procura explicar estas reações em quatro etapas: a primeira refere-se aos antecedentes que geram a incerteza; a segunda à apreciação da incerteza como ameaça ou oportunidade; a terceira às estratégias de *coping* adotadas para reduzir a incerteza avaliada como uma ameaça ou para manter a incerteza avaliada como uma oportunidade e, por fim, a quarta etapa diz respeito ao estado de adaptação que resulta das estratégias de *coping* adotadas.

Em qualquer uma destas etapas é fundamental que o enfermeiro cuide, não apenas do doente, mas também da sua família de forma a minimizar as dificuldades sentidas pela unidade familiar.

2.1. O conceito de família

O ser humano é, na sua natureza, um ser sociável, membro de uma família e de uma comunidade. A necessidade de socialização do indivíduo é-lhe intrínseca, vive em comunidade e integra-se num contexto social e familiar que o influencia e o acompanha em todas as fases da sua vida, desde o seu nascimento até à morte. Ora, a situação não se altera, quando o doente se encontra sujeito à necessidade de ser intervencionado cirurgicamente.

No Modelo de Sistemas de Neuman, enquanto sistema, o doente pode ser definido como pessoa, família, grupo ou comunidade. No entanto, em contexto de Enfermagem, o doente é o alvo da atividade profissional do enfermeiro; é o seu beneficiário imediato e o seu objeto de estudo, sendo que o objetivo major da Enfermagem é ajudar as pessoas a conquistar um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma (George, 2000; Watson, 2002).

Neste sentido, da mesma forma que se procura entender o doente como parte integrante de uma família/comunidade/contexto social, também a família não pode ser vista de forma descontextualizada. O conceito de família tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, quer do ponto de vista da sua constituição, dos laços que se estabelecem ou dos papéis desempenhados por cada um dos seus membros, estando permeável às oscilações socioculturais e políticas ao seu redor.

Do ponto de vista etimológico, o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual, ou adoção. Ao invés disso, Hennessy e Gladin (2006) sugerem que qualquer grupo cujas ligações se baseiem na confiança e no suporte mútuo e tenham um destino comum, deve ser encarado como família.

Nesta linha, a família é também o contexto privilegiado de promoção da saúde e redução da doença no qual, desde que nascem, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos de saúde (Hennessy e Gladin, 2006).

Para além disso, e reconhecendo as mudanças na nossa sociedade no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, a família ocupa o principal papel de cuidador em situações de doença e constitui também a principal fonte de suporte socio-emocional do indivíduo, sendo a ela também atribuído o papel de amortecedor do impacto das transformações sociais. No entender de Carvalho, Francisco e Relvas (2015), a família é como um sistema, um todo, uma globalidade que só pode ser corretamente compreendida numa perspetiva holística. Trata-se de um sistema que sofreu uma evolução ao longo do tempo, ultrapassando várias etapas, tendo como funções primordiais o desenvolvimento e proteção dos seus membros, bem como a socialização dos mesmos. Com efeito, as

transformações na sociedade implicaram mudanças significativas na organização familiar, dando origem a novas estruturas familiares.

Neste sentido, a família - enquanto lugar de partilha de afetos, de cuidados e de responsabilidades - está intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros e representa uma importante fonte de suporte à pessoa doente hospitalizada (Carvalho *et al.*, 2015).

Não sendo simples definir o conceito de família de modo absoluto, preciso e universal, é necessário compreender que cada família é única e que cada uma delas desenvolve estratégias específicas para lidar com as situações de stress. De facto, quando uma família é capaz de suportar os períodos de tensão, preservando a identidade do sistema e respeitando as diferenças individuais dos seus membros, considera-se uma família funcional (Carvalho *et al.*, 2003). Nas famílias funcionais, os papéis estão muito bem definidos, ou seja, quando surgem problemas estes são discutidos e resolvidos no momento certo. Por sua vez, nas famílias disfuncionais, os problemas não se debatem, as regras confundem-se com mitos, como por exemplo: "na minha família ninguém se zanga"; "os homens não choram"; "somos todos felizes".

Neste sentido, quando os especialistas querem perceber como se comporta a família em termos de funcionalidade, tentam perceber a existência de alianças e/ou coligações entre os seus membros. Uma família estruturada, por norma, exprime uma liderança democrática em que inclui as crianças, com harmonia nos papéis e nas regras familiares. O mesmo já não se verifica nas famílias rígidas em que um dos membros controla a dinâmica familiar, impondo uma rigidez de papéis e uma inflexibilidade nas regras. Nas famílias caóticas, os papéis não estão definidos, há troca frequente de papéis entre os seus membros e o uso de alguma impulsividade nas tomadas de decisão (Carvalho *et al.*, 2003).

Também Alarcão (2006) define a família como sendo a principal entidade de desenvolvimento pessoal, que possibilita o crescimento e autonomização dos seus membros bem como a criação de um sentimento de pertença. Afirma, ainda, que a mesma representa um grupo de pessoas unidas com o objetivo comum de crescimento e desenvolvimento dos seus membros. Por sua vez, Figueiredo (2009) sugere que a família se caracteriza essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Trata-se, portanto, de um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interação com o exterior e com funções sociais definidas. O mesmo autor refere também que o conceito de família ultrapassa as questões da consanguinidade e da coabitação, enfatizando a criação de laços afetivos, expressa nas relações pessoais e duradouras entre os seus membros. Esta

relação afetiva é, aliás, considerada central no processo de construção da identidade da pessoa, ajudando a realização pessoal no sentido da promoção da maturidade.

Constatamos, portanto, que não existe uma definição ou um conceito único de família, verificando-se que o mesmo tem vindo a sofrer alterações e transformações ao longo dos tempos. Trata-se de um sistema complexo de relações interpessoais, sujeito a constantes mudanças, sobretudo ao nível da sua configuração, o que não altera em nada o seu valor e importância, uma vez ser ela, quase sempre, o apoio incondicional à pessoa a vivenciar a situação de doença. Deste modo, e tal como foi referido anteriormente, existem hoje uma série de configurações familiares decorrentes das diversas alterações que acompanham todo o desenvolvimento social, cultural e económico das sociedades. Assim, existem atualmente cada vez mais famílias nucleares e monoparentais, no entanto estas continuam a representar um apoio fundamental para o indivíduo doente/submetido a cirurgia (Rodrigues, 2013).

Nas múltiplas definições atribuídas ao termo, pode constatar-se que há nelas pontos comuns que definem a família, tais como: uma instituição com valores e características próprias; um sistema de relações interdependentes, com funções de manutenção, proteção e sobrevivência. Interessa, por isso, salientar que todo este sistema de valores, expresso por crenças, valores éticos, culturais, sociais e comportamentais, pode influenciar a forma como se desenvolvem os processos de saúde/doença (Rodrigues, 2013).

2.2. A intervenção da enfermagem no processo de transição saúde/doença na família

Assim, sendo transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar, a família sofre mudanças importantes e um impacto emocional relevante durante a hospitalização de um dos seus membros. As angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas estão presentes, assim como as incertezas do tratamento e o prognóstico. Como parceira no cuidar, a família poderá ter um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão, para além de que, enquanto recetora de cuidados, a família necessita também de informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, de modo a garantir as melhores condições para lidar com a situação de doença (Rodrigues, 2013).

Reconhecendo que a transição saúde-doença é, por si só, geradora de stress e pode conduzir a alterações emocionais, afetivas, sociais, profissionais, económicas, entre outras, é importante que a pessoa submetida a cirurgia e a sua família sejam capazes

de mobilizar recursos para lidar com ela. Isto porque, tendencialmente, quando um indivíduo se depara com uma situação de stress, à qual não consegue fazer frente ou adaptar-se, entra em desequilíbrio - situação denominada de transição. Neste tipo de transição como é o caso de saúde-doença, perante a passagem de uma condição saudável para uma condição de doença, o ser humano depara-se com mudanças bruscas e intensas que destabilizam o seu todo, gerando sentimentos negativos diante dessa nova situação (Peixoto e Santos, 2009).

A propósito do conceito de transição, importa destacar a proposta de Meleis. Atendendo ao pressuposto de que a palavra transição deriva do latim *transitiónee* e, por isso, representa o ato ou efeito de passar de um lugar, estado ou assunto para outro. Meleis (2010) refere que ao longo da vida a pessoa experiencia várias fases de mudança caracterizadas frequentemente por momentos de instabilidade precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. Meleis (2010) sugerem inclusivamente que a transição é um conceito central para a enfermagem porque o seu objeto é o doente que se encontra a experienciar um processo de transição e, por isso, quando as respostas a este processo são manifestadas através dos comportamentos relacionados com a saúde a transição constitui-se como um fenómeno de interesse para os enfermeiros.

Por sua vez, o conceito de *stress* pode ser entendido como a reação emocional e cognitiva do indivíduo face aos acontecimentos de vida, esperados ou imprevisíveis, do quotidiano, pelo que se incluem não somente os agentes de ordem individual, mas também os acontecimentos inesperados de natureza global – tais como desastres naturais – uma vez que o potencial *stressante* de um evento depende do contexto em que ocorre e dos recursos pessoais de que o indivíduo dispõe para lidar com ele (Amorim, 2009). Tal como refere Davies (1996, p.117):

O carácter mais ou menos *stressante* de um dado acontecimento depende do contexto desenvolvimental em que ocorre, do tipo de acontecimento em causa e do grau de exigência dos recursos psicológicos que suscita. É improvável que os acontecimentos normativos sejam severamente *stressantes* uma vez que as transições a eles associadas seriam já esperadas. (...) Quando um acontecimento ocorre no seu tempo, no quadro de um percurso de vida normal, é de esperar um bom ajustamento.

Pelo contrário, acontecimentos que desafiam a ordem natural das coisas têm potencial para precipitar maior *stress* nos indivíduos por desafiarem os recursos disponíveis para lidar com a mudança (Davies, 1996). O *stress* traduz, assim, o desequilíbrio entre as exigências ambientais e a capacidade de resposta do organismo –

que varia em função do estado psicológico do indivíduo, das condições ambientais e da avaliação que o mesmo faz das situações (Amorim, 2006).

A abordagem clássica ao conceito de *stress* proposta por Lazarus em 1974 rapidamente se destaca ao propor que o *stress* é um termo genérico utilizado para caracterizar os estados em que, face a um acontecimento, as solicitações internas e/ou externas se revelam desajustadas aos recursos dos indivíduos ou do seu sistema social. Nesta definição, tal como é referido por Amorim (2006), é sublinhada pela primeira vez a importância da interpretação individual do significado dos acontecimentos e da avaliação dos recursos disponíveis para lidar com a situação potencialmente desencadeadora de *stress*. Esta proposta teórica revelou-se particularmente útil para compreender como os indivíduos lidam com eventos de vida difíceis – introduzindo desta forma o conceito de *coping* (Fonseca, 2004). Com efeito, os conceitos de *stress* e *coping* estão intrinsecamente ligados e Lazarus (1974) define este último como dizendo respeito aos esforços cognitivos e comportamentais levados a cabo pelo indivíduo com o objectivo de dominar, reduzir ou lidar com as condições geradas por uma situação de *stress*. Segundo o mesmo autor envolve: (1) esforços de resolução de problemas quando as solicitações são relevantes para o seu bem-estar e/ou põem em causa os seus recursos adaptativos e (2) esforços cognitivos e comportamentais empreendidos para lidar com solicitações internas e/ou externas específicas que são avaliadas como excessivas face aos seus recursos adaptativos. Assim, é através de estratégias de *coping* que os indivíduos procuram lidar com situações internas problemáticas e/ou gerir as transações entre elas e o ambiente que se apresentem como desafiantes para o *self*.

Para Lazarus e Folkman (1986), o *coping* diz respeito a um processo através do qual o indivíduo faz uma série de julgamentos acerca dos potenciais efeitos dos eventos no seu bem-estar. Diz respeito aos comportamentos e pensamentos que os indivíduos utilizam para lidar (*to cope*) com exigências percebidas como *stressantes* com o objetivo de se libertarem das consequências negativas do *stress* ou alterarem a situação *stressante* mediante a resolução de problemas. O conceito corresponde, assim, ao modo como as pessoas lidam com as situações *stressantes* e aos esforços empreendidos para gerir as exigências e desafios, internos e externos (Amorim, 2006). Na mesma linha, (Santos, Pais-Ribeiro e Guimarães, 2012) definem *coping* como o conjunto de esforços realizados pelos indivíduos, centrados no problema ou nas emoções, para lidar com uma situação *stressante* independentemente do seu resultado.

O modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1986) sugere, portanto, que o *coping* corresponde aos esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com situações de *stress*. Segundo os autores, o indivíduo experimenta uma sensação emocional desagradável diante de uma situação percebida como *stressante* e adota

estratégias para minimizar o seu desconforto – que dependem, portanto, dos seus recursos internos e externos. A análise que o indivíduo faz depende da percepção que tem acerca da situação em que se encontra, logo, a reação ao *stress* vai depender essencialmente das vivências do sujeito, ou seja, da sua trajetória de vida, do contexto em que está inserido e, particularmente, da sua avaliação da situação.

A investigação mostra que as famílias, ao vivenciarem situações de doença e/ou cirurgia do seu familiar, podem manifestar sentimentos de solidão, isolamento e frustração e que pouca ou nenhuma interação têm com outras pessoas. Sentimentos como raiva, medo, ansiedade e depressão, apresentados pelo doente/família, resultam frequentemente em incapacidade para ultrapassar a situação – pelo menos sem a ajuda de profissionais.

O enfermeiro, na sua prática profissional, interage diariamente não só com o doente que está ao seu cuidado, mas também com os seus familiares, logo, as atitudes destes profissionais para com as famílias são essenciais para a forma como o doente/família lida com a doença.

Como já referido, é de realçar a importância da presença da família da pessoa submetida a cirurgia na promoção da tranquilidade e na estabilidade emocional do indivíduo, na ajuda na adesão terapêutica e no facilitar o processo de transição. Por conseguinte, o contributo dos profissionais de saúde, atentos a estas *nuances* do estado psicológico do doente/família, pode ser fulcral na forma como é encarada esta transição doença-saúde.

De facto, e tal como referiam Fuerst, Wolff e Weitzel em 1977, para que os doentes e suas famílias considerem os enfermeiros como sistemas de suporte efetivos, é essencial que durante a crise tenham possibilidade de encontrar profissionais de enfermagem disponíveis, com conhecimentos e capacidades para os ouvir, encorajar e ensinar.

Assim sendo, o termo informação, etimologicamente, deriva do latim “*informatio*”, “*informatium*”, que traduz a ideia de dar forma a alguma coisa, apresentar, ensinar ou instruir - o que explica que no discurso quotidiano o seu significado se aproxime de conhecimento. A dimensão da informação contribuiu decisivamente para os processos de adaptação e tomada de decisão, nomeadamente nas situações de doença e internamento. A informação pode ser entendida como uma necessidade que o homem apresenta quando vivencia uma situação difícil, em que tem de tomar uma opção sobre um determinado assunto (Roque e Santos, 2008).

O processo de informar é, por isso, uma resposta à satisfação das necessidades humanas com o intuito de estimular cada pessoa a realizar-se com a autonomia possível e a assumir a sua dignidade libertadora. Nesse sentido, informar está inerente a comunicar. Para Phaneuf (2005) a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as

peças. Wright e Leahey (2012) consideram que o foco do estudo da comunicação é a maneira pela qual os indivíduos interagem uns com os outros. Neste sentido, entende-se por comunicação o intercâmbio de informações, o processo pelo qual a pessoa transmite os seus pensamentos, sentimentos e ideias aos outros.

Para a enfermagem, pode dizer-se que a comunicação é uma das principais ferramentas de trabalho, estando presente em todas as ações realizadas com o doente e a sua família, seja para orientar, informar, apoiar ou confortar (Briga, 2010).

No que diz respeito à informação a prestar à família, há autores que realçam a importância de “filtrar” a informação que o profissional de saúde detém. Fonseca e Videira (2003) classificam a informação relevante para a família/doente em dois tipos: informação técnica não dolorosa e informação técnica potencialmente dolorosa.

Roque e Santos (2008) equacionam qual a interpretação da família/indivíduo neste processo, já que a informação sobre cada um, a cada um pertence. A mesma autora refere que o dever de informar o doente ou a família não são aspetos da mesma natureza, ou seja, o dever de informar é ao doente e não à família e não a todos os colegas de equipa.

Devemos, assim, certificar-nos de que a informação facultada à família é conforme a vontade expressa do doente.

Em Portugal é prática usual ocultar a informação, possibilitando a ocultação da verdade. De facto, a informação disponibilizada pelos enfermeiros só tem sentido se corresponder à verdade. Contudo, o termo verdade por vezes associa-se à verdade possível, sinónimo de prudência. Devemos ser prudentes, mas é inaceitável admitirmos a mentira, que dificulta uma relação de confiança com os doentes e família. *Nada transmitir de falso nem nada omitir de verdade*, poderá ser um auxílio para as decisões mais delicadas (Phaneuf, 2005).

A comunicação em enfermagem, como já exposto anteriormente, é bastante importante para se estabelecer a relação de ajuda com o doente/família. O sucesso da relação de enfermagem com o doente ou familiar depende muito do conhecimento que os enfermeiros têm sobre aspetos que estão relacionados com o fator da comunicação, dependendo também ela da forma como foi estabelecida a comunicação num primeiro contacto e como influenciou o comportamento dos vários intervenientes. A disponibilidade e amabilidade com que o doente/família é acolhido no Bloco Operatório reflete muito sobre a humanização da qualidade dos cuidados em enfermagem, onde a comunicação (verbal e não verbal) estabelecida é sem dúvida a principal chave na relação de ajuda (Phaneuf, 2005).

Em resposta às necessidades da família dos doentes evidencia-se como crucial que seja o enfermeiro o principal elo de ligação. É a ele que os familiares delegam a responsabilidade de informação. Quando questionados acerca das expectativas que têm

sobre o enfermeiro, esperam que este satisfaça as suas necessidades de informação para que fiquem mais seguros, confiantes e se sintam, acima de tudo, apoiados (Fidalgo, 2002).

O enfermeiro desempenha, assim, um papel muito importante ao proporcionar ao doente e à família acesso à informação, espaço para que estes possam expressar os seus medos e preocupações, promovendo o restabelecimento emocional. As intervenções de enfermagem a nível familiar devem, portanto, incluir apoio, informação sobre a doença, recursos existentes na comunidade, acompanhamento e esclarecimento de dúvidas (AESOP, 2006).

Com efeito, a comunicação representa a base e o fundamento da relação entre os enfermeiros do perioperatório e a família do doente cirúrgico e é, sem dúvida, uma área em que os profissionais devem investir. Carregoso (2014) refere por isso que estar presente implica mostrar-se por inteiro e dar atenção ao outro e que tal se expressa na forma de ouvir o outro, um ouvir atento e reflexivo, para uma maior compreensão do que se passa com o outro - é uma forma essencial de cuidado.

Pereira (2008, p. 98) afirma que “é imprescindível aos profissionais de saúde serem conhecedores e peritos em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde.” Esta competência é tanto ou mais importante pois a família da pessoa submetida a cirurgia tem necessidade de informação para conseguir compreender o que está a acontecer e participar nas decisões necessárias de forma informada. Além disso, se estiverem devidamente informados e esclarecidos são também uma fonte muito importante de suporte para a pessoa doente (Phaneuf, 2005).

Phaneuf (2005) refere ainda que comunicar consiste não apenas na capacidade de cada um para se exprimir, mas também de permitir ao outro fazê-lo. Neste sentido, para que a comunicação seja verdadeiramente útil para a família é importante que o enfermeiro dê liberdade à pessoa para se “abrir” e expressar as suas necessidades, opiniões, sentimentos, inquietações, dúvidas e emoções.

A este propósito, Higginson *et al.* (2007) sugerem que as necessidades podem ser agrupadas consoante quem as define, estando divididas em quatro categorias:

- Necessidade sentida: aquela que o indivíduo sente e necessita, ou seja, aquela que é sentida na perspetiva da pessoa que a tem;
- Necessidade expressa: o indivíduo diz que precisa, isto é, a necessidade sentida transformada em ação;
- Necessidade normativa: necessidade que é identificada de acordo com uma norma, definida geralmente por especialistas e correspondem ao que os profissionais pensam que o indivíduo necessita;
- Necessidade comparativa: problemas que emergem por comparação com as necessidades noutras áreas ou situações.

Nesta perspetiva, é sem dúvida importante que seja dada oportunidade aos familiares do doente para que consigam verbalizar e manifestar as suas necessidades de esclarecimento, preocupações e pedidos de informação durante o período do intraoperatório (Phaneuf, 2005).

É também importante ter sempre presente que a família sofre vários transtornos durante a hospitalização e/ou intervenção cirúrgica de um dos seus membros, entre eles transtornos emocionais, que por vezes chegam a ser superiores ao do próprio doente. Ao ser estabelecida uma relação de ajuda com a família do doente, através de uma comunicação eficaz, a enfermagem demonstra que está sensível para com os familiares do doente cirúrgico e não apenas com o doente, intervindo e cuidando do “todo” e não apenas de uma das partes do binómio - na procura da excelência da qualidade no cuidar em enfermagem (Phaneuf, 2005).

Nesta linha, de acordo com o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019), a comunicação e as relações interpessoais assumem um papel importante no domínio da prestação e gestão dos cuidados de enfermagem. Neste documento é referido que o enfermeiro tem o papel de estabelecer uma relação terapêutica com o doente e/ou família através das capacidades interpessoais e de uma comunicação adequada, de forma consistente, através de informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do doente. O enfermeiro deve, ainda, adequar a linguagem usada, de modo a que esta seja simples e perceptível pela família e responder às questões, solicitações e problemas da família do doente cirúrgico (no que diz respeito à sua área de competência).

Também o Código Deontológico do Enfermeiro, no que diz respeito à autodeterminação, refere que o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, assim como também atender com responsabilidade e cuidado a todos os pedidos de informação ou explicação feitos pelo doente/família em matéria de cuidados de enfermagem (OE, 2012).

É, por isso, muito importante entender o cuidado também como um momento de escuta, sustentado na comunicação e na relação de ajuda por forma a diminuir a ansiedade vivida pelos familiares do doente submetido a cirurgia. Deve manter-se uma atitude positiva, através do diálogo calmo, ajudando a resolver oportunamente eventuais problemas e necessidades dos familiares de maneira a minimizar o stress e a ansiedade sentida pelos mesmos durante o período em que decorre a cirurgia do seu familiar. Cabe, por isso, ao enfermeiro perioperatório a função de estabelecer com a família do doente uma comunicação precisa e efetiva, o que implica conhecimentos sobre a relação de ajuda e a capacidade de estabelecer uma relação de confiança com os familiares, não só através

do acolhimento, mas também através do respeito, da informação e esclarecimento de dúvidas e questões sobre o doente durante o período do intraoperatório (AESOP, 2006).

Em 2012 a OE divulgou o Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais. Neste documento refere que no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas - família ou comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Desta forma, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro promove uma relação terapêutica caracterizada pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, sendo esta relação desenvolvida e fortalecida ao longo de um processo dinâmico que tem como objetivo ajudar a pessoa a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde. A parceria deve também ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas da pessoa (família/pessoa significativa) (OE, 2012).

Neste mesmo sentido, Mishel e Clayton (2008) referem que a redução da incerteza por parte da família está também relacionada com o suporte dado pelos profissionais de saúde. Assim, a confiança na habilidade dos profissionais em estabelecer um diagnóstico, fornecer as informações necessárias e controlar os sintomas mediante um tratamento adequado contribui para a diminuição das incertezas de doentes e familiares. Do mesmo modo, Bailey e Stewart (2004) destacam a importância do suporte social para enfrentar situações de incerteza. Os autores referem que o suporte social, isto é, o apoio da família, de amigos e de grupos de pessoas que enfrentam circunstâncias semelhantes, se bem fornecido, pode contribuir para a minimização da incerteza e do sofrimento. Também Mishel e Clayton (2008) assinalam que o apoio social exerce um efeito direto sobre a incerteza, uma vez que reduz por parte de quem sofre, a perceção da complexidade do problema. Possui também um efeito indireto devido à sua influência na tipologia dos sintomas, ou seja, quando a familiaridade com o problema, a coerência das circunstâncias e o conhecimento dos sintomas aumentam, a incerteza quanto ao problema diminui. Desta forma, a orientação leva à certeza e à adaptação.

Tal como já foi referido anteriormente, a enfermagem interessa-se pela pessoa integrada na família, estando este sistema em constante interação com o meio. Nesta linha, é de extrema importância que os profissionais de enfermagem reflitam acerca das famílias que cuidam, percebendo como estas lidam com as situações de stress (como sendo a cirurgia de um familiar) e as apoiem na definição de estratégias de *coping* que lhes permitam manter o equilíbrio. Para Chambers, Ryan e Connors (2001) os enfermeiros precisam, portanto, de adquirir uma postura pró-ativa em relação às necessidades das famílias de quem cuidam, principalmente em termos de suporte emocional.

Nesta linha, Allgood e Tomey (2004) desenvolveram um modelo para a enfermagem designado por Modelo de Adaptação. Este modelo considera que o indivíduo e a família estão em constante adaptação com o meio, sendo que a intervenção de enfermagem deve surgir quando os fatores do ambiente se apresentam como stressantes para aquela pessoa/família. Dito de outro modo, entende-se que a pessoa é um sistema em constante adaptação - utilizando para tal processos internos e estratégias de *coping* – pelo que a enfermagem perioperatória deve atuar de forma a aperfeiçoar a interação da pessoa com o ambiente e a fomentar a adaptação.

Também Ribeiro (2011) considera que manter e reforçar a saúde da família e dos seus membros passa pela ativação de processos de aprendizagem, incluindo a aprendizagem de estratégias adaptativas eficazes face a situações de saúde/doença. Estas estratégias adaptativas ou de *coping* podem ser ajustadas através de uma intervenção de colaboração enfermeiro-família e têm como finalidade manter ou melhorar a dinâmica familiar e, conseqüentemente, a qualidade de vida de todos os seus elementos.

Assim, a relação que se deve estabelecer entre enfermeiro e família deve fazer com que esta consiga exprimir as suas inquietações e sentimentos. É necessário levar a família a perceber que há alguém que se interessa por si e pela sua experiência, que os respeita e que os envolve no processo de cuidados. Interessa também apoiar a família na análise da situação e garantir que também a família é objeto de atenção no processo de cuidar. É função do enfermeiro ajudar as pessoas, as famílias e as comunidades a lidarem com as suas experiências de saúde e doença garantindo o máximo de bem-estar e qualidade de vida possíveis (Riper, 2005).

No entender de Monteiro (2014), constituem funções do enfermeiro perioperatório o estabelecimento de processos de comunicação eficazes entre a equipa da sala de operações e a família, a garantia de suporte para colmatar as necessidades dos familiares enquanto decorre o procedimento cirúrgico e o reforço do papel do enfermeiro perioperatório que promove cuidados holísticos ao doente cirúrgico e família. Este tipo de funções requer por parte do enfermeiro perioperatório competências em comunicação, competências relacionais, bem como competências técnicas. É com base nestes conhecimentos que o enfermeiro planeia as informações necessárias a transmitir a cada um dos intervenientes no processo cirúrgico. Para além disso, este papel dá visibilidade à Enfermagem Perioperatória, fornecendo uma imagem positiva e holística com a finalidade de contribuir para a satisfação de todos, em especial atenção aos familiares da pessoa submetida a cirurgia.

Concluído o enquadramento teórico onde se exploraram os principais conceitos abordados na literatura no domínio desta área temática de estudo, passamos

seguidamente ao capítulo onde salientamos o percurso metodológico que norteou o seu desenvolvimento.

CAPÍTULO II

PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentam-se as opções metodológicas associadas à presente investigação, nomeadamente a finalidade, objetivos, tipo de estudo, contexto e participantes, bem como os procedimentos de recolha e análise de dados e os princípios éticos subjacentes à realização do estudo.

1. A problemática e objetivos do estudo

As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia são frequentemente, colocadas, em segundo plano ao longo do processo cirúrgico e da intervenção da enfermagem em privilégio do cuidado e atendimento do doente.

Todavia, as vivências da família do doente cirúrgico durante o intraoperatório são, simultaneamente, uma das principais preocupações de quem presta cuidados de saúde em enfermagem no Bloco Operatório. Isto porque o doente tem tendência a demonstrar grande preocupação com as dificuldades/necessidades dos seus familiares que, aguardando por notícias fora do BO, se encontrarão num estado de grande ansiedade e preocupação.

Com efeito, é assaz frequente os doentes demonstrarem maior preocupação com a situação dos seus familiares do que com o seu próprio estado físico e emocional. Boehnlein e Marek (2003) consideram aliás que uma das necessidades reconhecidas como sendo muito importante em todas as fases da doença é a informação, pois quando não existe ensino, as dúvidas e os receios da pessoa não são clarificados e isso constitui um fator de ansiedade. É, portanto, fundamental que o enfermeiro seja capaz de transmitir informação à pessoa submetida a cirurgia, bem como ao seu familiar no sentido de promover a segurança, o conforto psicológico e o envolvimento do doente e família nos cuidados.

Para além disso, conforme vimos no enquadramento teórico deste trabalho, esta preocupação com os outros pode colocar o doente numa situação de maior vulnerabilidade/ansiedade que, por consequência, pode prejudicar o seu tratamento e recuperação. Hesbeen (2001) é muito claro ao transmitir esta ideia. Sugere que informação dada ao doente e à família permite reduzir a ansiedade pré-operatória, os níveis de dor e, por conseguinte, o tempo de hospitalização e a ingestão de analgésicos.

Neste sentido, importa, pois, conhecer as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório para que seja possível ao enfermeiro perioperatório contribuir para a melhoria desta experiência.

O interesse por esta problemática surgiu pelo facto de desempenhar funções de enfermagem perioperatória e sentir necessidade de prestar melhores cuidados, mais humanizados ao doente e à sua família, e de um maior enfoque a esta.

Assim, sabendo que o objetivo de um estudo enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter resposta à sua questão de investigação (Fortin, 2009), definiu-se como objetivo do presente estudo compreender as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório.

Nesta linha, delinearão-se os seguintes objetivos:

- identificar as necessidades dos familiares da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório;
- identificar os sentimentos vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório;
- identificar as dificuldades sentidas pela família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório;
- descrever os aspetos facilitadores da vivência da família da pessoa submetida a cirurgia no momento do intraoperatório.

2. Tipo de Estudo

De acordo com a proposta de Sampieri, Collado e Lucio (2013), a presente investigação apresenta-se como um estudo qualitativo, de tipo descritivo/exploratório e com uma natureza transversal.

Atendendo aos objetivos do presente estudo, considerou-se que uma abordagem qualitativa seria a mais adequada por possibilitar compreender as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia durante o período do intraoperatório. A abordagem utilizada aproxima-se, portanto, do tipo fenomenológico uma vez que se pretende conhecer a percepção da experiência da família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório durante o período de espera, acedendo aos sentimentos sobre a realidade desses momentos tal como são percebidos pelos indivíduos.

Pretende-se, portanto, compreender a experiência dos familiares no sentido de contribuir para uma prestação de cuidados mais eficaz e que satisfaça efetivamente as suas necessidades.

A natureza descritiva/exploratória do estudo relaciona-se com o facto de este pretender identificar as principais necessidades, dificuldades e sentimentos, bem como os

aspectos que se revelam facilitadores desta experiência para os familiares da pessoa submetida a cirurgia.

Por fim, trata-se de um estudo transversal pois o seu objetivo é conhecer as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia e para tal centrou-se a recolha de dados num determinado período de tempo, ou seja, a recolha de dados cingiu-se a um só momento.

3. Contexto e Participantes do estudo

Neste ponto vamos apresentar o contexto onde se realizou o estudo, assim como os participantes envolvidos no mesmo.

3.1. Contexto do estudo

O estudo foi realizado no contexto de sala de espera do Bloco Operatório Central de um Centro Hospitalar da Região Norte, sendo que a escolha deste contexto se prendeu com o facto de este ser o serviço onde o investigador exerce a sua atividade profissional e, por isso, pretender contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim como uma maior facilidade de acesso aos participantes.

Esta unidade cirúrgica comporta cinco salas operatórias, sendo que duas delas se destinam a receber doentes cirúrgicos de urgência/emergência e as restantes três salas para as cirurgias de rotina, programadas para o período da manhã e da tarde. Existe ainda uma unidade de cuidados pós anestésicos com capacidade para sete macas e duas camas onde são prestados os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato onde o número de enfermeiros oscila entre dois e três, consoante se trate de turno noturno ou diurno, respetivamente. As cirurgias programadas são realizadas nas várias especialidades cirúrgicas, nomeadamente nas seguintes: cirurgia geral, ortopedia, urologia, ginecologia, otorrinolaringologia e cirurgia plástica. Três enfermeiros são distribuídos previamente por sala e especialidade nos turnos da manhã, tarde e noite nas duas áreas (um de anestesia e dois da área de instrumentação/circulação). Trata-se de uma unidade constituída por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte anestesistas, cirurgiões, enfermeiros, assistentes operacionais e maqueiros; mais concretamente, a equipa de enfermagem é composta por um total de 50 elementos, dos quais 23 pertencem à área de anestesia e 27 são da área de instrumentação/circulação.

3.2. Participantes do estudo

Segundo Fortin (2009), uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Dito de outro modo, a população-alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador pretende fazer generalizações.

Assim, a população-alvo deste estudo foi constituída pelos familiares dos doentes cirúrgicos (adultos) cuja cirurgia apresentasse uma duração prevista superior a uma hora e que se encontrassem a aguardar pelo final da cirurgia na sala do Bloco Operatório Central de um Centro Hospitalar da Região Norte do país.

A caracterização dos participantes é apresentada na tabela 1, verificando-se, portanto, que, no que diz respeito à idade foi possível entrevistar familiares da pessoa submetida a cirurgia cujas idades variaram entre os 20 e os 70 anos. Isto permitiu naturalmente aceder a diferentes perspetivas sobre os vários aspetos vivenciados nas diferentes faixas etárias. Quanto ao género verificou-se predominância do sexo feminino, tendo sido apenas entrevistado um familiar do sexo masculino. No que diz respeito ao local de residência de cada um dos entrevistados, podemos verificar que dos oito entrevistados, metade eram provenientes de localidades fora da cidade de Viana do Castelo. Por fim, todos manifestaram ser da religião católica e, no que se refere ao grau de parentesco relativamente ao doente cirúrgico, apenas um dos entrevistados era pessoa significativa do doente (uma namorada); os restantes eram familiares.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

Características sociodemográficas	Total de participantes N = 8
Idade (anos)	
>=20 e <30	3
30 a 50	2
>50 e <70	3
Género	
Feminino	7
Masculino	1
Local de Residência	
Viana do Castelo	4
Outra localidade	4
Religião	
Católica	8
Outra religião	-
Relação com a pessoa submetida a cirurgia	
Familiar	7
Pessoa significativa	1

Não sendo possível, por razões que se prendem com o horizonte temporal de um trabalho académico, inquirir todas as pessoas que cumpriam os requisitos, delimitou-se a recolha de dados aos familiares das pessoas submetidas a cirurgia numa das seguintes especialidades: Cirurgia geral, Ortopedia, Ginecologia, Urologia ou Otorrinolaringologia. Além disso, optou-se também por definir um limite temporal de um mês para a recolha de dados. Assim, a recolha de dados permitiu a realização de oito entrevistas a familiares ou pessoas significativas do doente cirúrgico que cumpriam os critérios de inclusão apresentados e que concordaram com a participação no estudo.

4. Procedimentos de recolha de dados

Na seleção da metodologia mais adequada aos objetivos da presente investigação procurou-se assegurar a utilização de procedimentos sistemáticos e rigorosos. Neste sentido, e atendendo à natureza deste estudo, optou-se pela entrevista como estratégia de recolha de dados privilegiada para responder aos objetivos traçados.

Com efeito, o recurso à entrevista revelou-se particularmente útil na medida em que permitiu aceder ao “sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se veem confrontados”. Dito de outro modo, a realização de entrevistas permitiu compreender um pouco melhor a vivência dos familiares que acompanham os doentes submetidos a cirurgia, respeitando os seus quadros de referência (Quivy e Campenhoudt, 2018, p. 193).

Esta opção prende-se com o facto de se pretender “obter respostas sobre o tema, problema ou tópico de interesse nos termos, linguagem e perspetiva do entrevistado, isto é, pretende-se aceder ao conteúdo e narrativa de cada resposta (Sampieri *et al.*, 2013, p. 381). Para o efeito foi construído um Guião de entrevista com base na revisão da literatura efetuada e nos objetivos do estudo, sendo que este atendia essencialmente a quatro aspetos nucleares: identificar as necessidades da família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório; identificar os sentimentos vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório; identificar as dificuldades sentidas pela família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório; e descrever os aspetos facilitadores sentidos pela família da pessoa submetida a cirurgia no momento do intraoperatório (Apêndice A).

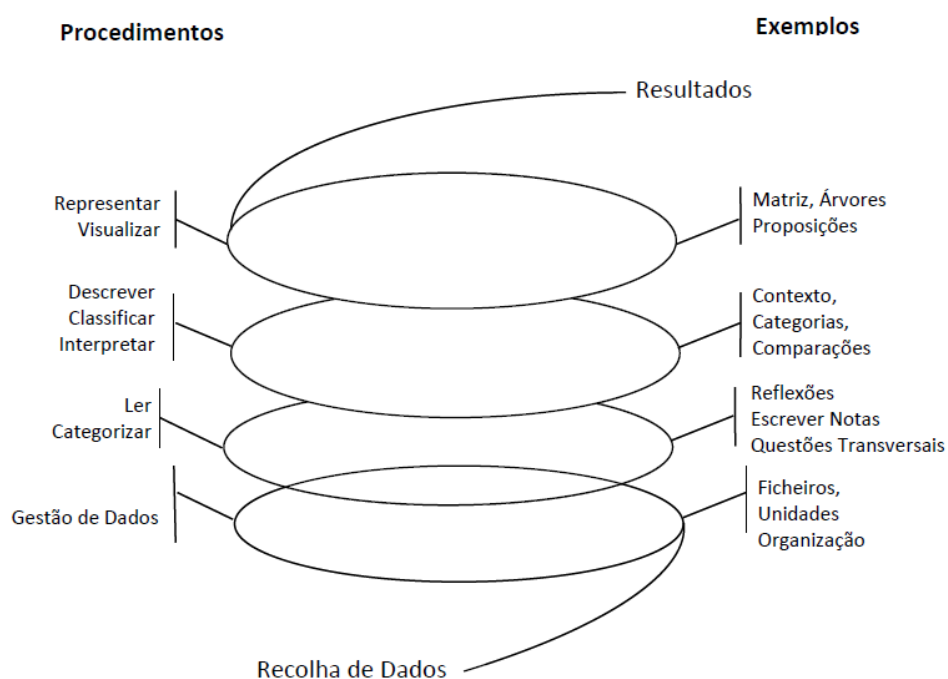
Este guião foi submetido a um pré-teste a dois familiares no sentido de se verificar a clareza, adequação e pertinência das questões e a eventual necessidade de se ajustar ou reformular alguma das questões. De referir que não foram efetuadas alterações ao guião de entrevista após o pré-teste e que os mesmos fizeram parte da amostra.

Procurou dar-se liberdade aos entrevistados para falarem no seu próprio tempo, num espaço que considerassem seguro e confortável dando ênfase à compreensão do seu ponto de vista e modo como dão sentido à sua realidade. Optou-se, portanto, por realizar as entrevistas aos familiares/ da pessoa submetida a cirurgia numa sala de espera do Bloco Operatório Central reservada para acolher as crianças submetidas a cirurgia (e sua família), após solicitar a devida autorização à Enfermeira Chefe do Bloco Operatório Central.

Neste sentido, o guião da entrevista foi aplicado consoante o ritmo de cada entrevistado, tendo a duração das entrevistas variado entre os 20 e os 40 minutos.

5. Procedimentos de análise de dados

Relativamente à análise dos dados provenientes das entrevistas e no que diz respeito à exploração dos dados recolhidos, optou-se por uma análise dedutiva (Carmo e Ferreira, 2015).



Fonte: adaptado de Creswell, 2013

Figura 1. Processo de análise de conteúdo na investigação qualitativa

Em termos metodológicos, para a análise qualitativa optou-se por recorrer ao modelo de análise proposto por Creswell (2013) uma vez que este considera que as fases

de recolha, análise de dados e redação não são etapas distintas, mas sim fases intrinsecamente relacionadas que, por vezes, ocorrem inclusivamente em simultâneo. No esquema proposto pelo autor (Figura 1) é possível verificar a existência de um procedimento geral que permite atribuir um sentido às fases da análise qualitativa dos dados.

Esta representação, denominada pelo autor de “*data analysis spira*” (Creswell, 2013, p. 182), possibilita uma interpretação dinâmica da análise de dados e propõe que o investigador percorra um conjunto de ciclos analíticos ao invés de seguir uma abordagem linear e hierárquica. O processo é iniciado com a existência de dados de texto ou imagem e termina com uma descrição ou um relatório. No decorrer deste processo o investigador interage com diversos níveis da análise de dados, movendo-se entre estes continuamente.

Assim, as entrevistas foram inicialmente lidas no sentido de se adquirir a visão do todo sendo construída posteriormente uma matriz de codificação com a qual se procurou articular as respostas dos participantes com as dimensões do guião da entrevista semi-estruturada. Mais concretamente, e seguindo as recomendações de Creswell (2013) optou-se por: (1) organizar e preparar os dados para análise, o que envolveu a transcrição das entrevistas, bem como uma primeira classificação e organização dos dados; (2) obter uma ideia geral dos dados e refletir sobre o seu significado global, pelo que foi efetuada uma leitura flutuante de todas as entrevistas permitindo assim uma primeira impressão sobre os mesmos e, por fim, (3) iniciar a codificação dos dados. No sentido de melhor sistematizar e organizar a informação, elaborou-se uma matriz de redução de dados, onde se encontram representadas as áreas temáticas, categorias e sub-categorias e respetivas unidades de registo (Apêndice B) que exprimem o olhar dos participantes sobre a temática.

6. Considerações Éticas

Sempre que o objeto de estudo de uma investigação é o ser humano é necessário atender a uma série de pressupostos éticos decorrentes das exigências morais que podem entrar em conflito com o rigor da investigação ou com o bem-estar dos participantes (Fortin, 2009). O autor sugere, portanto, que qualquer investigação deve garantir o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e ainda a um tratamento justo e leal.

Neste sentido, e porque este estudo se realizou com pessoas, verifica-se um limite que tem a ver com o respeito pela pessoa e pelo seu direito a viver livre e dignamente enquanto ser humano. Sobre estas questões, Deodato (2008, p.52). afirma que, “cada

pessoa participa com a sua vontade no uso da sua autonomia individual e, naturalmente, protegendo os seus direitos e os seus interesses legitimamente consagrados.”

Assim, a presente investigação foi alvo de autorização por parte da instituição envolvida tendo recebido o parecer da Comissão de Ética do Hospital onde decorreram as entrevistas (Anexo I). Para além disso, antes de iniciar a colheita de dados, foi também efetuado um contacto prévio com o Diretor e Enfermeira Chefe do Bloco Operatório Central em causa com o objetivo de explicar a proposta desta investigação, negociando o período e o local mais adequado para a realização das entrevistas aos familiares do doente cirúrgico no BO.

Aos participantes do estudo, com base no respeito pelos seus direitos e bem-estar, foi apresentado um formulário de consentimento informado (Apêndice C). Assim, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo, a descrição daquilo em que consistia a sua participação, a garantia de confidencialidade, privacidade e anonimato das respostas, bem como a possibilidade de os mesmos poderem desistir da entrevista a qualquer momento. Foi também solicitada a gravação da entrevista em formato áudio e, sempre que tal era expressamente autorizado, era dado início à entrevista. No sentido de preservar a confidencialidade dos dados, as entrevistas foram codificadas com E1 ... E8.

Assim, foram seguidas as recomendações das Declarações de Helsínquia e das revisões de Tóquio, Veneza, Hong Kong, Sommerset West, Edimburgo e Seul para investigações envolvendo pessoas.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos na presente investigação.

Tendo-se procedido à análise de conteúdo das entrevistas obtiveram-se um conjunto de categorias e subcategorias enquadradas nas seguintes áreas temáticas: necessidades dos familiares da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório; sentimentos vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório; dificuldades sentidas pela família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório; aspetos facilitadores da vivência da família da pessoa submetida a cirurgia no momento do intraoperatório; e sugestões dadas pelos familiares da pessoa submetida a cirurgia (Tabela 2):

Tabela 2. As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório: áreas temáticas, categorias e subcategorias

Áreas temáticas	Categorias	Subcategorias	Total de unidades de registo
Necessidades da família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório	Relacionadas com a informação sobre a cirurgia		10
	Relacionadas com o apoio aos familiares		8
	Relacionadas com o conforto		3
	Relacionadas com os meios de distração		3
Sentimentos vivenciados pela família no intraoperatório	Preocupação		5
	Medo		3
	Ansiedade		4
	Indignação		2
	Impaciência		4
	Falta de vontade		1
	Angústia		4
	Sufrimento		2
	Satisfação		1
Confiança		1	

Tabela 2. As vivências da família da pessoa submetida a cirurgia em contexto intraoperatório: áreas temáticas, categorias e subcategorias (continuação)

Áreas temáticas	Categorias	Subcategorias	Total de unidades de registo
Dificuldades sentidas pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório	Obter informação	Antes da cirurgia	7
		Durante a cirurgia	9
	Falta de atenção por parte dos profissionais de saúde		5
	Falta de informação		4
	Falta de organização da equipa de saúde		1
	Na gestão pessoal e familiar	Transporte	1
		Tempo de espera	7
Aspetos facilitadores vivenciados no momento do intraoperatório	Presença de outras pessoas na sala de espera		1
	Informações dos profissionais de saúde sobre a cirurgia		5
	Atendimento dos profissionais de saúde		3
	Informações dadas por outras pessoas		2
Sugestões	A nível de Informação ao familiar do doente cirúrgico		4
	A nível do Acolhimento do familiar do doente no bloco operatório		2
	A nível da Organização		2

De modo a facilitar a apresentação dos dados obtidos, esta será realizada em função das áreas temáticas e com recurso a figuras onde estão expressas as respetivas categorias e subcategorias.

1. Necessidades dos familiares da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório

Da análise dos discursos dos participantes foi possível identificar um conjunto de **necessidades expressas pelos familiares do doente cirúrgico** durante o intraoperatório (Figura 2). Estas necessidades estão relacionadas com a **informação sobre a cirurgia**; **com o apoio aos familiares**; **com o conforto**; e **por último com os meios de distração**.

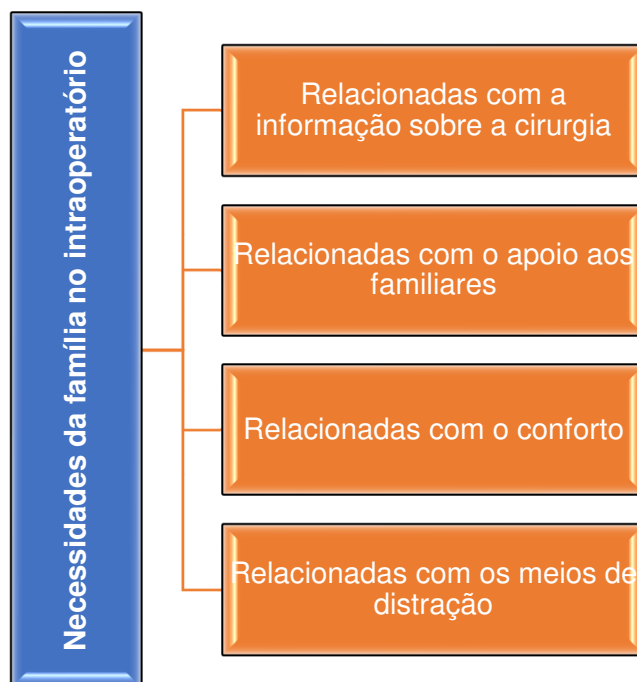


Figura 2. Necessidade da família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório

As necessidades da família do doente cirúrgico **relacionadas com a informação sobre a cirurgia** foram mencionadas pela maioria dos participantes (seis) como se pode verificar nos seguintes excertos e que se preocupam sobretudo com a necessidade de saber como está a decorrer a cirurgia:

E1: "(...) acho que por exemplo...devia alguém... não sei? Ir alguém dizer alguma coisa! Já, estou há quatro horas à espera e ninguém, ninguém foi lá dizer nada. Bastava que alguém me disse-se: - Olhe a sua mãe já foi operada!... já está no recobro!... Fazia falta alguém vir falar com o familiar no final da cirurgia!"

E3: "(...) queria saber se está tudo bem, se não está? Como está a correr a operação (...) ter alguma notícia. Era bom que alguém me fosse dizendo alguma coisa! (...)."

E4: “(...) não precisávamos de interagir com o doente logo quando o doente vai para o recobro (...) mas pelo menos, saber se já terminou a cirurgia e se correu tudo bem!? Se já se encontra no recobro...”

E5: “(...) eu penso que sim, quando a cirurgia estivesse a demorar muito, que alguém daqui de dentro deveria ir lá fora perguntar quem é o familiar ou acompanhante do doente (...) isso era ótimo!...”

E7:

“(...) precisava de ter informações sobre o que está a acontecer, saber se a operação já começou, ou se por acaso já terá terminado? Saber alguma coisa!? Se... já entrou ou não para a operação, se está tudo a correr bem? porque não tenho nenhuma informação! Não sei absolutamente nada! (...)”

“(...) saber que a cirurgia acabou e de que está tudo bem com o nosso familiar, é a nossa prioridade! Uma simples informação de dentro para fora, que a cirurgia já terminara e que está tudo bem! (...)”

Para além disso, a maioria dos familiares (cinco) referiu que uma das suas necessidades está relacionada com a falta de **apoio por parte dos profissionais de saúde** durante o intraoperatório:

E1: “(...) e agora estou ali fora (...) sei que não podem estar sempre ali! (...) mas ali, um bocadinho, um contacto com um familiar, enfermeira! Acho que havia de haver, e de facto, não houve!”

E2:

“Olhe precisava que tivessem outro tipo de atenção pelas pessoas que estão lá fora, porque... não vão lá fora... não vai ninguém dizer nada, rigorosamente nada! (...)”

“(...) não há pergunta nenhuma, não há qualquer tipo de relação. Nada, nada! (...) acho que nós, seres humanos, havia de haver um cuidado! uma atenção para com a família dos doentes (...)”

E5: “(...) alguém daqui de dentro, deveria ir lá fora perguntar quem é o acompanhante ou familiar do doente? (...) mas... não sei? (...) terem mais atenção (...)”

E7: “(...) alguém que se lembrasse um pouco daqueles que estão aqui, deste lado (do lado de fora do BO)!”

E8: “(...) nestes casos mais complicados, mais delicados viessem dar uma palavra sobre a cirurgia, acho que era o ideal, que alguém da equipa médica nos dissesse como correu a operação, alguma coisa, nem que apenas nos viessem dar um apoio e uma palavra amiga (...)”

No que se refere às necessidades relacionadas com **o conforto**, três dos familiares salientaram a necessidade de cadeiras mais confortáveis, uma vez se tratar de uma sala de espera frequentada, maioritariamente, por pessoas adultas/idosas durante longas horas. Também um participante referiu a necessidade de uma sala de espera específica do bloco operatório que deveria estar separada da sala de espera da unidade de cuidados intensivos. No seu entender, este seria um aspeto importante para garantir maior conforto às famílias da pessoa submetida a cirurgia:

E3: “(...) se calhar, uma sala de espera melhor, (...) separada da sala de espera dos cuidados intensivos.”

E4: “(...) penso que deveria existir umas cadeiras mais confortáveis, para mim não me faz diferença, mas penso que as pessoas de mais idade que estão ali horas à espera, as cadeiras acabam por não ser muito confortáveis (...) falta um pouco de conforto!”

E8: “(...) deveria existir outro tipo de cadeira, porque a maioria das pessoas que ali se encontram à espera de seus familiares são pessoas já com alguma idade, o que não é nada confortável esperarem tanto tempo naquele tipo de cadeira.”

No que diz respeito à necessidade de mais **meios de distração**, esta é referida por dois dos participantes do estudo:

E4: “(...) e para além da televisão... existir também, um jornal e algumas revistas para ajudar a passar o tempo. Algo que nos distraísse um pouco.”

E6:

“(...) o que existe ali fora é nada, não é? Não existe mais nada, apenas uma cadeira! Não existe mais do que isso (...) perdão, também existe uma televisão (...) temos de ser honestos! E é o que temos! (...)”

“(...) lamento não ter trazido um livro, porque me esqueci! só por isso (...) para ajudar a passar o tempo e assim conseguir ficar mais entretida.”

2. Sentimentos vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório

Relativamente aos sentimentos vivenciados durante o intraoperatório, o relato dos participantes permitiu verificar a existência de sentimentos positivos e negativos. Tal como se pode verificar na figura abaixo, foram verbalizados sentimentos de preocupação, medo, ansiedade, angústia ou sofrimento, assim como sentimentos relacionados com a confiança e satisfação face à equipa de saúde (Figura 3).



Figura 3. Sentimentos vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório

Começando pelos **sentimentos positivos** verbalizados, estes dizem respeito ao sentimento de satisfação e de confiança.

Em relação ao sentimento de **satisfação**, trata-se de uma situação em que um participante do estudo, durante a espera pelo fim da cirurgia de sua esposa, foi abordado por um enfermeiro, conforme descrição:

E5: "(...) ouviu o porquê de eu estar assim... que foi imediatamente saber o que se estava a passar com a cirurgia da minha esposa e o porquê da sua demora?! o que me tranquilizou bastante (...) pois fiquei muito satisfeito e contente com a abordagem que a senhora enfermeira me fez!"

No que diz respeito ao sentimento de **confiança** o participante expressa este sentimento da seguinte forma:

E6: "(...) eu não posso fazer nada, não é?! uma vez que ele está aqui dentro e estará a ser bem tratado, não é? Eu limito-me a estar ali fora a aguardar, somente!"

No que diz respeito aos **sentimentos negativos** verbalizados e manifestados pelos participantes, a ansiedade e a preocupação foram os sentimentos mais referidos (quatro participantes) - conforme se pode verificar nos extratos abaixo:

E2: "(...) eu sou bastante nervosa e estou aqui neste estado de ansiedade, quando não havia necessidade nenhuma!"

E5: "(...) na verdade, em vez de ficar tão nervoso (...), deveria ter ido perguntar alguma coisa?"

E6: "(...) e agora estou ansiosa por saber se corre tudo bem! o médico disse que se tudo corresse bem ele poderia ter alta hoje, mais lá para a noite (...)"

E7: "(...) estou muito nervosa e, claro, com receio que alguma coisa não corra bem na operação!"

Quatro dos participantes do estudo verbalizaram a **preocupação** como sendo o sentimento mais vivido durante aquele momento de espera:

E1: *“Estou bastante preocupada é a primeira vez que a minha mãe é operada, claro que fico preocupada, nunca foi operada! (...)”*

E2: *“Estou preocupada, eu estou preocupadíssima! Sei que ele após as cirurgias desmaia (...)”*

E4:

“(...) não é necessário que exista mais nada do que ali está, porque não precisamos de mais nada para nos distrair! Não nos conseguimos focar em mais nada! A nossa prioridade é estar atenta aquela porta para o ver sair!”

“(...) aquele tempo de espera que nunca mais termina, por mais curto que seja, deixa-nos preocupados!”

E6: *“(...) é com alguma preocupação que estou a viver este momento, já são algumas horas de espera! (...)”*

Em relação ao sentimento **medo**, foram três os familiares a verbalizar esta experiência:

E1: *“(...) é a primeira vez que a minha mãe é operada, ela estava com medo! e eu com medo estou! (...)”*

E6: *“(...) espero que o meu sobrinho fique bem, trata-se de uma situação hereditária da qual foi necessário recorrer à cirurgia. Portanto, espero que corra tudo bem e que fique bem! Que não tenha nenhum problema, que não apanhe nenhuma bactéria, nem nada dessas coisas de que se ouve falar em relação aos blocos operatórios (...)”*

E7: *“(...) claro, estou com receio de que alguma coisa não corra bem! (...)”*

Um outro sentimento manifestado foi o sentimento da **indignação** e revolta. Este sentimento foi sentido com alguma intensidade por dois dos familiares entrevistados:

E1: “(...) e depois quando dizem, ah os hospitais públicos! (...) são assim! Eu nunca acreditei, não é, porque eu sempre vim aos hospitais públicos, mas de facto, agora que estamos a viver realmente isto, de fato é um bocado, um bocado mau da parte do hospital, não é? As enfermeiras tratarem-nos assim, ah vai para o shopping!!! É muito mau! (...)”

E2: “(...) Isto não se admite, acho eu! (...) porque isto é fazer pouco das pessoas, de quem está lá fora!”

O sentimento da **impaciência** também foi sinalizado por três dos participantes do estudo, conforme se pode verificar abaixo:

E2: “(...) tive de tocar na campainha duas ou três vezes! (...)”

E4: “(...) é aquele tempo de espera que nunca mais termina por mais curto que seja! (...)”

E5: “(...) quando as cirurgias começam a ser demoradas uma pessoa começa a ficar impaciente e ansiosa! (...)”

Um outro sentimento manifestado foi a **falta de à vontade** para obter alguma informação junto dos profissionais de saúde, segundo referiu um dos familiares participantes no estudo:

E7: “(...) vejo pessoas a passar, não sei se são enfermeiros ou médicos e não, não me atrevo a perguntar! (...) e também não me sinto à vontade para o fazer”

Por sua vez, o sentimento de **angústia** foi verbalizado por três dos participantes, conforme passamos a apresentar:

E3: “(...) estou aqui com uma angústia onde não havia necessidade! (...)”

E4: “(...) angústia, porque muito tempo de espera leva a muita angústia.”

E7: “(...) saber que está tudo bem com o nosso familiar (...) seria mais do que suficiente para terminar com esta minha angústia.”

Assim, no que concerne ao **sofrimento**, são dois os participantes que manifestam este tipo de sentimento:

E6: “(...) do lado de fora não se tem a noção de que as horas passam (...) ou seja quem está lá fora à espera, também sofre (...)!”

E7: “(...) nós despedimo-nos do nosso familiar à porta do BO e a partir daí é um período de espera, que pode ser muito longo (...) é uma tortura e um sofrimento!!”

Em síntese, é durante o momento de espera pelo seu familiar submetido a cirurgia, que sentimentos como o medo, angústia, sofrimento, entre tantos outros, são vivenciados por aqueles que, muito embora não sendo o próprio doente, são a outra face da mesma moeda.

3. Dificuldades sentidas pela família da pessoa submetida a cirurgia durante intraoperatório

Conforme a análise do discurso dos participantes, foi possível identificar um conjunto de dificuldades sentidas durante o momento de espera pelo seu familiar submetido a cirurgia. Estas dificuldades estão relacionadas com aspetos que dizem respeito a **obter informação sobre o familiar antes e durante a cirurgia; à falta de atenção e de informação por parte dos profissionais de saúde; à falta de organização das equipas de saúde e a dificuldades na gestão pessoal e familiar**, nomeadamente no que diz respeito ao **transporte** e ao **tempo de espera** (Figura 4).

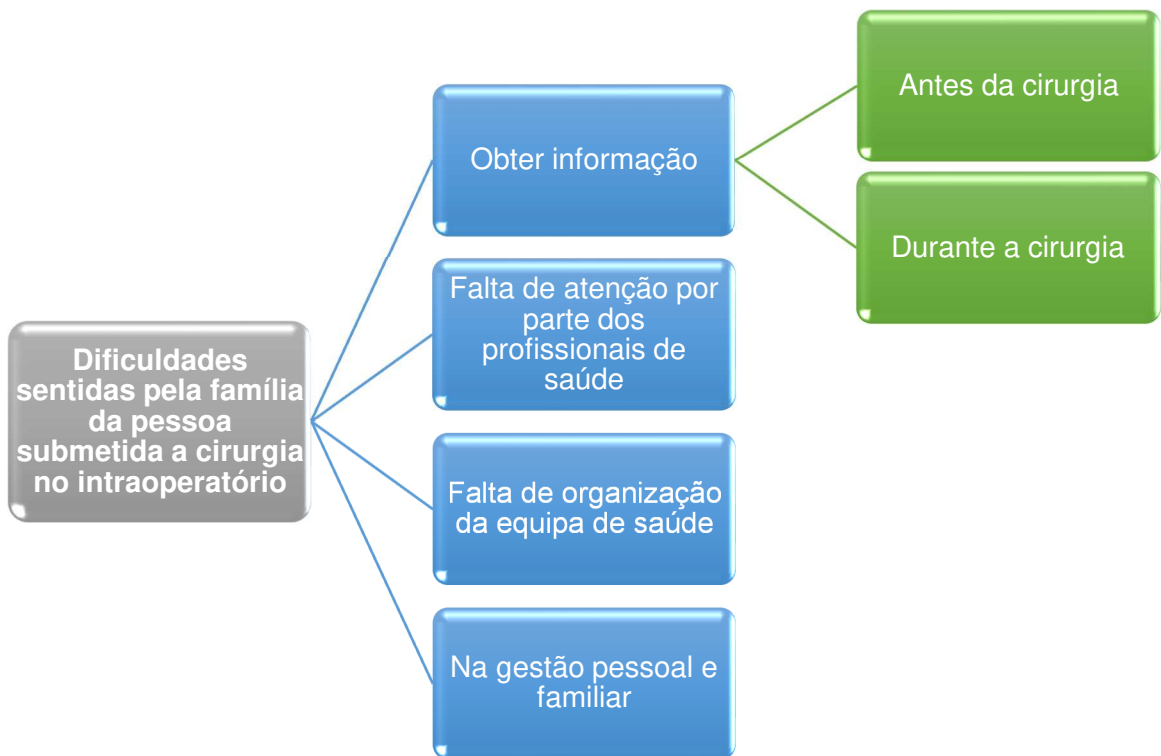


Figura 4. Dificuldades sentidas pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório

A dificuldade de **obter informação** sobre aspetos relacionados com os momentos que **antecedem a cirurgia** foi verbalizada por dois dos participantes no estudo:

E1:

“(...) uma vez que não podemos subir aos pisos mais cedo do que as 9:30, deveriam fazer um registo que o doente da cama x, saiu do serviço à hora y, para quando o familiar chegar, ser devidamente informado (...)”

“(...) acho que para toda a gente é a falta de informação. Nem que viessem só dizer- Olhe, a sua mãe já foi para o bloco.”

E2: “(...) Hoje de manhã liguei-lhe para o telemóvel e já estava desligado, já não consegui falar com ele (...) nem o vi! (...)”

E5: “(...) não sei se temos o direito de estar a exigir o tempo dos outros! (...) eu como não sou uma pessoa muito exigente com as pessoas e como foi a primeira vez que estive nesta situação, portanto eu desconhecia todo o processo.”

E7: “(...) alguém que nos desse informações sobre os nossos familiares (...) sentimo-nos um bocado abandonados (...)”

O mesmo acontece **durante a cirurgia**, já que são seis os participantes que verbalizam a **falta de informação** durante o momento em que decorre a cirurgia:

E1: “(...) e eu fico onde? Aqui no quarto, vou para a sala de espera do bloco operatório? Era a primeira vez... não sabia e desconhecia se poderia ir para o bloco?”

E2: “(...) eu não sei muito bem as horas que são! Mas... já deve ser mais de meio dia! Estou ali na sala de espera desde as 10 horas (...) e estou assim...desde que cheguei! Não há ninguém que diga nada!! Quem está cá dentro (...) podia ter mais sensibilidade e ir ali fora e informar os familiares do que se está a passar! (...)”

E4: “(...) vemos tanta gente que entra e sai que não sabemos quem operou e qual foi a equipa cirúrgica? (...) até podemos perguntar, mas não sabemos a quem?”

E6:

“(...) acho que era importante informar os familiares. Existe ali à porta, uma espécie de gabinete, mas não sei, se funciona ou não?!”

“(...) há operações que são bastante complicadas, não é!? Situações de cancro, onde os doentes depois vão para os cuidados intensivos e quem está lá fora muitas vezes não tem essa noção e ninguém lhes diz nada! (...)”

E7: “(...) não percebo muito de medicina nem dos procedimentos, principalmente aqui no bloco, acho que é uma zona mais afastada e diferente de tudo o resto, internamento e urgência, e é mesmo a falta de informação...o não saber absolutamente nada do que se está a passar, (...) não há ninguém que nos consiga dar alguma informação sobre o que se está a passar lá dentro! (...)”

A **falta de atenção por parte dos profissionais de saúde** aos familiares dos doentes cirúrgicos foi a dificuldade sentida por quase todos (sete) os participantes do estudo:

E1:

“(...) é a primeira vez que a minha mãe é operada (...) uma coisa que não acontece todos os dias e acho que deveria haver mais cuidado dos profissionais com os familiares que estão ali fora (...)”

“(...) em dez pessoas encontra-se uma que responde ao que nós queremos (...) deveriam pensar um bocadinho em nós, porque estão a trabalhar com doentes e com os familiares que se preocupam com os doentes (...)”

E2: *“(...) se quisermos saber alguma coisa, somos nós próprios, que temos que nos chegar ali à frente e perguntar. Mas andam sempre! Podem responder qualquer coisinha do género – Toque ali na campainha! E é isto, é assim que se passa!”*

E6: *“(...) as pessoas estão ali à espera, ninguém lhes diz nada, é um entra e sai, mas não há mais nada, as pessoas parecem invisíveis, ninguém lhes diz nada.”*

E7: *“(...) falta algum apoio (...) sentimo-nos um bocado abandonados (...)”*

E8: *“(...) tocar à campainha e falar para a parede, não estar frente a frente com alguém que nos dê alguma palavra de conforto, é complicado!”*

Uma outra dificuldade sentida e referenciada por um dos participantes foi **a falta de organização** dentro da equipa de saúde:

E1: *“(...) não têm uma equipa que consiga trabalhar em sincronia, como eu acho que estão desorganizados, também eles profissionais, acham que estão desorganizados e também por isso desmotivados (...) e isso nota-se (...)”*

Também a dificuldade em **gerir aspetos relacionados com a vida pessoal e familiar** teve implicações em alguns dos familiares devido à utilização **de meios de transporte**:

E2: “(...) estou aqui há quatro horas e depois fico também sem transporte! da última vez, quem me veio buscar foi a minha filha, porque já passava das oito da noite”

No que diz respeito a questões relacionadas com a dificuldade em **gerir o tempo de espera**, este aspeto foi mencionado por quatro dos intervenientes no estudo:

E5: “(...) eu não sabia que a operação demoraria tanto tempo, porque se soubesse teria ido até à cidade dar uma volta”

E6:

“(...) tive alguma dificuldade em gerir um pouco a minha vida, porque tenho uma família numerosa, uma mãe com 87 anos, e para conseguir estar aqui tive que fazer algum esforço!”

“(...) estou à espera há mais ou menos duas horas (...). E confesso que precisava de tomar um café, ir à casa de banho, mas tenho algum receio que neste entretanto, ele saía e eu não esteja aqui para o ver sair”

E8: “(...) muitos de nós não arredamos pé dali, nem para ir à casa de banho ou comer alguma coisa, com medo de que o nosso familiar saia e não estejamos lá para o ver sair.”

4. Aspectos facilitadores vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia no momento do intraoperatório

Em relação aos **aspectos facilitadores desta vivência** por parte dos familiares da pessoa submetida a cirurgia, estes dizem respeito **à presença de outras pessoas na sala de espera; a informações dos profissionais de saúde sobre a cirurgia; ao atendimento dos profissionais de saúde; e a informações dadas por outras pessoas** (Figura 5). É de referir que estes vão, na sua maioria, de encontro aos fatores dificultadores, anteriormente apresentados.

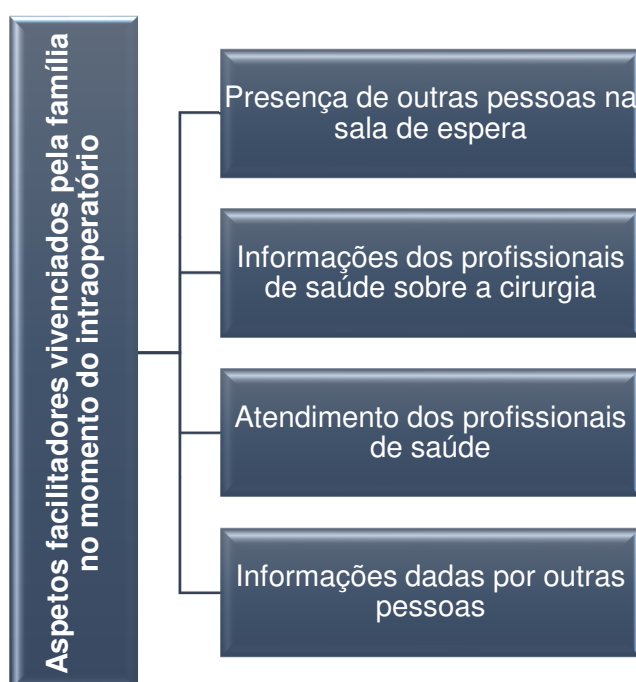


Figura 5. Aspectos facilitadores vivenciados pela família da pessoa submetida a cirurgia no intraoperatório

A presença de pessoas na sala de espera do bloco operatório é documentada como sendo um aspeto facilitador para quem se encontra a vivenciar este tipo de situação. Um dos familiares participante no estudo refere o seguinte:

E2: “(...) estou ali a tentar entreter-me com aquela senhora que o marido entrou à bocadinha para o bloco operatório, (...)”

Também as **informações sobre a cirurgia fornecidas pelos profissionais de saúde** foram outro aspeto referenciado por dois dos participantes no estudo:

E1: *“(...) - Ainda lhe falta bastante tempo de espera! -Ok!... Entretanto, fui dar sangue.”*

E6:

“(...) não vim para aqui (...) muito cedo, porque, o enfermeiro me alertou que só por volta do meio dia é que ele sairia do bloco, por isso não vim logo cedo (...)”

“(...) até poderá ir embora hoje! O médico disse que se tudo corresse bem ele poderia ter alta hoje, mais lá para o final do dia.”

“A enfermeira esteve a falar comigo ao fim da tarde de ontem, sobre algumas dúvidas que tinha. Até fiquei a saber sobre os sapatos de Baruk, indicaram-me onde poderia comprar.”

E1: *“O meu pai foi operado ao coração em outro hospital e quando já estava no recobro, o médico veio dar-nos uma palavra à sala de espera do bloco operatório. (...)”*

Quanto ao **atendimento pelos profissionais de saúde**, foi mencionado por três dos familiares participantes no estudo como sendo um dos aspetos facilitadores durante o momento de espera pelo seu familiar intervencionado cirurgicamente:

E1: *“(...) Aqui não sei se acontece? O médico ir à sala de espera dar uma palavra ao familiar do doente? E de facto se não fosse a senhora enfermeira a vir ter comigo, ninguém me vinha dizer nada (...) falta sem dúvida uma palavra aos familiares (...) de quem está cá dentro para quem está lá fora.”*

E5: *“(...) em relação ao atendimento o hospital atende melhor as pessoas agora do que há dez ou vinte anos atrás (...) acho as pessoas com mais formação e mais respeito pelos utentes, acho que houve uma evolução positiva. Qualquer enfermeiro ou outro profissional de saúde se preocupa em ajudar e informar.”*

E7: *“(...) um acontecimento positivo nisto tudo, foi o facto, da senhora enfermeira ter ido ter comigo e me dizer que a minha mãe já se encontra no recobro, que a operação já terminou e de que está tudo bem! Isso foi muito reconfortante, agradeço-lhe imenso.”*

Relativamente às **informações dadas por outras pessoas**, este foi outro facto referenciado como facilitador para um dos familiares participantes no estudo:

E5:

“Não sei a que horas entrou para o bloco?!(...) Mas, encontrei ali fora uma senhora minha conhecida, que é secretária de unidade aqui no hospital e ela disse-me que tão cedo não contasse com a minha esposa... somente sairia do bloco operatório lá para as duas da tarde! (...)”

“Por acaso estava uma senhora nossa vizinha, na mesma enfermaria que a minha esposa, e foi ela, quem me disse a hora que a minha mulher tinha vindo para o bloco.”

5. Sugestões

Ao longo das entrevistas, os participantes do estudo foram expondo as suas necessidades e apresentando algumas **sugestões**, que de certa forma podem ir de encontra à satisfação das suas necessidades. Estas sugestões estão particularmente relacionadas com a informação disponibilizada ao familiar da pessoa submetida a cirurgia, com o processo de acolhimento e com a organização e modo de funcionamento da equipa de saúde (Figura 6).

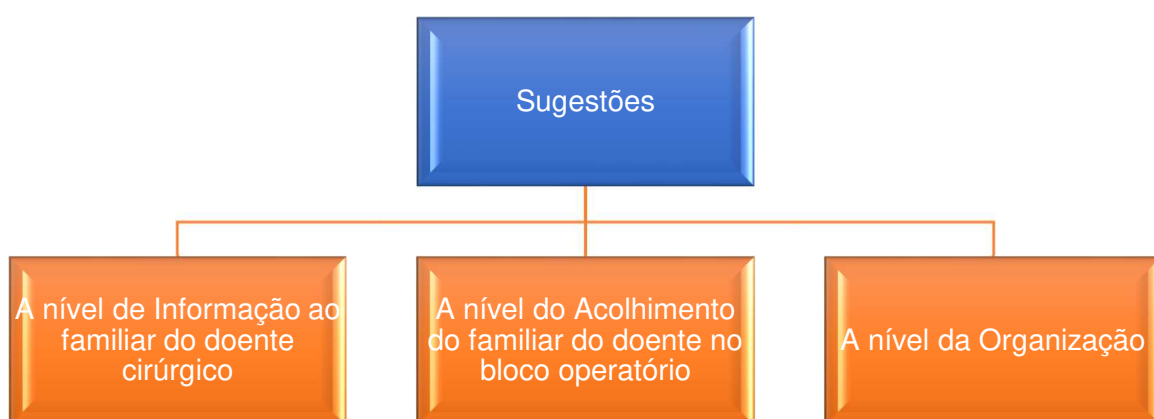


Figura 6. Sugestões dadas pela família do doente no intraoperatório

Assim, verificamos que ao nível de **informação ao familiar do doente cirúrgico**, três dos participantes do estudo sugerem uma maior preocupação dos profissionais a este nível:

E7:

“(...) seria um procedimento bastante importante da vossa parte, informar a família de que a cirurgia acabou e que está tudo bem, porque neste momento é a nossa prioridade. Saber que acabou e que está tudo bem! Uma simples informação de dentro para fora de que a cirurgia já terminara, seria mais do que suficiente!”

“(...) no fim da cirurgia seria também muito gratificante existir uma comunicação de dentro, a informar de que a operação terminou. Não sei se é exigir muito, um contacto direto de um profissional de saúde a fazê-lo, o que seria o ideal, ou então, a criação de um secretariado que nos pudesse facilitar toda essa informação de que precisamos.”

E6: *“A pessoa que estivesse ali (no gabinete) tivesse sempre um feedback do que se está a passar aqui dentro, penso que isso era até bastante importante... porque há operações que são bastante complicadas”*

E4: *“Para ficarmos mais descansados podiam no final da cirurgia vir dizer: - Já terminou...correu bem!”*

Ao nível do **acolhimento do familiar do doente no bloco operatório**, um dos familiares sugere sobretudo a importância de ser considerada a possibilidade de acompanhar o seu familiar até junto do enfermeiro do Bloco Operatório que realiza o acolhimento a ambos:

E7:

“Acho que o familiar do doente que o acompanha até ao bloco, deveria poder acompanhá-lo até junto de alguém que o receba, e assim nos facultarem também a nós alguma informação sobre a cirurgia e sobre mais ou menos o período de permanência do doente naquele serviço!”

“(...) o familiar do doente deveria sempre que possível acompanhar o doente até este ser recebido por alguém no bloco, o que não acontece! Nós despedimo-nos do nosso familiar

à porta do BO e a partir daí é um período de espera, que pode chegar a ser muito longo (...)”

Por último, dois familiares são da opinião que deveriam melhorar-se alguns aspetos ao **nível da Organização**, nomeadamente com a criação de uma sala de espera destinada exclusivamente aos familiares da pessoa submetida a cirurgia (separada, por exemplo, da sala de espera dos cuidados intensivos):

E1: “(...) acho que os profissionais de saúde deveriam melhorar a parte da organização (...)”

E3: “Se calhar existir uma sala de espera apenas para os familiares dos doentes operados separada da sala dos cuidados intensivos (...) não sei é a minha opinião.”

Assim, concluímos a apresentação dos principais resultados obtidos através das entrevistas, os quais permitiram desenvolver um olhar sobre as vivências da família da pessoa submetida a cirurgia desde as suas necessidades, sentimentos, dificuldades e sugestões. Deste modo foi possível obter contributos para promover o envolvimento da família e, como tal, potenciar uma melhor intervenção nesta área.

No capítulo seguinte vamos proceder à discussão dos resultados.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este espaço de discussão constitui o momento de sistematização das principais contribuições da pesquisa no âmbito das vivências da família da pessoa submetida a cirurgia articulando estudos e ideias de autores que já se debruçaram sobre a temática com as nossas próprias reflexões. Procedemos, portanto, à discussão dos resultados obtidos através da análise dos discursos dos participantes do estudo em função das áreas temáticas identificadas no capítulo anterior.

Necessidades dos familiares no intraoperatório

Relativamente às necessidades dos familiares do doente cirúrgico durante o intraoperatório, destacaram-se no discurso dos participantes a necessidade de mais informação sobre a cirurgia (quer antes, durante e após a cirurgia), a necessidade de maior apoio por parte da equipa de saúde, a necessidade de mais conforto na sala de espera e ainda a necessidade de mais meios de distração (para além da TV).

Estas necessidades vão de encontro ao referido na literatura neste domínio. Tal como referem Arnhold *et al.* (2017), a relação do doente e do familiar com o ambiente de espera face ao procedimento cirúrgico torna-se menos agressivo quando estes encontram neste espaço condições de distração. Materiais de leitura, jogos ou outros objetos podem contribuir para amenizar a ansiedade pois ajudam a diminuir o medo do estranho, tornando-o mais familiar (Veber, 2010).

Para além disso, a investigação demonstra também que a falta de informação provoca medo, angústia, stress e ansiedade nos familiares da pessoa submetida a cirurgia uma vez que não sabem o que está a acontecer (Broering e Crepaldi, 2018). Sobre este assunto, Mishel e Clayton (2008) referem que os familiares que recebem informações claras e tiram dúvidas quanto à cirurgia são mais capazes de tomar decisões, relatam menos ansiedade e são mais capazes de fornecer suporte emocional ao indivíduo que sofre com a doença/cirurgia.

Neste sentido, os resultados obtidos salientam a importância da preparação do doente e da família para as diferentes etapas de um procedimento cirúrgico, que vão desde a decisão de se fazer a cirurgia até os resultados após a sua realização.

Na mesma linha, Maxwell, Stuenkel e Saylor (2007) sugerem que o fornecimento de informações estabelece a base para a tomada de decisão e o acompanhamento do doente, reduz a ansiedade e proporciona uma sensação de controlo. Também Knobel, Andreoli e Erlichman (2008) reforçam esta ideia ao referirem que a falta de informação e a incerteza da família quanto ao quadro clínico do familiar são causadores de ansiedade, apreensão e aflição, criando um sentimento de falta de controlo da situação. Nesta

perspetiva, é importante que a família seja informada sobre o que ocorre com o doente cirúrgico, desde que este consinta. Knobel *et al.* (2008) concluíram inclusivamente que a informação objetiva, honesta e frequente é a necessidade mais importante dos doentes e familiares.

Também Roque e Santos (2008) concluíram que, de acordo com a perceção dos familiares, a informação é o fator que mais influencia o seu nível de ansiedade, tendo sido referida a necessidade de um serviço que lhes desse informações e suporte emocional.

Para além disso, Broering e Crepaldi (2018) referem ainda que o período pré-operatório desencadeia normalmente grande ansiedade, quer pelo sofrimento do próprio doente, quer pelo contacto com outras pessoas que se encontram no mesmo ambiente de espera. Acresce ainda o facto de que nesta fase o doente está separado da família e isso tende a desestabilizar ambos.

A falta de conhecimento sobre a cirurgia faz também com que não possam dar mais apoio à pessoa submetida a cirurgia (que por vezes também não sabe exatamente o que está a acontecer). Este é aliás um assunto largamente destacado na literatura. Com efeito, é fundamental que a pessoa submetida a cirurgia seja devidamente preparada e informada sobre a cirurgia e consequente recuperação para que os processos psicológicos desencadeados pela situação não comprometam a sua recuperação (Broering e Crepaldi, 2018).

A investigação sugere ainda que as informações fornecidas pela equipa de saúde às famílias durante o diagnóstico e recomendação de uma cirurgia não são por vezes suficientes para aliviar a ansiedade, o que conduz a maior preocupação com a cirurgia e muitas dúvidas e incertezas quanto ao que está a acontecer. Desta forma, a família, não preparada e sem informações (ou incapaz de lidar com a informação), não está apta para transmitir as informações adequadas e necessárias ao doente de modo a que este fique também mais tranquilo com o procedimento cirúrgico a que será submetido (Broering e Crepaldi, 2018).

Ainda assim, é fundamental a presença da família no Bloco Operatório pois tal traz benefícios para o doente, para a família e para a própria equipa do Bloco Operatório. Além disso, permite uma maior confiança nos cuidados perioperatórios, o que se torna numa vantagem para a própria enfermagem perioperatória pois os cuidados de enfermagem são prestados com mais qualidade e mais humanização (Oliveira, 2019).

Tal como foi referido anteriormente, o cuidar faz parte da enfermagem e o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, sobretudo quando nos referimos a uma situação crítica - a cirurgia. Neste sentido, torna-se fundamental que a enfermagem, permitindo a presença da família, tenha um papel junto dos mesmos de forma a diminuir a ansiedade e falta de informação relativamente à cirurgia (Oliveira, 2019).

No sentido de diminuir estes sentimentos no momento em que ocorre a separação entre o doente e a família, a equipa de enfermagem deve realizar um momento de acolhimento que envolva não só o doente, como a sua família. Para que este acolhimento seja efetivamente terapêutico para ambos, o enfermeiro deve ter a capacidade de se colocar no lugar do familiar de forma empática (Frizon *et al.*, 2011). De facto, uma vez que a equipa de enfermagem acompanha o doente e sua família deve também estar preparada para confortar estes últimos quando se encontram a aguardar na sala de espera - em forma de acolhimento e escuta, dando orientações e informações sobre a situação do doente (Salimena, Andrade e Melo, 2011).

Também Possari (2007) refere que quer o doente, quer a família necessitam de apoio emocional, para além da competência técnica do enfermeiro. A equipa de enfermagem deve, portanto, ter condições para observar, intervir e orientar estes indivíduos no sentido de minimizar situações de ansiedade, medo e falta de informação.

Tal como foi referido pelos participantes deste estudo, por vezes os períodos de espera são muito longos e isso afeta o seu bem-estar e aumenta o nervosismo. Este aspeto é apontado por Monteiro (2014) que refere que os familiares dos doentes cirúrgicos esperam frequentemente horas a fio, vivendo sentimentos de angústia, ansiedade, stress e incertezas. Neste sentido, o enfermeiro perioperatório possui um papel essencial para minimizar estes efeitos, fazendo a articulação entre a equipa de enfermagem na sala de operações e a família e garantindo algum suporte para colmatar as necessidades dos familiares enquanto decorre o procedimento cirúrgico.

De facto, um dos aspetos fundamentais na prática da enfermagem perioperatória é a satisfação do doente/família. Assim sendo, o enfermeiro deverá procurar os mais elevados níveis de satisfação do doente/família através (1) do respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos, (2) do estabelecimento de uma relação de empatia na interação com o doente/família, (3) da criação de parcerias com o doente/família, (4) do planeamento dos cuidados, (5) da minimização do impacto negativo das mudanças de ambiente forçadas pelo processo de assistência de saúde e (6) da garantia de envolvimento de pessoas significativas, tais como a família ou outras, do doente no processo de cuidados. Tendo em conta estes enunciados, os enfermeiros devem garantir a humanização e qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

Sentimentos vivenciados pela família durante o intraoperatório

No que diz respeito aos sentimentos vivenciados pelos familiares da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório, os resultados deste estudo sugerem que os

sentimentos são predominantemente negativos. Assim sendo, destacam-se sentimentos de preocupação, medo, ansiedade, indignação, impaciência, falta de vontade, angústia e sofrimento. Por sua vez, alguns dos participantes relatam também satisfação e confiança. Satisfação face à atitude de alguns profissionais de enfermagem que procuraram saber o ponto de situação da cirurgia para informar este familiar; Confiança relativamente à equipa de saúde responsável pela cirurgia do seu familiar.

Neste sentido, pode verificar-se que os sentimentos relatados pelos participantes do estudo são congruentes com aqueles sinalizados na literatura relevante no domínio.

Mais concretamente, Mendes (2015) refere que face ao internamento/cirurgia de um familiar, a família experiencia um grande sofrimento, ansiedade e insegurança, associados à ausência da pessoa internada que lhes é significativa. Também Frizon *et al.* (2011) assinalam que a família tende a vivenciar sentimentos de dor, tristeza, angústia, impotência, medo e desespero, sendo estes sentimentos movidos pelo impacto emocional do internamento/cirurgia e/ou pela possibilidade iminente de perda. Esta ideia foi também abordada em 2015 por Mendes tendo o autor verificado que os membros da família ficam expostos a múltiplas fontes de stress (físico e psicológico), particularmente quando se trata de uma situação repentina pois deste modo não houve tempo para preparação ou adaptação. De igual modo, outros estudos têm verificado que o internamento e/ou a cirurgia de um membro da família, sendo uma situação stressante e, frequentemente, inesperada, provoca diversas mudanças no quotidiano da família (Al-Mutair *et al.*, 2013; Karlsson *et al.*, 2011).

No mesmo sentido, Salimena *et al.* (2011) verificaram também que a família, enquanto aguarda na sala de espera pelo final da cirurgia, manifesta sentimentos de ansiedade, “coração apertado” e sofrimento, bem como falta de informação. A espera tem inerente uma sensação desagradável de tensão, apreensão e medo, sendo que não raras vezes a ansiedade era desencadeada pela falta de conhecimento do que estava a acontecer com a pessoa durante a cirurgia, bem como pela falta de informação por parte da equipa de saúde acerca do desenrolar da mesma. Por sua vez, o estudo de Arnhold *et al.* (2017) põem em evidência sentimentos de ansiedade, angústia, nervosismo e medo.

Nesta linha, pode depreender-se que a família expressa, neste contexto, diversos sentimentos. Maruiti, Galdeano e Farah (2008), tendo desenvolvido um estudo com o objetivo de identificar a ocorrência de sintomas de ansiedade e/ou depressão em familiares de doentes, concluíram que o suporte à satisfação das necessidades dos familiares, assim como o suporte emocional devem ser tomados como prioritários no plano dos enfermeiros de modo a prevenir a instalação desses sintomas. Assim sendo, o acolhimento representa um momento fundamental para a família da pessoa submetida a cirurgia. Tal como já foi referido, é neste momento que o enfermeiro deve evidenciar competências para receber e

aceitar a presença e as necessidades da família, bem como estabelecer um diálogo eficaz com a família construindo uma oportunidade de interação e estabelecendo uma relação terapêutica através do 'estar próximo', empatia e disponibilidade (Mendes, 2015).

O acolhimento à família permite que esta se sinta acolhida, tenha a possibilidade de interagir, “de comunicar para expressar as suas dúvidas, as suas preocupações e incertezas, de encontrar respostas, um sorriso, algum sossego” (Mendes, 2015, p. 219). Neste sentido, sabendo que a família vivencia o processo de transição saúde-doença com sentimentos negativos decorrentes da necessidade de readaptação à nova situação, a equipa de enfermagem deve potenciar a humanização dos cuidados durante o perioperatório (Abreu, 2011). Esta humanização dos cuidados passa por ajudar as famílias a desenvolverem estratégias - potenciando os seus recursos e promovendo a aquisição de novos - de modo a serem capazes de se adaptarem mais facilmente à situação. Naturalmente que a humanização dos cuidados tem de partir da identificação das necessidades da família, pois só assim o enfermeiro pode responder de forma adequada às necessidades da mesma (Pinto, 2016). Como refere Rodrigues (2013, p. 38), “para se trabalhar na perspetiva da família, é necessário acreditar que os processos de saúde-doença são experiências que envolvem toda a família”.

Dificuldades sentidas pela família durante intraoperatório

No que concerne às dificuldades sentidas pela família durante intraoperatório, os participantes do presente estudo destacam a dificuldade de obter informação, quer antes, quer durante a cirurgia, a falta de atenção por parte dos profissionais de saúde, a falta de informação, a falta de organização da equipa de saúde e ainda algumas dificuldades relacionadas com a gestão pessoal e familiar, nomeadamente questões relativas ao transporte e ao tempo de espera.

Tal como já foi referido anteriormente, a informação objetiva, honesta e frequente é a necessidade mais sentida e, como tal, mais importante dos doentes e familiares (Knobel, Andreoli e Erlichman, 2008). Esta necessidade de informação decorre do facto de o perioperatório corresponder a um período que pode provocar sentimentos de insegurança e ansiedade para o doente e família atendendo ao receio do processo cirúrgico, de possíveis complicações ou da perda de autonomia (ainda que temporária). Este receio provoca stress e, no caso da pessoa submetida a cirurgia, pode comprometer a recuperação e a promoção de saúde. Assim sendo, Santos, Henckmeier e Benedet (2011) e Pinar, Kurt e Gungor (2011) referem que é absolutamente fundamental que o doente e a

família compreendam todos os procedimentos e recebam informações individualizadas sobre todo o processo.

Na mesma linha, Pinar, Kurt e Gungor (2011) sugerem que o enfermeiro perioperatório deve rever com o doente e família todos os aspetos relativos ao cuidado, desde o motivo da cirurgia, tipo de procedimento cirúrgico, repercussões, expectativas, deambulação, nutrição, dor, tempo de internamento e período pós-alta hospitalar. O autor refere ainda que cabe ao enfermeiro perioperatório promover não apenas a recuperação física e mental do doente, mas também a promoção da sua saúde, daí a importância de envolver a família neste processo.

Mazzi e Tonhom (2018) verificaram, ao entrevistar pessoas que iriam ser submetidas a cirurgia assim como profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, que frequentemente as informações fornecidas ao doente e à família são superficiais e/ou pontuais. Este aspeto tinha também já sido apontado por Garrett (2016) ao verificar que, no momento da cirurgia, o doente vê o médico como detentor do conhecimento, uma vez que é o profissional que detém a responsabilidade sobre o seu corpo sujeito a cirurgia e não ousa fazer questões sobre os procedimentos envolvidos no processo cirúrgico. Sayin e Aksoy (2012) referiram inclusivamente que a linguagem utilizada pelos elementos da equipa de saúde é um fator perturbador para os doentes, pois não é percebida adequadamente e estes têm vergonha de perguntar, ou então distorcem o significado do que ouviram, pelo que ficam ansiosos. Por conseguinte, o enfermeiro perioperatório deve fornecer informações claras e adequadas à pessoa submetida a cirurgia e sua família - não aquelas que o profissional julga serem importantes, mas aquelas centradas nas necessidades individuais de cada doente.

Por sua vez, Austin (2016) refere que frequentemente o doente perioperatório percebe a família como fonte de conforto e apoio, logo, quer a família, como qualquer outro acompanhante com quem a pessoa hospitalizada se sinta acolhida e segura devem ser envolvidos no processo de cuidados a estes doentes. Esta inclusão é, como referido previamente, muito importante uma vez que a família (ou outro significativo) pode constituir-se como uma aliada nuclear no processo de cuidado, potenciando a recuperação do doente. Assim, é fundamental que a equipa de saúde inclua de maneira efetiva a família no cuidado (sem comprometer, naturalmente, a autonomia do doente).

A este propósito, Mazzi e Tonhom (2018) referem inclusivamente que, por vezes, o doente cirúrgico, ao não encontrar apoio na equipa de saúde, procura apoio na família. Os profissionais de saúde corroboram este aspeto e referem inclusivamente que os cuidados são frequentemente pouco articulados entre os técnicos e que a comunicação ineficaz constitui uma dificuldade de relevo para a efetivação de um cuidado integral e humanizado.

Este cuidado tem de ter presente a possível reação da família à situação de cirurgia/hospitalização uma vez que a investigação tem demonstrado claramente que esta situação afeta a dinâmica familiar e dá lugar a sentimentos de desamparo. Daí ser fundamental prestar informações com regularidade e ajudar as famílias da pessoa submetida a cirurgia a lidar com a incerteza (Hockenberry e Wilson, 2011)

Estes resultados corroboram, portanto, a percepção dos participantes do presente estudo de que é difícil obter informação relativamente à cirurgia e ao estado de saúde do doente, quer antes, quer durante a cirurgia e que os profissionais de saúde, estando pouco articulados, demonstram também alguma falta de consideração/atenção para com as famílias da pessoa submetida a cirurgia.

Estes aspetos adquirem particular relevância atendendo ao perfil profissional do enfermeiro perioperatório. Cabe-lhe identificar as diversas dificuldades do doente e família e delinear um plano de cuidados individualizado de forma a orientar as ações de enfermagem - tendo sempre por base o objetivo de restabelecer e/ou conservar o bem-estar dos indivíduos (AESOP, 2006). Como referia George (2000, p. 254) o *“atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, apesar de ter recebido ao longo do tempo menos ênfase do que os outros aspetos da prática de enfermagem é o cuidado”*.

Neste sentido, para a enfermagem perioperatória a preparação e o acompanhamento da família devem ser um foco central de trabalho. Isto porque a prestação de cuidados de excelência que promovam o bem-estar e a dignidade humana devem estar centrados na pessoa e na família (Oliveira, 2019).

Fatores facilitadores vivenciados pela família no momento do intraoperatório

A presença de outras pessoas na sala de espera, a prestação de informações por parte dos profissionais de saúde sobre a cirurgia, o atendimento dos profissionais de saúde e a prestação de informações dadas por outras pessoas foram apontados pelos participantes como os principais fatores facilitadores da experiência no intraoperatório.

Tal como já foi referido previamente, a investigação demonstra que aquando da hospitalização de um membro da família as principais necessidades dos familiares são o “estar informado do estado do doente; receber informações tão honestas quanto possível; poder falar com o médico e estar seguro que o doente recebe os melhores cuidados possíveis” (Wright e Leahey, 1991). Neste sentido, Liberado (2004) refere que a necessidade de informação é colmatada de forma plena quando são fornecidas à família explicações sobre o estado do doente cirúrgico, constituindo este um fator facilitador da

vivência da família. Com efeito, a confirmação de que a pessoa submetida a cirurgia está a receber cuidados de qualidade ajuda as famílias a lidar com os sentimentos de insegurança e ansiedade.

Para a família, o facto de se sentir incluída no tratamento do seu familiar aumenta o sentimento de utilidade e contribui para a minimização da ansiedade, causada quer pela situação clínica do doente quer pela separação (Martins e Duarte, 2014). De facto, a prestação de informações por parte dos profissionais de saúde sobre a cirurgia e o acolhimento são muito importantes, até porque tanto o doente como a sua família têm o direito de receber as informações necessárias, bem como o apoio físico e psicológico essenciais para ultrapassarem a fase dos cuidados perioperatórios. É inclusivamente o próprio Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea c do Artigo 84º, que aborda o direito de informação ao indivíduo e família uma vez que a falta de informação pode contribuir para uma perceção inadequada da respetiva situação clínica, causando por isso maior ansiedade e dificultando o cuidar (Nunes, Gonçalves e Amaral, 2005).

Neste sentido, os enfermeiros podem ter um papel muito importante na gestão da vivência da família da pessoa submetida a cirurgia pois podem influenciar a forma como o doente lida com a cirurgia e com o tratamento, mas também a forma como a família presta cuidados - dando-lhe um sentido de cumprimento e utilidade (Almeida, Colaço e Sanchas, 1997).

Atendendo a que aquando do internamento o doente é afastado da sua estrutura familiar, deixa de estar com as pessoas que lhe são queridas (a sua família e amigos) e passa a partilhar a sua vida e a sua intimidade com estranhos, o meio hospitalar é geralmente descrito como impessoal e distante, isto é, implica o estar reduzido ao espaço de uma cama, perder autonomia, liberdade e privacidade e exige um elevado esforço de adaptação pessoal (Janeiro, 2001). No caso da família, Carley e Anderson (1999, p. 275) sugerem que a experiência é também muito difícil:

Os familiares são reencaminhados para a sala de espera onde podem experienciar sentimentos de impotência e ansiedade à medida que a cirurgia se aproxima. Os familiares podem chorar, os doentes podem entrar em pânico, a frustração pode tornar-se na regra...e não na exceção.

De facto, quando um elemento da família vai ser submetido a uma cirurgia, todos os elementos da família sofrem de ansiedade, podendo desencadear uma crise familiar e afetar o modo como esta se adapta – o que por sua vez pode afetar o doente e o prognóstico da sua doença (Fidalgo, 2002). Nesta linha de pensamento, para Martins e Duarte (2014), a permanência num hospital por internamento e/ou cirurgia de um familiar

é uma situação que altera a rotina diária, não só do doente, mas sobretudo da sua família, sendo uma situação angustiante uma vez que os familiares ficam afastados de uma pessoa próxima e veem condicionada a possibilidade de planearem as suas atividades uma vez que têm de incluir esta nova ocorrência (Siqueira *et al.*, 2006). A cirurgia provoca alterações a nível familiar, tais como o facto de as rotinas da casa terem de ser interrompidas e de alguns membros da família poderem ter de assumir responsabilidades e funções novas (Oliveira, 2015). Por conseguinte, a cirurgia representa uma situação geradora de ansiedade para os familiares, especialmente na fase em que os doentes estão no Bloco Operatório e muito particularmente na fase intraoperatória onde referem sentir-se isolados, ansiosos e com a sensação do tempo não passar.

Neste sentido, os familiares requerem informação e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, sendo o enfermeiro o principal elemento envolvido na prestação de informações e atendimento à família. Dito de outro modo, o médico é o profissional a quem os doentes e seus familiares delegam responsabilidades relativamente ao sucesso da cirurgia, no entanto, quando questionados acerca das expectativas que têm sobre o enfermeiro, esperam que seja este a satisfazer as suas necessidades imediatas para que se sintam mais seguros, confiantes e, acima de tudo, apoiados (Fidalgo, 2002).

Tal como assinala a AESOP (2006), o enfermeiro desempenha um papel importante ao proporcionar ao doente e sua família o acesso à informação e a um espaço adequado para que estes possam expressar os seus medos e preocupações, promovendo assim um mais rápido restabelecimento emocional. As intervenções de enfermagem a nível familiar devem, portanto, incluir apoio, informação sobre a doença, recursos existentes na comunidade, acompanhamento e esclarecimento de dúvidas. Particularmente na fase do intraoperatório, os cuidados prestados à família devem ser de apoio e esclarecimento em local apropriado e de forma personalizada – tal como foi salientado pelos participantes deste estudo.

Além disso, cabe também ao enfermeiro facilitar o contacto com o médico e tranquilizar a família da pessoa submetida a cirurgia sobre o possível tempo de permanência do doente no Bloco Operatório pois estas informações contribuem para tranquilizar a família, preparando-as para melhor poderem ajudar o familiar no pós-operatório (Fidalgo, 2002).

Um outro aspeto importante tem a ver com a eficácia com que se comunica com os familiares. A este propósito, Fonseca e Videira (2003) referem que as novas tecnologias podem assumir-se como um recurso interessante. Apesar de se poder considerar que a comunicação através das novas tecnologias possa ser algo fria e impessoal, verificamos que com o grande volume de cirurgias diárias e com a necessidade de uma gestão rigorosa de tempo e pessoas, estas tecnologias podem ser um valioso aliado, desde que a

informação seja entendida de forma clara e eficaz, perceptível e isenta de terminologia, para que se obtenha um impacto terapêutico junto da pessoa submetida a cirurgia e sua família. Aliás, um estudo realizado na *University of Virginia Medical Center* em 2008 revelou que a ansiedade dos familiares/amigos pode ser diminuída através de um simples telefonema (os telefonemas foram feitos aproximadamente de duas em duas horas e as mensagens eram algo semelhante ao seguinte: 'A cirurgia está a decorrer como planeado, telefonaremos novamente daqui a 2 horas'). Também na *Thomas Jefferson University* existe uma sala de espera onde são prestadas, por um enfermeiro, informações aos familiares sobre como está a decorrer a cirurgia. Há também alguns hospitais americanos que têm recorrido à rede social *Twitter* para prestarem informação atualizada aos familiares (e.g., *Children's Mercy*; Cardoso, 2010).

Assim, concluímos que a comunicação com a família da pessoa submetida a cirurgia é fundamental para a melhoria desta experiência – sendo, naturalmente, ideal que seja o enfermeiro a transmitir informações e acompanhar as famílias – pelas suas capacidades e competências específicas (Carregoso, 2014). Deste modo, é absolutamente fundamental – para melhorar a vivência da família da pessoa submetida a cirurgia – promover ativamente o envolvimento da família nos cuidados ao doente pois tal envolvimento potencia a colaboração da pessoa submetida a cirurgia, promove a adaptação desta à doença, diminui a ansiedade da família e aumenta a sua satisfação relativamente aos cuidados prestados e promove ainda uma atitude mais positiva em relação à hospitalização (Oliveira, 2019).

Concluindo a discussão dos nossos resultados e confrontando com estudos e ideias de autores que se debruçaram sobre a temática, no capítulo seguinte apontamos as conclusões e perspetivas futuras. Foi interessante verificar que os nossos achados vão de encontro a outros estudos o que reforça a importância de intervir nesta área e melhorar as práticas de cuidados.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Esta investigação, baseando-se num conjunto particular de dados acerca da vivência da família da pessoa submetida a cirurgia apresenta resultados que confirmam a heterogeneidade desta experiência – mesmo a amostra tendo sido constituída por oito indivíduos avaliados na mesma Unidade de Saúde.

Com efeito, a abordagem qualitativa e o recurso à entrevista como estratégia de recolha de dados permitiu aceder a informação com um nível de riqueza e complexidade dificilmente atingíveis através de outras abordagens metodológicas e, neste sentido, permitiu identificar as necessidades, sentimentos e dificuldades sentidas pelos familiares durante o intraoperatório. Além disso, permitiu ainda sinalizar alguns aspetos facilitadores desta vivência, bem como algumas sugestões de melhoria propostas pelas famílias, no sentido de facilitar a sua experiência no período intraoperatório. Assim, destes resultados emergiram como principais conclusões:

- As principais **necessidades** dos participantes deste estudo estavam relacionadas com a falta de informação sobre a cirurgia (quer antes, durante e após a cirurgia), com a falta de apoio por parte da equipa de saúde, bem como com o conforto e meios de distração existentes na sala de espera (considerados insuficientes).

- Os **sentimentos** mais vivenciados durante o intraoperatório foram a preocupação, medo, ansiedade, indignação, impaciência, falta de vontade, angústia e sofrimento. Há, no entanto, registos de sentimentos de satisfação e confiança, ou seja, os familiares referem sentir satisfação face à atitude de alguns profissionais de enfermagem que procuraram saber o ponto de situação da cirurgia para os atualizar e confiança relativamente à equipa de saúde responsável pela cirurgia do seu familiar.

- No que se refere às principais **dificuldades** sentidas pelos participantes, estas estavam associadas à obtenção de informação (quer antes, quer durante a cirurgia), à falta de atenção por parte dos profissionais de saúde e à falta de organização da equipa de saúde. Há também registos de algumas dificuldades relacionadas com a gestão pessoal e familiar, nomeadamente com questões relativas ao transporte e ao tempo de espera.

- Quanto aos **aspetos facilitadores** da experiência no intraoperatório, destacaram-se a presença de outras pessoas na sala de espera, a prestação de informações por parte dos profissionais de saúde sobre a cirurgia, o atendimento dos profissionais de saúde e a prestação de informações dadas por outras pessoas.

Assim sendo, os resultados obtidos no presente estudo vêm reforçar a investigação desenvolvida no domínio das vivências da família da pessoa submetida a cirurgia durante o intraoperatório. É, por isso, fundamental que no momento em que ocorre a separação entre o doente e a sua família, a equipa de enfermagem seja capaz de realizar o acolhimento de ambos de uma forma efetiva, isto é, o enfermeiro deve procurar colocar-se no lugar do outro de uma forma empática e acompanhar o doente e sua família ao longo

de todo o processo – prestando orientações e informações regulares sobre a situação do doente (Salimena, Andrade e Melo, 2011). Deve também ter a capacidade de prestar apoio emocional e de fazer a articulação entre a equipa de enfermagem na sala de operações e a família, garantindo assim algum suporte para minimizar as necessidades dos familiares e as situações de ansiedade, medo e falta de informação enquanto decorre o procedimento cirúrgico (Possari, 2007).

Neste sentido, podemos considerar que os enfermeiros devem de facto promover a humanização e qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2012), estabelecendo um diálogo eficaz com a família e construindo assim oportunidades de interação positiva que permitam estabelecer uma relação terapêutica através do ‘estar próximo’, empatia e disponibilidade (Mendes, 2015). Naturalmente que esta humanização dos cuidados passa por ajudar as famílias a desenvolverem estratégias para lidar com a hospitalização e cirurgia que, por sua vez, implicam potenciar recursos já existentes e promover a aquisição de novos recursos de modo a serem capazes de se adaptar mais facilmente às novas circunstâncias.

Por conseguinte, podemos considerar que a prestação de cuidados de excelência que promovam o bem-estar e a dignidade humana devem estar centrados na pessoa e na família e que a capacidade de comunicação do enfermeiro é fundamental para a melhoria desta experiência – sendo, naturalmente, ideal que seja o enfermeiro a transmitir informações e acompanhar as famílias – pelas suas capacidades e competências específicas.

As funções executadas pelo enfermeiro numa unidade cirúrgica são, assim, cruciais para o êxito de todos os períodos do processo cirúrgico uma vez que são estes profissionais que assumem um papel de intervenção direta no conforto da família do doente cirúrgico, na resolução de problemas ou necessidades e ainda como elos de ligação entre o interior e o exterior da unidade cirúrgica, nomeadamente com a partilha de informação sobre o estado ou a situação em que se encontra o doente.

Atendendo a que o presente estudo pretendia, em última análise, contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito do intraoperatório aos familiares do doente cirúrgico, podemos considerar que é, portanto, fundamental a presença no enfermeiro no momento de acolher o doente e sua família no serviço, o estabelecimento de uma relação de confiança que permita o à vontade necessário para a expressão de inseguranças, dúvidas ou receios, bem como a presença durante e no final da cirurgia, estabelecendo as diligências necessárias para satisfazer as necessidades e expectativas da família. É também muito importante melhorar os procedimentos de informação à família tonando-os mais céleres e eficazes uma vez que este se revelou um aspeto nuclear para melhorar a vivência da família no intraoperatório.

Perspetivas futuras

Do exposto emergem um conjunto de perspetivas futuras ao nível da organização, práticas de cuidados e investigação.

Tendo em conta as necessidades referidas pelos participantes do estudo, recomenda-se a criação de uma sala de espera dirigida exclusivamente aos familiares da pessoa submetida a cirurgia, assim como a criação de um mecanismo que permita à equipa de saúde ter conhecimento da presença destes na sala de espera e possa, atempadamente, organizar-se no sentido de disponibilizar informação acerca da cirurgia e do momento no qual a mesma se encontra (através do preenchimento de impresso pelo familiar aquando da chegada à sala de espera que, contendo dados de identificação e contactos, permita agilizar este processo, com, por exemplo, o envio de uma SMS a informar o final da cirurgia e que o doente se encontra no recobro). Uma outra sugestão é a existência de um profissional de saúde na sala de espera que esteja em contacto com a equipa de saúde do bloco e que possa fornecer informações pertinentes aos familiares, ou, existir um painel informativo que indique o final da cirurgia do doente e a sua entrada na unidade de recuperação anestésica.

Relativamente às sugestões para investigações futuras, parece-nos que estas devem procurar recorrer a amostras mais heterogéneas, provenientes de outros contextos, bem como a metodologias mistas de investigação no sentido de alargar a amostra recorrendo a abordagens quantitativas e a outras estratégias de recolha de dados, bem como de aprofundar alguns aspetos da recolha de dados através de abordagens qualitativas.

Recomenda-se ainda a realização de estudos que analisem a relação entre a informação que é disponibilizada à família e aquilo que esta é capaz efetivamente de assimilar e que tenham em consideração o impacto emocional que a notícia da doença e do procedimento cirúrgico poderá acarretar. Estando os profissionais de saúde sensibilizados para os aspetos que transcendem o tratamento médico e de enfermagem, nomeadamente a questão do medo e ansiedade da família, é importante elaborar intervenções eficazes que potenciem o desenvolvimento de estratégias para lidar com a hospitalização e cirurgia por parte da pessoa submetida a cirurgia e sua família pois estas são situações para as quais normalmente não estão preparados.

Limitações do estudo

Como qualquer estudo, este também apresenta um conjunto de limitações que devem ser consideradas, particularmente em investigações posteriores. Antes demais, o universo do estudo cingiu-se a oito participantes. Além disso, o processo de amostragem adotado foi a amostra por conveniência o que tem, naturalmente, as suas limitações – não sendo os dados obtidos através de um mecanismo de probabilidade, os resultados obtidos não podem ser generalizáveis para toda a população, nem para outros setores de atividade. Deverão ser lidos com cautela, porém dão um contributo importante para a compreensão da vivência dos familiares da pessoa submetida a cirurgia, pelo que consideramos que as implicações deste estudo são válidas para situações similares. Considero que esta limitação do estudo teve a ver sobretudo, com a dificuldade em gerir o tempo ao longo de todo este processo, não só por excesso de carga horária a nível profissional, como também a inexperiência na área da investigação, acrescentando ainda, a dificuldade em conseguir conciliar as questões familiares, que em momentos inteiramente dedicados á realização e concretização deste projeto sempre me apoiaram e incentivaram.

No entanto, acreditamos que este estudo se constitui como uma mais-valia para a qualidade dos cuidados neste âmbito, bem como como um contributo para sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de mudar as práticas de cuidados neste domínio.

Constitui-se também como uma mais valia para nós profissionais pela reflexão que nos proporcionou e pelo desenvolvimento de conhecimentos sobre a temática e sobre o processo de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. - **Transições e contextos multiculturais**. 2ª edição ed. Coimbra: Formasau, 2011
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, (ACSS) - **Recomendações Técnicas para Bloco Operatório**. Lisboa : UIIE, 2011
- AL-MUTAIR, Abbas Saleh *et al.* - Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. **Journal of Clinical Nursing**. 22:13–14 (2013) 1805–1817.
- ALARCÃO, M. - **(Des) Equilíbrios família: Uma visão sistémica**. Quarteto E ed. Coimbra : [s.n.]
- ALCANTARA, Tainara Vasconcelos *et al.* - Intervenções psicológicas na sala de espera: estratégias no contexto da Oncologia Pediátrica. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. 16:2 (2013) 103–119.
- ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. Lusodidact ed. Lisboa : [s.n.]. ISBN 9789728383749.
- ALMEIDA, Cristina; COLAÇO, Cristina; SANCHAS, Lina - Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento. **Enfermagem em Foco**. 7:28 (1997) 36–43.
- AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS (AIA) - **Guidelines for design and construction of hospitals and outpatient facilities**. Washington, D.C. : AIA, 2010
- AMORIM, Maria Isabel - **Para lá dos números... aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes Mellitus tipo 2**. [Em linha]. [S.l.] : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009 [Consult. 8 ago. 2019]. Disponível em WWW:<URL:https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7211>.
- AORN - Recommended practices for traffic patterns in the perioperative practice setting. **Association of periOperative Registered Nurses Journal**. 83:3 (2012) 681–686.
- ARAÚJO, Isabel; SANTOS, António - Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. **Revista de Enfermagem Referência**. 3:6 (2012) 95–102. doi: 10.12707/RIII1171.
- ARNHOLD, Denise Teresinha *et al.* - A espera no centro cirúrgico: percepção do familiar. **Revista Destaques Acadêmicos**. 9:3 (2017) 44–58. doi: 10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1329.
- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES (AESOP) - **Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados**. Lisboa : Lusodidacta, 2006. ISBN 9789728930165.
- AUSTIN, Elizabeth A. - Personalized care for families of perioperative patients. **AORN**

- journal**. 103:3 (2016) 13–14.
- AZEVEDO, Paulo; SOUSA, Paulino - Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. **Revista de Enfermagem Referência**. . ISSN 08740283. 3:7 (2012) 113–122. doi: 10.12707/riii11140.
- BAILEY, D. E.; STEWART, J. - **Merle Mishel - Incerteza na Doença**. Loures : Lusociência, 2004
- BARBOSA, V.; RADOMILE, M. - Ansiedade pré-operatória no hospital geral. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**. 2:3 (2006) 45–50.
- BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana; BARRETO, Regiane - Humanização da assistência de enfermagem em Centro Cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 6:3 (2004).
- BELLUOMINI, Andrezza Silva; TANAKA, Luiza Hiromi - Assistência de enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca: percepção dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. **Nursing**. 6:65 (2003) 21–25.
- BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Quarteto E ed. Coimbra : [s.n.]. ISBN 972-8535-97-X.
- BOEHNLEIN, Mary Jo; MAREK, Jane F. - **Enfermagem no período intra-operatório**. Loures : Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.
- BORGES, Aida - A relevância da atuação do psicólogo face ao paciente crítico/cirúrgico e família. **Psicologia**. 2018) 1–15.
- BRIGA, Sónia - **A comunicação terapêutica enfermeiro-doente**. [S.l.] : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010
- BROERING, Camilla Volpato; CREPALDI, Maria Aparecida - Percepções e informações das mães sobre a cirurgia de seus filhos. **Fractal: Revista de Psicologia**. 30:1 (2018) 3–11. doi: 10.22409/1984-0292/v30i1/1434.
- CARDOSO, Ana - **Experiências dos pais na hospitalização**. [S.l.] : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010
- CARLEY, J.; ANDERSON, F. - When a minute sounds like a Millennium. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**. 14:5 (1999) 275–277.
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro - **Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem**. Lisboa : Universidade Aberta, 2015. ISBN 9789726747598.
- CARREGOSO, João Faria Mendes - **Comunicação com a família do doente cirúrgico programado adulto no período intraoperatório**. [S.l.] : Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, 2014
- CARVALHO, Joana; FRANCISCO, Rita; RELVAS, Ana - Family functioning and information and communication technologies: How do they relate? A literature review. **Computers in Human Behavior**. 45:2015) 99–108.

- CHAMBEL, Maria Teresa; CABRITA, Madalena - A organização dos cuidados e o modelo multifuncional. **Revista AESOP**. 12:34 (2011) 25–28.
- CHAMBERS, M.; RYAN, A. A.; CONNORS, S. L. - Exploring the emotional needs and coping strategies of family caregivers. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. 8:2 (2001) 99–106.
- CHISTÓFORO, Berendina Elsina Bouwman; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; CARVALHO, Denise S. - Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enfermagem**. 11:1 (2006). doi: 10.5380/ce.v11i1.5977.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Promover a vida**. Edições Té ed. Lisboa : [s.n.]. ISBN 972-757-109-3.
- CRESWELL, J. W. - **Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among Five Approaches**. 3rd ed ed. Thousand Oaks, CA : SAGE, 2013
- DAVIES, S. - **The quality distribution of jobs in search equilibrium**. University ed. Chicago : [s.n.]
- DEODATO, Sérgio - **A Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Edições Al ed. Lisboa : [s.n.]. ISBN 9789724034010.
- FERNANDES, J.; VENÂNCIO, D. - Um olhar sobre o cuidar em contexto cirúrgico. **Informar**. 32:2004) 4–9.
- FERRARO, A. - **Psicoprofilaxis Quirúrgica**. Lisboa : Revista Cr, 2000
- FERREIRA, Ana Mafalda Pinto - **Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: contributos da supervisão clínica em enfermagem**. [S.l.] : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015
- FERRITO, Cândida R. A. C. - **Enfermagem em Bloco Operatório**. Lisboa : Lidel, 2014. ISBN 978-972-757-959-4.
- FIDALGO, A. - **O papel do Enfermeiro face ao doente e/ou família/pessoas significativas no período perioperatório**. [S.l.] : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2002
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta - **Enfermagem de família: Um contexto do cuidar**. [S.l.] : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto., 2009
- FONSECA, A. - **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. Lisboa : Climepsi Editora, 2004
- FONSECA, S.; VIDEIRA, A. - Informação em Meio Hospitalar. **Sinais Vitais**. 35:2003) 40–44.
- FONTES, A. I. - **Satisfação profissional dos Enfermeiros... Que realidade? Serviço de cuidados intensivos versus serviço de medicina**. [S.l.] : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009

- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FRIZON, Gloriana *et al.* - Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 32:1 (2011) 72–78. doi: 10.1590/S1983-14472011000100009.
- FUERST, E. V.; WOLFF, L. V.; WEITZEL, M. H. - **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro : Interameri, 1977
- GARRETT, J. Hudson - Effective perioperative communication to enhance patient care. **AORN Journal**. 104:2 (2016) 111–120. doi: 10.1016/j.aorn.2016.06.001.
- GEORGE, Julia - **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre : Artmed, 2000. ISBN 85-7307-587-2.
- HAMLIN, Lois. *et al.* - **Enfermería perioperatoria : texto introductorio** [Em linha]. Editorial ed. Colombia : [s.n.] [Consult. 8 ago. 2019]. Disponível em:<URL:https://books.google.pt/books?id=J6vHCQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. ISBN 9786074480399.
- HENNESSY, D.; GLADIN, L. - **The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study**. Copenhagen : [s.n.]
- HESBEEN, W. - **Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures : Lusociência, 2001
- HIGGINSON, Irene *et al.* - Needs assessments in palliative care: An appraisal of definitions and approaches used. **Journal of Pain and Symptom Management**. 33:5 (2007) 500–505. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.007.
- HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. - **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8. ed ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2011
- IVANCKO, S. M. - E o tratamento se inicia na Sala de Espera... Em **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo : Thomson Lee, 2004
- JANEIRO, L. - **Medos do doente em internamento hospitalar**. [S.l.] : Escola Superior de Enfermagem de Portalegre, Portalegre, 2001
- KARLSSON, Christina *et al.* - Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. **Nursing in Critical Care**. 16:1 (2011) 11–18. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x.
- KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B.; ERLICHMAN, M. R. - **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo : Atheneu, 2008
- LAZARUS, R. - Psychological stress and coping in adaptation and illness. **International Journal of Psychiatry in Medicine**. 5:1974) 321–333.
- LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. - **Dynamics of stress: physiological, psychological, and**

- social perspectives**. New York : Plenum, 1986
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República**, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015 (15- 4860–4862.
- LIBERADO, J. - A informação aos familiares e acompanhantes: avaliação do grau de satisfação. **Revista Sinais Vitais**. 2004) 19–24.
- LIMA, F.; SILVA, J.; GENTILE, A. - A relevância da comunicação terapêutica na amenização do estresse de clientes em pré-operatório: Cuidando através de orientações. **Informe-se em promoção da saúde**. 2:2007) 17–18.
- LOPEZ, M. A.; CRUZ, M. J. R. LA - **Hospitalização**. Rio de Janeiro : McGraw-Hill, 2001
- LOURENÇO, Cidolina *et al.* - Confiança versus Desconfiança na Relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. **Pensar Enfermagem**. 15:2 (2011) 3–13.
- MARCOLINO, José Álvaro Marques *et al.* - Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório: Estudo comparativo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. . ISSN 0034-7094. 57:2 (2007) 157–166. doi: 10.1590/s0034-70942007000200004.
- MARTINS, Olga; DUARTE, Ana - **Enfermagem em Bloco Operatório**. Lisboa : Lidel, 2014. ISBN 9789727579594.
- MARUITI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luzia Elaine; FARAH, Olga Guilhermina Dias - Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**. 21:4 (2008) 636–642. doi: 10.1590/S0103-21002008000400016.
- MAXWELL, Karen Elizabeth; STUENKEL, Diane; SAYLOR, Coleen - Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. **Heart & Lung**. 36:5 (2007) 367–376. doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.02.005.
- MAZZI, Nathália Romeu; TONHOM, Silvia Franco Da Rocha - Refletindo o processo de trabalho no período perioperatório a partir das necessidades do paciente. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. . ISSN 18061222. 31:2018) 1–10. doi: 10.5020/18061230.2018.8631.
- MELEIS, A. I. - **Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York : [s.n.]. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- MENDES, A. - **A informação à família na unidade de cuidados intensivos: Desalojar o desassossego que vive em si**. Loures : Lusodidacta, 2015
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Retrato da Saúde 2018**. Lisboa : [s.n.]
- MISHEL, M. H.; CLAYTON, M. - Theories of uncertainty in Illness. **Middle Range Theory for Nursing**. 2008) 55Y-84Y.
- MONTEIRO, Maria Adelane Alves; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag - Análise da

adequação da teoria do relacionamento interpessoal em grupos conduzidos por enfermeira. **Escola Anna Nery**. 12:3 (2008) 424–429. doi: 10.1590/S1414-81452008000300005.

MONTEIRO, Maria Odete Martins Fernandes - **Necessidades de Informação dos Familiares/Pessoa Significativa dos Clientes Cirúrgicos, no Bloco Operatório Relatório**. [S.l.] : Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, 2014

MOURA SARTOR, Janice - **O sujeito diante da hospitalização: a tarefa de compreender o que lhe ocorre** [Em linha]. [S.l.] : UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - UNIJUÍ, 2017 Disponível

em:<URL:[http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/4932/Janice de Moura Sartor.pdf?sequence=1](http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/4932/Janice%20de%20Moura%20Sartor.pdf?sequence=1)>.

NUNES, Lucília; GONÇALVES, Rogério; AMARAL, Manuela - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa : [s.n.]

OLIVEIRA, Andreza Mota De - Reconfigurações familiares no contexto do adoecimento. **Psicologia**. 2015) 1–21.

OLIVEIRA, David André Espanhol - **A presença dos pais/pessoa significativa no bloco junto da criança**. [S.l.] : Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 2019

ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. 2012).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais** [Em linha] Disponível em:<URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf>.

PEIXOTO, Maria José; SANTOS, Célia - Estratégias de coping na família que presta cuidados. **Cadernos de Saúde**. . ISSN 1647-0559. 2:2 (2009) 87–93.

PEREIRA, Maria Aurora - **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto**. Coimbra : Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-92-4.

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lisboa : Lusodidact, 2005. ISBN 9789728383848.

PINAR, Gul; KURT, Ayten; GUNGOR, Tayfun - The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. **World Journal of Surgical Oncology**. 9:1 (2011) 38. doi: 10.1186/1477-7819-9-38.

PINHEIRO, D. - Competências dos Enfermeiros Perioperatórios. **Revista da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas**. 22:2007).

PINTO, Isabel Catarina Pedrosa - **Necessidades da família da pessoa em situação**

- crítica no período perioperatório.** [S.l.] : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2016
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre : Artmed Editora, 2004
- POSSARI, João - **Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão.** 3. ed. ed. São Paulo: Iátria, 2007
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - **Manual de investigação em ciências sociais** [Em linha]. 5. ed. ed. Lisboa : Gradiva, 2018 [Consult. 8 ago. 2019]. Disponível em:<URL:https://www.wook.pt/livro/manual-de-investigacao-em-ciencias-sociais-raymond-quivy/60212>. ISBN 9789726622758.
- Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. **Diário da República, 2.ª série** [Em linha] (18- 19359–19370. Disponível em:<URL:https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.
- Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. (09- 3054–3057.
- RIBEIRO, Isilda Maria - Enfermagem, valores e aprendizagem. Em **Centro de Estudos em Educação e Formação (CEEf), Universidade Lusófona do Porto/ Centro de Estudos e Intervenção em Educação e Formação (Ceief), ULHT Re.** ISBN 9789896540821
- RIPER, M. V. - **Factores determinantes na função familiar e na saúde dos membros da família.** Loures : Lusociência, 2005
- RODRIGUES, Ludovina Maria De Oliveira - **A família parceira no cuidar: intervenção do Enfermeiro.** [S.l.] : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013
- ROQUE, Sofia; SANTOS, Nuno Rebelo Dos - Sistema de avaliação do desempenho em enfermagem: eficiência e eficácia. **Saúde & Tecnologia.** 1 (2008) 26–29.
- ROTHROCK, J. C.; SMITH, D. A. - Selecting the perioperative patient focused model. **AORN journal.** 71:5 (2000) 1030–4, 1036–7.
- SALBEGO, Cléton *et al.* - Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 71:6 (2018) 2666–2674. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0753.
- SALIMENA, Anna Maria De Oliveira; ANDRADE, Maura Patrícia De; MELO, Maria Carmen Simões Cardoso De - Familiares na sala de espera do centro cirúrgico: sentimentos e percepções. **Ciência, Cuidado e Saúde.** . ISSN 1677-3861. 10:4 (2011) 773–780. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v10i4.18322.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. - **Metodologia de pesquisa.** São Paulo:


McGraw-Hil, 2013

- SANTOS, Jeferson; HENCKMEIER, Luizita; BENEDET, Silvana - O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. **Enfermagem em Foco**. 2:3 (2011) 184–187.
- SANTOS, Luísa; PAIS-RIBEIRO, José; GUIMARÃES, Laura - Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. **Análise Psicológica**. 21:4 (2012) 441–451. doi: 10.14417/ap.4.
- SAYIN, Yazile; AKSOY, Güler - The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study. **AORN Journal**. . ISSN 00012092. 95:6 (2012) 772–787. doi: 10.1016/j.aorn.2011.06.012.
- SIQUEIRA, Amanda *et al.* - Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arquivos médicos do ABC**. 31:2 (2006) 73–77.
- SOUZA, Maria De Lourdes De *et al.* - O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 14:2 (2005) 266–270. doi: 10.1590/S0104-07072005000200015.
- SPRY, C. - **Essentials of perioperative nursing**. Canadá : Jones and Bartlett Learning, 2009
- TENANI, Ana; PINTO, Maria - A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. **Arquivos de ciências da saúde**. 14:2 (2007) 85–91.
- VEBER, Fernanda - A influência da atividade lúdica sobre a ansiedade da criança durante o pré-operatório no centro cirúrgico ambulatorial. **Jornal de Pediatria**. 86:3 (2010) 209–214.
- VIEIRA, Margarida - **Ser Enfermeiro: da paixão à proficiência**. Braga : Universidade do Minho, 2017. ISBN 9789725405659.
- WATSON, Jean - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem** [Em linha]. Coimbra : Lusociência, 2002 [Consult. 8 ago. 2019]. Disponível em:<URL:https://www.lusodidacta.pt/enfermagem/66-enfermagem-ciencia-humana-e-cuidar-uma-teoria-de-enfermagem>.
- WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, Maureen - **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. são Paulo : Roca, 2012. ISBN 8572413464.
- WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen - **Familles et maladies comportant un risque vital** [Em linha]. New York : McGraw-Hill, 1991 [Consult. 9 ago. 2019]. Disponível em <URL:http://bibliotheque.bordeaux.fr/in/details.xhtml?id=mgroupp%3A9782864392811>.

ANEXOS

Anexo I - Parecer da Comissão de Ética do Hospital onde decorreram as entrevistas

Anexo I - Parecer da Comissão de Ética do Hospital onde decorreram as entrevistas

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 60/2018 -CES	Pág. 1 de 1
---	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº125 de 08/10/2018 Assunto: Estudo descritivo-exploratório subordinado ao tema "As Vivências da Família / Pessoa Significativa do Doente Cirúrgico no Intraoperatório".	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Paula Alexandra Rolo Cardoso Oliveira Esteves, enfermeira no Bloco Operatório Central da ULSAM, EPE, a frequentar o 2º ano do V curso de Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS do IPVC.
--	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Solicita autorização para a recolha de dados através da realização de entrevista semiestruturada ao familiar/pessoa significativa do doente cirúrgico adulto, que se encontre na sala de espera do Bloco Operatório e aguardar pelo final da cirurgia, a qual deverá ter duração superior a uma hora. "Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizarem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido..., que o princípio da confidencialidade será salvaguardado..."

2. Fundamentação

Estudo descritivo-exploratório, com uma abordagem qualitativa que tem como objetivos:

- Identificar as necessidades, os sentimentos e as dificuldades sentidas pela família/pessoa significativa do doente cirúrgico durante o intraoperatório.
- Descrever os aspetos facilitadores sentidos pela família / pessoa significativa do doente cirúrgico durante o intraoperatório.

Os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria do atendimento da família/pessoa significativa do doente cirúrgico no intraoperatório e como tal para uma melhor qualidade dos cuidados de saúde prestados.

3. Conclusão/parecer

O estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod.Q741.0, pelo que nada há a opor à autorização requerida.

Nota: Referências bibliográficas:

Relator(es)	Sandra Novo
Ratificado em reunião do dia	20-11-2018
Enviado parecer: ___/___/___	

20/11/2018

O Presidente da CES

ANTÓNIO RODRIGUES, DR.
PRESIDENTE DA CES

Mod. Q756.1 Set/2017

Rosário Barros
Enfermeira Diária
JUGD

Sandra Novo
Sandra Novo do Relatório final do estudo.



APÊNDICES

Apêndice A - Guião orientador da entrevista

Apêndice B - Matriz e Redução de dados

Apêndice C - Consentimento Informado e declaração de participação no estudo

Apêndice A - Guião orientador da entrevista

GUIÃO ORIENTADOR DA ENTREVISTA

I Parte - Acolhimento	
Objetivo: Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Identificação do investigador;• Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;• Garantir a confidencialidade e anonimato;• Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Idade _____• Género: Feminino _____ Masculino _____• Profissão _____• Proveniência _____• Familiar _____ Pessoa significativa _____• Religião _____

GUIÃO DA ENTREVISTA

III Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos Específicos:	Questões orientadoras

<p>Identificar as necessidades da família/pessoa significativa no intraoperatório;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O que necessita neste momento de acompanhamento do seu familiar/pessoa significativa? • O que deseja para si e para o seu familiar? • O que espera dos profissionais de saúde?
<p>Identificar os sentimentos vivenciados pela família/pessoa significativa durante o intraoperatório;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O que está a sentir durante este período de espera pelo seu familiar/pessoa significativa? • Quer partilhar connosco o que está a sentir neste momento, nesta situação?
<p>Identificar as dificuldades sentidas pela família/pessoa significativa durante o intraoperatório;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião quais são as maiores dificuldades relacionadas com esta situação?
<p>Descrever os aspetos facilitadores sentido pela família no momento do intraoperatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que aspetos podem na sua opinião ajudar neste momento? • Quer apresentar algumas sugestões/contributos para melhorar o atendimento da família/pessoa significativa nestas circunstâncias?

IV Parte – Fecho da Entrevista

- Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Apêndice B – Matriz de redução de dados

Temáticas	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Necessidades da família/pessoa significativa no intraoperatório	Relacionadas com a informação sobre a cirurgia		<p>Acho que por exemplo...devia alguém... não sei? Ir alguém dizer alguma coisa! Já, estou à quatro horas à espera e ninguém, ninguém foi lá dizer nada. Bastava que alguém me disse-se: - Olhe a sua mãe já foi operada!... já está no recobro!... Fazia falta alguém vir falar com o familiar no final da cirurgia!" E1</p> <p>"Queria saber se está tudo bem, se não está? Como está a correr a operação (...) ter alguma notícia. Era bom que alguém me fosse dizendo alguma coisa!..." E3</p> <p>"Acho que durante este momento de espera, era necessário saber, se é normal demorar assim tanto tempo e o porquê de estar a atrasar tanto! Se é normal? Porque eu não sei, não é!? " E6</p> <p>"(...) uma vez que não há acesso ao que se passa cá dentro (...) acho que era importante a pessoa que tivesse ali, tivesse sempre um feedback do que se está a passar aqui dentro, penso que isso era até bastante importante, porque há operações complicadas, situações de cancro e situações em que os doentes depois da operação vão para os cuidados intensivos, e quem está lá fora nem tem a mínima noção disso!" E6</p> <p>"(...) precisava de ter informações sobre o que está a acontecer, saber se a operação já começou, ou se por acaso já terá terminado? Saber alguma coisa!? Se... já entrou ou não para a operação, se está tudo a correr bem? porque não tenho nenhuma informação! Não sei absolutamente nada." E7</p> <p>"...não precisávamos de interagir com o doente logo quando o doente vai para o recobro (...) mas pelo menos, saber se já terminou a cirurgia e se correu tudo bem!? Se já se encontra no recobro..." E4</p>

		<p>“A operação dela estava marcada para as 11h (...), ah! Se calhar foi antecipada! -Mas onde é que a minha mãe está? Por amor de Deus, acho que deviam dar essa informação ao familiar, visto que não podemos subir mais cedo do que as 9:30.” E1</p> <p>“Acho que seria oportuno, quando as cirurgias começam a ser demoradas e o tempo já ser algum, alguém, dizer alguma coisa ali fora, à família.” E5</p> <p>“Saber de que a cirurgia acabou e de que está tudo bem com o nosso familiar é a nossa prioridade! Uma simples informação de dentro para fora de que a cirurgia já terminara e que está tudo bem...” E7</p> <p>“(...) eu penso que sim, quando a cirurgia estivesse a demorar muito, que alguém daqui de dentro deveria ir lá fora perguntar quem é o familiar ou acompanhante do doente (...) isso era ótimo!...” E5</p>
	<p>Relacionadas com o apoio aos familiares</p>	<p>“Alguém que se lembrasse um pouco daqueles que estão aqui, deste lado (do lado de fora do BO)!” E7</p> <p>“(...) e agora estou ali fora (...) sei que não podem estar sempre ali! (...) mas ali, um bocadinho, um contacto com um familiar, enfermeira! Acho que havia de haver, e de facto, não houve!” E1</p> <p>“Olhe precisava que tivessem outro tipo de atenção pelas pessoas (familiares/pessoas significativas) que estão lá fora, porque não vão lá fora...não vai ninguém dizer nada, rigorosamente nada...” E2</p> <p>“Não há pergunta nenhuma, não há qualquer tipo de relação. Nada, nada!” E2</p> <p>“(...) evidentemente que precisava de mais, eu acho que nós somos seres humanos...tem que haver um cuidado uma atenção para com a família dos doentes (...)” E2</p> <p>“(...) alguém daqui de dentro, deveria ir lá fora perguntar quem é o acompanhante ou familiar do doente? (...) mas... não sei? (...) terem mais atenção...” E5</p>

		<p>“(...) nestes casos mais complicados, mais delicados viessem dar uma palavra sobre a cirurgia, acho que era o ideal, que alguém da equipa médica nos dissesse como correu a operação, alguma coisa, nem que apenas nos viessem dar um apoio e uma palavra amiga. Acho que era o suficiente.” E8</p> <p>“Em situações de pequena cirurgia, acho que não seria preciso grande informação sobre a cirurgia, mas sim apenas uma palavra de conforto” E8</p>
	Relacionadas com o conforto	<p>“(...) penso que deveria existir umas cadeiras mais confortáveis, para mim não me faz diferença, mas penso que as pessoas de mais idade que estão ali horas à espera, as cadeiras acabam por não ser muito confortáveis (...) falta um pouco de conforto!” E4</p> <p>“(...) deveria existir outro tipo de cadeira, porque a maioria das pessoas que ali se encontram à espera de seus familiares são pessoas já com alguma idade, o que não é nada confortável esperarem tanto tempo naquele tipo de cadeira.” E8</p> <p>“Se calhar, uma sala de espera melhor, (...) separada da sala de espera dos cuidados intensivos” E3</p>
	Relacionadas com os meios de distração	<p>“O que existe ali fora é nada, não é? Não existe mais nada, apenas uma cadeira! Não existe mais do que isso ... perdão, também existe uma televisão... temos de ser honestos! E é o que temos.” E6</p> <p>“E para além da televisão... existir também, um jornal e algumas revistas para ajudar a passar o tempo. Algo que nos distraísse um pouco.” E4</p> <p>“Lamento não ter trazido um livro, porque me esqueci, só por isso...para ajudar a passar o tempo e assim conseguir ficar mais entretida.” E6</p>
Sentimentos vivenciados pelos familiares durante o intraoperatório	Preocupação	<p>“Estou bastante preocupada é a primeira vez que a minha mãe é operada, claro que fico preocupada, nunca foi operada!...” E1</p> <p>“Estou preocupada, eu estou preocupadíssima! Sei que ele após as cirurgias desmaia...” E2</p>

		<p>“...não é necessário que exista mais nada do que ali está, porque não precisamos de mais nada para nos distrair! Não nos conseguimos focar em mais nada! A nossa prioridade é estar atenta aquela porta para o ver sair!” E4</p> <p>“...aquele tempo de espera que nunca mais termina, por mais curto que seja, deixa-nos preocupados!” E4</p> <p>“É com alguma preocupação que estou a viver este momento, já são algumas horas de espera!” E6</p>
	Medo	<p>“...claro, estou com receio de que alguma coisa não corra bem, estou bastante preocupada!” E7</p> <p>“...é a primeira vez que a minha mãe é operada, ela estava com medo! Eu com medo estou!” E1“</p> <p>“Eu não posso fazer nada, não é? Uma vez que ele está aqui dentro e estará a ser bem tratado, não é? Eu limito-me a estar ali fora a aguardar, somente!” E6</p>
	Ansiedade	<p>“Espero que o meu sobrinho fique bem, trata-se de uma situação hereditária da qual foi necessário recorrer à cirurgia. Portanto, espero que corra tudo bem e que fique bem! Que não tenha nenhum problema, que não apanhe nenhuma bactéria, nem nada dessas coisas de que se ouve falar em relação aos blocos operatórios.” E6</p> <p>“Eu sou bastante nervosa e estou aqui neste estado de ansiedade, quando não havia necessidade nenhuma!...” E2</p> <p>“(...) e agora estou ansiosa por saber se corre tudo bem!” E6</p> <p>“...estou muito nervosa e, claro, com receio que alguma coisa não corra bem!” E7</p> <p>“Na verdade, em vez de ficar tão nervoso... deveria ter ido perguntar alguma coisa (...)” E5</p>
	Indignação	<p>“(...) quem está cá dentro, passado algum tempo deveriam ir ali falar com o familiar, achava isso muito bom (...), se as pessoas</p>

		<p>tivessem mais compreensão! Está a ver (...) isto não se faz!!” E2</p> <p>“Isto não se admite, acho eu! (...) porque isto é fazer pouco das pessoas, de quem está lá fora (dos familiares/pessoas significativas)! “ E2</p>
	Impaciência	<p>“(...) tive de tocar na campainha duas ou três vezes...” E2</p> <p>“É aquele tempo de espera que nunca mais termina por mais curto que seja! (...)” E4</p> <p>“Da outra vez que a minha mulher foi operada à coluna, demorou imenso tempo e eu comecei a ficar impaciente e a não conseguir ficar sentado (...)” E5</p> <p>“Quando as cirurgias começam a ser demoradas uma pessoa começa a ficar impaciente e ansiosa!” E5</p>
	Falta de à vontade	<p>“(...) vejo pessoas a passar, não sei se são enfermeiros ou médicos e não, não me atrevo a perguntar! (...) E também não me sinto à vontade para o fazer” E7</p>
	Angústia	<p>“Angústia, porque muito tempo de espera leva a muita angústia.” E4</p> <p>“...estou aqui com uma angústia onde não havia necessidade (...)!” E2</p> <p>“(...) saber que está tudo bem com o nosso familiar (...) seria mais do que suficiente para terminar com esta minha angústia.” E7</p> <p>“Muita angústia!...estou, claro, com receio que alguma coisa não corra bem!” E7</p>
	Sufrimento	<p>“Nós despedimo-nos do nosso familiar à porta do Bloco Operatório e a partir daí é um período de espera, que pode ser muito longo...é uma tortura e um sofrimento!!” E7</p> <p>“(...) do lado de fora não se tem a noção de que as horas passam (...) ou seja quem está lá fora à espera também sofre!!!” E6</p>
	Satisfação	<p>“(...) ouviu o porquê de eu estar assim, que foi imediatamente saber o que se estava a passar com a cirurgia da minha esposa e o porquê da sua demora, o que me tranquilizou bastante depois (...) pois fiquei muito satisfeito e contente com a abordagem que a senhora enfermeira me fez!” E5</p>

Dificuldades sentidas pela família do doente	Obter informação	Antes da cirurgia	<p>“Dirigi-me ao quarto e ela já não estava lá (...)!” E1</p> <p>“Hoje de manhã liguei-lhe para o telemóvel e já estava desligado, já não consegui falar com ele (...) nem o vi!” E2</p> <p>“(...) Já não pode estar com ele quando foi para o bloco (...) não consegui estar aqui para o ver ir para a operação.” E2</p> <p>“Quando cheguei já não o vi... o enfermeiro ontem disse-me que a cirurgia dele estava marcada para as 8 horas.” E2</p> <p>“(...) uma vez que não podemos subir aos pisos mais cedo do que as 9:30, deveriam fazer um registo que o doente da cama x, saiu do serviço à hora y, para quando o familiar chegar, ser devidamente informado (...)” E1</p> <p>“Acho que para toda a gente é a falta de informação. Nem que viessem só dizer-Olhe, a sua mãe já foi para o bloco.” E1</p> <p>“Dirijo-me à enfermeira para saber alguma coisa sobre a minha mãe e respondeu-me que não sabia de nada, que era enfermeira de piso e não enfermeira do bloco operatório! E1</p>
		Durante a cirurgia	<p>“Acho que era importante informar os familiares. Existe ali à porta, uma espécie de gabinete, mas não sei, se funciona ou não?!” E6</p> <p>“(...) eu não sei muito bem as horas que são! Mas... já deve ser mais de meio dia! Estou ali na sala de espera desde as 10 horas ... e estou assim...desde que cheguei! Não há ninguém que diga nada!! Quem está cá dentro (...) podia ter mais sensibilidade e ir ali fora e informar os familiares do que se está a passar! (...)” E2</p> <p>“(...) em dez pessoas encontra-se uma que responde ao que nós queremos (...) deveriam pensar um bocadinho em nós, porque estão a trabalhar com doentes e com os familiares que se preocupam com os doentes (...)” E1</p>

		<p>“... não sabemos o que está a acontecer aqui, isto porque se trata de um adulto, porque com as crianças é diferente! Somos informados logo que a cirurgia termina e somos chamados para estar junto da criança...com os adultos isso não acontece!” E4</p> <p>“Não percebo muito de medicina nem dos procedimentos, principalmente aqui no bloco, acho que é uma zona mais afastada e diferente de tudo o resto, internamento e urgência, e é mesmo a falta de informação...o não saber absolutamente nada do que se está a passar, (...) não há ninguém que nos consiga dar alguma informação sobre o que se está a passar lá dentro...” E7</p> <p>“(...) há operações que são bastante complicadas, não é!? Situações de cancro, onde os doentes depois vão para os cuidados intensivos e quem está lá fora muitas vezes não tem essa noção e ninguém lhes diz nada! É um entra e saí, mas não há mais nada, as pessoas que ali estão parecem invisíveis!” E6“</p> <p>(...) Há dois meses ele foi operado (...) estive quatro ou cinco horas aqui dentro (bloco operatório) e ninguém foi dizer nada, rigorosamente nada!” E2</p> <p>“(...) existe ali uma campanha com uma indicação de informação (...) o que a meu ver é igual a nada, é a minha sincera opinião, porque a existência de uma campanha para alguém com mais dificuldade, até se atrever a tocar, é complicado! E8</p> <p>“É um entra e sai, mas não há mais nada, as pessoas parecem invisíveis, ninguém lhes diz nada.” E6</p>
	<p>Falta de atenção por parte dos profissionais de saúde</p>	<p>“(...) falta algum apoio, alguém que nos desse informações sobre os nossos familiares. Sentimo-nos um bocado abandonados (...)” E7</p> <p>“É a primeira vez que a minha mãe é operada (...) uma coisa que não acontece todos os dias e acho que deveria haver mais</p>

		<p>cuidado com os familiares que estão ali fora...” E1</p> <p>“(...) tocar à campainha e falar para a parede, não estar frente a frente com alguém que nos dê alguma palavra de conforto, é complicado!” E8</p> <p>“Se quisermos saber alguma coisa, somos nós próprios, que temos que nos chegar ali à frente e perguntar. Mas andam sempre! Podem responder qualquer coisinha do género – Toque ali na campainha! E é isto, é assim que se passa!” E2</p> <p>“É complicado, acho que deveria haver algum tipo de apoio aos familiares, acho que era importante existir algum tipo de assistência para estas situações mais complicadas.” E8</p>
Falta de informação		<p>“Na verdade (...) deveria ter ido perguntar alguma coisa!...Se fosse hoje, se calhar eu é que devia ter ido perguntar e saber alguma coisa...” E5</p> <p>“... e eu fico onde? Aqui no quarto, vou para a sala de espera do bloco operatório? Era a primeira vez... não sabia e desconhecia se poderia ir para o bloco?” E1</p> <p>“Vemos tanta gente que entra e sai que não sabemos quem operou e qual foi a equipa cirúrgica? (...) até podemos perguntar, mas não sabemos a quem?” E4</p> <p>“... não sei se temos o direito de estar a exigir o tempo dos outros! (...) eu como não sou uma pessoa muito exigente com as pessoas e como foi a primeira vez que estive nesta situação, portanto eu desconhecia todo o processo.” E5</p>
Falta de organização da equipa de saúde		<p>“(...) não têm uma equipa que consiga trabalhar em sincronia, como eu acho que estão desorganizados, também eles profissionais, acham que estão desorganizados e também por isso desmotivados (...) e isso nota-se...” E1</p>
Na gestão pessoal e familiar	Transporte	<p>“Estou aqui há quatro horas e depois fico também sem transporte! Da última vez, quem me veio buscar foi a minha filha, porque já passava das oito da noite” E2</p>

		Tempo de espera	<p>“Eu não sabia que a operação demoraria tanto tempo, porque se soubesse teria ido até à cidade dar uma volta” E5</p> <p>“Estou à cerca de duas horas à espera e estive mesmo agora tentada a ir tomar um café, mas com receio dele sair e não me ter ali à espera, não fui!” E6</p> <p>“(…) tive alguma dificuldade em gerir um pouco a minha vida, porque tenho uma família numerosa, uma mãe com 87anos, e para conseguir estar aqui tive que fazer algum esforço” E6</p> <p>“Nem eu vou almoçar porque estou aqui nesta ansiedade e não sei nada!” E2</p> <p>“(…) estou à espera há mais ou menos duas horas (...). E confesso que precisava de tomar um café, ir à casa de banho, mas tenho algum receio que neste entretanto, ele saía e eu não esteja aqui para o ver sair” E6</p> <p>“Muitos de nós não arredamos pé dali, nem para ir à casa de banho ou comer alguma coisa, com medo de que o nosso familiar saia e não estejamos lá para o ver sair.” E8</p> <p>“Não existe casas de banho por perto a não ser no piso da entrada, julgo eu! O que também não se compreende!” E8</p>
Aspetos facilitadores vivenciados no momento do intraoperatório	Presença de outras pessoas na sala de espera		<p>“Estou ali a tentar entreter-me com aquela senhora que o marido entrou há bocadinho para o bloco operatório” E2</p>
	Informações dos profissionais de saúde sobre a cirurgia		<p>“(…) Ainda lhe falta bastante tempo de espera! -Ok... Entretanto, fui dar sangue.” E1</p> <p>“Até poderá ir embora hoje! O médico disse que se tudo corresse bem ele poderia ter alta hoje, mais lá para o final do dia.” E6</p> <p>“A enfermeira esteve a falar comigo ao fim da tarde de ontem, sobre algumas dúvidas que tinha. Até fiquei a saber sobre os sapatos de Baruk, indicaram-me onde poderia comprar.” E6</p> <p>“Acho que tenho a informação necessária e a que pedi. Ontem foi-me dito pelo</p>

		<p>enfermeiro da enfermaria que a cirurgia dele seria pouco demorada e que só por volta do meio dia é que terminaria.” E6</p> <p>“O meu pai foi operado ao coração em outro hospital e quando já estava no recobro o médico veio dar-nos uma palavra à sala de espera! (...)” E1</p> <p>“(...) não vim para aqui (...) muito cedo, porque, me alertaram que só por volta do meio dia é que ele sairia do bloco, por isso não vim logo cedo (...)” E6</p>
	Atendimento dos profissionais de saúde	<p>“Em relação ao atendimento o hospital atende melhor as pessoas agora do que há dez ou vinte anos atrás (...) acho as pessoas com mais formação e mais respeito pelos utentes, acho que houve uma evolução positiva. Qualquer enfermeiro ou outro profissional de saúde se preocupa em ajudar e informar.” E5</p> <p>“(...) Aqui não sei se acontece? O médico ir à sala de espera dar uma palavra ao familiar do doente? E de facto se não fosse a senhora enfermeira a vir ter comigo, ninguém me vinha dizer nada (...) falta sem dúvida uma palavra aos familiares (...) de quem está cá dentro para quem está lá fora.” E1</p> <p>“Um acontecimento positivo nisto tudo, foi o facto, da senhora enfermeira ter ido ter comigo e me dizer que a minha mãe já se encontra no recobro, que a operação já terminou e de que está tudo bem! Isso foi muito reconfortante, agradeço-lhe imenso.” E7</p>
	Informações dadas por outras pessoas	<p>“Não sei a que horas entrou para o bloco?! (...) Mas, encontrei ali fora uma senhora minha conhecida, que é secretária de unidade aqui no hospital e ela disse-me que tão cedo não contasse com a minha esposa... somente sairia do bloco operatório lá para as duas da tarde! (...)” E5</p> <p>“Por acaso estava uma senhora nossa vizinha, na mesma enfermaria que a minha esposa, e foi ela, quem me disse a hora que a minha mulher tinha vindo para o bloco.” E5</p>
Sugestões	A nível de Informação ao familiar do	<p>“(...) seria um procedimento bastante importante da vossa parte, informar a família de que a cirurgia acabou e que está tudo</p>

	doente cirúrgico	<p>bem, porque neste momento é a nossa prioridade. Saber que acabou e que está tudo bem! Uma simples informação de dentro para fora de que a cirurgia já terminara, seria mais do que suficiente!” E7</p> <p>“A pessoa que estivesse ali (no gabinete) tivesse sempre um feedback do que se está a passar aqui dentro, penso que isso era até bastante importante... porque há operações que são bastante complicadas” E6</p> <p>“(...) no fim da cirurgia seria também muito gratificante existir uma comunicação de dentro, a informar de que a operação terminou. Não sei se é exigir muito, um contacto direto de um profissional de saúde a fazê-lo, o que seria o ideal, ou então, a criação de um secretariado que nos pudesse facilitar toda essa informação de que precisamos.” E7</p> <p>“Para ficarmos mais descansados podiam no final da cirurgia vir dizer: - Já terminou...correu bem!” E4</p>
	A nível do Acolhimento do familiar do doente no bloco operatório	<p>“Acho que o familiar do doente que o acompanha até ao bloco, deveria poder acompanhá-lo até junto de alguém que o receba, e assim nos facultarem também a nós alguma informação sobre a cirurgia e sobre mais ou menos o período de permanência do doente naquele serviço!” E7</p> <p>“(...) o familiar do doente deveria sempre que possível acompanhar o doente até este ser recebido por alguém no bloco, o que não acontece! Nós despedimo-nos do nosso familiar à porta do Bloco Operatório e a partir daí é um período de espera, que pode chegar a ser muito longo (...)” E7</p>
	A nível da Organização	<p>“(...) acho que os profissionais de saúde deveriam melhorar a parte da organização (...)” E1</p> <p>“Se calhar existir uma sala de espera apenas para os familiares dos doentes operados separada da sala dos cuidados intensivos (...) não sei é a minha opinião.” E3</p>

Apêndice C - Consentimento Informado e declaração de participação no estudo

Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, _____, tomei conhecimento do objetivo do presente estudo de investigação centrado na temática “As Vivências da Família/Pessoa Significativa do Doente Cirúrgico no Intraoperatório”, realizado por Paula Alexandra Rolo Cardoso Oliveira Esteves a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária. Autorizo a gravação da entrevista, assim como aceito responder a todas as questões que me forem colocadas, com a possibilidade de suspender a entrevista/observação, sem que esta decisão acarrete prejuízos para mim, podendo a qualquer momento colocar questões que julgue necessárias.

Entendo ainda, que toda a informação obtida neste estudo será confidencial, respeitando o princípio do anonimato, salvaguardando os meus dados pessoais, a menos que o autorize por escrito.

Assino o presente consentimento informado, concomitantemente com o responsável pela investigação.

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:

Data: __/__/__