escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO

EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica face aos cuidados de enfermagem na preparação para a alta

Aida Cristina Oliveira Vitorino

Orientador: Professor Doutor José Carlos Martins, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, dezembro de 2016

Recomeça…

Se puderes

Sem angústia

E sem pressa.

E os passos que deres,

Nesse caminho duro

Do futuro

Dá-os em liberdade.

Enquanto não alcances

Não descanses.

De nenhum fruto queiras só metade.

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Martins pelo verdadeiro exemplo da docência. Pelo ser humano capaz de ouvir, transmitir e ensinar. Agradeço a sua orientação científica, salientando a sua disponibilidade, o seu espirito crítico, as suas palavras de incentivo e as suas sugestões. Obrigada por ter acreditado.

Ao Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia do CHUC por ter permitido a realização do estudo e a todas as pessoas que aceitaram participar.

A todos os colegas de trabalho, pela compreensão e colaboração. Obrigada pelo vosso companheirismo e amizade.

À minha família, pilar da minha vida, sustento dos meus alentos, a quem tudo devo.

A ti, Paula, pelo apoio incondicional.

Ao Miguel, agradeço os seus ensinamentos de criança, a forma simples de ver o mundo.

Aos amigos, por serem parte integrante da minha existência.

Consciente que sem este apoio o caminho teria sido mais difícil de percorrer,

... a todos, o meu mais sincero obrigada!

LISTA DE SIGLAS

ANA:	American Nurses Association
AESOP:	Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
CRIO:	Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia
CHUC:	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
DGS:	Direção Geral da Saúde
INE:	Instituto Nacional de Estatística
OE:	Ordem dos Enfermeiros
OMS:	Organização Mundial de Saúde
PIO:	Pressão Intraocular
SPO:	Sociedade Portuguesa de Oftalmologia
WHOQOL:	World Health Organization Quality of Life

RESUMO

O desenvolvimento da cirurgia oftalmológica veio permitir a sua realização em regime de ambulatório e aumentar o número de cirurgias realizadas. Com o aumento significativo de cirurgias e curto período de internamento, a preparação para a alta deve ser cuidadosamente monitorizada.

Na preparação para a alta, o enfermeiro envolve a pessoa e a família no processo de cuidados, promovendo a sua continuidade. A satisfação da pessoa que cuidamos, enquanto indicador de qualidade, é cada vez mais uma ferramenta indispensável na procura da melhoria da qualidade dos cuidados. É definida como um conceito multidimensional e importa ser avaliada à luz de vários fatores.

Este estudo tem como objetivo analisar o nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta e, também, identificar fatores associados a esse nível de satisfação.

Trata-se de um estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal, inserido no paradigma quantitativo. Foi utilizado um questionário como instrumento de colheita de dados. A amostra, constituída por 250 pessoas, maioritariamente do sexo feminino (56,4%) e com idade superior a 65 anos (64,4%), foi selecionada de forma acidental entre as pessoas que foram submetidas a cirurgia no bloco operatório do Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016.

A amostra estudada revela valores elevados de satisfação com os cuidados recebidos. A dimensão que obteve melhor pontuação foi a “eficácia na comunicação”. Foi identificada relação entre a satisfação e algumas variáveis.

Indagar acerca do nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta é um processo necessário, que proporciona informações úteis acerca da qualidade dos cuidados, na perspetiva do utilizador.

A mudança nasce da experiência e da sua valorização, aliadas a uma postura de abertura entre o profissional e a pessoa consumidora dos cuidados.

Palavras-chave: Satisfação; Preparação para a alta; Cirurgia oftalmológica; Enfermagem.

ABSTRACT

The development of ophthalmic surgery, allowed its accomplishment in ambulatory regime and the increase of the number of surgeries performed. With the rising number of surgeries and the short hospitalization, the preparation for the discharge must be carefully monitored.

In preparation for discharge, the nurse involves the person and the family in the care process, promoting its continuity. The satisfaction of the person we care for, as an indicator of quality, is becoming an indispensable tool in the quest for improving the quality of care. It is seen as a multidimensional concept that must be evaluated in the light of several factors.

This study aims to analyze the level of satisfaction of the person, undergoing ophthalmologic surgery, with the nursing care in preparation for discharge and to identify factors associated with this level of satisfaction.

It is an observational, descriptive-correlational and transversal study, inserted in the quantitative paradigm. A questionnaire was used as a data collecting instrument. The sample was selected randomly among people who underwent surgery in the operating room of the Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia of the Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, from October 2015 to January 2016. It was constituted by 250 patients, mainly female (56.4%) and over 65 (64.4%).

This study shows high values of satisfaction with the care received. The dimension best scored was "communication effectiveness". Relation between satisfaction and some variables was found.

Inquiring about the level of satisfaction of the person, undergoing ophthalmic surgery, with the nursing care in preparation for discharge, is a necessary process, which provides useful information about the quality of care, from the perspective of the user.

The change rises from the experience and its value, combined with openness between the professional and the person who consumes the care.

Keywords: Satisfaction; Preparation for discharge; Ophthalmic surgery; Nursing.

LISTA DE TABELAS

		Pág.
Tabela 1 -	Dimensões do questionário SUCEH21, respetivas questões e coeficientes	62
Tabela 2 -	Sistema descritivo do EQ-5D-3L	64
Tabela 3 -	Coeficientes EQ-5D-3L	64
Tabela 4 -	Distribuição dos elementos da amostra por grupo etário	71
Tabela 5 -	Distribuição dos elementos da amostra por estado civil	73
Tabela 6 -	Caracterização dos elementos da amostra relativamente às habilitações literárias	73
Tabela 7 -	Distribuição dos elementos da amostra segundo experiência cirúrgica	74
Tabela 8 -	Distribuição dos elementos da amostra em função do reconhecimento ou não do enfermeiro prestador de cuidados	75
Tabela 9 -	Distribuição dos elementos da amostra segundo necessidade de contacto após a alta	76
Tabela 10 -	Distribuição dos elementos da amostra segundo necessidade de contacto após a alta	77
Tabela 11 -	Estatística descritiva referente à satisfação da pessoa segundo as dimensões avaliadas	77
Tabela 12 -	Distribuição dos elementos da amostra segundo o seu estado de saúde e as dimensões avaliadas	78
Tabela 13 -	Estatística descritiva referente ao estado de saúde da pessoa obtido pelo score do EQ-5D-3L	79
Tabela 14 -	Matriz de correlação entre as dimensões do SUCEH 21 e qualidade de vida e idade	80
Tabela 15 -	Valores do teste U de Mann-Withney para as dimensões da SUCEH 21 e sexo	81
Tabela 16 -	Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões da SUCEH 21 e área de residência	82
Tabela 17 -	Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e estado civil	83

Tabela 18 - Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e habilitações literárias 84
Tabela 19 - Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e coabitação 85
Tabela 20 - Valores do teste U de Mann-Withney para as dimensões do SUCEH 21 e experiência cirúrgica 86
Tabela 21 - Valores do teste U de Mann-Withney para as dimensões do SUCEH 21 e reconhecimento do enfermeiro 86
Tabela 22 - Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e tipo de cirurgia 87
Tabela 23 - Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e tipo de anestesia 88
Tabela 24 - Valores do teste U de Mann-Withney para as dimensões do SUCEH 21 e informação por escrito 89
Tabela 25 - Valores do teste U de Mann-Withney para as dimensões da SUCEH 21 e contacto após a alta 89

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1 -	Distribuição dos elementos da amostra por grupo etário e sexo	72
Figura 2 -	Distribuição dos participantes em função da coabitação	72
Figura 3 -	Distribuição dos elementos da amostra de acordo com a residência	73
Figura 4 -	Distribuição dos elementos da amostra de acordo com o tipo de cirurgia	74
Figura 5 -	Distribuição dos elementos da amostra segundo o tipo de anestesia	75
Figura 6 -	Distribuição dos elementos da amostra segundo ter recebido ou não preparação para a alta e ter recebido ou não informação escrita	76

SUMÁRIO

Pág.

INTRODUÇÃO 19
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 23
1 – A PESSOA COM PATOLOGIA OFTALMOLÓGICA 25
1.1 – PRINCIPAIS PATOLOGIAS EM OFTALMOLOGIA 27
2 – A PESSOA E A CIRURGIA EM OFTALMOLOGIA 31
2.1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA 36
2.2 – PREPARAÇÃO PARA A ALTA 38
3 – SATISFAÇÂO DA PESSOA COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA OFTALMOLÓGICA 45
3.1 – SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS 47
3.2 – QUALIDADE DE VIDA 49
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 51
4 – METODOLOGIA 53
4.1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA 53
4.2 – TIPO DE ESTUDO 54
4.3 – QUESTÂO DE INVESTIGAÇÂO 55
4.4 – OBJETIVOS 56
4.5 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÂO 56
4.6 – VARIÁVEIS 57
4.7 – POPULAÇÃO E AMOSTRA 60
4.8 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 60
4.9 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS 65
4.10 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 66
4.11 – PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS 66
CAPITULO III – ANÁLISE E DISCUSSÂO DOS RESULTADOS 69
5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 71
6 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS 91
CONCLUSÃO 101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 105

ANEXOS

ANEXO I - Questionário

ANEXO II - Autorização de utilização do questionário SUCHE21

ANEXO III - Autorização de utilização do questionário EQ-5D-3L

ANEXO IV - Parecer Cientifico Exmo Srº Director do CRIO

ANEXO V - Autorização da Sra Enfª Chefe do CRIO

ANEXO VI - Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHUC

APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

Na tomada de decisão, o enfermeiro orienta o seu exercício profissional de forma autónoma, sistémica e sistemática. Identifica o problema real ou potencial, as necessidades da pessoa, em cuidados de enfermagem, prescreve intervenções e implementa-as avaliando os resultados associados a essas ações e, se necessário, reformula as intervenções. Em todas as fases, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática e, reconhece a importância de guias orientadores da boa prática, baseados na evidência empírica como base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam cuidados diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional na enfermagem requer sensibilidade, visando alcançar elevados níveis de satisfação de cada pessoa. O papel do enfermeiro na adaptação a processos de transição, objetivando o equilíbrio e bem-estar, representa um constante desafio. Segundo Wilson (2011), o campo de intervenção de enfermagem é tão vasto quanto as necessidades de cada pessoa.

A visão é um dos sentidos de maior relevância na interação do homem com as pessoas e o meio ambiente. A pessoa com patologia oftalmológica enfrenta dificuldades na satisfação das suas necessidades, o que acarreta consequências negativas no bem-estar físico, psicológico e social. Apesar da evolução farmacológica, o tratamento cirúrgico é, na maioria destas situações, a única solução terapêutica. Atualmente a cirurgia oftalmológica é, quase na totalidade, realizada em regime de ambulatório. Para a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), são várias as cirurgias que podem ser realizadas em regime ambulatório, contemplando a maioria das especialidades, entre elas a cirurgia oftalmológica (Associação de Enferimeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2006). Entre as vantagens desta modalidade cirúrgica, Lima (s.d.) aponta o aumento da comodidade do doente, o envolvimento deste e da família nos cuidados, a promoção da recuperação pós-operatória, uma reabilitação socioprofissional mais rápida e, um maior envolvimento e responsabilização no processo cirúrgico. Emerge daqui uma nova preocupação para as equipas de saúde que se prende com a preparação para a alta, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados e sua continuidade.

A satisfação da pessoa com os cuidados recebidos tem vindo cada vez mais a afirmar-se como um aspeto central nas organizações que se preocupam com a melhoria da qualidade (Martins, 2009), no entanto, dada a sua natureza multidimensional, torna-se difícil a sua operacionalização, sendo vários os fatores que a podem influenciar, tais como, as características e atributos da pessoa, experiências anteriores e, ainda, as suas expectativas sobre as próprias dimensões da satisfação (Ribeiro, 2005).

Este estudo tem como tema "**A satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica face aos cuidados de enfermagem na preparação para a alta**". Aborda duas áreas que se interligam, ou seja, a satisfação da pessoa que cuidamos e a procura da melhoria da qualidade dos cuidados.

A escolha do tema recaiu sobre esta área, após análise e reflexão em conjunto entre a autora e a restante equipa de enfermagem do bloco operatório do Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia (CRIO), pela crescente preocupação dos mesmos com a preparação para a alta, na perspetiva de garantir a continuidade aos cuidados. Neste contexto, nasce a questão de partida: "**Qual o nível de satisfação da pessoa, submetida a cirurgia oftalmológica, com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta e que fatores estão associados?"**

Inerentes a esta problemática, elaborámos os seguintes objetivos:

- Analisar o nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta.
- Identificar fatores associados ao nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta.

A população em estudo é constituída pelas pessoas submetidas a cirurgia oftalmológica em regime de ambulatório no CRIO do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

A investigação foi desenvolvida com o intuito de compreender o nível de satisfação da pessoa nesta situação e tem potencial de contributo *à posteriori*, para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, em relação à preparação para a alta da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica em ambulatório. A metodologia utilizada assenta num estudo de natureza quantitativa, observacional e descritivo-correlacional.

O presente relatório foi estruturado em três partes. A primeira é constituída pelo enquadramento teórico, onde se procura abordar a patologia e a pessoa com patologia

oftalmológica, cuidados de enfermagem peri operatória, preparação para alta, satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem em cirurgia oftalmológica e a satisfação como indicador de qualidade dos cuidados. Na segunda parte, apresentamos o enquadramento metodológico, onde surge a conceptualização da investigação com todas as questões metodológicas. Na terceira, apresentamos e discutimos os resultados obtidos e finalizamos o estudo com as conclusões, dando ênfase aos aspetos mais relevantes da investigação e promovendo algumas sugestões.

O enfermeiro, ao dedicar a sua prática à pessoa com patologia oftalmológica, procura adquirir ao longo do tempo competências que lhe permitem intervir, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados que presta a cada pessoa. O resultado da cirurgia na sua relação com a qualidade dos cuidados, motivou o presente estudo que apela à reflexão, à aptidão e à motivação da enfermagem peri operatória pelo enfoque da sua atuação, com a pessoa e família, no sentido de melhoria da satisfação com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste primeiro capítulo, serão abordados alguns conceitos fundamentais e estruturantes à temática em causa. Terá como finalidade orientar a abordagem do problema e sustentar a análise e discussão dos resultados.

Realizada a revisão da literatura, que é transversal a todas as fases da conceptualização da investigação (formulação e delimitação do problema e formulação de hipóteses), torna-se indispensável a realização de um quadro de referência.

Neste enquadramento, será abordada a pessoa com patologia oftalmológica, a patologia oftalmológica, intervenções de enfermagem peri operatória com realce à preparação para a alta e a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem em cirurgia oftalmológica.

Neste contexto, a pessoa e a família vivenciam processos de transição, doença /saúde e saúde/doença. O papel do enfermeiro representa um constante desafio na adaptação a esses processos, objetivando um novo equilíbrio e bem-estar.

1 – A PESSOA COM PATOLOGIA OFTALMOLÓGICA

Entre os sistemas sensoriais, a visão é considerada um dos mais úteis e mais importantes do ponto de vista funcional, possuindo um elevado significado social e representando um meio de comunicação fulcral com o mundo que nos rodeia. A maior parte da informação chega-nos através do sistema visual, sendo, por isso, a nossa educação baseada nessa informação (Seely, Stephens, & Tate, 2003).

A visão representa assim um dos sentidos de maior relevância na interação do Homem entre si e o meio ambiente. O seu valor é fundamental numa sociedade, pela sua contribuição na aprendizagem, no uso de instrumentos e ferramentas, na mobilidade e na qualidade de vida. É, sem dúvida, o bem mais apreciado pelo ser vivo.

A qualidade de vida em saúde é determinada por diversas dimensões, entre as quais destaca-se a capacidade de realizar as atividades da vida diária e a importância atribuída pelo ser humano à necessidade de relacionamento com os outros e com o mundo que o rodeia, ao seu bem-estar e autoestima (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012). A pessoa com patologia oftalmológica enfrenta dificuldades na satisfação das suas necessidades, com consequências negativas no bem-estar físico, psicológico e social.

Ao focarmo-nos na pessoa com patologia oftalmológica, que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, remete-nos o pensamento para o comprometimento da qualidade de vida da pessoa. Ao enfermeiro compete avaliar essas situações, identificar necessidades, executar cuidados, favorecer um clima de confiança e promover o autocuidado no sentido da autonomia da pessoa com problemas de visão.

O enfermeiro que dedica a sua prática à pessoa com patologia oftalmológica adquire, ao longo do tempo, competências que lhe permitem intervir junto desta com segurança e qualidade, respondendo assim às suas necessidades específicas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE,1998), a enfermagem é definida como a profissão que, na área da saúde, presta cuidados ao ser humano são ou doente ao longo de toda a sua vida, de forma a este manter, melhorar ou recuperar a saúde, ajudando a atingir a sua capacidade funcional máxima tão rapidamente quanto possível. Ao enfermeiro são lhe atribuídas competências cientificas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados à pessoa, família, grupos e comunidade, ao nível de prevenção

primária, secundária e terciária, acrescentando cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas. Este é o profissional mais qualificado para planear, executar e avaliar os cuidados requeridos pelo estado de saúde da pessoa, família e comunidade, no âmbito da patologia, prevenção, tratamento e reabilitação. Wilson (2011) refere que o campo de intervenção de enfermagem é tão vasto quanto as necessidades de cada pessoa. O mesmo autor, apoiado em Meleis (2004), acrescenta que, ao lidarem com problemas reais de pessoas em processos de transição, os enfermeiros estão capacitados de conhecimentos que lhes permitem tomar decisões de natureza clínica e concretizar intervenções específicas. Ao transferirem o conhecimento da teoria para a prática, desenvolvem competências cruciais ao seu desempenho profissional. Baseado em Newman (1980), o autor citado aponta a importância de ajudar as pessoas a atingirem os seus próprios objetivos e, com Orem (1995), reforça a ideia da promoção do autocuidado. O autocuidado e a autonomia são, em simultâneo, processos que podem condicionar a mudança, sendo, também eles, resultado da própria mudança.

Ao considerar que assistir a pessoa em processos de transição constitui o principal papel da disciplina de enfermagem, Meleis (2010) refere mesmo que a principal missão dos enfermeiros é ajudá-la a vivenciar processos de transição, cuidando de forma a assegurar uma adaptação saudável. Considera este um processo complexo, que envolve tanto a perturbação causada pela transição como as respostas da pessoa a essa transição. Segundo a mesma autora, Meleis (2012), a transição remete-nos sempre para uma mudança significativa na condição de saúde. É de realçar, aqui, a importância por parte do enfermeiro de compreender o significado da mudança para a pessoa.

A patologia oftalmológica que tem como consequência a alteração da visão é, por si só, um processo de transição que envolve a perturbação e a reposta da pessoa a essa mesma perturbação.

A diminuição ou ausência da visão tem inúmeras causas, sendo um importante problema de saúde nos dias de hoje. Segundo a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO), os problemas de visão mais frequentes são defeitos refrativos, que dizem respeito a um conjunto de alterações nos quais há uma focagem inadequada da imagem na retina. Estas situações são na maioria das vezes resolvidas com recurso a lentes extraoculares, mas em algumas situações a cirurgia é a opção mais viável (Sociedade Portuguesa de Oftalmologia [SPO], 2016).

1.1 – PRINCIPAIS PATOLOGIAS EM OFTALMOLOGIA

Com este subcapítulo, não pretendemos uma extensiva descrição das patologias oftalmológicas, mas uma breve abordagem, incindindo, essencialmente, sobre as patologias de tratamento cirúrgico.

O globo ocular é o principal órgão do sistema visual e tem a função de responder à luz, iniciando sinais aferentes que transmitem ao encéfalo através dos nervos e vias óticas (Seely et al., 2003). Utilizando os autores referidos anteriormente, faz parte do sistema visual o globo ocular, estruturas acessórias, nervos, feixes e vias óticas. As estruturas acessórias têm a função de proteger, lubrificar e mover, contribuindo para o bom funcionamento do globo ocular. Anatomicamente, o globo ocular é composto por três camadas: a camada externa (túnica fibrosa), constituída pela esclerótica e córnea, a camada média (túnica coroideia), constituída pelo corpo ciliar e iris e a camada interna, (túnica nervosa) composta pela retina.

O seu funcionamento assemelha-se ao de uma máquina fotográfica. Todas as sensações visuais são criadas por feixes de luz que entram no globo ocular pela pupila e são conduzidos através da córnea do cristalino e humor aquoso à retina, onde se forma a imagem. Na retina, a imagem é processada, filtrada e transformada em impulsos elétricos e só depois é enviada para o centro visual no cérebro onde é totalmente processada e interpretada (Ramalho, 2016). Assumindo que o sistema visual é um sistema complexo, abordámos apenas algumas das suas estruturas orgânicas para melhor nos localizarmos anatómica e fisiologicamente nesta área.

A patologia oftalmológica está em grande parte relacionada a erros refrativos, como começamos por referir no subcapítulo anterior; estes e, na maioria das situações, são acessíveis a correção ótica, como no caso da miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia. Para além destas, existem outras patologias que são suscetíveis de acarretar, a longo prazo e em graus diversos, perda de visão, como no caso da retinopatia diabética, da degenerescência macular relacionada com a idade, do glaucoma e da catarata (SPO, 2016).

Sendo diversas as causas que estão por detrás da patologia oftalmológica, não podemos descurar outras patologias sistémicas associadas a esta, como é o caso da diabetes, hipertensão, patologia infeciosa e do sistema nervosos central. Apesar da evolução farmacológica, o tratamento cirúrgico é, na maioria destas situações, a única solução terapêutica.

O globo ocular é considerado emetrope quando, ao receber a luz, consegue formar a imagem no plano da retina sem esforço de acomodação e, caso esta situação não se

verifique, estamos perante uma situação de um globo ocular ametrope. Ametropia designa a situação em que a imagem não se forma corretamente na retina, resultando numa visão desfocada que necessita de compensação e está associada a vários fatores, nomeadamente, diâmetro ântero-posterior do globo ocular, curvatura e índice refrativo da córnea e cristalino. Traduz-se em diversas patologias como a miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia. O tratamento dos erros refrativos consiste na correção refrativa com recurso a uso de lentes ou cirurgia, que visam altear a refração ocular através da modificação da córnea, do cristalino, ou através da introdução de lentes intraoculares (Ramalho, 2016).

A retinopatia diabética é uma patologia caracterizada por alterações graduais e progressivas da microcirculação da retina. As alterações vasculares levam a perturbações na permeabilidade dos vasos, originando áreas da retina com má perfusão e proliferação de vasos anormais. A sua manifestação é por vezes tardia e tem como consequência perda irreversível da visão. A causa deve-se, essencialmente, a valores elevados e/ou mal controlados da glicémia, tendo a pessoa um papel importante na sua prevenção através do controlo rigoroso desses valores. O tratamento inclui a vigilância médica, a fotocoagulação com laser, a terapia antiangiogénica e um adequado controlo sistémico do nível de glicémia, lípidos, colesterol e da pressão arterial. A cirurgia está indicada em formas avançadas da patologia com presença de complicações extremas, como no caso do hemovitreo (hemorragias do vítreo), descolamento de retina e membrana epiretiniana (Sabrosa, Sabrosa, Gouvea, & Filho, 2013).

A degenerescência macular relacionada com a idade, como o próprio nome indica, é uma patologia degenerativa da mácula que afeta a visão central e é atualmente apontada como a causa mais comum de perda de visão nas pessoas acima dos 50 anos (Kanski, 2016). Segundo este autor, os fatores de risco são a idade, a raça, a hereditariedade e o tabaco. É caracterizada por uma proliferação anómala de vasos coroideus na mácula (área central da retina responsável pela visão). Sendo a causa desconhecida, mas estando associada ao envelhecimento, sabe-se que o fator de crescimento vascular endotelial (VEGE – citoquina que promove a angiogénese e a permeabilidade vascular) desempenha um papel importante neste processo. O seu tratamento consiste, essencialmente, na conjugação entre o recurso a fármacos antiogéncos, fotocoagulação com laser e cirurgia (Grupo Estudos Retina, 2012). Segundo a mesma fonte, as técnicas cirúrgicas específicas na degenerescência macular relacionada com a idade, não tem demonstrado evidência científica no benefício para o seu tratamento, no entanto, são opções de tratamento potencialmente úteis na manutenção da patologia.

O glaucoma é uma patologia do nervo ótico (neuropatia ótica), progressiva e irreversível, que pode levar à cegueira. O seu principal fator é o aumento da pressão intraocular (PIO), o que leva a danos irreversíveis no nervo ótico, causando alterações significativas na qualidade e quantidade da visão. Existem dois tipos de glaucoma: o mais frequente é o glaucoma de ângulo aberto e, o menos comum, o de ângulo fechado (Grupo Português Glaucoma, 2014). Na maioria das situações, a sua manifestação é tardia e a patologia só é detetada quando já existem lesões graves. O tratamento visa baixar a PIO para valores que não causem lesão no nervo ótico e pode ser médico, laser ou cirúrgico (Ramalho, 2016).

A catarata é uma opacificação da lente natural do globo ocular, o cristalino, que impede a passagem dos feixes luminosos, levando a uma diminuição da acuidade visual. Pode ser de causa congénita ou adquirida, sendo, a mais frequente, o normal envelhecimento do globo ocular. Ocorre normalmente de forma bilateral em pessoas acima dos 60 anos. É considerada a patologia mais prevalente em oftalmologia, o seu tratamento é cirúrgico e consiste na remoção do cristalino e colocação de uma lente intraocular. Existem várias técnicas para esta cirurgia sendo, a mais usada, a faco emulsificação. O objetivo da cirurgia é melhorar a acuidade visual e está indicada quando o grau de baixa visão não permite a realização das atividades diárias essenciais da pessoa afetada (Ramalho, 2016).

Destacamos ainda outras patologias como o descolamento de retina, caracterizado pela separação da retina neurossensorial do seu epitélio pigmentar, o que conduz ao restabelecimento do espaço potencial entre as camadas embrionárias da vesícula ótica e a consequente acumulação de líquido subretiniano. O tratamento é cirúrgico e considerado uma situação de urgência cirúrgica, pela necessidade de restabelecer, o quanto antes, a situação, evitando danos graves na retina neurossensorial (Kanski, 2016). O estrabismo é a patologia ocular mais frequente na criança, podendo ocorrer também nos adultos, embora a sua origem não esteja completamente esclarecida, e supõe-se que resulte de um desequilíbrio no centro de regulação cerebral. A sua principal consequência é a ambliopia, lesão estrutural do sistema visual. O tratamento cirúrgico desta patologia visa restabelecer a posição do globo ocular e melhorar a acuidade visual (Ramalho, 2016).

A córnea é provavelmente o órgão mais importante da nossa relação com o mundo exterior, daí a importância dada a todas as patologias relacionadas com tão nobre órgão. A patologia da córnea acontece quando algo compromete o seu poder refrativo ou a sua transparência, o que pode ocorrer por alterações congénitas, doenças sistémicas,

infeções bacterianas, virais ou fúngicas e traumatismos. O tratamento é farmacológico e cirúrgico, podendo culminar em cirurgia de transplante de córnea (Ramalho, 2016).

Na maioria das situações expostas anteriormente, o tratamento passa por correção ótica, tratamento farmacológico e terapêutica por fotocoagulação com laser, como foi referido anteriormente o desenvolvimento científico e tecnológico em oftalmologia, tem nos últimos anos criado melhores condições para uma assistência eficaz, permitindo à cirurgia oferecer, em quase todas as situações, uma melhoria da qualidade de vida da pessoa com patologia oftalmológica. A cirurgia torna-se cada vez mais um procedimento seguro e conquista um lugar de destaque no tratamento da patologia oftalmológica (Ramalho, 2016).

Pela sua especificidade, esta é uma área que requer dos profissionais de saúde uma atualização permanente em conteúdo científico, técnico e profissional, para no futuro elevar o nível de cuidados e garantir a saúde da visão na população. Ao enfermeiro compete-lhe não ficar preso aos seus ensinamentos básicos, ir mais além em busca de novos conhecimentos nesta área porque, só assim, conseguirá acompanhar a excelência dos outros profissionais e estar ao nível da exigência dos cuidados. Deve construir a sua educação, ao longo da sua carreira, de modo a manter em permanência a qualidade requerida na sua atividade e ter acesso aos mais recentes progressos científicos e técnicos nos cuidados de saúde oftalmológicos. Ao lado da pessoa e junto da comunidade desempenha um papel importante, quer na manutenção, na prevenção e no tratamento desta patologia.

2 – A PESSOA E A CIRURGIA EM OFTALMOLOGIA

Perante uma experiência cirúrgica, por mais simples que seja, a pessoa é sempre confrontada com dúvidas, medos e ansiedade, o que a coloca, na maioria das vezes, numa situação de vulnerabilidade e insegurança. Ao vivenciar um processo de saúde/doença e que necessite de um procedimento invasivo/cirúrgico/anestésico, a pessoa vê o seu quotidiano ser alterado, pelo que necessita de profissionais de enfermagem competentes e reconhecidos, aptos a avaliar a necessidade dos cuidados, executá-los, prevenir complicações, promover a segurança, o controlo da infeção e o conforto. O papel do enfermeiro peri operatório, que cuida no sentido de fortalecer o equilíbrio orgânico e psicológico da pessoa, possibilitando diminuir o medo, a angústia, a insegurança, a vulnerabilidade e o seu défice de conhecimento é, aqui, crucial. No exercício da sua atividade e munido de um corpo de conhecimento científicos, compete-lhe identificar, planear e executar diagnósticos de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia oftalmológica (Rothrock, 2008) tendo, por isso, de desenvolver competências que lhe permitam assistir e cuidar a pessoa de uma forma holística e personalizada, perante a ameaça da sua integridade aquando da experiência cirúrgica. Segundo AESOP, são competências do enfermeiro perioperatório: prestação de cuidados, comunicação, educação/formação, advogado da pessoa, análise e investigação, gestão, desenvolvimento da pessoa como profissional e liderança. Acrescenta ainda a promoção da segurança da pessoa e da equipa, a colaboração interdisciplinar e a prestação de cuidados em situações de crise e/ou risco (AESOP, 2006).

A cirugia oftalmológica, mesmo sendo encarada como a solução mais desejada para o problema vivênciado, não deixa de ser uma ameaça à integridade fisica e bem-estar, causadora de desiquilíbrio físico, psíquico e social. Perante o desequilíbrio, a pessoa deve assimilar e acomodar conhecimentos, modificar comportamentos e reconstruir a sua definição no novo contexto em que se insere (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora, o desafio da enfermagem passa por facilitar as vivências das transições e, consequentemente, o processo de aprendizagem através do conhecimento que tem dos mesmos e planear intervenções de enfermagem no sentido da promoção de processos de transição saudáveis que levem a uma ajuda efetiva à pessoa e família, com o objetivo de lhe proporcionar um novo equilíbrio e bem-estar.

Durante muitos anos, a cirurgia oftalmológica resumia-se à cirurgia das pálpebras e à extração do cristalino, o que exigia por parte da pessoa submetida a esta cirurgia apenas repouso e uso de óculos bastantes graduados como cuidados pós-operatórios. Até ao início do século XX, poucos progressos tinham sido feitos. Só mais tarde, com o domínio cada vez maior, quer a nível da anestesia, quer a nível das técnicas assépticas e ainda da evolução tecnológica, esta cirurgia sofreu um avanço significativo, que permitiu melhorar o tratamento em determinadas situações, com obtenção de benefícios significativos para a pessoa com patologia oftalmológica. No estudo acerca dos ganhos em saúde em doentes com cataratas, Ferreira, Ferreira e Gonçalves (2006) concluíram haver melhoria significativa no estado de saúde específico da maioria das pessoas submetidas a cirurgia de catarata e, referem mesmo, apoiados em Lundstrom (1999), que estes seriam os resultados esperados, uma vez que uma extração de catarata resulta normalmente na melhoria da acuidade visual sendo, por isso, uma cirurgia de indiscutível vantagem para a pessoa, por melhorar substancialmente a sua qualidade de vida (Vieira, et al., 2011). Estes autores referem ainda ser a cirurgia mais realizada em oftalmologia e passivel de ser realizada em regime de ambulatório.

Segundo Ramalho (2014), entre as patologias de oftalmologia com tratamento cirúrgico temos a catarata, o astigmatismo, a miopia, o estrabismo, o glaucoma, o descolamento da retina, a membrana pré-retiniana, o hemovitreo e a patologia das pálpebras (chalázio, dacriocistite, ectrópio e entrópio).

No que diz respeito aos avanços tecnológicos nesta área, destaca-se a utilização do microscópio operatório e o recurso a outras tecnologias, como o laser e faco emulsificação através de ultrassons. Esta evolução veio aperfeiçoar as técnicas cirúrgicas e reduzir os tempos cirúrgicos, o que contribui para a sua realização em regime ambulatório.

Entende-se por cirurgia de ambulatório e, segundo a International Association for Ambulatory Surgery, a realização de uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efetuada em regime de internamento, cuja alta ocorre poucas horas após o procedimento, sem necessidade de pernoita hospitalar (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, 2008).

Segundo o Kumar et al. (2012), com uma seleção cuidadosa da pessoa e com um atendimento adequado, a maioria aceita ser submetido a cirurgia oftalmológica com anestesia tópica ou regional, o que facilita a continuidade dos cuidados. Verifica-se, hoje, em oftalmologia, a realização de cada vez mais procedimentos de maior complexidade sob anestesia tópica ou regional, ainda que a pessoa possa necessitar

de sedação anestésica. Para isso, a pessoa tem de estar consciente, ter níveis de ansiedade reduzidos e uma boa condição física e não pode sentir desconforto ou dor.

A possibilidade da realização desta cirurgia em ambulatório traz inúmeras vantagens, nomeadamente, a redução da hospitalização, o que permite aumentar o número de cirurgias, reduzir o tempo de espera, diminuir os custos relacionados com a hospitalização e diminuir também o risco de infeção nosocomial (Salgueiro, Paulo, & Paulo, 2001).

Para AESOP (2006), são várias as cirurgias que podem ser realizadas em regime ambulatório, contemplando a maioria das especialidades, incluindo a cirurgia oftalmológica. Entre as vantagens da cirurgia ambulatória já referidas, acrescenta a diminuição do trauma associado à hospitalização e o tempo de separação do ambiente familiar. Estão presentes nesta modalidade cirúrgica os benefícios psicológicos, sociofamiliares e económicos tendo, como objetivo, o aumento da comodidade da pessoa, o envolvimento da pessoa e família nos cuidados, a promoção da recuperação pós-operatória e consequentemente, uma reabilitação socioprofissional mais rápida (Lima, s.d.). Para a pessoa e a família, representa maior envolvimento e maior responsabilização no processo cirúrgico, desde a sua aceitação até à total recuperação. A cirurgia de ambulatório reúne, assim, vantagens clínicas, económicas e sociais. Trata-se da vertente cirúrgica com maior evolução nas últimas décadas, uma vez que se baseia num modelo organizacional que alia a segurança à qualidade, traduzindo-se na obtenção de elevados índices de eficiência e eficácia, ao mesmo tempo que proporciona uma elevada racionalização de custos (Lemos, 2010). O número de cirurgias de ambulatório tem aumentado devido ao grande desenvolvimento anestésico, ao controlo da dor, assim como de técnicas minimamente invasivas (Pinto & Tavares , 2005).

Os cuidados em cirurgia de ambulatório, segundo AESOP (2006), devem reger-se pelos mesmos princípios da cirurgia convencional e basear-se na aplicação do conceito de enfermagem peri operatória no que se refere ao conhecimento teórico e prático, através do qual o enfermeiro deve reconhecer as necessidades da pessoa submetida a cirurgia, planear cuidados e executá-los com destreza e segurança e, por fim, avaliar os resultados obtidos.

A cirurgia oftalmológica necessita de um ambiente silencioso, discreto, gestos muito precisos, poucos movimentos e muita antecipação. O pessoal presente deve ter beneficiado previamente de formação nesta especialidade de forma a contribuir para o sucesso cirúrgico. O ato da cirurgia oftalmológica pode ser considerado como não vital,

mas é essencial para a autonomia da pessoa. Por outro lado, as consequências de um gesto inadequado são gravíssimas e podem conduzir a erros irreversíveis.

Rothrock (2008) acrescenta que o enfermeiro que presta cuidados peri-operatórios a pessoa com patologia oftalmológica, deve combinar a arte e a ciência da enfermagem com o conhecimento atualizado e a prática altamente eficiente, salientando ainda que, o sucesso da intervenção cirúrgica, depende do conhecimento e da habilidade de todos os membros da equipa.

Sendo uma intervenção de curta duração em que a pessoa precisa apenas de alguns dias para se reabilitar e voltar à sua vida normal, nos primeiros dias são exigidos cuidados específicos para a sua recuperação, tais como: posicionamentos específicos, limitação de esforços físicos, adesão à terapêutica e cuidados com a ferida cirúrgica. A realização de um programa adequado de educação e ensino torna-se indispensável no momento da alta, de forma a garantir a continuidade dos cuidados, a recuperação e o bem-estar da pessoa. Ao enfermeiro compete identificar, o mais cedo possível, as necessidades em cuidados a desenvolver e envolver a pessoa e a família no planeamento da alta. Sendo considerada uma intervenção de elevado grau de complexidade por parte de quem executa, também é exigido, a quem a ela é submetido, um grande envolvimento para que os resultados sejam satisfatórios. O contexto clínico coloca o enfermeiro perante problemáticas reais de saúde e doença, convidando este a transferir conhecimento para a sua prática clinica, desenvolver competências para a resolução dos problemas e tomada de decisões dirigida à pessoa que enfrenta processos de transição (Wilson , 2011).

O enfermeiro peri operatório confronta-se com desafios decorrentes da evolução e da complexidade de procedimentos invasivos e dos cuidados peri operatórios necessários. Acresce ainda o aumento da complexidade e do risco associado à pessoa submetida a procedimentos invasivos, decorrentes do aumento da esperança de vida da população e do maior acesso aos cuidados de saúde. Torna-se, por isso, indispensável, garantir a presença de equipas de enfermagem seguras em dotação e competências no bloco operatório, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados prestados, a segurança da pessoa e profissionais, a redução de complicações pós-cirúrgicas, o conforto, a satisfação e, ainda, a continuidade dos cuidados através de uma comunicação eficaz.

A qualidade dos cuidados é afetada pela ocorrência de efeitos adversos, na sua maioria evitáveis. Os enfermeiros têm um papel fundamental na segurança da pessoa, através de uma prévia implementação de programas de melhoria contínua da qualidade que

contribuam para o desenvolvimento da segurança dos mesmos, tais como o de tomada de decisão sobre a segurança do mesmo (OE, 2006).

No que diz respeito ao bloco operatório, a Direção Geral de Saúde (DGS) emite, em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde, a Norma nº2/2013 – "Cirurgia Segura, Salva Vidas", atualizada em 25/06/2013. Pretende-se a promoção da segurança cirúrgica, evitar complicações, reduzir a mortalidade e a criação de uma fonte de dados estatísticos (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010).

É criada e implementada da "check List", que surge como uma ferramenta importante e promissora no controle dos fatores preponderantes na prevenção do erro, que são a comunicação, o trabalho em equipa e a cultura de segurança. A "chek List" está estruturada de forma a dar respostas aos objetivos da Organização Mundial da Saúde (OMS) no que diz respeito à cirurgia segura, sendo uma estratégia de defesa na prevenção do erro humano e serve de auxiliar de memória, de normalização de tarefas, de coordenação da equipa mantendo um ambiente de cultura de segurança e de suporte ao controle da qualidade.

A DGS, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015/2020 criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, aponta como objetivos aumentar a segurança cirúrgica através do registo e utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, da transferência de informação nas transições e da transferência e alta da pessoa, aumentar a segurança da comunicação e, ainda, assegurar a identificação inequívoca da pessoa, implementando práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação da pessoa e o procedimento a realizar (DGS, 2015).

Ao relacionar o controlo da infeção com a assepsia e com todos os procedimentos relacionados com o ambiente cirúrgico, comportamentos dos profissionais e tratamento dos dispositivos médicos, a AESOP coloca o enfermeiro no centro deste processo. Deverão estes estar sensibilizados para os riscos infeciosos existentes no bloco operatório e recorrer às boas praticas para limitar ao máximo a infeção nosocomial ligada ao ato cirúrgico. De igual forma importante, o enfermeiro deverá desenvolver o seu conhecimento científico na área da gestão do risco clínico e não clínico relacionado com o trabalho no bloco operatório e a este compete a identificação do risco e sua prevenção (AESOP, 2006).

A enfermagem peri operatória possibilita o equilíbrio, ao garantir a centralização dos cuidados na pessoa e não em objetivos de produção impostos aos blocos, valorizando mecanismos de controlo de qualidade e gestão de risco que favoreçam as boas práticas, a humanização dos cuidados e o empoderamento da pessoa.

2.1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

No contexto português, até aos anos oitenta, ao enfermeiro peri operatório era conferida uma imagem tecnicista e obediente ao cirurgião, incorporada no modelo biomédico, muito embora já houvesse demonstrações da necessidade de concentrar a atenção de forma holística na pessoa submetida a cirurgia. Com a criação da AESOP, surge um novo modelo de formação avançada de enfermagem peri operatória, resultante de uma interação de funções do enfermeiro enquanto prestador de cuidados (responsabilidade de todas as atividades relacionadas com o cuidar), advogado da pessoa (assegura um ambiente seguro e terapêutico), líder (mediador entre todos os elementos da equipa), investigador (aumenta os seus conhecimentos, baseando-se na investigação científica), educador (desmistificação do papel do enfermeiro peri operatório tecnicista) e gestor (coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados) (AESOP, 2006).

No passado, o conceito de enfermagem peri operatória restringia-se a descrever os cuidados realizados à pessoa no pré-operatório imediato, intraoperatório e pós-operatório imediato, limitando as ações de enfermagem ao espaço do bloco operatório. Havia, assim, uma certa relutância em reconhecer no enfermeiro elementos importantes do processo de enfermagem e responsabilidade pelos cuidados prestados dentro do bloco operatório (AESOP, 2006).

Numa constante evolução, assiste-se a uma mudança de paradigmas e, do conceito de enfermeira da sala de operações, chega-se ao conceito de enfermagem peri operatória.

Enfermagem peri operatória é caracterizada por um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que permite, através de um processo programado, reconhecer as necessidades da pessoa, executar os cuidados com destreza e segurança e avaliar os resultados. Entende-se por cuidados peri operatórios, um conjunto de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, de forma a dar resposta às necessidades da pessoa submetida a cirurgia e/ou a qualquer procedimento invasivo realizado no bloco operatório. Ao centrar a sua atuação na pessoa como um todo, através de um processo intelectual, científico e metódico, o enfermeiro melhora o seu cuidar, garante a qualidade e a continuidade dos cuidados (AESOP, 2006).

A enfermagem peri operatória engloba três períodos: pré, intra e pós-operatório. O enfermeiro, na sala de operações, tem como função principal cuidar da pessoa submetida a cirurgia, coordenar as intervenções realizadas, garantir a segurança e conforto, planear os cuidados, gerir as múltiplas necessidades em cada intervenção e garantir um nível de bem-estar igual ou superior ao que a pessoa tinha antes do

procedimento cirúrgico. Reconhece-se assim uma atuação dependente e interdependente nos três períodos distintos (Rothrock, 2008).

O período pré-operatório inicia-se com a tomada de decisão de efetuar a intervenção cirúrgica. Neste período, as intervenções de enfermagem incluem a avaliação do estado físico, psicológico e social da pessoa, o planeamento dos cuidados de enfermagem para a preparação da cirurgia e a implementação das intervenções planeadas. Este período termina quando a pessoa é transferida para a sala de operações (Rothrock, 2008).

O período intraoperatório inicia-se com a chegada da pessoa à sala de operações e transferência para a mesa cirúrgica, e termina quando esta é admitida na unidade de cuidados pós-anestésicos. Neste período, as intervenções de enfermagem continuam a centrar-se na avaliação contínua do estado fisiológico, psicológico e no planeamento da implementação das ações de enfermagem que visem promover a segurança da pessoa, a sua privacidade, prevenir a infeção e promover a cicatrização. Entre as ações mais específicas neste período, destaca-se a prestação de apoio emocional à pessoa durante a indução anestésica, estabelecer e manter um posicionamento funcional, protegê-la de qualquer perigo, manter a assepsia e colaborar com a equipa cirúrgica e anestésica (Rothrock, 2008).

O período pós-operatório começa com a alta da pessoa da sala de operações e sua admissão na unidade de cuidados pós-anestésicos onde o enfermeiro presta cuidados, tendo em vista a recuperação anestésica, assegurando um regresso sem riscos para a unidade de internamento ou para o domicílio, no caso da cirurgia de ambulatório. Este período prolonga-se pelo tempo necessário, até estarem reunidas todas as condições necessárias à alta em segurança. É da responsabilidade do enfermeiro a avaliação contínua das alterações do estado físico e psicológico da pessoa e as suas ações são: monitorizar e avaliar os sinais vitais, vigiar a permeabilidade das vias aéreas, avaliar o estado neurológico, avaliar e manutenção do equilíbrio hidra eletrolítico, controlar a dor e vigiar a ferida cirúrgica (Rothrock, 2008).

No âmbito das suas competências, o enfermeiro peri operatório presta cuidados de qualidade à pessoa na sua globalidade, tendo em conta a sua individualidade e vulnerabilidade. Assume funções de enfermeiro circulante, enfermeiro de anestesia, enfermeiro instrumentista e de cuidados pós-anestésicos. Trabalha no seio de uma equipa multiprofissional, participando e colaborando na humanização do bloco operatório e na sua organização e gestão.

O resultado da cirurgia, relacionado com a qualidade dos cuidados, motivou o presente estudo que apela à reflexão, aptidão e motivação da enfermagem peri operatória.

2.2 – PREPARAÇÃO PARA A ALTA

Apesar de este tema estar inserido no capítulo anterior, pois faz parte dos cuidados pós-operatórios, pretendemos destacá-lo pela sua importância para o estudo.

A alta hospitalar, como o próprio nome indica, é o momento de deixar o hospital. A pessoa está em situação de ter alta quando apresenta condições que permitam a sua saída em segurança. Esta ocorre por decisão clínica, por iniciativa própria ou por situação de óbito (Marra, Carmagnani, Afonso, & Salvador, 1989). Segundo os mesmos autores, o momento da alta proporciona à pessoa/família sentimentos ambíguos. Por um lado, satisfação por voltar a casa, por outro, medo, insegurança e angústia por deixar de ter a presença física dos profissionais de saúde a tempo inteiro. Quanto maior for o grau de dependência, maior será o receio pelo sentimento de incapacidade da pessoa e família, motivo pelo qual é necessária uma adequada preparação para a alta.

Sendo uma decisão médica que assenta fundamentalmente em critérios exclusivamente clínicos, verifica-se, por vezes, inexistência da partilha necessária com outros profissionais de saúde intervenientes diretos no processo de cuidados. As altas, não sendo bem planeadas e não compreendendo o diagnóstico, a terapêutica e os tratamentos, dão origem a novos episódios hospitalares (Jack et al., 2009). Os mesmos autores concluem que um quinto dos internamentos hospitalares apresenta lacunas no momento da alta, o que leva à procura de cuidados de saúde com consequentes reinternamentos.

Ao enfermeiro, profissional na área da saúde, que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem à pessoa, saudável ou doente, para que esta mantenha, melhore ou recupere a saúde, ajudando-a a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível, compete avaliar se estão reunidas as condições para a alta, certificando-se que a pessoa e família estão devidamente informadas e esclarecidas sobre todas as reações normais e complicações que possam surgir, bem como as atitudes a tomar (OE, 2012).

Delatorre, Sá, Valente, e Silvino (2013) referem que, naquilo que diz respeito às orientações, é o enfermeiro que está capacitado a realizar a preparação para a alta. Por se encontrar numa posição favorável, serve de elo entre a pessoa e os restantes elementos da equipa multidisciplinar neste processo. Os autores citados concluem que cada vez mais são viáveis processos de alta precoces, por se verificar que o cuidado no domicilio é possível, desde que pessoa e família tenham sido devidamente envolvidas no mesmo. As famílias continuam a ser o espaço privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, no entanto, cada vez mais se deparam

com constrangimentos socioprofissionais e económicos que condicionam o apoio aos seus familiares. Num estudo realizado que pretende identificar as áreas de atenção de enfermagem no âmbito da saúde familiar, a autora aponta como dificuldades da família na prestação de cuidados a falta de conhecimento, de recursos e de suporte social. Acrescentando ainda que, mesmo tendo conhecimentos e capacidades que lhes permitem prestar cuidados, a família demonstra dificuldades em efetivá-los por razões tão diversas como, por exemplo, a insuficiência de recursos internos e o desconhecimento de recursos externos que poderiam ser mobilizados (Figueiredo, 2011). As autoras citadas anteriormente, realçam a importância da intervenção de enfermagem na promoção da autonomia das famílias, capacitando-as para isso de competência e independência.

Na atualidade, a reforma dos cuidados de saúde transformou em prática comum a alta no mesmo dia da cirurgia. Com vista à máxima rentabilidade, o tempo de permanência no bloco tem vindo cada vez mais a ser reduzido. A cirurgia ambulatória ganha assim uma nova expansão e é cada vez mais a cirurgia de eleição.

Desta realidade emerge uma nova preocupação para as equipas de saúde, que é a preparação para a alta. De forma a garantir a continuidade de cuidados e proporcionar um regresso a casa em segurança, é necessária uma ajuda constante à pessoa e à família de modo a facilitar esta transição, capacitando-os a adaptarem-se às limitações impostas pela situação vivida e consequentes mudanças no seu estilo de vida, facultando o acesso a recursos técnicos e sociais ajustados a cada situação (Petronilho, 2007).

O mesmo autor, Petronilho (2010), demonstra no seu estudo que o padrão de recursos disponível aos familiares é determinante para uma transição saudável, no exercício do seu papel, face à necessidade de cuidar da pessoa dependente.

Neste contexto, as decisões sobre os cuidados à pessoa submetida a cirurgia após a alta são um aspeto importante e determinante para a continuidade dos cuidados. Rthrock (2008) refere que, apesar de ser considerada uma atividade do pós-operatório, a avaliação das necessidades após a alta deve ser efetuada no período pré-operatório. Segundo esta autora, antes de a pessoa aceitar o processo cirúrgico, é importante assegurar que estão reunidas as condições necessárias à continuidade dos cuidados após a alta.

A recuperação pós-operatória da pessoa submetida a cirurgia de ambulatório não será diferente daquela que seria de esperar em contexto de cirurgia com internamento, carece, no entanto, de um maior envolvimento por parte da pessoa e da família.

Segundo a AESOP (2006), os cuidados de enfermagem pós-operatórios em cirurgia de ambulatório regem-se pelos mesmos cuidados da cirurgia convencional, mas representam um desafio para o enfermeiro peri operatório, na medida em que exigem uma aquisição de competências que o ajudem a prestar cuidados com vista ao autocuidado e à promoção da saúde. Assim, no momento da alta, ao enfermeiro compete validar que a pessoa apresente sinais vitais estáveis, função respiratória sem comprometimento, estar orientado no tempo e no espaço, tolerar alimentos líquidos e conseguir deambular, vestir-se e urinar. O enfermeiro deve ainda despistar situações de náuseas/vómitos, hemorragia no local cirúrgico ou dor e promover o envolvimento da pessoa responsável pelo acompanhamento nas primeiras 24h.

Caseiro (2009) acrescenta que, no momento da alta, a pessoa não deve precisar de fluido terapia e deve conseguir controlar a dor com terapêutica oral. Devem ainda estar asseguradas as condições de habitação e de acesso ao hospital, bem como a vigilância no domicílio. O autor defende a necessidade da presença de um adulto responsável e informado, no mínimo nas primeiras 24 horas, sendo importante, também, neste processo, que a pessoa e a família reconheçam que estão reunidas as condições necessárias para ter alta em segurança.

De acordo com Caseiro, et al. (2013), a recuperação da pessoa submetida a cirurgia de ambulatório é realizada no recobro pós-cirúrgico específico para o tipo de programa cirúrgico em causa. A alta para o domicílio obedece a um conjunto de critérios previamente definidos, que têm em conta a segurança e o bem-estar da mesma.

Delatorre et al.(2013) referem que é importante a pessoa estar apta para assumir o seu autocuidado. O enfermeiro deve certificar-se se as informações transmitidas foram entendidas, como aspetos importantes a reter na preparação para a alta. Citando Glazner e Lautert (2006), os mesmos autores reforçam que, as orientações na preparação para a alta, devem ser acompanhadas de instrumentos escritos, elaborados pelo enfermeiro e devem respeitar as necessidades dos cuidados individualizados.

Neste processo, podemos assim distinguir três questões pertinentes: quando iniciar a preparação para a alta? Que informação transmitir? Como avaliar?

Sobre quando começar a preparação para a alta, são vários os autores que defendem o seu início o mais precocemente possível. Hesbeen (2000) considera que deve ter início a partir do momento de admissão da pessoa. Para Manley e Bellman (2003), deve ter início com a avaliação pré-operatória. Contudo, a informação acerca dos cuidados pós-operatórios, deve ser completada durante o processo de alta. Também Smith e Timby (2005), no que diz respeito aos ensinos, referem que estes devem começar

aquando da primeira avaliação da pessoa no período pré-operatório. A AESOP (2006) partilha da mesma opinião, ao referir que este deve ser um processo contínuo, onde será reforçada a relação estabelecida desde o acolhimento.

Deste modo, pode preparar-se atempadamente a pessoa e a família para a transição do hospital para o domicílio, evitando assim uma preparação tardia e prejudicial ao processo de continuidade dos cuidados.

Quanto à informação a transmitir, os autores consultados, Manley e Bellman (2003), AESOP 2006, Leal (2006) e Rothrock (2008), incidem sobre os cuidados a ter no domicílio. Acrescentam ainda a importância de a informação oral ser reforçada com informação escrita, de forma a reforçar os ensinos realizados. A pessoa e família devem ser envolvidas no processo desde o início ao fim.

Para Manley e Bellman (2003), esta informação deve incluir cuidados relacionados com a intervenção cirúrgica, nível de atividade permitido, analgesia e consultas de follow-up (médica e de enfermagem). A AESOP (2006) destaca a importância do repouso, da alimentação, dos cuidados pós-operatórios específicos a ter, dos exercícios que pode e deve fazer, das limitações impostas pela cirurgia e anestesia e do retorno às atividades diárias. Acrescenta ainda que a informação por escrito deve conter o esquema terapêutico, o contacto telefónico do serviço, a descrição do ato anestésico e cirúrgico, bem como a marcação da próxima consulta ou tratamento. Leal (2006) destaca o aparecimento de náuseas, tonturas, cólicas abdominais e hipertermia. Rothrock (2008) acrescenta a informação relativa às possíveis complicações, ao controlo da dor e ao cuidado à ferida/penso cirúrgico, realçando o momento da alta como oportunidade à exposição de dúvidas por parte da pessoa e da família. A preparação para alta representa a abertura à participação da família no processo de cuidados, apoiando-a e integrando-a na dinâmica do plano terapêutico. Constitui assim uma estratégia a desenvolver, no sentido de promover a continuidade e a qualidade da assistência da pessoa, até à sua máxima recuperação.

No que diz respeito à informação relativa à terapêutica, Jack et al. (2009) acrescentam que, a falta de compreensão em relação aos esquemas terapêuticos, pode representar lacunas que potenciam a agudização da doença, levando à utilização desnecessária de serviços de saúde.

Dar informações à pessoa e família com vista à preparação para a alta é sempre um aspeto que preocupa os profissionais de saúde, pois dela depende o seu envolvimento no processo de recuperação. Torna-se, por isso, necessário, uma melhor compreensão dos fatores que afetam a retenção da informação, como a quantidade de informação, o

momento, a relevância, o método de comunicação, as barreiras à comunicação e o idioma (Manley & Bellman, 2003).

Pedro, Ferreira, e Mendes (2010) constatam no seu estudo a necessidade de desenvolver estratégias que melhorem as informações prestadas à pessoa e à família, dada a sua relevância na qualidade dos serviços prestados.

Segundo Lima (n.d.), as primeiras 48 horas são as que exigem maior vigilância, dado ser neste espaço de tempo que aparece a maioria das complicações relacionadas com o procedimento cirúrgico. O contacto telefónico torna-se, assim, um instrumento importante de controlo e despiste de complicações, assim como de avaliação da eficácia e da qualidade dos cuidados. A mesma autora refere que, neste telefonema, deve colocar-se, entre outras questões, qual o grau de satisfação da pessoa e da família relativamente aos cuidados de enfermagem prestados.

A AESOP (2006) afirma que, com este telefonema, é possível avaliar a eficácia dos protocolos implementados ao inquirir sobre o nível de satisfação da pessoa, salientando a importância desta como indicador da qualidade na avaliação dos cuidados.

Segundo Ganzella e Zago (2008) e Razera e Braga (2011), a pessoa e a família são os elementos chave para a avaliação da preparação para a alta, através da avaliação da satisfação das mesmas. Ambos os autores identificam a existência da relação entre a satisfação da pessoa e a informação transmitida. Ganzella e Zago (2008) acrescentam a importância da informação e que, o ir ao encontro das necessidades encontradas, possibilita a recuperação das suas capacidades e dá à pessoa e família segurança na continuidade dos cuidados. Razera e Braga (2011) salientam a importância da capacidade da pessoa e da família identificarem as suas próprias necessidades de informação, o que depende da sua condição de saúde no momento da alta e dos cuidados necessários após a alta.

Ao lidarem com pessoas em processo de transição, os enfermeiros refletem sobre os quadros teóricos, tendo em vista a tomada de decisão e a concretização de intervenções de enfermagem específicas. As teorias de enfermagem passam a ser consideradas modelos orientadores da prática e da investigação.

Nesta sequência, a teoria da transição em enfermagem proposta por Meleis (2012) que refere que os enfermeiros têm como missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida, foi fonte de inspiração, porque nos ajuda a compreender estes processos na sua plenitude e, assim, planear intervenções, no sentido da promoção de processos de transição saudáveis.

A capacidade de autocuidado é inerente ao ser humano e estrutura-se ao longo do seu processo de desenvolvimento. É universal, não se restringe às atividades da vida diária, mas abrange todos os aspetos vivenciais. Ao longo do ciclo vital oscilamos nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da satisfação e nas necessidades de apoio dos agentes de autocuidado quando, pelas mais diversas razões, nos processos de transição, se altera a nossa condição ou a do meio e, assim, caminhamos da autonomia para a dependência (Queirós, 2010).

O autocuidado tem sido enfatizado, ao longo dos tempos, nas teorias de enfermagem, assumindo especial importância quando se trata da autonomia da pessoa na realização das suas atividades diárias. Cabe aos enfermeiros valorizarem e promoverem, através dos seus cuidados, a reconstrução dessa mesma autonomia, perante transições geradoras de dependência. A ação do autocuidado envolve o domínio cognitivo (habilidades cognitivas para ação do autocuidado), o domínio físico (capacidade física), o domínio emocional ou psicossocial (valores, motivação, perceção de competências) e o domínio do comportamento (habilidades para efetuar os comportamentos de autocuidado) (Petronilho, 2012).

A pessoa submetida a cirurgia passa por um processo de transição que a obriga a modificar o seu estilo de vida, os seus comportamentos e a incorporar novos conhecimentos. É-lhe assim solicitada uma grande capacidade de adaptação e organização para conseguir dar uma boa resposta. O enfermeiro contribui de forma significativa na promoção do autocuidado e na qualidade dos processos de transição vividos, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e onde constitui uma mais-valia pela sua formação e posição junto da pessoa e da família.

A preparação para a alta constitui, assim, uma preocupação de todos os intervenientes no processo de cuidar, nomeadamente, o enfermeiro. Tem em vista a melhoria da qualidade dos cuidados, com o objetivo principal de dar continuidade aos mesmos.

3 – SATISFAÇÂO DA PESSOA COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA OFTALMOLÓGICA

Por se tratar de um tema tão nobre na atualidade, dedicamos este capítulo à satisfação da pessoa que cuidamos. Nos dias de hoje, pressionados pela exigência dos cuidados e limitados pelas políticas economicistas, descuramos, por vezes, a satisfação da pessoa, mas, encarando esta satisfação como um indicador da qualidade dos cuidados, torna-se imperioso a sua avaliação e compreensão para um trabalho com rumo à excelência da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Devido à escassez de estudos, torna-se impossível uma análise mais profunda da realidade da satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem em cirurgia oftalmológica. Iremos abordar conceitos básicos e analisar outros estudos, em outras áreas, de forma a uma melhor compreensão e contextualização na realidade estudada.

Ao vivenciar um processo de cirurgia nesta área, a pessoa enfrenta um momento de crise causado pelo rompimento do equilíbrio físico, psicológico e do bem-estar, que se intensifica pela importância dada à visão e à sua relação com a qualidade de vida. Procura, nos profissionais de saúde, um atendimento que o satisfaça e que venha ao encontro das suas necessidades. Ao prestar cuidados de enfermagem baseados em conhecimento científico, técnico e humano, o enfermeiro apresenta-se capacitado para dar uma resposta mais eficaz e eficiente à pessoa submetida a cirurgia oftalmológica. Os cuidados especializados promovem ainda a segurança da pessoa, bem como a dos profissionais, resultando daí uma maior satisfação.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa que cuida. A OE considera elementos fundamentais na avaliação da satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem o respeito pela capacidade, crenças e valores, a procura constante da empatia na interação com a pessoa, o envolvimento da pessoa no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, com vista a minimizar o impacto negativo na pessoa, provocado pela quebra forçada do seu ambiente, resultante da necessidade do processo de cuidados (OE, 2001).

Se tivermos em conta o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação critica e, no que diz respeito à

satisfação da pessoa, o enfermeiro especialista deve procurar os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em prol da excelência no exercício profissional (OE, 2011).

A estratégia nacional para a qualidade na saúde, aprovada pelo Despacho Ministerial n.º 14223/2009, estabelece como uma das áreas de atuação da Direção-Geral da Saúde, a implementação de sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde. Promover uma avaliação sistemática da satisfação implica desenvolver um conceito de cidadania participativa, onde a pessoa passa a estar envolvida nas decisões da sua própria saúde e do funcionamento do sistema de saúde e, só desta forma, passará a ser o centro de todo o sistema (DGS, 2015).

Ao abordar a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem, deparamo-nos com um conceito de natureza multidimensional. Ribeiro (2005) refere que são múltiplos os aspetos que podem influenciar o grau de satisfação de cada pessoa, como as suas características e atributos, as experiências anteriores e como variáveis de contexto temos as suas expectativas sobre as diferentes dimensões da satisfação. Referindo-se a Paúl (1999), a autora descreve o conceito de satisfação como uma atitude da pessoa face a um objetivo. O sentido de satisfação é dado pela própria pessoa, em função da realização das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos. Pressupõe, assim, elementos afetivos e cognitivos. Por ser de difícil avaliação, a autora identifica, no seu estudo, que visava a construção e validação de um instrumento de avaliação da satisfação, as seguintes dimensões de avaliação da satisfação: a eficácia na comunicação, a utilidade da informação, a qualidade no atendimento, a prontidão na assistência, a manutenção do ambiente terapêutico e a promoção da continuidade dos cuidados.

Também Razera e Braga (2011) referem que a avaliação da satisfação é baseada nas reações cognitivas e afetivas, o que resulta da comparação do cuidado recebido com critérios subjetivos, como sendo a perceção ou expectativa da pessoa e da família face aos cuidados recebidos.

Importa aqui realçar a subjetividade que está inerente ao conceito de satisfação, o que vem tornar mais complexa a sua avaliação, não podendo descurar a perceção de cada pessoa, nem as suas exigências, os seus conhecimentos e as suas experiências e expectativas.

Considerando a avaliação da satisfação da pessoa com os cuidados recebidos como uma necessidade para os profissionais e organizações de saúde que se preocupam em

melhorar continuamente a qualidade dos mesmos, esta assume duas importantes funções: por um lado, “dar voz ao utente”, dando a possibilidade de manifestar as suas opiniões sobre os cuidados e, por outro, funciona como indicador da qualidade (Ribeiro, 2005).

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem vindo a ser cada vez mais uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais. Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa fazer um esforço, no sentido que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros, a utilização dos recursos seja eficiente, a sua prestação seja equitativa e sejam prestados no momento adequado. Só assim será assegurado que a prestação de cuidados satisfaz a pessoa, correspondendo, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas (DGS, 2015).

Parece assim bem visível a prioridade dada pelos nossos dirigentes à melhoria da qualidade no sistema de saúde, pelo seu contributo na equidade, no acesso aos cuidados de saúde em tempo útil e na segurança e adequação com que são prestados. No estudo, realizado em 2015 pela DGS, acerca da satisfação da pessoa, cerca de 91% da população residente em Portugal sentiu-se “bem atendida” pelos profissionais de saúde e 74% considera que o seu problema de saúde foi devidamente resolvido (DGS, 2015).

Segundo Hollanda, Siqueira, Andrade, Molinaro e Vaitsman (2012), as pesquisas sobre a satisfação podem contribuir para a melhoria da qualidade, pois permitem identificar em que medida os problemas interferem no atendimento. Incluir a opinião das pessoas na gestão das organizações, promove mudanças culturais entre o estado e a sociedade no sector da saúde.

A qualidade em saúde pode ser assim entendida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e a satisfação da pessoa. Mais uma vez, é destacada a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas da pessoa.

3.1 – SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS

Quando tomámos por área de atenção a satisfação da pessoa face aos cuidados de enfermagem, damos conta que a mesma constitui um indicador relevante para a caracterização da qualidade desses mesmos cuidados.

Ribeiro (2005), referindo-se a McIntyre e Silva (1999), acrescenta que a perspetiva da pessoa é considerada indispensável tanto para monitorizar a qualidade dos serviços de

saúde como para identificar problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados e reorganizar os serviços de saúde.

Também Dorigan e Guirardello (2010) destacam, no seu estudo, a importância de conhecer a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem na avaliação e planeamento dos mesmos, no sentido de atender às suas necessidades.

Segundo Donabedian (1990), a satisfação da pessoa como indicador de qualidade dos cuidados de saúde assenta em três pressupostos: a satisfação ligada à melhoria, não só dos aspetos específicos da função física ou fisiológica, mas também à melhoria das funções psicológica e social; a satisfação como contributo decisivo, na implementação e efetivação dos cuidados, uma vez que a prestação dos mesmos exige a participação ativa entre o prestador e a pessoa; a satisfação pode ser perspetivada segundo a apreciação que o utente faz relativamente à qualidade dos cuidados recebidos, em todos os seus aspetos, mas especialmente no que diz respeito à esfera interpessoal.

A satisfação da pessoa com os cuidados recebidos tem vindo cada vez mais a afirmar-se como um aspeto fulcral nas organizações, com vista à qualidade dos serviços prestados (Martins, 2009). O mesmo autor acrescenta ainda, referindo-se a Ferreira (2001), que a satisfação da pessoa pode condicionar a opção da mesma relativamente aos prestadores de cuidados, daí as suas perspetivas, experiências e opiniões estarem cada vez mais a ser utilizadas em processos de melhoria da qualidade.

Num estudo realizado por Lopes, Cardoso, Alves e D'Innocenzo (2009), onde as autoras tiveram como objetivo descrever o método para medir a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem, é realçada a necessidade de elaborar e monitorizar indicadores na medição da qualidade, apoiadas em Bitttar (2001), apontam indicador como sendo uma unidade de medida que pode ser usada como guia para avaliar e monitorizar a qualidade dos cuidados. Estas autoras usam, como referência, os indicadores adotados pela American Nurses Association (ANA), que são baseados no modelo de Donabedian (1990) e denominados de indicadores sensitivos de enfermagem. Refletem a estrutura, o processo e o resultado dos cuidados e, segundo a mesma associação, um desses indicadores é a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem. Acrescentam ainda que um bom sistema de medição e monitorização da satisfação da pessoa traduz-se num processo contínuo, que permite às organizações melhorarem a sua assistência. Citando Greeneich (1993), as mesmas autoras realçam ainda a importância de conhecer as expectativas da pessoa no processo de avaliação da satisfação e que o resultado dependerá da interação entre profissionais cuidadores e pessoa cuidada.

Partilham da mesma opinião Cruz e Melleiro (2010), quando se referem à necessidade de desenvolver sistemas de avaliação da satisfação da pessoa, na área da saúde, como um bem necessário ao aperfeiçoamento de estratégias de gestão nesse setor.

De acordo com Medeiros, Araújo-Souza, Albuquerque-Barbosa e Clara-Costa (2010), a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde está diretamente ligada à satisfação da pessoa. A mesma ideia é expressa por Kerber, Kirchhof, Cezar-Vas e Silveira (2010), que consideram que a avaliação dos serviços, realizada pela pessoa, permite, na prática, analisar a resposta da comunidade à oferta de serviços de saúde, possibilitando uma melhor adequação dos cuidados às expectativas da pessoa.

No entanto, perante uma tentativa de correlacionar a qualidade dos cuidados de enfermagem com a satisfação da pessoa, Freitas, Sliva, Minamisava, Bezerra e Sousa (2014) concluíram que, apesar de encontrarem um défice de qualidade, encontraram um alto nível de satisfação da pessoa com os cuidados recebidos. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de as instituições adequarem os seus objetivos a uma avaliação permanente da qualidade dos cuidados, tendo em conta as expectativas da pessoa.

3.2 – QUALIDADE DE VIDA

Após uma breve abordagem sobre a importância da satisfação como indicador da qualidade dos cuidados, importa agora uma breve reflexão sobre o conceito de qualidade de vida no sentido de procurar saber se há ligação entre eles.

No Código Deontológico do Enfermeiro Artigo 82º (Dos direitos à vida e à qualidade de vida), está expresso o dever de proteger e defender a vida humana em quaisquer circunstâncias, de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa e participar nos esforços profissionais de forma a valorizar a vida e a qualidade de vida (OE, 2005).

Segundo a OMS, a qualidade de vida é definida como a perceção individual sobre a sua posição na vida face ao contexto cultural e sistemas de valores em que se insere, tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL], 1995). A sua relação com a saúde, enquanto aferidor da qualidade dos serviços e cuidados de saúde, tem vindo a assumir relevância crescente nas áreas económica e social da saúde de um país (WHOQOL, 1995). Segundo a mesma fonte, o conceito de qualidade de vida não é consensual e reconhece duas componentes: uma objetiva ou social, que contempla fatores económicos, políticos e ambientais e, a outra, subjetiva ou psicológica, que reflete o julgamento pessoal

(autoestima, satisfação e bem-estar). Apesar de ser um termo bastante utilizado, o seu conceito continua de difícil operacionalização pelas múltiplas variáveis que compõem o seu significado (Santos, Martins, & Ferreira, 2009).

De acordo com Canavarro e Serra (2010), é um conceito vasto, influenciado pela saúde física do individuo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças e meio que o rodeia e abrange, por isso, varias dimensões, o que tem suscitado um interesse generalizado em torno desta temática. Segundo os mesmos autores, a ligação da qualidade de vida ao estado de saúde provém da definição de saúde da OMS, em que saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, onde está implícito as iniciativas de promoção de saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016).

O bem-estar subjetivo é uma combinação de experiências psicológicas que incluem a satisfação, o pensamento, o sentimento, a vontade, as perceções e a experiência de felicidade. A idade, o sexo e a etnia têm mostrado fracas associações com o conceito de qualidade de vida, já o nível de rendimento, a situação de emprego, a rede de relações pessoais e sociais e a autoestima tendem a evidenciar uma forte relação com o conceito (Canavarro & Serra, 2010). Na tentativa de clarificação deste conceito relacionado com a saúde, os mesmos autores acrescentam ao processo saúde-doença o bem-estar físico, mental e social da pessoa. Embora ainda não tenha sido encontrada uma definição universal, há a certeza, porém, de uma abrangência multidisciplinar, com uma perspetiva holística sobre a natureza biopsicossocial do ser humano.

Os enfermeiros incorporam nas suas intervenções os pressupostos da melhoria contínua da qualidade de vida, ao visar a pessoa como um todo, em busca do equilíbrio e bem-estar geral. Nesta perspetiva, a visão da pessoa acerca do seu estado de saúde tem um papel decisivo no âmbito do planeamento e execução das intervenções de enfermagem, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

CAPITULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Após a fase conceptual, o presente capítulo reporta-se à fase metodológica, que consiste em precisar as diferentes etapas da investigação.

Após a justificação do tema, faremos uma abordagem ao tipo de estudo, à questão de investigação, objetivos, hipóteses, variáveis, população e amostra, aos instrumentos de colheita de dados, aos procedimentos formais e éticos e, por fim, será feita referência aos procedimentos para a análise dos dados.

4 – METODOLOGIA

Para chegar ao conhecimento científico é preciso seguir um caminho rigoroso, obedecer a determinados procedimentos que nos levem a atingir o fim pretendido, ou seja, a produção de novos conhecimentos. Não é possível obter conhecimento racional, sistemático e organizado sem seguir um método concreto e organizado (Vilelas, 2009).

É através da metodologia e, segundo Fortin (2009), que o investigador determina como proceder para alcançar os seus objetivos, para dar resposta às suas questões de investigação, é onde são definidos os meios e as estratégias para desenvolver a investigação.

4.1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

A investigação tem como ponto de partida uma situação considerada problemática que causa inquietação, exigindo a sua melhor compreensão. Um problema de investigação é uma situação que necessita de um esclarecimento ou de uma modificação (Fortin, 2009).

Os avanços tecnológicos e farmacológicos, com particular ênfase na área cirúrgica, permitiram grandes mudanças nas organizações de saúde e nas respostas de saúde aos cidadãos, de que são exemplo a redução do tempo de internamento e a cirurgia de ambulatório. Surge assim uma cada vez maior preocupação para o enfermeiro peri operatório, que se prende com a preparação para a alta na perspetiva de dar continuidade aos cuidados, à pessoa submetida a cirurgia e família.

Como já tivemos oportunidade de referir anteriormente, a cirurgia oftalmológica é uma das cirurgias que mais evoluiu nos últimos anos, o que veio permitir que esta seja uma das cirurgias mais comuns nos hospitais portugueses. Segundo dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), referentes ao ano de 2014, foram realizadas 906,3 mil grandes e médias cirurgias e 200,4 mil pequenas cirurgias nos hospitais portugueses. Entre as grandes e médias cirurgias, destaca-se a especialidade de oftalmologia com 19,8% cirurgias realizadas, colocando-se esta especialidade muito próximo da cirurgia geral, especialidade com mais cirurgias realizadas no período em análise (20,8%), seguindo se a especialidade de ortopedia (17,1%), ginecologia e obstetrícia (10,4%). Segundo a mesma fonte, cerca de 74% das cirurgias realizadas ocorreram em hospitais oficias (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016).

Olhando agora para a realidade do CRIO onde foi realizada o presente estudo e analisando dados relativos ao ano de 2015 que nos foram facultados pelo mesmo, no ano em causa foram realizadas 10.634 cirurgias, das quais 7.717 em ambulatório. Podemos ainda constatar, da análise dos números facultados, que a cirurgia mais realizada foi a da secção implanto refrativa, cirurgia de catarata, com um total de 3.118 cirurgias.

Ao longo destes anos de experiência de cuidados à pessoa submetida a cirurgia oftalmológica, tem-se verificado que, na maioria das vezes, esta não volta a contactar diretamente com o enfermeiro peri operatório, não sendo possível assim uma monitorização dos cuidados prestados aquando da preparação para a alta. Convictos que a satisfação está associada à qualidade dos cuidados recebidos, nasce o interesse em conhecer e explorar esta realidade. O facto de haver poucos estudos realizados nesta área, contribui também para a realização deste estudo. Constitui ainda motivação para a sua realização o facto de, no dia-a-dia, nos chegarem algumas dúvidas por parte da pessoa e família sobre os ensinos efetuados no momento da alta, o que nos leva a pensar até que ponto é que pessoa e família estão satisfeitas com os cuidados recebidos no momento da alta e quais os fatores relacionados com essa satisfação.

Ao analisarmos esta problemática, reconhecemos a importância da preparação para a alta na continuidade dos cuidados e os benefícios que daí resultam e da satisfação da pessoa e família com os mesmos, como contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

O tema em estudo prende-se assim com "**A satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica, face aos cuidados de enfermagem na preparação para a alta**".

A investigação foi desenvolvida com o intuito de compreender o nível de satisfação da pessoa nesta situação e tem potencial de contributo, *à posteriori*, para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, em relação à preparação para a alta realizada à pessoa submetida a cirurgia oftalmológica em ambulatório.

4.2 – TIPO DE ESTUDO

O estudo apresentado enquadra-se no domínio da investigação quantitativa, observacional e descritivo-correlacional. Descritivo, porque procura descrever o grau de satisfação da população em estudo com os cuidados de enfermagem na preparação

para a alta e, correlacional, na medida em que procura analisar qual ou quais os fatores associados à satisfação.

Segundo Fortin (2009), o principal objetivo dos estudos descritivos-correlacionais é a descoberta de fatores ligados a um determinado fenómeno. O investigador procura explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis.

Os estudos observacionais-descritivos permitem obter informação acerca da população em estudo, em que o investigador desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente sem intervir e observa os efeitos e as relações dos acontecimentos com as variáveis (Vilelas, 2009). Os conhecimentos obtidos são mais profundos e levam a delimitação dos factos que suportam o problema e à descoberta de associações entre as variáveis da investigação.

Podemos ainda acrescentar que se trata de uma investigação transversal, na medida em que se realizou a colheita de dados num único momento.

4.3 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÂO

De acordo com Poli, Beck e Hungler (2004), a formulação de problemas em enfermagem baseia-se, fundamentalmente, na experiência, na literatura, nas teorias e nas ideias de outras pessoas. Os mesmos autores acrescentam, ainda, que a questão de investigação é o raciocínio hipotético colocado de forma interrogativa.

Para Fortin (2009), a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui as variáveis e a população a estudar. Segundo a mesma autora, é a questão de investigação que orienta a investigação. Constitui, por isso, uma parte importante da mesma, e determina a direção sobre a qual incidirá a resolução do problema, qual o tipo de dados a colher, assim como a sua análise.

A inquietação inicial surgiu associada à experiência profissional e ao desenvolvimento académico da autora.

De forma a ir ao encontro do problema, formulou-se a seguinte questão de investigação: “**Qual o nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta e que fatores estão associados?”**

A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação e, à sua formulação, segue-se a formulação dos objetivos (Ribeiro, 2010).

4.4 – OBJETIVOS

Para Fortin (2009), o objetivo da investigação deve precisar as variáveis, a população alvo e a orientação da investigação, identificando, de uma forma clara, o que o investigador pretende alcançar.

Vilelas (2009) partilha da mesma opinião: o objetivo deve apontar a população a estudar, as variáveis e o tipo de estudo. O mesmo autor refere ainda que, no planeamento da investigação, é necessário definir dois níveis de objetivos, o geral e os específicos. O geral deve conter a ideia chave da investigação; já os específicos devem ser traçados de forma a irem ao encontro do objetivo geral.

Os objetivos sucedem do problema da investigação e do quadro conceptual e guiam-nos até aos resultados. Assim, para este estudo, enunciamos os seguintes objetivos:

- Analisar o nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta.
- Identificar fatores associados ao nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta.

4.5 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÂO

A hipótese é um enunciado formal, onde estão expressas as relações previstas entre as variáveis em estudo (Fortin, 2009).

Nesta linha de pensamento, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1 - Existe relação entre a satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta e a qualidade de vida.

H2 - Existe relação entre a satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta e a idade.

H3 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, entre homens e mulheres.

H4 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função do local de residência.

H5 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função do estado civil.

H6 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função das habilitações literárias.

H7 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função da coabitação.

H8 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função da experiência cirúrgica.

H9 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função do reconhecimento do enfermeiro prestador de cuidados.

H10 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função do tipo de cirurgia.

H11 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função do tipo de anestesia.

H12 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função da entrega de informação escrita.

H13 - Existe diferença na satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para alta, em função da necessidade de contacto após alta.

4.6 – VARIÁVEIS

Variável pode ser considerado tudo aquilo que varia, que é inconstante, que sofre mutações. É uma qualidade ou uma característica atribuída a pessoa ou acontecimentos que constituem objeto de investigação e que pode ser mensurável. (Fortin, 2009).

Na medida em que a conceção e a operacionalização das variáveis são essenciais para que as hipóteses científicas sejam passíveis de argumentação empírica, iremos, de seguida, definir as variáveis em estudo e a sua operacionalização. Segundo Polit et al. (2004), o investigador deve definir as variáveis, especificando o modo como a variável será observada e mensurada na pesquisa que está a desenvolver.

Variável dependente

No presente estudo, a nossa variável dependente será a "satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados recebidos aquando da preparação para a alta". A satisfação será medida através de um questionário composto por 21 itens, dividido em seis dimensões. Serão utilizadas as médias para a sua medição, podendo os valores oscilar num contínuo de zero (0) a três (3) pontos, correspondendo o 0 a um elevado nível de insatisfação e o 3 ao estado máximo de satisfação.

Variáveis Independentes

Com o intuito de analisar a possível influência das características sociodemográficas e clínicas sobre a variável dependente, estabelecemos como variáveis independentes a "qualidade de vida", a "idade", o "sexo", a "residência", o "estado civil", as "habilitações literárias", a "coabitação", a "experiência cirúrgica", o "reconhecimento do enfermeiro prestador de cuidados", o "tipo de cirurgia", o "tipo de anestesia", a "informação escrita" e a "necessidade de contactar o serviço após a alta". Uma vez definidas, torna-se conveniente expor a sua operacionalização.

Qualidade de vida

Para avaliar esta variável, utilizamos o EQ-5D-3L, que mede a qualidade de vida relacionada com a saúde e que nos permite gerar um índice representativo do valor do estado de saúde. Os inquiridos eram convidados a descrever o seu estado de saúde tendo em conta cinco dimensões, nomeadamente, a "mobilidade", "cuidados pessoais", "atividades habituais", "dor/mal-estar" e "ansiedade/depressão", e segundo três níveis, tais como, "sem problemas", "problemas moderados" e "problemas extremos". Numa segunda fase, os inquiridos, atribuem um valor ao seu estado de saúde segundo uma escala que vai de zero (0) a cem (100), onde 0 traduz o pior estado de saúde imaginável e 100 o. melhor estado de saúde imaginável

Idade

Para mensurar esta variável, optámos por uma questão aberta, expressa em anos. Posteriormente, os dados obtidos foram agrupados em cinco grupos (</=35),]35-50],]50-65],]65-80] e (> 80), com os quais trabalhamos na análise descritiva.

Sexo

No sentido de inquirir os elementos da amostra sobre o sexo, recorremos a uma questão dicotómica com duas opções de escolha, masculino e feminino.

Residência

Os inquiridos foram questionados sobre a sua residência com a opção de escolha sobre uma das seguintes classes: aldeia, cidade e periferia da cidade.

Estado civil

Após ter sido categorizada, esta variável, em 4 classes, solteiro, casado, divorciado/separado e viúvo, foi apresentada aos inquiridos sob a forma de pergunta fechada onde estes selecionavam a resposta que espelhava a sua situação atual.

Habilitações literárias

Esta variável foi avaliada com recurso a uma questão aberta, tendo sido posteriormente agrupadas as respostas de acordo com o sistema educativo atualmente contemplado na lei de bases da educação: <1º Ciclo, 1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º ciclo, ensino secundário e ensino superior.

Coabitação

Os inquiridos foram convidados a responder a uma questão aberta, tendo sido as respostas agrupada em 6 classes: vive só, vive com cônjuge, família nuclear com ascendentes, família nuclear com descendentes, família alargada e residente em instituição.

Experiência cirúrgica e reconhecimento do enfermeiro prestador de cuidados

Quanto à experiência cirúrgica e ao reconhecimento do enfermeiro prestador de cuidados, estas variáveis foram avaliadas através de uma questão fechada com resposta dicotómica, em que os inquiridos tinham opção de escolher “sim” ou “não”.

Tipo de cirurgia e tipo de anestesia

Os dados relativos ao tipo de cirurgia e anestesia foram obtidos com recurso a duas perguntas abertas, em que os inquiridos davam a sua resposta de acordo com a experiência cirúrgica que tinham vivenciado. Para analisar os dados, houve necessidade de proceder ao agrupamento das respostas. Assim, em relação à variável “tipo de cirurgia”, temos: cirurgia de catarata, cirurgia de retina, cirurgia refrativa e outros. Quanto ao tipo de anestesia, foram considerados três tipos de anestesia: local, sedação e geral.

Informação escrita e necessidade do contacto após a alta

Estas duas variáveis foram avaliadas através de duas questões fechadas, com duas possibilidades de resposta: “sim” e “não”.

4.7 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2009), a população alvo é constituída por todos os elementos que satisfazem os critérios de inclusão, sendo a amostra uma fração dessa população sobre a qual se faz o estudo. A representatividade é a qualidade essencial de uma amostra. Segundo a mesma autora, para que uma amostra seja representativa deve assemelhar-se o mais possível à população.

A população em estudo é constituída pelas pessoas submetidas a cirurgia oftalmológica em regime de ambulatório no CRIO do CHUC.

A amostra é constituída por 250 pessoas, recrutadas de forma acidental, onde cada participante foi recrutado pelo facto de se encontrar no local determinado e no preciso momento. Neste estudo, foram abordadas as pessoas após o momento da alta para solicitar a sua participação no estudo.

Foram definidos como critérios de inclusão: pessoa submetida a cirurgia oftalmológica no CRIO do CHUC, cirurgia em regime de ambulatório e a pessoa ter condições físicas e psicológicas para responder ao questionário.

4.8 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do instrumento de colheita de dados procura ir ao encontro dos objetivos do estudo. A colheita de informação é uma técnica que permite ao investigador obter informação relativamente ao objetivo de estudo, através de uma observação direta e/ou de registo de dados (Fortin, 2009). Existem vários instrumentos de colheita de dados, cabendo ao autor escolher aquele que melhor se adapta ao seu estudo, tendo em conta os seus objetivos e o contexto da sua realização.

A investigação quantitativa caracteriza-se por se expressar através de números, devendo, por isso, recorrer-se a amostras de grande tamanho, de forma a serem o mais representativo possível da população. A validade interna do estudo depende da validade e fidelidade dos instrumentos de colheita de dados (Ribeiro, 2010).

Ao optarmos pelo questionário como instrumento de colheita de dados, tivemos presente o seu objetivo que, segundo Fortin (2009), é colher dados factuais sobre acontecimentos, atitudes e conhecimento. Pode ser preenchido pelo participante ou pelo assistente da investigação. Apesar de este ser um dos métodos mais utilizados nos estudos quantitativos, tem vantagens e desvantagens. É um método rápido e pouco dispendioso na obtenção de dados, mas por outro lado, corre o risco de elevadas taxas de anulação de dados por respostas incorretas ou incompletas.

Em função dos objetivos propostos optou-se, nesta investigação, por utilizar um instrumento de colheita de dados composto por:

- Questionário de caracterização sociodemográfica (construído pela autora)
- Questionário se Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH21)
- Questionário de Saúde (EQ-5D-3L)

O nosso instrumento de colheita de dados ficou assim composto por três partes, onde são aplicadas questões que permitem respostas fechadas, dicotómicas e tipo likert (ANEXO I).

O questionário sociodemográfico (primeira parte) permite obter informação geral sobre os participantes: idade, sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, coabitação, experiência cirúrgica, tipo de anestesia e informação no momento da alta.

Na segunda parte utilizou-se o SUCEH21, pelo qual é possível obter informação relativa à satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem. Este questionário é da autoria da Profª Ana Leonor Ribeiro, que autorizou a sua utilização (ANEXO II).

O questionário a que nos referimos foi construído com o objetivo de criar um instrumento de avaliação da satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem, tendo em conta que esta matéria poderá ser um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ribeiro, 2005). A sua consistência interna foi avaliada através do coeficiente de *Alpha* que, após reajustamento das questões, obteve um valor de 0,825.

Após análise da consistência interna, a autora optou por proceder a análise fatorial de forma a identificar fatores, em que cada um represente uma dimensão da satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem. Desta análise, resultaram seis fatores que explicam 65% da variância total do questionário, concluindo, assim, que este instrumento avalia as seguintes dimensões da satisfação: “eficácia na comunicação”, “utilidade da informação”, “qualidade no atendimento”, “prontidão na assistência”, “manutenção do ambiente terapêutico” e “promoção da continuidade dos cuidados”.

Na tabela 1, pode observar-se as questões relativas a cada dimensão, assim como os respetivos coeficientes do estudo original e os coeficientes obtidos no estudo atual.

Tabela 1 – Dimensões do questionário SUCEH21, respetivas questões e coeficientes.

	QUESTÕES	COEFICIENTE	
		Estudo original (*)	Estudo atual
Eficácia na comunicação	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível? Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)? Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	0,982	0,68
Utilidade da informação	Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação? Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem? Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)? Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)? Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário faze-los)?	0,696	O,52
Qualidade no atendimento	Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados? Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas? Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital. Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos). Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava.	0,651	0,62
Prontidão na assistência	Quando esteve internado, e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros? Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos.	0,844	0,49
Manutenção do ambiente terapêutico	Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)? Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	0,496	0,50

	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes? Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço).		
Promoção da continuidade dos cuidados	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)? Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	0,428	0,45

(*) Dados obtidos de Ribeiro (2005).

O questionário é composto por vinte e uma questões que obtêm resposta através de uma escala tipo liker que vai de 0 a 3, em que o valor (0) corresponde sempre a "não se aplica/sem opinião" relativamente ao conteúdo manifesto na questão. No primeiro conjunto de questões, utilizou-se como critério de medida uma escala que varia entre "sempre" (3), "às vezes" (2), e "nunca" (1) e, no segundo, utilizou-se o mesmo critério, mas numa escala que varia entre "insatisfeito" (1), "nem satisfeito/nem insatisfeito" (2), e "satisfeito" (3).

Na terceira parte foi utilizado um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde, o EQ-5D-3L, criado pelo EuroQol Group, tendo sido obtida autorização para a sua utilização (ANEXO III).

O EQ-5D-3L é um instrumento de medição cognitivamente simples, de autopreenchimento, composto por um sistema descritivo e por uma escala analógica, que permite gerar um índice representativo do valor do estado de saúde da pessoa (Ferreira, Ferreira , & Pereira, 2013). Este questionário é baseado num sistema classificativo que compreende cinco dimensões: "mobilidade", "cuidados pessoais", "atividades habituais", "dor/mal-estar" e "ansiedade/depressão" e cada dimensão tem três níveis: sem problemas (nível 1), problemas moderados (nível 2) e problemas extremos (nível 3). Na escala visual analógica, o respondente é convidado a registar a auto perceção da sua saúde numa escala que vai de zero a cem, em que zero (0) traduz o pior estado de saúde imaginável e cem (100) o melhor estado de saúde imaginável. Esta escala é também denominada de termómetro EQ-VAS e mede o estado de saúde atual ou melhora a perceção desse estado por cada indivíduo. Estes dois instrumentos foram construídos com o intuito de os seus utilizadores obterem informação sobre o impacto do estado de saúde na qualidade de vida dos indivíduos.

O EQ-5D-3L permite a atribuição de um valor ao estado de saúde da pessoa, em que esse valor pode ser observado diretamente pela escolha do respondente, na escala visual analógica, como a representada na tabela 2, ou pela atribuição de um valor numérico obtido através da utilização da seguinte formula (V=1-x-MO-CP-AH-DM-AD-N3), com recurso aos coeficientes representados na tabela 3. O x é uma constante que representa a não coincidência do valor de qualquer dimensão em relação ao nível 1 e N3 é uma outra constante que representa a presença do nível 3 em qualquer das dimensões.

Tabela 2 - Sistema descritivo do EQ-5D-3L.

DIMENÇÃO	NIVEL
Mobilidade	Não tenho problemas em andar Tenho alguns problemas em andar Tenho de estar na cama
Cuidados pessoais	Não tenho problemas em cuidar de mim Tenho alguns problemas a lavar-me e vestir-me Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho
Atividades habituais	Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais
Dor/mal-estar	Não tenho dores ou mal-estar Tenho dores ou mal-estar moderados Tenho dores ou mal-estar extremos
Ansiedade/Depressão	Não estou ansioso/a ou deprimido/a Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a Estou extremamente ansioso/a ou deprimida

Adaptado de Ferreira et al. (2013)

Tabela 3 - Coeficientes EQ-5D-3L

DIMENSÃO	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Mobilidade	0,00	0,069	0,314
Cuidados Pessoais	0,00	0,104	0,214
Atividades Habituais	0,00	0,036	0,094
Dor/Mal-estar	0,00	0,123	0,386
Ansiedade/depressão	0,00	0,071	0,236
X	0,081		
N3	0,269		

Adaptado de Ferreira et al. (2013)

O valor global obtido, através da aplicação da fórmula, é convertido num score ou nível de saúde. Este valor vai de zero (0) a um (1), onde o 1 corresponde ao estado de saúde perfeito e 0 corresponde à morte, admitindo-se, ainda, valores negativos correspondentes a estados de saúde considerados como piores que a morte. No presente estudo, optou-se pela utilização da fórmula descrita anteriormente para obter um valor numérico representativo do estado de saúde da pessoa.

No estudo realizado por Ferreira et al. (2013), os autores concluem que a versão portuguesa do EQ-5D-3L tem uma boa aceitabilidade, fiabilidade e validade na medição do estado de saúde com um valor de Alpha de Cronbach de 0,72.

Em Portugal, o EQ-5D tem sido também utilizado em inúmeros estudos, como o de Ferreira et al. (2006), com uma amostra de 70 doentes com cataratas, Fonseca, et al. (2001), com uma amostra de 100 indivíduos asmáticos, ou o de Granja, Teixeira, e Costa (2002), levado a cabo em 275 doentes após alta de unidades de cuidados intensivos.

No nosso estudo, o conjunto dos cinco itens do EQ-5D-3L apresentam um valor de Alpha de 0,69.

4.9 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O processo de colheita de dados consiste em colher, de forma sistemática, a informação pretendida junto da amostra selecionada, recorrendo, para isso, ao instrumento escolhido. Ao optarmos pelo questionário como método de colheita de dados, tivemos em conta as suas vantagens e desvantagens como referido anteriormente.

A colheita de dados teve início com a entrega do instrumento, após o momento da alta. Após uma breve introdução do estudo e apresentação da investigadora, foi feito o apelo ao preenchimento do questionário, com garantia do anonimato da pessoa e confidencialidade das respostas. Foi solicitado a cada pessoa que levasse o questionário para casa e o preenchesse no momento mais oportuno e propício à reflexão sobre os cuidados recebidos. A devolução da informação era feita, pela pessoa ou familiar, aquando da vinda à próxima consulta.

De forma a obter o maior número de dados possível, prolongou-se o período de colheita de outubro de 2015 a janeiro de 2016. Obteve-se, assim, uma amostra final de 250 pessoas.

4.10 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O investigador, no decurso de qualquer investigação, deve garantir a integral adequação aos princípios estabelecidos relativos à proteção de dados pessoais previstos na legislação em vigor. Deve ainda garantir e proteger a honra e a intimidade das pessoas, evitar situações que possam vir a afetar a confidencialidade e atender sempre à voluntariedade na participação.

Desta forma, ao analisar a informação colhida, esteve sempre salvaguardado o seu anonimato e confidencialidade.

Foi solicitado, junto do Exmª Srª Diretor do CRIO, o parecer científico para a realização da investigação (ANEXO IV), bem como a respetiva autorização à Exma Srª Enfermeira Chefe (ANEXO V).

Após estarem reunidos todos os documentos necessários, foi solicitado parecer à Comissão de Ética para a Saúde do CHUC para a realização do estudo, o qual foi favorável (ANEXO VI), tendo também tido a autorização do Presidente do Conselho de Administração do CHUC.

Antes de dar início ao procedimento da colheita de dados, foi requerida a participação voluntária e autorização dos participantes. Foi explicado a todos os participantes o estudo, seus objetivos e contexto de realização, bem como o carácter voluntário da sua participação, havendo sempre o cuidado de esclarecer todas as dúvidas. Por fim, foi entregue documento escrito com toda a informação relativa ao estudo e utilizado termo para obtenção do consentimento na forma escrita (APÊNDICE I).

4.11 – PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS

Na investigação, o tratamento estatístico consiste em organizar, clarificar e codificar os dados colhidos, de forma a permitir a sua análise, interpretação e apresentação de uma forma lógica e compreensiva (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Os dados, só por si, não conduzem ao conhecimento, carecem de tratamento que facilite a análise e a resposta à questão de investigação.

Utilizaram-se técnicas e procedimentos de estatística descritiva e inferencial. Os dados obtidos foram registados numa base de dados construída no programa Excel e, posteriormente, foram importados e processados para o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 23.0. Como medidas descritivas, foram calculadas frequências relativas e percentuais, medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão e quartis).

Através do teste de Kolmogorov-Smirnov, verificou-se que as variáveis centrais em estudo têm uma distribuição não normal ($p<0,05$), pelo que, para análise inferencial, utilizamos testes não paramétricos, concretamente, o teste de correlação de Spearman, o teste de Kruskal-Wallis e o teste U de Mann-Withney.

CAPITULO III – ANÁLISE E DISCUSSÂO DOS RESULTADOS

No capítulo que se segue, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos no estudo realizado. Com recurso à estatística descritiva e inferencial, serão resumidos e apresentados os resultados e analisadas possíveis associações entre algumas variáveis.

Após a apresentação e análise dos resultados, proceder-se-á à sua discussão à luz do enquadramento teórico apresentado e outros estudos que foram considerados relevantes para tal.

Pretende-se, com este capítulo, encontrar resposta à questão e objetivos formulados.

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados não são mais que as informações numéricas que advêm da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda do instrumento de colheita de dados (Fortin, 2009).

Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos. A fonte e local serão omissos, na medida em que todos se referem ao presente estudo.

A amostra obtida é constituída por 250 participantes, pessoas submetidas a cirurgia oftalmológica em regime de ambulatório.

Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra

A média de idades da amostra em estudo é de 65,28 anos, com um desvio padrão de 18,89, a moda foi de 72 anos e a mediana de 71 anos. Quando agrupados em grupos, conforme se pode ver na tabela 4, predominam os indivíduos com mais de 65 anos (64,4%), sendo menos expressivos os grupos relativos aos indivíduos com menos de 50 anos (19,6%).

Tabela 4 – Distribuição dos elementos da amostra por grupo etário

Grupo etário	n	%
</= 35	26	10,4
]35-50]	23	9,2
]50-65]	40	16,0
]65-80]	125	50,0
> 80	36	14,4
Total	250	100,0

Relativamente ao sexo, predominaram as mulheres (141). Conforme podemos observar na figura 1, ao cruzar estes dados com o grupo etário, verifica-se que a predominância do sexo feminino acontece em todos os grupos.

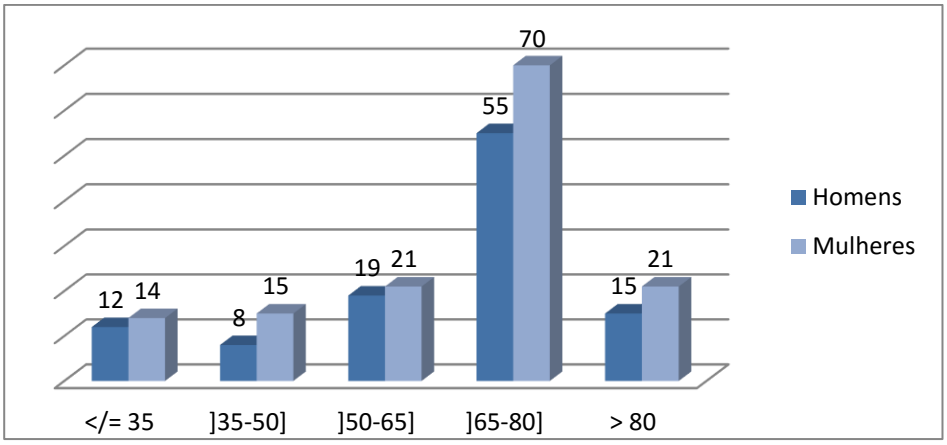


Figura 1 - Distribuição dos elementos da amostra por grupo etário e sexo

Quanto à coabitação, verifica-se na figura 2 que a maioria dos participantes coabita com a família quer seja apenas o cônjuge (48%) ou família alargada, apenas 21% da amostra referiu viver só e 2% reside em instituição.

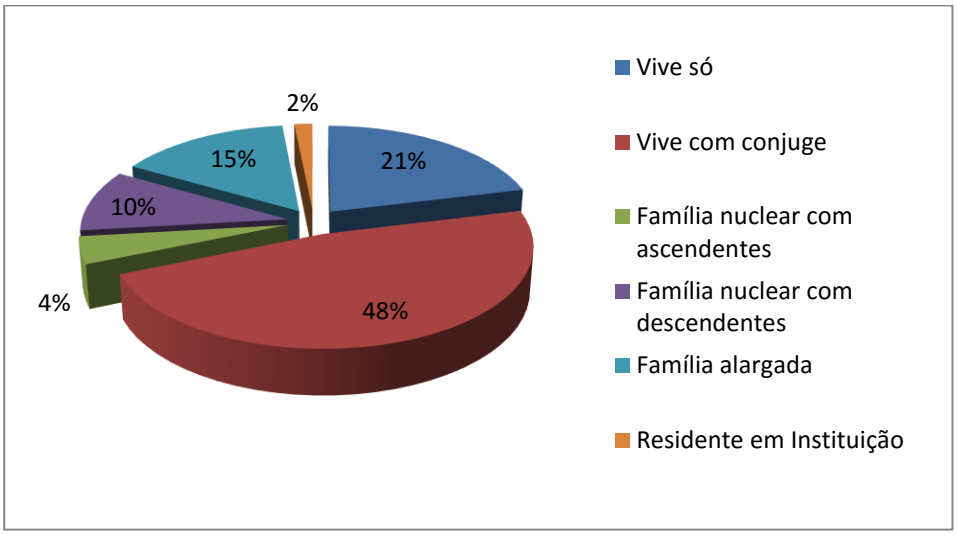


Figura 2 - Distribuição dos participantes em função da coabitação

Quanto à área de residência, podemos verificar, na figura 3, que a amostra se distribui de forma muito idêntica pela cidade e sua periferia (45%), predominando as pessoas que habitam na aldeia (55%).

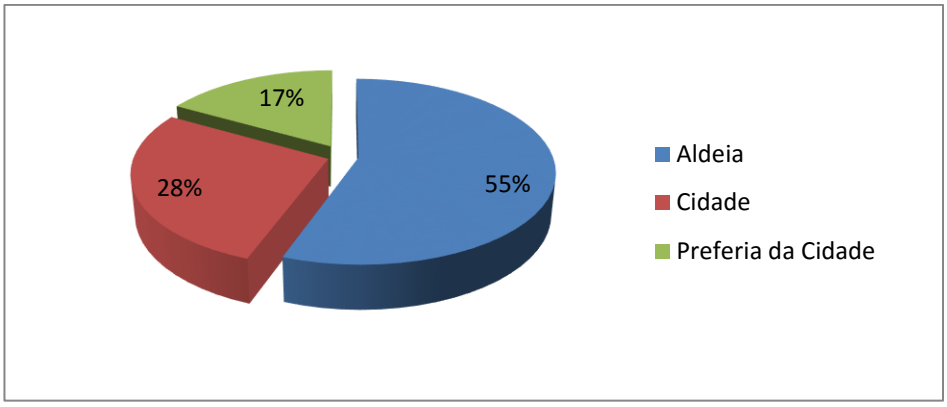


Figura 3 – Distribuição dos elementos da amostra de acordo com a residência

No que concerne ao estado civil, verifica-se, na tabela 5, que o grupo dos casados (56,8%) predomina em relação aos outros três grupos.

Tabela 5 – Distribuição dos elementos da amostra por estado civil

Estado civil	**n**	**%**
Solteiro	36	14,4
Casado	142	56,8
Viúvo	17	6,8
Divorciado/Separado	55	22,0
Total	250	100,0

Verificou-se que o nível de escolaridade da nossa amostra, tabela 6, é maioritariamente o primeiro ciclo do ensino básico (52,4%). Pode constatar-se, ainda, que existe um valor significativo de elementos da amostra que não sabem ler nem escrever (10,8%).

Tabela 6 – Caracterização dos elementos da amostra relativamente às habilitações literárias

Habilitações literárias	**n**	**%**
<1º Ciclo	27	10,8
1º Ciclo	131	52,4
2º Ciclo	20	8,0
3º Ciclo	11	4,4
Ensino Secundário	26	10,4
Ensino Superior	35	14,0
Total	250	100,0

Após a caracterização sociodemográfica, pretendia recolher-se dados que permitissem caracterizar a amostra tendo em conta a sua situação clínica. Desta forma, explorou-se os dados relativos ao momento cirúrgico.

Em relação à experiência cirúrgica verifica-se, na tabela 7, que para 58,8% dos elementos não era a primeira vez que estavam a ser sujeitos a um a intervenção cirúrgica.

Tabela 7 – Distribuição dos elementos da amostra segundo experiência cirúrgica

Experiência cirúrgica	**n**	**%**
Sim	147	58,8
Não	103	41,2
Total	250	100,0

Mesmo tendo em conta o vasto leque de cirurgias que se podem realizar em oftalmologia, as respostas obtidas recaíram apenas sobre três grandes grupos: cirurgia de catarata, cirurgia de retina e cirurgia refrativa. Destaca-se a cirurgia de catarata, com 72% dos elementos a referirem ter sido esta a cirurgia a que foram submetidos, conforme se pode observar na figura 4. Obtiveram-se apenas quatro respostas (1,6%) referentes a outro tipo de cirurgia, o que não justificou a sua descrição.

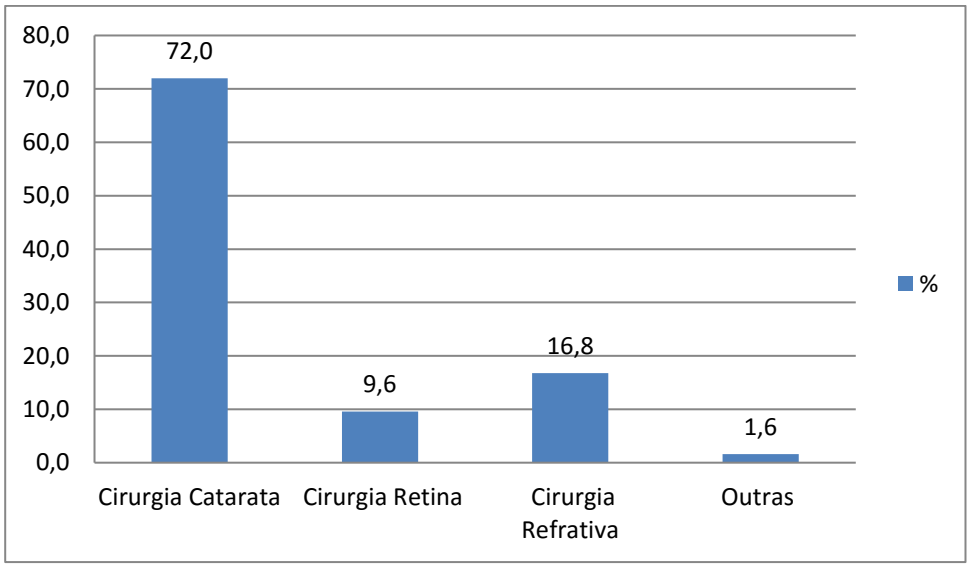


Figura 4 – Distribuição dos elementos da amostra de acordo com o tipo de cirurgia

Em relação ao tipo de anestesia a que foram submetidos, predominou claramente a anestesia local, conforme se pode ver na figura 5.

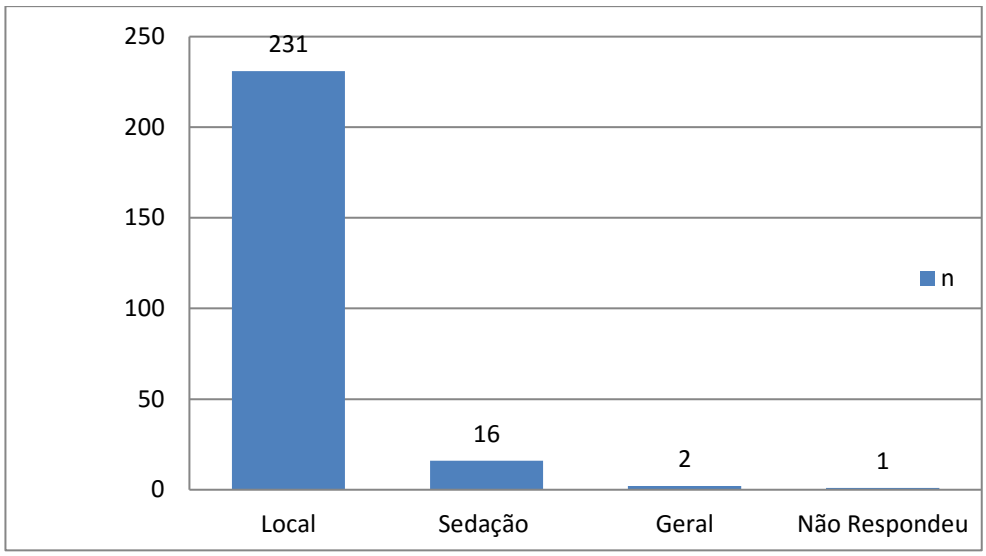


Figura 5 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o tipo de anestesia

Quando inquiridos os elementos da amostra acerca da facilidade em reconhecer o enfermeiro prestador de cuidados durante a sua estadia no bloco, a resposta foi maioritariamente afirmativa (81,2%), como se pode constatar na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos elementos da amostra em função do reconhecimento ou não do enfermeiro prestador de cuidados

Reconheceu enfermeiro	**n**	**%**
Sim	203	81,2
Não	46	18,4
Não respondeu	1	0,4
Total	250	100,0

A maioria dos elementos da amostra, conforme se vê na figura 6, responde afirmativamente à questão de ter recebido preparação para a alta e lhe ter sido entregue informação por escrito.

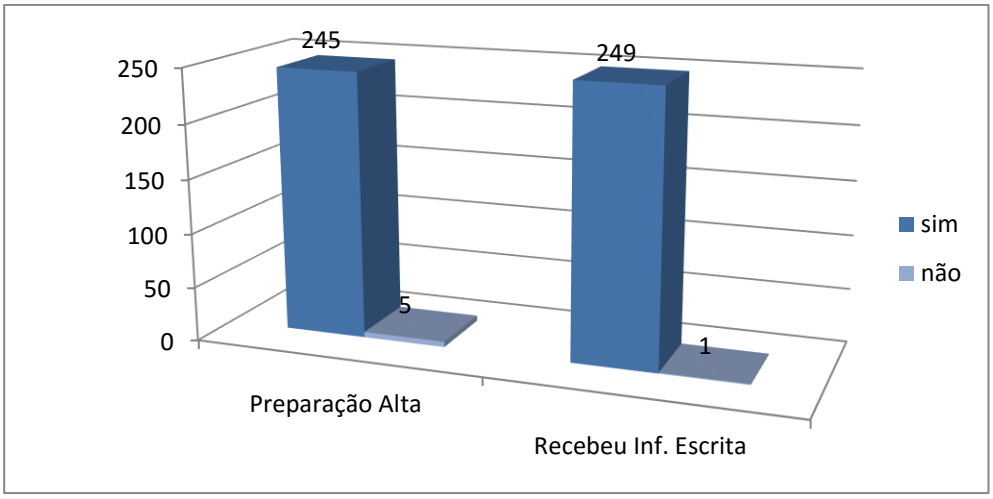


Figura 6 – Distribuição dos elementos da amostra segundo ter recebido ou não preparação para a alta e ter recebido ou não informação escrita

Questionados os elementos da amostra sobre a necessidade de contactar o serviço após a alta, apenas 21,6% respondeu ter sentido necessidade de o fazer, conforme consta na tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos elementos da amostra segundo necessidade de contacto após a alta

Necessidade de contacto	**n**	**%**
Sim	54	21,6
Não	195	78,0
Não respondeu	1	0,4
Total	250	100,0

Dos 54 elementos que reponderam ter sentido necessidade de contactar o serviço após a alta, 49 anunciou o motivo que os levou a fazer esse contacto. Os motivos do contacto foram agrupados na tabela 10, onde se pode verificar que o principal foi a consulta, e apenas 6 contactaram o serviço por dúvidas.

Tabela 10 – Distribuição dos elementos da amostra segundo necessidade de contacto após a alta

Motivo contacto	Frequência	%
Avaliação Cirúrgica	4	8,16
Baixa de Visão	1	2,04
Complicações	1	2,04
Consulta	35	71,43
Duvidas	6	12,24
Observação	2	4,08
Total	49	100,00

Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem

Podendo a satisfação variar entre zero (0) e três (3), as respostas dos participantes revelam valores maioritariamente próximos do valor máximo (M>2,5, Mo=3, Md>2,5 e s<1).

A dimensão que obtém melhores pontuações é a relativa à "eficácia na comunicação". Inversamente, a que obtém pontuações mais baixas e a única com média abaixo dos dois pontos é a dimensão relativa à "promoção da continuidade dos cuidados".

As dimensões "prontidão na assistência" e "promoção da continuidade dos cuidados" são as únicas que apresentam valores mínimos de zero e o primeiro quartil abaixo dos dois pontos.

Tabela 11 – Estatística descritiva referente à satisfação da pessoa segundo as dimensões avaliadas

Estatísticas		Dimensões					
		Eficácia na comunicação	Utilidade da informação	Qualidade no atendimento	Prontidão na assistência	Manutenção do ambiente terapêutico	Promoção da continuidade dos cuidados
Média		2,87	2,56	2,59	2,17	2,73	1,82
Mediana		3,00	2,60	3,00	2,50	3,00	1,50
Moda		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	1,50
Desvio Padrão		0,76	0,44	0,55	0,88	0,41	0,91
Variância		0,58	0,19	0,30	0,77	0,17	0,83
Mínimo		0,67	1,20	1,00	0,00	0,75	0,00
Máximo		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Percentis	25	3,00	2,40	2,20	1,50	2,50	1,50
	50	3,00	2,60	3,00	2,50	3,00	1,50
	75	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,75

Perceção do estado de Saúde

Recorrendo ao questionário genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde, EQ-5D-3L, criado pelo EuroQol Group, obtivemos dados relativos ao estado de saúde da pessoa no que diz respeito às cinco dimensões descritas.

Na tabela 12, podemos ver a distribuição de frequências segundo o estado de saúde e as dimensões avaliadas. Observa-se que, maioritariamente, os elementos da amostra responderam "sem problemas" nas dimensões, "mobilidade", "cuidados pessoais", "atividades habituais" e "ansiedade/depressão". Apenas na dimensão "dor/mal-estar" houve mais elementos (141) a referir ter "alguns problemas" do que "sem problemas" (104). Verifica-se ainda que em todas as dimensões houve um número muito reduzido de elementos a referir sentir problemas extremos.

Tabela 12 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o seu estado de saúde e as dimensões avaliadas

Estado de Saúde	**Dimensões**									
	Mobilidade		Cuidados Pessoais		Atividades Habituais		Dor/ Mal-estar		Ansiedade/ Depressão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Problemas	176	70,4	189	75,6	152	60,8	104	41,6	156	62,4
Alguns Problemas	74	29,6	57	22,8	88	35,2	141	56,4	89	35,6
Problemas Extremos	-	-	4,0	1,6	10	4,0	5,0	2,0	5,0	2,0
TOTAL	250	100,0	250	100,0	250	100,0	250	100,0	250	100,0

O instrumento EQ-5D-3L permite-nos obter um score ou nível de saúde de cada pessoa, que vai de zero a um e permite ainda saber a perceção do seu estado de saúde no momento atual, através de um registo numa escala que vai de zero (0) a cem (100).

Ao analisarmos a tabela 13, verifica-se que em ambas as situações os valores estão muito próximos, o que nos traduz que a perceção do estado de saúde pela própria pessoa anda muito perto do valor obtido através do cálculo do score do EQ-5D-3L.

M=70,51 e M=0,73 com s=17,69 e s=0,20 e Mo=70 e Mo=0,92 e Md=70 e Md=0,76 respetivamente.

Tabela 13 – Estatística descritiva referente estado de saúde da pessoa obtido pelo EQ-5D-3L

EQ5D		**ESCALA**
0,73	Média	70,51
0,76	Mediana	70,00
0,92	Moda	70,00
0,20	Desvio Padrão	17,69
0,04	Variância	313,16
-0,11	Mínimo	10
0,92	Máximo	100
	Percentis	
0,6230	25	60,00
0,7600	50	70,00
0,8830	75	85,00

Verificação das hipóteses

A análise estatística inferencial pretende estudar possíveis associações entre variáveis, tendo em vista a tomada de decisões respeitante à população. O investigador, na impossibilidade de trabalhar com uma população na sua totalidade, estuda uma amostra representativa dessa população. A estatística inferencial permite destacar características da população baseada nos dados da amostra (Fortin, 2009).

De forma a avaliar a associação entre as dimensões do SUCEH21com a qualidade de vida e a idade, recorreu-se ao teste de correlação de Spearman.

Conforme podemos observar na tabela 14, para as várias dimensões da SUCEH21, a sua correlação com as duas medidas de qualidade de vida é muito próxima de zero, não sendo estatisticamente significativa ($p>0,05$). Exceção para a dimensão “prontidão na assistência”, que apresenta uma correlação inversa, muito fraca, mas estatisticamente significativa ($p<0,05$) com ambas as medidas da qualidade de vida e para a dimensão “promoção da continuidade dos cuidados” que apresenta uma correlação inversa, muito fraca e também estatisticamente significativa ($p<0,05$), mas apenas para a medida obtida na escala.

Relativamente à idade, observam-se correlações positivas, fracas e estatisticamente significativas (p<0,05) com as dimensões “qualidade no atendimento”, “prontidão na assistência e “promoção da continuidade dos cuidados”.

Tabela 14 – Matriz de correlação entre as dimensões do SUCEH 21 e qualidade de vida e a idade

Dimensões	**EQ-5D-3L**		**Escala**		**Idade**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Eficácia na Comunicação	+0,03	0,60	-0,03	0,69	-0,02	0,74
Utilidade da Informação	+0,01	0,88	-0,06	0,33	+0,06	0,34
Qualidade no Atendimento	-0,12	0,05	-0,10	0,12	+0,20	0,00
Prontidão na Assistência	-0,18	0,01	-0,14	0,03	+0,22	0,00
Manutenção do Ambiente Terapêutico	-0,06	0,38	-0,03	0,67	+0,07	0,26
Promoção da Continuidade dos Cuidados	-0,10	0,11	-0,19	0,00	+0,27	0,00

No que se refere ao sexo, verifica-se que as mulheres se encontram globalmente mais satisfeitas do que os homens. No entanto, as diferenças encontradas apenas são estatisticamente significativas (p<0,05), para as dimensões “qualidade no atendimento” e “promoção da continuidade dos cuidados.

Tabela 15 – Valores do teste U de Mann-Withney para as dimensões do SUCEH 21 e sexo

Dimensões	Sexo	n	Posto Médio	Z	p
Eficácia na Comunicação	Feminino	141	131,07	-1,86	0,06
	Masculino	109	118,29		
Utilidade da Informação	Feminino	141	127,89	-0,61	0,54
	Masculino	109	122,40		
Qualidade no Atendimento	Feminino	141	132,94	-2,01	0,04
	Masculino	109	115,88		
Prontidão na Assistência	Feminino	141	132,61	-1,87	0,06
	Masculino	109	116,30		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Feminino	141	130,70	-1,45	0,15
	Masculino	109	118,78		
Promoção da Continuidade dos Cuidados	Feminino	141	132,84	-2,03	0,04
	Masculino	109	114,76		

Relativamente à área de residência, apenas não houve evidência significativa das diferenças encontradas nas dimensões, “eficácia na comunicação” e “utilidade da informação”. Para as restantes dimensões, existe pelo menos uma diferença significativa nos postos médios da SUCEH21 em função da área de residência.

Tabela 16 – Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e área de residência

Dimensões	Residência	n	Posto Médio	X^2	P
Eficácia na Comunicação	Aldeia	139	122,24	1,23	0,54
	Cidade	69	128,45		
	Periferia da Cidade	42	131,44		
Utilidade da Informação	Aldeia	139	131,28	2,16	0,34
	Cidade	69	117,20		
	Periferia da Cidade	42	120,00		
Qualidade no Atendimento	Aldeia	139	136,82	9,36	0,01
	Cidade	69	108,65		
	Periferia da Cidade	42	115,71		
Prontidão na Assistência	Aldeia	139	137,08	8,96	0,01
	Cidade	69	110,60		
	Periferia da Cidade	42	111,65		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Aldeia	139	133,81	7,83	0,02
	Cidade	69	107,41		
	Periferia da Cidade	42	127,73		
Promoção da Continuidade dos Cuidados	Aldeia	138	139,01	14,21	0,00
	Cidade	69	100,86		
	Periferia da Cidade	42	118,63		

Analisando o comportamento da variável estado civil com as dimensões da variável central, verifica-se que existe pelo menos uma diferença estatisticamente significativa para as dimensões, “qualidade no atendimento”, “prontidão na assistência” e “promoção da continuidade dos cuidados”, no entanto, não existe uma “tendência fixa”, pois na “qualidade no atendimento” e na “prontidão na assistência” parecem ser os viúvos os mais satisfeitos seguidos dos divorciados já na promoção da continuidade dos cuidados são os casados que apresentam valores mais elevados de satisfação.

Tabela 17 - Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e estado civil

Dimensões	Estado Civil	n	Posto Médio	x^2	p
Eficácia na Comunicação	Solteiro	36	118,08	2,47	0,48
	Casado	142	129,43		
	Div/Separado	17	130,41		
	Viúvo	55	118,70		
Utilidade da Informação	Solteiro	36	103,44	7,24	0,07
	Casado	142	132,78		
	Div/Separado	17	143,38		
	Viúvo	55	115,62		
Qualidade no Atendimento	Solteiro	36	094,72	9,36	0,03
	Casado	142	129,22		
	Div/Separado	17	128,00		
	Viúvo	55	135,27		
Prontidão na Assistência	Solteiro	36	083,79	15,95	0,00
	Casado	142	130,60		
	Div/Separado	17	135,12		
	Viúvo	55	136,67		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Solteiro	36	109,79	3,01	0,39
	Casado	142	126,52		
	Div/Separado	17	137,94		
	Viúvo	55	129,29		
Promoção da Continuidade dos Cuidados	Solteiro	36	075,79	21,18	0,00
	Casado	141	134,72		
	Div/Separado	17	132,79		
	Viúvo	55	129,88		

No que concerne às habilitações literárias, as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p<0,05$) para quase todas as dimensões, exceto para a "eficácia na comunicação", no entanto, não se verifica uma tendência uniforme dentro de cada dimensão.

Tabela 18 - Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e habilitações literárias

Dimensões	Habilitações Literárias	n	Posto Médio	x^2	P
Eficácia na Comunicação	< 1º Ciclo	27	117,85	4,43	0,49
	1º Ciclo	131	130,53		
	2º Ciclo	20	110,83		
	3º Ciclo	11	107,55		
	Ensino Secundário	26	125,63		
	Ensino Superior	35	126,49		
Utilidade da Informação	< 1º Ciclo	27	120,37	19,70	0,00
	1º Ciclo	131	140,06		
	2º Ciclo	20	119,00		
	3º Ciclo	11	131,18		
	Ensino Secundário	26	118,75		
	Ensino Superior	35	081,89		
Qualidade no Atendimento	< 1º Ciclo	27	139,89	35,56	0,00
	1º Ciclo	131	141,53		
	2º Ciclo	20	124,93		
	3º Ciclo	11	141,36		
	Ensino Secundário	26	082,12		
	Ensino Superior	35	081,96		
Prontidão na Assistência	< 1º Ciclo	27	143,57	45,90	0,00
	1º Ciclo	131	141,31		
	2º Ciclo	20	140,13		
	3º Ciclo	11	150,86		
	Ensino Secundário	26	080,08		
	Ensino Superior	35	069,81		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	< 1º Ciclo	27	135,44	12,17	0,03
	1º Ciclo	131	133,83		
	2º Ciclo	20	123,68		
	3º Ciclo	11	140,18		
	Ensino Secundário	26	100,38		
	Ensino Superior	35	101,74		
Promoção da Continuidade dos Cuidados	< 1º Ciclo	27	132,98	63,40	0,00
	1º Ciclo	130	150,73		
	2º Ciclo	20	116,50		
	3º Ciclo	11	136,23		
	Ensino Secundário	26	085,52		
	Ensino Superior	35	053,94		

Ao analisarmos a variável coabitação verificou-se que, em todas as dimensões, não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 19 - Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e coabitação

Dimensões	Coabitação	n	Posto Médio	x^2	p
Eficácia na Comunicação	Vive só	53	120,81	1,44	0,92
	Vive com Cônjuge	119	127,96		
	Fam. Nucl. Ascendentes	11	134,00		
	Fam. Nuc. Descendentes	25	128,52		
	Família Alargada	38	119,79		
	Reside Instituição	4	126,50		
Utilidade da Informação	Vive só	53	115,27	5,37	0,37
	Vive com Cônjuge	119	133,67		
	Fam. Nuc. Ascendentes	11	142,68		
	Fam. Nuc. Descendentes	25	107,82		
	Família Alargada	38	119,49		
	Reside Instituição	4	138,38		
Qualidade no Atendimento	Vive só	53	126,95	2,55	0,77
	Vive com Cônjuge	119	129,59		
	Fam. Nuc. Ascendentes	11	120,64		
	Fam. Nuc. Descendentes	25	109,88		
	Família Alargada	38	120,14		
	Reside Instituição	4	146,38		
Prontidão na Assistência	Vive só	53	121,02	2,82	0,73
	Vive com Cônjuge	119	130,21		
	Fam. Nuc. Ascendentes	11	108,45		
	Fam. Nuc. Descendentes	25	135,80		
	Família Alargada	38	116,26		
	Reside Instituição	4	115,00		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Vive só	53	129,49	2,78	0,73
	Vive com Cônjuge	119	127,55		
	Fam. Nuc. Ascendentes	11	136,27		
	Fam. Nuc. Descendentes	25	107,04		
	Família Alargada	38	123,14		
	Reside Instituição	4	119,75		
Promoção da Continuidade dos Cuidados	Vive só	53	117,62	6,33	0,28
	Vive com Cônjuge	118	135,57		
	Fam. Nuc. Ascendentes	11	103,59		
	Fam. Nuc. Descendentes	25	108,22		
	Família Alargada	38	118,20		
	Reside Instituição	4	139,38		

De igual forma, também no que diz respeito à experiência cirúrgica, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 20 - Valores do teste U de Mann-Withney para as dimensões do SUCEH 21 e experiência cirúrgica

Dimensões	Experiência Cirúrgica	n	Posto Médio	z	P
Eficácia na Comunicação	Sim	147	125,44	-0,02	0,98
	Não	103	125,58		
Utilidade da Informação	Sim	147	128,27	-0,74	0,46
	Não	103	121,55		
Qualidade no Atendimento	Sim	147	125,71	-0,06	0,95
	Não	103	125,20		
Prontidão na Assistência	Sim	147	120,13	-1,48	0,14
	Não	103	133,17		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Sim	147	128,89	-0,996	0,32
	Não	103	120,66		
Promoção da Continuidade dos Cuidado	Sim	146	125,26	-0,07	0,95
	Não	103	124,64		

Relativamente ao reconhecimento do enfermeiro prestador de cuidados verificou-se que apenas na dimensão “utilidade da informação” existem diferenças estatisticamente significativas, com as pessoas que reconheceram o enfermeiro, a manifestar valores mais elevados de satisfação.

Tabela 21 - Valores do teste U de Mann-Withney para as dimensões do SUCEH 21 e reconhecimento do enfermeiro

Dimensões	Reconhecimento Enfermeiro	n	Posto Médio	z	P
Eficácia na Comunicação	Sim	203	127,46	-1,52	0,13
	Não	46	114,16		
Utilidade da Informação	Sim	203	130,43	-2,57	0,01
	Não	46	101,03		
Qualidade no Atendimento	Sim	203	128,90	-1,95	0,05
	Não	46	107,80		
Prontidão na Assistência	Sim	203	126,60	-0,78	0,44
	Não	46	117,93		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Sim	203	127,84	-1,47	0,14
	Não	46	112,47		
Promoção da Continuidade dos Cuidados	Sim	202	128,12	-1,72	0,09
	Não	46	108,59		

Em relação ao tipo de cirurgia, foi encontrada pelo menos uma diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões, exceto na “eficácia da comunicação” sem, no entanto, surgir uma tendência fixa nas várias dimensões no que se refere aos valores mais elevados. Na “utilidade da informação”, “prontidão na assistência” e “manutenção do ambiente terapêutico” são as pessoas submetidas a cirurgia de retina que apresentam valores mais altos de satisfação, enquanto que na promoção da continuidade dos cuidados destacam-se as pessoas submetidas a cirurgia de catarata. Já os valores mais baixos surgem invariavelmente nos participantes submetidos a cirurgia refrativa.

Tabela 22 - Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e tipo de cirurgia

Dimensões	Tipo Cirurgia	n	Posto Médio	x^2	p
Eficácia na Comunicação	Cirurgia Catarata	180	124,71	0,36	0,95
	Cirurgia Retina	24	127,02		
	Cirurgia Refrativa	42	128,92		
	Outras	4	115,88		
Utilidade da Informação	Cirurgia Catarata	180	129,94	11,35	0,01
	Cirurgia Retina	24	148,60		
	Cirurgia Refrativa	42	096,13		
	Outras	4	095,50		
Qualidade no Atendimento	Cirurgia Catarata	180	137,16	36,92	0,00
	Cirurgia Retina	24	134,75		
	Cirurgia Refrativa	42	068,65		
	Outras	4	142,25		
Prontidão na Assistência	Cirurgia Catarata	180	136,51	47,87	0,00
	Cirurgia Retina	24	156,31		
	Cirurgia Refrativa	42	060,12		
	Outras	4	131,50		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Cirurgia Catarata	180	131,85	10,95	0,01
	Cirurgia Retina	24	132,15		
	Cirurgia Refrativa	42	096,68		
	Outras	4	102,63		
Promoção da Continuidade dos Cuidados	Cirurgia Catarata	179	141,77	62,37	0,00
	Cirurgia Retina	24	139,17		
	Cirurgia Refrativa	42	049,15		
	Outras	4	086,00		

A tabela 23 reflete a relação entre a satisfação da pessoa, nas várias dimensões, e o tipo de anestesia, onde se verifica não existirem diferenças estatisticamente significativas nas várias dimensões.

Tabela 23 - Valores do teste de Kruskal-Wallis para as dimensões do SUCEH 21 e tipo de anestesia

Dimensões	Tipo Anestesia	n	Posto Médio	x^2	P
Eficácia na Comunicação	Local	230	125,12	0,71	0,70
	Sedação	16	118,97		
	Geral	2	097,75		
Utilidade da Informação	Local	230	123,38	0,82	0,66
	Sedação	16	139,22		
	Geral	2	135,75		
Qualidade no Atendimento	Local	230	122,61	2,83	0,24
	Sedação	16	151,19		
	Geral	2	128,75		
Prontidão na Assistência	Local	230	121,96	4,47	0,11
	Sedação	16	157,75		
	Geral	2	150,75		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Local	230	124,18	4,58	0,10
	Sedação	16	139,91		
	Geral	2	038,50		
Promoção da Continuidade dos Cuidados	Local	229	122,29	2,59	0,27
	Sedação	16	141,06		
	Geral	2	183,25		

Em relação à variável “informação escrita”, verificou-se não existir diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões da satisfação.

Tabela 24 - Valores do teste U de Mann-Withney para as dimensões do SUCEH 21 e informação por escrito

Dimensões	Informação Escrita	n	Posto Médio	z	p
Eficácia na Comunicação	Sim	249	125,83	-1,52	0,35
	Não	1	044,00		
Utilidade da Informação	Sim	249	125,93	-1,52	0,15
	Não	1	019,00		
Qualidade no Atendimento	Sim	249	125,27	-0,88	0,54
	Não	1	184,00		
Prontidão na Assistência	Sim	249	125,22	-1,03	0,44
	Não	1	196,00		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Sim	249	125,29	-0,80	0,59
	Não	1	177,00		
Promoção da Continuidade Cuidados	Sim	249	125,13	-0,46	0,75
	Não	1	93,00		

No que diz respeito ao contacto após a alta relacionado com as dimensões da satisfação, foi encontrada apenas na dimensão “promoção da continuidade dos cuidados” diferenças estatisticamente significativas, com as pessoas que apresentavam necessidade de contacto após a alta a manifestar valores mais elevados de satisfação.

Tabela 25 - Valores teste U de Mann-Withney nas dimensões SUCEH 21 contacto após a alta

Dimensões	Contacto após alta	N	Posto Médio	z	p
Eficácia na Comunicação	Sim	54	128,94	-0,61	0,54
	Não	195	123,91		
Utilidade da Informação	Sim	54	134,72	-1,15	0,25
	Não	195	122,31		
Qualidade no Atendimento	Sim	54	124,56	-0,05	0,96
	Não	195	125,12		
Prontidão na Assistência	Sim	54	132,22	-0,88	0,38
	Não	195	123,00		
Manutenção do Ambiente Terapêutico	Sim	54	116,38	-1,12	0,26
	Não	195	127,39		
Promoção da Continuidade Cuidados	Sim	54	145,22	-2,48	0,01
	Não	195	118,73		

6 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Chegando a esta etapa do estudo, pretende-se uma reflexão intensa, um exame mais profundo de todo o processo. Na última parte do relatório de investigação, o investigador retira o significado dos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações para prática futura (Fortin, 2009).

Após a apresentação dos resultados, torna-se imperiosa a interpretação e reflexão dos mesmos à luz do referencial teórico reunido, da experiência vivida, da questão de investigação levantada, dos objetivos traçados e das hipóteses formuladas. Com o intuito de tornar a sua interpretação de fácil perceção, serão realçados os resultados pertinentes, procurando-se discutir os mesmos de forma clara e concisa.

Conscientes das limitações do estudo, impõe-se prudência na interpretação dos resultados e sua generalização. A principal limitação está associada à reduzida existência de estudos nesta área tão específica como é a prestação de cuidados à pessoa submetia a cirurgia oftalmológica, o que limita a comparação dos resultados obtidos e uma problematização mais profunda. O tamanho da amostra consegue, de alguma forma, compensar a limitação associada ao tipo de amostragem (não aleatória), sendo também outro ponto forte a utilização de instrumentos de colheita de dados já validados. Os valores de Alpha encontrados na generalidade das dimensões da SUCEH 21 são baixos. Ainda que várias destas dimensões tenham um pequeno número de itens e, nestes casos, seja aceitável valores de alfa mais baixos, devemos assumir tal como uma limitação. Desta forma e, sem esquecer as limitações anunciadas, acreditamos no valor científico dos resultados que aqui apresentamos.

Segundo resultados dos censos 2011, a população residente é de 10 562 178 indivíduos, dos quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres. A percentagem de jovens aumentou de 16% para 19%. O índice de envelhecimento subiu de 102, em 2001, para 128 em 2011, consequência direta da estrutura demográfica do país, da queda da natalidade e do aumento da longevidade. O escalão etário dos 30 aos 69 representa 54% e o escalão de 70 e mais anos representa 14% da população residente (INE, 2012).

As pessoas inquiridas são, maioritariamente, do sexo feminino (56,4%), predominantemente com idade superior a 65 anos (64,4%), o que vai ao encontro dos resultados dos censos apresentados anteriormente, no que diz respeito ao sexo. Em

relação à idade e, atendendo a que a patologia oftalmológica atinge sobretudo os mais idosos, percebemos como naturais as diferenças de idade entre a nossa amostra e a população em geral. Tendo em conta a caraterização dos utentes obtida no estudo de satisfação do sistema de saúde português, em que a amostra reflete uma diferença mínima quanto ao sexo, mas com o feminino mais predominante (51%) e com predominância de pessoas com 65 ou mais anos (23%), a nossa amostra apresenta as mesmas características (DGS, 2015).

A maioria dos participantes coabita com a família (77%), reside na aldeia (55%) e é casada (56,8%). Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que a maioria tem apenas o primeiro ciclo do ensino básico (52,41%). Consultando os censos 2011, constatamos que o número de famílias clássicas aumentou, embora tenha diminuído o número médio de pessoas por família e, maioritariamente, a população é casada ou vive em união de facto (47%). Na educação, Portugal progrediu nas últimas décadas e, pela primeira vez, atingimos os 50% na proporção da população com pelo menos o 9ºano de escolaridade (INE, 2012). Os resultados obtidos estão de acordo com esta tendência, sobretudo se tivermos em conta que a nossa amostra é de um grupo etário mais elevado.

Quanto à situação clínica, verificou-se que 58,8% já tinha tido experiência cirúrgica. Em relação ao procedimento cirúrgico a que foram submetidas, a maioria respondeu ter sido submetida a cirurgia de catarata (72%), o que reflete a informação encontrada que considera a catarata a patologia mais prevalente em oftalmologia (Ramalho, 2016). Outros autores partilham da mesma opinião e acrescentam que a faco emulsificação (técnica cirúrgica) é o procedimento cirúrgico mais realizado e, por norma, sob anestesia loco-regional (Vieira, et al., 2011).

Quase na sua totalidade (231), as pessoas inquiridas apontam a anestesia local como o tipo de anestesia a que foram submetidas, o que corrobora com Kumar et al. (2012) quando afirma que, com uma seleção cuidadosa da pessoa e com um atendimento adequado, a maioria aceita ser submetida a cirurgia oftalmológica com anestesia local.

Sendo o bloco operatório uma unidade orgânica-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados à pessoa, onde é função do enfermeiro promover o bem-estar e a segurança da pessoa submetida a cirurgia, torna-se importante o reconhecimento do enfermeiro entre os outros profissionais da equipa multidisciplinar (Rothrock, 2008). Resulta daqui a curiosidade em identificar se a pessoa reconheceu ou não o enfermeiro prestador de cuidados no seio da equipa multidisciplinar. Obtivemos

uma constatação positiva, com a maioria dos inquiridos a afirmar ter reconhecido o enfermeiro (81,2%).

Uma provável explicação para estes resultados pode dever-se ao facto de, no bloco operatório do CRIO, os enfermeiros serem cuidadosos na sua apresentação e identificação. Num ambiente de bloco operatório onde todos os profissionais andam vestidos da mesma forma, torna-se difícil a distinção dos mesmos e, cabe a cada um, identificar-se devidamente a cada pessoa para que esta o possa reconhecer durante a sua permanência no bloco. Desta forma, sempre que o enfermeiro aborda a pessoa, identifica-se, dizendo que é o enfermeiro e qual o seu nome, para que, assim, possa ser identificado entre os restantes profissionais.

A valorizar o mesmo aspeto, mas a apresentarem dados diferentes, encontramos o estudo de Razera e Braga (2010), onde a maioria dos participantes confirmam ter recebido orientações pós-operatórias de enfermagem, contudo, não conseguiram identificar o profissional que as orientou.

Segundo a AESOP (2006), a pessoa ao chegar ao bloco operatório é acolhida pelo enfermeiro, que a identifica e se identifica de forma personalizada. A mesma fonte acrescenta ainda que, no acolhimento, o enfermeiro deve estar sem a máscara colocada para que possa ser reconhecido e para que transmita uma mensagem clara, objetiva e isenta de barreiras na comunicação. Deve estar atento e saber ouvir as necessidades da pessoa, transmitindo confiança e segurança.

Quase todos os inquiridos (245) afirmaram ter recebido preparação para a alta e 249 confirmam ter-lhes sido entregue informação por escrito. Verifica-se, assim, não estar a ser descurada a questão da preparação para a alta na população em estudo, o que vai ao encontro das recomendações de vários autores consultados, que apontam a importância da preparação para a alta na melhoria da qualidade dos cuidados e sua continuidade (Manley e Bellman, 2003; AESOP, 2006; Leal, 2006 e Rothrock,2008).

Inicialmente, quando nos propusemos à realização deste estudo, havia várias questões que nos “inquietavam”, uma das quais prendia-se com o facto de, após a alta, algumas pessoas sentirem necessidade de contactarem o serviço telefonicamente, por terem surgido dúvidas no regresso a casa. Esta questão levou-nos a questionar a amostra acerca dessa mesma necessidade, o que revelou apenas uma pequena percentagem dos inquiridos (21,6%) ter sentido essa necessidade, sendo, o principal motivo, a consulta médica do pós-operatório. Apenas um pequeno grupo (12,24%) manifestou a existência de dúvidas como motivo para contactar o serviço. Sendo o ensino uma intervenção privilegiada pelos enfermeiros, carece de atenção em trabalhos futuros

explorar melhor esta área no sentido de ir especificamente em busca das dúvidas resistentes. Relembramos o que nos dizem Delatorre et al. (2013) em relação às orientações: o enfermeiro é o profissional de saúde que, durante a sua formação profissional, é capacitado para realiazar ensinos visando a preparação para a alta. Ao objetivar um regresso a casa em segurança, não podemos descurar na ajuda constante à pessoa e família de modo a facilitar a transição, capacitando-os a adaptarem-se às limitações impostas pela situação vivida e consequentes mudanças no seu estilo de vida (Petronilho, 2007).

Através do questionário EQ-5D, obtivemos a perceção dos inquiridos relativamente ao seu estado de saúde. Constatámos que as dimensões "mobilidade", "cuidados pessoais", "atividades habituais" e "ansiedade e depressão", são aquelas em que a maioria dos indivíduos refere inexistência de problemas, enquanto que, na dimensão "dor/mal-estar", surgem mais indivíduos a referir a ocorrência de alguns problemas. A referir problemas extremos, encontramos apenas um número reduzido de inquiridos em todas as dimensões. Refletindo nestes dados à luz dos dados apresentados pela DGS, podemos constatar que eles se aproximam, embora com a utilização de um instrumento diferente; os resultados mostram que a maioria da população inquirida (56%) classifica o seu estado de saúde como "ótima", "muito boa" ou "boa" (DGS, 2015).

Ferreira et al. (2006), utilizando a mesma escala em pessoas submetidos a cirurgia de catarata, concluíram que, na globalidade, a sua amostra situa as suas respostas nas primeiras duas opções que eram "sem problemas" e "alguns problemas", o que vem ao encontro dos nossos resultados. No entanto, são encontradas algumas diferenças: na dimensão "cuidados pessoais" obteve a quase totalidade de respostas "sem problemas"; na dimensão "atividades habituais", metade responde não existir problemas; já nas dimensões "mobilidade", "dor e mal-estar" e "ansiedade e depressão", as pessoas afirmam apresentar alguns problemas. Também estes autores obtiveram poucas pessoas a referirem ter problemas graves.

Quando confrontadas com o termómetro EQ VAS, onde era pedido aos inquiridos que atribuíssem um valor à sua própria saúde, verificamos que os valores se aproximam, o que nos traduz que a perceção do estado de saúde pela própria pessoa anda muito perto do valor obtido através do cálculo do score.

Perante uma experiência cirúrgica, por mais simples que seja, a pessoa é sempre confrontada com dúvidas, medos e ansiedade, o que a coloca, na maioria das vezes, numa situação de vulnerabilidade e insegurança. No entanto, esta situação não parece ter influenciado a perceção do estado de saúde da população em estudo. No estudo de

Azenha (2014), embora com uma amostra diferente (pessoa com patologia crónica – Diabetes tipo 2), encontramos resultados semelhantes aos nossos, com os inquiridos a manifestarem-se sem problemas significativos. Neste estudo, o facto de a pessoa ser portadora de uma patologia crónica, aparentemente não condicionou a sua avaliação acerca do seu estado de saúde geral. No estudo de validação da escala utilizada, onde foram recolhidos dados provenientes de três amostras, uma das quais incluía indivíduos com patologia oftalmológica (catarata), e com características muito semelhantes à nossa, predominância do sexo feminino, indivíduos casados ou em união de facto, mais idosa e com nível de escolaridade baixo, a proporção de ter um qualquer problema foi maior para a dimensão “dor /mal-estar” e para a “ansiedade /depressão” (Ferreira et al., 2013).

Martins (2009), com recurso ao mesmo instrumento de avaliação, embora com uma amostra distinta da nossa, obteve resultados semelhantes para as dimensões “mobilidade” e “cuidados pessoais”. Já para a dimensão “atividades habituais”, os resultados indicam haver mais problemas extremos ou mesmo incapacidade e os problemas em grau moderado foram mais sentidos nas dimensões “dor/mal-estar” e “ansiedade” e “depressão”.

Indagar acerca do nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta, torna-se um processo necessário que nos irá fornecer informações úteis acerca da qualidade dos cuidados, das expectativas da pessoa e suas necessidades. A mudança nasce da experiência e da sua valorização, aliadas a uma postura de abertura entre o profissional e a pessoa consumidora dos cuidados.

Observa-se, neste estudo, valores de satisfação maioritariamente próximos do valor máximo ($M>2,5$; $Mo=3$; $Md>2,5$ e $s<1$), o que nos revela valores elevados de satisfação para a população em estudo. No entanto, tendo em conta o caráter subjetivo inerente ao conceito de satisfação, estes resultados carecem de uma avaliação mais detalhada. Relembramos aqui os achados bibliográficos que nos apontam para uma avaliação da satisfação baseada nas reações cognitivas e afetivas da pessoa (Razera & Braga, 2011).

Lopes et al. (2009) realçam a importância de conhecer as expectativas da pessoa no processo de avaliação da satisfação e que o resultado dependerá da interação entre profissionais cuidadores e pessoa cuidada.

Holanda et al. (2012) referem que uma baixa expectativa em relação ao serviço pode conduzir a uma maior satisfação, tal como o elevado grau de exigência pode levar a menor satisfação com o serviço recebido.

Ainda assim, não podemos deixar de ter em conta a ideia deixada por Cruz e Melleiro (2010), que consideram que a satisfação da pessoa com os cuidados recebidos é só uma medida de qualidade do cuidado funcional, sendo a qualidade técnica de difícil avaliação pela pessoa. Neste sentido, os autores concluem que a satisfação e a insatisfação não são medidas completamente adequadas para avaliar a qualidade dos cuidados, acrescentando ainda que, embora a qualidade técnica dos cuidados de enfermagem seja difícil de avaliar pela sua complexidade, existem estudos que demonstram que quase sempre a maioria das pessoas expressam valores elevados de satisfação.

Outros estudos realizados com o objetivo de avaliar a satisfação da pessoa com os cuidados de saúde apontam resultados semelhantes aos nossos, Lopes et al. (2009), Martins (2009), Dorigan e Guirardello (2010) e Cruz e Melleiro (2010).

Já Nunes e Gaspar (2016), ao avaliarem a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, com recurso à mesma escala, verificaram que as pessoas se distribuíram por duas faixas: as pouco satisfeitas e as muito satisfeitas. A registar ainda, deste estudo, o facto de a dimensão onde parece haver pessoas menos satisfeitas ser a continuidade dos cuidados, o que vem ao encontro dos nossos resultados. Ferreira, Brás e Anes (2013) concluíram que a satisfação global dos utentes dos hospitais varia entre 1,30 e 3,0 e o valor médio é 2,58, com desvio padrão de 0,24. Também estes autores obtiveram valores médios mais baixos (1,61) para a dimensão promoção da continuidade dos cuidados, seguindo-se a dimensão utilidade de informação (2,34) e, com valores mais elevados (2,93), a dimensão eficácia na comunicação.

Verificou-se ainda, em relação à avaliação da satisfação, que a dimensão que obteve melhor pontuação foi a “eficácia na comunicação”. Tal parece demonstrar o empenho dos enfermeiros nesta área, uma vez que ficou claro que, dar informações à pessoa e família com vista à preparação para a alta, é uma intervenção central com vista ao autocuidado, pois daqui depende o seu envolvimento no processo de recuperação. Manley e Bellman (2003) apontam a quantidade de informação, o momento, a relevância, o método de comunicação, as barreiras à comunicação e o idioma como fatores relacionados com a retenção de informação a ter em conta. Parece-nos, assim, ser este um momento privilegiado pelos enfermeiros do bloco operatório do CRIO, que

escolhem o momento da alta para a realização dos ensinos à pessoa e família. Os ensinos são realizados num espaço reservado, onde se encontra apenas a pessoa, família e enfermeiro, respeitando assim a sua privacidade. Neste momento, a pessoa e família têm possibilidade de expor todas as suas dúvidas, são realizados os esclarecimentos oportunos e entregue a informação por escrito com os cuidados a ter, esquema da medicação, data da próxima consulta e contacto telefónico, para que a pessoa se sinta devidamente esclarecida, apoiada e acompanhada, o que parece estar a ir ao encontro das suas expectativas, traduzindo-se em níveis elevados de satisfação.

Por outro lado, a dimensão que obteve pontuação mais baixa prende-se com "promoção da continuidade dos cuidados". Este resultado proporciona-nos um momento de reflexão ao colocar em confronto a realidade encontrada com a teoria, que entende a preparação para alta como a abertura à participação da família no processo de cuidados, apoiando-a e integrando-a na dinâmica do plano terapêutico, constituindo uma estratégia a desenvolver no sentido de promover a continuidade e a qualidade da assistência da pessoa até à sua máxima recuperação. Perante uma população pouco satisfeita no que se refere à promoção da continuidade dos cuidados, cabe a nós, enfermeiros, reavaliar o nosso trabalho, de forma a encontrar lacunas e desenvolver estratégias de melhoria nesta área.

As dimensões "prontidão na assistência" e "promoção da continuidade dos cuidados" são as únicas que apresentam valores mínimos de zero e o primeiro quartil abaixo dos dois pontos, o que pode envolver aspetos como a demora na resposta ou que a intervenção não aconteceu ou que não conseguiu ir ao encontro das necessidades e interesses da pessoa.

No segundo objetivo do estudo, pretendíamos identificar fatores associados ao nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta, tendo sido formuladas algumas hipóteses. Da verificação das mesmas, concluímos não estar relacionado com a satisfação da nossa amostra a coabitação, a experiência cirúrgica, o tipo de anestesia e a informação por escrito.

Relativamente à qualidade de vida, os dados apontam para uma relação inversa, fraca, mas estatisticamente significativa, nas dimensões "prontidão na assistência" e "promoção da continuidade dos cuidados". Nas restantes dimensões, não se verificou relação estatisticamente significativa. Azenha (2014) verificou, no seu estudo, não existir relação estatisticamente significativa entre a satisfação e a qualidade de vida.

Por outro lado, Nunes e Gaspar (2016), ao afirmarem que os pacientes estudados se apresentam bastante satisfeitos com os cuidados de enfermagem e, apoiados em Ferreira et al. (2014), referem que a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde está diretamente ligada à satisfação da pessoa e reconhecem ainda que os pacientes consideram usufruir de cuidados de enfermagem com qualidade durante o seu internamento.

Já no que diz respeito à idade, a relação encontrada foi positiva, mas igualmente fraca, e apenas significativa para as dimensões "qualidade do atendimento", "prontidão na assistência" e "promoção da continuidade dos cuidados". Ferreira et al. (2013), relativamente à mesma variável, verificou haver relações estatisticamente significativas nas dimensões "utilidade da informação", "qualidade no atendimento", "manutenção do ambiente terapêutico" e "promoção da continuidade dos cuidados". No entanto, estes autores acrescentam que as comparações múltiplas realizadas com recurso a testes Scheffé ou Tamhane revelaram-se inconclusivas.

Outros estudos ainda revelam não haver relação entre a satisfação e a idade, tais como o de Azenha (2014), Biderman, Noff, Harris, Friedman e Levy (2009), Martins (2009) e o de Alazri e Neal (2003).

Ao verificarmos que as mulheres se encontravam globalmente mais satisfeitas do que os homens, embora esta diferença apenas seja estatisticamente significativa nas dimensões "qualidade no atendimento" e "promoção da continuidade dos cuidados", podemos concluir que o sexo é um dos fatores que influencia, parcialmente, o nível de satisfação. Contrariamente aos nossos achados, Martins (2009) e Cruz e Meleiro (2010) concluíram, nos seus estudos, não haver diferença estatisticamente significativa entre a idade e a satisfação.

Relativamente à residência, não houve relação nas dimensões "eficácia na comunicação" e "utilidade da informação" e, para as restantes dimensões, existe pelo menos uma diferença significativa. Concluímos, assim, estar relacionada a área de residência com o nível de satisfação da pessoa, embora não nos seja possível indagar ao pormenor acerca dessa relação. Ferreira et al. (2013) partilham da mesma opinião, ao concluírem que os doentes que atingem médias mais elevadas são os que residem em meio urbano.

No que diz respeito ao estado civil, embora se tenha encontrado relação entre as dimensões "qualidade no atendimento", "prontidão na assistência" e "promoção da continuidade dos cuidados", não se verificou existir uma "tendência fixa", pois na "qualidade no atendimento" e na "prontidão na assistência" parecem ser os viúvos os

mais satisfeitos, seguidos dos divorciados e, já na “promoção da continuidade dos cuidados”, são os casados que apresentam valores mais elevados de satisfação.

Outros estudos como os de Ribeiro (2005) e Oliveira e Guirardello (2006), encontraram também diferenças nos níveis de satisfação em função do estado civil; já Ferreira et al. (2013), na globalidade do seu estudo, não encontraram relação entre estas duas variáveis.

Em relação às habilitações, apenas na dimensão “eficácia na comunicação” não foi encontrada relação com o nível de satisfação. Nas restantes dimensões, embora se tenha verificado diferença estatisticamente significativa, mais uma vez os resultados não nos permitem estabelecer uma relação concreta entre a satisfação e as habilitações literárias. Também Ribeiro (2005), Oliveira e Guirardello (2006) e Martins (2009) corroboram a ideia da existência de diferenças estatisticamente significativas na relação entre as habilitações literárias e a satisfação da pessoa.

Já Ferreira et al. (2013) verificam haver relação entre as habilitações literárias e a satisfação e os seus resultados apontam para que os utentes que apresentam médias mais elevadas de satisfação são aqueles que frequentaram o ensino básico/secundário.

Cruz e Meleiro (2010) admitem que, quanto maior é o grau de escolaridade, maior é o nível de satisfação. Contrariamente a estes resultados temos o estudo de Martins (2009), que revela haver uma relação inversa entre as duas variáveis, isto é, à medida que aumenta a diferenciação académica dos participantes, a sua satisfação com os cuidados de enfermagem diminui.

No que se refere ao tipo de cirurgia, apenas na dimensão “eficácia da comunicação” não foi encontrada relação entre esta variável e o nível de satisfação da população, no entanto, continua a não haver uma tendência fixa nas restantes dimensões. Na “utilidade da informação”, “prontidão na assistência” e “manutenção do ambiente terapêutico”, são as pessoas submetidas a cirurgia de retina que apresentam valores mais altos de satisfação, enquanto que na “promoção da continuidade dos cuidados” destacam-se as pessoas submetidas a cirurgia de catarata. Com níveis mais baixos de satisfação, surgem as pessoas submetidas a cirurgia refrativa.

Realçamos, mais uma vez, a importância do reconhecimento do enfermeiro prestador de cuidados num ambiente de bloco operatório. Esta ideia é reforçada com os dados encontrados, que mostram valores de satisfação mais elevados na pessoa que reconhece o enfermeiro prestador de cuidados na dimensão “utilidade da informação”.

A pessoa valoriza a dimensão informativa na ação dos profissionais de saúde, Ribeiro (2005). Parece-nos assim compreensível ser a dimensão “utilidade da informação” que

melhores níveis de satisfação tem, a pessoa que reconhece o enfermeiro prestador de cuidados durante a sua estadia no bloco.

Dificilmente teremos todo o tempo que desejamos para atender a pessoa, por isso, todos os momentos devem ser aproveitados para que possamos melhorar a nossa assistência e individualizar o cuidado (Razera & Braga, 2011). Ao aliar este pensamento a uma atitude que permita à pessoa a identificação do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar, estamos a contribuir para a satisfação da mesma.

As pessoas que referiram necessidade de contacto após a alta manifestavam valores mais elevados de satisfação, o que nos leva a pensar no benefício do contacto telefónico após a alta. Por esta não ser uma prática realizada no serviço de oftalmologia do CRIO, seria oportuno pensar neste aspeto como uma estratégia a implementar pelas vantagens e benefícios acrescidos à pessoa submetida a cirurgia oftalmológica.

Conscientes de que os resultados obtidos não podem deixar de ser equacionados sem referência às características da amostra, atrevemo-nos a relacionar o nível de satisfação com a idade, sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, reconhecimento do enfermeiro, tipo de cirurgia e a necessidade de contacto após a alta. Martins (2009) não encontrou no seu estudo relação entre a satisfação e o tempo de internamento e algumas variáveis sociodemográficas. Por outro lado, encontramos Dorigan e Guirardello (2010), Cruz e Melleiro (2010) e Ferreira et al. (2013) com resultados mais próximos dos nossos. A salientar ainda a opinião de Lopes et al (2009), que acrescentam que a satisfação é decorrente do atendimento às expectativas e necessidades pelos cuidados de enfermagem recebidos.

Podemos, assim, olhar para a satisfação como um fenómeno subjetivo que sofre influências multifatoriais, quer diretas, quer indiretas. Os autores abordados apontam as expectativas da pessoa e o nível de compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde como fatores que influenciam a satisfação. Esta última foi tida em consideração no nosso estudo, ao analisar a dimensão que diz respeito à “eficácia da comunicação” e que, por sinal, foi a que obteve maior nível de satisfação. Quanto às expectativas da pessoa, não foram avaliadas no nosso estudo pelo que admitimos a sua valorização em estudos próximos.

CONCLUSÃO

Consciente da evolução ao longo deste percurso, é com enorme satisfação que chegamos àquela que é a última etapa do trabalho, permitindo-nos uma reflexão global sobre o estudo desenvolvido. Outros caminhos podiam ter sido percorridos e outros resultados poderiam ter sido alcançados. Estamos conscientes que a investigação é sempre um trajeto inacabado, por mais curto ou longo que seja. O importante é o começo da mudança, em prol da promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A enfermagem é uma ciência que implica o conhecimento da ação e para a ação. O conhecimento específico de enfermagem resulta de um processo situado num contexto onde se entrecruzam saberes científicos com outros saberes. A sistematização do conhecimento em enfermagem só será promissora de mudanças, quando se conseguir a translação desse conhecimento para os contextos onde ele pode ser aplicado.

Seguindo este raciocínio, foi alvo da nossa atenção a pessoa que cuidamos, as suas dúvidas e os seus anseios, com vista à continuidade dos cuidados. A pessoa com patologia oftalmológica procura, na cirurgia, a resposta ao seu problema de saúde e a melhoria da sua qualidade de vida. Cabe-nos a nós, enquanto enfermeiros do bloco operatório, estar atentos às suas necessidades de forma a dar resposta às mesmas, melhorando a sua independência.

Os avanços tecnológicos e farmacológicos permitiram grandes mudanças nas organizações de saúde e nas respostas de saúde aos cidadãos, com a redução do tempo de internamento, sendo disso exemplo a cirurgia de ambulatório. A preparação para a alta, na perspetiva de dar continuidade aos cuidados à pessoa submetida a cirurgia e família, é um dos planos fundamentais na atitude intervencionista do enfermeiro peri operatório.

Este estudo compreende duas áreas temáticas que necessitam de uma contínua exploração e divulgação de conhecimentos: a satisfação da pessoa com os cuidados e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na área da preparação para alta do doente cirúrgico em regime de ambulatório na especialidade de oftalmologia.

O estudo desenvolveu-se tendo como objetivos analisar o nível de satisfação da

pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta e identificar fatores associados à mesma. Podemos afirmar que ambos foram atingidos.

Não esquecendo a subjetividade e complexidade inerente ao conceito de satisfação que torna a sua avaliação uma tarefa difícil de concretizar, este estudo possibilitou concluir que a amostra apresenta níveis elevados de satisfação relativamente aos cuidados recebidos na preparação para a alta. A dimensão mais valorizada foi a "eficácia na comunicação", seguida da "manutenção do ambiente terapêutico", "qualidade no atendimento", "utilidade da informação", "prontidão na assistência" e, por fim, a dimensão menos valorizada foi a "promoção da continuidade dos cuidados". Há ainda um percurso a fazer por parte dos enfermeiros, no sentido de melhorar a satisfação da pessoa com os cuidados recebidos nesta área.

Em relação às hipóteses que nos propusemos testar, a "coabitação", a "experiência cirúrgica", o "tipo de anestesia" e a "informação por escrito" não estão relacionadas com o nível de satisfação da pessoa com os cuidados recebidos durante a preparação para a alta. Já no que se refere à "qualidade de vida", "idade", "sexo", "residência", "estado civil", "habilitações literárias", "reconhecimento do enfermeiro", "tipo de cirurgia" e a "necessidade de contacto após a alta", verificámos haver associação.

No caso da "qualidade de vida", a relação encontrada foi apenas para as dimensões "prontidão na assistência" e "promoção da continuidade dos cuidados". Relativamente à "idade", obteve-se uma relação positiva e apenas para as "qualidades do atendimento", "prontidão na assistência" e "promoção da continuidade dos cuidados". Concluímos também que o "sexo" é um dos fatores que influencia parcialmente o nível de satisfação, mostrando-se as mulheres mais satisfeitas que os homens, mas apenas nas dimensões "qualidade no atendimento" e "promoção da continuidade dos cuidados". Quanto ao "local de residência" os dados mostraram relação nas dimensões "qualidade no atendimento", "prontidão na assistência", "manutenção do ambiente terapêutico" e "promoção da continuidade dos cuidados". Quanto à variável "estado civil", só há relação com as dimensões "qualidade no atendimento", "prontidão na assistência" e "promoção da continuidade dos cuidados". Na variável "habilitações literárias", concluímos haver relação em todas as dimensões à exceção da "eficácia na comunicação". Nesta, não há relação. Na variável "reconhecimento do enfermeiro", verificou-se haver relação apenas na dimensão "utilidade da informação", mas, contrariamente ao que se vinha a verificar, nesta variável consegue-se estabelecer a relação existente entre as variáveis com as pessoas que reconheceram o enfermeiro a manifestar valores mais elevados de satisfação. Na variável "tipo de cirurgia", encontrou-se relação a nível de todas as

dimensões exceto na dimensão “eficácia na comunicação”. Por fim, na variável “necessidade de contacto após a alta”, apenas houve relação na dimensão “promoção da continuidade dos cuidados” com as pessoas que apresentavam necessidade de contacto após a alta, a manifestar valores mais elevados de satisfação.

É de realçar o facto de a dimensão onde as pessoas mostram menor satisfação dizer respeito à continuidade dos cuidados. Assim, sendo um dos objetivos da preparação para alta, a continuidade dos cuidados, este resultado é motivador de uma profunda reflexão pois esta é uma área de melhoria a trabalhar futuramente.

Da mesma forma, mas, pela positiva, realçamos a “eficácia na comunicação”, por ser a dimensão onde as pessoas se sentem mais satisfeitas. Enaltecendo assim, uma vez mais, a importância da comunicação nos ensinos aquando da preparação para a alta.

Acredita-se que, desta forma, este estudo acrescenta valor ao que se conhece sobre a avaliação da satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica.

Ao centrar a atenção na opinião da pessoa que cuidamos, estamos a preocupar-nos com a forma como os cuidados de saúde satisfazem as suas necessidades objetivas e subjetivas e como contribuem para manter e melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida. A realização de mais estudos nesta área parece assumir-se como um dos melhores meios de monitorizar os resultados das intervenções realizadas em prol da pessoa e da prestação de cuidados de qualidade. De igual forma, realça-se a importância da perceção da pessoa sobre os cuidados recebidos, na melhoria da qualidade dos cuidados e no envolvimento e responsabilização no seu processo de saúde. Assinala-se, por fim, a necessidade de evoluir na pesquisa científica, no sentido de aferir acerca da relação das expectativas face aos cuidados de saúde esperados e a satisfação da pessoa com os mesmos.

Da reflexão final, surge-nos como sugestão a criação de um instrumento específico para a população em estudo, com o contributo dos resultados deste estudo. Para que possa ser implementada e tornar-se prática sistemática, a avaliação e monitorização da satisfação da pessoa como contributo essencial na melhoria da qualidade dos cuidados.

Acreditamos, por fim, ter contribuído para um momento de reflexão sobre a nossa prática e ampliar os conhecimentos científicos, objetivando um cuidar integral e profissionalizado, isto é, como refere Queirós (2016,p.145), “Cuidar integral da pessoa e do ambiente. Cuidar organizado, ensinado, estruturado e intencional, ou seja, profissionalizado”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alazri, M. H., & Neal, R. D. (2003). The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus. Diabetic Medicine, 20(6), 486-490. doi: 10.1046/j.1464-5491.2003.00957.x

Almeida, M. A., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). Qualidade de vida. São Paulo, Brasil: Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades.

Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Azenha, C. M. (2014). Qualidade de vida e satisfação com o tratamento em diabéticos tipo 2 (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal. Recuperado de http://hdl.handle.net/10316/27504

Biderman, A., Noff, E., Harris, S. B., Friedman, N., & Levy, A. (2009). Treatment satisfaction of diabetic patients: What are the contributing factors? Family Practice, 26(2), 102-108. doi: 10.1093/fampra/cmp007

Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da organização mundial da saúde. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Caseiro, J. M. (2009). Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório: A perspectiva do anestesiologista. Revista Portuguesa de Cirurgia, 2(8), 49-57. Recuperado de https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/viewFile/223/222

Caseiro, J. M., Serralheiro, I., Medeiros, L., Teles, I., Regateiro, M. L., Afonso, M., … Saraiva, M. (2013). Procedimentos 2013: Procedimentos e protocolos utilizados em anestesia clinica e anestesia do pós-operatório. Recuperado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi95vvphaTVAhXF6xQKHZFVBJcQFggqMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.ipolisboa.min-saude.pt%2FPhotoHandler.ashx%3Fi%3D5803&usg=AFQjCNH_2QP0HLVicWqS6Heef2h7HJaG7w

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). Relatório Final: Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.apca.com.pt/documentos/relatorio_final_CNADCA_20Out08.pdf

Cruz, W. B., & Melleiro, M. M. (2010). Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. Revista da Escola de Enfermagem USP, 44(1), 147-153. doi: 10.1590/S0080-62342010000100021

Delatorre, P. G., Sá, S. P., Valente, G. S., & Silvino, Z. R. (2013). Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: Revisão integrativa. REUOL: Revista de Enfermagem, 7(esp), 7151-7159.

Direção Geral da Saúde. (2010). Cirúrgia segura salva vidas (Circular Normativa nº16/DQS/DQCO de 22-06-2010). Recuperado de http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-16dqsdqco-de-22062010.aspx

Direção Geral da Saúde. (2015). Estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português: Relatório técnico: Qualidade na saúde. Departamento da Qualidade na Saúde: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015/2020. Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Diário da República nº 28/2015 - 2ª Série. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Ajunto do Ministro da Saúde. Lisboa, Portugal.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 114(11), 1115-1118.

Dorigan, G. H., & Guirardello, E. B. (2010). Satisfação do paciente em uma unidade de gastroenterologia. Acta Paulista de Enfermagem, 23(4), 500-505. doi: 10.1590/S0103-21002010000400009

Ferreira, C. A., Brás, M. A., & Anes, E. M. (2013). Satisfação dos utentes dos hospitais de uma ULS do norte de Portugal face aos cuidados de enfermagem. Recuperado de http://hdl.handle.net/10198/9443

Ferreira, L. N., Ferreira, P. L., & Gonçalves, M. S. (2006). Ganhos em saúde em doentes com cataratas. Notas Económicas, 23(2006), 32-52. Recuperado de https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/26015/1/NotasEconomicas23_artigo2.pdf

Ferreira, P. L., Ferreira , L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. Acta Médica Portuguesa, 26(6), 664-675. Recuperado de http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1317/3807

Figueiredo, M. H. (2011). Enfermagem de família: Um contexto de cuidar (Tese de doutoramento). Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20569

Fonseca, J. A., Vaz, M., Tavares, C., Cernadas, J. R., Moreira, A., Costa-Pereira, A., & Delgado, L. (2001). Perspectiva do doente do controlo da asma, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 9(1), 35-48.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Freitas, J. S., Silva, A. E., Minamisava, R., Bezerra, A. L., & Sousa, M. R. (2014). Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22(3), 454-460. doi: 10.1590/0104-1169.3241.2437

Ganzella, M., & Zago, M. M. (2008). A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: Uma revisão integrativa da literatura. Acta Paulista de Enfermagem, 21(2), 351-355. doi: 10.1590/S0103-21002008000200019

Granja, C., Teixeira, A. P., & Costa, A. P. (2002). Quality of life after intensive care: Evaluation with EQ-5D questionnaire. Intensive Care Medicine, 28(27), 898-907. doi: 10.1007/s00134-002-1345-z

Grupo Estudos da Retina. (2012). Guidelines da degenerescência macular da idade (DMI). Recuperado de http://www.ger-portugal.com/retrievedocumentos.aspx?id=57

Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, Grupo Português de Glaucoma. (2014). Cirurgia glaucoma ângulo aberto. Recuperado de http://www.spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2014/03/cirurgia_de_glaucom_angulo_aberto_concluido.pdf

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lisboa, Portugal: Lusociência.

Hollanda, E., Siqueira, S. A., Andrade, G. R., Molinaro, A., & Vaitsman, J. (2012). Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo

Cruz. Ciência & Saúde Coletiva, 17(12), 3343-3352. doi: 10.1590/S1413-81232012001200019

Instituto Nacional Estatística. (2012). Censos 2011: Resultados definitivos: Portugal. Recuperado de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Instituto Nacional de Estatística. (2016). Estatísticas da saúde 2014. Recuperado de https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2

Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., . . . Culpepper, L. (2009). A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: A randomized trail. Annals of Internal Medicine, 150(3), 178-187. doi: 10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007

Kanski, J. (2016). Kansk's: Clinical ophthalmolgy (8th ed.). Sydney, Australia: Elsevier.

Kerber, N. P., Kirchhof, A. L., Cezar-Vaz, M. R., & Silveira, R. S. (2010). Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: Aproximações teórico-práticas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(5), 1-8. doi: 10.1590/S0104-11692010000500024

Kumar, C. M., Eke, T., Dodds, C., Deane, J. S., El-Hindy, N., Jonhston, R. L., … Vohra, S. B. (2012). Local anaesthesia for ophtalmic surgery: New guidelines from the Royal College of Anaesthetists and the Royal College of Ophtalmologists. Eye: The Scientific Journal of the Royal College of Ophtalmologists, 26(6), 897-898. doi: 10.1038/eye.2012.82

Leal, M. T. (2006). Cirurgia ambulatória: Estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? Pensar Enfermagem, 10(1), 67-74.

Lemos, P. (2010). Grande crescimento da cirúrgia ambulatório em portugal: Resultados do V inquérito nacional. Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 11(1), 9-20.

Lima, N. (s.d.). Cirurgia de ambulatório. Recuperado de http://nilzalima.tripod.com/id2.html

Lopes, J. L., Cardoso, M. L., Alves, V. L., & D'Innocenzo, M. (2009). Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. Acta Paulista de Enfermagem, 22(2), 136-141. doi: 10.1590/S0103-21002009000200004

Manley, K., & Bellman, L. (2003). Enfermagem cirurgica: Prática avançada. Loures, Portugal: Lusociência.

Marra, C. C., Carmagnani, M. I., Afonso, C., & Salvador, M. E. (1989). Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. Acta Paulista de Enfermagem, 2(4), 123-127.

Martins, J. A. (2009). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: Contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. Referência, 2(9), 41-49.

Medeiros, F. A., Araújo-Souza, G. C., Albuquerque-Barbosa, A. A., & Clara-Costa, I. C. (2010). Acolhimento em uma unidade básica de saúde: A satisfação do usuário em foco. Revista Salud Pública, 12(3),

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York, NY: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). Theoretical nursing: Development & progress (5th ed.). Filadelfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Nunes, E. M., & Gaspar, M. F. (2016). A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. Revista Gaúcha de Enfermagem, 37(2), e55726. doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.55726

Oliveira, A. M., & Guirardello, E. B. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: Comparação entre dois hospitais. Revista da Escola de Enfermagem USP, 40(1), 71-77. doi: 10.1590/S0080-62342006000100010

Ordem dos Enfermeiros. (1998). REPE: Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Recuperado de

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceepessoasituacaocritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2016). Conceito de saúde segundo OMS/WHO. Recuperado de http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/

Pedro, S., Ferreira, P. L., & Mendes, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com internamento hospitalar. Encontros Cientificos, 6, 175-189. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/pdf/ec/n6/n6a16.pdf

Petronilho, F. A. (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra, Portugal: Formasau.

Petronilho, F. A. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: Uma revisão da literatura. Revista Investigação em Enfermagem, 21, 43-58.

Petronilho, F. A. (2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Coimbra, Portugal: Formasau.

Pinto, J. M., & Tavares , P. (2005). A unidade de cirurgia ambulatória do hospital Curry Cabral. Revista Portuguesa Cirurgia Ambulatória, 6, 41-48. Recuperado de http://www.apca.com.pt/documentos/revista2005_unidade_curry.pdf

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Queirós, P. J. (2010). Autocuidado transições e bem-estar. Revista Investigação em Enfermagem, 21, 5-7.

Queirós, P. J. (2016). Enfermagem: Uma ecologia de saberes. Cultura de los Cuidados, 45, 137-146. doi: 10.14198/cuid.2016.45.15

Ramalho, A. (2014). Oftalmologia básica em medicina familiar. Lisboa, Portugal: Lidel.

Ramalho, A. (2016). Oftalmologia clínica. Portugal: António Ramalho.

Razera, A. P., & Braga, E. M. (2011). A importância da comunicação durante o período de recupeação pós-operatória. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(3), 632-637. doi: 10.1590/S0080-62342011000300012

Ribeiro, A. L. (2005). O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Revista Ordem dos Enfermeiros, 16, 53-60.

Ribeiro, J. L. (2010). Metodologia de investigação em psicologia e saúde (3ª ed.). Porto, Portugal: Legis Editora.

Rothrock, J. C. (2008). Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirurgico (13ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Sabrosa, N. A., Sabrosa, A. S., Gouvea, K. C., & Filho, P. G. (2013). Surgical management of diabetic retinopathy. Revista Brasileira Oftalmologia, 72(3), 204-209. doi: 10.1590/S0034-72802013000300015

Salgueiro, N., Paulo, P. M., & Paulo, C. M. (2001). Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório. Loures, Portugal: Lusociência.

Santos, C., Martins, T., & Ferreira, T. R. (2009). Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos. In Saúde e qualidade de vida: Estado de arte (pp. 12-38). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida

Seely, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2003). Anatomia e fisiologia. Loures, Portugal: Lusociência.

Smith, N. E., & Timby, B. K. (2005). Enfermagem médico-cirurgica (8ª ed.). São Paulo, Brasil: Manole.

Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. (2016). Problemas e doenças oculares. Recuperado de http://www.spoftalmologia.pt/perguntas_frequentes/problemas-e-doencas-oculares/

Vieira, V., Anjos, J. B., Gentil, R., Freitas , C., Silva, F., & Vaz, F. (2011). Avaliação pré-operatória para oftalmologia em regime de ambulatório. Revista Portuguesa de Cirurgia de Ambulatória, 12(1), 25-28.

Vilelas, J. (2009). Investigação: O processo de construção do conhecimento. Lisboa, Portugal: Edições Silabo.

Wilson, A. C. (2011). Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais. Coimbra, Portugal: Formasau.

World Health Organization Quality of Life. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. Social Science e Medicine, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K

ANEXOS

Questionário - ANEXO I

Autorização de utilização do questionário SUCHE21 - ANEXO II

Autorização de utilização do questionário EQ-5D-3L - ANEXO III

Parecer Cientifico Exmo Srº Director do CRIO -ANEXO IV

Autorização da Sra Enfª Chefe do CRIO - ANEXO V

Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHUC - ANEXOVI

ANEXO I

Questionário

QUESTIONÁRIO

PARTE I

1 – DADO SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____(anos) Género: Masculino ☐ Feminino ☐

Residência: Aldeia ☐ Cidade ☐ Periferia da Cidade ☐

Estado Civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Div./Separado ☐ Viúvo ☐

Habilitações Literárias: _____

Com quem vive?_____

2 – EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA

Foi a 1ª vez que foi operado neste serviço?

Sim ☐ Não ☐

Tipo de Cirurgia: _____

Tipo anestesia: _____

Foi claro para si reconhecer quem era o enfermeiro que cuidava de si? (Ou seja, foi fácil distinguir o enfermeiro dos outros profissionais de saúde com quem contactou?)

Sim ☐ Não ☐

3- NO MOMENTO DA ALTA

a) O enfermeiro informou dos cuidados que precisava de ter em casa? Sim ☐ Não ☐

b) Foi-lhe entregue informação escrita? Sim ☐ Não ☐

c) Precisou de voltar a contactar o serviço após ter tido alta? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual o motivo? _____

PARTE II

SUCEH21 - Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem
Autora: Ana Leonor Alves Ribeiro - 2003

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem durante a sua estadia no hospital.

Se estes factos aconteciam, faça um círculo em:

Sempre -**3**
Às vezes -**2**
Nunca -**1**
Não se aplica/Sem opinião -**0**

1-	Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe (toda, alguma, nenhuma) informação?	3	2	1	0
2-	Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3-	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4-	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5-	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
6-	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
7-	Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem (e se necessário voltavam a repetir a informação)?	3	2	1	0
8-	Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)?	3	2	1	0
9-	Os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam (e porque era necessário faze-los)?	3	2	1	0
10-	Quando esteve internado, e necessitou de apoio era fácil obter ajuda dos enfermeiros?	3	2	1	0
11-	Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
12-	Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
13-	Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
14-	Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
15-	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0

Dependendo do seu grau de satisfação, faça um círculo em:

Satisfeito -**3**
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito -**2**
Insatisfeito -**1**
Não se aplica/ Sem opinião -**0**

1-	Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	3	2	1	0
2-	Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital.	3	2	1	0
3-	Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoram a dar resposta às suas solicitações/pedidos.	3	2	1	0
4-	Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestam cuidados (não o destapar, ou quando é necessário colocar biombos).	3	2	1	0
5-	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço).	3	2	1	0
6-	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava.	3	2	1	0

PARTE III

Questionário de Saúde: Versão Portuguesa

Assinale com uma cruz (assim ☒) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

Mobilidade

Não tenho problemas em andar ☐

Tenho alguns problemas em andar ☐

Tenho de estar na cama ☐

Cuidados Pessoais

Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ☐

Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me ☐

Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ☐

Atividades Habituais *(ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)*

Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ☐

Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ☐

Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ☐

Dor / Mal-estar

Não tenho dores ou mal-estar ☐

Tenho dores ou mal-estar moderados ☐

Tenho dores ou mal-estar extremos ☐

Ansiedade / Depressão

Não estou ansioso/a ou deprimido/a ☐

Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ☐

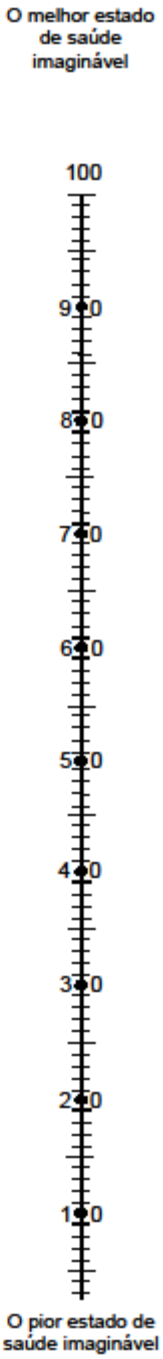
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ☐

Portugal (Portuguese) © 1997 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

Para ajudar as pessoas a definir o seu bom ou mau estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde hoje. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor indica o seu estado de saúde hoje.

O seu estado de saúde hoje



Portugal (Portuguese) © 1997 EuroQol Group EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

ANEXO II

Autorização de utilização do questionário SUCHE21

ana@esenf.pt 21/03 (há 10 dias)

Assunto: Autorização da aplicação do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH21)

Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora dos Formulários SUCEH21 vem por este meio, autorizar a utilização dos referidos formulários, desde que respeitados os passos para a sua correta utilização, na investigação realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirurgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, por Aida Vitorino.

Porto, 21 de Março de 2015
Ana Leonor Ribeiro

Enviado de Correio do Windows

ANEXO III

Autorização de utilização do questionário EQ-5D-3L

Dear Ms/Mr. Vitorino,

Thank you for registering your research at the EuroQol Group Foundation's website.

As the study you registered involves low patient numbers (200) you may use the EQ-5D-3L instrument (Paper version) free of charge. Please note that separate permission is required if any of the following is applicable:

- Funded by a pharmaceutical company, medical device manufacturer or other profit-making stakeholder;
- Number of respondents ≥ 5000
- Routine Outcome Measurement;
- Developing or maintaining a Registry;
- Digital representations (e.g. PDA, Tablet or Web)

Please find attached the Portuguese EQ-5D-3L version (word format). A brief user guide is downloadable from the EuroQol website (**www.euroqol.org**).

Best regards,

Mandy van Reenen (Oemar)
Communications Officer
EuroQol Research Foundation

ANEXO IV

Parecer Cientifico Exmo Srº Director do CRIO

PARECER CIENTIFICO

Projecto Investigação: Satisfação da Pessoa Submetida a Cirurgia Oftalmológica Face aos Cuidados de Enfermagem na Preparação para a Alta

Promotor: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador: Aida Cristina Oliveira Vitorino

Serviço: Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia – Bloco Operatório de Oftalmologia

Parecer Cientifico

Objectivos. Metodologia. Resultados esperados.
Outros Centros ou Serviços envolvidos.

A cirurgia oftalmológica tem assistido, nos últimos anos, a um avanço tecnológico significativo, que aliado à melhoria nas técnicas anestésicas permite a sua realização, quase na totalidade, em regime de ambulatório. Os cuidados de enfermagem realizados no pós-operatório, visam a preparação para a alta da pessoal submetida a cirurgia. Estes devem ser adequados e ajustados à pessoa, de forma a permitir a continuidade dos cuidados, prevenir complicações e promover a sua recuperação no domicílio.

A satisfação com os cuidados de enfermagem é, cada vez mais, um indicador da qualidade. É incontestável a mais-valia proporcionada, pelo conhecimento da perspectiva da pessoa submetida a cirurgia, na prestação de cuidados de excelência.

Este estudo tem como objectivo, **identificar o nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem, com vista à preparação para alta.** Trata-se de um estudo descritivo-correlacional de abordagem quantitativa, os dados irão ser escolhidos através da aplicação de questionário, SUCEH21 e EQ-5D-3L, no período de Julho a Setembro de 2013.

Serão respeitados os requisitos formais e éticos, de forma a evitar a violação dos direitos dos participantes e estes serão devidamente informados da natureza do estudo, para que possam decidir livremente, sobre a sua participação no mesmo.

Os resultados contribuirão para identificar áreas passíveis de intervenção e melhoria.

O Director do Serviço

ANEXO V

Autorização da Sra Enfª Chefe do CRIO

Coimbra, maio de 2015

Exma. Senhora

Enfermeira Chefe do ~~Centro de Responsabilidade~~ Integrado de Oftalmologia

Enf. Chefe Fátima Canais

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação no Serviço de Oftalmologia – Bloco Operatório, sobre "Satisfação da Pessoa Submetida a Cirurgia Oftalmológica Face aos Cuidados de Enfermagem na Preparação para a Alta", no âmbito do VIII Curso de Pós-Licenciatura e V Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Aida Cristina Oliveira Vitorino, Enfermeira Graduada a exercer funções no Bloco Operatório de Oftalmologia, com o nº mecanográfico 6753, a frequentar o VIII Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para a realização de um questionário aos doentes submetidos a cirurgia oftalmológica em regime de ambulatório, neste serviço.

Neste âmbito, pretendo realizar um estudo descritivo correlacional, subordinado ao tema "Satisfação da Pessoa Submetida a Cirurgia Oftalmológica Face aos Cuidados de Enfermagem na Preparação para a Alta", sob a orientação do Sr. Prof. Doutor José Carlos Amado Martins.

Para a realização do estudo torna-se necessário a colheita de dados que será realizada com o auxílio de questionário composto por uma primeira parte para a recolha de dados sociodemográficos e profissionais; o **SUCEII21;** o **EQ-5D-3L.**

Pretende-se com a informação colhida descrever o nível de satisfação da pessoa e relaciona-lo com factores que possam interferir com o mesmo.

Dada a natureza ética que a realização de uma investigação neste âmbito assume, comprometo-me a respeitar os princípios de confidencialidade, privacidade e a livre vontade dos participantes em colaborar no estudo, bem como, ceder os dados desta investigação se assim for desejado. A realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição nem para os participantes.

Os benefícios da investigação prendem-se com o aumento de conhecimento de uma realidade pouco estudada no nosso país e não estudada no serviço de oftalmologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Os resultados contribuirão para identificar áreas passíveis de intervenção e melhoria.

Agradecendo a Vossa atenção, disponibilidade e compreensão, solicita deferimento.

Atenciosamente,

Aida Cristina Oliveira Vitorino

(Enfermeira Aida Cristina Oliveira Vitorino)

Parecer do Orientador da Dissertação: Concordo com os propósitos da mestranda Aida Cristina Oliveira Vitorino e com o plano metodológico proposto.

José Carlos Amado Martins

(Professor José Carlos Amado Martins)

Enfª chefe Oftalmologia

Nada a opor.

F Canais (2224)

ANEXO VI

Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHUC

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

CHUC
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Vista à U.I.D. para efeito
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Director Clínico
C.H.U.C. - 30.X.15

Exmo. Senhor
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Digmº Director Clínico do CHUC

S/Comunicação	S/Refª	N/Ref. – Ofício nº	Data
		CES/0188	26.10.2015

Assunto: [CHUC-058-15] - *Estudo Observacional "Satisfação da Pessoa Submetida a Cirurgia Oftalmológica Face aos Cuidados de Enfermagem na Preparação para a Alta"* - Ana Cristina Oliveira Vitorino - Enfermeira do Bloco Operatório de Oftalmologia e aluna do VIII Curso de Pós-Licenciatura e V Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (estudo a ser realizado no Bloco Operatório de Oftalmologia).

Cumpre informar Vossa Exª. de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 23 de Outubro de 2015, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu **parecer favorável** à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Fundamentação:

O estudo tem como objectivo identificar o nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados prestados pelos enfermeiros do bloco operatório de oftalmologia com vista a preparação para a alta e quais os factores associados

A recolha da informação será realizada através da resposta pelo utente a questionários.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada do relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

P/A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Profª Doutora Maria Fátima Pinto Serafim Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enfº Acélio Tiago Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Tavares Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Pais; Dr. Jose Alves Grilo Gonçalves; Enfº Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo

Contactos:

CHUC - Centro Hospitalar
e Universitário de Coimbra
Praceta Prof. Mota Pinto,
3000-075 Coimbra - Portugal
Telefone: +351 239 400 400

Telefone: 239 400 408
Telefax: 239 405 649
E-mail: diclinica@huc.min-saude.pt

CHUC

Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

Exm.º Senhor
Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,
EPE

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

12.11.15

Ref.ª: **CHUC-058-15** 04/11/2015

A pedido de ***Enf.ª Aida Cristina Oliveira Vitorino***, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"SATISFAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA OFTALMOLÓGICA FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA ALTA"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Exª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl: A Directora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º 8802 PCS
Origem
Data 4/11/2015

CHUC Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	058	15

NOME DO PROJECTO:

SATISFAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA OFTALMOLÓGICA FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA ALTA

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf.ª Aida Cristina Oliveira Vitorino

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 18/11/13

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

(Dr. José Martins Nunes)

APÊNDICES

Consentimento Informado – APÊNDICE I

PARA O PARTICIPANTE

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é, Aida Cristina Oliveira Vitorino, sou enfermeira e aluna do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Curso de Mestrado em Enfermagem Medico-Cirúrgica.

Encontro-me a realizar um estudo de investigação onde pretendo saber o nível de satisfação dos doentes, com os cuidados realizados pelos enfermeiros na preparação para a alta, na certeza que este conhecimento irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pe os enfermeiros, ao doente e família, no momento da alta.

Neste sentido, agradeço a sua colaboração no preenchimento do questionário.

A sua participação é voluntária, podendo em qualquer momento recusar a sua participação neste estudo sem qualquer tipo de consequência.

Mais informo que este questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais e utilizados exclusivamente para o presente estudo, pelo que solicito que faculte o seu consentimento.

Agradeço antecipadamente a sua participação.

OBRIGADO

(Aida Cristina Oliveira Vitorino)

Eu, _____, fui informado sobre o estudo, tive oportunidade de colocar questões e obtive resposta às mesmas, concordando em participar no estudo respondendo ao questionário.

Data: / /2015 Assinatura: _____