

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação

Preoperative nursing consultations: Implementation and evaluation
Consulta preoperatoria de enfermería: Implementación y evaluación

Diana Isabel Arvelos Mendes^{1,2}
 <https://orcid.org/0000-0001-7239-8167>
Cândida Rosa Clemente Ferrito¹
 <https://orcid.org/0000-0002-2834-8573>

¹ Universidade Católica Portuguesa,
Lisboa, Portugal.

² Hospital da Luz Lisboa, Lisboa,
Portugal.

Resumo

Enquadramento: O programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS®) é um programa de cuidados perioperatórios, que objetiva melhorar resultados cirúrgicos e a recuperação do cliente. O enfermeiro tem uma intervenção importante nomeadamente na consulta pré-operatória.

Objetivos: Planear, implementar e avaliar a consulta de enfermagem pré-operatória inserida no ERAS®.

Metodologia: Estudo descritivo, quantitativo com três fases: planeamento (elaborados documentos orientadores); implementação (realizadas as consultas); avaliação, (através questionário e plataforma de auditoria). Duas amostras não probabilísticas, uma sem consulta e temporalmente anterior ao programa ERAS® ($n = 65$) e outra com consulta ($n = 93$).

Resultados: Realizadas 96 consultas, em que 74,2% dos clientes ficaram muito satisfeitos e 59,1% consideraram as informações transmitidas muito importantes. Se necessidade de nova cirurgia todos os clientes (100,0%) gostariam de voltar a ter consulta. Tempo médio de internamento reduziu de 7,09 para 6,73 dias ($p = 0,044$). Tempo de retorno à autonomia na mobilização diminuiu de 3,48 para 2,00 dias ($p < 0,001$).

Conclusão: A consulta foi importante para os clientes, com elevados níveis de satisfação e com efeitos positivos no retorno à autonomia.

Palavras-chave: enfermagem perioperatória; assistência centrada no paciente; recuperação pós-cirúrgica melhorada; assistência perioperatória; educação do paciente; satisfação do paciente

Abstract

Background: The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) program is a perioperative care pathway that aims to improve surgical outcomes and patient recovery. Nurses have a key role, particularly in preoperative consultations.

Objectives: To plan, implement and evaluate the preoperative nursing consultation included in the ERAS® program.

Methodology: This is a descriptive, quantitative study with three phases: planning (development of guidance documents), implementation (consultations), and evaluation (through a questionnaire and audit platform). The study was conducted with two non-probability samples, one without consultations before the ERAS® program implementation ($n = 65$) and the other with consultations ($n = 93$).

Results: Ninety-six consultations were held, with 74.2% of the patients reporting they were very satisfied and 59.1% considering the information transmitted very important. If new surgery was needed, all patients (100.0%) stated they would want a consultation. The mean length of hospital stay reduced from 7.09 to 6.73 days ($p = 0.044$), and the time to recover autonomy in mobilization decreased from 3.48 to 2.00 days ($p < 0.001$).

Conclusion: The consultations were important for patients, had high levels of satisfaction, and positively impacted the recovery of autonomy.

Keywords: perioperative nursing; patient-centered care; enhanced recovery after surgery; perioperative care; patient education as topic; patient satisfaction

Resumen

Marco contextual: El Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) es un programa de cuidados perioperatorios destinado a mejorar los resultados quirúrgicos y la recuperación del cliente. El enfermero tiene una importante intervención en la consulta preoperatoria.

Objetivos: Planear, implementar y evaluar la consulta de enfermería preoperatoria incluida en el ERAS®.

Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo con tres fases: planeamiento (elaborados documentos orientadores); implementación (realizadas las consultas); evaluación (a través de cuestionario y plataforma de auditoria). Dos muestras no probabilísticas, una sin consulta y temporalmente anterior al programa ERAS® ($n = 65$) y otra con consulta ($n = 93$).

Resultados: Realizadas 96 consultas, en las que el 74,2% de los clientes quedaron muy satisfechos y el 59,1% consideraron las informaciones transmitidas muy importantes. En caso de necesitar una nueva intervención quirúrgica, todos los clientes (100,0%) desearían volver a tener consulta. El tiempo medio de internamiento se redujo de 7,09 a 6,73 días ($p = 0,044$). El tiempo de retorno a la autonomía en la movilización disminuyó de 3,48 a 2,00 días ($p < 0,001$).

Conclusión: La consulta fue importante para los clientes, presentó altos niveles de satisfacción y tuvo efectos positivos en el retorno a la autonomía.

Palabras clave: enfermería perioperatoria; atención dirigida al paciente; recuperación mejorada después de la cirugía; atención perioperatória; educación del paciente; satisfacción del paciente

Autor de correspondência

Diana Isabel Arvelos Mendes

E-mail: diana.arvelos.mendes@gmail.com

Recebido: 13.02.21

Aceite: 03.08.21



Como citar este artigo: Mendes, D. I., & Ferrito, C. R. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20216. <https://doi.org/10.12707/RV20216>



Introdução

Na procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes cirúrgicos, foi criada, implementada e avaliada uma consulta de enfermagem pré-operatória em contexto hospitalar, integrada num programa de cuidados perioperatórios multiprofissional. Esta consulta de enfermagem é uma intervenção complexa e autónoma, que contempla um conjunto de atividades com a finalidade *major* de conhecer o cliente e de o informar sobre todo o seu percurso cirúrgico, atendendo às suas necessidades e expectativas e cujos resultados elencam num plano de cuidados multidisciplinar.

Os objetivos definidos para este estudo foram: Planear a consulta inserida no ERAS® dirigida aos clientes de cirurgia colorretal; Implementar a consulta; Avaliar a consulta. Foram selecionados focos para a avaliação e a cada um deles corresponde um objetivo específico: avaliar a informação transmitida; avaliar a participação do cliente na recuperação; avaliar a satisfação do cliente; avaliar as implicações no retorno à autonomia na mobilização; e avaliar as implicações no tempo médio de internamento.

Enquadramento

O enfermeiro é o profissional que se encontra melhor posicionado para informar o cliente através de uma linguagem adequada e por isso salienta-se a relevância de uma consulta de enfermagem com uma estrutura que atenda às características e situação clínica de cada cliente (Gonçalves et al., 2017).

Esta consulta enquadra-se no âmbito da enfermagem perioperatória, que engloba os cuidados de enfermagem dirigidos aos clientes durante o período pré-, intra- e pós-operatório. Integra um conjunto de intervenções realizadas em diferentes contextos hospitalares, com o objetivo de prestar os melhores e mais adequados cuidados ao cliente cirúrgico. Nos últimos anos, o conceito de *enfermagem perioperatória* evoluiu, tornando-se mais centrado no cliente, uma vez que espelha a preocupação de aproximar a prática das necessidades dos clientes (Arakelian et al., 2017). Assim, ao longo de todo o processo cirúrgico, os enfermeiros avaliam o cliente, recolhem, organizam e priorizam os dados, elaboram diagnósticos de enfermagem, identificam os resultados esperados para o cliente; e avaliam os resultados e as respostas do cliente (Rothrock, 2018).

Por sua vez, o programa *Enhanced Recovery After Surgery*® (ERAS®) é um programa de cuidados perioperatórios que tem como objetivos diminuir o *stress* cirúrgico, promover/manter o funcionamento fisiológico no pós-operatório e acelerar a recuperação depois da cirurgia (Gustafsson et al., 2019). Assenta em princípios como a prática baseada na evidência, em processos perioperatórios e numa abordagem multimodal e multiprofissional de trabalho em equipa e de auditoria de resultados (Ljungqvist & Hubner, 2018). Existem, além disso, *guidelines* internacionais que recomendam o ensino pré-operatório, otimização pré-operatória, diminuição do tempo de jejum pré-operatório, evicção do uso de fármacos opióides, reintrodução da

alimentação via oral precocemente, analgesia multimodal e mobilização precoce e agressiva, entre outros (Gustafsson et al., 2019). O ERAS® valoriza a intervenção de enfermagem em todo o percurso cirúrgico do cliente, com enfoque no ensino pré-operatório. Para assegurar este ensino considerou-se o planeamento e implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória, cumprindo as *guidelines* internacionais e assente nas necessidades, características e expectativas dos clientes.

A principal finalidade deste estudo foi implementar uma consulta de enfermagem pré-operatória assente numa filosofia *patient centered care* e simultaneamente, produzir conhecimento sobre esta temática, avaliando as implicações que esta intervenção tem para os clientes e para os seus resultados em saúde. O estudo desenvolveu uma intervenção baseada na melhor evidência disponível, prevendo identificação, aquisição e translação de conhecimento. Por outro lado, ao avaliar essa intervenção promove-se a qualidade do serviço prestado e uma maior adequação às características dos clientes.

Metodologia

Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa com três fases: Fase 1: planeamento, que consistiu na elaboração de documentos de apoio à consulta (guia informativo para o cliente e orientação técnica para enfermeiros) baseados em pesquisa bibliográfica (realização de duas revisões tipo *scoping*, uma sobre o ensino pré-operatório e outra sobre as intervenções de enfermagem no programa ERAS®) e em *guidelines* internacionais; e formação às equipas de enfermagem; Fase 2: implementação da intervenção no contexto de prestação de cuidados; Fase 3: avaliação da consulta, de acordo com os focos selecionados.

População, participantes, processo de amostragem:

Foram considerados os clientes propostos a cirurgia colorretal de uma instituição hospitalar privada. Selecionaram-se 2 amostras não aleatórias, por conveniência: Amostra pré-ERAS®: clientes cirúrgicos sem consulta ($n = 65$); Amostra ERAS®: clientes cirúrgicos com consulta ($n = 93$).

Para a amostra ERAS® foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, estar consciente e orientado e ser alfabetizado. Como critérios de exclusão: já ter realizado uma cirurgia no âmbito do programa ERAS® anteriormente. A amostra pré-ERAS® foi composta por clientes submetidos a cirurgia colorretal, mas que não foram alvo da consulta de enfermagem.

Variáveis

Na caracterização das amostras consideraram-se variáveis de atributo: género (feminino ou masculino); intervalos de idade (30-49 anos, 50-69 anos e 70-89 anos); classificação anestésica *American Society of Anesthesiologists* (ASA 1-2 e ASA 3-4), área cirúrgica (cólon ou reto); e abordagem cirúrgica (aberta, laparoscópica, robótica

e outra/desconhecida). A consulta de enfermagem foi considerada como variável independente e definiram-se como variáveis dependentes: informação transmitida, participação na recuperação, a satisfação, o tempo médio de internamento e o tempo de recuperação da autonomia. Estas variáveis foram consideradas como focos de avaliação da consulta: (a) Informação transmitida - importância atribuída à informação, adequação da quantidade de informação, temas considerados mais importantes; (b) Participação do cliente na recuperação - integrando uma filosofia *patient centered care*, o *engaging* do cliente na sua recuperação é vital, avaliar a participação dos clientes na sua recuperação e se esta foi influenciada pela informação transmitida na consulta; (c) Satisfação do cliente - avaliou-se o nível de satisfação e se o cliente, em caso de nova cirurgia, gostaria de voltar a ter esta consulta; (d) Retorno da autonomia na mobilização - sendo a mobilização precoce um dos pressupostos do ERAS[®], avaliou-se se a consulta e a informação transmitida no pré-operatório influenciaram a recuperação da autonomia na mobilização; (e) Tempo médio de internamento: depende de vários fatores/profissionais, mas considerou-se relevante avaliar se a consulta poderá ter tido influência neste resultado, uma vez que grande parte dos estudos publicados sobre o ERAS[®] mencionam esta variável.

Instrumentos de recolha de dados

No processo de avaliação da consulta foram utilizados dois instrumentos: Questionário - construído especificamente de acordo com os focos de avaliação, que foi aplicado à amostra ERAS[®] (clientes com consulta); Plataforma de auditoria do programa ERAS[®] - permite comparar resultados entre as duas amostras (ERAS[®] e pré-ERAS[®]). Atendendo às variáveis dependentes foi realizada uma pesquisa para selecionar um instrumento que permitisse a sua avaliação, uma vez que não foi encontrado nenhum instrumento de recolha de dados que se adequasse, foi desenvolvido um questionário de acordo com as variáveis a avaliar. O questionário é constituído por duas partes, uma de caracterização dos participantes e outra com questões de resposta fechada (escala de tipo *likert*). Apenas uma questão permitia mais do que uma resposta, na identificação dos temas de ensino que o cliente considerou mais importantes na consulta. O questionário foi submetido a pré-teste da qual resultou a alteração de uma expressão que foi identificada pelos participantes como pouco clara. A plataforma de auditoria é exclusiva do ERAS[®], desenvolvida por uma entidade internacional, que permite avaliar indicadores referentes a todo o percurso cirúrgico do cliente. Destes consideraram-se: o tempo em dias que cada cliente demora a alcançar a sua autonomia na mobilização e o tempo de internamento (indicadores analisados e comparados entre as duas amostras).

Procedimentos de recolha e análise dos dados

O questionário foi aplicado à amostra ERAS[®] entre maio de 2018 e junho de 2019. A sua aplicação consistiu na distribuição do instrumento ao cliente 1 a 2 dias antes da data prevista para alta, acompanhada de uma explicação acerca do estudo. Ao cliente foi reservada a possibilidade

de de preencher o questionário ou não (sem qualquer prejuízo) e se participasse o questionário era devolvido no momento da alta, dentro de envelope fechado na receção administrativa do serviço de internamento. Os dados obtidos nos questionários e pela plataforma foram analisados recorrendo ao *software* IBM SPSS *Statistics*, versão 23.0 e, posteriormente, apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

Considerações éticas

Solicitaram-se autorizações à Comissão de Investigação Clínica (obtida em 22/01/2018) e à Comissão de Ética para a Saúde (Ref. CES/11/2018/ME, em 05/03/2018) da respetiva instituição hospitalar, ambas com pareceres positivos. A cada cliente que integrou a amostra foi solicitado o consentimento livre e esclarecido (artigo 5.º Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001).

Resultados

Na fase de planeamento da consulta foram elaborados um guia informativo para o cliente e uma orientação técnica para enfermeiros, sustentados teoricamente pelas revisões efetuadas. Nesta fase foram ainda desenvolvidas sessões de formação para os enfermeiros abrangendo mais de 140 profissionais. Estas sessões deram a conhecer a consulta, o programa e as suas principais implicações para a prática de enfermagem e obtiveram uma avaliação muito positiva por parte dos participantes com uma média total de 4,8 (1 a 5).

A consulta foi implementada entre maio de 2018 e junho de 2019. Foram realizadas consultas a 96 clientes propostos para cirurgia colorretal, todas as consultas foram realizadas pela investigadora com duração média de 40 minutos e aproximadamente uma a duas semanas antes da cirurgia. A consulta dividiu-se em três momentos: (1) recolha de informação sobre o cliente e contexto envolvente, (2) avaliação física, e (3) ensino pré-operatório com transmissão da informação e esclarecimento de dúvidas. A avaliação foi efetuada através do questionário aplicado à amostra que participou na consulta – amostra ERAS[®] e, atendendo aos critérios de exclusão e inclusão, consideraram-se um total de 93 questionários. Foram excluídos três clientes que realizaram anteriormente uma cirurgia ao abrigo do ERAS[®] e, deste modo, já conheciam a dinâmica da consulta.

Por sua vez, da plataforma, foram recolhidos dados da amostra ERAS[®] e pré-ERAS[®] (65 clientes sem consulta de enfermagem).

Para a avaliação do retorno à autonomia e ao tempo médio de internamento, compararam-se as amostras pré-ERAS[®] e ERAS[®] do ponto de vista estatístico. Selecionaram-se variáveis para testar a comparabilidade: género, intervalos de idade, classificação anestésica ASA, área cirúrgica e abordagem cirúrgica. Avaliou-se a hipótese de existir relação entre estas variáveis e ser ou não da amostra pré-ERAS[®] ou ERAS[®] recorrendo ao teste *Qui-quadrado*. De acordo com os resultados descritos na Tabela 1 considerou-se ser possível comparar as duas amostras.

Tabela 1Comparação entre as amostras pré-ERAS[®] e ERAS[®]

		Pré-ERAS [®] (n = 65)		ERAS [®] (n = 93)		p-value
		n	%	n	%	
Gênero	Feminino	32	49,2	41	44,1	p = 0,812*
	Masculino	33	50,8	52	55,9	
Intervalos de idade	30-49 anos	7	10,8	13	14,0	p = 0,140*
	50-69 anos	35	53,9	29	31,2	
	70-89 anos	23	35,3	51	54,8	
Classificação ASA	ASA 1-2	52	80,0	79	84,9	p = 0,416*
	ASA 3-4	13	20,0	14	15,1	
Área cirúrgica	Cólon	51	78,5	67	72,0	p = 0,361*
	Reto	14	21,5	26	28,0	
Abordagem cirúrgica	Aberta	9	13,8	11	11,8	p = 0,059*
	Laparoscópica	48	73,8	60	64,5	
	Robótica	7	10,8	13	14,0	
	Outras/Desconhecida	1	1,6	9	9,7	

Nota. *Teste Qui quadrado; ASA = American Society of Anesthesiologists; ERAS[®] = Enhanced Recovery After Surgery.

Os resultados da avaliação da consulta são apresentados de acordo com os objetivos específicos do estudo.

Avaliar a informação transmitida na consulta

Importância atribuída à informação transmitida: 59,1% (n = 55) muito importante; 34,4% (n = 32) importante e 6,5% (n = 6) razoavelmente importante. Nenhum cliente referiu que as informações não foram importantes.

Sobre a quantidade de informação transmitida, 50,5% (n = 47) consideraram quantidade adequada; 38,7% (n = 36) consideraram muita informação e 10,8% (n = 10) consideraram quantidade razoável. Nenhum cliente considerou pouca informação.

Relativamente aos temas do ensino havia possibilidade de cada cliente assinalar mais de um tema, sendo que o total de respostas assinaladas foi 461 (100,0%), em que cada cliente assinalou em média cinco temas. Os considerados mais importantes foram: bebida energética no pré-operatório para diminuir o tempo de jejum 16,3% (n = 75); utilização de pastilha elástica/rebucado para estimulação gastrointestinal 13,0% (n = 60); dor e gestão da dor 12,8% (n = 59); 9,5% (n = 44) mobilização precoce no pós-operatório. O tema da preparação para a alta, que se pensou que poderia ser um dos mais importantes para o cliente contou apenas com 2,8% (n = 13) de respostas.

Relativamente à oportunidade de esclarecer as suas dúvidas, 65,6% (n = 61) concordaram inteiramente que tiveram oportunidade de esclarecer as dúvidas, 30,1% (n = 28) concordaram e 4,3% (n = 4), não concordaram nem discordaram. Nenhum cliente manifestou ter ficado com dúvidas por esclarecer após a consulta.

Avaliar a participação do cliente na recuperação

No que toca à influência da informação na colaboração do cliente, 59,1% (n = 55) concordaram inteiramente que a informação influenciou positivamente a sua colaboração nos cuidados pós-operatórios, 31,2% (n = 29) concordaram e 9,7% (n = 9) não concordaram nem discordaram. Nenhum cliente discordou.

Em relação à participação ativa do cliente na recuperação: 60,4% (n = 56) concordou inteiramente que teve uma participação ativa na sua recuperação após a cirurgia e 26,9% (n = 25) concordou. Cerca de 12,9% (n = 12) ficaram indiferentes a esta questão.

Avaliar a satisfação do cliente com a consulta

Sobre a importância da consulta para o cliente, 62,4% (n = 58) consideraram a consulta muito importante e 31,2% (n = 29) importante, cerca de 6,5% (n = 6) razoavelmente importante. Nenhum cliente considerou pouco ou nada importante.

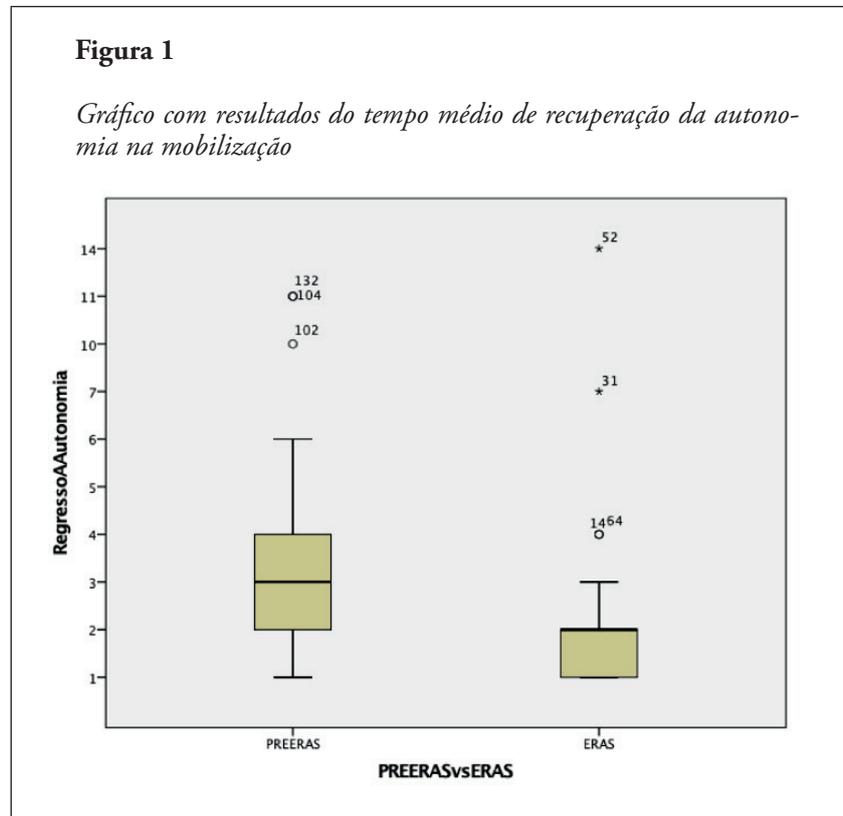
Em termos do nível de satisfação, 74,2% (n = 69) ficaram muito satisfeitos e 19,4% (n = 18) satisfeitos com a consulta, apenas 6,5% (n = 6) razoavelmente satisfeitos. 100,0% (n = 93) dos clientes referiu que em caso de necessidade de outra intervenção cirúrgica, gostaria de ter novamente a consulta de enfermagem.

Avaliar as implicações da consulta no retorno à autonomia na mobilização

Admitindo um intervalo de confiança de 95% e um valor de $p = 0,05$, esta variável demonstrou não ter uma distribuição normal ($p < 0,001$, pelo teste de Shapiro-Wilk). Na amostra pré-ERAS[®] o tempo médio que o cliente demorou a recuperar a sua autonomia foi 3,48 dias, a

mediana foi 3 com um valor mínimo de 1 e máximo de 11 dias. Por sua vez, a amostra ERAS^o contemplou um tempo médio até recuperar a autonomia de 2,00 dias, a mediana foi 2, com um valor mínimo de 1 e máximo de

14 dias conforme Figura 1. Considerou-se que a redução no tempo até recuperar a autonomia pós-operatória foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$, teste de *Mann-Whitney*).



No que respeita à autonomia na mobilização, avaliou-se ainda a percentagem de clientes que realizou o primeiro levante pós-operatório no próprio dia da cirurgia, que correspondeu a 80,6% ($n = 75$) na amostra ERAS^o e a 3,2% ($n = 3$) na pré-ERAS^o.

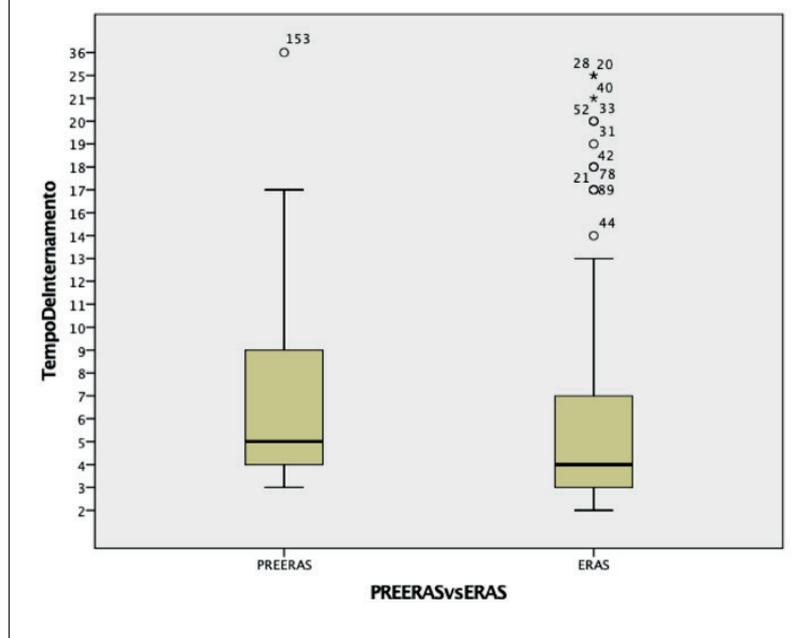
Avaliar as implicações da consulta no tempo médio de internamento

Admitindo um intervalo de confiança de 95% e um valor de $p = 0,05$, esta variável também demonstrou não ter uma distribuição normal ($p < 0,001$, pelo teste de

Shapiro-Wilk). Na amostra pré-ERAS^o o tempo médio de internamento foi 7,09 dias, a mediana foi 5, com um valor mínimo de 3 e máximo de 36 dias até à alta. A amostra ERAS^o teve um tempo médio de internamento de 6,73 dias, a mediana foi 4, com um valor mínimo de 2 e máximo de 25 dias conforme Figura 2. Considerou-se que a redução do tempo de internamento foi estatisticamente significativa através da aplicação do teste de *Mann-Whitney* ($p = 0,044$). No entanto, apesar deste valor de p , deve salientar-se que a existência de vários *outliers* na Figura 2 pode atribuir alguma fragilidade à análise desta variável.

Figura 2

Gráfico com resultados do tempo médio de internamento



Discussão

As consultas apresentaram uma duração média de 40 minutos o que está de acordo com a literatura, com oscilações entre 30 minutos por consulta (Louw et al., 2013) e de 33 minutos de média por consulta (Pettersson et al., 2018). A consulta realizou-se cerca de 2 semanas antes da data prevista para a cirurgia, conforme previsto no planeamento. O ensino pré-operatório foi bastante valorizado por todas as partes e realça-se que é essencial os clientes obterem informação detalhada do seu interesse, de forma a se sentirem mais preparados para gerir os cuidados necessários no pós-operatório e para o período de recuperação em casa (Deng et al., 2019).

Relativamente à avaliação da consulta, a maioria dos clientes considerou a consulta como muito importante/importante o que pode relacionar-se com o facto da transmissão de informação puder proporcionar um aumento da sensação de controlo do cliente e também porque cada vez mais os clientes expressam interesse em ter informação adequada para integrarem as decisões de saúde que lhe dizem respeito (Forberg et al., 2015). Por sua vez, a quantidade de informação transmitida demonstrou-se, na sua maioria, ser adequada. Sabe-se que transmitir a quantidade de informação adequada é fundamental, uma vez que informação em excesso pode também dificultar o entendimento do cliente (Pereira et al., 2016). Em relação aos temas abordados na consulta, e que o cliente considerou mais importantes, salientam-se a ingestão de bebida energética antes do procedimento cirúrgico como tema mais assinalado, eventualmente por divergir do conceito predefinido da obrigatoriedade de um jejum prolongado antes da cirurgia. Esta medida é importante no sentido de diminuir a resposta de *stress* orgânico provocado pela cirurgia, assim como se reconhece um impacto

positivo na recuperação pós-operatória também em termos de resistência à insulina e bem-estar do cliente (Sena et al., 2013). O segundo tema mais assinalado foi a estimulação gastrointestinal através da pastilha elástica/rebuçado no pós-operatório, o que se considera poder estar associado ao facto de despertar curiosidade, e ser uma indicação pouco conhecida. A mobilização precoce e agressiva foi um aspeto bastante mencionado pelos clientes, pois durante a consulta o cliente é informado que deverá fazer o primeiro levante ainda no dia da cirurgia, o que causou alguma admiração. A mobilização precoce do cliente no pós-operatório tem sido considerada como uma medida importante na recuperação e diminuição de complicações pós-operatórias (Pettersson et al., 2017), dependendo acentuadamente da equipa de enfermagem, o que reforça a importância das sessões de formação incluídas neste estudo. A maioria dos clientes revelou ter tido oportunidade de esclarecer as suas dúvidas na consulta o que foi considerado muito positivo e salientou a importância de existir um momento para esclarecimento de dúvidas durante o ensino pré-operatório (Pereira et al., 2016).

No que diz respeito à participação dos clientes na recuperação, a maioria considerou que a informação transmitida influenciou a sua colaboração nos cuidados, sendo que quando não tem informação suficiente é mais difícil para o cliente participar de forma ativa. Consta-se que é fundamental criar um sistema de transmissão de informação estruturado e realista que permita ao cliente melhorar a sua adesão ao plano de cuidados e assumindo-se que uma melhor adesão ao plano pode conduzir a melhores resultados em saúde (Cavallaro et al., 2018). A maioria dos clientes consideraram ter tido uma participação ativa na sua recuperação, sendo que a aceitação e participação do cliente no processo de recuperação é crucial em programas de recuperação

acelerada (Hughes et al., 2015). Se o cliente sentir que as suas características e desejos são tidos em consideração, mais facilmente se envolve no processo cirúrgico, tornando-se, assim, mais participativo (Arakelian et al., 2017).

Na avaliação da satisfação verificou-se que a maioria dos clientes considerou a consulta como muito importante/ importante, o que reforça a relevância de avaliar as intervenções, incluindo a perceção do cliente e, deste modo, realizar uma melhor adaptação, visando melhores resultados (Kruse et al., 2009). Inferiu-se que a maioria dos clientes ficou muito satisfeito com a consulta, o que foi muito positivo, dado que este é um indicador direto de qualidade e permite desenvolver estratégias e serviços adequados às necessidades e expectativas dos clientes (Chahal & Mehta, 2013). Uma das formas mais comuns e simples de proceder a esta avaliação é sob a forma de questionários escritos e posterior tratamento dos dados (Jones et al., 2017), de acordo com o que foi dinamizado neste estudo. Evidenciou-se que todos os clientes inquiridos, caso necessitassem de outra cirurgia, gostariam de voltar a ter a consulta o que se julga estar associado à filosofia *patient centered care* que pressupõe a avaliação de satisfação e experiência do cliente no processo de cuidados (Van Zelm et al., 2018). A consulta influenciou positivamente o tempo de retorno à autonomia na mobilização após a cirurgia, promovendo uma diminuição significativa, o que pode estar associado ao facto de os clientes estarem mais informados, mais preparados e mais confiantes (Gillis et al., 2017). Implementar uma consulta que permite conhecer o cliente, identificar as suas fraquezas e potencialidades e alocar adequadamente recursos pode potenciar a participação do cliente na sua recuperação, bem como acelerá-la (Petersson et al., 2018). A responsabilidade do levantar no dia da cirurgia é em cerca de 80% do enfermeiro e 20% do cliente (Roulin et al., 2017) e neste estudo, foi transmitida informação ao cliente sobre a mobilização precoce e também realizada formação aos enfermeiros, o que se considera ter sido vital para os resultados positivos.

Verificou-se uma tendência decrescente na diminuição do tempo médio de internamento. A literatura apresenta tempos médios de internamento entre os 12-15 dias na cirurgia colorretal na maioria dos países (Ljungqvist & Hubner, 2018). Neste sentido, considera-se que os resultados em ambas as amostras já se revelavam bastante positivos. Embora as intervenções de enfermagem tenham efeitos diretos no decurso do internamento, este é um aspeto que depende de vários outros intervenientes e fatores. Julga-se ainda que esta tendência decrescente pode estar associada também ao conceito de *empowerment* do cliente, com o ensino pré-operatório, com a expectativa e participação do cliente nos cuidados.

Este estudo proporcionou uma avaliação detalhada da informação transmitida ao cliente e que temas o cliente considera mais importantes para o ensino pré-operatório o que é crucial numa consulta de enfermagem assente na filosofia *patient centered care*. Salienta-se também que se relacionou a consulta de enfermagem diretamente com resultados em saúde, como a autonomia na mobilização e o tempo médio de internamento, o que é cada vez mais uma preocupação das entidades prestadoras de cuidados

de saúde, abrindo, deste modo, caminho para promover a avaliação de intervenções de enfermagem e inferir resultados sensíveis a estes cuidados.

A principal limitação do estudo foi a técnica de amostragem. Uma vez que a partir do momento em que a consulta passou a ser realizada, todos os clientes cirúrgicos da área colorretal passaram a integrá-la (por questões institucionais), constituindo-se deste modo uma amostra por conveniência e, por sua vez, a amostra pré-ERAS^o corresponde a um conjunto de clientes temporalmente anteriores à implementação da consulta.

Conclusão

A implementação da consulta de enfermagem pré-operatória, baseada na melhor evidência disponível em contexto hospitalar, promoveu uma mudança na prática de cuidados. Contribuiu para uma melhoria dos processos e dos resultados através de uma melhor preparação do cliente, mais informação e maior colaboração. No pós-operatório os clientes retomaram a sua autonomia na mobilização mais precocemente, mais informados, mais participativos, com uma experiência cirúrgica mais positiva e com uma tendência para diminuir o tempo médio de internamento. Os resultados obtidos motivaram o reconhecimento desta intervenção de enfermagem, suscitando interesse na equipa multidisciplinar promovendo assim a expansão da consulta a outras áreas cirúrgicas.

Sugere-se que a consulta possa ser importante para melhorar os resultados de clientes de outras áreas cirúrgicas, sobretudo de cirurgias complexas nas quais se prevejam tempos médios de internamento elevados e recuperações mais longas e difíceis. Constatou-se também uma mudança na prática de cuidados pós-operatórios na instituição, com a recuperação mais precoce da autonomia na mobilização e antecipação do primeiro levantar pós-operatório maioritariamente no dia da cirurgia.

Considera-se a importância de efetuar esta consulta em outras áreas cirúrgicas, e que esta seja avaliada através de outros focos de atenção, como por exemplo, o autocuidado ou a gestão de sintomas no pós-operatório ou ainda a perspetiva da equipa de saúde.

Contribuição de autores

Concetualização: Mendes, D. I., Ferrito, C. R.

Tratamento de dados: Mendes, D. I.

Análise formal: Mendes, D. I., Ferrito, C. R.

Investigação: Mendes, D. I.

Metodologia: Mendes, D. I., Ferrito, C. R.

Administração do projeto: Mendes, D. I.

Supervisão: Ferrito, C. R.

Validação: Ferrito, C. R.

Redação – rascunho original: Mendes, D. I.

Redação – análise e edição: Mendes, D. I., Ferrito, C. R.

Agradecimento

Ordem dos Enfermeiros, Secção Sul.

Dr. Tiago Domingues pelo apoio prestado a nível do tratamento de dados.

Nota

Este estudo foi distinguido com uma Menção Honrosa pela Ordem dos Enfermeiros – Secção Sul, no âmbito do Prémio de Investigação em Enfermagem Mariana Diniz de Sousa, no ano de 2020.

Referências bibliográficas

- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2527-2544. <https://doi.org/10.1111/jocn.13639>
- Cavallaro, P. M., Milch, H., Savitt, L., Hodin, R. A., Rattner, D. W., Berger, D. L., Kunitake, H., & Bordeianou, L. G. (2018). Addition of a scripted pre-operative patient education module to an existing ERAS pathway further reduces length of stay. *The American Journal of Surgery*, 216(4), 652-657. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.07.016>
- Chahal, H., & Mehta, S. (2013). Developing patient satisfaction construct for public and private health care sectors. *Journal of Services Research*, 13(2). <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=dc59d15d-a92b-4c9b-b932-ea99409e1f9d%40redis>
- Deng, X., Liang, S., Li, H., Gouda, D., Zhu, T., & Xiao, K. (2019). A cross-sectional study to assess the difference in perception of day surgery information between patients and medical staff in China. *Patient Preference and Adherence*, 13, 381-387. <https://doi.org/10.2147/ppa.s196674>
- Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B. M., & Engström, Å. (2015). Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(4), 280-289. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.05.012>
- Gillis, C., Gill, M., Marlett, N., MacKean, G., Germann, K., Gilmour, L., Nelson, G., Wasylak, T., Nguyen, S., Araujo, E., Zelinsky, S., & Gramlich, L. (2017). Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study. *BMJ Open*, 7(6), e017002. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017002>
- Gonçalves, M. A., Cerejo, M. D., & Martins, J. C. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., Rockall, T. A., Young-Fadik, T. M., Hill, A. G., Soop, M., Boer, H. D., Urman, R. D., Chang, G. J., Fichera, A., Kessler, H., Grass, F., Whang, E. E., Fawcett, W. J., Carli, F., . . . Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43(3), 659-695. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>
- Hughes, M., Coolsen, M. M., Aahlin, E. K., Harrison, E. M., McNally, S. J., Dejong, C. H. C., Lassen, K., & Wigmore, S. J. (2015). Attitudes of patients and care providers to enhanced recovery after surgery programs after major abdominal surgery. *Journal of Surgical Research*, 193(1), 102-110. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.06.032>
- Jones, C. H., O'Neill, S., McLean, K. A., Wigmore, S. J., & Harrison, E. M. (2017). Patient experience and overall satisfaction after emergency abdominal surgery. *BMC Surgery*, 17(76). <https://doi.org/10.1186/s12893-017-0271-5>
- Kruse, M. H., Almeida, M. A., Keretzky, K. B., Rodrigues, E., Silva, F. P., Schenini, F. S., & Garcia, V. M. (2009). Orientação pré-operatória da enfermeira: Lembranças de pacientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3), 494-500. <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47060>
- Ljungqvist, O., & Hubner, M. (2018). Enhanced Recovery After Surgery – ERAS: Principles, practice and feasibility in the elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30, 249-252. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0905-1>
- Louw, A., Diener, I., Butler, D. S., & Puentedura, E. J. (2013). Pre-operative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: Review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(3), 175-194. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.727527>
- Pereira, A. C., Soares, V. L., Russo, T. M., Teles, A. A., Lenza, N. F., & Sonobe, H. M. (2016). O ensino pré-operatório na perspectiva de pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(2), 449-456. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10976p449-456-2016>
- Petersson, M., Öhlen, J., Friberg, F., Hydén, L. C., Wallengren, C., Sarenmalm, E., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery: Communication in nurses' pre-operative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2904-2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Petersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 674-686. <https://doi.org/10.1111/scs.12378>
- Rothrock, J. C. (2018). *Alexander's care of the patient in surgery*. Elsevier Health Sciences.
- Roulin, D., Muradbegovic, M., Addor, V., Blanc, C., Demartines, N., & Hübner, M. (2017). Enhanced recovery after elective colorectal surgery: Reasons for non-compliance with the protocol. *Digestive Surgery*, 34(3), 220-226. <https://doi.org/10.1159/000450685>
- Sena, A. C., Nascimento, E. R., & Maia, A. R. (2013). Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 132-137. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300017>
- Van Zelm, R., Janssen, I., Vanhaecht, K., de Buck van Overstraeten, A., Panella, M., Sermeus, W., & Coeckelberghs, E. (2018). Development of a model care pathway for adults undergoing colorectal cancer surgery: Evidence-based key interventions and indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(1), 232-239. <https://doi.org/10.1111/jep.12700>