



CONFORTO DO PACIENTE E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Maria Eduarda Oliveira Ferreira¹, Prof Dr. Renan Alves Silva²

RESUMO

Objetivo: Analisar a correlação entre conforto e bons cuidados de enfermagem perioperatória aos indivíduos submetidos a procedimentos anestésicos cirúrgicos. **Metodologia:** Estudo transversal, analítico, a ser realizado com 90 pacientes com adultos internados para realização de procedimentos anestésicos cirúrgicos terapêuticos. A coleta de dados será realizada entre julho à novembro de 2023 e dar-se-á por meio de entrevistas estruturadas, norteadas por instrumentos contendo: caracterização sociodemográfica e clínica, o *General Comfort Questionnaire* na versão longa e o Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS). Os dados serão organizados em planilha eletrônica e submetidos a análise descritiva e inferencial com auxílio de software estatístico. Em seguida serão apresentados em formato narrativo, de gráficos e tabelas. **Resultados:** Em síntese esses resultados destacam que os indivíduos submetidos à cirurgia geral no ambiente do referido hospital universitário apresentaram modificações nos níveis de conforto no decorrer dos tempos cirúrgicos e que a referida instituição realizou na sua grande maioria práticas consideradas como adequadas (80%) atingindo os critérios de um serviço que respeita às práticas baseadas em evidências no contexto do perioperatório. Entretanto, quando se correlacionou as variáveis Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória e o conforto nos distintos momentos do perioperatório; bem como Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória com as dimensões do Conforto não foram encontradas estatísticas significantes. **Conclusão:** não se identificou correlação entre as variáveis estudadas. **Palavras-chave:** Enfermagem Perioperatória; Conforto do Paciente; Assistência Centrada no Paciente; ODS- 3.

¹ Aluna do curso de Enfermagem, Unidade Acadêmica de Enfermagem, UFCG,

² Cajazeiras, PB, e-mail: oliveiraf.mariaeduarda@gmail.com

Doutor em Enfermagem, Professor Unidade Acadêmica de Enfermagem, UFCG, Cajazeiras, PB, e-mail: renan.dehon@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos séculos, a assistência cirúrgica tem aumentado em quantidade de procedimentos e em nível de prestação do cuidado, devido às mudanças do perfil sociodemográfico e melhorias econômicas gerando mudanças e impactos significativos nos sistemas de saúde mundiais. Entretanto, em determinadas condições de saúde, a cirurgia é frequentemente o único tratamento que pode aliviar as incapacidades e reduzir o risco de morte. Há evidências de que aproximadamente cinco bilhões de pessoas no mundo, especialmente em países de nível socioeconômico baixo, não têm acesso à assistência cirúrgica. Nesses contextos, as falhas cirúrgicas geralmente estão associadas à falta de infraestrutura e às decisões inadequadas durante o procedimento (LIN et al, 2018).

Outros fatores podem estar relacionados ao cuidado em saúde e que também contribuem para os erros assistenciais e a insegurança do paciente. Condições, tais como ambientes de trabalho inadequados, processo de trabalho desgastante, falta de comunicação e a não adesão aos princípios de segurança da assistência, afetam o cuidado em saúde realizado com o paciente no perioperatório (PANZETTI et al, 2020).

Estudo realizado com pacientes idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos, buscou-se compreender o significado de sentir-se confortável. Evidenciou-se a relação simbiótica entre a presença do estado de conforto e desconforto, e que ambos caminham juntos. Assim, a ausência de um, resulta na acentuação do outro (MEDEIROS, 2014).

Acredita-se que o bem-estar do paciente deve constituir o principal objetivo dos profissionais que assistem o paciente cirúrgico, pois, no período pré-operatório, estes podem apresentar um alto nível de estresse, bem como desenvolver sentimentos que podem atuar negativamente em seu estado emocional, tornando-os vulneráveis e dependentes. Observa-se que, muitas vezes, o estado de estresse independe do grau de complexidade da cirurgia, assim como tem relação com a desinformação no que diz respeito aos procedimentos da cirurgia, à anestesia e aos cuidados a serem realizados (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Verifica-se que, os cuidados de enfermagem ao serem prestados precisam ser refletidos quanto ao potencial de dano de causar desconforto implicando em medidas de conforto que tragam calma, alívio e transcendência ao indivíduo no contexto cirúrgico por meio de mudança na prática e nas rotinas (KOLCABA, 2010).

Destarte, inúmeros estudos consideram que o conforto é um constructo complexo, multidimensional e uma necessidade básica do ser humano que precisa ser atendida (PEREIRA et al., 2020). Na perspectiva da teórica Katharine Kolcaba, conforto é definido como a experiência imediata de sentir-se fortalecido através das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência, que são abordadas em quatro contextos de experiência: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (KOLCABA, 2010; ESTRIGDE et al., 2018).

Nesse sentido, o conforto pode ser compreendido em diversos contextos, a partir de diversos núcleos conceituais que estão ligados à doença, ao bem-estar/promoção da saúde e às metas da profissão. Na doença, constatou-se que esse termo pode ser compreendido como o cuidado para tornar o outro livre de dores e desconforto: alívio do desconforto; estado isento de dor; alívio da dor, angústia mental ou outro desconforto. Nos núcleos conceituais ligados ao bem-estar/promoção da saúde, identificou-se o estado de ter atendido às necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência; alívio, encorajamento ou consolo; harmonia, resultado da integração corpo-mente-espírito; bem-estar mental e físico; conforto físico; comodidade mental; fortalecimento, encorajamento, apoio e tranquilidade. Em relação às metas da profissão, explorou-se o estado final das ações terapêuticas de enfermagem para um paciente (PEREIRA et al., 2020).

Essa continuidade de cuidado, durante o período perioperatório, permite a construção da relação de confiança entre os pacientes e a equipe de enfermagem que promove a tranquilidade, segurança, conforto e bem-estar (SALBEGO et al, 2015; PANZETTI et al, 2020). Isso é importante, porque é comum o paciente, que enfrenta ou passa por procedimento cirúrgico, expressar sentimentos de medo, angústia, dúvidas, nervosismo e insegurança. Nessas situações, cabe à enfermagem uma atuação por meio de um modelo assistencial adequado, contínuo, integral, individual e singular (ASCARI, 2014; SOUZA et al, 2019).

No campo cirúrgico, o período perioperatório é normalmente referido como a extensão de tempo em que um paciente vivencia as três etapas cirúrgicas interligadas: o pré-operatório, o transoperatório e o pós-operatório. Pode-se dizer que esse tempo se inicia no momento do diagnóstico médico e da decisão para a cirurgia ocorrer, até o processo de reabilitação. Nesse período há o envolvimento de toda a equipe multiprofissional, que presta o cuidado e contribui para que o processo ocorra da melhor forma para o paciente e familiares (SALBEGO et al, 2015;

CONTERATTO et al, 2020).

Assim, a prática de enfermagem no perioperatório tem como objetivo o cuidado ao paciente cirúrgico e sua família, através de ações assistenciais qualificadas e sensíveis que minimizem os riscos e as possíveis complicações, relacionadas ao procedimento anestésico- cirúrgico e a hospitalização. Isso exige do enfermeiro, que atua no setor, uma avaliação criteriosa e contínua das alterações e necessidades apresentadas pelo paciente para, assim, implementar as intervenções adequadas. Trata-se de um cuidado clínico de qualidade, que deverá ser objetivo do profissional de enfermagem em toda a sua prática (GUIDO et al, 2014; ANDRÉ; TOMÁS; DUARTE, 2017; CONTERATTO et al. , 2020).

Partindo dos pressupostos teóricos de Katherine Kolcaba (2006), compreende-se que quando os estados e contextos se fundem, atingem o estado de conforto holístico do paciente na perspectiva do atendimento de suas necessidades garante a integridade institucional que é baseado em um sistema de valores orientado para os receptores de cuidados (satisfação dos pacientes, redução de custos, redução de morbidade e de reinternações); bem como, é capaz de promover melhores práticas e melhores políticas.

Nesse sentido, buscou-se analisar a correlação entre conforto e bons cuidados de enfermagem perioperatória aos indivíduos submetidos a procedimentos anestésicos cirúrgicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com delineamento transversal e analítico. A pesquisa será realizada na clínica cirúrgica do Hospital Universitário Júlio Bandeira, filiado Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e à Universidade Federal de Campina Grande localizado no interior do Estado da Paraíba, na cidade de Cajazeiras. É uma instituição de ensino universitário integrado à Rede do SUS pela Lei Orgânica 8080/90, que dispõe de condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

O estudo será realizado na atual Clínica cirúrgica do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), anteriormente denominado de Unidade de Atenção à Saúde da Mulher, e com mudança de nomenclatura conforme novo organograma institucional. Essa unidade é destinada ao internamento de adultos e crianças acima

de 3 anos, no pré e pós-operatório nas especialidades de ginecologia, otorrinolaringologia, urologia, vascular e cirurgia geral. Conta com 14 leitos ativos no CNES, com possibilidade de ampliação em até 19 leitos, sendo o acesso da população a este setor de serviços iniciado nos ambulatórios. São atendidos cerca de 225 pacientes por mês, vinculados ao Sistema Único de Saúde, distribuídos ao longo dos dias da semana.

A população do estudo será composta por todos os pacientes adultos internados para realização de procedimentos anestésicos cirúrgicos com a finalidade terapêutica, curativa e/ou reabilitadora assistidos na referida clínica. Como critérios de inclusão foram estabelecidos: ser maior de 18 anos; passar por procedimento de cirurgia eletiva; não possuir distúrbios cognitivos ou estiver em uso de medicação que possam alterar a capacidade de raciocínio, pontuação na escala de Coma de Glasgow igual a 15, e acuidade auditiva preservada. Como critério de exclusão estabeleceu-se que seria a condição de não saber ler, expressada pelo paciente.

O cálculo amostral deu-se pela fórmula para estudos transversais correlacionais, adotando o intervalo de confiança de 95%, com nível de significância (Z) de 1,96, erro amostral (e) de 0,05 (5%), correlação alta de 0,80, um poder de teste de 80%, estimando uma amostra mínima de 90 pacientes (HULLEY et al., 2011).

Para coleta de dados serão utilizados questionários para caracterização sociodemográfica e clínica, assim como instrumentos validados relativos aos fatores que se pretende investigar.

O questionário para coleta de dados sociodemográficos contém as seguintes variáveis: turno de diálise, idade, sexo, cor, escolaridade (em anos), situação conjugal (solteiro, casado, viúvo, divorciado ou união consensual), número de pessoas na casa, renda individual e familiar (somatório familiar em reais), situação trabalhista (ativo, aposentado, do lar, recebendo seguro saúde), ocupação anterior e atual (se houver), procedência (cidade e Estado).

Para análise do conforto, foi utilizado instrumento *General Comfort Questionnaire* (GCQ), na versão longa (Anexo 1). O instrumento possui 48 itens, distribuídos em quatro domínios, a saber: físico, sociocultural, ambiental e espiritual. O domínio físico é composto por dez itens (1, 5, 14, 19, 20, 25, 28, 32, 36 e 41), o sociocultural por 11 itens (2, 4, 8, 13, 16, 23, 26, 30, 35, 37 e 39), o ambiental por dez itens (3, 11, 12, 18, 21, 27, 33, 34, 42 e 47) e o psicoespiritual por 17 itens (6, 7, 9,

10, 15, 17, 22, 24, 29, 31, 38, 40, 43, 44, 45, 46 e 48). A resposta é fornecida por meio de uma escala do tipo *Likert*, com quatro graus, variando de concordo totalmente (4 pontos) a discordo totalmente (1 ponto). Desse modo, a pontuação mínima para avaliação do escore geral é 48 pontos e a máxima 192 pontos. Em cada domínio, o nível de conforto é avaliado pela média da soma das respostas. Não há ponto de corte; quanto maior a pontuação, maior o nível de conforto (MELO et al., 2019; SANTOS et al., 2020). Optou-se por utilizar o GCQ versão longa, pois a versão curta carece de estudos adicionais para confirmar as propriedades psicométricas.

A adequabilidade e qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios foi mensurados por meio do Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS), versão em português para a cultura brasileira (ROCHA, 2020). O instrumento é dividido em três partes: a primeira contém 11 perguntas objetivas direcionadas a caracterizar o paciente e o procedimento cirúrgico realizado. Além de solicitar informações sociodemográficas e incluir questões sobre: horário de chegada ao centro cirúrgico; tipo de cirurgia; tipo de anestesia; idade; grau de escolaridade; estado civil; estadia no centro cirúrgico; visita pré-operatória; sensações pré-cirúrgica; e sensações transcirúrgicas.

Na segunda parte do instrumento, as pesquisadoras buscam a opinião do paciente sobre a assistência recebida dentro do centro cirúrgico. Esse momento é composto por 34 afirmações que abordam elementos do cuidado (LEINONEN et al, 2003). Nesta parte do GPNCS, o paciente é solicitado a indicar, para cada item, até que ponto concorda ou discorda com a afirmação, registrando a sua resposta em uma escala Likert composta de escores que variam de 0 a 5. O escore 5 indica que concorda totalmente com a afirmação, o 4 que concorda, o 3 que nem concorda nem discorda, o 2 que discorda e o 1 que totalmente discorda. O zero "0" indica que não pode opinar sobre a afirmação.

A terceira parte, intitulada conclusão, contém espaço aberto para o paciente descrever os melhores e os piores pontos no que concerne à estadia no centro cirúrgico. Por último, solicitam-se outras observações, opiniões ou sugestões sobre o cuidado perioperatório, que fornecerão informações que não estão pré-determinadas no instrumento e que contribuirão para melhoria do cuidado oferecido.

É importante destacar que o instrumento em questão passou pelo processo de construção e validação psicométrica, com a aplicação em mais de 800 pacientes, em 05 hospitais da Finlândia, e o principal teste estatístico utilizado foi Cronbach. Frisa-

se que o instrumento foi desenvolvido em finlandês e depois traduzido, pelas autoras, para o inglês com o objetivo de melhor divulgação em nível mundial (LEINONEN et al, 2003). Foi traduzido para o português do Brasil e passou por validade de conteúdo (ROCHA, 2020).

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2024. Os pacientes que atenderem aos critérios de elegibilidade serão abordados pelos pesquisadores, sendo convidados a participar do estudo, de acordo com os aspectos éticos delineados para esta pesquisa. Os dados sociodemográficos e clínicos serão coletados a partir dos prontuários dos pacientes, mediante autorização dos termos de fiel depositário do local de estudo.

Os instrumentos para mensuração do conforto e dos fatores associados serão aplicados por meio de entrevistas. Para minimizar o risco de desconforto, tendo em vista que há um número grande de itens a serem respondidos, a coleta será realizada em três momentos: no primeiro, no segundo e no terceiro momento serão realizados nos respectivos momentos do perioperatório e o quarto momento será na alta do paciente. Sendo assim, a coleta de dados será realizada da seguinte forma, considerando a aplicação dos instrumentos:

1º momento: avaliação do conforto no pré-operatório imediato;

2º momento: avaliação do conforto no pós-operatório imediato;

3º momento: avaliação do conforto no pós-operatório mediato;

4º momento: avaliação dos bons cuidados de enfermagem no perioperatório

Assim, o tempo médio estimado para aplicação dos instrumentos, para cada participante, é de 20 a 30 minutos em cada momento. A coleta será realizada por dois acadêmicos do curso de enfermagem de enfermagem do Centro de Formação de Professores - UFCG, os quais serão treinados pelos orientadores do referido projeto de pesquisa antes da entrada no campo de coleta de dados.

Os dados foram coletados e organizados em planilha eletrônica e, posteriormente, analisados com auxílio dos programas estatísticos SPSS 21® e o JASP 0.14. Será realizada estatística descritiva, utilizando-se a frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as contínuas.

A análise da relação entre os constructos foi realizada por meio do coeficiente de correlação de *Spearman*. O coeficiente *rho de Spearman* é usado

frequentemente quando se tem um tamanho de amostra pequeno e mede o grau da relação monotônica entre duas variáveis, ou seja, uma função é dita monotônica se ela é sempre crescente ou sempre decrescente. É obtida calculando a covariância e correlações entre variáveis do menor valor para um maior valor e variando também entre -1 e 1 (ANDRADE; TIRYAKI, 2017). Os resultados serão apresentados de forma narrativa ou ilustrada, por meio de gráficos e tabelas.

Todas as diretrizes éticas preconizadas pela Resolução n.º 466/2012, referentes às pesquisas que envolvem seres humanos foram respeitadas (BRASIL, 2012). Desse modo, os participantes do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, à forma de participação, à ausência de ônus ou bônus financeiro decorrente de sua participação, aos riscos e benefícios da sua participação, ao anonimato da identidade, à utilização dos dados apenas para fins científicos e ao direito de desistir a qualquer momento da participação no estudo sem quaisquer prejuízos, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ainda, os pesquisadores não realizarão a análise dos dados diante do entrevistado e nem informarão o resultado individual após sua análise com intenção de diagnóstico, nem para o participante, tampouco para a instituição. Os instrumentos preenchidos ficarão protegidos sob guarda dos pesquisadores em local privativo, ao qual somente os pesquisadores possuem acesso, pelo período de cinco anos. Ao final deste período, os instrumentos serão destruídos. Após os esclarecimentos supracitados, aos pacientes que aceitarem participar do estudo, será solicitada a assinatura do TCLE em duas vias, permanecendo uma com o paciente e outra com os pesquisadores.

RESULTADOS

A coleta de dados iniciou no dia 03 de junho de 2024 e finalizou no dia 22 de setembro de 2024. Nesse percurso, obtivemos 121 coletas, em que 90 foram consideradas válidas a partir da obtenção da aplicação dos instrumentos nos diferentes tempos cirúrgicos. Dos 90 participantes do estudo, identificou-se que a maioria era do gênero feminino (67,8%), pardos (58,9%), entre a faixa etária de 41 a 50 anos (26,67%), com média de 47 anos, e casados (50%) e possuíam renda familiar entre um e dois salários mínimos (25,56%) e eram procedentes do município de Cajazeiras (48,89%), local de desenvolvimento do estudo. Quanto à escolaridade, 51,1% possuem o Ensino Fundamental 1 e 2 e 47,8% estavam empregados.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica

Caracterização	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Faixa Etária		
23 a 30	6	6,67%
31 a 40	22	24,44%
41 a 50	24	26,67%
51 a 60	20	22,22%
61 a 70	13	14,44%
71 a 80	4	4,44%
81 a 90	1	1,11%
Sexo		
Feminino	61	67,8%
Masculino	29	32,2%
Cor Auto Referida		
Branca	27	30%
Negra	10	11,1%
Parda	53	58,9%
Situação Conjugal		
Casado	45	50%
Solteiro	9	10%
Divorciado	9	10%
Em união consensual	24	26,7%
Viúvo	3	3,3%
Renda Individual Mensal		
Menor que 1 SM	12	13,3%
1 SM	25	27,8%
Entre 1 e 2 SM	18	20,0%
Entre 2 e 3 SM	10	11,1%
Entre 3 e 4 SM	6	6,7%
Entre 4 e 5 SM	4	4,4%
Mais de 5 SM	7	7,8%
Não Relata	8	8,9%
Renda Familiar Mensal		

1 salário mínimo	21	23,33%
Menor que 1 salário mínimo	15	16,67%
Entre 1 e 2 salários mínimos	26	28,89%
Entre 2 e 3 salários mínimos	15	16,67%
Entre 3 e 5 salários mínimos	7	7,78%
Entre 5 e 10 salários mínimos	2	2,22%
Não Relata	4	4,44%
Escolaridade		
Analfabeto	1	1,11%
Ensino Fundamental ½	46	51,11%
Ensino Médio	31	34,44%
Curso Técnico	2	2,22%
Ensino Superior	10	11,11%
Religião		
Católico	66	73,33%
Evangélico	13	14,44%
Adventista do 7º Dia	1	1,11%
Protestante	1	1,11%
Juremeiro	1	1,11%
Não Possui	8	8,89%
Procedência		
Cajazeiras – PB	39	43,33%
Zona Rural De Cajazeiras – PB	6	6,67%
Sousa – PB	4	4,44%
São João Do Rio Do Peixe – PB	3	3,33%
Nazarezinho – PB	3	3,33%
Cachoeira Dos Índios – PB	3	3,33%
Aguiar – PB	2	2,22%
São José De Piranhas – PB	2	2,22%
Piancó – PB	1	1,11%

Carrapateira – PB	1	1,11%
Triunfo – PB	1	1,11%
Belo Horizonte – MG	1	1,11%
Poço José De Moura – PB	1	1,11%
Acopiara – CE	1	1,11%
Ouro Verde – SP	1	1,11%
Fagundes – PB	1	1,11%
Santa Helena – PB	1	1,11%
Aurora – CE	1	1,11%
São Paulo – SP	1	1,11%
Mombaça – CE	1	1,11%
Barro – CE	1	1,11%
Bernardino Batista	1	1,11%
Parnamirim – RN	1	1,11%
Milagres – CE	1	1,11%
Não Relatou	6	6,67

Fonte: elaborada pelo autor (2024).

Sabendo que as médias provenientes do GCQ possuem valor mínimo de 48 e máximo de 192, pode-se perceber a partir dos resultados obtidos pela pesquisa que a maioria dos pacientes apresentou-se média intermediária confortável no período perioperatório. Todavia, é válido ressaltar a diminuição do conforto entre os período do pré operatório e o conforto no operatório imediato e mediato. Observou-se que o momento com menor conforto geral foi o pós operatório mediato, enquanto que, no pré operatório imediato apresentou maior nível de conforto geral.

No que se refere aos domínios específicos, pode-se constatar que o conforto físico no período pós operatório mediato apresentou menor nível de conforto, enquanto que o conforto psicoespiritual apresentou maior índice de conforto no contexto do pré operatório. O domínio que apresentou aumento no decorrer do tempo foi o conforto sociocultural.

Tabela 2 - Relação de Conforto

Tempo Cirúrgico	Conforto Geral	Conforto Físico	Conforto Ambiental	Conforto Psicoespiritual	Conforto Sociocultural
Pré Operatório	132,8778 (±11,51143)	24,1556 (±3,37842)	23,2444 (±2,91186)	50,8333 (±4,32721)	31,5889 (±3,92312)
Pós Operatório Imediato	131,721 (±9,58164)	21,5000 (±3,05842)	22,4778 (±1,99566)	49,7444 (±4,23618)	35,3333 (±4,07238)
Pós Operatório Mediato	131,0667 (±10,73668)	20,7444 (±3,64294)	22,0667 (±2,57821)	50,1222 (±4,76605)	34,9333 (±3,91138)
Teste De Friedman	0,395	0,000	0,000	0,008	0,000

Fonte: elaborada pelo autor (2024)

No domínio físico, considerando o pré operatório imediato e o pós-operatório imediato, verificou-se uma diferença estatística de entre os dois momentos de -2,65 pontos, com diferenças estatísticas significantes ($p=0,000$). Em relação às diferenças entre o pós operatório mediato e pré operatório imediato, verificou-se uma diferença estatística significativa de -3,41 pontos ($p=0,000$).

O conforto ambiental, quando se compara o pré operatório imediato e o pós operatório imediato, verificou-se uma diferença estatística de entre os dois momentos de -0,76 ($p=0,011$). Em relação ao pós operatório mediato e o pré operatório imediato, verificou-se uma diferença estatística de -1,17 pontos ($p=0,001$).

No domínio psicoespiritual, considerando o pré operatório imediato e o pós operatório imediato, verificou-se uma diferença estatística de entre os dois momentos de -1,08 pontos ($p=0,009$). Em relação ao pré operatório imediato e o pós operatório mediato, verificou-se uma diferença estatística de -0,71 pontos. Entretanto, essas diferenças não foram estatisticamente significativas ($p=0,104$).

No domínio sociocultural, considerando o pré operatório imediato e o pós operatório imediato, verificou-se um aumento com diferença estatística significativa entre os dois momentos de 3,74 pontos ($p=0,000$). Em relação ao pré operatório imediato e o pós operatório mediato, verificou-se um aumento com diferença estatística de 3,34 pontos ($p=0,000$).

Tabela 2 - Diferença entre as medias do Conforto entre os tempos cirúrgicos.

Tempos Cirúrgicos	Média	Desvio Padrão	T	P
Conforto Geral POI - Conforto Geral Pré	-1,17778	7,80173	-1,432	0,156

Conforto Geral POM - Conforto Geral Pré	-1,81111	9,30011	-1,847	0,068
Conforto Físico POI - Conforto Físico Pré	-2,65556	2,89967	-8,688	0,000
Conforto Físico POM - Conforto Físico Pré	-3,41111	3,62232	-8,934	0,000
Conforto Ambiental POI - Conforto Ambiental Pré	-0,76667	2,78459	-2,612	0,011
Conforto Ambiental POM - Conforto Ambiental Pré	-1,17778	3,27599	-3,411	0,001
Conforto Psicoespiritual POI - Conforto Psicoespiritual Pré	-1,08889	3,8821	-2,661	0,009
Conforto Psicoespiritual POM - Conforto Psicoespiritual Pré	-0,71111	4,10602	-1,643	0,104
Conforto Sociocultural POI - Conforto Sociocultural Pré	3,74444	3,11416	11,407	0,000
Conforto Sociocultural POM - Conforto Sociocultural Pré	3,34444	3,01368	10,528	0,000

Fonte: elaborada pelo autor (2024).

Desse modo, os resultados deste estudo contrariam a hipótese primária que o conforto apresentava variância entre os momentos Pré Operatório Imediato, Pós Operatório Imediato e Pós Operatório Mediato e que as diferenças estatísticas eram significantes no decorrer dos tempos cirúrgicos.

Good Perioperative Nursing Care Scale

Tabela 3- Chegada do indivíduo ao Centro cirúrgico.

	De manhã cedo	Antes do Meio Dia	À tarde	À noite
	26 (28,9%)	12 (13,3%)	43 (47,8%)	9 (10%)

Fonte: elaborada pelo autor (2024).

Dos 90 indivíduos entrevistados, 28,9% chegaram ao centro cirúrgico pela manhã cedo, 100% foram submetidos a procedimentos de caráter eletivo, uma vez que a instituição de saúde somente realiza procedimentos curativos/diagnósticos de cunho eletivo.

Tabela 4 - Momentos que os indivíduos lembram com clareza no Centro Cirúrgico (CC).

Circunstância	Chegando ao CC	Tempo na sala de cirurgia	Tempo na sala de recuperação	Saída do CC
Claramente	86 (95,6%)	37 (41,1%)	54 (60%)	77 (85,6%)

Vagamente	1 (1,1%)	19 (21,1%)	17 (18,9%)	3 (3,3%)
Nada	3 (3,3%)	34 (37,8%)	19 (21,1%)	10 (11,1%)

Quanto à memória que concerne ao centro cirúrgico, 95,6% dos entrevistados alegaram lembrar claramente no momento em que chegam ao Centro Cirúrgico; já em relação ao tempo na sala de cirurgia, 41,1% disseram se lembrar claramente; Quanto ao tempo na sala de recuperação, 60% disseram lembrar claramente; e em relação à saída do Centro Cirúrgico, 85,6% disseram lembrar claramente.

Tabela 5 - Profissionais que visitaram o indivíduo na enfermaria, antes do procedimento.

Profissional	Cirurgião	Anestesista	Enfermeira do Centro Cirúrgico
Afirmativa			
Sim	48 (53,3%)	33 (36,7%)	41 (45,6%)
Não	38 (42,2%)	55 (61,1%)	41 (45,6%)
Não Sei	4 (4,4%)	2 (2,2%)	8 (8,9%)

Quanto à visita pré-operatória, 53,3% afirmaram que o cirurgião visitou o indivíduo na enfermaria, 61,1% afirmaram que o anestesista não realizou a visita na enfermaria e 45,6% afirmaram que a Enfermeira do Centro Cirúrgico não visitou o paciente na Enfermaria.

Tabela 6 - Descrição de sensações antes e durante o procedimento cirúrgico experienciadas pelos 90 indivíduos.

	Não Sei	Nenhum	Pouco	Um Pouco	Bastante
Antes do procedimento, sentiu:					
Dor	0 (0,00%)	78 (86,7%)	4 (4,4%)	6 (6,7%)	2 (2,2%)
Náusea/vômito	0 (0,00%)	85 (94,4%)	4 (4,4%)	0 (0,00%)	1 (1,1%)
Frio/Arrepios	0 (0,00%)	73 (81,1%)	9 (10%)	6 (6,7%)	2 (2,2%)
Medo da Anestesia	0 (0,00%)	58 (64,4%)	6 (6,67%)	10 (11,1%)	6 (17,8%)

Medo da Cirurgia	0 (0,00%)	5 6 (62,2%)	1 0 (11,1%)	8 (8,9%)	1 6 (17,8%)
Conhecimento sobre a cirurgia	1 (1,1%)	7 (7,78%)	1 1 (12,2%)	3 3 (36,7%)	3 8 (42,2%)
Conhecimento sobre a anestesia	1 (1,1%)	8 (8,9%)	1 0 (10,1%)	3 0 (33,3%)	4 1 (45,6%)
Durante a cirurgia, sentiu:					
Dor	0 (0,00%)	3 4 (37,8%)	2 2 (24,4%)	2 1 (23,3%)	1 3 (14,4%)
Náusea/vômito	0 (0,00%)	6 1 (67,8%)	1 1 (12,2%)	1 2 (13,3%)	6 (6,7%)
Frio/Arrepios	0 (0,00%)	6 5 (72,2%)	1 2 (13,3%)	6 (6,7%)	7 (7,8%)
Medo da Anestesia	0 (0,00%)	8 2 (91,1%)	4 (4,4%)	1 (1,1%)	3 (3,3%)
Medo da Cirurgia	0 (0,00%)	81 (90%)	6 (6,7%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)
Conhecimento sobre a cirurgia	0 (0,00%)	2 1 (23,3%)	1 5 (16,7%)	3 2 (36,6%)	2 2 (24,4%)
Conhecimento sobre a anestesia	1 (1,1%)	2 6 (28,9%)	1 5 (16,7%)	27 (30%)	2 1 (23,3%)

Dos 90 entrevistados antes do procedimentos, 86,7% afirmaram sentir nenhuma dor, 94,4% afirmaram não sentir náusea antes do procedimento, 81,1% dos entrevistados afirmaram não sentir nenhum frio ou arrepios antes do procedimento, 64,4% afirmaram sentir medo da anestesia; 62,2% afirmaram sentir medo da cirurgia; 42,2% afirmaram ter conhecimento sobre a cirurgia e 45,6% afirmaram ter conhecimento sobre a anestesia.

Dos 90 entrevistados durante a cirurgia, 37,8% afirmaram sentir nenhuma dor; 67,8% afirmaram não sentir náusea durante o procedimento; 72,2% afirmaram não sentir frio ou calafrios durante o procedimento; 91,1% afirmaram que não tinham medo da anestesia; 90% afirmaram que não tinham medo da cirurgia; 24,4% afirmaram ter bastante conhecimento sobre a cirurgia durante o procedimento e 28,9% afirmaram ter nenhum conhecimento sobre a anestesia.

Tabela 7 - Mensuração de Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória

Variáveis	NCA(1)	DC (2)	DP(3)	NCD(4)	CP(5)	CC(6)
-----------	--------	--------	-------	--------	-------	-------

Durante o meu tratamento na sala de cirurgia recebi medicação suficiente e não senti dor.	8 (8,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	4 (4,4%)	7 7 (85,6%)
Durante o tempo na sala de recuperação, após a operação, recebi medicação suficiente e não senti dor.	7 (7,78%)	1 1 (12,2%)	1 (1,1%)	0,00%	1 (1,1%)	7 0 (77,8%)
Eu fui tratado com cuidado, e a equipe não me causou dor.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	8 9 (98,9%)
Fui colocado em uma posição cirúrgica confortável na mesa de operações (os equipamentos não pressionaram partes do meu corpo e minha posição não causou dor ou dormência).	2 (2,2%)	2 (2,2%)	0,00%	0,00%	3 (3,3%)	8 3 (92%)
Durante o procedimento na sala de cirurgia, a temperatura do meu corpo foi mantida estável (usaram cobertores aquecidos ou mudaram a temperatura do ar condicionado, por exemplo).	3 (3,3%)	2 (2,2%)	3 (3,3%)	0 (0,0%)	7 (7,8%)	7 5 (83,3%)
Na sala de recuperação pós anestésica, a temperatura do meu corpo estava estável.	5 (5,6%)	3 (3,3%)	3 (3,3%)	0 (0,0%)	7 (7,8%)	7 2 (80%)
Eu acho que minha anestesia (anestesia geral ou local) foi bem executada.	0 (0,0%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	3 (3,3%)	8 5 (94,4%)
Eu acho que minha cirurgia foi bem executada.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (4,4%)	8 6 (95,6%)
A equipe do centro cirúrgico foi profissional.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	8 8 (97,8%)

A equipe do centro cirúrgico foi muito cuidadosa e meticulosa no desempenho de suas funções relacionadas ao meu tratamento.	0 (0,0%)	2 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)	8 5 (94,4%)
Na sala de cirurgia eu recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo (por exemplo, me disseram o que estava sendo feito e por quê).	1 8 (20%)	1 1 (12,2%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	3 (3,3%)	5 6 (62,2%)
Na sala de recuperação pós anestésica, recebia constantemente informações sobre o que estava acontecendo comigo.	6 (6,7%)	6 (6,7%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	7 4 (82,2%)
No Centro Cirúrgico, recebi informações claras e detalhadas sobre meu tratamento (sem qualquer termo técnico médico).	1 0 (11,1%)	1 0 (11,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,11%)	6 9 (76,7%)
Os enfermeiros do Centro Cirúrgico me deram informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu cuidado.	3 (3,3%)	5 (5,6%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	4 (4,4%)	7 7 (85,6%)
O cirurgião me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados ao meu procedimento.	3 (3,3%)	3 (3,3%)	2 (2,2%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)	7 9 (87,8%)
O anesthesiologista me deu informações suficientes sobre assuntos relacionados à anestesia geral, regional ou local.	3 (3,3%)	3 (3,3%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)	8 0 (89,9%)

No Centro Cirúrgico, pude participar do meu tratamento, dizendo o que pensava e queria.	8 (8,9%)	3 2 (35,6%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	5 (5,6%)	4 4 (48,9%)
Eu tive a chance de ouvir música caso quisesse.	1 1 (12,2%)	4 9 (54,4%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	4 (4,4%)	2 4 (26,7%)
No Centro Cirúrgico, fui encorajado e apoiado psicologicamente	1 (1,1%)	9 (10%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	4 (4,4%)	7 5 (83,3%)
Se eu estava ansioso no Centro Cirúrgico, isso foi levado em consideração, por exemplo, por meio de conversa ou sedativos (medicamentos).	6 (6,69%)	1 2 (13,3%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)	6 6 (73,3%)
Fui tratado com respeito e consideração.	0 (0,0%)	2 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)	8 5 (94,4%)
No Centro Cirúrgico, não fui colocado em situações constrangedoras ou irritantes.	2 (2,2%)	3 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)	8 2 (91,1%)
Eu não senti que meu cuidado e tratamento foram impessoal ou fornecido de maneira informal.	0 (0,0%)	6 (6,67%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)	8 1 (90%)
A equipe do Centro Cirúrgico foi amigável	0 (0,0%)	0,00%	0,00%	0,00%	3 (3,3%)	8 7 (96,7%)
Houve uma boa interação entre a equipe do Centro Cirúrgico.	2 (2,2%)	3 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)	8 2 (91,1%)
A equipe do Centro Cirúrgico tinha um bom senso de humor.	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	6 (6,7%)	8 2 (91,9%)
A equipe do Centro Cirúrgico foi educado e agradável em seu comportamento)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)	8 6 (95,6%)
A equipe do Centro Cirúrgico teve tempo suficiente para mim.	0 (0,0%)	2 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,2%)	8 6 (95,6%)
O ambiente no Centro Cirúrgico era pacífica e tranquilo.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	3 (3,3%)	8 6 (95,6%)

O ambiente no Centro Cirúrgico era calmo e relaxado.	0 (0,0%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	8 (95,6%)	6
A sala de recuperação pós anestésica era um lugar tranquilo para se recuperar de uma cirurgia.	2 (2,2%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (4,4%)	8 (92,2%)	3
Eu me senti seguro no Centro Cirúrgico.	0 (0,0%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)	8 (95,6%)	6
Eu não senti que tive que esperar por muito tempo (na enfermaria ou pronto-socorro) para ser admitido no Centro Cirúrgico.	0 (0,0%)	7 (7,8%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	9 (10%)	7 (78,9%)	1
Eu não senti que fui transferido muito cedo da sala de recuperação pós-anestésica para a enfermaria.	5 (5,6%)	9 (10%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	4 (4,4%)	6 (76,7%)	9

Fonte: elaborada pelo autor (2024).

1. Não Consigo Avaliar; 2. Discordo Completamente; 3. Discordo Parcialmente; 4. Nem Concordo, Nem Discordo; 5. Concordo Parcialmente; 6. Concordo Completamente.

No tocante às Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória, entre os 90 entrevistados, 12,2% afirmaram que não receberam medicação suficiente na sala de recuperação pós anestésica e sentiram dor; 12,2% afirmaram não receber informações constantemente sobre o que estava acontecendo na sala de cirurgia; 11,1% afirmaram não receber informações claras e detalhadas sobre seu tratamento em uma linguagem acessível, sem termos médicos; 35,6% afirmaram que não puderam opinar em seu procedimento; 54,4% afirmaram que não tiveram chance de escutar música, caso quisessem; 13,3% afirmaram que não foi oferecido medicamentos sedativos ou conversa para ansiedade no centro cirúrgico; 7,8% afirmaram que tiveram que esperar muito tempo na enfermaria para serem admitidos no centro cirúrgico e 10% afirmaram que foram transferidos muito cedo da sala de recuperação pós anestésica para a enfermaria.

Tabela 8 - Correlação entre Boas Práticas de Enfermagem e Conforto no Pré Operatório Imediato

		BPE P (*)	Conforto Geral Pré	Conforto Físico Pré	Conforto Ambiental Pré	Conforto Psicoespiritual Pré	Conforto Sociocultural Pré
BPEP (*)	Correlação de Pearson	1	.035	-.065	.044	.075	.051
	<i>p</i>		.747	.544	.679	.485	.636
Conforto Geral Pré	Correlação de Pearson	.035	1	.614**	.690**	.859**	.841**
	<i>p</i>	.747		.000	.000	.000	.000
Conforto Físico Pré	Correlação de Pearson	-.065	.614**	1	.402**	.280**	.297**
	<i>p</i>	.544	.000		.000	.008	.005
Conforto Ambiental Pré	Correlação de Pearson	.044	.690**	.402**	1	.453**	.416**
	<i>p</i>	.679	.000	.000		.000	.000
Conforto Psicoespiritual Pré	Correlação de Pearson	.075	.859**	.280**	.453**	1	.733**

	<i>p</i>	.485	.000	.008	.000		.000
Conforto Sociocultural Pré	Correlação de Pearson	.051	.841**	.297**	.416**	.733**	1
	<i>p</i>	.636	.000	.005	.000	.000	

Fonte: elaborada pelo autor (2024)

(*) Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória.

Não foram identificadas correlações estatísticas significativas entre as boas práticas de enfermagem perioperatória e o conforto geral do paciente no período do pré operatório imediato; bem como não foram identificadas correlações estatísticas significativas entre as boas práticas de enfermagem perioperatória e as dimensões do conforto do paciente no período do pré operatório imediato.

Tabela 9 - Correlação entre Boas Práticas de Enfermagem e Conforto no Pós Operatório Imediato

		BPE P (*)	Conforto Geral Poi	Conforto Físico Poi	Conforto Ambiental Poi	Conforto Psicoespiritual Poi	Conforto Sociocultural Poi
BPEP (*)	Correlação de Pearson	1	.069	.018	.181	.014	.022
	<i>p</i>		.521	.865	.089	.895	.835
Conforto Geral Poi	Correlação de Pearson	.069	1	.389**	.636**	.846**	.787**
	<i>p</i>	.521		.000	.000	.000	.000
Conforto Físico Poi	Correlação de Pearson	.018	.389**	1	.106	.115	.014
	<i>p</i>	.865	.000		.321	.281	.893

Conforto Ambiental Poi	Correlação de Pearson	.181	.636**	.106	1	.441**	.402**
	p	.089	.000	.321		.000	.000
Conforto Psicoespiritual Poi	Correlação de Pearson	.014	.846**	.115	.441**	1	.575**
	p	.895	.000	.281	.000		.000
Conforto Sociocultural Poi	Correlação de Pearson	.022	.787**	.014	.402**	.575**	1
	p	.835	.000	.893	.000	.000	

Fonte: elaborada pelo autor (2024)

(*) Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória.

Não foram identificadas correlações estatísticas significativas entre as boas práticas de enfermagem perioperatória e o conforto geral do paciente no período do pós operatório imediato; bem como não foram identificadas correlações estatísticas significativas entre as boas práticas de enfermagem perioperatória e as dimensões do conforto do paciente no período do pós operatório imediato.

Tabela 10 - Correlação entre Boas Práticas de Enfermagem e Conforto no Pós Operatório Mediato

		BPE P (*)	Conforto Geral Pom	Conforto Físico Pom	Conforto Ambiental Pom	Conforto Psicoespiritual Pom	Conforto Sociocultural Pom
BPEP (*)	Correlação de Pearson	1	.158	-.018	.193	.139	.124
	p		.138	.869	.068	.191	.244
Conforto Geral Pom	Correlação de Pearson	.158	1	.495**	.599**	.860**	.810**
	p	.138		.000	.000	.000	.000
Conforto Físico Pom	Correlação de Pearson	-.018	.495**	1	.236*	.175	.095

	p	.869	.000		.025	.099	.373
Conforto Ambiental Pom	Correlação de Pearson	.193	.599**	.236*	1	.353**	.332**
	p	.068	.000	.025		.001	.001
Conforto Psicoespiritual Pom	Correlação de Pearson	.139	.860**	.175	.353**	1	.715**
	p	.191	.000	.099	.001		.000
Conforto Sociocultural Pom	Correlação de Pearson	.124	.810**	.095	.332**	.715**	1
	p	.244	.000	.373	.001	.000	

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

(*) Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória.

Não foram identificadas correlações estatísticas significativas entre as boas práticas de enfermagem perioperatória e o conforto geral do paciente no período do pós operatório mediato; bem como não foram identificadas correlações estatísticas significativas entre as boas práticas de enfermagem perioperatória e as dimensões do conforto do paciente no período do pós operatório mediato.

Discussão

O conforto holístico também é um resultado desejável dos cuidados de enfermagem no ambiente das cirurgias gerais eletivas. Além disso, é um termo genérico sob o qual podem ser colocados os desconfortos que os pacientes experimentam como resultado de cirurgias ou procedimentos. Esses desconfortos são muitos e incluem dor, náusea, ansiedade e hipotermia (WILSON; KOLCABA, 2004). Kolcaba definiu o conforto como “o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades humanas de alívio, facilidade e transcendência atendidas em 4 contextos de experiência, incluindo físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental” (KOLCABA, 1995; KOLCABA; STEINER, 2000; KOLCABA, 2001; KOLCABA, 2003; KOLCABA; TILTON; DROUIN, 2006).

Encontrando nexos com a Teoria do Conforto proposta por Katherine Kolcaba, os enfermeiros identificam as necessidades de conforto das pessoas que estão sob seus cuidados e concebem medidas de conforto ao tempo em que avaliam a satisfação

de conforto proporcionada por cada ação praticada. As atividades que promovem conforto são intensificadas e o paciente é preparado, consciente ou inconscientemente, a desenvolver comportamentos de busca em saúde que podem ser internos, externos, ou para uma morte tranquila. Desse modo, quando a instituição e equipe de cuidados estão fazendo o seu melhor por seus pacientes alcançam melhores resultados na avaliação da qualidade de serviço. Sendo assim, a equipe de cuidado deve ser preparada eticamente para a tentativa de aperfeiçoar a qualidade dos serviços e desenvolver a integridade institucional. A integridade institucional inclui a satisfação do paciente, redução de custos, redução de morbidade e reinternações, assim como melhores políticas e práticas de saúde (KOLCABA, 2003).

Inserido no contexto do perioperatório, o conforto do paciente deve ser visado para além de seus parâmetros fisiológicos, sob uma ótica biomédica. Fatores biopsicossociais como medo, ansiedade, ou fatores que abordam a integridade e o conforto físico do indivíduo devem ser analisados com cautela pela equipe, a fim de prevenir possíveis desconfortos e impulsionar a recuperação (CARVALHO et al., 2018).

Portanto, enfermeiros perioperatórios são avaliados quanto à sua competência para manter os pacientes cirúrgicos confortáveis, ou seja, conseguem uma melhor visibilidade da assistência que desenvolvem junto a essas pessoas, quando elas identificam as necessidades de conforto dos indivíduos que ainda não tenham sido satisfeitas por outros sistemas de suporte existentes (geralmente nos serviços de saúde) e planejam intervenções que convenham para a satisfação dessas necessidade.

No estudo de Rocha (2020), identificou que 100% dos participantes concordaram completamente com os itens que dizem que o “paciente foi tratado com cuidado pela equipe”, que a “equipe do centro cirúrgico é profissional”, “equipe foi cuidadosa”, “equipe tratou com respeito” e “equipe tratou de forma amigável”. Nota-se desse modo que, o cuidado e as necessidades do paciente são elencadas como prioridades na percepção dos pacientes, transparecendo, assim, o cuidado centrado na pessoa.

Nas unidades hospitalares de ensino é perceptível que, no turno matutino, um grande número de profissionais vinculado à instituição, professores e alunos. Já no turno vespertino esse número diminui, talvez em função dos professores e alunos assumirem outras atividades de ensino e, portanto, ocorrendo a subutilização das salas operatórias. O período noturno, culturalmente, é destinado aos procedimentos de emergência. Importante ressaltar que, tradicionalmente, a equipe médica tem a

predileção por desenvolver seus procedimentos cirúrgicos pela manhã e, à tarde, fazer o atendimento ambulatorial em outras unidades (PEDRO *et al*, 2018).

Além da preferência dos profissionais pelo horário matutino, para a realização dos procedimentos cirúrgicos, há evidências que indicam esse horário como o mais indicado para a prevenção de morbidade pós-operatória. Em estudo realizado com dados de cirurgias não-emergenciais, registrados em um programa nacional de qualidade nos Estados Unidos, identificou-se a associação do horário de início do procedimento cirúrgico com o risco de complicações pós-operatórias. Observou-se que, nos casos em que o início do procedimento era após às 16 horas, havia uma tendência maior de apresentar complicações pós-operatórias e de aumentar, conforme entrava no período noturno. Sem apontar relação causa-efeito dos resultados, os autores sugerem alguns fatores a considerar, tais como fadiga da equipe cirúrgica, estresse no processo de trabalho, flutuações no cuidado institucional e aspectos biológicos dos pacientes (KELZ *et al*, 2008).

Souza *et al* (2017), em estudo sobre a influência do turno de trabalho da equipe de enfermagem e a qualidade de vida, enfatizaram que os sujeitos que trabalhavam pela manhã desenvolviam as atividades com maior segurança, pois conseguiam descansar à noite, eram mais próximos à família, praticavam exercício físico e consideravam-se com melhor qualidade de vida. É importante destacar que o corpo humano possui ritmos biológicos, os quais envolvem a produção hormonal que é responsável pelo ajuste do sono, metabolismo e produção de substâncias importantes para a manutenção a vida.

Além disso, os cirurgiões preferem realizar as cirurgias no turno matutino, pois acreditam que os pacientes obedecem melhor ao jejum, visto que no período do sono é menos provável a alimentação. Entretanto, estudo revela que o jejum prolongado deixa o paciente mais susceptível às intercorrências no pós-operatório, risco de hipoglicemia antes e durante o procedimento, desconforto e deficiência na cicatrização. A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) orienta que períodos menores de jejum no pré-operatório, com permissão de ingestão de líquidos até duas horas antes do procedimento, proporcionam mais conforto e não demonstra risco de broncoaspiração e atelectasia pulmonar (ASA, 2019). Na respectiva instituição, constata-se que as práticas de orientação de jejum ultrapassam as recomendações de alimentos sólidos, compreendendo mais de 10 horas de jejum pré operatório.

Sobre o tipo de cirurgia, todos os pacientes passaram por procedimentos cirúrgicos eletivos, ou seja, agendados. Esse foi um dos critérios de seleção para os

pacientes que participaram do estudo, visando focalizar uma população cirúrgica específica. A forma de acesso dos participantes deste estudo é semelhante à realidade do estudo realizado no Rio Grande do Norte, que os pacientes são regulados a partir do ambulatório. Sendo que o hospital é referência, do estado do Rio Grande do Norte, para as clínicas especializadas variadas, a grande maioria das admissões é para cirurgias programadas.

Corroborando com esses resultados, dados semelhantes foram identificados por Hashemi, Soleimanzadeh e Tavakolikia (2019) no Irã, onde 100% dos procedimentos avaliados foram eletivos e no estudo de Leinonen *et al* (2003) na Finlândia, 85% dos sujeitos, avaliando o cuidado de enfermagem por meio do *Good Perioperative Nursing Care Scale* haviam sido submetidos às cirurgias eletivas.

O período perioperatório não costuma ser um evento rotineiro para a população, desperta inúmeros sentimentos, como ansiedade e medo. As ações cirúrgicas que mais se sobressaem e geram esses sentimentos são a anestesia, o procedimento cirúrgico propriamente dito e o ambiente cirúrgico. Na iminência do processo cirúrgico o paciente pode desenvolver comportamentos peculiares com o intuito de tentar enfrentar esse processo (PEREIRA *et al*, 2016).

No tocante as sensações e sentimentos antes e durante o procedimento cirúrgico, Observa-se, que a maioria dos pacientes sente-se tranquilo com relação ao procedimento cirúrgico, antes de entrar no centro cirúrgico, conforme evidenciado pelas altas frequências na resposta negativa para as sensações de náusea, vômitos (94,4%), dor (86,7%), ou frio/arrepios (81,1%) e as frequências menores (64,4% e 62,2%, respectivamente) na resposta negativa para a sensação de medo da cirurgia e da anestesia.

Esses resultados são semelhantes aos resultados encontrados no estudo de Rocha (2020) em que as sensações de náusea, vômitos, dor, ou frio/arrepios e as frequências menores (52,5% e 62,5%, respectivamente) na resposta negativa para a sensação de medo da cirurgia e da anestesia. Um dado que pode justificar a redução das sensações de náusea e vômito antes da cirurgia se deve a realização da cirurgia fora da crise das cirurgias abdominais e a inserção da consulta com outros profissionais como o nutricionista a fim de orientar e manejar condições gastrointestinais desfavoráveis.

Da mesma forma, a maioria 78,9% indicaram ter bastante conhecimento sobre a cirurgia e sobre a anestesia, respectivamente. Esses resultados contraditórias os

resultados de Rocha (2020), em que 72,5% demonstraram conhecimento bastante sobre a cirurgia e que apenas 55% apresentaram bastante conhecimento sobre a anestesia (55,0%), podem ser justificados pela realização da consulta pré anestésica no ambulatório do referido setor.

Já sobre as sensações e sentimentos durante a cirurgia, 91,1% indicaram sentir-se com medo da cirurgia e da anestesia, concomitante; 37,7% sentiram dor, 14,5% com frio e 20% com náusea e vômito. No Brasil, 20% indicaram sentir-se com medo da cirurgia e 17,7% da anestesia, 17,5% com frio e 10% com náusea e vômito (ROCHA, 2020).

Dados inferiores ao presente estudo foram identificados pelos estudos de Gröndahl *et al* (2018) e Rehnstrom *et al* (2003). Gröndahl *et al* (2018) aplicaram o instrumento *GPNC*S na Finlândia, e constataram que 80% dos pacientes tinham conhecimento suficiente sobre o procedimento cirúrgico e anestésico. Rehnstrom *et al* (2003), que realizou a tradução e adaptação transcultural do *GPNC*S na Suécia, também constataram que 73% dos pacientes receberam informação prévia sobre a cirurgia e anestesia. Isso se deve ao fato da importância da utilização de termos de consentimento padronizados na instituição que assegura que nenhuma cirurgia é livre de complicações, mas que podem ser prevenidas e controladas.

O enfermeiro possui uma intencionalidade consciente de se envolver em processos e relacionamentos autênticos de mutualidade e reciprocidade, na medida em que procura trabalhar, como ponto de partida, o quadro do paciente, compreendendo o significado das informações para a pessoa, bem como a prontidão e pontualidade para receber as informações. Dessa forma, o aprendizado é mais do que apenas receber informações e dados, envolve uma relação de cuidado como interpretação das necessidades de aprendizado. Esse processo evolutivo modifica o contexto convencional de transmissão de informação para o momento de construção mútua entre o enfermeiro e o paciente (WATSON, 2007).

Entre os aspectos fisiológicos, a náusea e o vômito obtiveram destaque, pois, segundo Lages *et al* (2015) são complicações consideradas comuns e frequentes na recuperação da anestesia. De acordo com dados do estudo desse autor, 70% dos pacientes pós-cirúrgicos apresentaram náusea e vômito, podendo retardar a alta hospitalar. Somada a isso, tem a possibilidade de originar situações graves como deiscência de suturas, broncoaspiração, pneumonia aspirativa, desidratação, alterações hidroeletrólíticas, rotura esofágica e aumento da pressão intracraniana.

As principais causas, que levam ao aparecimento da náusea e do vômito pós-

operatório, são: duração da intervenção cirúrgica, experiência do cirurgião com a manipulação das vísceras, hipotensão arterial, analgesia ineficaz, aumento dos opióides no líquido cefalorraquidiano e reversão do bloqueio neuromuscular. E como forma de prevenção, têm-se o uso de antiemético profilático, diminuição do uso de anestésico inalatório, manutenção da pressão arterial durante todo o procedimento e o uso elevado de oxigênio no perioperatório (LAGES *et al*, 2015).

Quanto às Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória, também houve respostas dicotômicas, aquelas que metade dos participantes concordou totalmente e discordou totalmente de uma mesma afirmação. Verifica-se isso, nos itens 01 – recebimento de medicação para dor na sala cirúrgica – e item 17 – participação do tratamento dentro do centro cirúrgico.

No que diz respeito à dor, é considerada uma experiência sensorial e emocional desagradável, além dos aspectos físicos, que é associada às lesões reais ou potenciais. É considerada algo subjetivo, e cada indivíduo tem capacidade de vivenciar de forma individual. A gravidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado, outros fatores influenciam a percepção deste sintoma, como fadiga, depressão, raiva, medo e ansiedade (PAULA, 2011).

Em pacientes submetidos a cirurgias, a dor vem sendo interpretada como algo natural, apesar de ser frequentemente o sintoma que mais os incomoda. E, para o manejo da dor, é primordial que haja avaliação sistemática e articulação do tratamento no pré, trans e pós-operatório. Para a sua suavização, é importante a associação de técnicas e agentes analgésicos tanto farmacológico como não farmacológico (PAULA, 2011).

Diante disso, Panazzolo *et al* (2017) afirmam que a técnica anestésica aplicada no paciente interfere na dor durante e após a cirurgia. A analgesia deve ser adaptada conforme a intensidade, características e natureza da dor, bem como o tipo e o porte do ato cirúrgico. Além disso, outros fatores como origem sociocultural, fatores psicocomportamentais e o tipo de anestesia, contribuem para a analgesia satisfatória no trans e pós-procedimento.

Sobre o item “participação do tratamento dentro do centro cirúrgico”, Souza *et al* (2019) defendem a ideia de que os enfermeiros e a equipe de saúde dessa unidade têm que considerar a orientação e participação dos pacientes em todas as etapas cirúrgicas, com a valorização do conhecimento, ideias, crença, valores e símbolos. Assim, o enfermeiro pode planejar ações no perioperatório, mediante interação direta com o indivíduo, para proporcionar o bem-estar, valorização da autonomia e diminuição

do nível de estresse e ansiedade do cliente.

A participação do paciente em seu tratamento, de forma ativa, torna o cuidado mais consciente sobre suas necessidades. É importante frisar que proporcionar o bem-estar deve constituir o principal objetivo dos profissionais que os assistem. De acordo com Souza *et al* (2019), uma maneira de concretizar essa participação é a aplicação do Processo de Enfermagem (PE), que possibilita avaliação individualizada e sistematizada.

Watson (2009) acredita que, para o desenvolvimento do processo de cuidado consciente, é importante estabelecer confiança entre enfermeiro e paciente, através de relação aberta, autêntica e sem julgamentos, ou seja, com empatia. De acordo com Savieto e Leão (2016), existem vários conceitos de empatia, entretanto todos convergem para a capacidade de compreender os sentimentos, baseados nos aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. Assim, para se ter empatia tem que se preocupar com o sofrimento alheio, representando um processo consciente, que visa ao aprimoramento das relações interpessoais, por meio da consolidação do vínculo afetivo e das habilidades comunicacionais.

Por fim, resultado semelhante foi encontrado de forma majorativa no estudo realizado com 40 pacientes de cirurgias eletivas no Brasil quanto ao item sobre a “possibilidade de ouvir música dentro da sala cirúrgica”, a maioria dos participantes discordou completamente da afirmativa (ROCHA, 2020). Esse resultado contraria outro estudos que exploram o efeito da música no transoperatório.

Um estudo experimental realizado na Turquia identificou que a música preferida pelos pacientes foi a pop turca (29 casos). Apesar do caráter regional desse estudo, as músicas mais referidas pelos pacientes foram a música oriental e ocidental foram selecionadas por 20 e 9 pacientes, respectivamente de 60 pacientes do grupo experimental. Ainda, verificou que entre os pacientes que não escolheram sua respectiva música, os anestesistas escolheram a música clássica para apenas 2 pacientes (Gök; Kaydu, 2020).

Quando se comparou os grupos entre si não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$) para variáveis fisiológicas como os valores de PAM, PAS e PAD, embora os resultados tenham sido no geral menores no grupo musicoterapia quando comparados com o grupo controle. Quando ambos os grupos foram avaliados através da RSAS, os resultados foram menores no grupo musicoterapia ($3,76 \pm 1,64$ vs. $5,11 \pm 2,13$), o que significa que os pacientes desse grupo apresentaram melhor qualidade de despertar ($p < 0,001$) e a média do escore da EVA para dor foi menor no grupo musicoterapia, foi

também estatisticamente significativa ($2,73 \pm 1,28$ vs. $3,61 \pm 1,40$) ($p < 0,001$). A frequência de pacientes que apresentaram dor grave no pós-operatório (EVA ≥ 5) e que receberam 0,5 mg/kg de petidina HCL (Aldolan®) foi menor quando comparado ao grupo controle (4 pacientes do grupo musicoterapia vs. 9 do grupo controle). E a taxa de satisfação do paciente foi significativamente maior no grupo musicoterapia (73,3% vs. 36,6%) quando comparada com o grupo controle ($p < 0,001$) (Gök; Kaydu, 2020).

No estudo de Gazi, Ciğerci & Karalar (2023), no qual foi respeitado as preferências musicais dos pacientes, entre elas a música folclórica turca, música pop turca, música arabesca ou música religiosa, verificou-se que ao examinar o estado de conforto dos pacientes no período pós-operatório, mais pacientes no grupo 1 (93,3%) se sentiram confortáveis em comparação ao grupo 2 (64,3%), e essa diferença entre os grupos foi determinada como estatisticamente significativa ($p = 0,006$). A força da associação foi considerada em um nível moderado ($V = 0,358$). Os níveis de conforto dos pacientes que declararam que se sentiram confortáveis no período pós-operatório foram considerados maiores no grupo 1, mas não houve relação estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,086$).

Os resultados do presente estudo contrariam as boas práticas de enfermagem perioperatória. Pires (2019) defende a música como promotor do relaxamento e distração do paciente, favorecendo a manutenção da sua saúde mental e proporcionando uma sensação de bem-estar e de conforto, aliviando o cansaço físico e o estresse. Sua utilização como terapia alternativa promove eficácia, porque alivia a ansiedade pré e transoperatória, ao agir no sistema nervoso autônomo de modo a promover a redução dos batimentos cardíacos, da pressão arterial e dor no período cirúrgico. Também, é um estímulo que compete com a dor, com o desvio da atenção para um momento prazeroso (CAITANO *et al*, 2015).

Outrossim, impulsiona a concentração para o paciente tornando-o mais participativo e colaborativo nas atividades e procedimentos a ele propostos, consistindo melhor integração entre o paciente e equipe de saúde. Para Watson (2009) e Saviato e Leão (2016) a participação do indivíduo no cuidado revela o reconhecimento, por parte de todos os envolvidos no processo de cuidar, da capacidade de fazer escolhas e que a experiência vivenciada é única para ambos os lados.

Com benefícios para o paciente, a equipe cirúrgica envolvida no procedimento também se beneficia, atuando com mais tranquilidade e entusiasmo, proporcionando, não só para si mesmo como também para o paciente, sensações de segurança e harmonia. A música é fator estimulante para a tranquilidade e concentração, além de

aumentar consideravelmente o raciocínio e a capacidade de autoconfiança, atenua os níveis de estresse e promove o sentimento de prazer na execução do procedimento (CAITANO *et al*, 2015).

Ademais, a música no intraoperatório diminui o consumo de medicamentos para sedação no processo anestésico e relaxa a musculatura. Estudo compara que a música tem efeito equivalente aos benzodiazepínicos no controle da ansiedade, com a vantagem de não apresentar efeitos colaterais. No pós-operatório, pacientes expostos à musicoterapia necessitam de menos analgesia e iniciam a mobilização do leito de forma mais precoce. Porém as músicas devem ser cuidadosamente selecionadas e, se possível, por terapeutas musicais e incluir tipos como as eruditas e clássicas, com tons suaves e baixa amplitude dinâmica (PIRES, 2019).

Isso posto, a utilização da música é uma modalidade de cuidado, considerada de baixo custo, que promove assistência integral e de qualidade pela equipe de saúde, acelerando o processo de recuperação do procedimento e melhor evolução clínica do paciente cirúrgico (PIRES, 2019).

CONCLUSÃO

Em síntese esses resultados destacam que os indivíduos submetidos à cirurgia geral no ambiente do referido hospital universitário apresentaram modificações nos níveis de conforto no decorrer dos tempos cirúrgicos e que a referida instituição realizou na sua grande maioria práticas consideradas como adequadas (80%) atingindo os critérios de um serviço que respeita às práticas baseadas em evidências no contexto do perioperatório. Entretanto, quando se correlacionou as variáveis Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória e o conforto nos distintos momentos do perioperatório; bem como Boas Práticas de Enfermagem Perioperatória com as dimensões do Conforto não foram encontradas estatísticas significantes.

AGRADECIMENTOS

Os projetos com bolsa do CNPq deverão acrescentar o texto “O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil”. Deverá ser mencionado o programa no qual o projeto foi desenvolvido (Ex: PIBIC/CNPq-UFCG, PIVIC/UFCG, PIBITI/CNPq-UFCG etc.)

REFERÊNCIAS

AL-ABRI, R.; AL-BALUSHI, A. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality

Improvement. *Oman Medical Journal*, v.29, n.1, p.3–7, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5001>.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3910415/>. Acesso em: 27 abril 2023.

ANDRÉ, S.; TOMÁS, A.; DUARTE, J. Qualidade dos cuidados relativos à cirurgia de ambulatório: perspectiva dos utentes. *Millenium*, v. 2, n. 2, p. 73-84, 2017. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0202e.06>. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/12067>. Acesso em: 02 maio 2023.

ASCARI, R. A. Reflexão sobre o cuidado dispensado ao paciente cirúrgico no perioperatório. *Revista UNINGÁ Review*, Maringá, v. 19, n. 2, p. 33-36, 2014. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1535>. Acesso em: 02 maio 2023

CHRISTÓFORO; B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 43, n. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>. Acesso em 28 abril 2023.

CONTERATTO, K. S. et al. Segurança do paciente no perioperatório: evidência dos fatores determinantes do cancelamento cirúrgico. *Journal Nursing Health*, v. 10, n. 01, p.1-19, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v10i1.14715>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14715>. Acesso em: 08 maio 2023.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>. Acesso em: 04 maio 2023.

DONMEZ, Y. C.; OZBAYIR, T. Validity and reliability of the 'good perioperative nursing care scale' for Turkish patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, v. 20, n. 1-2, p. 166- 174, 29 out. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03314.x>. Acesso em: 03 maio 2023.

ESTRIDGE, K. et al. Comfort and fluid retention in adult patients receiving hemodialysis. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2018;45(1):25-33. Disponível em : <https://www.thefreelibrary.com/comfort+and+fluid+retention+in+adult+patients+receiving+h+emodialysis.-a0529947941>. Acesso em: 27 abril 2023.

FORSBERG, A. et al. Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of Perioperative Nursing in Australia*, v. 30, n. 3, p. 13-22, 1 dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.26550/303/13.22>. Acesso em: 02 maio 2023.

GUIDO, L. A. et al. Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. *Rev Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 6, n. 4, p. 1601-1609. 97 2014. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1601-1609>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770031>. Acesso em: 27 abril 2023.

HERTEL-JOERGENSEN, Michala; ABRAHAMSEN, Charlotte; JENSEN, Carsten. Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing

Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, v. 29, p. 41-48, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.03.001>. Acesso em: 17 abril 2023.

HOCKING, G. et al. Measuring the quality of anaesthesia from a patient's perspective: development, validation, and implementation of a short questionnaire †. *British Journal of Anaesthesia*, v. 111, n. 6, p. 979-989, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bja/aet284>. Acesso em: 29 abril 2023.

JOHANSSON, P.; OLENI, M.; FRIDLUNG, B. Patient satisfaction with nursing in the context health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 16, n. 4, p. 337-344, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12445102>. Acesso em: 24 abril 2023.

KOLCABA, K. Comfort. In: Peterson, SJ, Bredow T, Timothy S. Middle ranges theories: application to nursing research. 2a ed. Philadelphia P: Hippincott Wilkins; 2009. p.254-72.

KOLCABA, K. Y. A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, v. 23, n. 4, p. 237-240, dez. 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>. Acesso em: 01 maio 2023.

KOLCABA, K. Y. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, v. 19, n. 6, p. 1178-1184, jun. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>. Acesso em: 01 maio 2023.

KOLCABA, K. Y. *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. [S. l.]: Springer Publishing Company, Incorporated, 2010. ISBN 9781281806727.

KOLCABA, K. Y. The art of comfort care. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, v. 27, n. 4, p. 287-289, dez. 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x>. Acesso em: 25 abril 2023.

KOLCABA, K. Y Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, v. 49, n. 2, p. 86-92, mar. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>. Acesso em: 03 maio 2023.

KOLCABA, K. Y; STEINER, R. Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, v. 18, n. 1, p. 46-62, mar. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/089801010001800106>. Acesso em: 27 abril 2023.

KOLCABA, K. Y; TILTON, C.; DROUNIN, Carol. Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration*, v. 36, n. 11, p. 538-544, nov 2006. Disponível em: https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2006/11000/Comfort_Theory_A_Unifying_Framework_to_Enhance.10.aspx. Acesso em: 02 maio 2023.

KOLCABA, K. Y; WILSON, L. Comfort care: a framework for perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, v. 17, n. 2, p. 102-114, abr. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/jpan.2002.31657>. Acesso em: 27 abril 2023.

KOÇ, Zeliha; SAĞLAM, Zeynep; ŞENOL, Meral. Patient Satisfaction with the Nursing Care in Hospital. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, v. 31, n. 3, p. 629-640, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.5336/medsci.2009-16413>. Acesso em: 01 maio 2023.

LEINONEN, Tuija et al. Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. *Applied Nursing Research*, v. 16, n. 1, p. 29-37, fev. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/apnr.2003.50005>. Acesso em: 09 maio 2023.

LEINONEN, T. et al. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, v. 35, n. 2, p. 294-306, 22 jul. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x>. Acesso em: 09 maio 2023.

LIN, Y. et al. Improving surgical safety and nontechnical skills in variable-resource contexts: a novel educational curriculum. *Journal of Surgical Education*, v. 75, n. 4, p. 1014-1021, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.09.014>. Acesso em: 29 abril 2023.

MEDEIROS, R. Á. O conforto do idoso em pós-operatório na perspectiva do enfermeiro. 2014. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [s. l.], 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/19506>. Acesso em: 29 abr. 2023.

MILUTINOVIĆ, D. et al. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 26, n. 3, p. 598-606, 24 jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00969.x>. Acesso em: 01 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio De Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvs.mss.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf Acesso em: 03 maio. 2023.

OTANI, K. et al. Patient satisfaction: focusing on “excellent”. *Journal of Healthcare Management*, v. 54, n. 2, p. 93-102, mar. 2009b. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00115514-200903000-00005>. Acesso em: 03 maio 2023.

PAGE, Matthew J. et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 2, jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742022000200033>. Acesso em: 28 mar. 2024.

PANZETTI, T. M. N. et al. Adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de cirurgia segura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 2, p. e2519, 21 fev. 2020b.

Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2519.2020>. Acesso em: 29 abril 2023.

PEREIRA, C. S. C. Nogueira et al. Análise do conceito de conforto: contribuições para o diagnóstico de Disposição para Conforto melhorado. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0205>. Acesso em: 02 maio 2023.

PILIGRIMIENE, Z.; BUCIUNJIENE, I. Different perspective on health care quality: is the consensus possible? *Engineering Economics*, v.1, n. 56, p. 104-111, 2008. DOI: <https://doi.org/10.5755/j01.ee.56.1.11666>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26552663-Different_Perspectives_on_Health_Care_Quality_Is_the_Consensus_Possible. Acesso em: 25 abril 2023.

ROCHA, K. M. M. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Good Perioperative Nursing Care Scale. 2020. 145f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/29343>. Acesso em: 29 abril 2023.

SALBEGO, C. et al. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. *Rev Rene*, v. 16, n. 1, 11 Feb. 2015. DOI: DOI: 10.15253/2175-6783.2015000100007. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2662>. Acesso em 25 abril 2023.

SAMINA, M. et al. Patient's perception of nursing care at a large teaching hospital in India. *Internacional Journal of Health Sciences*, v. 2, n. 2, p. 92–100, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068745/>. Acesso em: 03 maio 2023.

SIRIWARDENA, A. N.; GILLAM, S. Patient perspectives on quality. *Quality in primary care*, v. 22, n. 1, p.11-15, 2014. Disponível em: <http://primarycare.imedpub.com/patient-perspectives-on-quality.pdf>. Acesso em: 24 abril 2023.

SOUZA, I. B. et al. Percepção do cliente no perioperatório sobre o cuidado de enfermagem no centro cirúrgico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 26, p. e840, 18 jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e840.2019>. Acesso em: 09 maio 2023.

SUHONEN, R. et al. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 26, n. 2, p. 372-380, 10 nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x>. Acesso em: 24 abril 2023.

SAFETY, World Health Organization Patient. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. [S. l.: s. n.], 2009. 124 p. ISBN 9789241598552.

USTUNDAG, H.; ETI ASLAN, F. The Turkish adaptation of Perianesthesia Comfort Questionnaire. *Turkiye Klinikleri J Nurs*, v. 2, n. 2, p. 94-99, 2010.

WILSON, L.; KOLCABA, K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, v. 19, n. 3, p. 164-173, jun. 2004. Disponível

em: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>. Acesso em: 23 abril 2023.

WU, H. et al. Compilation and evaluation of perioperative nursing quality assessment scale. *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban*, v. 39, n. 07, p. 733-738, 2014. DOI: <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2014.07.015>.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25080910>. Acesso em: 17 abril. 2020.

YAMAN AKTAŞ, Y.; KARABULUT, N. Quality of perioperative nursing care and comfort among neurosurgery patients: a cross-sectional study. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 14 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.525635>.

PIRES, M. J. C. R. O efeito da música na redução da dor e da ansiedade numa intervenção de cirurgia oral. 2019. 56f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121594/2/344499.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

CAITANO, J. S. O. *et al.* Música durante o transoperatório: concepção de profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 16, n. 2, p. 76-83, 2015. Disponível em: [http://www.periodicos.ufes.br/?journal=rbps&page=article&op=view&path\[\]=9289](http://www.periodicos.ufes.br/?journal=rbps&page=article&op=view&path[]=9289). Acesso em: 15 dez. 2019.

CARVALHO, Isaura *et al.* Development and psychometric evaluation of the Perioperative Comfort Scale. *Perioperative Care and Operating Room Management*, v. 12, p. 11-15, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2018.09.004>. Acesso em: 8 out. 2024.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198. Acesso em: 26 set. 2019.

WATSON, J. Caring as the essence and science of nursing and health care. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 143-149, 2009. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/fbec/e95f260a56555e6e67b3f9977c42204fbddb.pdf?_ga=2.220955229.432174435.1580069475-769593581.1580069475. Acesso em: 16 jan. 2020.

SOUZA, I. B. *et al.* Percepção do cliente no perioperatório sobre o cuidado de enfermagem no centro cirúrgico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, São Paulo, v. 26, e860, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e840.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/840>. Acesso em: 26 jan. 2020.

PANAZZOLO P. S. *et al.* Avaliação da dor na sala de recuperação pós-anestésica em hospital terciário. *Revista da Dor*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 38-42, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000100038&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2019.

PAULA, G. R. *et al.* Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na

recuperação anestésica, no Brasil. *Revista da Dor*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 265-269, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000300014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a14.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2020.

LAGES, N. Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório: Uma Revisão do “Pequeno-Grande” Problema. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 5, p. 575-585, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942005000500013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000500013. Acesso em: 23 nov. 2019.

GRÖNDAHL, W. *et al.* Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ Open*, Londres, v.9, e023108 p. 1-9, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023108>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/4/e023108>. Acesso em: 21 jan. 2020.

PEDRO, D. R. C. *et al.* Dimensionamento do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Journal of Nursing and Health*, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 1, p. 1-12, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v8i1.13160>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13160>. Acesso em: 20 jan. 2020.

REHNSTRÖM, L. *et al.* Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. *Scandinavian journal of caring sciences*, Suécia, v. 17, n. 3, p. 308-314, 2003. DOI : <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00232.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1471-6712.2003.00232.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 14 dez. 2018.

KELZ, R. *et al.* Time of day is associated with postoperative morbidity: an analysis of the National Surgical Quality Improvement Program data. *Annals of Surgery*, Estados Unidos da América, v. 247, n. 3, p. 544-552, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31815d7434>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18376202>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Gökçek E, Kaydu A. The effects of music therapy in patients undergoing septorhinoplasty surgery under general anesthesia. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2020;86:419-26.

Gazi T, Ciğerci Y, Karalar M. Effect of Pre-Postoperative Music Intervention on Anxiety, Pain and Patient Comfort in Patients Undergoing Retrograde Intrarenal Surgery. *Cyprus J Med Sci* 2023;8(6):411-417