

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**O TELEFONEMA DE *FOLLOW-UP* E SATISFAÇÃO DO CLIENTE PEDIÁTRICO, EM
CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

**THE TELEPHONE-CALL FOLLOW-UP AND SATISFACTION OF PEDIATRIC PATIENTS, IN
AMBULATORY SURGERY: A SISTEMATIC LITERATURE REVIEW**

Dissertação de Mestrado orientada pela Professora
Doutora Margarida Reis Santos e coorientada pela
Professora Doutora Ana Paula Prata

Susana Rute Ferreira Gregório Camarinha

Porto, 2020

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

Os desafios acontecem e existem pessoas que nos acompanham independentemente do percurso, da vontade e do resultado atingido. Companheiros de viagem que nos carregam e empurram quando é necessário.

Quero partilhar a concretização deste desafio com a Professora Doutora Margarida Reis Santos e com a Professora Doutora Ana Paula Prata, que nunca me *perderam* e sempre me *encontraram*, no momento certo.

Agradeço à minha grande companheira e amiga de sempre Joana Monteiro por simplesmente estar presente, sempre!

Uma palavra de profundo amor aos meus pais por sempre me incentivarem a fazer o que me fizesse feliz!

Por fim, dedico este trabalho ao João, à Maria, ao Pedro e à Sofia, que são o melhor do meu mundo!

Susana Gregório Camarinha

SIGLAS E ABREVIATURAS

ASA- *American Society of Anesthesiologists*

AAP- *American Academy of Pediatrics*

AESOP- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

APCA- Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

CA- Cirurgia de Ambulatório

CAP- Cirurgia de Ambulatório Pediátrica

CHMCA- Carta Hospitalar Materna da Criança e do Adolescente

CNSNCA- Comissão Nacional da Saúde Materna da Criança e do Adolescente

CNADCA- Comissão Nacional de Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

ECA- Ensaios Clínicos Aleatórios

ENT- Entubação Nasotraqueal

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA- Estados Unidos da América

FU-*Follow-up*

HRPO- *Human Research Protection Office*

IAAS- *International Association for Ambulatory Surgery*

IAC- Instituto de Apoio à Criança

ICN- *International Council of Nurses*

JBI®- *Joanna Briggs Institute*

MeSH- *Medical Subjects Headings*

NLM- *National Library of Medicine*

OE- Ordem dos Enfermeiros

ORL- Otorrinolaringologia

OSA- *Obstrutive Sleping Apneia*

PBE- Prática Baseada na Evidência

PCEBP- *Portugal Centre for Evidence Base Practice*

PICO- População/ Intervenção/ Comparação/ *Outcome*

QM- Qualidade Metodológica

RCAAP- Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SPP- Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPCA- Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

TFU- Telefonema de Follow-up

UCA- Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA- Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VCU- Visita Clínica Única

VCTFU- Visita Clínica Tradicional de Follow-up

VPO- Vômitos Pós-operatórios

VPNO- Vômitos e Náuseas Pós-operatórias

WHO- *World Health Organization*

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia pediátrica em regime ambulatorio tem-se constituído como uma opção cirúrgica, cada vez mais frequente. Facto que tem contribuído para a diminuição das listas de espera e para a diminuição do tempo de permanência das crianças/ famílias no hospital. Considerando que é essencial as instituições de saúde apresentarem indicadores de qualidade dos cuidados prestados o telefonema de *follow-up* constitui-se como um dos procedimentos recomendados para avaliação da satisfação do cliente pediátrico/família, submetido a cirurgia ambulatoria.

OBJETIVO: Obter evidências científicas que permitam compreender a importância do telefonema de *follow-up* na satisfação do cliente pediátrico submetidos a cirurgia de ambulatorio.

MÉTODO: Revisão Sistemática da Literatura segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute®. Pesquisa realizada nas bases de dados: CINAHL®, Medline®, Cochrane Central Register of Controlled Trials®, Scopus® e WEB OF SCIENCE®. Descritores utilizados *Child**, *Telenursing*, *Telephone*, *Follow-up*, *Parent satisfaction*, *Ambulatory surgery*. Consideraram-se estudos, qualitativos e quantitativos, publicados em português, inglês e espanhol, entre 2007 a 2018. Investigação conduzida de forma independente por dois investigadores. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada pelos instrumentos preconizados pela Joanna Briggs®.

RESULTADOS: Obtiveram-se 336 estudos, oito cumpriam os critérios de inclusão. Os resultados revelaram que os pais das crianças, submetidas a cirurgia ambulatoria, evidenciavam satisfação com o telefonema de *follow-up*, pois este transmite-lhes segurança, fornece resposta atempada às suas dúvidas e preocupações e minimiza o tempo e a distância na comunicação direta com os profissionais de saúde.

CONCLUSÕES: O telefonema de *follow-up* surge como uma ferramenta essencial para a monitorização de indicadores da eficácia dos protocolos, eficiência da equipa, adequação da estrutura física, grau de satisfação com a experiência ambulatorial e com a equipa. Concluiu-se que esta ferramenta tem um impacto positivo ao nível do envolvimento/comprometimento das instituições e profissionais de saúde, no controlo da dor no pós-operatório e na disponibilização de suporte, em tempo real, pelos enfermeiros ao cliente pediátrico, minimizando deslocações desnecessárias ao hospital.

PALAVRAS- CHAVE:

Cliente pediátrico, cirurgia de ambulatorio, satisfação parental, telefonema de follow-up

ABSTRACT

INTRODUCTION: Pediatric surgery in the outpatient clinic has been constituted as a surgical option, more and more frequent. This fact has contributed to the decrease of the waiting lists and to the reduction of the time of permanence of the children and families in the hospital. Considering that it is essential for health institutions to provide indicators of quality of care, the follow-up phone call is one of the recommended procedures for assessing pediatric / family client satisfaction undergoing outpatient surgery.

OBJECTIVE: To obtain scientific evidence to understand the importance of the follow-up phone call in the satisfaction of children / parents undergoing outpatient surgery.

METHOD: Systematic Review of Literature by model Joanna Briggs®. Research conducted in databases: CINAHL®, MEDLINE®, COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS®, SCOPUS® AND WEB OF SCIENCE®. Keywords: Children, Child, Telenursing, (Direção Geral de Saúde, 2010) Telephone, Follow-up, Parent satisfaction, Ambulatory surgery. Qualitative and quantitative studies, published in Portuguese, English and Spanish, were considered from 2007 to 2018. Research conducted independently by two researchers. The methodological quality of the studies was evaluated by the instruments recommended by Joanna Briggs®.

RESULTS: There were 336 studies, eight of which fulfilled the inclusion criteria. The results show that the parents of the children undergoing ambulatory surgery show satisfaction with follow-up phone call, since it gives them security, provides timely answers to their doubts and concerns, and minimizes time and distance in direct communication with health professionals.

CONCLUSIONS: The follow-up call is an essential tool for monitoring indicators of protocol effectiveness, team efficiency, physical structure adequacy, satisfaction with outpatient and team experience. It was concluded that this tool has a positive impact on the involvement / commitment of health institutions and professionals, on postoperative pain control and the availability of real-time support by nurses to the pediatric client, minimizing unnecessary travel. at the hospital.

KEY WORDS:

Pediatric client, outpatient surgery, parental satisfaction, follow-up phone call

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modelo de Hierarquia de Evidência proposto pelo Instituto Joanna Briggs®.....	60
Tabela 2: Pergunta PICO.....	63
Tabela 3: Critérios de inclusão dos estudos	65
Tabela 4- Descritores MeSh® e DeCS® utilizados na pesquisa	66
Tabela 5- Estudos obtidos nas diferentes bases de dados	67
Tabela 6- Resultados da aplicação do Teste de Relevância II	69
Tabela 7- Nível de evidência de JBI® e Score QM JBI® dos artigos incluídos na RSL	70
Tabela 8- Principais resultados e conclusões do impacto do TFU	74
Tabela 9- Descrição dos estudos incluídos por título, país e ano, periódico e instituição de origem.....	83
Tabela 10- Tipo de Estudo, desenho e método de colheita de dados.....	84
Tabela 11- Principais Resultados e conclusões sobre a importância do TFU	85
Tabela 12- Resultados encontrados para a categoria "Eficácia do TFU"	89
Tabela 13- Resultados encontrados para a categoria "Segurança no Cuidar"	92
Tabela 14- Resultados encontrados para a categoria "Comunicação com Profissionais de Saúde"	95
Tabela 15- Resultados encontrados para a categoria "Impacto na Rotina Familiar"	98
Tabela 16- Resultados encontrados para a categoria "Impacto Económico".....	100
Tabela 17- Resultados encontrados na categoria "Satisfação Geral"	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Organigrama funcional	25
Figura 2- Fluxograma do cliente em cirurgia de ambulatório	28
Figura 3- Outcomes Clínicos.....	45
Figura 4- Outcomes Administrativos	46
Figura 5- Modelo Concetual de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência	52
Figura 6- Versão atual do Modelo Concetual de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência, JBI®.....	53
Figura 7- Orientações para a elaboração de RSL	55
Figura 8- Metodologia PICO	56
Figura 9- Fluxograma do Processo de Identificação dos estudos.....	67
Figura 10- Fluxograma de Estratégia de Pesquisa.....	71
Figura 11- Categorias de Indicadores na satisfação do cliente pediátrico, relativos ao TFU, emergentes dos estudos incluídos na RSL	88
Figura 12- Focos de Atenção de Realização de TFU	105
Figura 13- Protocolo para realização de <i>follow-up</i> pediátrico	108
Figura 14- PEDI CA.....	109

INDICE

INTRODUÇÃO	17
1. A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	21
1.1. Unidades de cirurgia de ambulatório	24
1.2. Cirurgia de ambulatório pediátrica.....	30
1.2.1. <i>Follow-up</i> em CA.....	37
1.3. Satisfação em cirurgia de ambulatório	41
2. REFERENCIAL METODOLÓGICO	49
2.1. A Prática Baseada na Evidência e a Revisão Sistemática da Literatura.....	49
2.2. O Modelo de Referência Metodológica para Revisões Sistemáticas da Literatura....	50
2.3. Fases Metodológicas da Revisão Sistemática da Literatura	54
2.3.1. Nível de evidência científica.....	60
3. ESTUDO EMPÍRICO	61
3.1. Tipo de Estudo	61
3.2. Objetivos da Revisão Sistemática da Literatura	61
3.3. Protocolo da Revisão Sistemática da Literatura	62
3.3.1. Título da revisão	62
3.3.2. Questão de investigação.....	62
3.3.3. Critérios de inclusão dos estudos.....	64
3.3.4. Método de identificação de evidências científicas	65
3.3.5. Método de seleção inicial dos estudos.....	68
3.3.6. Qualidade metodológica dos estudos	70
3.3.7. Extração dos dados	71
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	73
4.1. Características dos estudos incluídos na RSL.....	73
4.2. Evidências dos estudos incluídos na RSL.....	87
4.3. Limitações do estudo.....	104
4.4. Implicações para a prática clínica	104

4.4.1. Proposta de Protocolo para Realização de Telefonema de <i>Follow-Up</i> Pediátrico - <i>PEDI.CA</i>	106
5. CONCLUSÃO.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
Anexo 1-Inquérito- Telefonema do dia Seguinte	131
Anexo 2-Inquérito- Inquérito de Satisfação	135
Anexo 3- Telefonema dos 30 dias	141
Anexo 4-Estratégia de Pesquisa	145
Anexo 5-Teste de Relevância I	149
Anexo 6-Resultado da aplicação do Teste de Relevância I	153
Anexo 7-Teste de Relevância II	157
Anexo 8- Tabela de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos.....	161
Anexo 9- Tabela de Extração de dados de Estudos Incluídos	177

INTRODUÇÃO

A cirurgia de ambulatório (CA) é definida como (...) *a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, possa ser realizada em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais leyes artis.* (ERS, 2008, p.1). É um procedimento que implica o mínimo de cuidados pós-operatórios, os quais podem ser administrados no domicílio, pelos cuidadores (adulto responsável), com informação e orientações prévias dos profissionais de saúde (Le et al., 2007).

Em pediatria a CA tem-se constituído como uma opção cirúrgica, cada vez mais frequente, tanto em instituições hospitalares públicas como privadas, tanto a nível nacional como internacional. Este facto tem contribuído para a diminuição das listas de espera para procedimentos considerados cirurgicamente simples e, para a diminuição do tempo de permanência do cliente pediátrico em ambiente hospitalar. O processo peri operatório ocorre até às vinte e quatro horas de permanência hospitalar, incluindo ou não pernoita da criança. Como tal, torna-se essencial para as instituições de saúde apresentarem indicadores de qualidade que expressem, positivamente, o nível dos cuidados de saúde prestados. A taxa de readmissão até ao trigésimo dia, após a intervenção cirúrgica, e a fidelização do cliente aos serviços, são dois dos indicadores comumente referenciados (Kirsch et al., 2015).

A satisfação dos clientes é entendida como (...) *patient's reaction to his or her care and comprises of both cognitive and emotional responses. It measures the gap between patient's expectation and actual experience and consequently, the provider's success* (Ojo, 2010, p.464).

Um dos procedimentos recomendados para avaliação da satisfação do cliente pediátrico submetido a cirurgia, em regime ambulatório, é o telefonema de *follow-up*. É uma ferramenta de apoio que pode ser usada pelos enfermeiros e permite a monitorização da recuperação do cliente, o reforço/sistematização da informação pré-operatória fornecida e a avaliação da performance dos profissionais de saúde (Kleinpell, 1997; Le et al., 2007; Stewart, 2015).

Os pais ou cuidadores das crianças submetidas a cirurgia de ambulatório revelam que o telefonema de *follow-up* lhes transmite segurança e fornece respostas atempadas às suas dúvidas e preocupações, minimizando o tempo e a distância na comunicação direta com os

profissionais de saúde (Kassmann et al., 2012). Referem, ainda, que (...) *want to feel that they have the ability to assess and manage care of their child, be satisfied with the instruction provided, and have the ability to acquire additional information* (Kassmann et al., 2012, p. 721). Nesta perspetiva, forma-se uma tríade de interesses confluentes e parceiros: o cliente pediátrico, que tem expectativas e objetiva a melhor transição saúde-doença possível; os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, que querem adotar práticas sustentadas na melhor evidência disponível; e as instituições de saúde que querem atingir os indicadores de qualidade preconizados, com o melhor resultado (satisfação e fidelização do cliente, melhor performance dos seus profissionais e custos adaptados).

A crescente preocupação pelo financiamento de intervenções custo-eficazes versus a satisfação dos clientes, e a melhor evidência científica relacionada com esta temática encontrar-se dispersa, despoletou o interesse pela investigação no sentido de definir orientações transversais para as melhores práticas em saúde. Assim, com o objetivo de compreender a importância do telefonema de follow-up na satisfação dos pais de crianças submetidas a cirurgia de ambulatório será efetuada uma revisão sistemática de literatura, de acordo o protocolo preconizado pelo Instituto Joanna Briggs®.

Ao longo deste trabalho abordar-se á o cliente pediátrico englobando no seu conceito a criança/adolescente e a família, assim a denominação utilizada terá sempre em conta este facto, independentemente da terminologia utilizada.

A finalidade desta revisão sistemática de literatura é reunir evidência da literatura para responder a questões sobre a eficácia de uma intervenção, numa condição específica (JBI, 2017a) - importância do telefonema de *follow-up* na satisfação dos pais de crianças, submetidas a cirurgia de ambulatório.

Os objetivos específicos desta Revisão Sistemática da literatura (RSL) são: i) identificar e avaliar os estudos disponíveis sobre a importância do telefonema de follow-up na satisfação do cliente pediátrico; ii) resumir e sintetizar as evidências emergentes da literatura sobre a importância do telefonema de follow-up na satisfação do cliente pediátrico; iii) contribuir para a elaboração de um documento orientador para a realização do telefonema de *follow-up* pediátrico.

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos principais: Enquadramento Teórico, Referencial Metodológico e Estudo Empírico. No enquadramento teórico será apresentada uma panorâmica da Cirurgia de Ambulatório em Portugal, contextualizando a Cirurgia de Ambulatório pediátrica, bem como as suas especificidades e modelo estrutural. Será abordado o processo do cliente pediátrico, em particular, a estrutura do telefonema de follow-up e a dimensão da satisfação em cuidados cirúrgicos pediátricos, sempre associada à Enfermagem. O referencial metodológico explanará a orientação escolhida para a elaboração da RSL, fazendo uma abordagem ao modelo concetual do Instituto Joanna Briggs®.

A metodologia definida estabeleceu como fontes de pesquisa bases de dados científicas, nomeadamente, *CINAHL Plus*®, *Medline*®, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*®, *SCOPUS*®, *Cochrane Database of Systematic Reviews*® e *MedicLatina*®; os motores de busca na *World Wide Web* “*Google Books*” e “*Google Scholar*”; o repositório online, mais concretamente, o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal® (RCAAP) e os livros e revistas existentes na biblioteca da ESEP.

No terceiro capítulo será apresentado o estudo empírico; no quarto capítulo a descrição e discussão dos dados emergentes dos estudos incluídos na RSL e as implicações para a prática. Por fim, no quinto capítulo as conclusões do trabalho.

A prática clínica pretende-se altamente influenciada e baseada em trabalhos com evidência científica demonstrada, como tal, a formação académica especializada e avançada é essencial para que os profissionais adotem diariamente decisões claras e sustentadas. Assim, entenda-se este trabalho como um contributo para esse caminho inesgotável.

1. A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) define cirurgia de ambulatório como *an operation/procedure, excluding an office or outpatient operation/procedure, where the patient is discharged on the same working day*' (IAAS, 2014, p.7), no entanto existe a possibilidade de pernoita, até às 24 horas, de um grupo de clientes, atribuindo-se a designação de extensão de recuperação de cliente - Ambulatory Surgery - Extended Recovery Patient. A IAAS define esta extensão como *a patient treated in ambulatory surgery / procedure centre/unit, free standing or hospital based, who requires extended recovery including overnight stay, before discharge the following day* (IAAS, 2014, p.7).

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), define-a como

toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, possa ser realizada em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais leges artis (ERS, 2008, p.1).

A primeira intervenção entendida como cirurgia de ambulatório foi uma circuncisão realizada no Egito. O primeiro relatório publicado acerca do conceito de cirurgia de ambulatório, foi realizado por James Nicoll em 1909, em Glasgow, seguido da abertura da “*Down Town Anaesthesia Clinic*”, uma clínica para cirurgias minor e procedimentos dentários, em *Sioux City*. Eric Farquharson, em 1995, deu visibilidade à CA com um relato de 485 clientes operados, com anestesia local, em Edimburgo, em que reportava o sucesso das mesmas, com a evidência de uma recuperação mais célere (Ojo, 2010).

A CA ganha expressão com a criação e adequação das primeiras unidades autónomas nos Estados Unidos da América (EUA) e no Reino Unido. O conceito e política da CA expande-se através das primeiras orientações, “*Guidelines for Day Case Surgery*”, publicadas em 1985 por Rucley e revistas em 1992 (OJO, 2010).

As especialidades cirúrgicas formalizam alguns procedimentos como os mais adequados a serem realizados em CA, no entanto a cirurgia pediátrica centra-se em procedimentos minor como circuncisões e intervenções de otorrinolaringologia, como adenoidectomia, amigdalectomia, miringotomia, reduções de fraturas do septo nasal, timpanoplastias e otoplastias (Ojo, 2010).

Em Portugal, a cirurgia de ambulatória remonta ao início da década de 90, com o desenvolvimento de programas estruturados desta tipologia de intervenção cirúrgica. O relatório da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) destaca como impulsionadores deste regime, o Hospital de Santo António no Porto e Hospital de São Pedro em Vila Real. Embora a expressão da cirurgia de ambulatório não excedesse os 5,5%, outras instituições de saúde iniciaram o processo de disponibilização deste regime às populações (CNADCA, 2008).

Do ponto de vista social, a CA permite uma rápida recuperação pós-operatória dos clientes, pois o regresso precoce ao seu domicílio e conseqüentemente à atividade de vida diária, rotinas familiares e vida ativa profissional, em comparação á dos clientes submetidos a cirurgia com internamento, em que a interrupção da rotina diária é superior, provoca um retorno mais tardio à vida ativa (Short e Bew, 2012). Este afastamento potencia-se nos internamentos pediátricos, em que os pais colocam em pausa as suas atividades profissionais, familiares e sociais em prol da criança/ adolescente (CNADCA, 2008). Assim, o impacto social e económico deste modelo organizativo traduz o efetivo aumento da qualidade, nomeadamente, na redução das listas de espera cirúrgicas e redistribuição e alocação da despesa em saúde (CNADCA, 2008).

Os benefícios deste modelo organizativo são reconhecidos por todas as partes envolvidas, quer pela acessibilidade, humanização (proximidade) e incremento da qualidade para o utente/cliente; quer pela satisfação do profissional prestador de cuidados de saúde e do estado, por ser fonte da estrutura de otimização de recursos (CNADCA, 2008).

Na atualidade, *patients are more inquisitive, informed, and empowered about their healthcare and are increasingly aware of their rights as consumers* (Horton, 2012, p. 31). Como tal, corresponder às expetativas dos clientes é o maior desafio deste modelo organizativo, ou seja, a transparência do processo, a clareza da informação e a realização de objetivos atingíveis fazem parte do sucesso que determinará exceder o expectável.

Em setembro de 1998 foi criada a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA)¹, associação sem fins lucrativos, que tem como principal objetivo *a formação e a promoção da Cirurgia Ambulatória (CA) entre nós, assim como encorajar a expansão de programas de elevada qualidade no âmbito da cirurgia em regime de ambulatório, nos hospitais públicos e privados nacionais* (Magalhães, 2000). A associação, como membro da *International Association for Ambulatory Surgery*, tem vindo a desempenhar um papel determinante a nível nacional. O seu percurso tem sido orientado para sensibilizar e entusiasmar os profissionais de saúde para a relevância da CA, no contexto de oferta e disponibilização da saúde em Portugal, envolvendo em paralelo os organismos responsáveis e sensíveis a esta área, como o Ministério da Saúde (MS), Direção Geral da Saúde (DGS), Instituto de Gestão

¹ Diário da República, III Série, nº 243 de 18 de outubro de 1999

Informática e Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), substituídos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, na tentativa de regulamentar e legislar este modelo específico de prestação de cuidados de saúde.

Internacionalmente a APCA, junto da IAAS, promove a participação na discussão e regulamentação da CA, na criação de novas orientações para as melhores práticas, bem como na definição de estratégias para a expansão mundial (APCA, 2006).

Em 2007, é criada a Comissão Nacional para o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatória (CNADCA)², com o propósito de estudar e objetivar uma estratégia e as consequentes medidas, para o desenvolvimento da cirurgia ambulatória no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Segue-se uma campanha de divulgação e sensibilização para a cirurgia de ambulatório, para profissionais e população em geral, informando deste novo modelo organizativo, disponível para a comunidade. O dia 20 de outubro é sinalizado como o dia de abertura desta campanha e um mês mais tarde a CNADCA, estabelece os critérios básicos de funcionamento, organização e programas para a CA^{3,4}.

O histórico da legislação da CA resume-se pela sua particularidade, nomeadamente na dispensa de medicamentos para o pós-operatório no domicílio, na criação de condições e de requisitos para os prestadores de cuidados de saúde privados, com interesse neste regime; a legislação dos requisitos mínimos relativos à organização, funcionamento e recursos humanos para entidades privadas; o financiamento da CA, o estabelecimento da taxa moderadora da CA e das tabelas de grupos de diagnósticos homogéneos (GDHs) a aplicar.

A Cirurgia de Ambulatório Pediátrica surge da necessidade de realizar uma intervenção cirúrgica numa criança/adolescente, num tempo determinado, minimizando o desequilíbrio familiar, não só pelo ato em si, mas pela interferência na vida quotidiana de toda a estrutura familiar, e o afastamento do cliente do lar (APCA, 2016a). A especificidade da pediatria implica equipas especializadas, treinadas e focadas na criança/adolescente e suas famílias. O cliente pediátrico exige um dia exclusivo e dedicado, sem coexistência com o mundo dos *adultos*. Este processo é metuculoso, organizado e desafiante para os cuidados peri operatórios.

² Despacho nº 25832/2007 de 13 de novembro Referência: DR, 2ª Série, Número 218, 13 de novembro.

³ Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2008 de 17 de outubro Referência: DR, 1ª Série, Número 202, 17 de outubro.

⁴ Despacho nº 30114/2008 de 21 de novembro Referência: DR, 2ª Série, Número 227, 21 de novembro

1.1. Unidades de cirurgia de ambulatório

O planeamento e a projeção de uma unidade de cirurgia de ambulatório (UCA) refletem sempre as variáveis e particularidades decorrentes do contexto em que esta está inserida, como localização, área disponível e procedimentos cirúrgicos que se preveem de realizar.

Existem três tipologias de unidades de cirurgia de ambulatório, que podem diferir em nomenclatura, de país para país, mas na sua essência representam a sua relação com a unidade hospitalar:

- **Centro autónomo** - UCA independente na estrutura, organização, funcionamento e localização (fora da unidade hospitalar). A unidade hospitalar representa a retaguarda, através de protocolos interinstitucionais que são acionados em última instância, como por exemplo quando há necessidade de internamento;
- **Centro adjacente** - UCA independente na estrutura, organização e funcionamento, mas dentro do recinto da unidade hospitalar. Considerado o modelo mais completo e global, visto que conta com o apoio de retaguarda do hospital otimizando os custos, usufruindo de todos os serviços de apoio à prática, quer logísticos quer de funcionamento;
- **Centro misto** - uma UCA dependente da unidade hospitalar, que utiliza as mesmas instalações, alternando apenas o conceito de funcionamento em prol da cirurgia convencional com internamento ou de cirurgia de ambulatório. Não existe uma atividade simultânea das duas opções, mas alternada (AESOP, 2012; Horton, 2012; Lemos e Regalado, 2006b).

Em Portugal, a implementação da CA iniciou-se com os centros mistos para testar a filosofia da cirurgia de ambulatório, evitando grandes investimentos iniciais e possibilitando um início mais rápido da implementação no terreno (CNADCA, 2008). Hoje, verifica-se a construção de unidades autónomas e adjacentes, comprovando a eficiência do trabalho desenvolvido em todas as dimensões: segurança, qualidade e custo-eficiência.

As especificidades da estrutura refletirão uma experiência que se pretende positiva, como tal, devem estar disponíveis *os meios que permitem minimizar tempos de espera, reduzindo quebras no fluxo de trabalho, maximizar o aproveitamento dos tempos operatórios e permitir a concentração do tempo dos profissionais nas tarefas que criam valor (...)* (CNADCA, 2008, p. 105).

O desenvolvimento de um organigrama, que seja transversal a todas as UCA's e que identifique particularidades e exigências de funcionalidade estrutural, é imperativo para

que se normalizem as boas práticas (CNADCA, 2008; IAAS, 2014). Os percursos dos clientes, profissionais, acompanhantes e de toda a estrutura logística inerente e de apoio à UCA têm de estar integrados no organigrama, que se pretende operacional e replicável em qualquer circunstância ou contexto (figura 1).

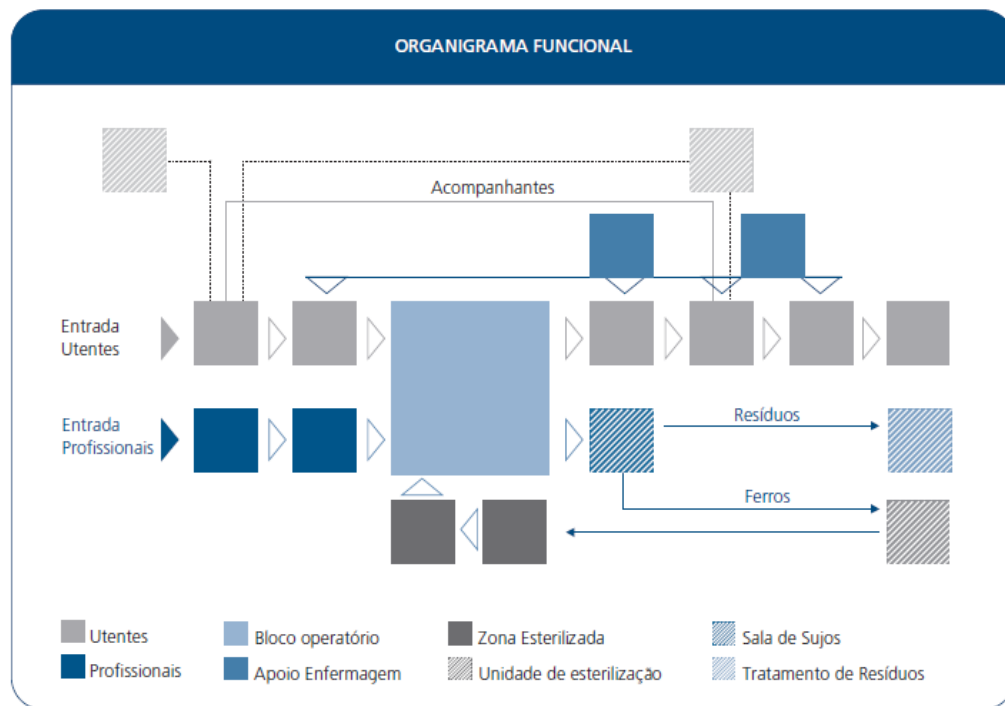


Figura 1- Organigrama funcional

Fonte: CNADCA, 2008, p.104

A UCA prevê a viabilização e existência de áreas e compartimentos:

- 1) **Área de acolhimento e consultas**, com uma zona de receção/admissão administrativa, com zona de atendimento ao público; uma sala de espera e acolhimento, para clientes e acompanhantes, junto à admissão; instalações sanitárias de apoio ao público; vestiário para clientes, com instalação sanitária, duche e cacifos; gabinetes de consulta para avaliação pré e pós-operatória e uma sala de observação e tratamentos, para procedimentos do pós-operatório;
- 2) **Área cirúrgica**, com uma zona de transferência, do cliente, da zona externa para zona interna; uma área de desinfeção de pessoal, idealmente contígua às salas de operações; uma sala de preparação anestésica, preparação do cliente para a anestesia; uma sala de indução anestésica, que pode ser opcional, sendo a indução realizada na sala anterior, se inexistente; salas de operações, que podem estar diferenciadas consoante a classe da cirurgia - Classe A (cirurgia menor com anestesia local), Classe B (cirurgia

menor ou major com anestesia loco-regional) e Classe C (cirurgia major com anestesia geral) e uma zona de arrumação de fluoroscopia (equipamento de Rx portátil);

- 3) **Área de recuperação** com uma unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA) - recobro 1, recuperação pós-operatória; uma sala de recobro 2, para recuperação intermédia do cliente, com cortinas separativas, pode ser em área aberta com recobro 3; uma sala de recobro 3, recuperação final do cliente, sala com cadeirões, com cortinas separativas; posto de controlo de enfermagem, com bancada de trabalho de enfermagem e acesso direto à UCPA; instalação sanitária para os clientes em recuperação, com adaptabilidade para portadores de deficiência; gabinete de alta, a ser utilizado pela equipa médica e/ou enfermagem, para avaliação final e consequente alta clínica e sala de sujios e despejos, para sacos de roupa suja e resíduos;
- 4) **Área de pessoal** com vestiário de pessoal, com zona de cacifos, instalação sanitária, chuveiros e acesso direto à zona operatória; instalação sanitária do pessoal, com acesso pelo recobro 2 e 3; sala de registos/reuniões/pausa e copa, para distribuição de refeições leves aos clientes;
- 5) **Área logística** com sala de sujios e despejos, para sacos de roupa suja e resíduos, de apoio à área cirúrgica; zona de *transfer* de material, para entrada de material vindo do exterior do bloco; arsenal cirúrgico e preparação do material necessário; sala de material de consumo, para armazenamento do mesmo; zona de roupa limpa, acondicionamento da mesma; sala de equipamento, para material e equipamento; material de limpeza, arrumo de material e carros de limpeza; sala técnica de informática, para bastidores e servidores informáticos; sala de tratamento de arrastadeiras, se forem descartáveis é dispensável, bastando existir na sala de sujios uma maceradora (CNADCA, 2008; Lemos e Regalado, 2006b; AESOP, 2012; Horton, 2012).

A UCA inclui a possibilidade de pernoita, como tal, também esta área de apoio, deve estar adjacente, bem como, os percursos/protocolos definidos para dar resposta ao processo. Existem unidades que contemplam na sua estrutura quartos que dão apoio a clientes que têm alta tardia, e que necessitam de pernoitar até às 23 horas preconizadas, no entanto, nas estruturas mistas, existe a possibilidade de vagas alocadas em serviços da especialidade específica (CNADCA, 2008).

As unidades de cirurgia de ambulatório devem prever, para além do percurso do cliente, centro e foco dos cuidados, outros percursos paralelos, de igual relevância, nomeadamente, circuitos de limpos, sujios como resíduos hospitalares, circulação de material esterilizado e articulação com os serviços de apoio (farmácia, esterilização, cozinha/alimentação, roupa e limpeza/manutenção). Os acompanhantes, condição de referência e inequívoca para a alta clínica, devem ter um percurso igualmente estruturado e adaptado, no caso da

cirurgia pediátrica e de pessoa portadora de deficiência; os profissionais, devem ter acesso a condições estruturais apelativas que potenciem a sua prestação (vestiários, salas de reunião, de trabalho e de pausa) (CNADCA, 2008).

A excelência e a diferenciação de uma unidade de cirurgia de ambulatório assentam em dois princípios essenciais diretamente proporcionais ao sucesso/eficiência da mesma. Estes princípios representam os elevados níveis de qualidade e de segurança dos cuidados de saúde prestados aos clientes de CA, à semelhança dos clientes cirúrgicos com internamento convencional. Por outro lado, o serviço disponibilizado à população ser custo-eficiente para a unidade e para o cliente, refletindo elevados níveis de satisfação do doente e sustentabilidade financeira para a instituição (Lacarte, 2006). Assim, a CA apresenta-se e estrutura-se em fluxogramas de atuação e decisão, tornando o processo ágil e de implementação sustentada.

A unidade de cirurgia de ambulatório é dirigida por um clínico, com interesse assumido pela cirurgia de ambulatório, responsável pela governança clínica desta área. As políticas locais, orientações clínicas e gerais são da sua responsabilidade. Em conjunto com o líder operacional (enfermeiro coordenador da UCA) e os representantes de outras áreas de interesse, aferirá a política do serviço (IAAS, 2014).

Mediante os inscritos, são definidos critérios de admissão à cirurgia de ambulatório. Inicialmente o processo foi tímido, mas com o desenvolvimento de técnicas anestésicas mais eficazes e seguras, para possibilitar uma alta clínica controlada para o domicílio em 24 horas, o leque estendeu-se a novos desafios e especialidades.

Os clientes com elegibilidade para CA entram num circuito definido em quatro etapas: per-operatório, pré-operatório, pós-operatório e *follow-up*, que encerra o episódio de CA (figura 2).

No per-operatório, acontece a concretização dos critérios de elegibilidade para cirurgia e a programação do processo. O pré-operatório inclui as consultas de preparação, podendo destacar-se a de enfermagem, que confirma os critérios, englobando a disponibilização de toda a informação, orientações e, descrição ao pormenor, do circuito do cliente. O pós-operatório é o momento mais vulnerável do cliente, em que se verifica a eficácia da informação fornecida e se zela pelo sucesso da intervenção cirúrgica e conforto no imediato. O *follow-up* (FU), que inclui a etapa do pós-operatório tardio, surge como a ferramenta identificativa da qualidade dos cuidados oferecidos e do nível de proximidade clínica com o cliente, no seu processo de recuperação.



Figura 2- Fluxograma do cliente em cirurgia de ambulatório

A elegibilidade do cliente para CA precede o início do processo. Após a referenciação para este tipo de cirurgia, o percurso começa na admissão, idealmente numa sala de acolhimento onde o cliente aguarda o registo administrativo e espera pelo momento da sua intervenção. Esta sala deve ser acolhedora, com um ambiente sereno, para que o momento de espera não potencie a ansiedade e nervosismo prévio. Idealmente, deve ser um espaço amplo, para que em dias em que existam atrasos, a sobrelotação não se verifique. A existência de acomodações para pessoas portadoras de deficiência deve estar prevista, para evitar constrangimentos. O mínimo de condições logísticas e ambientais é requerido, como uma televisão ou música ambiente que incentivem a distração, do foco da preocupação e ansiedade do procedimento cirúrgico, aquando a espera. As instalações sanitárias devem ser de fácil acesso e a existência de um fraldário é essencial para as crianças propostas para cirurgia (CNADCA, 2008; IAAS, 2014). A sala deve também estar preparada com material que permita à criança/adolescente manterem-se distraídos.

O vestiário, segundo espaço que se apresenta ao cliente, é o local em que o cliente troca de roupa vestindo a paramentação preconizada para a cirurgia, sendo-lhe atribuído um cacifo para bens e pertences pessoais. A chave identificada será entregue no recbro, pelo enfermeiro responsável, no momento da alta. Há que garantir este fluxo de transferência das chaves, para segurança e comodidade do cliente (CNADCA, 2008; IAAS, 2014).

A transferência do cliente para a zona limpa, acontece por meios próprios ou com auxílio, no caso de portadores de deficiência. Daqui é encaminhado para a sala de preparação pré-

operatória, onde se ultimam os preparativos, reconfirmam-se dados e consentimentos e esclarecem-se dúvidas de última hora. Este é o momento certo para, de uma forma sucinta, resumir o percurso expectável. Prepara-se a indução anestésica, através da cateterização venosa periférica e fornecem-se explicações inerentes à anestesia, no caso de cirurgia pediátrica, à criança/adolescente, dependendo da sua idade, e/ou família. As salas de indução anestésica, quando existentes (questão a ponderar em cada unidade), são uma forma de otimizar os tempos de utilização das salas operatórias e rentabilização do tempo operatório. Apesar de poderem contribuir para o aumento dos recursos humanos, o custo-benefício justifica-se, devido à alta rotatividade de clientes nas UCA's (CNADCA, 2008; IAAS, 2014).

A sala de operações e a equipa cirúrgica recebem o cliente. A sala obedece a uma área padrão⁵ que se inicia nos 36m², com uma largura mínima de 5,5m. A constituição da equipa engloba dois cirurgiões, um anestesista e três enfermeiros, por sala operatória, e um auxiliar/assistente operacional, para a manutenção da mesma. Existe a possibilidade de salas que variam entre os 16 e os 25m², para a realização de exames complementares de diagnóstico (invasivos), com recurso a anestesia ou cuidados anestésicos monitorizados, ou pequenas intervenções cirúrgicas que necessitem de ambiente assético (CNADCA, 2008; IAAS, 2014; AESOP, 2012).

A unidade de cuidados pós-anestésicos prevê três espaços de recobro, para as diferentes etapas do processo de recuperação anestésica e preparação para a alta. Idealmente serão independentes, podendo as situações de recobro de fase dois e três coabitar no mesmo espaço, mas independentes no funcionamento. O recobro 1 fica na zona imediatamente a seguir à sala de operações e prevê no mínimo duas camas, com monitorização contínua e vigilância de um enfermeiro para cada quatro clientes /camas. O controlo e monitorização deve ser feito, através de um posto de enfermagem em *open space*, contíguo e de acesso direto, que permita em simultâneo a monitorização e visualização do recobro 2. Aqui, a relação por posto de trabalho será de um enfermeiro por cada seis camas, à semelhança do recobro 3. Os clientes nesta sala poderão ter acompanhante, se assim o desejarem, se não existir contra-indicação médica e em caso de cirurgia pediátrica. Esta sala pode ser um *open space* ou estar compartimentada em boxes individuais. O espaço disponível depende diretamente da capacidade desejada de movimento operatório (quatro a cinco boxes/sala). A sala de recobro 3 também conhecida por sala dos cadeirões, é uma sala de recobro tardio. É aqui que o cliente, acompanhado do seu familiar ou adulto responsável, necessário para a alta (referência exigida como condição de cirurgia em CA), obtém a alta para o domicílio, após verificados os requisitos da mesma. Dado que as condições de alta se baseiam no restabelecimento do movimento/deambulação, na capacidade de ingerir líquidos e

⁵ Portaria n.º291/2012 de 24 de setembro. Referência: Diário da República, 1ª série-N.º 185-24 de setembro de 2012, com as alterações decorrentes da Declaração de Retificação n.º 68/2012, de 23 de novembro e alterada pela Portaria n.º 111/2014, de 23 de maio.

alimentos e na capacidade miccional ativa, esta sala deve estar equipada com mesas de refeição onde possam ser consumidos chá e bolachas, bem como, com instalações sanitárias.

O rácio entre os cadeirões e o movimento operatório depende da tipologia cirúrgica e do tempo médio por cirurgia. Por exemplo, para cirurgia oftalmológica, em média, são necessários seis cadeirões (CNADCA, 2008; IAAS, 2014; AESOP, 2012).

A última etapa do percurso é a área de saída, que por vezes coincide com uma zona paralela à de admissão e acolhimento, ou idealmente, com saída direta para a área administrativa, para realização dos procedimentos finais de alta clínica, para o domicílio (CNADCA, 2008; IAAS, 2014; AESOP, 2012).

Verifica-se na prática que a reunião de alta com cliente e cuidador responsável é muitas vezes ultimada na sala de recobro 3, no entanto, em função da funcionalidade da unidade, esta pode ser realizada pelo enfermeiro ou médico numa sala individualizada, proporcionando mais um momento de empatia e continuidade dos cuidados.

1.2. Cirurgia de ambulatório pediátrica

A *Carta Hospitalar Materna da Criança e do Adolescente* (CHMCA), redigida pela Comissão Nacional da Saúde Materna da Criança e do Adolescente (CNSMCA), recomenda que a cirurgia pediátrica se distinga, em regime de ambulatório, com um dia específico para os procedimentos pediátricos, no sentido de cumprir os requisitos próprios da intervenção cirúrgica pediátrica (CNSMCA, 2012; ERS, 2012).

Os moldes de estruturação e orientação da *one day surgery* encontram-se definidos pela IAAS (2014). Este documento disponibiliza ferramentas de fluxos de informação ao cliente pediátrico e família, bem como, enumera os momentos importantes dessa transferência e partilha de conhecimento acerca do processo.

O processo de CA centra-se, como modelo, no cliente pediátrico e família, e as etapas são sobreponíveis às da CA no adulto associando medidas promotoras da qualidade do cuidar em pediatria. Implica integrar as diferentes variáveis e predeterminações para que o conceito de CA se materialize e concretize como opção disponível de cuidados de saúde à população.

Os clientes pediátricos são excelentes candidatos, visto que a maioria é saudável e a maior parte dos procedimentos são simples, associados a uma recuperação rápida. O sucesso da implementação/utilização desta prática assenta na *careful selection, screening and preparation of prospective patients* (Hannallah, 2006, p.139). A introdução dos mais

recentes e atuais agentes anestésicos, que permitem induções anestésicas suaves e serenas; a capacidade de resposta rápida para as situações de urgência e emergência; a recuperação rápida e a alta precoce em segurança para o domicílio, sustentada no bom controlo da dor pós-operatória e na profilaxia de náuseas e vômitos, permitem sem comprometer a segurança e qualidade dos cuidados, expandir a CA a procedimentos pediátricos mais complexos (Hannallah, 2006).

Os critérios de elegibilidade centram-se no cliente pediátrico e na intervenção a realizar, devendo atender a duas predeterminações essenciais: o estado de saúde da criança/adolescente e o tipo de intervenção cirúrgica a realizar.

À data da seleção para CA, a criança/adolescente deve estar de “boa saúde”, ser saudável, ou, se existir diagnóstico de patologia, esta deve estar controlada. Nos casos de cronicidade, a adequação das condições de atuação é essencial, cabendo à equipa determinar o melhor momento para a intervenção, o tempo operatório, sem prejuízo dos outros clientes, (Hannallah, 2006).

Existem vários fatores a considerar objetivamente na avaliação do cliente:

- Crianças que foram prematuras, visto que deste facto advém um risco acrescido de desenvolver apneia ou dificuldade respiratória, comparando com os nascidos de termo;
- Identificação de coriza (*runny nose*) que permite a admissão em CA, mas o cliente deve ser avaliado individualmente, visto que caso a caso deve ser considerada a possibilidade de infeção das vias aéreas superiores e como tal um risco aumentado previsível. A recolha de dados em conjunto com os pais é de extrema relevância, pois permite à equipa interpretar, através da história clínica, se se trata de uma nasofaringite ou um estado clínico mais preocupante;
- Asma, doença crónica mais comum nas crianças, ocupa um lugar de destaque e consideração na ponderação de critérios e elegibilidade para CA. A decisão de realizar procedimentos *minor* em asmáticos, depende da frequência e severidade da manifestação dos sintomas em consonância e adequação do controlo farmacológico;
- Crianças /adolescentes com condições clínicas como diabetes, defeitos cardíacos congénitos, ou patologia hematológica, poderão ser candidatas elegíveis a intervenções breves, que não interferiram com os esquemas de terapêutica habitual (Hannallah, 2006; Smith, Mcwhinnie e Jackson, 2012).

O procedimento cirúrgico deve ser simples, prevendo a mínima hemorragia e a mínima interferência fisiológica.

O consentimento operatório ultrapassa a assinatura de um formulário, representando a autoconsciência do processo, por parte do cliente pediátrico. A informação disponibilizada

pré-operatoriamente tem um papel decisivo e determinante nesta consciencialização pelos pais e cuidadores, como tal, deve ser dirigida, clara, de fácil compreensão e transparente no seu conteúdo, tendo de ser transmitida por profissionais de saúde. O reflexo final será o estadio de preparação do cliente pediátrico para o consentimento processual. A responsabilidade parental está atribuída legalmente aos pais, ou cuidadores indicados pelo tribunal. Partindo do pressuposto que a maioria para a decisão incontestável é aos 18 anos, há que refletir nos casos em que o adolescente não queira realizar o procedimento. Nesse caso, se o menor for emancipado, pode decidir e autorizar a realização do procedimento ou não⁶ (DGS, 2013).

Vários estudos realizados pela seção de anestesiologia da *American Academy of Pediatrics* resultaram na elaboração de *guidelines* para a gestão do ambiente peri operatório pediátrico anestésico.

Essential components are identified to optimize the perioperative environment for the anesthetic care of infants and children. Such an environment promotes the safety and well-being of infants and children by reducing the risk of adverse events (AAP, 2015, p.1200).

Os recursos que a unidade de CA deve dispor incluem os humanos e os estruturais comprometidos com a filosofia do cuidar pediátrico. A equipa de cuidados, deve reunir e incluir profissionais treinados e com experiência em anestesia e peri operatório em pediatria. O período peri operatório requer destreza em prol de respostas eficazes e bem-sucedidas em tempo real. As técnicas específicas pediátricas de manutenção de via aérea, administração de fluídos, regulação da temperatura, cateterização vascular, monitorização cardiovascular e gestão da dor devem fazer parte, obrigatoriamente, das competências dos profissionais que prestam cuidados neste tipo de unidades (AAP, 2015; Barnes et al., 2016). A capacidade de resposta a situações de urgência e emergência deve ser inata. A abordagem é determinante e ultrapassa a experiência individual, influenciando diretamente o sucesso da experiência ambulatorial (AAP, 2015; Barnes et al., 2016).

Os requisitos pré-operatórios têm evoluído, em paralelo, com a exigência e pressão social, fundamentalmente, em resposta às novas evidências científicas. Este facto verifica-se a vários níveis, desmistificados e reavaliados através da renovação e atualização de orientações mais eficazes, como por exemplo as da Sociedade Americana de Anestesia (ASA, 2016; Barnes et al., 2016). O jejum, as análises laboratoriais, a preparação e educação do cliente pediátrico para o processo peri operatório e a triagem tornam-se mais uma etapa do que um obstáculo da CA. O jejum é uma condição difícil explicar, mesmo em outras etapas mais tardias do desenvolvimento infantil e na adolescência, o não poder comer ou beber causa constrangimentos e dificuldades às crianças/adolescentes e pais. Os pais cuidadores,

⁶ Decreto-Lei n.º 47344, de 25 de novembro de 1966, alterado pelo Decreto-Lei n.º 329-A/95, de 12/12 (Código Civil).

por vezes, prolongam o jejum desnecessariamente, atitude que resulta do receio de poder estar a colocar em perigo a vida do filho (Farooq, Tan e Crowe, 2008). As novas orientações trouxeram alguma flexibilidade efetiva, permitindo às crianças a ingestão de líquidos claros até duas horas antes da indução anestésica e os que praticam o aleitamento materno exclusivo podem fazê-lo até quatro horas antes do início da cirurgia (ASA, 2011). A maior valia desta flexibilidade verifica-se na diminuição das hipoglicemias e hipotensões associadas ao jejum e na diminuição da irritabilidade da criança/adolescente enquanto aguarda a hora agendada para cirurgia, podendo alargar o período de agendamento cirúrgico até ao início da tarde (Smith e Jakobsson, 2012; Lacarte, 2006).

A necessidade de valores laboratoriais como estudo da coagulação, valores de hemoglobina ou hematócrito, à semelhança dos protocolos para adultos, foi considerada desprezível, visto que os estudos indicam que a incidência de anemia em crianças saudáveis é muito baixa (Lemos et al. 2006b; Smith e Jakobsson, 2012).

A preparação do cliente pediátrico é a base do sucesso de qualquer tipologia de procedimento em CA. A educação da criança/adolescente e da sua família ou núcleo próximo de cuidadores, influencia e determina o grau de satisfação no final. O processo informativo encontra-se descrito na literatura e prevê etapas fulcrais de disponibilização da informação. O primeiro momento inicia-se na consulta com o cirurgião que propõe a cirurgia em regime de ambulatório e explica o procedimento cirúrgico específico e benefícios. A consulta de enfermagem, em conjunto com a consulta de anestesia, é assinalada como outro momento informativo e formativo no que diz respeito à descrição do dia cirúrgico, incluindo a desmistificação da anestesia e a alta precoce para o domicílio. Nesta consulta é disponibilizada informação escrita de apoio e incentivado ao cliente pediátrico, se a idade o permitir, colocação de dúvidas, receios e preocupações. O papel dos pais é explicado como mais um elemento da equipa, que facilita o processo, eliminando os obstáculos. Apesar da presença dos pais ser controversa no momento da indução anestésica, as suas vantagens são inúmeras e mais evidentes, ou seja, com uma medida flexível, criança/adolescente e pais sentem-se mais seguros, confiantes, sem enfrentarem a separação precocemente. O enfermeiro, enquanto elo aglutinador de informação e de esclarecimento de dúvidas é um elemento chave para a clarificação da informação e um contributo primordial no processo formativo. Definida uma estratégia com a criança/adolescente e família, num momento que antecede duas a três semanas a cirurgia, é disponibilizado um contacto telefónico para que, perante qualquer dúvida, o cliente pediátrico possa contactar a equipa para esclarecimentos e agendar uma visita à unidade (AAP, 2015; Barnes et al., 2016).

Existem programas para a preparação pré-cirúrgica que atendem ao nível de desenvolvimento do cliente, ao tipo de cirurgia, às experiências passadas do cliente e família (anteriores hospitalizações, cultura e etnia, composição e dinâmica familiar e recursos da instituição). Estes programas, dependendo da idade, contemplam visitas à unidade onde a criança/adolescente vai estar no dia da cirurgia, visionamento de filmes

acerca da cirurgia e anestesia, apresentações em diapositivos, livros para colorir alusivos ao dia do procedimento (materiais, profissionais, equipamentos, fardamento), álbuns de fotografias com outras crianças a vivenciar o momento, apresentações de fantoches, exercícios de relaxamento, técnicas de arte terapia (desenho e colagens) e outras estratégias de *coping*. Assim, os profissionais dispõem de instrumentos e ferramentas informativas e lúdicas adaptadas a todas as idades, situações e tipologia cirúrgica para agilizarem e facilitarem o processo (Justus et al., 2006).

A literatura enuncia as vantagens do processo formativo e informativo, evidenciando a redução da ansiedade no cliente pediátrico, levando a uma participação mais serena durante a indução anestésica e a índices, finais, de maior satisfação familiar (Perry et al, 2012; Spalding, 2003; Delaney et al., 2015; Higson e Finlay, 2010).

As unidades de cirurgia de ambulatório envolvem-se na triagem dos clientes para ultimar as condições necessárias para cirurgia e anestesia. Este procedimento pode representar um telefonema um dia ou dois antes da cirurgia; uma consulta pré-agendada ou uma triagem no dia da cirurgia, antes da criança dar entrada na unidade. O grau de envolvimento depende da estratégia implementada e muitas vezes da experiência da UCA nos cancelamentos das cirurgias agendadas. No telefonema é realizada uma pequena entrevista onde se questiona sobre os antecedentes clínicos da criança/adolescente, para se identificarem os fatores de risco (história de prematuridade e problemas cardíacos ou respiratórios); sintomatologia impeditiva da cirurgia (febre e/ou obstrução nasal ou rinorreia); são reforçadas as indicações de jejum e as informações acerca do que deve ser trazido para o hospital, localização da UCA, opções de deslocação, estacionamento e dos procedimentos burocráticos para admissão (Gunter et al., 2016).

Existem unidades que preferem a consulta pré-agendada, por diminuir os tempos de admissão e avaliação no dia da cirurgia, no entanto, não existe evidência de que esta consulta diminua os cancelamentos quando comparada com a avaliação no próprio dia. São aliás mencionadas desvantagens, como mais uma deslocação à unidade, o que implica aumento de custos para os pais, perda de um dia de trabalho e, se for o caso, perda de um dia de escola (Lemos e Regalado, 2006a; Short e Bew, 2012).

A anestesia pediátrica envolve especificidades em todas as etapas, desde a indução anestésica até ao acordar da criança e pós-operatório imediato. Hoje em dia preconiza-se que os pais acompanhem a criança/adolescente até ao momento em que se dá a indução anestésica, ou seja, os primeiros fármacos são administrados e a criança adormece. Este procedimento foi adotado em detrimento das medidas farmacológicas de pré-medicação, administrada 20/45 minutos antes do procedimento. A literatura indica que as crianças ficam mais serenas, seguras e que colaboram melhor com a equipa, quando os pais estão presentes, protelando assim a separação. No entanto, há que salientar que a ansiedade das crianças está relacionada com o comportamento dos adultos, e não com a presença, em si,

dos pais. Ou seja, se os pais forem calmos e serenos isso refletir-se-á no comportamento da criança, contudo o contrário também se verifica (Davidson e McKenzie, 2011; Proczkowska-Björklund, 2009). Algumas instituições de saúde têm na sua estrutura salas de indução para que este processo se desenvolva com tranquilidade (Lemos e Regalado, 2006b; Short e Bew, 2012).

A anestesia pediátrica evoluiu exponencialmente e proporcionalmente ao desenvolvimento das técnicas e agentes anestésicos. A técnica de inalação para a indução anestésica é utilizada há quatro décadas, no entanto, o agente halotano (gás halogenado) tinha efeitos secundários como a bradicardia, hipercarbia e relação com a predisposição para a arritmia. Hoje em dia, o agente mais utilizado é o sevoflurano, que para além da sua baixa solubilidade, não provoca irritabilidade das vias aéreas e a recuperação é mais rápida do quando se utiliza o halotano. Existem outros agentes, como o desflurano, que não estão preconizados para o início de uma anestesia pediátrica devido à sua capacidade de irritabilidade e consequentemente possibilidade de laringoespasmo (Hannallah, 2006).

As técnicas endovenosas, relativas aos indutores do sono e analgésicos potentes também sofreram avanço científico, revelando que a indução com propofol é mais suave, com menor incidência de efeitos secundários e com uma recuperação da consciência mais rápida do quando se utiliza o tiopental. Estes indutores, são de administração endovenosa o que pressupõe um acesso venoso periférico.

A venopunção é uma técnica que, mesmo realizada com anestésico tópico, se revela sempre um momento traumatizante e gerador de stress para as crianças e adolescentes. Existem técnicas não-farmacológicas desenvolvidas pelos enfermeiros para minimizar a dor e a expectativa de dor, existindo estudos que comprovam a sua eficácia (Savino et al., 2013). Em CA, a venopunção pode ser efetuada após a inalação do gás anestésico (Hannallah, 2006; Gomes et al., 2011).

A analgesia no intra e pós-operatório está intrinsecamente relacionada, visto que existem situações em que a dor se prolonga para além do intraoperatório. Recomendando-se a utilização de técnicas combinadas como a analgesia loco-regional (bloqueio caudal, bloqueio do nervo dorsal, bloqueio ilioinguinal e iliohipogástrico), administração de analgésicos endovenosos potentes (fentanilo) e anti-inflamatórios não esteroides, com eficácia comprovada na dor do pós-operatório (Short e Bew, 2012; Demirci et al., 2014).

A manutenção dos fluídos ao longo do processo de cirurgia de ambulatório é de extrema relevância. O jejum imposto pela cirurgia e as necessidades energéticas são contabilizados, mediante fórmulas disponíveis, para que a hidratação se faça durante o procedimento em detrimento de um reforço hídrico forçado no pós-operatório imediato, que pode originar episódios de vômito, condicionando a alta para o domicílio.

As náuseas e vômitos no pós-operatório diminuem o bem-estar da criança e familiares, são uma causa importante de morbidade (hemorragia, deiscência de suturas, desidratação, alterações eletrolíticas, aspiração pulmonar), aumentam os custos do processo cirúrgico e têm um impacto negativo na percepção da qualidade dos cuidados prestados (Vieira et al., 2012, p.3).

Os vômitos nas crianças têm o dobro da incidência da dos adultos, pelo que podem provocar desidratação mais precoce devido ao desequilíbrio eletrolítico. Assim, justifica-se a identificação e sinalização das crianças com risco para vômitos no pós-operatórios (VPO), visto que estes são uma das causas mais frequentes de reinternamento em CA (Vieira et al., 2012, p.3; Bourdaud et al., 2014).

A escala de Eberhart modificada (Eberhart et al., 2004) é um instrumento que permite identificar doentes com risco de náuseas e vômitos no pós-operatório (NVPO). Avalia quatro fatores prognósticos independentes como a idade superior ou igual a três anos, tratamento cirúrgico do estrabismo/adenoidectomia/amigdalectomia, duração da cirurgia superior a 30 minutos e história de VPO/NPVO em familiares e/ou história de enjoos ao movimento (Vieira et al., 2012; Eberhart et al., 2004). Esta identificação possibilita a aplicação de esquemas profiláticos estandardizados de terapêutica como ondansetron, dexametasona e droperidol, no pós-operatório imediato em CA.

A Carta da Criança Hospitalizada menciona que as crianças devem permanecer no hospital apenas se os cuidados necessários à sua situação clínica não forem passíveis de serem prestados no seu domicílio, consulta externa ou hospital de dia (IAC, 1998). Assim, realizando uma analogia com o processo de cirurgia de ambulatório, a partir do momento em que os cuidados possam ser prestados por um adulto responsável e com a disponibilidade da UCA para esclarecimento de dúvidas em tempo real, a recuperação deve ser promovida no ambiente da criança, junto dos seus pais e cuidadores. É da responsabilidade da equipa de CA garantir a segurança do utente desde o *pós-operatório imediato até a consulta de seguimento, cumprindo sempre os critérios de alta para o domicílio* (Ojo, 2010, p. 462).

A recuperação e a preparação para a alta são categorizadas em três fases: a recuperação precoce, que se inicia aquando a descontinuação dos gases anestésicos até ao regresso dos reflexos protetores e motores; a fase intermédia de recuperação que compreende o momento em que o cliente atinge os critérios de alta para o domicílio e a recuperação tardia que envolve o retorno ao estado fisiológico pré-operatório. Assim, o foco dos cuidados de enfermagem na unidade de cuidados pós-anestésicos objetiva o retorno seguro ao estado fisiológico pré-operatório, o mais breve possível, promovido previamente pela seleção criteriosa dos clientes, eliminação das complicações previsíveis e utilização de terapêutica de curta duração/ação.

Os scores de critérios de alta como *Aldrete* de acordo com Ojo (2010) e Phillips et al (2011), promovem a tomada de decisão segura e de qualidade, contemplando a avaliação do estado

de alerta e orientação relativamente ao local; a estabilização dos sinais vitais, incluindo o controlo da dor; a diminuição de possibilidade de náusea e vômito; a avaliação da capacidade de caminhar sem tontura; se anestesia regional, o fim do bloqueio motor e sensitivo; a inexistência de hemorragia; a certificação das orientações e prescrições para a alta fornecidas pela equipa; a aceitação por parte do cliente/família da alta e a presença de um adulto responsável para o acompanhar no domicílio.

1.2.1. *Follow-up* em CA

Como referido, o número de cirurgias de ambulatório tem crescido exponencialmente, evoluindo para procedimentos e clientes mais complexos. O sucesso deste desafio é, em grande parte, suportado pelo *follow-up* realizado pela equipa de enfermagem. Todos os clientes devem ser seguidos pela equipa após a cirurgia, nomeadamente pelo cirurgião responsável, pelo anestesiologista e pelo enfermeiro de referência. O que se verifica na prática é que esta responsabilidade está alocada à equipa de enfermagem que monitoriza os parâmetros de alta e posteriormente o acompanhamento, despistando complicações e identificando qual o profissional médico que deverá assistir o cliente. Existem várias formas de completar este processo, seja presencial, através de uma visita convencional de pós-operatório, ou por telefonema. Os estudos realizados, revelam as etapas e detalhes do processo de acompanhamento pós-operatório, que se podem melhorar tendo como objetivo níveis de satisfação da população superiores (IAAS, 2014).

Apesar da estrutura informativa estar explícita e validada, as crianças/adolescentes e pais estarem informados dos eventos e expectativas das primeiras 24 horas após a alta e subsequentes, a necessidade de uma linha de suporte é essencial para a sensação de segurança. A enfermagem representa um elo muito consistente na consolidação da segurança dos pais, enquanto cuidadores e parceiros neste processo (Godden, 2010).

O cliente pediátrico, para além do comprometimento físico, está envolvido emocionalmente, socialmente e pedagogicamente (Godden, 2010). Este envolvimento é a razão para o acompanhamento dos clientes de CA, visto que após a alta para o domicílio, necessitam de referências concretas para lidar com o regresso a casa, sem receios e em segurança. O *follow-up* encerra, de certa forma, o círculo de cuidados em CA. Este acompanhamento engloba não só as orientações mais primárias relacionadas com a sintomatologia, como náuseas, vômitos e dor, como também com a orientação/aconselhamento terapêutico para o despiste de complicações. A distância entre cliente e enfermeiro é encurtada pela disponibilidade permanente de um contacto, presencial ou

telefónico, este facto possibilita um regresso mais rápido e seguro às rotinas e hábitos pré-cirurgia. As transições efetuadas pelos clientes são supervisionadas por um enfermeiro, que não estando fisicamente presente, faz parte intrínseca do processo de recuperação (Godden, 2010).

O telefonema de *follow-up* (TFU) é determinante no desenvolvimento da CA. O seu propósito objetiva o suporte ao cliente pediátrico após a alta para o domicílio e a recolha de dados específicos para a contínua qualidade do serviço (IAAS, 2014). As unidades de ambulatório recolhem e analisam dados fornecidos pelos inquiridos de satisfação e processo, respondidos pelos pais/cuidadores (Lemos e Regalado, 2006a). Assim, a cirurgia de ambulatório passa a ser uma opção que permite uma constante reavaliação de procedimentos e práticas, direcionada e dimensionada para a segurança e qualidade dos cuidados.

A IAAS reconhece o telefonema de *follow-up* como um instrumento essencial aquando a CA, nomeadamente no apoio após a alta clínica, aos clientes e famílias e na recolha de dados específicos, para o ajuste de medidas para o pós-operatório imediato no domicílio (IAAS, 2014; Crocker, Crocker e Greenwald, 2012).

O primeiro contacto após a alta deve ser realizado entre as 12 e as 24 horas após a cirurgia (Flanagan, 2009). A associação dos enfermeiros de sala de operações portuguesas (AESOP) recomenda que nas 24 horas posteriores à alta o enfermeiro deve avaliar a condição pós-operatória do cliente, através de um contacto telefónico, inquirindo-o, ou na impossibilidade deste, o seu cuidador, sobre a sua situação. Justifica-se este telefonema pela formalização da continuidade de cuidados de enfermagem e avaliação da efetividade dos mesmos (AESOP, 2012).

O telefonema de *follow-up*, surge como uma ferramenta essencial na monitorização de indicadores reveladores da eficácia dos protocolos, da eficiência da equipa, da adequação da estrutura e do grau de satisfação com a experiência ambulatorial e com a equipa.

A literatura demonstra em outras áreas o impacto positivo do TFU, ao nível do envolvimento/comprometimento dos cuidados de saúde (Crocker et al., 2012). Ao nível do controlo da dor no pós-operatório, os enfermeiros especialistas têm possibilitado aos clientes pediátricos um suporte em tempo real através do TFU, evitando deslocações desnecessárias ao hospital, para as visitas clínicas tradicionais de *follow-up* (VCTFU). A telenfermagem e a telemedicina também são referidas como alternativas para o cliente pediátrico, em situações de avaliação e controlo de dor e primeiras consultas de pós-operatório de várias especialidades (Czarnecki, Garwood e Weisman, 2007; Gunter et al., 2016).

Apesar de os clientes terem o direito de recusa de contacto salvaguardado, considera-se o TFU, a maneira mais eficaz de aproximar os profissionais e clientes/famílias intervencionados, num momento crítico de recuperação pós-cirúrgica. Informalmente, enfermeiros especializados acompanham à distância as crianças / famílias, avaliando os

efeitos secundários, dúvidas e receios, controlo da dor, mobilidade, náuseas, vômitos e outros. Estes momentos de contacto possibilitam a aplicação de inquéritos que permitem colher dados importantes para a aferição dos indicadores suprarreferidos (IAAS, 2014). O TFU representa, em simultâneo, o encerramento do ciclo do pós-operatório e o início do processo de *follow-up (...) an important element in closing the loop of the nursing process* (Godden, 2010, p. 405).

A cirurgia de ambulatório contemplou sempre no seu fluxograma a realização do TFU após a alta clínica para o domicílio. A equipa de enfermagem peri operatória tem contribuído com conhecimento científico necessário à otimização deste momento de contacto com o cliente (Flanagan, 2009). A IAAS e a Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (SPCA) disponibilizam linhas orientadoras de organização, desenvolvimento de processos e monitorização da qualidade. Dentro do desenvolvimento dos processos, fornecem orientação específica para a realização do TFU. Telefonemas com guiões estruturados e inquéritos pré-definidos, que permitem recolher os dados necessários (APCA, 2016a).

Segundo a SPCA, existem momentos determinantes de monitorização pós-operatória. Apresentam soluções orientadoras como inquéritos a aplicar que incluem um telefonema até às 24 horas de alta clínica; um telefonema aos 30 dias após a alta para o domicílio e um inquérito de satisfação, fornecido no momento da alta para resposta posterior, com possibilidade de reenvio por correio (APCA, 2016b).

O *telefonema do dia seguinte* (Anexo 1) contempla, na sua estrutura, a atribuição de uma classificação final que sugere ou não, a necessidade de repetição do TFU. Representa, em suma, um algoritmo de bem-estar do cliente, permitindo outros telefonemas se necessário ou a determinação da necessidade de recorrer ao hospital. Integra 12 itens a avaliar, que se baseiam numa conversa informal entre enfermeiro e cliente pediátrico, nomeadamente o pai/ cuidador, na maior parte das situações. As várias instituições de saúde realizam adaptações aos inquéritos, atribuindo avaliações finais do TFU conforme os parâmetros clínicos rastreados (APCA, 2016b).

As questões que compõem o TFU do dia seguinte identificam claramente por quem é atendida a chamada; como decorreu a viagem do cliente de regresso para o domicílio; como passou o cliente a primeira noite; e através de um quadro de preenchimento rápido a avaliação de itens cruciais para o pós-operatório, como a avaliação da dor, febre, náuseas, vômitos, cefaleias, tonturas, lipotimia, sonolência, parestesias, odinofagia, a possibilidade de penso repassado e hemorragia. Estes itens são avaliados pelo cliente numa escala de cinco pontos: inexistente, ligeira, moderada, severa e não aplicável. Os restantes pontos questionam a eficácia da medicação analgésica, se esta foi fornecida pela UCA e se foi suficiente ou teve de recorrer a outra suplementar; se existiu necessidade de recorrer a uma unidade de saúde após a alta da UCA- identificando a tipologia da mesma (urgência,

cuidados de saúde primários) e se a situação foi resolvida. A determinação do grau de atividade funcional também é aferida, relativamente às primeiras 24 horas.

Ponto fulcral deste telefonema é a constatação da informação fornecida previamente, se foi suficiente, deixando espaço para uma resposta aberta, em caso negativo. É também questionado o cliente sobre comentários e sugestões que queira fazer. A classificação geral do telefonema é registada pelo enfermeiro. Durante o telefonema do dia seguinte, o enfermeiro relembra ao cliente a importância do preenchimento e da devolução do *inquérito de satisfação* (Anexo 2), em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados em CA.

O inquérito de satisfação é entregue ao cliente pediátrico no momento da alta para o domicílio, com os restantes documentos orientadores. A UCA fornece o envelope de retorno, gratuito, para incentivar e facilitar a adesão ao reenvio. O inquérito compreende 26 questões, divididas em dois focos de atenção: a experiência na CA e a informação relativa ao estado de saúde do cliente. As questões abordam vários indicadores como o tempo de espera para a cirurgia; a informação pré-operatória; a acessibilidade/sinalética para a UCA; o processo de admissão; o tempo de espera até à cirurgia; as instalações; a privacidade durante o processo; a disponibilidade dos profissionais (simpatia, respeito e gentileza); a disponibilidade dos profissionais de saúde; a possibilidade de envolvimento do acompanhante; a informação fornecida no pós-operatório; a satisfação global, com a experiência na sua totalidade (APCA, 2016c).

Relativamente ao estado de saúde do cliente, é avaliada a mobilidade, os cuidados pessoais, o retorno às atividades habituais, a dor e a ansiedade.

A APCA não apresenta uma proposta adaptada ao cliente pediátrico. No entanto, a literatura sugere a necessidade da criação de um instrumento de avaliação próprio para a cirurgia pediátrica, em regime de ambulatório, que determine o impacto no aproveitamento escolar e o absentismo dos pais para acompanhamento familiar.

O *telefonema dos 30 dias* (Anexo 3), permite uma avaliação do processo do cliente, em ambulatório, visto que os indicadores de qualidade correspondem à necessidade de recorrer à urgência, necessidade de reinternamento até 72 horas e complicações até 30 dias. Neste telefonema recolhem-se as respostas dadas relativas a seis questões que identificam a adequação da informação fornecida: a marcação da consulta de especialidade; o retorno à vida diária, a readmissão até às 72 horas; o grau de satisfação, relacionado com a recomendação da experiência a um familiar e, na eventualidade de repetição, se o faria na mesma UCA. É também questionado o cliente sobre possíveis comentários e sugestões (APCA, 2016c).

Inserido no padrão de gestão documental de cada UCA, os contactos formais dos vários momentos formativos, informativos, e de recolha de informação devem estar normalizados

e descritos em procedimentos obrigatórios. Estas orientações permitem uma linguagem universal comum a todos os profissionais, agilizando os contactos/telefonemas, através do suporte de guiões descritivos do diálogo recomendável.

Consideram-se readmissões o número/proporção de casos operados em CA, readmitidos após alta para o domicílio, até um período de 30 dias, resultantes de complicações decorridas no domicílio. No entanto, as readmissões até 14 dias pós-alta, segundo a literatura, sugerem um melhor indicador de qualidade, comparativamente às cirurgias convencionais com internamento associado. Na maior parte dos centros de ambulatório a taxa é de 1,1 a 1,5% de readmissões (Tham e Koh, 2002; Ojo, 2010). Vários estudos demonstram que a readmissão ou admissão imprevista seriam evitáveis sendo (...) *essential to monitor admission rates in order to maintain a high quality of patient care in this era of cost containment admissions* (Tham e Koh, 2002, p.525). No entanto, há que referir que por muito criteriosa que seja a seleção dos clientes, existirá sempre uma pequena contribuição das causas que não se relacionam com a cirurgia em si, mas com fatores paralelos médicos, ou com os efeitos diretos de complicações relacionadas com o ato cirúrgico.

Em pediatria, a incidência de admissões imprevistas é baixa, mas significativa (0,94%). As causas previsíveis de readmissão são semelhantes às dos adultos, como as idades extremo, a duração da cirurgia e as comorbilidades associadas. Para o cliente pediátrico as complicações (...) *airway-related as postoperative hypoxia is listed as the most common cause and both OSA and intraoperative events (the most common being laryngospasm) are predictive of admission* (Whippey et al., 2016, p.6). Ainda segundo os mesmos autores, a maior parte das causas preditivas estão relacionadas com eventos diretamente ligados à intervenção anestésica, como crianças com idade inferior a dois anos, classificação ASA 3, duração de cirurgia superior a uma hora, término da cirurgia pós a 15h00, cirurgia que requeira entubação nasotraqueal (ENT), eventos intraoperatórios e apneia obstrutiva durante o sono (OSA). Estes fatores permitem estratificar a seleção de clientes candidatos a CA, de modo a controlar os resultados, qualidade e segurança desta modalidade cirúrgica (Nolan, 2016).

1.3. Satisfação em cirurgia de ambulatório

A satisfação do cliente pediátrico (criança/adolescente e família) envolve uma série de fatores e cumprimento de critérios. Depende diretamente das expectativas e informação disponibilizada previamente, sobre a cirurgia de ambulatório em pediatria (Rhodes, Miles e Pearson, 2006).

A satisfação é entendida como

patient satisfaction depends on the congruence between what patients expect and what occurs to them; patients remain satisfied as long as there are no major discrepancies between what is expected and their actual experience. Patients seem to be more concerned with the interpersonal skills of hospital staff (i.e., how nice the staff are to the patient) than with their technical skills and competence, having sometimes difficulty in fully understanding or judging the care (outcomes) that they receive (Lemos e Regalado, 2006a, p. 264).

A cirurgia de ambulatório pediátrica oferece muitas vantagens ao cliente pediátrico: elevada qualidade de cuidados prestados por uma equipa especializada em pediatria; estadia e tempo de recuperação curtos, que evidenciam os avanços clínicos e tecnológicos na cirurgia e anestesia; níveis de stresse inferiores causados pela separação da criança e família, visto que os pais/cuidadores significativos acompanham-na durante quase todo o processo e a diminuição de custos para as instituições (ausência de internamento tradicional, por exemplo) (Bittmann e Ulus, 2004). Segundo estes autores, a satisfação parental está associada à equipa cirúrgica resultante do tratamento global da criança/ adolescente; à equipa de enfermagem, no que diz respeito à informação fornecida durante o processo e ao TFU, que tem impacto positivo e valor na satisfação do cliente pediátrico.

A satisfação é um foco de atenção para os profissionais de saúde (prestadores), para os clientes/doentes (consumidores) e para os restantes *stakeholders*. Entender o que influencia a satisfação do cliente tem sido um desafio para as organizações. A construção de um instrumento que permita a medição da satisfação incentiva os investigadores, em saúde. No entanto, o verdadeiro desafio é utilizar um método justo de avaliação, com instrumentos multidimensionais, que permitam que a satisfação possa ser expressa sobre vários componentes, em detrimento de uma satisfação geral e generalizada, visto que níveis de insatisfação não significam, necessariamente, ineficiência ou ineficácia (Ofili, 2014).

A dimensão da satisfação em cuidados cirúrgicos pediátricos é influenciada pela contínua parceria de cuidados entre prestadores, cuidadores e o cliente em si. A experiência resume-se a factos que marcam o processo pela negativa ou pela positiva, como tal identificar essas dimensões torna-se essencial, para desenvolver e adaptar indicadores que nos transportem para dados significantes para a monitorização e evolução dos cuidados em cirurgia pediátrica de ambulatório.

Donadedian (1988) sugere e sustenta a teoria de que um instrumento de avaliação da satisfação do cliente (inquérito) deve contemplar três dimensões: o valor entendido e atribuído pelo cliente quando procura cuidados de saúde; a competência dos profissionais e

a qualidade dos recursos disponíveis para o tratamento e a gestão do processo de tratamento dentro da instituição (Ofili, 2014).

Ao longo dos anos os investigadores tentaram desenhar a melhor estratégia e abordagem ao cliente de saúde, enquanto consumidor de cuidados. Ofili (2014) fez uma revisão destas abordagens e métodos, reconhecendo um maior potencial na metodologia qualitativa. No entanto, a combinação dos métodos quantitativo e qualitativo permite que em áreas sensíveis como a saúde, se obtenha para além de respostas diretas, incisivas e claras a compreensão das razões dessas respostas (Ereaut, 2007). Assim, inquéritos, que incluam perguntas abertas reflexivas, dirigidas à CA, seriam o melhor instrumento de recolha de dados (Ofili, 2014). A salvaguarda dos interesses do consumidor como ponto central da investigação permite elevar a qualidade dos dados recolhidos, do ponto de vista de fiabilidade e replicação da experiência investigacional.

A CNADCA (2008) descreve, no seu relatório final, que as UCA's com o nível mais elevado de satisfação (muito satisfeito) estão relacionadas com a disponibilidade de um contacto telefónico do hospital, como o facto de o cliente ter recebido o TFU no pós-operatório; com a apresentação das instalações da UCA, através de visita guiada; e de terem sido consideradas e questionadas as condições sociofamiliares. Como tal, a satisfação, em cirurgia de ambulatório pediátrica, não é um indicador isolado, mas um conjunto multifactorial de perspetivas que contribuem para um resultado final percecionado pelo cliente- muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito, nada satisfeito, insatisfeito.

There is growing recognition that a capacity to evaluate and report on quality is a critical building block for system wide improvement of health care delivery and patient outcomes (IAAS, 2014, p. 73).

O momento presente, na realidade dos cuidados de saúde, obriga a que sejam medidos, avaliados e otimizados os resultados obtidos. Além de uma ferramenta de ajuste e mudança, este processo surge como uma obrigação das tutelas para com os doentes/clientes e profissionais. A segurança e a qualidade são itens obrigatórios a par das reduções e otimizações de custos (Burden, 2006). *Outputs* e *Outcomes* transformam-se na gíria comum de quem gere instituições de saúde. Neste sentido, a cirurgia de ambulatório não é exceção e a monitorização de indicadores de qualidade é essencial para a prática.

A avaliação destes indicadores tem duas perspetivas, a dos profissionais de saúde que, apoiados na melhor evidência científica disponível, obtêm informação proveniente da investigação, no que diz respeito a riscos, benefícios e resultados de intervenções - base decisória para intervenções mais efetivas, e a dos gestores cuja disponibilidade de dados, contribui para estratégias mais efetivas para e melhorar a prestação de cuidados (IAAS, 2014). *It can be used at various points in the health care cycle, from prevention, to treatment, to rehabilitation and recovery (Windle, 2005, p. 351).*

Os indicadores são normas, critérios, orientações que permitem medir quantitativa ou qualitativamente a qualidade dos cuidados prestados. Assim, devem ser frequentes, válidos, fiáveis e refletir um aspeto importante da qualidade (IAAS, 2014). Devem traduzir a competência da gestão, os cuidados prestados aos clientes, o financiamento do processo e a produtividade/eficiência dos profissionais envolvidos (Burden, 2006).

Os indicadores propostos pelas IAAS (2014) são distinguidos em dois patamares com margem de progressão: essenciais e ideais. Ambos sub-categorizados em sete dimensões: a acessibilidade, que pode incluir a disponibilidade à população do regime de CA ou o tempo de espera entre o diagnóstico e a cirurgia; o processo, que contempla o trabalho da equipa em prol do cliente, como por exemplo, a percentagem de clientes que tiveram a consulta pré-anestésica; o *output*, que enumera o número de procedimentos realizados em regime de ambulatório, em determinada especialidade, entre outros; o *outcome*, que pode traduzir-se na identificação das taxas de readmissões até às 24 horas, 7 dias ou taxa de reintervenção; a segurança, que avalia percentagens de infeção cirúrgica, sepsies pós-operatória, erros com medicamentos, entre outros; a satisfação, taxa de queixas escritas após a alta, sejam clínicas, comportamento da equipa ou organizacionais e custo/produtividade.

Identificar os *melhores* resultados (*outcomes*) relacionados com a cirurgia de ambulatório, permite otimizar as práticas seguras, equilibrar o custo-benefício e aumentar o grau de satisfação (Burden, 2006). Os *outcomes* podem ser distinguidos em clínicos (figura 3) e em administrativos (figura 4).

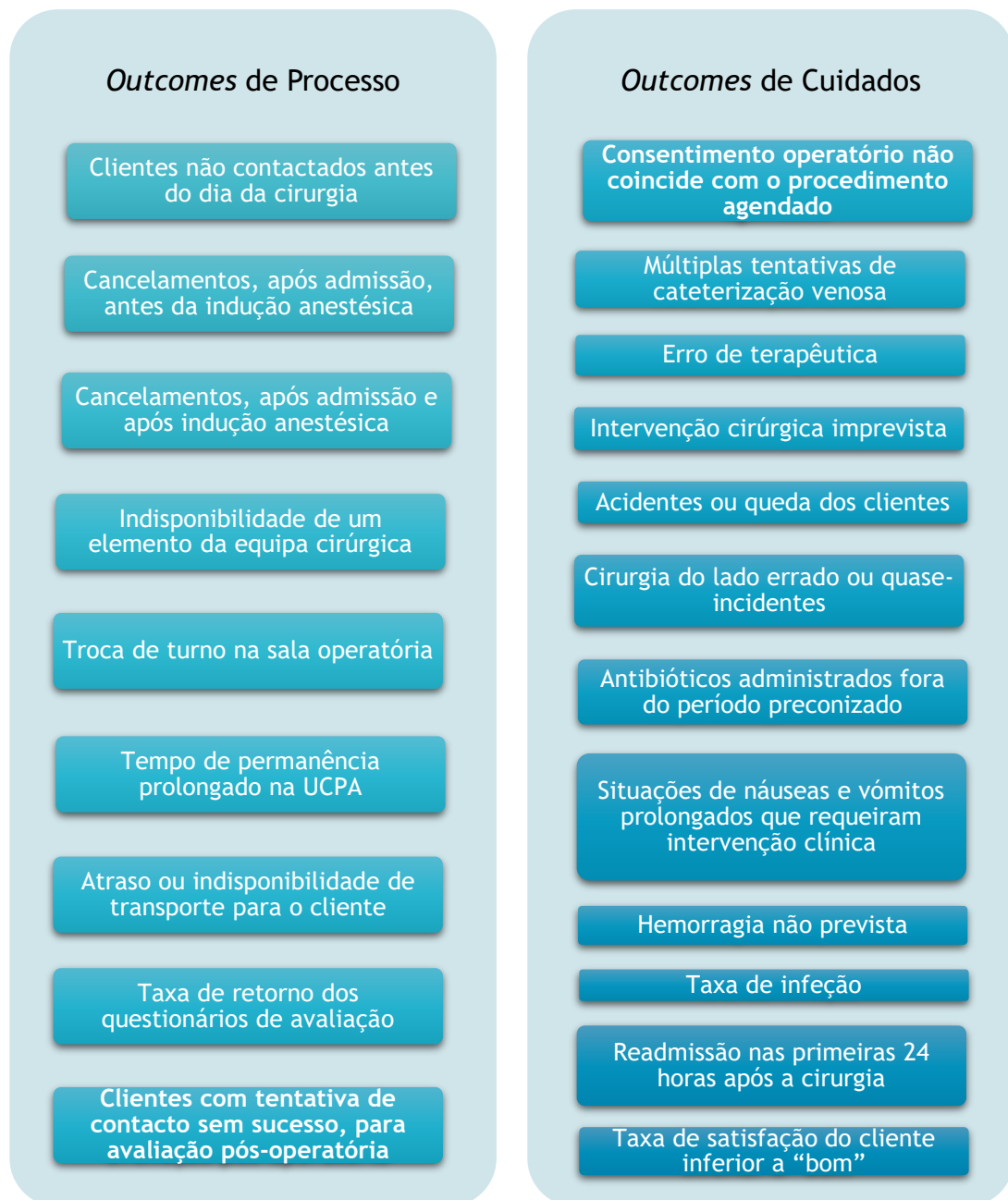


Figura 3- Outcomes Clínicos

Fonte: Adaptado de Burden, 2006, p. 343.

A avaliação dos resultados é essencial para as unidades de cirurgia de ambulatório, mas a mais valia será a possibilidade de *benchmarking* (dos dados recolhidos internamente com os de outras fontes). O cruzamento de dados permite despertar para outras possibilidades, estratégias e diferentes perspetivas de CA (Burden, 2006).



Figura 4- Outcomes Administrativos

Fonte: Adaptado de Burden, 2006, p.343

A operacionalização e monitorização de todos estes pressupostos prendem-se com uma estratégia de gestão, que se deseja participada, rigorosa, atenta e curiosa (CNADCA, 2008, p. 182).

Um instrumento que permita uma avaliação sobreponível em indicadores, possibilitaria uma exponencial progressão na comparação de unidades de cirurgia de ambulatório pediátrica. Assim, urge encontrar e validar um modelo exclusivamente pediátrico que claramente

defina o processo e a relevância do mesmo; a clareza e a tendência para a simplicidade da estratégia; a monitorização dos resultados; a definição de estratégias relacionadas com as variações detetadas e a comunicação e benchmarking dos resultados (Lemos e Regalado, 2006a).

2. REFERENCIAL METODOLÓGICO

A evidência científica abre um leque de possibilidades e orientações para a melhor prática em cuidados de saúde. A prática deve ser pautada pelas melhores decisões clínicas, que se pretendem consensuais na sua aplicação e sustentadas na sistematização de trabalhos científicos. *It is not enough to do your best; you first have to know what to do and then do your best* (Deming, 2018).

2.1. A Prática Baseada na Evidência e a Revisão Sistemática da Literatura

A prática baseada na evidência (PBE) reflete maior qualidade nos cuidados, maior efetividade nos resultados dos clientes, redução de custos e maior satisfação profissional, comparativamente às abordagens tradicionais (Stilwell et al., 2010). Considerada uma das maiores evoluções das últimas décadas, representa o método, em si, e a ideologia. Partindo do pressuposto de que a ideologia flui do princípio ético de que o cliente tem direito aos cuidados e intervenções mais efetivos disponíveis, a PBE será a metodologia que permitirá a implementação consistente dessas intervenções (Polit e Beck, 2011).

Segundo Polit e Beck (2011), o movimento PBE começou com Archie Cochrane, em 1970, com o lançamento de um livro que espelhou a falta de dados sólidos sobre os efeitos dos serviços de saúde. O caminho iniciou-se com equipas médicas e outros profissionais no círculo da saúde, que iniciaram resumos de pesquisas, no sentido de sintetizar e orientar para as melhores decisões em saúde. Nasce assim a *Cochrane Collaboration*, sediada atualmente em locais estratégicos por todo o mundo. Outros grupos se formaram e distinguiram, quer pela qualidade das investigações produzidas, quer pela visibilidade das publicações disponibilizadas, para uma comunidade interessada em fazer parte do principal paradigma do sistema de formação educacional- a prática baseada na evidência.

A PBE assenta na tríade da síntese da melhor evidência externa ou de pesquisa, na experiência do profissional que é desafiado e nos valores, crenças e preferências do cliente (Sampaio e Mancini, 2007). Assim, o paradigma é sustentado pela sua metodologia, ou seja, a superação dos desafios constantes, propostos pelo dinamismo e crescente informação

disponibilizada, resultando em conclusões tanto mais robustas quanto maior for o rigor na sistematização dos métodos.

Os profissionais de saúde são alvo de informação diária sobre práticas recomendadas, normas e protocolos instituídos nas organizações onde trabalham. No entanto, são necessárias habilidades e competências de ajuste e adequação da informação ao contexto e prática diária, logo há que capacitar os enfermeiros para esta destreza mental (D'Souza, 2015). A avaliação crítica das informações científicas possibilitará a diminuição da incerteza na tomada de decisão clínica (Sampaio e Mancini, 2007).

Existem métodos formais de síntese de evidência, que permitem dar resposta a uma questão de partida. Tanto mais robusta será a conclusão, quanto mais diversos forem os estudos que investigam a intervenção, assim dados diferentes que suportem as mesmas conclusões, serão o desejado. Os métodos sistemáticos, como as revisões sistemáticas e meta-análises, são os mais adequados (Sampaio e Mancini, 2007).

O objetivo máximo da RSL será uma síntese que apoie a tomada de decisão clínica, atendendo sempre ao profissional/decisor, contexto e cliente. Para tal, serão necessárias as melhores e mais atualizadas fontes de informação, a melhor avaliação crítica, a evidência mais forte e a melhor integração das evidências vs experiência clínica (Sampaio e Mancini, 2007).

A revisão sistemática da literatura (RSL) é *considerada como um projeto de investigação em si mesmo* (Marques et al., 2008, p.172). A questão de partida do estudo tem de ser concreta e concisa e as fontes de informação credíveis incluindo estudos criteriosos e reprodutíveis. A seleção dos artigos, obriga a uma metodologia e critérios específicos, e à classificação da qualidade da informação obtida (Marques et al., 2008).

A finalidade de uma revisão sistemática de literatura é reunir evidência da literatura para responder a questões sobre a eficácia de uma intervenção numa condição específica (JBI, 2015).

2.2. O Modelo de Referência Metodológica para Revisões Sistemáticas da Literatura

O desenvolvimento do presente estudo baseou-se nas orientações do Instituto Joanna Briggs®. Este instituto tem um papel essencial na identificação de resultados úteis e eficazes para a prática de cuidados de saúde de qualidade e na união de centros internacionais de investigação, criando pontes entre os colaboradores, grupos e profissionais especialistas

(JBI, 2015, 2017a). Este papel aglutinador e gerador de prática baseada na evidência confere-lhe um estatuto de liderança na produção, disseminação e disponibilização da melhor evidência científica possível, para que emergam cada vez mais decisões clínicas sustentadas e fundamentadas.

O JBI® é uma organização sem fins lucrativos, com sede na Austrália e foi uma iniciativa conjunta do *Royal Adelaide Hospital* e da *University of Adelaide*. Assim, tornou-se um dos institutos reconhecidos da *University of Adelaide* e da *Faculty of Health Sciences* (JBI, 2015, 2017a). A operacionalidade do instituto tornou-se efetiva em 1996.

O Instituto colabora com 77 entidades em todo o mundo, nos cinco continentes, existindo na Europa, cerca de 14 centros que fortalecem a sua ação e cooperação através de projetos conjuntos, de interesse partilhado, difundindo a sua participação-ação. Em Portugal o *Portugal Centre of Evidence Based Practice* (PCEBP) é um centro afiliado da JBI®, acolhido pela Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA-E, 2015). O papel das entidades colaboradoras incide na difusão do conhecimento, apoiando a síntese, a transferência e utilização da melhor evidência disponível.

O primeiro modelo de Cuidados de Saúde baseados na Evidência do Instituto Joanna Briggs® (JBI) foi publicado em 2005 (figura 5) e desde esse momento tem constituído uma referência na literatura (Jordan et al., 2016). O modelo retrata quatro importantes componentes da prática baseada na evidência, em saúde: a *geração* de evidência, a *síntese* da evidência, a *transferência* da evidência e a *utilização* da evidência (Jordan et al., 2016).



Figura 5- Modelo Conceitual de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência JBI® de 2005
 Fonte: Jordan et al, 2018a, p. 6.

O modelo de 2005 descreve um processo cíclico que desencadeia interrogações, preocupações e interesses gerando a identificação de necessidades globais de cuidados de saúde. A geração de evidência identifica o discurso, a experiência e a investigação como meios legítimos de produção de evidência ou conhecimento. A exigência e desafio que se impõe é a forma como a evidência é retrata e sintetizada e a análise desse trabalho é transferida como indicador/ orientação para auxílio na tomada de decisão clínica (JBI, 2015). Se numa primeira etapa a síntese da evidência é concetualizada de acordo com a teoria, a metodologia e a revisão sistemática da evidência, num segundo momento a transferência ocorre ao nível mundial, individualmente para os profissionais de saúde e sistemas de saúde, através de publicações, media, educação e formação, e sistemas de apoio à decisão. Assim, o terceiro momento de utilização da evidência relaciona a

implementação da mesma na prática gerando mudanças e alternando paradigmas (Pearson, Richardson e Cairns, 2004).

O modelo foi revisto (figura 6) com o objetivo de se compreender a sua utilidade para profissionais de saúde, investigadores e *stakeholders* da saúde (Jordan et al., 2018)



Figura 6- Versão atual do Modelo Conceitual de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência, JBI®
Fonte: Jordan et al, 2018b, p. 3.

O facto de o discurso a nível internacional ter mudado, na última década, relativamente à evidência científica, no sentido da sua célere tradução em orientações, políticas e práticas correntes normalizadas, representou uma oportunidade para rever o modelo e refletir incrementando a sua relevância na prática e raciocínio lógico.

O atual modelo indica como princípios abrangentes a **Cultura**, a **Capacidade**, a **Comunicação** e a **Colaboração**, considerando que os (...) “inner wedges” provide the Institute’s conceptualisation of the steps involved in the process of achieving an evidence-based approach to clinical decision-making while the “outer wedges” operationalise the

component parts of the model and articulate how they might be actioned in a pragmatic way (Jordan et al., 2016, p.3).

Os degraus que estavam representados exteriormente no modelo de 2005 encontravam-se articulados com o centro (côr vermelha), possibilitando uma leitura fácil do modelo e uma harmonia eficaz (Jordan et al., 2016). Uma das mais efetivas alterações em termos de significância está relacionada com a relação/ articulação com os conceitos centrais. Ao analisarmos o modelo de 2005 podemos verificar que não está bem definida a forma como se relacionam e interdependem. No modelo corrente, o conceito está representado por setas, explicando a continuidade do círculo e sua interdependência. Esta representação inovadora demonstra que o processo não é linear mas mutável e moldável através do processo de aprendizagem (Jordan et al., 2016).

A clareza da direção teria de ser evidente e demonstrada no novo modelo (Jordan et al., 2016). Assim, o novo modelo procura dar resposta aos que procuram a produção de evidência científica, definindo um caminho claro de transferência dessa produção, bem como aos profissionais que na sua decisão clínica diária entendem que a PBE é o caminho que elevará os cuidados de saúde, baseados em investigação de qualidade.

2.3. Fases Metodológicas da Revisão Sistemática da Literatura

O centro da síntese da evidência é a RSL sobre uma intervenção, condição ou interesse particular (Joanna Briggs, 2017b). Assim, retrata uma análise de toda a evidência disponível e um juízo sobre a eficácia, ou não de uma prática, que envolve várias etapas de elaboração (Joanna Briggs, 2017b), (figura 7).

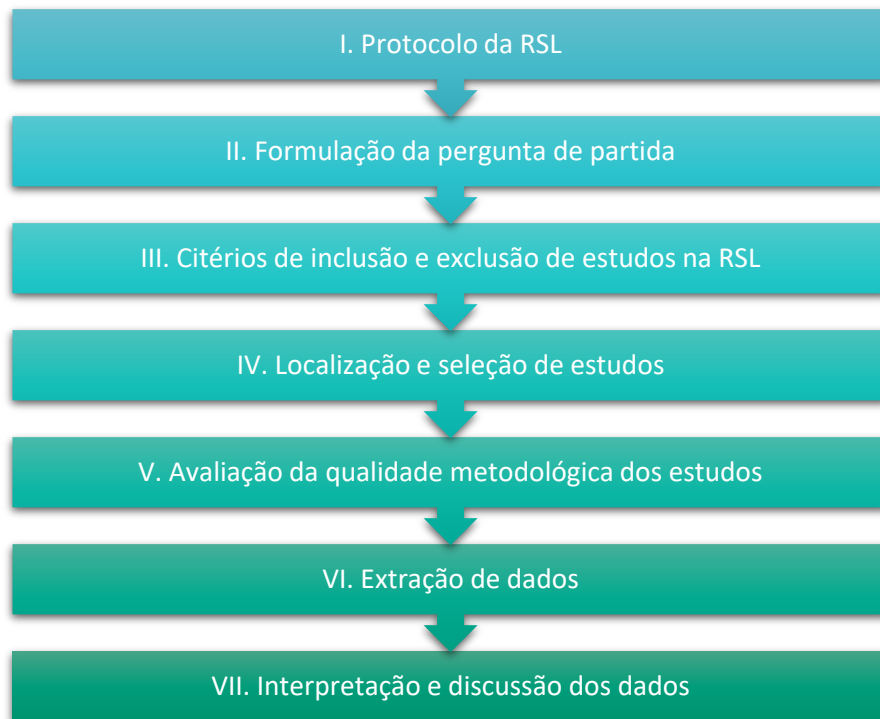


Figura 7- Orientações para a elaboração de RSL

Fonte: Adaptado de JBI (2015)

I. O desenvolvimento de um protocolo rigoroso de RLS

O protocolo é uma ferramenta que permite orientar as etapas a seguir num determinado estudo. Este documento formal tem o objetivo de descrever o processo de decisão associado à seleção dos estudos primários, definindo e documentando todos os passos a serem executados no estudo secundário (Pereira e Bachion, 2006).

O protocolo é um processo adaptável na medida que a investigação gera resultados e descobertas, em todos os níveis e etapas. A adaptabilidade do investigador deve estar explanada ao longo das novas descobertas. Assim, considera-se este processo interativo, na medida em que o investigador pode rever e ajustar o seu protocolo para que se atinjam os objetivos propostos (JBI, 2015).

II. Formular a questão de partida

A RSL inicia-se com a definição do problema e com a formulação da questão de partida (Polit e Beck, 2011).

Uma RSL requer uma questão de partida clara, uma vez que a partir desta são definidos os objetivos e toda a estrutura da revisão, determinando, desta forma, a sua validade externa (Higgins e Green, 2011). Nesta fase definem-se os participantes, as intervenções e resultados

a avaliar (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004; Higgins e Green, 2011; Sampaio e Mancini, 2007). A pergunta pode ser específica ou abrangente, contudo, quando é abrangente deve ser dividida em questões específicas (CDR, 2009).

A questão de partida pode ser constituída por três ou quatro partes, dependendo se existe comparação: doente/problema, em que se define os participantes; intervenção, na qual se define a intervenção, teste ou exposição em que se está interessado; comparação da intervenção, caso exista, deve expor a intervenção alternativa; e, resultados onde se explica os resultados benéficos vs prejudiciais (figura 8).

A questão de partida é essencial neste processo, pois facilita a pesquisa, permite a seleção da melhor evidência e decidir criteriosamente se a mesma é ou não aplicável nos contextos da prática (Craig e Smyth, 2004).

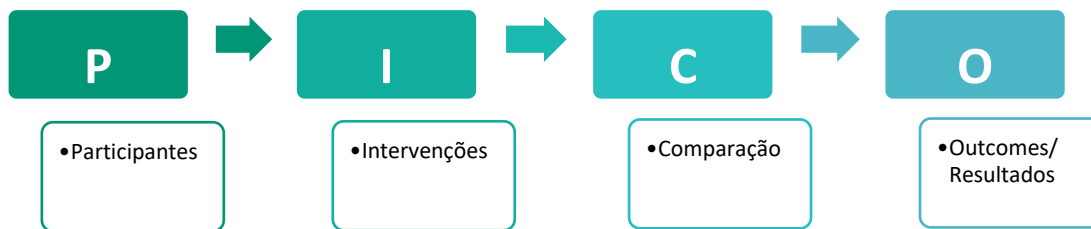


Figura 8- Metodologia PICO

Os constructos-chave que delineiam a questão de partida devem ser definidos. Assim, está aconselhada uma pesquisa inicial na literatura, pois pode auxiliar a definição dos tipos de resultados adequados (CDR, 2009).

A procura dos descritores *MeSH*® é importante para fortalecer a pesquisa e assim assegurar uma procura abrangente. Estes descritores classificam os artigos segundo as palavras-chaves, sendo uma marca registada dos *United States National Library of Medicine* (Craig e Smyth, 2004).

Existem ainda os Descritores em Ciências da Saúde (*DeCs*®) expressos em três línguas- inglês, português, criados pela BIREME, que permitem a indexação de artigos de revistas de acordo com uma linguagem única.

Na pesquisa, a junção de palavras é realizada usando três conceitos fundamentais - OR, AND, NOT- denominados de operadores lógicos ou booleanos. Estes operadores permitem expandir ou restringir a pesquisa. Representando AND a interseção, OR união e NOT exclusão são utilizados juntamente com os descritores e, combinados de diferentes formas, podendo modificar o resultado da pesquisa (Craig, e Smyth, 2004).

III. Critérios de inclusão e exclusão

Nos estudos de revisão sistemática da literatura os artigos devem ser selecionados mediante critérios de inclusão pré-estabelecidos (Pereira e Bachion, 2006). A definição dos critérios de inclusão deve ser rigorosa de forma a não excluir estudos que possam ser úteis para a pesquisa ou então, incluir estudos desnecessários ou com informações que não poderão ser comparadas e sintetizadas com os restantes estudos (CDR, 2009).

Os critérios de inclusão devem permitir abarcar todos os estudos de interesse, pois se forem demasiado restritivos, poderá existir risco de enviesamento dos resultados. Por outro lado, se forem muito amplos a RSL poderá conter informações de difícil comparação e/ou sintetização (CDR, 2009).

IV. Localização e seleção de estudos

Definida a questão de partida e os critérios de inclusão/exclusão, devem estabelecer-se as estratégias de pesquisa, de forma a identificar os estudos a incluir na RSL. Assim, os investigadores devem escolher as bases de dados relevantes para a área de conhecimento e seleccionar as palavras-chaves ou descritores (Stilwell et al., 2010). O uso de apenas uma base de dados não é recomendado (Sargeant, Rajic e Ohlsson, 2006; Berwanger et al., 2007).

A procura dos estudos na literatura é uma etapa fundamental na RSL e deve incluir material publicado e não publicado. A estratégia de pesquisa da RSL deve identificar todos os artigos relevantes e necessários. As listas de referências dos artigos encontrados devem ser verificadas. Uma pesquisa realizada somente em bases de dados pode não ser capaz de identificar todos os documentos relevantes (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004).

Idealmente, dois investigadores devem pesquisar e seleccionar os estudos de forma independente (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Em caso de não concordância relativamente à inclusão de algum artigo, deverá ser consultado um terceiro investigador (Pereira e Bachion, 2006).

De forma a sistematizar o processo de seleção dos estudos poderá ser desenvolvido um instrumento de triagem. Este consiste numa lista de questões, que permitam definir rapidamente a inclusão ou exclusão do estudo (Sargeant, Rajic e Ohlsson, 2006).

No que concerne às duplicações, estas devem ser identificadas e consideradas nos resultados como único estudo. É necessário avaliar se existem discrepâncias entre as duplicações e, em caso afirmativo, os autores devem ser consultados (CDR, 2009).

V. Avaliação Crítica dos estudos

A RSL depende diretamente dos estudos nela incluídos, como tal a sua qualidade metodológica deve ser avaliada. A qualidade dos estudos incluídos na RLS pode comprometer a credibilidade da mesma. A inclusão de estudos com baixa qualidade poderá condicionar e comprometer a fiabilidade dos resultados (Berwanger et al., 2007). A avaliação crítica é a etapa onde os estudos incluídos e selecionados são avaliados para a sua inclusão na RSL, tendo em conta o rigor metodológico, a finalidade e objetivo do estudo e relação com a questão, a descrição da metodologia que permite a reprodutibilidade por outros investigadores. O principal objetivo da avaliação da qualidade metodológica é identificar a proximidade dos resultados, da realidade de uma determinada população de interesse, para o estudo (CDR, 2009).

A análise metodológica proporcionará a verificação do desenho e orientação do estudo, para que a possibilidade de vieses não se coloque. Envolve a consideração do risco de viés, objetividade das evidências, heterogeneidade (inconsistência dos resultados), precisão das estimativas de efeito e risco de viés de publicação (Higgins e Green, 2011).

Os vieses podem ser ocasionados por erros de desenho de estudo e orientação, influenciando negativamente os resultados (Berwanger et al., 2007; CDR, 2009). O nível de evidência e o grau de recomendação dos estudos incluídos deve ser classificado (Pereira e Bachion, 2006).

Há uma variedade de listas de verificação e ferramentas disponíveis para avaliar sínteses de pesquisas e revisões sistemáticas. A maioria das listas de verificação considera uma série de critérios que podem ser classificados como "atendidos", "não atendidos" ou "imprecisos" e, em alguns casos, como "não aplicável". A decisão de incluir ou não um estudo pode ser feita com base no cumprimento de uma proporção predeterminada de critérios. A JBI® (2017b) desenvolveu listas, que estão disponíveis, que incluem uma série de critérios que devem ser validados para obtenção de um resultado final de inclusão ou não do estudo (JBI, 2017b).

Decisões sobre um sistema de pontuação ou qualquer limite para exclusão devem ser tomadas e acordadas por todos os revisores antes do início da avaliação crítica.

A etapa de avaliação crítica dos estudos é determinante para a RSL, como tal, exige-se aos investigadores conhecimentos na área da metodologia de investigação e análise estatística (Pereira e Bachion, 2006).

VI. Extração de dados

O processo de extração de dados visa sumarizar os detalhes pertinentes de cada estudo. É desenvolvido para compilar os resultados que dão resposta à questão de partida da RSL.

Neste processo utiliza-se um formulário de extração de dados é habitualmente adaptado para que, os dados sejam específicos, no que concerne à pergunta de partida (JBI, 2015). Este processo deve ser sistematizado, bem definido, para assegurar e garantir o rigor científico e evitar vieses (Higgins e Green, 2011).

O protocolo deve conter a descrição dos procedimentos utilizados, nomeadamente a metodologia de extração de dados, quantos investigadores a realizaram, se foi necessário um terceiro investigador e se foi realizado pré-teste do instrumento a utilizar para a extração dos mesmos. As discordâncias entre investigadores devem ser reportadas bem como os métodos de resolução das mesmas.

O instrumento de extração de dados deve ser elaborado cuidadosamente para evitar a possibilidade de falsos-positivos, provenientes da exploração de informações na procura de resultados favoráveis ao estudo (Berwanger et al., 2007).

A RSL será baseada nos dados recolhidos nesta fase, como tal o instrumento de recolha dos mesmos deve ser testado (Bettany-Saltikov, 2012; Higgins e Green, 2011). A extração deve seguir a forma como o estudo foi realizado, incluindo metodologia, participantes, contexto, intervenção, desfecho e dados e resultados finais.

VII. Interpretação e discussão dos resultados

Nesta fase deve sumarizar-se e categorizar-se a evidência encontrada. A apresentação deve ser clara e lógica e os resultados devem ser relacionados explicitamente com os objetivos estabelecidos previamente, nomeando todas as referências encontradas nos estudos integrados na revisão (JBI, 2017b).

O investigador baseado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos na RSL, realiza a comparação dos mesmos com o campo teórico. A discussão dos dados vai permitir relacionar as implicações da evidência com a transferência prática da mesma, devendo ser clara e salientar os principais resultados e a explicação subjetiva do seu significado (CDR, 2009). Este conhecimento vai permitir encontrar hipóteses explicativas para as evidências encontradas (JBI, 2017b).

As limitações da RSL devem ser explanadas, pelo investigador, bem como, a qualidade dos estudos incluídos, a significância dos efeitos observados, a consistência desses efeitos e a aplicabilidade dos resultados (Sampaio e Mancini, 2007).

2.3.1. Nível de evidência científica

A síntese de evidência da RSL é dirigida a uma determinada intervenção, condição ou problema, como tal, o processo é uma análise sobre a literatura disponível e um juízo sobre a eficácia ou não de determinada prática que envolve etapas complexas (JBI, 2015, 2017a).

Os níveis de evidência são obtidos recorrendo à escala FAME, acrónimo de *Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness, Effectiveness* (Jordan et al., 2018a, p.230):

- **Feasibility** (Viabilidade) - A viabilidade da evidência está relacionada com as condições culturais, físicas e financeiras de um determinado ambiente;
- **Appropriateness** (Adequação) - A adequação está relacionada com o facto de uma intervenção ser, ou não, apropriada para uma determinada situação;
- **Meaningfulness** (Significância) - A significância está presente, na medida em que a intervenção/atividade é experimentada de forma positiva relativamente à experiência pessoal, opiniões, valores, pensamentos, crenças e interpretações de clientes ou clientes;
- **Effectiveness** (Eficácia) - A eficácia refere-se ao facto de que determinada intervenção, quando usada apropriadamente, atinge o efeito pretendido.

Os níveis de evidência de eficácia clínica refletem-se as atuais normas internacionais. Analisar a viabilidade e/ou relevância dos resultados de investigação para os cuidados de saúde, é um dos objetivos do JBI®, que preconiza a incorporação de níveis de evidência com critérios específicos para a avaliação dos estudos incluídos (JBI, 2015). Os níveis de evidência propostos pela JBI® apresentam-se na tabela 1.

Tabela 1 - Modelo de Hierarquia de Evidência proposto pelo Instituto Joanna Briggs®

Nível	Origem das evidências
I	Evidência obtida a partir de RSL que contêm apenas ensaios clínicos controlados randomizados.
II	Evidência obtida a partir de, pelo menos, um ensaio clínico controlado randomizado.
III-1	Evidência obtida a partir de ensaios clínicos controlados bem delineados, sem randomização.
III-2	Evidência obtida a partir de estudos de coorte bem delineados ou caso-controlo, estudos analíticos, preferencialmente de mais de um centro ou grupo de pesquisa.
III-3	Evidência obtida a partir de séries temporais múltiplas, com ou sem intervenção e resultados dramáticos em experimentos não controlados.
IV	<i>Evidência obtida a partir de pareceres de autoridades respeitadas, baseadas em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comités de especialistas</i>

Fonte: Adaptado de JBI (2015)

3. ESTUDO EMPÍRICO

O presente estudo pretende desenvolver a investigação empírica, realizada e alicerçada nas orientações do JBI e do Manual de Revisores do Instituto Joanna Briggs (2017b).

Os pormenores metodológicos são descritos e justificados de uma forma que se pretende clara, concisa e de inequívoca objetividade, para que a força da RSL esteja visível na discussão e relevância dos dados apresentados.

3.1. Tipo de Estudo

Este estudo consiste numa Revisão sistemática da Literatura de abordagem quantitativa e qualitativa e segue o protocolo, previamente determinado.

3.2. Objetivos da Revisão Sistemática da Literatura

Os objetivos permitem clarificar aquilo que se espera especificamente alcançar com a realização do estudo (Polit e Beck, 2011). Os objetivos delineados para a presente RSL foram:

Objetivo geral

- Obter evidências científicas no sentido de compreender a importância do telefonema de *follow-up* na satisfação do cliente pediátrico e sua família, em contexto de cirurgia de ambulatório, através de uma revisão Sistemática da Literatura.

Objetivos específicos

- Identificar e avaliar todos os estudos disponíveis sobre importância do telefonema de follow-up na satisfação do cliente pediátrico;
- Resumir e sintetizar as evidências emergentes da literatura sobre importância do telefonema de follow-up na satisfação do cliente pediátrico;
- Contribuir para a elaboração de um documento orientador para a realização do telefonema de *follow-up* pediátrico.

3.3. Protocolo da Revisão Sistemática da Literatura

O Protocolo da RSL deve integrar determinados constituintes nomeadamente o título da revisão, a questão de investigação, os critérios de inclusão, o método de identificação de evidências científicas, o método de seleção inicial dos estudos, a qualidade metodológica dos estudos e a extração de dados.

3.3.1. Título da revisão

O telefonema de *follow-up* e satisfação do cliente pediátrico, em cirurgia de ambulatório:
Revisão sistemática da literatura.

3.3.2. Questão de investigação

Qual a importância do telefonema de follow-up na satisfação do cliente pediátrico, em contexto de cirurgia de ambulatório?

Considerando-se como população as crianças/adolescentes submetidos a cirurgia de ambulatório; como intervenção o telefonema e como resultado a satisfação do cliente

pediátrico (tabela 2).

Tabela 2: Pergunta PICO

População	Intervenção	Comparação	Outcome - Resultado
Crianças/adolescentes submetidos a cirurgia de ambulatório	Telefonema de follow-up (em cirurgia de ambulatório)	_____	Satisfação do cliente pediátrico

Formulada a questão de investigação, importa identificar e clarificar conceitos que vão definir e facilitar a pesquisa de forma a tornar as variáveis de investigação mais funcionais:

- **Criança** - *todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo* (UNICEF, 2004, p.6). Na investigação em causa, para além do limite e inclusão do período da adolescência-19 anos (WHO, 2002, 2012), incluiremos todos os indivíduos até aos 21 anos de idade (HRPO, 2012; AAP, 2017) devido à variedade de legislação de maioridade, relativa a casamento, votação, condução, ingestão de álcool e condições para seguradoras inerentes, em diferentes países, e no mesmo país em diferentes estados/regiões;
- **Cirurgia de ambulatório** - *(...) intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais legis artis* (DR, 2013, p. 2495). Outros autores sugerem que é um procedimento que implica cuidados pós-operatórios mínimos, que podem ser administrados no domicílio, pelos cuidadores (adulto responsável), com informação e orientações prévias dos profissionais de saúde (Le et al., 2007). Temporalmente a alta pode ir até 24 horas após o procedimento, com ou sem pernoita do cliente;
- **Telefonema de follow-up**- é um dos procedimentos recomendados para avaliação da satisfação do cliente pediátrico e família, submetido a cirurgia, em regime ambulatório. É uma ferramenta de apoio que pode ser usada pelos enfermeiros, e permite a monitorização da recuperação do cliente, o reforço/sistematização da informação pré-operatória fornecida e a avaliação da performance dos profissionais de saúde (Kleinpell, 1997; Le et al., 2007; Stewart, 2015);
- **Satisfação em saúde**- *reação do utente aos cuidados de saúde em que está envolvido. Esta resposta resulta de um compromisso cognitivo e/ou emocional. Mede e avalia a diferença entre as expetativas do utente e a real experiência, e consequentemente a eficácia do prestador dos cuidados de saúde, em agradar/cativar o cliente, nas áreas que este valorize.* (Lemos e Regalado, 2006a, p. 264).

- **Cliente pediátrico** representa o binômio criança/adolescente e família, enquanto alvo dos cuidados de saúde (OE, 2011).

A importância desta RSL justifica-se com ausência de outras RSL, sobre o tema, verificada no início desta investigação, nas bases de dados da *Cochrane Library* e *JBI Library*, bem como no portal da RCCAP. Uma vez que o resultado desta pesquisa foi nulo, a investigação prosseguiu.

3.3.3. Critérios de inclusão dos estudos

Os critérios de inclusão ou elegibilidade representam as características delimitadoras da amostra/ população em estudo (Polit e Beck, 2011). Numa revisão não são projetados para serem aplicados independentemente uns dos outros, portanto, cada um deve ser apresentado como critério mutuamente exclusivo (JBI, 2017a).

Para a presente investigação foram considerados os critérios apresentados na tabela 3, considerando o tipo de estudo, o tipo de participantes, o tipo de intervenção (fenômeno de interesse) e o contexto.

Tabela 3: Critérios de inclusão

Tipo de estudo	Estudos Primários	Investigações originais, sendo elas, relatos de caso; estudos de caso e estudos de caso e controle; estudo de coorte e ensaio clínico controlado randomizado.
	Estudos empíricos	Estudos que integram um processo de recolha e tratamento de dados originais por parte do investigado.
	Estudos publicados entre 2007 e 2018	O corte temporal foi estabelecido consoante a pertinência desta investigação em cirurgia pediátrica em ambulatório.
Tipo de participantes	Estudos que relatam resultados referentes a crianças, adolescentes e jovens adultos (21 anos) submetidos a cirurgia de ambulatório	A investigação inclui todos os indivíduos até aos 21 anos de idade.
Tipo de intervenção	Estudos que investigam o telefonema de <i>follow-up</i> na cirurgia de ambulatório pediátrica	Serão considerados os estudos que abordem a relação entre o telefonema de <i>follow-up</i> e a cirurgia de ambulatório pediátrica.
Contexto	Cirurgia de ambulatório pediátrica	Serão considerados os estudos efetuados em contexto ambulatório.

3.3.4. Método de identificação de evidências científicas

Após a conclusão das etapas anteriores procedeu-se à etapa de identificação dos estudos a incluir na RSL. A pergunta PICO disponibilizou os conceitos chave para realizar uma pesquisa inicial e exploratória, em diversas fontes, para compreender a contextualização dos mesmos, e de que forma poderiam ser descritos sem que o seu sentido fosse adulterado. Obtendo-se um conjunto de sinónimos e de termos relacionados referentes aos participantes, à intervenção e aos resultados, que quando cruzados, conduzissem à construção da frase booleana. Assim, recorreu-se à análise dos descritores MeSH Browser® e DeCS®, obtendo-se as palavras expressas na tabela 4:

Tabela 4- Descritores MeSh® e DeCS® utilizados na pesquisa

População	Intervenção	Comparação	Outcome - Resultado
Crianças submetidas a cirurgia de ambulatório	Telefonema <i>follow-up</i> (em cirurgia de ambulatório)	-----	Satisfação dos pais
Português			
Criança	Telefonema de follow-up	-----	Satisfação dos pais
Cliente pediátrico	Telefonema do dia seguinte		
População pediátrica	Inquérito telefónico		
Pediatria	Questionário telefónico		
Adolescente	Telenfermagem		
Jovem	Cirurgia de ambulatório		
Inglês			
Children	Telenursing	-----	Parent satisfaction
Child	Telephone / phone		Parent preference
Adolescence-	Follow-up		Behavior
Adolescent	Phone		Behaviour
Teen	Recontact		Perception
Minor	Discharge instruction		
Youth	Questionnaire		
Pediatric population	Surgery		
Infant	Ambulatory surgery		
Pediatric	Sameday surgery		
Paediatric	One day surgery		
Pediatrics	Outpatient surgery		
	Surgical procedure		

A estratégia de pesquisa para além de metodicamente planeada, deve ser criteriosamente executada. A pesquisa deve ser realizada em diversas bases de dados, visto que a diversidade potencia a identificação de toda a informação útil sobre a temática (Roque, Bugalho e Carneiro, 2007). A RSL deve incluir todos os estudos (de qualidade) que retratem a pergunta de partida, visto que a validade dos resultados da RSL está diretamente relacionada com a reprodutibilidade do protocolo de pesquisa

O desenvolvimento da estratégia de pesquisa preconizou as três etapas recomendadas pelo *Instituto Joanna Briggs*. A realização de uma busca primária que permitiu a análise dos termos existentes nos títulos e resumos e dos termos indexados para descrever o artigo. A segunda foi efetuada, utilizando as palavras-chave identificadas e os termos indexados nas bases de dados Cinahl®, Medline®, Cochrane Randomized Controlled Trials®, SCOPUS® e WEB OF SCIENCE®. Por último, analisou-se a lista de referências de todos os relatórios e artigos identificados, com o objetivo de identificar outros estudos de adicional relevância.

Nesta investigação consideram-se para inclusão estudos publicados em português e inglês entre 2007 e 2018.

Efetuiu-se ainda, uma procura de estudos não publicados no RCAAP.

O processo de pesquisa foi desenvolvido por dois investigadores independentes, efetuando-se a validação metodológica dos artigos selecionados, antes da inclusão na revisão, utilizando os instrumentos críticos, padronizados, de avaliação do *Instituto Joanna Briggs*®.

Não houve divergências entre os investigadores não sendo, portanto, necessário recorrer a um terceiro revisor (figura 9).

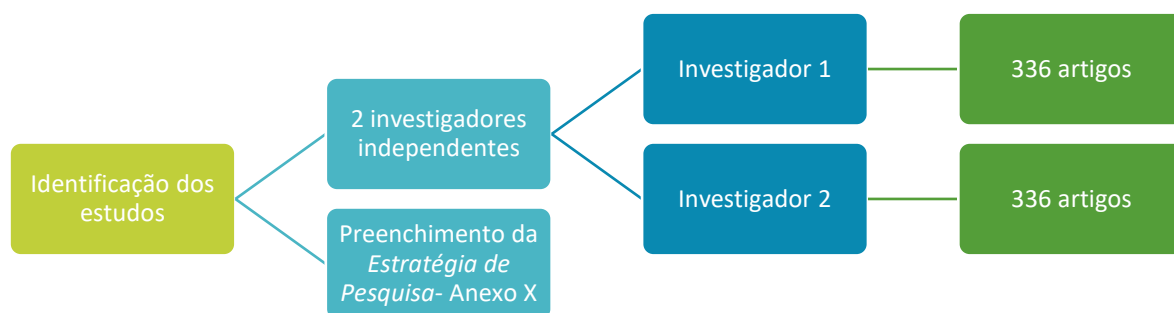


Figura 9- Fluxograma do Processo de Identificação dos estudos

Numa fase inicial da identificação dos estudos obtiveram-se 336 referências, após remoção dos duplicados, num total de 282, ficámos com um total de 54 (tabela 5).

Tabela 5- Estudos obtidos nas diferentes bases de dados

Bases de dados	Nº de artigos selecionados
CINAHL® (EBSCO HOST® via ESEP)	20
Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)® (EBSCO HOST® via ESEP)	15
SCOPUS® (Science Verse® via ESEP)	292
MEDLINE® (EBSCO HOST® via ESEP)	9
TOTAL	336
APÓS REMOÇÃO DE DUPLICADOS	
TOTAL	54

3.3.5. Método de seleção inicial dos estudos

A seleção dos estudos relevantes, para responder à pergunta da RSL, realizou-se após a identificação dos mesmos. A triagem permite efetuar uma rápida definição de inclusão ou exclusão do estudo na RSL. Utilizou-se um teste de triagem, Teste de Relevância Preliminar ou Teste de Relevância I (Anexo 5), que permitiu uma rápida definição da inclusão ou exclusão dos estudos na RSL. Esta primeira exclusão visa um refinamento inicial da amostra, sendo removidas as referências óbvias de exclusão, através da leitura de título e resumo. O teste contempla uma lista de perguntas a serem respondidas pelos investigadores. Se existir uma resposta negativa, o estudo deve ser excluído da revisão (Pereira e Bachion, 2006). Foi realizado um pré-teste do instrumento de triagem, que permitiu o ajuste do instrumento, antes da seleção dos artigos. A etapa seguinte incluiu a avaliação pelos mesmos dois investigadores, de forma independente e após a aplicação do Teste de Relevância I, aos 54 artigos, excluíram-se 39 (anexo 6) por não reunirem os critérios de inclusão, ficando 15 estudos para posterior análise.

Na etapa posterior aplicou-se o Teste de Relevância II (Anexo 7) aos 15 estudos (tabela 6). Este instrumento de triagem permitiu perceber quais os estudos que iam ao encontro do tema em estudo, recorrendo à leitura integral, para que não existissem exclusões de estudos que deveriam ser incluídos. A literatura recomenda este processo face à ameaça de exclusão de um potencial artigo (Roque, Bugalho e Carneiro, 2007; Fortin, 2009a e Fortin, 2009b). Após a avaliação e reunião dos dois investigadores foram selecionados oito estudos para a etapa seguinte- Avaliação da Qualidade Metodológica.

Tabela 6- Resultados da aplicação do Teste de Relevância II

	Referência do Estudo	Questão 1 Tema/Tipo de estudo		Questão 2 Tempo		Questão 3 Idioma		Questão 4 Full Text		Questão 5 Realizado com Humanos		Reune critérios para Avaliação Metodológica	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
E1	Anderson et al. (2017)	x		x		x		x		x		x	
E4	Gerçereker et al. (2016)		x	x		x		x		x			x
E5	Daniels et al. (2016)		x	x		x		x		x			x
E6	Halter et al. (2016)		x	x		x		x		x			x
E8	Shi et al. (2016)		x	x		x		x		x			x
E9	Nilsson et al. (2016)		x	x		x		x		x			x
E10	Fisher et al. (2015)	x		x		x		x		x		x	
E13	Espinel et al. (2014)		x	x		x		x		x			x
E24	Kassman et al (2012)	x		x		x		x		x		x	
E42	Brenn et al. (2016)	x		x		x		x		x		x	
E50	Olson et al. (2018)	x		x		x		x		x		x	
E51	Eriksson et al. (2015)		x	x		x		x		x			x
E52	McVay et al. (2008)	x		x		x		x		x		x	
E53	Jones, Yoon e Licameli (2007)	x		x		x		x		x		x	
E54	Le et al. (2007)	x		x		x		x		x		x	

3.3.6. Qualidade metodológica dos estudos

Como referido anteriormente, os estudos elegíveis para inclusão na revisão devem ser avaliados quanto à qualidade metodológica. Os estudos incluídos foram avaliados criticamente usando o instrumento padrão de avaliação crítica do JBI® para pesquisa qualitativa e quantitativa disponível (Anexo 8).

Na tabela 7, apresenta-se o nível de evidência, de acordo com o Instituto JBI®, dos estudos selecionados, resultante da avaliação da qualidade metodológica, bem como o *score* de qualidade metodológica atribuído aos artigos incluídos, seguindo as recomendações da JBI® (JBI, 2017b, 2017a).

Tabela 7- Nível de evidência de JBI® e Score QM JBI® dos artigos incluídos na RSL

Código do Estudo	Autor(es) e ano	País	Nível de Evidência	Score Qualidade Metodológica
E1	Anderson et al. (2017)	EUA	III	9
E10	Fisher et al. (2015)	EUA	III	8
E24	Kassman et al. (2012)	EUA	III	7
E42	Brenn et al. (2016)	EUA	IV	8
E50	Olson et al. (2018)	EUA	III	8
E52	McVay et al. (2008)	EUA	IV	8
E53	Jones, Yoon e Licameli (2007)	EUA	III	9
E54	Le et al. (2007)	Canadá	IV	8

Como se pode verificar na tabela de avaliação de nível de evidência de *JBI®* e *Score QM JBI®*, todos os artigos são de Qualidade Elevada (QE). Nenhum artigo apresentou Qualidade Moderada (QM) ou Qualidade Reduzida (QR).

A decisão sobre a inclusão de um estudo na investigação deve ser acordada por todos os investigadores envolvidos, antes de se iniciar a apreciação crítica e análise de resultados. Estes princípios preconizados pelo Instituto *Joanna Briggs®*, metodologia utilizada nesta RSL, foram fundamentais para assegurar que se incluíam todos os artigos de Qualidade superior ou igual a moderada, segundo o *score* da *JBI® Critical Appraisal Checklist* (JBI, 2017b, 2017a). Todos os artigos submetidos a análise metodológica passaram no teste de qualidade, ficando-se, assim, com oito estudos na RSL. Na figura 10 apresenta-se o fluxograma da estratégia de pesquisa.

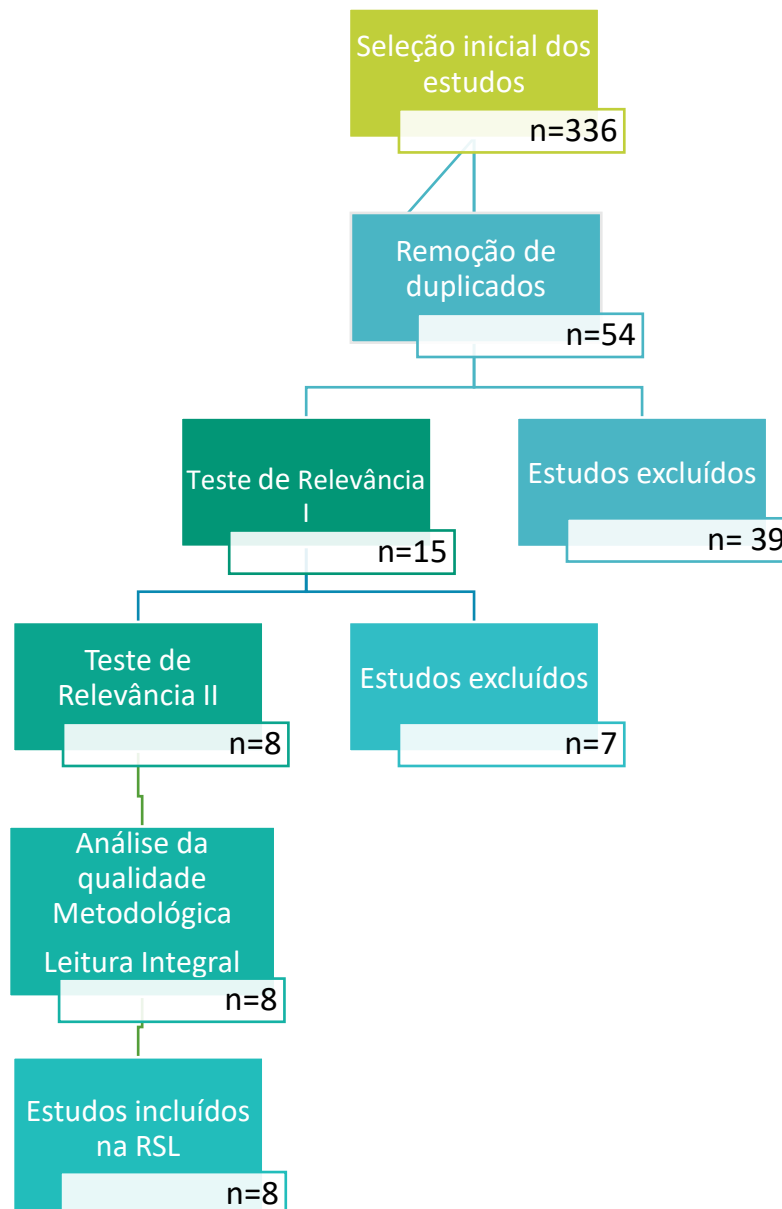


Figura 10- Fluxograma de Estratégia de Pesquisa

3.3.7. Extração dos dados

A extração de dados foi realizada pelos dois investigadores de forma independente. A anteceder esta etapa foi realizada uma reunião para discussão da tabela para a extração de dados sendo debatida a necessidade de realização de um pré-teste deste instrumento, com o objetivo de determinar a exequibilidade e a garantia de inclusão de todos os dados necessários. O formulário de extração de dados foi elaborado numa fase prévia ao levantamento dos estudos para evitar os falsos-positivos provenientes da busca de resultados

positivos, relativamente à questão da RSL, utilizando-se os instrumentos de recolha de dados propostos pelo JBI®, garantindo a fiabilidade e a reprodutibilidade do processo JBI® (2017b, 2017a). Após a realização do pré-teste e aceitação, por ambos os investigadores, do instrumento, procedeu-se à recolha de dados. Esta representou o relato purista dos autores dos estudos primários, mas também o pilar do relato final dos autores da revisão (Higgins e Green, 2011; Khan et al., 2011). As tabelas de extração de dados dos artigos encontram-se no Anexo 9.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os principais resultados dos artigos incluídos na revisão e posteriormente, a análise dos resultados. As limitações da RSL serão apresentadas e mencionadas, bem como as recomendações para a prática.

Para sistematizar a análise dos dados e explicitação dos mesmos, utiliza-se uma síntese narrativa apresentada em tabela.

4.1. Características dos estudos incluídos na RSL

Como explicitado no capítulo anterior, a avaliação dos artigos incluídos na RSL foi realizada através dos instrumentos JBI-MAStARI® appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies e JBI-MAStARI® critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies (JBI, 2017a) do Instituto Joanna Briggs®.

Na tabela 8 apresentam-se os dados que se extraíram dos 8 artigos incluídos na Revisão.

Tabela 8- Principais resultados e conclusões do impacto do TFU

Autor(es) e ano	Amostra	Procedimento da análise dos dados	Resultados encontrados	Conclusões
E1 Anderson et al. (2017)	N=127	Análise estatística univariada e multivariada através de regressão logística (Testes t-student, Wilcoxin e Fischer)	<p>58,9% (n=73) dos clientes pediátricos completaram o inquérito por TFU e 41,1% (n=51) durante a visita clínica tradicional;</p> <p>Os clientes pediátricos dos dois grupos ficaram satisfeitos com o método de FU vivenciado;</p> <p>Os clientes pediátricos que receberam o TFU preferiram este método, 91,8% (n=67) e destes 86,3% (n=63) preferiram fortemente este método;</p> <p>49,9% (n=25) dos pais que foram à visita clínica tradicional de referiram que prefeririam o TFU;</p> <p>42,9% (n=22) dos pais tiveram de faltar ao emprego para estarem presentes na VCTFU e 61,4% (n=31) das crianças/adolescentes tiveram de faltar às aulas.</p> <p>Não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade das crianças, ao tempo de <i>follow-up</i>, à satisfação com o tipo de FU vivenciado, ou à frequência de sintomas não resolvidos</p>	<p>O estudo demonstrou consistência na tendência de existir satisfação com o método de TFU, como a preferência do cliente pediátrico por este método;</p> <p>Os autores consideram o TFU a alternativa preferida para este tipo de cirurgia, no entanto não substitui a VCTFU, que em alguns casos poder ser necessária e complementar;</p> <p>Para que se opte pelo TFU, deve existir uma preparação ao cliente pediátrico de como vai decorrer o processo cirúrgico, realizada por profissionais competentes e preparados para a informação a fornecer;</p> <p>Os autores reconhecem a importância das competências comunicacionais dos profissionais como ponto de partida para o sucesso do TFU;</p> <p>É reconhecido o custo-eficiência desta metodologia, sem detrimento da qualidade e segurança que se impõe atualmente às organizações de saúde.</p>

<p>E10 Fisher et al. (2015)</p>	<p>N= 769 (antes da implementação do TFU) N= 695 (após implementação do TFU)</p>	<p>Análise estatística (Teste qui-quadrado de Pearson) Análise custo-eficiência</p>	<p>6 meses após a implementação da TFU, foram realizadas 703 VCTFU em detrimento das 1090, nos 6 meses anteriores à implementação) verificando-se um decréscimo de 35,5% (387); Verificou-se um decréscimo de 6% no agendamento de VCTFU, o que implicou uma mudança, e possibilitou o aumento, em 3%, de outro tipo de serviços fornecidos;</p> <p>Dos 769 participantes do grupo antecedente à implementação do TFU, 55,5% (n=427) tiveram um TFU bem-sucedido. O grupo após a implementação do TFU (n=695), teve uma taxa de sucesso superior (62,2%; n=435);</p> <p>O inquérito de satisfação com processo comparativamente com a visita clínica tradicional reportou que 93% (n=231) dos inquiridos estavam satisfeitos;</p> <p>A avaliação financeira revelou com o TFU existiu um decréscimo nos custos administrativos.</p>	<p>Os autores consideram o TFU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma ferramenta importante e segura a utilizar no pós-operatório ambulatório pediátrico; • um benefício para a prática clínica, em prol da satisfação do cliente e famílias; <p>O estudo evidencia, claramente, a eficácia e utilidade do TFU no FU dos clientes, comparativamente à VCTFU, permitindo ainda espaço para aumentar o número de TFU ou outros seguimentos clínicos para outras especialidades e serviços prestados;</p> <p>Verificou-se uma poupança institucional de 101,75\$ para 12,50\$, menos 88% com TFU, apesar de não terem avaliado outros custos indiretos;</p> <p>Os autores consideram o estudo um sucesso pela qualidade da amostra, número de cirurgiões envolvidos e capacidade de otimizar os processos e recursos, através do TFU.</p>
<p>E24 Kassman et al. (2012)</p>	<p>N=23</p>	<p>Análise estatística (estatística descritiva) Análise de conteúdo (categorização das perguntas abertas)</p>	<p>91% (n=21) dos pais participantes foram contactados com sucesso; 90% (n=19) eram do sexo feminino, 50% (n=21) tinham idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos (M=35 anos);</p> <p>As idades das crianças participantes variavam entre os 3 meses e os 17 anos (M=6,5 anos);</p>	<p>A preferência dos pais incide no TFU como método de <i>follow-up</i>;</p> <p>A prática do TFU é satisfatória para os profissionais de saúde. A realização do TFU permite identificar outliers/eventos atípicos que se traduzam em complicações inesperadas; dar resposta a lacunas de informação e</p>

47,5% (n=10) foram submetidas a herniorrafia; 28,5% (n=6) a apendicectomia, colecistectomias ou esplenectomia e 19% (n=4) a gastrotomias ou circuncisão; 76% (n=16) foram submetidas a mais de um procedimento;

86% (n=18) dos pais participantes foram contactados pela enfermeira especialista num primeiro telefonema;

Os telefonemas demoraram sete minutos ou menos;

Todos os pais referiram que as suas questões tinham sido esclarecidas;

Todos os pais participantes preferiram o TFU, referindo o facto positivo da receção deste ser nas duas semanas seguintes à realização da cirurgia, mais precoce que a visita clínica tradicional;

76,2% (n=16) dos pais expressaram o desejo por um TFU mais precoce que as duas semanas, para sedimentar a sua confiança enquanto cuidadores;

90% (n=19) dos pais referiram que estavam *confortáveis* ou *muito confortáveis* a cuidar dos seus filhos durante o período de pós-operatório.

Emergiram categorias de análise como *Suporte Emocional*, *Sentido de Confiança* e *Processo de*

conhecimento; demonstrar empatia e cuidado pelo utente, por parte dos profissionais/instituição de saúde;

O TFU, permite reorientar as instruções pré-operatórias, fornecidas oralmente ou por escrito, acerca do período de recuperação, e simultaneamente fornecer apoio emocional;

O TFU permite que os cuidadores/pais expressem outras dúvidas/ preocupações;

A satisfação parental resulta da satisfação das suas necessidades de informação em conjunto com o tipo de relação/ aliança estabelecida com a equipa de saúde (comunicação positiva);

Os pais consideraram que o momento ideal para realização do TFU, era durante a primeira semana após a alta;

Os pais mencionaram satisfação pela aliança positiva com a equipa de saúde, que lhes permite, em qualquer momento, adquirir informações adicionais, se necessário, para sentirem que têm habilidades e segurança para gerir os cuidados e a recuperação dos seus filhos, em casa;

O TFU permite minimizar o tempo e a distância para a comunicação entre o profissional e os pais/cuidadores;

			<p><i>Cura/Recuperação</i>, identificadas como temas de preocupação.</p> <p>Todos os pais referiram que o TFU realizado por uma enfermeira lhes conferiu um apoio e reforço positivo nas instruções pós-alta.</p>	<p>O TFU potencia a humanização dos cuidados e estreita a aliança entre profissionais de saúde e utente.</p>
E42 Brenn et al. (2016)	<p>Da amostra de N=47688 (casos), 37620 telefonemas de <i>follow-up</i> foram realizados</p>	<p>Dados extraídos para tabelas indexadas e incorporadas na <i>dashboard</i> (Clarity, Business Objects, SAP, Newton Square, PA USA).</p> <p>Estatística descritiva e gráfica utilizando o Microsoft Excel e Microsoft Access (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA). Para a análise da relação entre a satisfação e complicações os dados foram extraídos do QlikView e analisados através do teste de qui-quadrado e do coeficiente de associação Phi.</p>	<p>87,2% (n=37620) dos casos foram contactados ao primeiro telefonema de pós-operatório;</p> <p>A dor foi a complicação mais reportada (11,1%; n=4176);</p> <p>99,4% (n=37409) dos participantes reportaram completa satisfação com o TFU. Dos 0,31% (n=117) que manifestaram insatisfação. O principal motivo relatado para insatisfação foi alocado à categoria causa “desconhecida” (36%; n=42), o segundo foi o tempo de espera (pré-operatório) e a alta precoce (30,7%; n=36).</p>	<p>Um adequado <i>follow-up</i> do cliente pediátrico após um procedimento cirúrgico em ambulatório é uma importante componente do cuidado peri-operatório sendo que o telefonema de FU traduz resultados favoráveis e elevados níveis de satisfação;</p> <p>Além de reconfortante para as famílias, o TFU permite a avaliação da gestão dor, a avaliação dos efeitos secundários, a clarificação das orientações e a obtenção de informação valiosa para os prestadores de saúde sobre a satisfação resultante do seu empenho, trabalho e profissionalismo;</p> <p>O fator custo-eficiência também é tido em conta, sendo determinante e benéfico para o cliente e o prestador;</p> <p>Foi encontrada uma relação muito pequena entre complicações e insatisfação, não tendo a maioria dos insatisfeitos nenhuma complicação, como tal, são outros fatores e variáveis que influenciam este status;</p> <p>O estudo reflete um elevado nível de satisfação com o TFU (99,69%; n=37503); Os autores referem que a satisfação é altamente influenciada pelas expectativas prévias ao evento</p>

E50 Olson et al. (2018)	N=180 (Caso) N= 180 (Controlo)	Análise estatística (teste de qui-quadrado e de Mann-Whitney U)	<p>A cirurgia mais comum em cada grupo foi a herniorrafia umbilical, seguida da herniorrafia inguinal;</p> <p>A apólice do seguro de saúde de ambos os grupos era semelhante;</p> <p>52% (n=94) dos participantes do grupo sujeito a CA completaram os inquéritos e 30% (n=54) dos participantes do grupo CC completaram os inquéritos;</p> <p>Elevados índices de satisfação nos dois grupos, 98% (n=176) para CA e 93% (n=167) para CC; p= 0,27);</p> <p>59,3% (n=107) dos participantes submetidos a CC preferiam ter realizado o TFU e a cirurgia CA; nenhuma família de CA indicou preferência pelo outro método de FU;</p> <p>40% (n=72) das famílias que vivem a menos de 20 milhas de distância do hospital e 40% (n=43) das que vivem a mais de 20 milhas do hospital, teriam preferido o TFU à deslocação;</p> <p>Diferença de custo entre os dois grupos foi de uma poupança familiar para os utentes de CA</p>	<p>cirúrgico e pelo que efetivamente ocorre, logo se os clientes e famílias estão informados, as complicações não interferem diretamente nos níveis de satisfação.</p> <p>O TFU associado à VCU é uma abordagem mais efetiva para procedimentos de ambulatório de baixo risco, sendo mais eficiente e mantendo a qualidade de cuidados aos clientes pediátricos;</p> <p>O TFU é um procedimento menos disruptivo da rotina familiar e permite uma poupança familiar substancial, mantendo a satisfação dos clientes;</p> <p>Utilizando um protocolo estruturado é uma alternativa segura que facilita o acesso aos cuidados cirúrgicos pediátricos, em regime de CA, reduzindo a utilização de recursos;</p> <p>Elevados níveis de satisfação.</p>
----------------------------	--------------------------------------	---	--	--

			de 188 dólares, relativamente aos de CC que se deslocaram mais vezes ao hospital.	
E52 McVay et al. (2008)	N=563	Análise estatística descritiva	<p>Um total de 563 clientes pediátricos, submetidos a 601 procedimentos;</p> <p>76% (n=427) dos participantes foram contactados com sucesso no pós-operatório;</p> <p>24% (n=136) perderam-se no FU, após duas tentativas ou carta;</p> <p>45 clientes pediátricos solicitaram VCTFU, através do TFU ou de telefonemas por iniciativa própria; 60% (n=27) desses pedidos resultaram em VCTFU, faltando os restantes aos agendamentos das mesmas;</p> <p>Apenas 4,5% (n=10) dos clientes destes telefonemas foram de famílias insatisfeitas com TFU;</p> <p>A maioria das famílias contactadas (90%; n=387) demonstrou satisfação e não solicitou a marcação de uma VCTFU;</p> <p>45 clientes pediátricos, que recorreram à VCTFU e ao departamento de urgência, resultaram em 9 reintervenções, ou seja, taxa de complicação de 1,6%.</p>	<p>O TFU é realizado por enfermeiras especialistas;</p> <p>Com um protocolo estruturado é uma alternativa segura para a VCTFU programada, em clientes pediátricos, submetidos a procedimentos selecionados e com critério para cirurgia de ambulatório;</p> <p>O TFU é o método preferido das famílias, tendo em conta a acessibilidade e facilidade de comunicação para o esclarecimento de dúvidas imediatas e preocupações, assim como, a diminuição da necessidade de faltas à escola e emprego dos pais;</p> <p>Os custos de atendimento diminuem, visto que os clientes recorrem muito menos aos serviços para esclarecimento de dúvidas e o tempo que seria gasto em todas as VCTFU, é redistribuído e otimizado em outras áreas.</p>
E53 Jones, Yoon e Licameli (2007)	N= 2554	Análise estatística descritiva	<p>1370 participantes do sexo masculino, média de idades 5,9 anos;</p> <p>A cirurgia mais realizada foi a adenoamigdalectomia (76,6%; n=1957)</p>	<p>As cirurgias de ORL (cirurgias <i>minor</i>) cada vez mais se realizam em regime de ambulatório, visto não representarem um fator de risco acrescido para a segurança dos clientes pediátricos e eficácia das cirurgias. Os indicadores hemorragia,</p>

			<p>seguida pela amigdalectomia (14,2%; n=362);</p> <p>As mães responderam ao inquérito completamente 8,5 vezes mais que os pais;</p> <p>O TFU foi realizado em média ao 21º dia de pós-operatório;</p> <p>No momento do TFU 88% (n=2248) dos clientes estava em franca recuperação;</p> <p>93% (n=2375) dos participantes revelou já se encontrar a dormir confortavelmente, sem ressonar;</p> <p>99,5% (n=2541) dos participantes referiu que a informação fornecida no pré-operatório, sobre o pós-operatório foi apropriada;</p> <p>98,8% (n=2523) dos pais sentiram-se preparados para cuidar do seu filho/criança em casa;</p> <p>85% (n=2171) dos participantes declinou uma VCTFU; Dos 15% (n=383) que tiveram VCTU, esta veio a verificar-se necessária visto que foi necessária uma avaliação audiológica inerente ao procedimento associado- Miringotomia com colocação de tubos de Shepard.</p>	<p>dor, rouquidão, qualidade de sono/descanso mantêm-se inalterados;</p> <p>As principais preocupações e queixas dos clientes pediátricos, nos primeiros dias foram dor e hemorragia; constatou-se que as informações no pré-operatório e as orientações do TFU eram suficientes para controlar estes parâmetros;</p> <p>A definição de um protocolo de analgesia, facilitou a gestão da mesma durante o processo de recuperação no domicílio;</p> <p>O TFU é uma modalidade economicamente mais favorável para as instituições e profissionais de saúde, e não coloca em risco a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Verificou-se uma diminuição dos custos e oportunidade de poupança, tanto para o cliente pediátrico (custos diretos e indiretos) como para as instituições que ficam com hipótese de rentabilizar as horas clínicas poupadas.</p>
<p>E54 Le et al. (2007)</p>	<p>N= 90</p>	<p>Análise de Conteúdo- categorização</p>	<p>95% (n=90) dos clientes pediátricos foram contactados com sucesso no primeiro TFU e 77% (n=73) foram contactados com sucesso no segundo TFU;</p>	<p>O TFU, realizado por os enfermeiros, teve um impacto positivo na capacitação das famílias para os cuidados pós-operatórios aos seus filhos e na segurança e confiança necessária para os realizar;</p>

As respostas dos clientes pediátricos foram categorizadas em (i) preocupações, (ii) utilização de recursos, (iii) adequação da informação pré-operatória fornecida, (iv) necessidade de dois TFU;

No primeiro TFU a odinofagia foi o sintoma mais reportado 91% (n=82), seguido pela diminuição da ingestão alimentar 71% (n=64), vômitos 59% (n=53) e febre ou sensação de febre” 29% (n=26);

A necessidade de utilização de recursos disponíveis foi a principal opinião do médico de serviço, no momento do TFU;

87% (n=78) dos clientes pediátricos sentiram que a preparação pré-operatória foi adequada;

94% (n=85) das famílias referiu que o TFU era necessário para fornecimento de orientações ou suporte emocional.

87% (n=78) dos clientes pediátricos referiram que a preparação pré-operatória foi adequada (informações escritas e verbais);

Para 94% (n=85) dos clientes pediátricos, os TFU são necessários por dois motivos: apoio informativo- clarificação, validação, reforço, reconfirmação, aconselhamento, orientação e colocação de questões; suporte emocional- segurança, encorajamento, personalização, diminuição da ansiedade, ventilação e contacto permanente.

Todos os estudos incluídos na RSL encontravam-se redigidos em inglês, e forma publicados entre os anos de 2007 e 2018. Na tabela 9 mesma tabela, pode verificar-se que entre os oito artigos incluídos na RSL, um (E1) foi publicado pelo International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology®, outro (E24) pelo Journal of Pediatric Nursing®; um (E10) pelo Permanente Journal/ Winter®; um (E42) pelo Pediatric Anesthesia®; dois (E50 e E52) pelo Journal of Pediatric Surgery®; um (E53) pelo Archives Otolaryngology- Head Neck Surgery® e o restante (E54) pelo Journal of Perianesthesia Nursing®.

A amostra representa o interesse recente nesta temática, temporalmente falando. Existem artigos relevantes sobre esta temática, no entanto, os que se focam no cliente pediátrico, surgem por volta de 2007, numa tentativa de dissociarem a cirurgia de ambulatório em pediatria da do adulto.

Tabela 9- Descrição dos estudos incluídos por título, país e ano, periódico e instituição de origem.

Código do Estudo	Título do artigo	País e Ano de Publicação	Periódico	Instituição de origem do Estudo
E1	Preferred parental method of post-operative tonsillectomy and adenoidectomy follow-up (phone call vs clinic visit)	EUA (2017)	International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology	Children's Hospital of Pittsburg, Pediatric Otolaryngology, Pittsburgh
E10	Efficacy and utility of phone call follow-up after general surgery versus traditional clinic follow-up	EUA (2015)	The Permanent Journal	Division of Pediatric and Thoracic Surgery at Cincinnati Children's Hospital Medical Center in OH
E24	Telephone follow-up for pediatric ambulatory surgery: parent and provider satisfaction	EUA (2012)	Journal of Pediatric Nursing	University School of Nursing, Durham
E42	Outpatient outcomes and satisfaction in pediatric population: data from the postoperative phone call	EUA (2016)	Pediatric Anesthesia	Department of Anesthesiology, Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children, Wilmington
E50	Single Visit surgery for pediatric ambulatory surgical procedures: a satisfaction and cost analysis	EUA (2018)	Journal of Pediatric Surgery	Department of Pediatric Surgery, Nationwide Children's Hospital, Columbus
E52	Postoperative follow-up: is a phone call enough?	EUA (2008)	Journal of Pediatric Surgery	Department of Surgery, University of Arkansas, Children's Hospital
E53	Effectiveness of postoperative follow-up telephone interviews for patients who underwent adenotonsillectomy	EUA (2007)	Archives Otolaryngology-Head and Neck Surgery	Department of Otolaryngology and Communications Disorders Children's Hospital and Department of Otolaryngology-Head and Neck, Tufts University School of Medicine
E54	Follow-up Phone calls after pediatric ambulatory surgery for Tonsillectomy: What can we learn from families?	Canadá (2007)	Journal of Perianesthesia Nursing	McGill University Health Centre. The Montreal Children's Hospital, Montreal

Na tabela 10 sumariza-se o tipo de estudo, o desenho do estudo e o método de colheita de dados referente a cada artigo incluído na RSL.

Tabela 10- Tipo de Estudo, desenho e método de colheita de dados.

Código do Estudo	Tipo de Estudo	Desenho de Estudo	Método de colheita de dados
E1	Estudo Quantitativo Observacional	Estudo de Coorte (Analítico) Prospetivo	Questionário presencial na VCTFU Inquérito por TFU
E10	Estudo Quantitativo Observacional	Estudo de Coorte (Analítico) Retrospectivo	Inquérito por TFU
E24	Estudo Misto	Estudo Coorte Estudo Descritivo	Inquérito por TFU Questionário por e-mail
E42	Estudo Quantitativo Observacional	Estudo Descritivo Transversal	Análise de processo clínico (Análise do Questionário por TFU, por <i>BI dashboard</i>)
E50	Estudo Quantitativo Observacional	Estudo Coorte (Analítico) Prospetivo	Inquérito por TFU
E52	Estudo Quantitativo Observacional	Estudo de Coorte (Analítico) Retrospectivo	Análise de processo clínico Inquérito por TFU,
E53	Estudo Quantitativo Observacional	Estudo de Coorte (Analítico) Retrospectivo	Revisão de Processos clínicos (incluíam o registo do TFU, notas clínicas e registo do departamento de urgência)
E54	Estudo Qualitativo Observacional	Estudo Descritivo Transversal	2 Inquéritos por TFU, entrevistas semiestruturadas

Na tabela 11 é realizado um resumo dos principais resultados e conclusões sobre a importância do TFU.

Tabela 11- Principais Resultados e conclusões sobre a importância do TFU

Código do estudo	Resultados	Principais conclusões
E1	<p>Os clientes pediátricos que realizaram o TFU preferem fortemente este método à tradicional visita clínica (elevados níveis de satisfação).</p> <p>Os clientes pediátricos que realizaram por visita clínica tradicional teriam preferido o TFU.</p>	<p>O estudo demonstrou consistência na tendência de existir satisfação com o método de TFU, sendo este método o preferido do cliente pediátrico.</p> <p>Os autores consideram o TFU a alternativa de eleição para a CA, no entanto não substitui a VCTFU, que em alguns casos poder ser necessária e complementar. Reconhecem a importância das competências comunicacionais dos profissionais como ponto de partida para o sucesso do TFU.</p>
E10	<p>O TFU é uma ferramenta efetiva que melhora e potencia a eficiência e satisfação do cliente pediátrico.</p> <p>A avaliação financeira revelou que existiu um decréscimo nos custos administrativos com o TFU.</p>	<p>O TFU é uma ferramenta importante e segura para utilizar no pós-operatório ambulatório pediátrico, sendo claramente eficaz e útil. É evidente a sua eficácia e utilidade no FU dos clientes pediátricos (superior à do VCTFU), dando hipótese de otimizar os processos e recursos, para outros seguimentos clínicos.</p> <p>O TFU gera uma poupança económica para a instituição, apesar de não terem avaliado custos indiretos.</p>
E24	<p>As famílias apresentam preferência e satisfação com o método de TFU, sendo uma prática viável e preferível, para a cirurgia de ambulatório pediátrica face à VCTFU.</p> <p>O estudo confirma que a transição para a recuperação em casa em CA, é um momento crítico e o TFU constitui uma ferramenta importante na obtenção de bons resultados.</p>	<p>Preferência dos clientes pelo TFU como método de <i>follow-up</i>.</p> <p>A realização do TFU permite identificar outliers/eventos atípicos que se traduzam em complicações inesperadas; dar resposta a lacunas de informação e conhecimento; demonstrar empatia e cuidado pelo utente, por parte dos profissionais/instituição de saúde.</p> <p>A alteração da prática presencial para um telefonema, permite reorientar as indicações pré-operatórias, fornecidas oralmente ou por escrito, acerca do período de recuperação e simultaneamente fornecer apoio emocional. O TFU permite que os cuidadores/pais expressem outras dúvidas/ preocupações.</p> <p>A satisfação parental resulta da satisfação das necessidades de informação em conjunto com o tipo de relação/ aliança estabelecida com a equipa de saúde (comunicação positiva). Os pais/cuidadores querem sentir que tem habilidades e segurança para gerir os cuidados e a recuperação dos seus filhos, em casa.</p> <p>O momento ideal para realização do TFU identificado foi durante a primeira semana, após a alta.</p> <p>O TFU permitiu minimizar a distância e o tempo para a comunicação entre o profissional e os pais/cuidadores.</p>
E42	<p>O TFU é um importante instrumento de acompanhamento/ abordagem em cirurgia de ambulatório pediátrica, com um elevado impacto diagnóstico, ou seja, com um nível de apreciação eficaz</p>	<p>Um adequado <i>follow-up</i> do cliente pediátrico após CA é uma importante componente do cuidado peri operatório.</p> <p>O telefonema de FU traduz resultados favoráveis e elevados níveis de satisfação.</p>

<p>para avaliar a condição do cliente pediátrico e prevenir complicações.</p>	<p>Além de reconfortante para as famílias, o TFU (realizado por enfermeiros especialistas) permite a avaliação do controlo dor, a avaliação dos efeitos secundários, esclarecimento das dúvidas e acesso a informação valiosa para os prestadores de saúde sobre a satisfação resultante do seu empenho, trabalho e profissionalismo.</p> <p>O fator custo-eficiência foi tido em conta, sendo determinante e benéfico para clientes e prestador.</p> <p>Foi encontrada uma relação muito pequena entre complicações e insatisfação, não tendo a maioria dos insatisfeitos nenhuma complicação, concluindo-se que são outros fatores e variáveis que influenciam este status.</p> <p>O estudo reflete um elevado nível de satisfação dos clientes. A satisfação é altamente influenciada pelas expectativas prévias ao evento cirúrgico e pelo que pode ocorrer, logo se os clientes/famílias estão informados, as complicações não interferem diretamente nos níveis de satisfação.</p>
<p>E50 O procedimento de <i>follow-up</i> em cirurgia de ambulatória pediátrica constituído pelo TFU e uma única visita clínica é uma abordagem mais efetiva/eficiente, para a satisfação dos clientes, comparativamente com a visita clínica múltipla.</p>	<p>O TFU é um procedimento menos disruptivo da rotina familiar e permite uma poupança familiar substancial, mantendo a satisfação dos clientes.</p> <p>O TFU, com recurso a um protocolo estruturado, é uma alternativa segura que facilita o acesso aos cuidados cirúrgicos pediátricos, em regime de CA, reduzindo a utilização de recursos.</p> <p>O TFU é associado a elevados níveis de satisfação.</p>
<p>E52 O TFU, utilizando um protocolo estruturado, é a opção preferencial para os clientes pediátricos, submetidos a procedimentos selecionados com critério para cirurgia de ambulatório e uma alternativa segura à VCTFU.</p>	<p>O TFU é o método de preferência do cliente pediátrico, tendo em conta a acessibilidade e facilidade de comunicação para o esclarecimento de dúvidas imediatas e preocupações.</p> <p>Verifica-se a diminuição do absentismo escolar e profissional.</p> <p>Os custos de atendimento diminuem, visto que os clientes pediátricos recorrem muito menos aos serviços para colocar dúvidas. O tempo que seria gasto nas visitas clínicas múltiplas será redistribuído e otimizado em outras áreas clínicas.</p>
<p>E53 O regime de ambulatório pediátrico não representa um fator de risco acrescido em contexto de alta precoce, a segurança, a satisfação dos clientes e a eficácia das cirurgias mantêm-se inalteradas, de acordo com os indicadores definidos (hemorragia, dor, rouquidão, qualidade de sono/descanso) e avaliados pelo TFU.</p>	<p>As principais preocupações e queixas dos clientes, nos primeiros dias eram a dor e a hemorragia. Verificou-se que as informações no pré-operatório e as orientações do TFU eram suficientes para controlar estes parâmetros.</p> <p>A definição de um protocolo de analgesia facilitou a gestão da mesma durante o processo de recuperação no domicílio.</p> <p>O TFU constitui uma modalidade economicamente mais favorável para as instituições e profissionais de saúde e não coloca em risco a segurança e a satisfação com os cuidados prestados. Existe uma diminuição</p>

dos custos e oportunidade de poupança, tanto para as famílias (custos diretos e indiretos) como para as instituições dando oportunidade para rentabilizar as horas clínicas poupadas.

- E54** Identificação da utilidade e eficácia do TFU pelos clientes pediátricos (orientações e suporte emocional), categorizada em preocupações, utilização de recursos, adequação da informação pré-operatória fornecida e necessidade de dois TFU.
- Segundo os pais/ cuidadores, as enfermeiras que realizaram o TFU tiveram um impacto positivo na sua capacitação para prestar os cuidados pós-operatórios aos seus filhos e no reforço do sentimento de segurança e confiança, necessários para os realizar. As famílias referiram que a preparação pré-operatória foi adequada (informações escritas e verbais). Os TFU são necessários por dois motivos: suporte informativo- clarificação, validação, reforço, reconfirmação, aconselhamento, orientação e colocação de questões; suporte emocional- segurança, encorajamento, personalização, diminuição da ansiedade, ventilação e contacto permanente.

4.2. Evidências dos estudos incluídos na RSL

A JBI (2017a) recomenda claramente que as evidências encontradas, nos estudos incluídos, sejam categorizadas. Assim, os critérios com impacto na satisfação dos clientes pediátricos relativos ao modelo de TFU foram categorizados em: Eficácia do TFU, Segurança no Cuidar, Comunicação com os Profissionais de Saúde, Impacto na Rotina Familiar, Custos e Satisfação em Geral (figura 11).



Figura 11- Categorias de Indicadores na satisfação do cliente pediátrico, relativos ao TFU, emergentes dos estudos incluídos na RSL

Eficácia do TFU
(condições controladas e aos efeitos desejados)

A eficácia deve demonstrar a forma pela qual o sistema realiza aquilo a que se propôs, ou seja, o atingimento dos objetivos corretos, sendo este determinado à priori por um indivíduo ou por um conjunto de pessoas (D’Souza et al., 2011).

A eficácia é a realização efetiva das coisas certas, dentro dos requisitos de qualidade especificados. Assim, a eficácia do TFU verifica-se na forma como atinge o objetivo de avaliar a evolução do pós-operatório, seja pela reaplicação das escalas Base Protocolo de TFU Critérios de alta de CA (Chung, 1995), seja pelo resultado esperado pelo cliente pediátrico, em detrimento da visita clínica presencial (Flanagan, 2009).

Na tabela 12, resumam-se os principais resultados dos estudos, incluídos na RSL, relativos à categoria Eficácia do TFU.

Tabela 12- Resultados encontrados para a categoria "Eficácia do TFU"

Estudo	Resultado
E1	O estudo refere que os pais discordam/ discordam fortemente sobre preferirem uma VCTFU. Os pais que tiveram uma VCTFU, reportaram que o TFU teria sido um método melhor e mais eficaz.
E10	O estudo conclui que com o TFU a taxa de <i>follow-up</i> do cliente pediátrico, em cirurgia de ambulatório, é mais elevada. O TFU é uma ferramenta importante e segura a utilizar no pós-operatório ambulatório pediátrico, sendo eficaz e útil. Existe preferência pela realização do TFU, em detrimento da VCTFU, repetida no tempo, em múltiplos momentos.
E24	Todos os pais entrevistados sentiram que as suas questões e necessidades de informação foram respondidas e/ou atendidas. E todos referiram preferir o TFU. A eficácia do TFU é traduzida na distância/tempo vs comunicação com os profissionais de saúde.
E42	O TFU do cliente pediátrico após um procedimento cirúrgico em ambulatório é uma importante componente que se traduz em resultados eficazes e favoráveis no processo de recuperação. Além de reconfortante para as famílias, o TFU permite a avaliação eficaz dos sinais e sintomas durante o processo de recuperação no domicílio.
E 50	O TFU é uma abordagem mais eficaz para procedimentos de ambulatório pediátrico sendo mais eficiente e mantendo a qualidade de cuidados aos clientes pediátricos. Parte da eficácia resulta do facto de ser um procedimento menos disruptivo da rotina familiar.
E53	A eficácia do TFU verifica-se na contínua monitorização dos indicadores definidos como critérios de alta.
E54	Utilidade e eficácia do TFU, demonstrada em duas vertentes distintas: suporte emocional e informativo, disponibilizados pelos enfermeiros especialistas, através do TFU.

Fischer et al. (2015) identificam claramente, no seu estudo, que o TFU se traduz numa taxa mais elevada de *follow-up* do cliente pediátrico, em cirurgia de ambulatório, comparativamente à tradicional e presencial visita pós-operatória (55,5%; n=427 vs 62,2%; 435, respetivamente) sendo mais eficaz na monitorização do processo de recuperação.

Anderson et al. (2017) referem que 91,8% (n=67) dos pais mencionaram discordar de preferirem uma VCTFU e 86,3% (n=63) discordaram fortemente. Os pais que tiveram uma VCTFU identificaram que o TFU teria sido um método melhor e mais eficaz ($p < 0,01$). Também no estudo de Olson et al. (2018) foi identificado o facto de nenhuma família ter indicado preferência por outro método de FU que não o TFU.

No estudo realizado por Fischer et al. (2015) a maioria dos pais (93%) reportou que tinha ficado satisfeita com o método de TFU comparativamente com a VCTFU. Olson et al. (2018), também concluiu que 59,3% (n=107) dos clientes pediátricos preferiam ter realizado o TFU, em detrimento da VCTFU.

Kassmann et al. (2012) reforçam a eficácia do TFU, indicando que todos os pais entrevistados sentiram que as suas questões e necessidades de informação foram respondidas e/ou atendidas. Todos os pais participantes no estudo elegeram como melhor método o TFU.

Os estudos apontam para que a alteração da prática de FU introduzindo o TFU, permite reorientar as instruções pré-operatórias fornecidas, oralmente ou por escrito, acerca do período de recuperação, em simultâneo com o apoio emocional (Kassmann et al., 2012). A eficácia do TFU é salientada pela minimização da distância e tempo para a comunicação entre o profissional e os pais/cuidadores (Kassmann et al., 2012).

Um adequado *follow-up* do cliente pediátrico após um procedimento cirúrgico em ambulatório é uma importante componente do cuidado peri operatório sendo que o telefonema de FU traduz resultados eficazes, favoráveis e com elevados níveis de satisfação. Além de reconfortante para as famílias, o TFU (realizado por enfermeiros especialistas) permite a avaliação eficaz dos sinais e sintomas durante o processo de recuperação no domicílio, como o controlo dor, da gestão terapêutica e a avaliação dos efeitos secundários previsíveis e possíveis complicações (Brenn et al., 2015).

O TFU é uma abordagem mais eficaz nos procedimentos de ambulatório pediátrico sendo mais eficiente e mantendo a qualidade de cuidados aos clientes pediátricos. Esta eficácia resulta também do facto de ser um procedimento menos disruptivo da rotina familiar (Olson et al., 2018). Os TFU são considerados eficazes por dois motivos: permitirem o suporte informativo - validação, esclarecimento, reforço, reconfirmação, aconselhamento e orientação; e o suporte emocional - segurança, encorajamento, personalização, diminuição da ansiedade, ventilação e contacto permanente (Le et al., 2007).

O TFU, permite comprovar que a eficácia das cirurgias se mantêm inalterada e que facilita a gestão do um protocolo de analgesia durante o processo de recuperação no domicílio (Jones, Yoon e Licameli, 2007).

A literatura explicita a *eficácia do TFU* através de várias hipóteses explicativas, destacando-se:

- i. A IAAS reconhece o TFU como um instrumento essencial e eficaz para o desenvolvimento da CA a clientes pediátricos, nomeadamente no apoio após a alta clínica, e na recolha de dados necessários ao ajuste de medidas para o pós-operatório imediato no domicílio (IAAS, 2014; Crocker et al., 2012). Os dados fornecidos pelos inquéritos de satisfação e processo, respondidos pelos pais/cuidadores, são posteriormente analisados pelas unidades de ambulatório (Lemos e Regalado, 2006b).
- ii. O TFU tem impacto, é eficaz e útil, para o controlo de sintomas e diminuição de visitas clínicas tradicionais de FU (Crocker et al., 2012; Czarnecki et al., 2007; Gunter et al., 2016).

- iii. O TFU representa em simultâneo o encerramento do ciclo do pós-operatório e o início do processo de FU, e é um importante elemento no encerrar de um ciclo no processo de enfermagem (Godden, 2010).
- iv. A cirurgia de ambulatório contempla no seu fluxograma a realização do TFU após a alta clínica para o domicílio. A equipa de enfermagem peri operatória tem contribuído com conhecimento científico que permite uma prática baseada na evidência e a contínua otimização deste momento de contacto com o cliente (Flanagan, 2009).
- v. A avaliação da satisfação é promotora da aferição da eficácia e utilidade do TFU, permitindo através de dois focos de atenção: avaliação da experiência da CA e do estado de saúde do cliente. As questões abordam vários indicadores como: tempo de espera para a cirurgia; informação pré-operatória; acessibilidade/sinalética para a UCA; processo de admissão; tempo de espera até à cirurgia; instalações; privacidade durante o processo; disponibilidade dos profissionais, fazendo referência à simpatia, respeito e gentileza; amabilidade dos profissionais de saúde; possibilidade de envolvimento do acompanhante; informação fornecida no pós-operatório; satisfação global com a experiência na sua totalidade (APCA, 2016c).

Segurança no Cuidar

(capacitação para cuidar do filho no pós-operatório/informação disponibilizada)

Segurança é um status, uma característica, a *condição de uma pessoa relativamente a outras; posição relativa de uma pessoa* (ICN, 2015, pag.85). Segurança é a ausência de risco, a previsibilidade, a certeza quanto ao futuro (Ramos e Trindade, 2011). A capacitação dos pais representa uma abordagem aos problemas da criança utilizando (...) *procedimentos em que os pais recebem capacitação para alterar o comportamento do seu filho em casa. Os pais consultam um profissional terapeuta ou capacitador que os ensina a utilizar procedimentos específicos para alterara a interação com os seus filhos (...)* (Kazdin, 1995 cit. por McMahon, 2006, pag.2).

O cliente pediátrico alvo de um processo cirúrgico engloba múltiplos atores, nomeadamente a criança/adolescente, a família/cuidador, a equipa de cirurgia, nas situações de CA a equipa de cirurgia de ambulatório. Esta parceria que se constrói desde a referenciação, assenta nos princípios da beneficência, respeito, autonomia e segurança dos clientes (AAP, 2015). Assim, a informação disponibilizada pelo profissional de saúde nomeadamente para a gestão de sinais e sintomas vai interferir na capacitação do cuidador. A segurança advém dos conhecimentos, dos riscos e circunstâncias da situação e das possibilidades de resolução.

O conceito de capacitação dos pais fundamenta-se no desejo que têm de serem capazes de prestar cuidados efetivos à criança, com o mínimo de intervenção dos profissionais de saúde (Coyne, 2006). O objetivo é permitir que as necessidades em cuidados de saúde da criança e da família sejam satisfeitas pelos próprios (Coyne, 2006).

Na tabela 13, resumem-se os principais resultados dos estudos, incluídos na RSL, relativos à categoria Segurança no Cuidar.

Tabela 13- Resultados encontrados para a categoria "Segurança no Cuidar"

Estudo	Resultado
E1	O TFU é uma ferramenta importante e segura para utilizar no pós-operatório ambulatório pediátrico, representando um benefício para a prática clínica.
E24	Os pais querem sentir que têm habilidades e segurança para gerir os cuidados e a recuperação dos seus filhos, em casa. Sentem-se satisfeitos com a aliança positiva estabelecida com a equipa de saúde, que lhes permite, a qualquer momento, se necessário, adquirir informações adicionais.
E42	O TFU constitui-se, também, como um momento reconfortante para as famílias.
E50	O TFU, através do seu protocolo estruturado, proporciona uma alternativa segura, para o cliente pediátrico, facilitando o processo cirúrgico pediátrico, em CA.
E52	Os telefonemas de FU realizados por enfermeiras especialistas em cirurgia pediátrica, com treino para identificar os principais eventos que possam ocorrer em situações de CA, aumentam a sensação de segurança dos pais.
E53	Os pais/cuidadores sentiram-se preparados para cuidar do seu filho/criança em casa.
E54	As enfermeiras que realizaram o TFU tiveram um impacto positivo na capacitação das famílias para os cuidados de pós-operatório aos seus filhos e no sentimento de segurança e confiança necessárias para os realizar.

Kassmann et al. (2012) concluíram que 90% (n=19) dos pais se sentiam *confortáveis* ou *muito confortáveis* a cuidar dos seus filhos durante o período de pós-operatório. Emergiram deste estudo categorias de análise como *Suporte Emocional*, *Sentido de Confiança* e *Processo de Cura/Recuperação*, identificadas como temas de preocupação durante o TFU. Apuraram, também, que a realização do TFU permite identificar *outliers*/eventos atípicos que se traduzam em complicações inesperadas; preencher lacunas de informação e conhecimento; promover empatia e cuidado pelo utente, por parte dos profissionais/instituição de saúde.

O TFU é considerado uma ferramenta importante e segura a utilizar no pós-operatório ambulatório pediátrico, representando um benefício para a prática clínica (Anderson, et.al, 2017; McVay et al., 2008).

Os telefonemas de FU foram realizados por enfermeiras especialistas em cirurgia pediátrica, com treino para reconhecer os principais eventos que possam ocorrer em cirurgia de ambulatório (McVay et al., 2008).

Os pais querem sentir que têm habilidades e segurança para gerir os cuidados e a recuperação dos seus filhos, em casa. A alteração da prática do *follow-up* com a inclusão de um telefonema, permite reorientar as instruções pré-operatórias, fornecidas oralmente ou por escrito, acerca do período de recuperação e fornecer apoio emocional ao cliente pediátrico. Possibilita, ainda, que os cuidadores/pais expressem outras dúvidas/preocupações. A maioria (76,2%; n=16) dos pais participantes expressaram desejo de um TFU mais precoce do que o realizado (nas duas semanas primeiras semanas após a cirurgia), para sedimentar a sua confiança enquanto cuidadores (Kassman et al., 2012). Os pais manifestaram satisfação pela aliança positiva que estabeleceram com a equipa de saúde e pela possibilidade de em qualquer momento, se necessário, poderem adquirir informações adicionais (Kassman et al., 2012).

Jones, Yoon e Licameli (2007), apuraram que as principais preocupações e queixas dos clientes, nos primeiros dias eram relacionadas com a dor e a hemorragia, e verificaram que as informações fornecidas no pré-operatório e as orientações disponibilizadas no TFU eram suficientes para controlar estes parâmetros. A definição de um protocolo de analgesia, segundo os autores, facilitou a gestão da mesma durante o processo de recuperação no domicílio.

As cirurgias *minor* de otorrinolaringologia cada vez mais se realizam em regime de ambulatório, visto que a alta precoce não representa um fator de risco acrescido para a segurança e a eficácia das cirurgias, o que foi comprovado pela não alteração dos indicadores hemorragia, dor, rouquidão, qualidade de sono/descanso avaliados durante o TFU (Jones, Yoon e Licameli, 2007).

Os enfermeiros que realizaram o TFU tiveram um impacto positivo na capacitação das famílias para os cuidados de pós-operatório e conseqüentemente na segurança e confiança necessária para os realizar. As famílias das crianças, submetidas a CA, mencionaram que o enfermeiro especialista, durante o primeiro TFU, resolveu os seus problemas/ dúvidas e referiram a importância de ser um enfermeiro a realizar o TFU. Referenciaram, igualmente, que a preparação pré-operatória foi adequada e que os TFU são relevantes para fornecer suporte emocional, segurança, encorajamento, personalização, diminuição da ansiedade (Le et al., 2007).

A literatura explicita a *Segurança no Cuidar* (capacitação para cuidar do filho no pós-operatório/ Informação), através de várias hipóteses explicativas, destacando-se:

- i. A cirurgia de ambulatório pediátrica passa a ser uma opção que permite uma constante reavaliação de procedimentos e práticas, direcionadas e dimensionadas para a segurança e qualidade dos cuidados (Lemos e Regalado, 2006b).
- ii. A preparação do cliente pediátrico para o processo é a base do sucesso de qualquer tipologia de procedimento de CA, assim a educação da criança/adolescente e sua família, influencia e determina o grau de satisfação final (Lemos e Regalado, 2006a; Short e Bew, 2012);
- iii. No pré-operatório é disponibilizada informação escrita de apoio e incentivado o cliente pediátrico, se a idade o permitir, a colocarem dúvidas e expressarem receios e preocupações. O papel dos pais é explicado como mais um elemento da equipa e como facilitadores do processo (Lemos e Regalado, 2006b; Short e Bew, 2012);
- iv. O papel do enfermeiro, enquanto elo aglutinador de informação e esclarecedor de dúvidas referentes a informação fornecida por outros profissionais, passa a ser a chave de um momento que se pretende, claro, informativo, formativo e empático. Os profissionais dispõem de instrumentos e ferramentas informativas e lúdicas adaptadas a todas as idades, situações e tipologia cirúrgica para agilizarem e facilitarem o processo (Justus et al., 2006);
- v. A literatura enuncia as vantagens do processo formativo e informativo, evidenciando a redução da ansiedade do cliente pediátrico relacionada com acontecimento cirúrgico, levando a uma participação mais serena e a sentimento de maior segurança com o processo (Perry et al., 2012; Spalding, 2003; Delaney et al., 2015; Higson e Finlay, 2010; Adams, 2011).
- vi. O controlo sintomático, como a dor no pós-operatório, envolve a gestão de uma estratégia que se inicia no pré-operatório. Os enfermeiros têm muitas oportunidades de intervenção durante o processo de CA: a) adequada preparação peri-operatória do cliente pediátrico; b) técnicas intraoperatórias e intervenções de gestão analgésica; c) adequada avaliação sintomática pós-operatória (presencial ou p TFU); d) intervenções farmacológicas e não farmacológicas no recobro e no domicílio, através do TFU; e) aliança/ parceria com o cliente pediátrico durante o processo (Howard et al., 2014);
- vii. A necessidade de uma linha de suporte é essencial para a sensação de segurança. A enfermagem representa um elo muito consistente na consolidação da segurança dos pais, enquanto cuidadores e parceiros neste processo (Godden, 2010). Segundo o mesmo autor, este envolvimento é a razão para o acompanhamento dos clientes de CA, visto que após a alta para o domicílio, necessitam de referências concretas para lidar com o regresso a casa, sem receios e em segurança. O *follow-up* encerra, de certa forma, o círculo de cuidados em CA.
- viii. O TFU tem um impacto positivo, ao nível do envolvimento e comprometimento dos cuidados de saúde (Crocker et al., 2012).

Comunicação

(relação com os profissionais de saúde)

A comunicação em saúde, nomeadamente com os profissionais de saúde, diz diretamente respeito ao estabelecimento de uma relação eficaz com o paciente. Uma boa relação interpessoal constitui um pré-requisito essencial para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. O principal responsável por proporcionar um ambiente facilitador da relação interpessoal é, indubitavelmente, o profissional de saúde (Brás e Ferreira, 2016). *A qualidade do cuidado depende da competência técnica, mas, sobretudo, da habilidade de interação e comunicação dos profissionais com os utentes e família e com a equipa multiprofissional, que deve ser um processo comunicativo mais participativo, mais ao encontro do “outro” como sujeito que interage no seu contexto* (Brás e Ferreira, 2016, p.574).

A interação com o cliente pediátrico deve desenvolver-se no sentido do seu envolvimento ativo em todo o processo, o que implica a transmissão de informação adaptada, por parte do profissional de saúde, tendo em conta o grau de literacia, as especificidades culturais e linguísticas e o grau de desenvolvimento cognitivo (Santos et al. 2010).

Na tabela 14, resumam-se os principais resultados dos estudos, incluídos na RSL, relativos à categoria Comunicação com Profissionais de Saúde.

Tabela 14- Resultados encontrados para a categoria “Comunicação com Profissionais de Saúde”

Estudo	Resultado
E10	Importância das competências comunicacionais dos profissionais como ponto de partida para o sucesso do TFU.
E24	A realização do TFU permite desenvolver uma comunicação positiva com o cliente pediátrico visando não só a parceria de cuidados, mas também, a identificação de <i>outliers</i> /eventos atípicos, preencher lacunas de informação e conhecimento; promover a empatia e cuidado pelo utente, por parte dos profissionais e da instituição de saúde. O profissional está à distância de um telefonema potenciando a humanização dos cuidados.
E52	Acessibilidade e facilidade de comunicação proporcionada pelos TFU.
E54	A enfermeira especialista, durante o TFU, resolve os problemas/ dúvidas das famílias.

Kassman et al. (2012) referem que o TFU permite que os cuidadores/pais expressem outras dúvidas/ preocupações. Concluíram, ainda, que os pais consideravam que o momento ideal para realização do TFU, era durante a primeira semana após a alta.

Fischer et al., (2015), reconhecem a importância das competências comunicacionais dos profissionais como ponto de partida para o sucesso do TFU, referindo que deve existir uma preparação prévia dos pais, realizada por profissionais competentes, sobre a forma como vai decorrer o processo cirúrgico.

A realização do TFU permite aos profissionais/ instituição de saúde promover empatia e demonstrar cuidado pelo utente, para além de identificar *outliers*/eventos atípicos que se traduzam em complicações inesperadas; preencher lacunas de informação e conhecimento; A satisfação parental com esta ferramenta resulta, não só, da satisfação das suas necessidades de informação, mas também, do tipo de relação/aliança estabelecida (comunicação positiva) com a equipa de saúde (Kassman et al. 2012). Os autores concluíram, ainda, que o TFU potencia a humanização dos cuidados e estreita a parceria entre profissionais de saúde e cliente pediátrico, permitiu minimizar a distância e o tempo para a comunicação entre o profissional e os pais/cuidadores.

O TFU é o método da preferência das famílias, tendo em conta a acessibilidade e facilidade de comunicação para o esclarecimento de orientações, dúvidas imediatas e preocupações (McVay et al., 2008).

Na literatura a *Comunicação com os Profissionais de Saúde*, é explicitada através de várias hipóteses explicativas, destacando-se:

- i. A CA tem crescido exponencialmente, evoluindo para procedimentos e clientes mais complexos. O cliente pediátrico para além do comprometimento físico, está envolvido emocionalmente, socialmente e pedagogicamente (Godden, 2010). O sucesso deste desafio (CA) é, em grande parte, suportado pelo *follow-up* realizado pela equipa de enfermagem. Este acompanhamento engloba não só as orientações mais primárias de sintomatologia, como náuseas, vômitos e dor, a orientação/ aconselhamento terapêutico até ao despiste de complicações. A distância entre cliente e enfermeiro é encurtada pela disponibilidade permanente de um contacto, presencial ou telefónico, facto que possibilita um regresso mais rápido e seguro às rotinas e hábitos pré-cirurgia. As transições efetuadas pelos clientes são supervisionadas por um enfermeiro, que não estando fisicamente presente, faz parte intrínseca do processo de recuperação (Godden, 2010);
- ii. A comunicação entre os profissionais é determinante para o sucesso do processo peri operatório, a falta desta comunicação leva desnivelamento de expectativas e conseqüente insatisfação. Uma comunicação eficaz, em CA, significa que os momentos de contacto com o cliente, foram estratégicos, que a informação pré-operatória foi transmitida e entendida e que foi estabelecido um compromisso bilateral, para o restante processo (Rhodes, Miles e Pearson, 2006);
- iii. O momento da intervenção cirúrgica é determinante para as famílias dos clientes pediátricos. Existindo estudos que desenvolveram e testaram planos de treino de

habilidades comunicacionais, que incidem na linha da frente dos cuidadores, os enfermeiros, capacitando-os para gerirem as emoções, fornecerem informações e soluções de forma empática e eficaz. O programa de acompanhamento, permite otimizar as competências comunicacionais dos enfermeiros, promovendo a qualidade e a satisfação dos cuidados prestados em CA (Farber, 2010);

- iv. A investigação disponível identifica que a informação fornecida, o processo de transferência de informação e o profissional que desempenha essa função, são a chave para uma comunicação eficaz e conseqüentemente níveis de ansiedade mais baixos, relativos ao processo cirúrgico (Perry et al., 2012);
- v. Existe uma relação entre os níveis de ansiedade, preparação das famílias para os processos cirúrgicos e conseqüente eficácia comunicacional. O estudo realizado por Justus et al., (2006) apresenta um programa que utiliza um modelo transcultural sensível, multifacetado para a preparação da experiência cirúrgica, que tem como pilar essencial a comunicação profissional - cliente pediátrico e família;
- vi. A comunicação torna-se mais eficaz se consolidada e resumida em informação escrita, assim é determinante a utilização deste tipo de recursos (Kankkunen et al., 2003; Higson et al., 2010; IAAS, 2014;).

Impacto na rotina familiar

(rotinas e regras personalizadas que se repetem)

A família representa antes de mais um espaço e um local relacional. Os laços familiares formam um conjunto complexo de relações, que não se pode reduzir à soma dos seus indivíduos, mas compõem uma entidade singular com uma estrutura e uma organização viva e dinâmica. No seio de cada família, a ação de cada indivíduo afeta os outros elementos, produzindo reações, contrarreações e mudanças no equilíbrio familiar (Dias, 2011).

A rotina familiar refere-se a rituais, que diferem de família para família. Desta forma, cada família tem uma configuração de regras e rotinas personalizadas, que se repetem diariamente, semanalmente ou com outra periodicidade, que exigem compromisso, não se alteram e podem ser observadas por elementos externos à família (Dias, 2011; Wright e Leahey, 2012). Estas implicam ação, diretividade, distinção de papéis e conferem uma sensação de pertença e objetivo comum.

À semelhança de outros contextos, em cirurgia de ambulatório pediátrica, as intervenções de enfermagem (TFU) têm em conta o conceito específico de cada família, a sua estrutura e contexto particular, assim o cliente pediátrico é analisado do ponto de vista da sua

dinâmica, do seu sistema e subsistema para que estas sejam dirigidas e bem-sucedidas (Wright e Leahey, 2012).

Na tabela 15, resumam-se os principais resultados dos estudos, incluídos na RSL, relativos à categoria Impacto na Rotina Familiar.

Tabela 15- Resultados encontrados para a categoria "Impacto na Rotina Familiar"

Estudo	Resultado
E1	O TFU tem impacto na rotina do cliente pediátrico, nomeadamente, na diminuição dos dias de absentismo profissional e escolar.
E50	O TFU é um procedimento menos disruptivo da rotina familiar, mantendo a satisfação dos clientes. A distância é um fator importante, mas não determinante, quem reside a uma distância, considerada média, prefere também o TFU.
E52	O TFU é um método que permite a diminuição do absentismo escolar e profissional e a necessidade de recorrer a apoio familiar temporário.

Os autores consideram um procedimento menos disruptivo da rotina familiar e permite uma melhor gestão do tempo e recursos familiares (Olson et al., 2018).

O TFU é o método da preferência das famílias, tendo em conta a acessibilidade e facilidade de comunicação para o esclarecimento de orientações, dúvidas imediatas e preocupações e a consequente diminuição do absentismo escolar e profissional e a necessidade de recorrer a apoio familiar temporário. Os clientes recorrem muito menos aos serviços para colocar dúvidas e o tempo que seria gasto em todas as VCTFU não constituirá um elemento de desequilíbrio na rotina familiar (Olson et al., 2018; McVay et al., 2008).

Os estudos indicam que 42,9% (n=22) dos pais tiveram de faltar ao emprego para estarem presentes na VCTFU e que 61,4% (n=31) das crianças tiveram de faltar às aulas. Assim, o TFU tem impacto no aumento da satisfação das famílias e na diminuição dos dias de absentismo profissional e escolar (Anderson et al., 2018).

A literatura explica o *Impacto na Rotina Familiar* do TFU, através de várias hipóteses explicativas, destacando-se:

- i. O serviço de CA disponibilizado à população deve ser custo-eficiente para a unidade de cirurgia de ambulatório e para o cliente, refletindo elevados níveis de satisfação do cliente e sustentabilidades financeira para a instituição (Lemos e Regalado, 2006a);
- ii. O envolvimento social, emocional e pedagógico das famílias é a razão para o acompanhamento dos clientes de CA, visto que após a alta para o domicílio, necessitam de referências concretas para lidar com o regresso a casa, sem receios e em segurança. A distância entre cliente e enfermeiro é encurtada pela

disponibilidade permanente de um contacto, presencial ou telefónico, este facto possibilita um regresso mais rápido e seguro às rotinas e hábitos pré-cirurgia. As transições efetuadas pelos clientes são supervisionadas por um enfermeiro, que não estando fisicamente presente, faz parte intrínseca do processo de recuperação (Godden, 2010).

- iii. O cumprimento de um protocolo estruturado de CA, relativamente ao TFU permite evitar complicações e readmissões, ainda que pouco frequentes. A monitorização permanente da recuperação, à distância, concilia os hábitos familiares com a recuperação do cliente pediátrico, com o mínimo de interferência na retoma dos rituais, de forma gradual e contínua (IAAS, 2014; Jaensson et al., 2015; Ojo et al., 2010).

Impacto económico

(abordagem que tem em conta)

O impacto económico do TFU é demonstrado pelos estudos em análise. A avaliação económica é uma ferramenta utilizada para avaliar, de modo quantitativo, a dimensão do impacto imputável económico a um determinado programa. A avaliação faz-se para identificar impactos reais durante e após a sua implementação, de modo a permitir medidas corretivas, ou para informar futuros programas. Assim, têm em linha de conta os interesses de vários agentes económicos; introduz elementos relacionados com a evolução temporal e incerteza (comparação de cenários); têm em consideração a ponderação da importância e intensidade das atividades económicas e procede à comparação de impactos diretos e indiretos (Comissão Europeia, 2004).

Na tabela 16, sumarizam-se os principais resultados dos estudos, incluídos na RSL, relativos à categoria Impacto Económico.

Tabela 16- Resultados encontrados para a categoria "Impacto Económico"

Estudo	Resultado
E1	Eficácia e utilidade do TFU no FU dos clientes, superior à obtida com VCTFU, permitindo ainda espaço para aumentar o número de TFU ou outros seguimentos clínicos a outras especialidades e serviços prestados; Poupança institucional de 101,75\$ para 12,50\$- menos 88% com TFU, apesar de não terem sido avaliados outros custos indiretos; Os autores consideram o seu estudo um sucesso pela qualidade da amostra, número de cirurgiões envolvidos e capacidade de otimizar os processos e recursos, através do TFU.
E42	A avaliação custo-eficiência é determinante e benéfica para os dois lados, cliente e prestador. O prestador tem espaço para otimizar outros TFU e necessidades de seguimento.
E50	O TFU é um procedimento que permite uma poupança familiar substancial, mantendo a satisfação dos clientes.
E52	Com o TFU os custos de atendimento diminuem, visto que os clientes recorrem muito menos aos serviços para colocar dúvidas e o tempo que seria gasto em visitas clínicas múltiplas, é redistribuído e otimizado em outras áreas.

O TFU é um procedimento que permite uma poupança familiar substancial, mantendo a satisfação dos clientes e assegurando reembolsos equivalentes à instituição (Olson et al., 2018).

O factor custo-eficiência do TFU é tido em conta sendo determinante e benéfico para os dois lados, cliente e prestador (Brenn et al., 2015), assegurando, em caso de utilização de Seguros de Saúde, reembolsos equivalentes à instituição (Olson et al., 2018). O TFU permite poupança institucional, apesar de não terem sido avaliado outros custos indiretos, e evidencia espaço para aumentar o número de TFU ou outros seguimentos clínicos para outras especialidades e serviços prestados (Anderson et al., 2018). Os custos de atendimento diminuem, visto que os clientes recorrem muito menos aos serviços para colocar dúvidas e o tempo que seria gasto em todas as VCTFU, será redistribuído e otimizado em outras áreas (McVay et al., 2008; Olson et al., 2018)).

A literatura explica o *Impacto Económico*, bem com o custo-benefício do TFU, através de várias hipóteses explicativas, destacando-se:

- i. O serviço de CA disponibilizado à população deve ser custo-eficiente para a unidade de cirurgia de ambulatório e para o cliente, refletindo elevados níveis de satisfação do doente e sustentabilidades financeira para a instituição (Lemos e Regalado, 2006a);
- ii. O TFU é uma ferramenta de ajuste e mudança, este processo surge como uma obrigação das tutelas para com os doentes/clientes e profissionais. A segurança e a

- qualidade são itens obrigatórios a par das reduções e otimizações de custos (Burden, 2006).
- iii. Estudos indicam que os custos com a CA desceram significativamente, visto que o valor de pelo menos uma diária de internamento é integrada nos custos a reter (Wig, 2005).
 - iv. Os resultados administrativos e económicos da cirurgia de CA focam-se na competência de gestão, na saúde financeira, produtividade dos profissionais e eficiência. O TFU representa um instrumento de otimização dos recursos (Burden, 2006)
 - v. O cumprimento de um protocolo estruturado de CA, relativamente ao TFU permite evitar complicações e readmissões, ainda que pouco frequentes, bem como reinternamentos (IAAS, 2014; Jaensson et al., 2015; Ojo et al., 2010; AESOP, 2012).
 - vi. O TFU, não só em CA como em serviços de urgência, pode ser uma intervenção primária que tem impacto nos custos por cliente, considerando os elevados custos de readmissões de eventos adversos relacionados com altas precoces. O TFU é um instrumento de utilização de baixo-custo que pode otimizar a qualidade das altas dos grupos identificados como de risco (Crocker et al., 2012).

Satisfação Geral

(série de fatores, cumprimento de critérios e expetativas)

A satisfação do cliente pediátrico envolve uma série de fatores e cumprimento de critérios. A satisfação depende diretamente das expetativas e informação disponibilizada previamente, no que diz respeito à cirurgia de ambulatório pediátrica (Rhodes, Miles e Pearson, 2006).

O TFU conduz a elevados níveis de satisfação. A CNADCA (2008) descreve, no seu relatório final, que as associações com o nível mais elevado de satisfação (muito satisfeito) estão relacionadas com a disponibilidade de um contacto telefónico do hospital, com o facto de o cliente ter recebido o TFU no pós-operatório; com a apresentação das instalações da UCA, através de visita guiada; e de terem sido consideradas e questionadas as condições sociofamiliares. Como tal, a satisfação, em cirurgia de ambulatório pediátrica, não é um indicador isolado, mas um conjunto multifatorial de perspetivas que contribuem para um resultado final percecionado pelo cliente (muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito, nada satisfeito, insatisfeito).

Na tabela 17, sumarizam-se os principais resultados dos estudos, incluídos na RSL, relativos à categoria Satisfação Geral.

Tabela 17- Resultados encontrados na categoria "Satisfação Geral"

Estudo	Resultado
E1	Níveis de satisfação elevadíssimos com a realização do TFU.
E10	Demonstrada consistência na tendência de existir satisfação com o método de TFU e preferência dos pais por este método.
E24	A satisfação parental resulta da satisfação das suas necessidades de informação e do tipo de relação/ aliança estabelecida com a equipa de saúde.
E42	Um adequado FU do cliente pediátrico após um procedimento cirúrgico em ambulatório é uma importante componente do cuidado peri operatório sendo que o TFU traduz resultados favoráveis e elevados níveis de satisfação, que são altamente influenciados pelas expetativas prévias ao evento cirúrgico.
E 50	O TFU é uma abordagem mais eficiente para procedimentos de ambulatório de baixo risco, ajudando a manter a qualidade de cuidados aos clientes pediátricos com elevados níveis de satisfação.
E 53	A eficiência do TFU contribui para a satisfação do cliente pediátrico, mantendo a segurança e eficácia das cirurgias inalterada.
E54	O facto de ser uma enfermeira especialista a realizar o TFU gerou satisfação nas famílias.

A realização do TFU gera níveis de satisfação elevadíssimos (Anderson et al., 2017) quer no grupo que realizou CA quer no que realizou CC (Olson et al., 2018). Fischer (2015), também, apurou consistência na tendência de existir satisfação com o método de TFU e demonstrou preferência dos pais por este método.

A satisfação parental resulta da satisfação das suas necessidades de informação associada ao tipo de relação/aliança estabelecida com a equipa de saúde (comunicação positiva), que potencia a humanização dos cuidados (Kassmann et al., 2012). Os pais considerarem relevante e motivo de satisfação ser uma enfermeira especialista a realizar o TFU (Le, 2007).

Um adequado *follow-up* do cliente pediátrico após um procedimento cirúrgico em ambulatório é uma importante componente do cuidado peri operatório sendo que o TFU traduz resultados favoráveis e elevados níveis de satisfação (Brenn et al., 2015).

A satisfação é altamente influenciada pelas expetativas prévias ao evento cirúrgico e ao que efetivamente ocorre, logo se os clientes e famílias estão informados, as complicações não interferem diretamente nos níveis de satisfação. Verificando-se existir uma relação muito pequena entre complicações e insatisfação, sendo que a maior parte dos insatisfeitos não teve nenhuma complicação, o que permite concluir que são outros fatores e variáveis que influenciam este status (Brenn et al., 2015).

O TFU associados à VCU são uma abordagem mais eficiente para procedimentos ambulatoriais de baixo risco, permitindo manter a qualidade de cuidados prestados aos clientes pediátricos com elevados níveis de satisfação (Olson et al., 2018). A eficiência do TFU contribui para a

satisfação do cliente pediátrico, mantendo a segurança e eficácia das cirurgias inalterada (Jones, Yoon e Licameli, 2007).

A literatura explica a *Satisfação em Geral*, como o TFU, através de várias hipóteses explicativas, destacando-se:

- i. Um dos procedimentos recomendados para a avaliação da satisfação do cliente pediátrico e família, submetido CA, é o TFU. É uma ferramenta de apoio que pode ser usada pelos enfermeiros, e permite a monitorização da recuperação do cliente, o reforço/sistematização da informação pré-operatória fornecida e a avaliação da performance dos profissionais de saúde (Kleinpell, 1997; Le et al., 2007; Stewart, 2015).
- ii. A cirurgia de ambulatório pediátrica oferece muitas vantagens ao cliente pediátrico: elevada qualidade de cuidados prestados por uma equipa especializada em pediatria; estadia curta, tempo de recuperação curto, que evidencia os avanços clínicos e tecnológicos na cirurgia e anestesia; níveis de stresse inferiores causados pela separação da criança e família, visto que os pais/cuidadores significativos acompanham-na durante quase todo o processo e a diminuição de custos para as instituições (ausência de internamento tradicional, por exemplo) (Bittmann e Ulus, 2004). Segundo estes autores, a satisfação parental está associada à equipa cirúrgica responsável pelo tratamento geral; à equipa de enfermagem decorrente da informação fornecida durante o processo; à equipa de anestesia consequente do desempenho durante o processo. O estudo destes autores revela, ainda, que o TFU tem impacto positivo e valor na satisfação do cliente pediátrico.
- iii. Os níveis de satisfação dos clientes com o TFU são elevados não sendo associados, pelos clientes, a taxas de complicações (Susarla, Black e Dodson, 2011).
- iv. Estudos com impacto nacional indicam que a satisfação do cliente está fortemente correlacionada com a comunicação com o clínico: a forma como ouvem os clientes, como explicam de forma simples e clara os procedimentos e diagnósticos; o respeito pelo que o cliente refere e o tempo que efetivamente despendem (Fenton et al., 2012).
- v. Segundo Bittmann e Ulus (2004), a satisfação parental está associada à equipa no que concerne à informação fornecida durante o processo.

4.3. Limitações do estudo

Os resultados que emergiram desta RSL expressam a orientação da investigação, dentro do âmbito estudado, no entanto reconhece-se a existência de algumas limitações. A força dos resultados da RSL depende da robustez dos estudos incluídos, como tal, dada a natureza dos mesmos, o risco de viés pode estar presente (Caso-controlo, Coorte e Descritivo). A análise metodológica permitiu a inclusão dos oito estudos na RSL, mas o seu nível de evidência pode ser um fator provável de viés, não tendo sido encontrado e incluído nenhum estudo com nível de evidência II ou III, segundo o Instituto Joanna Briggs®.

A possibilidade de viés também está presente pelo facto de se ter restringido o idioma de publicação dos estudos à língua portuguesa e inglesa, o que também pode ter contribuído para a perda de potenciais estudos, publicados noutros idiomas, que tivessem critérios de inclusão. Paralelamente a todos estes aspetos, importa referir que as seleções das bases de dados pesquisadas também podem ter contribuído para a possibilidade de viés, visto que uma seleção mais alargada ofereceria, certamente mais resultados passíveis de inclusão.

A realização de uma meta-análise poderia ter sido importante, mas a heterogeneidade clínica e metodológica dos estudos incluídos, nem sequer levou a considerar a sua realização.

A carência de pesquisa na literatura cinzenta pode ter situado esta RSL no risco de viés elevado, já que os estudos não publicados não foram alvo de atenção por parte dos investigadores.

4.4. Implicações para a prática clínica

Ao longo deste documento evidenciou-se que o *follow-up* é um dos pilares essenciais para o sucesso do processo cirúrgico em ambulatório. O telefonema de *follow-up* afigura-se como uma ferramenta essencial no processo de enfermagem para a capacitação dos clientes pediátricos.

Uma das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediatria é cuidar da “(...) criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2010, p.2). Os cuidados de enfermagem diferenciados distinguem-se pela maior capacitação do cliente e por serem prestados por profissionais com elevado nível de competência para desenvolver

e disponibilizar estratégias que facilitem a transição saúde/doença, ou seja, são cuidados de enfermagem mais significativos para o cidadão.

O papel da enfermagem e as suas intervenções ao longo do fluxograma de cirurgia de ambulatório, já explanado neste trabalho, transporta-nos para Focos de Enfermagem de primeira linha para os cuidados pediátricos, após cirurgia de ambulatório. A evidência encontrada nesta RSL remete-nos para indicadores de impacto sobre a satisfação do cliente, como a *Eficácia do TFU* (demonstrada pelo controlo de sinais e sintomas, reorientação de práticas e informações), a *Comunicação com os Profissionais de Saúde*; a *Segurança no Cuidar*; o *Impacto na Rotina Familiar*; o *Impacto Económico* e a *Satisfação em Geral* com o TFU. Assim, para além dos Focos de Atenção considerados antes da fase de FU, como o *Conhecimento*, a *Consciencialização*, o *Medo* e a *Aceitação*, entre outros, os Focos determinantes da atenção da enfermagem avançada, que se pretende praticar no FU (que inclui, também, o momento da alta e a realização do TFU) são (figura 12): *Autoeficácia*, *Bem-estar*; *Conforto*; *Controlo de Sintomas*; *Controlo de Sinais*; *Controlo da Dor*; *Preocupação*; *Adaptação da Família*; *Stress do Prestador de Cuidados* (ICN, 2015).



Figura 12- Focos de Atenção de Realização de TFU

O TFU, devido à sua relevância na continuidade e qualidade dos cuidados e na segurança dos mesmos, deve ser considerado como um instrumento de trabalho para a prática de enfermagem avançada, devendo, nas situações de FU pediátrico, ser realizado por um

Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O protocolo do telefonema de FU deve ser claro, do conhecimento da equipa multidisciplinar e acompanhado de um guião de intervenções a disponibilizar ao cliente, se necessário. A equipa de enfermagem que integra o processo de Cirurgia de Ambulatório Pediátrica (CAP), tem de ser detentora de conhecimentos validados na área da pediatria, cirurgia e comunicação com a criança/adolescente/ família para utilizar o protocolo de TFU, validado. Os clientes associam o TFU a um momento de parceria com a equipa.

Ao longo deste documento procurou-se a evidência científica que sustenta o impacto do TFU na satisfação do cliente pediátrico.

A satisfação do cliente pediátrico envolve uma série de fatores e cumprimento de critérios. A satisfação depende diretamente das expectativas e informação disponibilizada previamente, no que diz respeito à cirurgia de ambulatório pediátrica (Rhodes, Miles e Pearson, 2006). A avaliação da satisfação do cliente pediátrico é multidimensional englobando a componente física, emocional, social e o impacto de toda a situação na vida escolar. Para a avaliação da satisfação pode por exemplo usar-se a escala PedsQL™, que avalia o tipo de informação, a inclusão e parceria com a família, as capacidades técnicas dos profissionais, a comunicação, as necessidades emocionais e a satisfação em geral (Varni, James et al., 2004). Ao longo deste documento constatou-se que a evidência científica encontrada é sobreponível aos critérios definidos para as escalas de avaliação da satisfação, como tal, as categorias encontradas devem ser a base do protocolo do TFU.

4.4.1. Proposta de Protocolo para Realização de Telefonema de *Follow-Up* Pediátrico - *PEDI.CA*

Existem momentos formativos chave para o sucesso do processo CA em pediatria, que se particularizam e distanciam dos do cliente adulto porque o **suporte emocional e instrucional** é disponibilizado a dois níveis: família/ cuidadores da criança/adolescente e criança/ adolescente em si. As oportunidades destes momentos estão descritas na literatura (IAAS, 2014; Smith et al., 2012), no entanto a constante sobreposição com a informação do cliente adulto tem implicado o adiamento de uma estratégia clara para a pediatria.

A formulação de um protocolo pediátrico de realização do TFU constitui-se um desafio para a enfermagem.

Ao longo desta investigação, vários foram os documentos e orientações referidos sobre os conteúdos e estrutura do TFU, como tal sugere-se uma reorganização e reflexão sobre os

itens a selecionar para a realização do mesmo. A associação portuguesa de cirurgia de ambulatório propõe uma estrutura para o cliente adulto, no entanto, não apresenta uma solução/ sugestão adaptada à realidade pediátrica. A literatura sugere a necessidade da criação de um instrumento de avaliação próprio. A determinação do impacto no aproveitamento escolar e as faltas dos pais para acompanhamento familiar, devem ser indicadores a incluir (Lemos e Regalado, 2006a; Carty et al., 2016; IAAS, 2014).

A evidência encontrada relativa aos indicadores de satisfação com o TFU, associada ao Focos de Atenção e às diferentes estruturas de TFU, são, na nossa opinião, relevantes para o protocolo de TFU que deve incluir a aplicação de um inquérito que permita avaliar, entre outros, se o cliente pediátrico para além do controlo de sinais e sintomas necessita de apoio e orientação formativa ou informativa, evitando deslocações ao hospital.

Os Focos da Autoeficácia e Conhecimento são imprescindíveis desenvolver em conjunto com o cliente pediátrico desde o início do processo. A Autoeficácia deve ser promovida junto do cliente pediátrico, em duas áreas distintas, mas complementares: a competência e a habilidade, para que exista uma evolução positiva, previamente deve ser trabalhado o Foco Conhecimento, para que exista uma base segura, um ponto de partida para a partilha de cuidados de saúde com os cuidadores.

A atualidade digital e as exigências de resposta e apoio dos clientes, em tempo real, obrigam a enfermagem a procurar estruturas que permitam aos clientes a concretização das suas expectativas. Assim, a telenfermagem surge também como uma possibilidade de prolongamento do TFU (Gunter et al., 2016; Smith et al., 2014). O mundo digital pode ser uma solução estrutural, a ser desenvolvida para complemento do TFU (Jaensson et al., 2015). A sugestão de uma aplicação para telemóveis, sobreponível às existentes para outro tipo de serviços, remetem-nos para uma infinita possibilidade de nunca quebrar a ligação como o cliente, que é a base do sucesso destes programas.

O fluxograma apresentado na figura 13 sugere uma orientação para o TFU pediátrico.

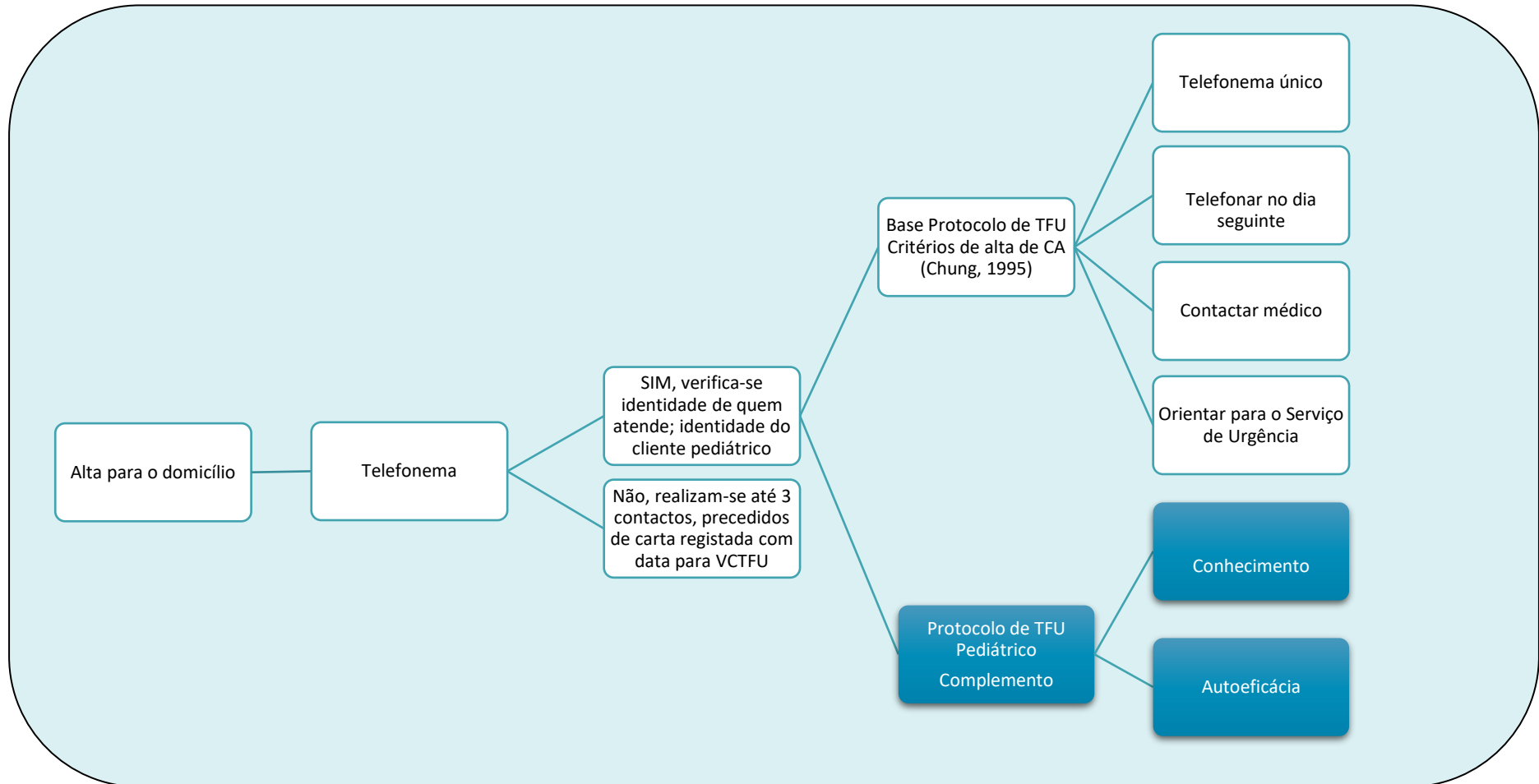


Figura 13- Protocolo para realização de *follow-up* pediátrico

No telefonema de FU pediátrico o enfermeiro pós cirurgia de ambulatório (PEDI CA) pode seguir a orientação perguntar, envolver, desenvolver estratégias e intervir, conforme o apresentado na figura 14.

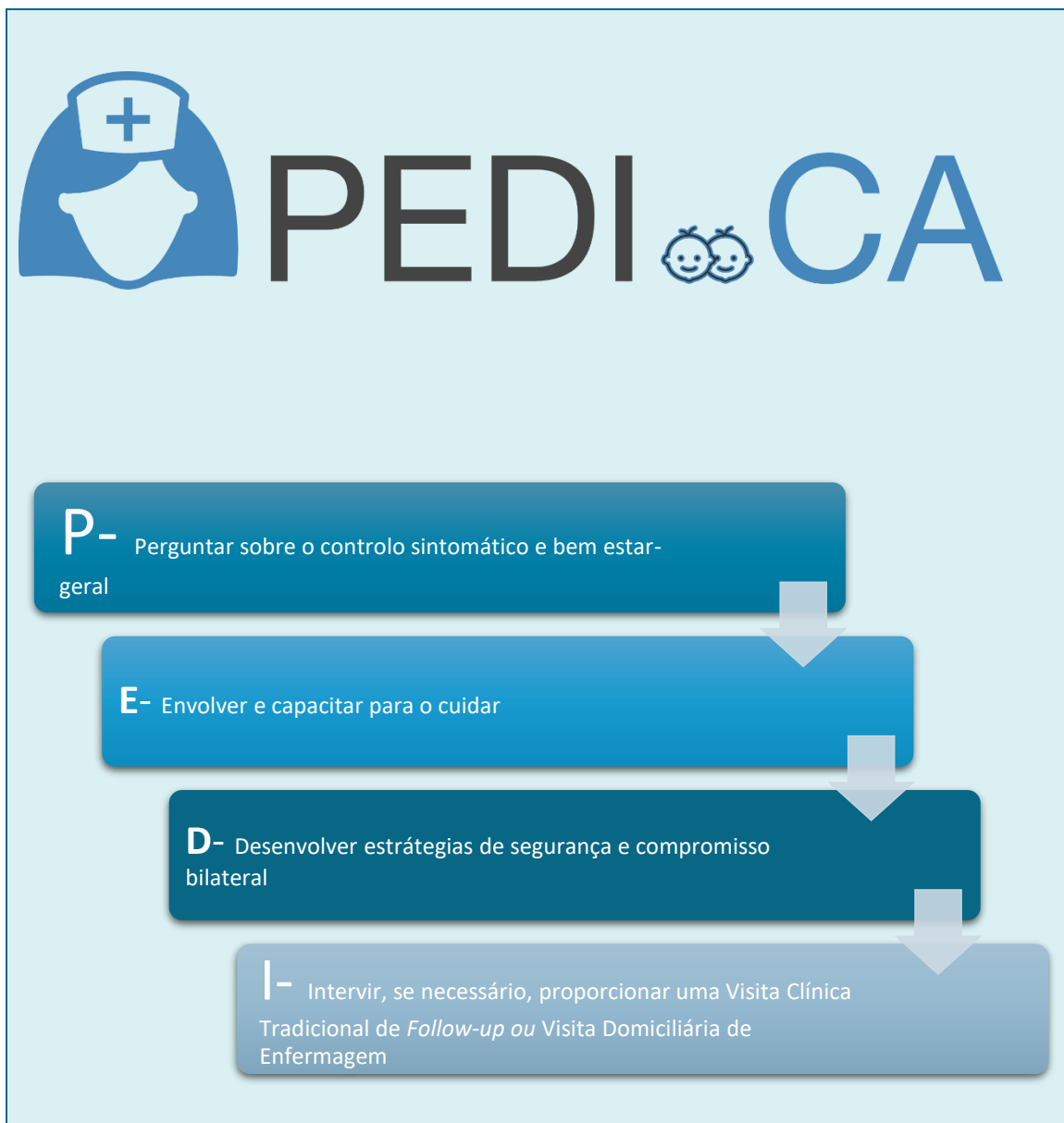


Figura 14- PEDI CA

5. CONCLUSÃO

A investigação é um caminho que deve ser primário, de gênese orientadora da prática diária da prestação de cuidados de saúde.

A enfermagem torna-se de prática avançada cada vez que um enfermeiro ousa se questionar, abandona o empirismo puro e avança para a transferência de conhecimento sustentado e baseado em evidência.

A revisão sistemática da literatura representa uma metodologia que disponibiliza evidência de nível I, no domínio da investigação, proporcionando um documento síntese e aglutinador, gerador de prática baseada na evidência. A produção, disseminação e disponibilização da melhor evidência possível, emerge em decisões clínicas sustentadas e fundamentadas.

O pensamento crítico, metódico e sustentado faz parte intrínseca de uma profissão que se pretende que procure a melhor evidência disponível para corresponder às expectativas da sociedade, dos cidadãos e das instituições de saúde de cuidados de saúde qualidade.

O objetivo desta RSL foi obter evidências científicas no sentido de compreender a importância do telefonema de *follow-up* na satisfação do cliente pediátrico e sua família, em contexto de cirurgia de ambulatório. A investigação permitiu obter categorias de indicadores a incluir num protocolo de TFUP.

O telefonema de *follow-up*, surge como uma ferramenta essencial na monitorização de indicadores reveladores da eficácia dos protocolos, da eficiência da equipa, da adequação da estrutura e do grau de satisfação com a experiência ambulatorial e com a equipa. O seu impacto na satisfação do cliente é inequivocamente evidente, tornando-se basilar a utilização na disponibilização de cuidados de saúde de qualidade.

A diversidade das estratégias disponíveis para evitar complicações pós-operatórias deve ser otimizada e divulgada, para que as necessidades e expectativas dos clientes, relativamente aos profissionais e serviços de saúde que procura, não sejam defraudadas.

Esta investigação permite dar relevância à imprescindibilidade do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil no cuidado ao cliente pediátrico na medida que demonstra a sua relevância na parceria de cuidados com o cliente pediátrico. A consulta de enfermagem, seja presencial ou por TFU é essencial na transição de saúde do cliente pediátrico, aquando a experiência de CA.

A enfermagem tem um papel a desempenhar na saúde e transições de saúde das pessoas. A significância do *nurse coaching*, do perioperative nursing em pediatria é determinante para construir uma solução custo-eficiente para as intuições de saúde, mas sobretudo para realocar o cliente pediátrico no centro dos nossos cuidados.

Ao longo deste documento é possível verificar que os objetivos, inicialmente propostos foram atingidos, com a elaboração da RSL. O trabalho, a nível pessoal, revelou ser determinante para a evolução do meu desempenho enquanto especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria disponibilizando uma ferramenta adaptada e estratégias de compreensão, adaptação e intervenção junto da criança/adolescente e sua família.

Concluir um trabalho possibilita iniciar outras etapas, decorrentes ou não da inicial. A ambivalência da ciência traduz a insatisfação positiva de se querer ser melhor profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ⁷

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Critical Elements for the Pediatric Perioperative Anesthesia Environment. POLICY STATEMENT. Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of all Children. *Pediatrics* [Em linha]. Dezembro 2015, Vol. 136, nº 6, pp.1200-1205 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/136/6/1200.full.pdf>>

ADAMS, H. A Perioperative Education Program for Pediatric Patients and their Parents. *AORN Journal* [Em linha]. Abril 2011, Vol. 93, nº 4, pp. 472-481 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.aorn.2010.11.030>>

ANDERSON, Jr.; MARTIN, E.; BRANCAZIO, B.; MEHTA, D.; GEORG, M. Preferred parental method of post-operative tonsillectomy and adenoidectomy follow-up (phone call vs. clinic visit). *International Journal of pediatric Otorhinolaryngology* [Em linha]. Janeiro 2017, Vol. 92, pp. 181-185 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587616304244?via%3Dihub>>

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA OPERAÇÕES PORTUGUESES. Enfermagem Perioperatória Da fisiologia à Prática dos Cuidados. Loures : Lusodidacta: AESOP, 2012. ISBN 978-972-8383-16-5.

—. Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. 3ª edição. Lisboa : Lusodidacta: AESOP, 2013. ISBN 978-989-20-3725-7.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. APCA. [Em linha] APCA, 2006. [consult. 2018-06-20]. Disponível em: <<http://www.apca.com.pt/ver.php?cod=1F0F>>

—. APCA. [Em linha] APCA, 2016a. [consult. 2018-06-20]. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/documentos/2016/Telefonema_do_dia_seguinte_2016.pdf>

—. APCA. [Em linha] APCA, 2016b. [consult. 2018-06-20]. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/documentos/2016/Telefonema_dos_30_dias_2016.pdf>

⁷ Referências Bibliográficas elaboradas segundo o Manual de Normas de Estilo pela Norma ISSO 690:2010

ISSO 690:2010(E). *Information and Documentation- Guidelines for bibliographic references and citations to information resources*. 3rd ed. 2010.

–. APCA. [Em linha] APCA, 2016c. [consult. 2018-06-20]. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/2016/Inquerito_Satisfacao_2016.pdf.

AMERICAM SOCIETY ANESTHESIA.ASA. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: an Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters . *Anesthesiology* [Em linha]. Março 2011, Vol. 114, nº 3, pp. 495-511 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: [DOI: 10.1097/ALN.0b013e3181fcbfd9](https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181fcbfd9)

–. Search Standards, Guidelines & Practice Parameters- STATEMENT ON PRACTICE RECOMMENDATIONS FOR PEDIATRIC ANESTHESIA. *Standards, Guidelines & Practice Parameters* [Em linha]. Outubro de 2016. [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <http://www.asahq.org/quality-and-practice-management/standards-and-guidelines>

BARNES, S.; YASTER, M. e KUDCHADKAR, S. R. Pediatric Sedation Management. *Pediatrics* [Em linha]. Maio 2016, Vol. 37, nº 5, pp. 203-212 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <http://pedsinreview.aappublications.org/content/37/5/203>

BERWANGER, O.;SUZUMURA, E. A.; BUEHLER, A. M.; OLIVEIRA, J. B. Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. [Em linha]. Outubro-dezembro 2007, Vol. 19, nº 4, pp. 475-480 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400012

BETTANY-SALTIKOV, J. How to do a Systematic Literature Review in Nursing- a step-by-step guide. 2ª ed. Teesside University. Health and Social Care: McGraw-Hill, 2012. ISBN 9780335263806

BITTMANN, S. e ULUS, H. Parent satisfaction with paediatric day-surgery: a questionnaire-based study. *Journal of Ambulatory Surgery* [Em linha]. Dezembro 2004, Vol. 1, nº 1-2, pp. 3-5 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0966653204000022>

BOURDAUD, N.; DEVYS, J.; BIENTZ, J.; LEJUS, C.; HEBRARD, A.; TIREL, O.; LECOUTRE, D.; SABOURDIN, N.; NIVOCHÉ, Y.; BAUJARD, C.; ORLIAGUET, G. A. Development and validation of a risk score to predict the probability of postoperative vomiting in pediatric patients: The VPOP score. *Paediatric Anaesthesia* [Em linha]. Setembro 2014, Vol. 24, nº 9, pp. 945-952 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pan.12428>

BRÁS, C.; FERREIRA, M. A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Atas:Investigação Qualitativa em Saúde* [Em linha] 2016, vol.2,

pp.572-577 [consult. 2018-12-20]. Disponível em:
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>

BRENN, B. R.; CHOUDHRY, D. K. e SACKS, K. Outpatient outcomes and satisfaction in pediatric population: data from the postoperative phone call. *Pediatric Anesthesia* [Em linha]. 2015, Vol. 26, nº 2, pp. 158-153 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pan.12817>>

BURDEN, N. Outcomes Measurement in Ambulatory Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing* [em linha]. Outubro, 2006, Vol. 21, nº 5, pp. 342-345 [consult. em 2017-12-20]. Disponível em: <
[https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(06\)00323-6/fulltext](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(06)00323-6/fulltext)>

CARTY, N.J. e RANABOLDO, C. J. Single hospital visit day case laparoscopy hernia repair without prior patient consultation is safe and acceptable to patients. *Surgical Endoscopy* [Em linha] Abril 2016, Vol. 30, nº 12, pp. 5565-5571 [consult. em 2018-01-16]. Disponível em: <
<http://europepmc.org/abstract/med/27129559>>

CENTER FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. *Systematic Review: CDR'S guidance for undertaking reviews in health care* [em linha]. University of York: CDR, 2009. [consult. 10 de dezembro de 2016]. Disponível em: <
https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf>. ISBN 978-1-900640-47-3.

CHUNG, F. Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesth Analg.* [Em linha] Maio 1995, Vol. 80, nº 5, pp. 896-902. [consult. em 2017-12-20]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726431>

CHUNG, F. Are discharge criteria changing? *Journal Clinical Anesthesia* [Em linha] novembro-dezembro 1993, Vol. 5, nº 6, pp. 64-68 [consult. em 2017-12-20]. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0952818093900113?via%3Dihub>

CHUNG, F.; Chan V.W.; ONG D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *Journal Clinical Anesthesia* [Em linha] Setembro 1995, Vol. 7, nº 6, pp. 500-506 [consult. em 2017-12-20]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8534468>

COMISSÃO EUROPEIA. *EVALSED - A Avaliação do Desenvolvimento Socioeconómico - o guia. Observatório do QREN* [em linha]. Maio 2004 [consult. 21 de dezembro de 2017]. Disponível em:
http://www.observatorio.pt/item1.php?lang=0&id_channel=16&id_page=52

COMISSÃO NACIONAL DA SAÚDE MATERNA, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. CNSMCA. *Carta Hospitalar Materna da Criança e Adolescente* [em linha] 1ª ed. CNSMCA; Lisboa : CNSMCA, 2012 [consult. 10 de dezembro de 2016]. Disponível em:

<http://www.spp.pt/UserFiles/file/DOCUMENTOS%20OFICIAIS/CNSMCA%202012%20Carta%20Hospitalar%20Materna%20da%20Crianca%20e%20do%20Adolescente.pdf> >

COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. *Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente- Relatório Final* [em linha] CNADCA; Lisboa : Ministério da Saúde, 2008 [consult. 10 de dezembro de 2016]. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/documentos/relatorio_final_CNADCA_20Out08.pdf>

COYNE, I. - Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Children and families* [Em linha]. 2006. [consult. 3 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x/pdf>

CRAIG, J. e SMYTH, R. *Prática baseada na evidência- Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN- 9789728383619.

CROCKER, J. B.; CROCKER, J. T. e GREENWALD, J. L. Telephone Follow-up as a Primary Care Intervention for postdischarge Outcomes Improvement: A systematic review. *The American Journal of Medicine* [em linha]. Setembro 2012, Vol. 125, nº 9, pp. 915-921 [consult. 21 de dezembro de 2017]. Disponível em: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(12\)00474-3/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(12)00474-3/fulltext)>

CZARNECKI, M. L.; GARWOOD, M. M. e WEISMAN, S. J. Advanced Practice Nurse-directed Telephone management of acute pain following pediatric spinal fusion surgery. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* [em linha]. Julho 2007, Vol. 12, nº 3, pp. 159-169 [consult. 21 de dezembro de 2017]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2007.00109.x>>

DANIELS, S.; KELLY, A.; BACHAND, D.; SIMEONI, E.; HALL, C.; HOFFER, S.M.; HAYASHI, A. Call to care: the impact of 24-hour postdischarge telephone follow-up in the treatment of surgical day care patients. *The American Journal of Surgery* [em linha] Maio 2016, Vol. 211, nº 5, pp. 963-967 [consult. em 2018-01-17]. Disponível em: [https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(16\)30073-3/fulltext](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(16)30073-3/fulltext)>

DAVIDSON, A. e MCKENZIE, I. Distress at induction: prevention and consequences. *Current Opinion in Anaesthesiology* [em linha]. Junho 2011, Vol. 24, nº 3, pp. 301-306 [consult. em 2018-01-17]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21494130>>

Decreto-Lei nº 13/2009 de 12 de Janeiro. DR, 1ª Série, Número 7, 12 de Janeiro.

DELANEY, D.; BAYLEY, E. W.; OLSZEWSKY, P.; GALLANGER, J. Parental Satisfaction with Pediatric Preoperative Assessment and Education in a Presurgical Care Center. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* [em linha]. Agosto 2015, Vol. 30, nº 4, pp. 290-300 [consult. em 2018-01-17]. Disponível em:

https://ac.elscdn.com/S1089947214004663/1s2.0S1089947214004663main.pdf?_tid=42029ad19c204e08930c8170f8f94d64&acdnat=1547653923_75873b2e0d0445ec9c712073505d9795

DEMING QUOTES, W.E. *BrainyQuote.com* [Em linha]. [consult. 2018-06-21]. Disponível em: https://www.brainyquote.com/quotes/w_edwards_deming_121224

DEMIRCI, A.; EFE, E. M.; TURKER, G.; GURBET, A.; KAYA, F. N.; ALI, A.; ILKER, Ç. Bloqueio dos nervos ílio-hipogástrico/ilioinguinal em correção de hérnia inguinal para tratamento da dor no pós-operatório: comparação entre a técnica de marcos anatômicos e a guiada por ultrassom. *Revista Brasileira de Anestesiologia* [em linha]. Junho 2014, Vol. 64, nº 5, pp. 350-356 [consult. em 2018-01-17]. Disponível em: https://ac.elscdn.com/S003470941400004X/1-s2.0-S003470941400004X-main.pdf?_tid=cebea34c-df3f-4a68-82ce-f018e1f5c803&acdnat=1547654454_abd19f0cecc8ef7e7742e70adb1633d9

Despacho nº 25832/2007 de 13 de Novembro. *Diário da República*, 2ª Série—Número 218, 13 de Novembro de 2007.

Despacho nº 30114/2008 de 21 de Novembro. *Diário da República*, 2ª Série, Número 227, 21 de Novembro de 2008.

Despacho nº 3673/2009 de 29 de Janeiro. *Diário da República*, 2ª Série, Número 20, 29 de Janeiro de 2009.

DEWAR, A.; SCOTT, J.; MUIR, J. Telephone follow-up for day surgery patients: patient perceptions and nurses' experiences. *Journal of Perianesthesia Nursing* [em linha]. Agosto 2004, Vol. 19 , nº 4, pp. 234-241 [consult. em 2018-01-17]. Disponível em: https://ac.elscdn.com/S1089947204001297/1-s2.0-S1089947204001297-main.pdf?_tid=d4e5c3e6-c0d1-4a19-a61b-fc14550986ec&acdnat=1547655030_83af798e213e62bb6f4c5d3e8718771a

DIAS, M. *Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica - O processo de comunicação no sistema familiar*. 2011

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Norma de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*, nº 015/2013, aprovada em 03/10/2013, atualizada em 04/11/2015. 2013. Vol. 15.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* [em linha]. Setembro 1988, Vol. 260, nº 12, pp. 1743-1748 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: https://ac.elscdn.com/S1089947204001297/1s2.0S1089947204001297main.pdf?_tid=d4e5c3e6c0d14a19a61bfc14550986ec&acdnat=1547655030_83af798e213e62bb6f4c5d3e8718771a

D'SOUZA, M. S.; KARKADA S. N.; PARAHOO, K.; VENKATESAPERUMAL R. Perception of and satisfaction with the clinical learning environment among nursing students. *Nurse Education*

Today [em linha]. Junho 2015, Vol. 35, nº 6, pp. 833-840 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <https://ac.els-cdn.com/S026069171500074X/1-s2.0-S026069171500074X-main.pdf?_tid=8065cd7295e14051af32a9fa65a9bf75&acdnat=1547656077_6a184dfadfd69bb5cb520e3ed6c3643>

EBERHART, H. J.; GELDNER, G.; KRANKE, P.; MORIN, A. M.; SCHAUFFELEN, A.; TREIBER, H.; WULF, H. The development and validation of a risk score to predict the probability of postoperative vomiting in pediatric patients. *Pediatric Anesthesia* [em linha]. Dezembro 2004, Vol. 99, nº 6, pp. 1630-1637 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.331.4486&rep=rep1&type=pdf>>

EREAUT, M. Learning from Other People in the Workplace. *Oxford Review of Education* [em linha]. Setembro 2007, Vol. 33, nº 4, pp. 403-422 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03054980701425706?needAccess=true>>

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. *Estudo Para A Carta Hospitalar- Especialidades De Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia E Infeciologia*. [em linha]. Porto: ERS, 2012. [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/668/ERS_Carta_Hospitalar.vf.pdf>

—. *Estudo Sobre A Qualidade Da Cirurgia De Ambulatório*. [em linha]. Porto: ERS, 2008. [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word_-_Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf>

FARBER, J. Measuring and Improving Ambulatoru Surgery Patient's Satisfaction . *AORN Journal* [em linha]. Setembro 2010, Vol. 92, nº 3, pp. 313-321 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.aorn.2010.01.017> >

FAROOQ, M.; TAN, K. e CROWE, S. Fasting time in caregivers of children presenting for ambulatory surgery. *Pediatric Anesthesia* [em linha]. Setembro 2008, Vol. 18, nº 9, pp. 820-822 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1460-9592.2008.02654.x>>

FENTON, J. J.; JERANT, A. F.; BERTAKIS, K. D.; FRANKS, P. The Cost of Satisfaction. *Arch Intern Med* [em linha]. Fevereiro 2012, Vol. 172, nº 5, pp. 405-411 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: < http://www.skateboardingalice.com/papers/2012_Fenton.pdf>

FISCHER, K.; HOGAN, V.; JAGER, A.; VON ALLMEN, D. Efficacy and utility of phone call follow-up after pediatric general surgery versus tradicional clinical follow-up. *The Permanente Journal* [em linha]. Inverno 2015, Vol. 19, nº 1, pp. 11-14 [consult. em 2018-

01-18]. Disponível em:
<<http://www.thepermanentejournal.org/files/Winter2015/PediatricGeneralSurgery.pdf>>

FLANAGAN, J. Postoperative telephone Calls: Timing is Everything. *AORN Journal* [em linha]. Julho 2009, Vol. 90, 1, pp. 41-50 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em:
<<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.aorn.2009.04.001>>

FORTIN, M. *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. [trad.] N. Salgueiro. 5ªed. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, 2009a. ISBN 9789728383107.

—.*Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009b. ISBN 978-989-8075-18-5-XXXI.

GALVÃO, C.; SAWADA, N. e TREVIZAN, M. Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [em linha]. Maio-junho 2004, Vol. 3, nº 12, pp. 549-556 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/250040968_Revisao_sistemica_recurso_que_proporciona_a_incorporacao_das_evidencias_na_pratica_da_enfermagem/fulltext/57aa37d008ae42ba52ac272c/250040968_Revisao_sistemica_recurso_que_proporciona_a_incorporacao_das_evidencias_na_pratica_da_enfermagem.pdf?origin=publication_detail>

GODDEN, B. Postoperative Phone Calls: Is there another way? *Journal of PeriAnesthesia Nursing* [em linha] Dezembro 2010, Vol. 25, nº 6, pp. 405-408 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <https://ac.els-cdn.com/S1089947210003825/1-s2.0-S1089947210003825-main.pdf?_tid=fd020cd788f945b987dc87f216adf553&acdnat=1547661442_2ce26a109630c6f990583e99cefd1a24>

GOMES, AV. O.; NASCIMENTO, M.. L.; CHRISTOFFEL, M. M.; ANTUNES, J.C.; ARAÚJO, M. C.; CARDIM, M. G. Punção venosa pediátrica: uma análise crítica a partir da experiência do cuidar em enfermagem. *Enfermería Global* [em linha] Julho 2011, Vol. 10, nº23 , pp. 287-297 [consult. em 2018-01-20]. Disponível em:
<scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/pt_revision2.pdf>

GUNTER, R. L.; CHOUINARD, S.; FERNANDES-TAYLOR, S.; WEISEMAN, J. T; CLARKSON, S.; BENNETT, K.; GREENBERG, C. C; KENT, K. C. Current use of telemedicine for post-discharge surgical care: A systematic review. *Journal of American College of Surgeons* [em linha] Maio 2016, Vol. 222 , nº 5, pp. 915-927 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em:
<[https://www.journalacs.org/article/S1072-7515\(16\)00147-2/pdf](https://www.journalacs.org/article/S1072-7515(16)00147-2/pdf)>

HAFIJI, J., SALMON, P. e HUSSAIN, W. Patient satisfaction with post-operative telephone calls after Mohs micrographic surgery: a new Zealand and U.K. experience. *British Journal of*

Dermatology [em linha]. Julho 2012, Vol. 167, nº 13, pp. 570-574 [consult. em 2017-12-20]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2133.2012.11011.x>

HANNALLAH, R. S. Paediatric issues for ambulatory surgery. In: LEMOS, P.; JARRET, P.; BEVERLY, P. *Day Surgery- Development and Practice*. 1ª ed. Londres : IAAS, 2006, pp. 139-156. ISBN 989-20-0234-2.

HIGGINS J. e GREEN S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Oxford: Cochrane Collaboration [Em linha]. Versão 5.1.0. The Cochrane Collaboration; 2011. [consult. em 2018-02-12]. Disponível em: <http://www.cochrane-handbook.org>

HIGSON, J. e FINLAY, T. Pre-assessment for children scheduled for day surgery. *Nursing Management* [Em linha]. Dezembro 2010, Vol. 17, nº 8, pp. 32-38 [consult. em 2018-02-12]. Disponível em: <https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/nm2010.12.17.8.32.c8146>

HORTON, B. *Organization of ambulatory services*. In: SMITH, I.; MCWHINNIE, D.; JACKSON, I. *Oxford Specialists Handbook - Day Case Surgery*. Oxford : Oxford University Press, 2012, pp. 14-41. ISBN 978-0-19-958433-8.

HOWARD, D.; DAVIS, K.; PHILLIPS, E.; RYAN, E.; SCLAFORD, D.; FLYNN-ROTH, R. Pain Management for pediatric tonsillectomy: An integrative review through the perioperative and home experience. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* [Em linha] . Janeiro 2014, vol. 19, nº 1, pp. 5-16 [consult. em 2018-02-12]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jspn.12048>

HUMAN RESEARCH PROTECTION OFFICE. HRPO. *Determining the Legal Age to Consent to Research*. [Em linha]. 2012. Washington University in St Louis. [consult. em 2018-02-12]. Disponível em: <https://hrpo.wustl.edu/wp-content/uploads/2015/01/5-Determining-Legal-Age-to-Consent.pdf>

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF AMBULATORY SURGERY. *Ambulatory Surgery Handbook*. [Em linha]. 2ª ed. s.l.: Consumer's health and Food Executive Agency, 2014. [consult. em 2018-02-12]. Disponível em:

http://www.iaas-med.com/files/2013/Day_Surgery_Manual.pdf

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (IAC). *Carta da criança hospitalizada*. Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa: IAC, 1998. ISBN 972-8003-14-5.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem- CIPE versão 2015*. [Em linha] s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2015. [consult. em 2018-02-12]. Disponível em:

https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

JAENSSON, M.; DAHLBERG, K.; ERIKSSON, M.; GRONLUND, A.; NILSSON, U. The Development of the Recovery Assessments by Phone Points (RAPP): A Mobile Phone App for Postoperative Recovery Monitoring and Assessment. *Journal of Medical Internet Research - International Scientific Journal for Medical Research, Information and Communication on the Internet* [em linha]. Julho-setembro 2015, Vol. 3, nº 3, pp. 1-10 [consult. em 2017-12-01]. Disponível em: <<https://mhealth.jmir.org/2015/3/e86/>>

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI)- *Systematic Review Resource Package: The Joanna Briggs Institute method for Systematic Review Quick Reference Guide* [em linha]. Ed. 2015. The Joanna Briggs Institute, Adelaide: 2015. [consult. em 2017-12-01]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf>

—. *JBI Reviewer's Manual*. joannabriggs.org. [Em linha] 2017a. [consult. em 2017-12-01]. Disponível em: <<https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Joanna+Briggs+Institute+Reviewer%27s+Manual>>

—. *Critical Appraisal Tools*. joannabriggs.org. [Em linha] 2017b. [consult. em 2017-12-01]. Disponível em: <<http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>>

JONES, D. T.; YOON, M.; LICAMELI, G. R. Effectiveness of postoperative follow-up telephone interviews for patients who underwent adenotonsillectomy: a retrospective study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* [em linha]. 2007, Vol. 133, 11, pp. 1091-1095 [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c0d1/73810365a5d6e00bffb44910cd71c80c71.pdf?_ga=2.229780828.1161692978.1547658175-1234706909.1547658175>

JORDAN, Z.; LOCKWOOD, C.; MUNN, Z.; EDOARDO, A. The update Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Joanna Briggs Institute* [em linha]. 2016. [consult. em 2018-01-18]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The_JBI_Model_of_Evidence_Based_Healthcare-A_Model_Reconsidered.pdf>

—. Redeveloping the JBI Model of Evidence Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* [em linha]. Dezembro 2018a, vol. 16, nº 4, pp. 227-241 [consult. em 2018-12-01]. Disponível em: <https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2018/12000/Redeveloping_the_JBI_Model_of_Evidence_Based.6.aspx>

—. The update Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* [em linha]. Setembro 2018b [consult. em 2018-12-01]. Disponível em:

https://journals.lww.com/ijebh/Abstract/publishahead/The_updated_Joanna_Briggs_Institute_Model_of.99900.aspx

JUSTUS, R.; WILSON, J.; VIRGINIA, W.; WYLES, D.; RODE, D.; LIAM-SULIT, N. Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing* [em linha]. janeiro- Fevereiro 2006, Vol. 32, nº 1, pp. 35-43 [consult. em 2018-12-01].

Disponível em:

<https://www.thefreelibrary.com/Preparing+children+and+families+for+surgery%3a+Mount+Sinai%27s...-a0143010924>

KANKKUNEN, P.; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K.; PIETILA, A.; HALONEN, P. Is the sufficiency of discharge instructions related to children's postoperative pain at home after day surgery? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [em linha]. Novembro 2003, Vol. 17, nº 4, pp. [consult. em 2018-12-01]. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.0283-9318.2003.00238.x>

KASSMAN, B.P.; DOCHERTY, S.L.; RICE, H.E.; BAILEY, D.E.; SCHWEITZER, M. Telephone Follow-up for pediatric Ambulatory Surgery: Parent and Provider Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing* [em linha]. Dezembro 2012, Vol. 27, nº 6, pp. 715-724 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(12\)00051-6/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(12)00051-6/fulltext)

KHAN, J.; KUNZ, R.; KLEIJNEN, J.; ANTES, G. Systematic reviews to support evidence-based medicine. 2ª ed. CRC Press. Londres : Hodder Arnold, 2011. ISBN 9781853157943.

KIRSCH, S. D.; WILSON, L. S.; HARKINS, M.; ALBIN, D.; DEL BECCARO, M. A. Feasibility of Using a Pediatric Call Center as a Part of a Quality Improvement Effort to Prevent Hospital Readmission. *Journal of Pediatric Nursing* [em linha]. Março-abril 2015, Vol. 30, nº 2, pp. 333-337 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596314002395>

KLEINPELL, R. Improving Telephone Follow-up after ambulatory surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* [em linha]. outubro 1997, Vol. 12, nº 5, pp. 336-340 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947297800524>

LACARTE, P. R. Quality Issues in Day Surgery. In: LEMOS, P.; JARRET, P.; BEVERLY, P. Day Surgery- Development and Practice. 1ª ed. Londres : IAAS, 2006, pp. 319-339. ISBN 989-20-0234-2.

LE, T.; DROLET, J.; PARAYNO, E.; ROSMUS, C.; CASTIGLIONE, S. Follow-up Phone Calls After Pediatric Ambulatory Surgery for Tonsillectomy: What Can We Learn From Families? *Journal*

of *PeriAnesthesia Nursing* [em linha] Agosto 2007, Vol. 22, nº 4, pp. 256-264 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <[https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(07\)00156-6/fulltext](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(07)00156-6/fulltext)>

Lei nº 53-A/2006 de 29 de Dezembro. *Diário da República*, 1ª Série, N.º 249, pág. 8626-58). Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei nº 64-A/2008 de 31 de Dezembro. *Diário da República*, 1ª Série, N.º 252, pág. 9300-69). Ministério da Saúde. Lisboa.

LEMOS, P. e REGALADO, A. M. *Patient Outcomes and Clinical Indicators for Ambulatory Surgery*. In: LEMOS, P.; JARRET, P.; BEVERLY, P. *Day Surgery- Development and Practice*. 1ª ed. Londres : IAAS, 2006a, pp. 257-280. ISBN 989-20-0234-2.

LEMOS, P. e REGALADO, A. M. *Paediatric issues for ambulatory surgery*. In: LEMOS, P.; JARRET, P.; BEVERLY, P. *Day Surgery- Development and Practice*. 1ª ed. Londres : IAAS, 2006b, pp. 139-156. ISBN 989-20-0234-2.

MAGALHÃES, C. - Carta do presidente da APCA aos sócios. [Em linha]. 2000. [Consultado a 10 junho 2018]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.apca.com.pt/ver.php?cod=1FOA>>.

MARQUES, J. F.; MARQUES, D.; SILVEIRA, J.; MATA, A. D. Revisões Sistemáticas: O que são e para que Servem. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* [em linha]. Julho 2008, Vol. 49, nº 3, pp. 171-178 [consult. 2017-03-21]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257678465_Revisoes_sistematicas_O_que_Sao_e_para_que_Servem>

MCMAHON, R. J. Intervenções de capacitação de pais de crianças em idade pré-escolar. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento da primeira Infância* [em linha] Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Tremblay RE, ed. tema. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/habilidades-parentais/segundo-especialistas/intervencoes-de-capacitacao-de-pais-de-criancas-em-idade>. Publicado: Maio 2006 (Inglês). Consultado: 08/09/2019.

MCVAY, M.R.; KELLEY, K.R.; MATHEWS, D.L.; JACKSON R.J.; KOKOSKA, E.R.; SMITH S.D. Postoperative follow-up: is a phone call enough? *Journal of Pediatric Surgery* [em linha] Janeiro 2008, Vol. 43, nº 1, pp. 83-86 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <[https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(07\)00694-X/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(07)00694-X/fulltext)>

MENDES, K.; SILVEIRA, R. e GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [em linha]. Outubro-dezembro 2008, vol.17, nº 4, pp. 758-764 . ISSN 0104-0707. [consult. 2017-03-21]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>

NOLAN, J. Principles of paediatric anaesthesia. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* [em linha]. Junho 2016, Vol. 17, nº 6, pp. 265-269 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472029916000862>>

OE. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. [em linha]. Ordem Enfermeiros. 2011. [consult. 2017-12-03]. Disponível em: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudecriancajovem.pdf>>

OFILI, O. U. Patient satisfaction in healthcare delivery- A review of current approaches and methods. *European Scientific Journal* [em linha]. Setembro 2014, Vol. 10, nº 25, pp. 25-39 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/1e82/b5023d41cf337aabb137f5291ed70f185b3.pdf>>

OJO, E.O. Day Case Surgery and Developing countries- A review. *Nigeria Journal of Clinical Practice* [em linha]. Dezembro 2010, Vol. 13, nº 4, pp. 459-466 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <<https://www.ajol.info/index.php/njcp/article/view/64172/51968>>

OLSON, J.K.; DEMING, L.A.; KING, D.R.; RAGER, T.M.; GARTNER, S.; HUIBREGTSE, N.; MOSS, R.L.; BESNER, G.E. Single visit surgery for pediatric ambulatory surgical procedures: a satisfaction and cost analysis. [em linha]. Janeiro 2018, Vol. 53, nº 1, pp. 81-85 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: [https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468\(17\)30643-7/fulltext](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(17)30643-7/fulltext).

PEARSON, A.; RICHARDSON, M.; CAIRNS, M. "Best practice" in day surgery units: a review of evidence. *Journal of Ambulatory Surgery* [em linha]. Setembro 2004, Vol. 11 nº 1-2, pp. 49-54 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <www.iaas-med.com/files/Journal/Volume11/Volume11_2004_49-54.pdf>

PEREIRA, A. e BACHION, M. Atualidades em revisão sistemática da literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enfermagem* [em linha]. Dezembro 2006, Vol. 27, nº 4, pp. 491-498 [consult. 2017-03-21]. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>>

PERRY, J.; HOOPER, N.; VALLIRE, D. E MASIONGALE, J. Redution of Preoperative Anxiety in Pediatric Surgery Patients Using Age-Appropriate Teaching Interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* [em linha]. Abril 2012, Vol. 27, nº 2, pp. 69- 81 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <[https://www.iopan.org/article/S1089-9472\(12\)00019-6/fulltext](https://www.iopan.org/article/S1089-9472(12)00019-6/fulltext)>

PHILLIPS, N. M.; HAESLER, E.; STREET, M. e KENT, B. Post-anaesthetic discharge scoring criteria: A systematic review. *JB Library of Systematic Reviews* [em linha]. 2011, Vol. 9, nº 41, pp. 1679-1713 [consult. 2018-01-11]. Disponível em:

https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2011/09410/Post_anesthetic_discharge_scoring_criteria_A.1.aspx

POLIT, D.; BECK, C. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. Trad. Denise Regina de Sales; Rev. Técnica de Anna Maria Hecker Luz, Lísia Maria Fensterseifer, Maria henriqueta Luce Kruse. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN 9788536325453.

Portaria nº 348-B/98 de 18 de Junho (GDH's 1998). *Diário da República*, 1ª Série, N.º 138. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria nº 189/2001 de 9 de Março (GDHs 2001). Declaração de rectificação nº 19-J/2001. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria nº 132/2003 de 5 de Fevereiro (GDHs 2003). *Diário da República*, 1ª Série, N.º 30, págs. 743-806. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria nº 567/2006 de 12 de Junho (GDH's 2006). *Diário da República*, 1ª Série-B, N.º 113, págs. 4173-4267. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria nº 34/2009 de 15 de Janeiro. *Diário da República*, 1ª Série, N.º 10, págs.344-347. Ministério da Saúde. Lisboa. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria nº 132/2009 de 30 de Janeiro (GDHs 2009). *Diário da República*, 1ª Série, N.º 21, págs. 660-758. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril . *Diário da República*- 1.ª série, N.º 80, págs. 2495 - 2606 . Ministério da Saúde. Lisboa.

PROCZKOWSKA-BJÖRKLUND, M. *The Process of Anaesthetic induction*. [em linha]. Linköping : Linköping University, 2009. [consult. 2017-03-21]. Disponível em: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:208833/FULLTEXT01.pdf>. ISBN 978-91-7393-701-6.

Resolução do Conselho de Ministros nº 159-A/2008 de 17 de Outubro. *Diário da República*, 1ª Série, N.º 202. Ministério da Saúde. Lisboa.

RAMOS, S.; TRINDADE, L. Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospitalar* [em linha]. Novembro/dezembro 2011, pp. 16-20 [consult. 2017-03-21]. Disponível em: <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>

RIBEIRO, E. Eficiência, efetividade e eficácia do planeamento dos gastos em saúde. *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde* [em linha]. Junho 2006, Vol. 2, nº2, pp. 27-46 [consult. 2018-06-21]. Disponível em:

http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/Manual_Spring/Dados_edu/Hygeia-2006-24.pdf

RHODES, L.; MILES, G. e PEARSON, A. Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice* [em linha]. Agosto 2006, Vol. 12, nº4, pp. 178-192 [consult. 2017-03-21]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-172X.2006.00575.x>

ROQUE, A., BUGALHO, A. e CARNEIRO, A. *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência* [Em linha] 1ª Ed. Linha editorial Lda; Lisboa: 2007 [consult. 2017-03-21]. Disponível em: <https://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

SAMPAIO, R. e MANCINI, M. *Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Revista Brasileira de Fisioterapia* [Em linha]. Janeiro-fevereiro 2007, Vol. 11, nº 1, pp. 83-89 [consult. 2017-03-21]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en_12.pdf

SANTOS, M.C.; GRILLO, A.; ANDRADE, G.; GUIMARÃES, T.; GOMES, A. Comunicação em Saúde e Segurança do Doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de Saúde Pública* [em linha]. Novembro 2010, Vol. 10, pp. 1-95 [consult. 2018-12-20]. Disponível em: www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583

SARGEANT, J., RAJIC, A. e OHLSSON, A. *The process of systematic review and its application in agri-food public health. Preventive Veterinary Medicine* [Em linha]. Agosto 2006, Vol. 75, nº 3-4, pp. 141-151 [consult. 2017-03-21].

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167587706000717>

SAVINO, F.; VAGLIANO, L.; CERATTO, S.; VIVIANI, F.; MINIERO, R.; RICCERI, F. Pain assessment in children undergoing venipuncture: the Wong-Baker faces scale versus skin conductance. *Peer Journal* [Em linha]. Fevereiro 2013, Vol. 1, e37. [consult. 2018-02-20]. Disponível em: <https://peerj.com/articles/37/>

SHORT, J. e BEW, S. *Paediatric day surgery*. In: SMITH, I.; MCWHINNIE, D.; JACKSON, I. *Oxford Specialists Handbook - Day Case Surgery*. Oxford : Oxford University Press, 2012, pp. 162-199. ISBN 978-0-19-958433-8.

SMITH, A. C.; GARNER, L.; CAFFERY, L. J.; MCBRIDE, C. A. A review of paediatric telehealth for pre- and post-operative surgical patients. *Journal of telemedicine and Telecare* [Em

linha]. Setembro 2014, Vol. 20, nº 7, pp. 400-404 [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1357633X14552373>

SMITH, I. e JAKOBSSON, J. O. *An overview of ambulatory surgery*. In: SMITH, I.; MCWHINNIE, D.; JACKSON, I. Oxford Specialists Handbook - Day Case Surgery. Oxford : Oxford University Press, 2012, pp. 162-199. ISBN 978-0-19-958433-8.

SMITH, I.; MCWHINNIE, D. e JACKSON, O. *Selection Criteria*. In: SMITH, I.; MCWHINNIE, D.; JACKSON, I. Oxford Specialists Handbook - Day Case Surgery. Oxford : Oxford University Press, 2012, pp. 162-199. ISBN 978-0-19-958433-8.

SPALDING, N. J. Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational Therapy International* [Em linha]. Novembro, 2003, Vol. 10, nº 4, pp. 278-293 [consult. 2018-02-01]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/oti.191>

STILWELL, S. B.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; WILLIAMSON, K. Asking the Clinical Question: A Key Step in Evidence- Based Practice. *American Journal of Nursing* [Em linha]. Março 2010, Vol. 110, nº 3, pp. 58-61 [consult. 2018-02-01]. Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/03000/Evidence_Based_Practice_Step_by_Step_Asking_the.28.aspx

STEWART, M. W. What is the best Way to Follow-up After Pediatric Surgery? *Journal of Perianesthesia Nursing* [Em linha]. Outubro 2015, Vol. 30, nº 5, pp. 444-446 [consult. 2018-02-01]. Disponível em: [https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(15\)00307-X/fulltext](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(15)00307-X/fulltext)

SUSARLA, S. M., BLACK, R. e DODSON, T. B. After dentoalveolar Surgery, Most Patients Are Satisfied With Telephone Follow-up. *Journal of oral and Maxillofacial Surgeons* [Em linha]. Agosto 2011, Vol. 69, nº 8, pp. 2099-2105 [consult. 2018-02-01]. Disponível em: [https://www.joms.org/article/S0278-2391\(10\)01724-6/pdf](https://www.joms.org/article/S0278-2391(10)01724-6/pdf)

THAM, C. e KOH, K. F. Unanticipated Admission After Day Surgery. *Singapore Medical Journal* [Em linha]. Outubro 2002, Vol. 43, nº 10, pp. 522-526 [consult. 2018-02-01]. Disponível em: citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.514.2675&rep=rep1&type=pdf

UICISA-E. Portugal Centre for Evidence Based Practice: A Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha]. 2015, Vol. IV, nº 6, pp. 163-164 [consult. 2018-02-01]. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=editionDetails&id_edicao=77

UNICEF. *Convenção sobre os Direitos da Criança*. [Em linha] Ret. em 1990. Polónia:UNICEF, 1989 [consult. 2018-02-01]. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf

VARNI, J.; SHERMAN, S.; BURWINKLE, T.; DICKSON, P.; DIXON, P. The PedsQL™ Family Impact Module: Preliminary reliability and validity. *Health Qual Life Outcomes*. [Em linha]. Setembro 2004, vol.2, nº 55, pp. 1-6 [consult. 2018-04-04]. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-2-55>>

VIEIRA, V.; MARCOS, A.; PATULEIA, D.; PINTO, J. M.; LANÇA, F. *APCA- Recomendações Portuguesas para a Profilaxia de Náuseas e Vômitos em Cirurgia de Ambulatória*. Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória [Em linha]. Fevereiro 2012 [consult. 2018-01-13]. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf>

WHIPPEY, A.; KOSTANDOFF, G.; MA, H.K.; CHENG; THABANE, J.L.; PAUL, J. Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery in the pediatric population: a retrospective case-control study. *Pediatric Anesthesia* [Em linha]. Agosto 2016, vol. 26, nº 8, pp. 831-837 [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pan.12937>>

WINDLE, P.E. Outcomes research: A paradigm shift for nursing research. *Journal of Perianesthesia Nursing* [Em linha]. Outubro 2005. Vol. 20, nº 5, pp. 351-353 [consult. 2017-01-07]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1089947205002753/first-page-pdf>

WIG, J. The Current Status of Day Care Surgery. *India Journal Anesthesia* [Em linha]. Dezembro 2005. Vol. 49, nº 6, pp. 459-466 [consult. 2017-01-07]. Disponível em: <<http://medind.nic.in/iad/t05/i6/iadt05i6p459.pdf>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change* [em linha]. Genebra: General, 2002. [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1>. WHO/FCH/CAH/02.14

—. *Making Health Services Adolescent Friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. [em linha]. Genebra: General, 2012. [consult. 2018-01-11]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/978%209241503594_eng.pdf?sequence=1>. ISBN 97892441503594.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 5ª Edição. ROCA Editores, 2012.

YANNASCOLI, Sarah; SCHENKER, M.; CAREY, J.; AHN, J.; BALDWIN, K. How to Write a Systematic Review: A Step-by-Step Guide. *University Of Pennsylvania Orthopaedic Journal* [Em linha]. Junho 2013, Vol. 3, nº, pp. 64-69 [consult. 2017-01-07]. Disponível em:

https://upoj.org/wp-content/uploads/v23/C_GENERAL_Yannascoli.pdf

Anexo 1-Inquérito- Telefonema do dia Seguinte

~

TELEFONEMA DO DIA SEGUINTE⁸

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

Especialidade: _____

FOLHA DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM POR CONTACTO TELEFÓNICO

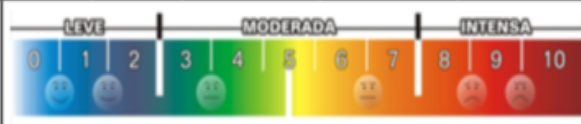
Contacto Telefónico Nº	<input type="text"/>	Identificação do Doente
Cirurgia realizada:	<input type="text"/>	
Data da cirurgia:	<input type="text"/>	
Data do contacto telefónico:	<input type="text"/>	
Enfermeira:	<input type="text"/>	Nº mecanográfico: <input type="text"/>

1. A viagem de regresso a casa decorreu sem problemas?	SIM	NÃO	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Porquê?
	<input type="text"/>		

2. Passou bem a noite?	SIM	NÃO	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Porquê?
	<input type="text"/>		

3. Necessitou de recorrer aos Serviços de Saúde?	SIM	NÃO	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Qual?
	<input type="text"/>		

⁸ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. APCA. [Em linha] 2016a. [consult. 2018-06-20]. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/documentos/2016/Telefonema_do_dia_seguinte_2016.pdf>

4. Presença de co-morbilidades nas primeiras 24 horas?	NÃO	SIM			
			Ligeiras	Moderadas	Severas
Teve náuseas					
Teve cefaleias / tonturas?					
Vómitos?					
O penso repassou?					
Evacuiu?					
Urinou com dificuldades?					
Tolerou a alimentação?					
Teve febre?				Que temperatura?	
Teve dor?	 <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>LEVE MODERADA INTENSA</p> <p>Escala Visual Analógica - EVA</p>				

5. Como qualifica o seu estado geral?	Bom	Normal	Mau

6. É necessário fazer novo contacto telefónico?	NÃO	SIM	
			Porquê?

7. Resultado do segundo contacto telefónico?	
--	--

Assinatura: _____

Anexo 2-Inquérito- Inquérito de Satisfação

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO⁹

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Este Inquérito pretende conhecer a sua opinião e o grau de satisfação obtidos com a sua experiência na Cirurgia de Ambulatório desta Unidade de Saúde. Destina-se a avaliar os nossos serviços, com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados.

Solicitamos assim, que dedique uns minutos a preenchê-lo, garantindo-lhe que será **anónimo e confidencial**.

Classifique o grau de satisfação relativo às questões apresentadas, assinalando com um “X” a resposta mais adequada, numa **escala de 1 a 5**, em que 1 corresponde a “Totalmente Insatisfeito” e 5 a “Totalmente Satisfeito”. Se não tiver opinião, assinale “Não sei” (NS).

Dados sobre a sua experiência na Cirurgia de Ambulatório:

1. Tempo de espera para a cirurgia

Tempo de espera entre a consulta e a data da cirurgia

1 2 3 4 5 NS

2. Informação pré-operatória

Informação fornecida antes do dia da cirurgia

1 2 3 4 5 NS

3. Acessibilidade/Sinalética

Indicações fornecidas para encontrar a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e facilidade de se orientar na mesma

1 2 3 4 5 NS

4. Processo de admissão

Qualidade do atendimento e tempo de espera na Admissão dos Doentes

1 2 3 4 5 NS

5. Tempo de espera até ser operado

Tempo de espera entre a entrada na Unidade de Cirurgia de Ambulatório e a hora da cirurgia

1 2 3 4 5 NS

6. Instalações

Relativamente a:

⁹ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. APCA. [Em linha] 2016c. [consult. 2018-06-20]. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/documentos/2016/Inquerito_Satisfacao_2016.pdf>

6.1 Comodidade (conforto, temperatura ambiente, limpeza, ruído)

1 2 3 4 5 NS

6.2 Vestuário fornecido para usar durante a cirurgia

1 2 3 4 5 NS

7. Privacidade

Privacidade garantida durante a permanência na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

1 2 3 4 5 NS

8. Disponibilidade dos profissionais

Atenção e interesse demonstrado pelos profissionais de saúde

1 2 3 4 5 NS

9. Amabilidade dos profissionais

Simpatia, respeito e gentileza dos profissionais de saúde

1 2 3 4 5 NS

10. Acompanhante

Amabilidade e envolvimento demonstrados para com a pessoa que o acompanhou

1 2 3 4 5 NS

11. Informação pós-operatório

Informação dos procedimentos e cuidados a adotar após a cirurgia

1 2 3 4 5 NS

12. Satisfação global

Grau de satisfação global com toda a sua experiência na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

1 2 3 4 5 NS

Responda às perguntas seguintes, assinalando com um “X” a sua opção.

13. Teve alguma complicação com necessidade de recorrer a uma unidade de saúde?

Sim Não

14. Recomendaria esta Unidade de Cirurgia de Ambulatório a um familiar/amigo?

Sim Não

Aponte 2 aspectos negativos que tenha experimentado:

Comentários e/ou sugestões de melhoria:

Informação sobre o seu estado de saúde:

Assinale com um “X”, um quadrado em cada um dos seguintes grupos, indicando

qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde habitual, ou seja, até à data (adaptado do Euro-QoL (EQ 5D))

15. Mobilidade

Não tenho problemas em andar

Tenho alguns problemas em andar

Tenho de estar na cama

16. Cuidados Pessoais

Não tenho problemas em cuidar de mim

Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me

Sou incapaz de me lavar ou vestir

17. Atividades Habituais (atividades domésticas, atividades familiares ou de lazer, trabalho, estudo...)

Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais

Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais

Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

18. Dor/mal-estar

Não tenho dores ou mal-estar

Tenho dores ou mal-estar moderados

Tenho dores ou mal-estar extremos

19. Ansiedade/Depressão

Não estou ansioso(a) / deprimido(a)

Estou moderadamente ansioso(a) / deprimido(a)

Estou extremamente ansioso(a) / deprimido(a)

Por fim, agradecemos que nos fornecesse alguns dados sobre si, para fins estatísticos:

20. Qual o seu local de residência?

Distrito

Concelho

21. Qual a sua idade? anos

22. Qual o seu sexo? F M

23. Qual a sua situação familiar?

Casado(a) / União de facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

24. Qual a sua situação perante o trabalho?

Empregado(a)

Doméstico(a)

Estudante

Reformado(a) / Aposentado(a)

Pensionista

Vive de rendimentos

Desempregado(a)

Não aplicável (ex. criança em idade pré-escolar)

25. Que grau de ensino completou?

Não sabe ler/escrever

1º ciclo do Ensino Básico (1º-4º ano) / Antiga 4ª classe

2º ciclo do Ensino Básico (5º-6º ano) / Antigo Ciclo Preparatório

3º ciclo do Ensino Básico (7º-9º ano) / Antigo Curso Geral dos Liceus

Ensino Secundário (10º-12º ano)

Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

26. Quem preencheu este Inquérito de Satisfação?

O / A doente

O / A doente com ajuda de familiar/amigo(a)

Familiar ou amigo

Data / / Data da cirurgia / /

Muito obrigado pelo tempo e apoio dispensados ao preencher este Inquérito. Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas. De seguida, coloque o Inquérito no Envelope fornecido e envie-o por Correio (no prazo de 10 dias após a cirurgia, preferencialmente). Não precisa selo.

Anexo 3- Telefonema dos 30 dias

↑

TELEFONEMA DOS 30 DIAS¹⁰

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Identificação (Colante)

Cirurgia efetuada:	
Data da cirurgia:	Data do telefonema:
Respondeu ao contacto? Sim	Não

QUESTÕES	SIM	NÃO
1. A informação recebida foi adequada e/ ou suficiente? Se não, porquê?		
2. Já teve consulta pós-operatória da especialidade? Se não, está marcada?		
3. Já retomou a atividade diária que tinha antes da cirurgia? Se não, porquê?		
4. Necessitou de readmissão até às 72h? Se sim, porquê?		
5. Se pudesse escolher, e caso necessitasse, voltaria a ser operado nesta UCA? Se não, porquê?		
6. Recomendaria a nossa UCA a um familiar / amigo? Se não porquê?		
Comentários / Sugestões		

Nome / N° mecanográfico

¹⁰ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. APCA. [Em linha] 2016b. [consult. 2018-06-20]. Disponível em: <http://www.apca.com.pt/documentos/2016/Telefonema_dos_30_dias_2016.pdf>

Anexo 4-Estratégia de Pesquisa



A IMPORTÂNCIA DO TELEFONEMA DE *FOLLOW-UP* NA SATISFAÇÃO DO CLIENTE PEDIÁTRICO E SUA FAMÍLIA, EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO. UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Investigadora: Susana Gregório Camarinha/ Joana Monteiro

Data: Janeiro 2018

Frase Booleana

(infant* OR child* OR adolescen* OR teen* OR minor* OR youth* OR paediatric* OR pediatric*) AND ("ambulatory surgical procedure*" OR "ambulatory surgery" OR "day surgery" OR "outpatient surgery" OR "surgical procedure*" OR (surgery AND ambulatory) OR (surgical AND ambulatory)) AND (" OR "follow-up" OR recontact) AND (telephone OR phone)) AND ((satisfact* AND parent*) OR ("patient satisfaction" OR "patient preference"))

Base de dados: CINAHL® (EBSCO HOST via ESEP)

Filtros ativados:

- Data de publicação:
- Estudos relativos a humanos

Base de dados: Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)® (via EBSCO Host®)

Filtros ativados:

- Data de publicação:

Base de dados: **MEDLINE® (via EBSCO Host®)**

Filtros ativados:

- Data de publicação:
- Estudos relativos a humanos

Base de dados: **SCOPUS® (via Science Verse®)**

Filtros ativados:

Anexo 5-Teste de Relevância I



Teste de Relevância I

Referência do estudo		
Questões	Sim	Não
<p>1. O estudo está de acordo com o tema investigado?</p> <p>Operacionalização</p> <ul style="list-style-type: none">Incluir<ul style="list-style-type: none">O estudo aborda o telefonema de <i>follow-up</i> em cirurgia de ambulatório pediátrica;O estudo relata resultados referentes a clientes pediátricos;O estudo relata <i>a one day surgery</i> pediátrica;O estudo é um estudo primário.		
<p>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para a investigação?</p> <p>- O estudo foi publicado entre 2007 e 2018.</p>		
<p>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para a investigação?</p> <p>- Português; - Inglês.</p>		
<p>4. O estudo encontra-se disponível em <i>full text</i>?</p>		
<p>5. O estudo envolve seres humanos?</p>		

Anexo 6-Resultado da aplicação do Teste de Relevância I



RESULTADO DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

TESTE DE RELEVÂNCIA I

Referência do Estudo	Questão 1 Tema/Tipo de estudo		Questão 2 Tempo		Questão 3 Idioma		Questão 4 Full Text		Questão 5 Humanos		Reune critérios para Teste de Relevância II		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
E1	Anderson et al. (2017)	x		x		x		x		x		x	
E2	Williams et al (2015)		x	x		x		x		x			x
E3	Vesgena et al. (2017)		x	x		x		x		x			x
E4	Gerçereker et al. (2016)	x		x		x		x		x		x	
E5	Daniels et al. (2016)	x		x		x		x		x		x	
E6	Halter et al. (2016)	x		x		x		x		x		x	
E7	Clari et al. (2015)		x	x		x		x		x			x
E8	Shi et al. (2016)	x		x		x		x		x		x	
E9	Nilsson et al. (2016)	x		x		x		x		x		x	
E10	Fisher et al. (2015) *	x		x		x		x		x		x	
E11	Mitchell (2015)		x	x		x		x		x			x
E12	Smith et al. (2014)		x	x		x		x		x			x
E13	Espinel et al. (2014)	x		x		x		x		x		x	
E14	Chen et al. (2014)		x	x		x		x		x			x
E15	Saracoğlu et al. (2014)		x	x		x		x		x			x
E16	Wright et al. (2013)		x	x		x		x		x			x

E17	Stanko et al. (2013)		x	x		x		x		x			x
E18	Wardenburg et al. (2013)		x	x		x		x		x			x
E19	Pota et al. (2013)		x	x		x		x		x			x
E20	Shepperd et al. (2013)		x	x		x		x		x			x
E21	Thompson-Coon et al. (2013)		x	x		x		x		x			x
E22	Barnett et al. (2012)		x	x		x		x		x			x
E23	Nelson et al. (2012)		x	x		x		x		x			x
E24	Kassman et al. (2012)	x		x		x		x		x		x	
E25	Hafiji, Salomon e Hussain (2012)		x	x		x		x		x			x
E26	Nurliza et al. (2011)		x	x		x		x		x			x
E27	Corrigan et al. (2011)		x	x		x		x		x			x
E28	Odom-Forren et al. (2011)		x	x		x		x		x			x
E29	Susarla, Black e Dodson (2011)		x	x		x		x		x			x
E30	Violes et al. (2011)		x	x		x		x		x			x
E31	Jagodzinski et al. (2011)		x	x		x		x		x			x
E33	Gray et al. (2010)		x	x		x		x		x			x
E34	Abdur-Rahman et al. (2009)		x	x		x		x		x			x
E35	Hodgins et al. (2008)		x	x		x		x		x			x
E36	Czarnecki et al. (2007)		x	x		x		x		x			x
E37	Mitchell (2007)		x	x		x		x		x			x
E38	Banieghbal e Beale (2007)		x	x		x		x		x			x
E39	Orabi et al. (2007)		x	x		x		x		x			x
E40	Burden (2006)	x			x	x		x		x			x
E41	Wilson et al. (2016)		x	x		x		x		x			x
E42	Brenn et al. (2016)	x		x		x		x		x		x	
E43	Arganbright et al. (2015)		x	x		x		x		x			x

E44	Jaesson et al. (2015)		x	x		x		x		x			x
E45	Borowski et al. (2010)		x	x		x		x		x			x
E46	Callaghan et al. (2008)		x	x		x		x		x			x
E47	Davids et al (2007)		x	x		x		x		x			x
E48	Black e Dodson (2011)		x	x		x		x		x			x
E49	Salmon e Hussain (2012)		x	x		x		x		x			x
E50	Olson et al. (2018)	x		x		x		x		x		x	
E51	Eriksson et al. (2015)	x		x		x		x		x		x	
E52	McVay et al. (2008)	x		x		x		x		x		x	
E53	Jones, Yoon e Licameli (2007)	x		x		x		x		x		x	
E54	Le et al. (2007)	x		x		x		x		x		x	

Anexo 7-Teste de Relevância II



Teste de Relevância II

Referência do estudo

Questões	Sim	Não
<p>1. O estudo está de acordo com o tema investigado?</p> <p>Operacionalização</p> <ul style="list-style-type: none">• Incluir<ul style="list-style-type: none">- O estudo aborda o telefonema de <i>follow-up</i> em cirurgia de ambulatório pediátrica;- O estudo relata resultados referentes a clientes pediátricos;- O estudo relata a <i>one day surgery</i> pediátrica;- O estudo é um estudo primário.• Excluir:<ul style="list-style-type: none">- Estudos referentes a clientes adultos (E4; E51)- Estudos referentes a intervenções cirúrgicas com regime de internamento (E13; E6);- Estudos que relatem a o telefonema de FU em outro tipo de serviço, que não a CA (E8;);- Estudos que estudem que estudem a ansiedade em CA e não a satisfação em CA (E4);- Estudos que comparem o TFU e outros sistemas de comunicação digital (E9).		
<p>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para a investigação?</p> <p>- O estudo foi publicado entre 2007 e 2018.</p>		
<p>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para a investigação?</p> <p>- Português;</p> <p>- Inglês.</p>		
<p>4. O estudo encontra-se disponível em <i>full text</i>?</p>		
<p>5. O estudo envolve seres humanos?</p>		

Anexo 8- Tabela de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos



Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos de Coorte

Adaptado de " JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies" (JBI, 2017a)

Estudo 1

	Critérios	Sim	Não	Não está claro	Não aplicável
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo)	X			
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua exposição da condição/ doença	X			
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controlos OBS: Estudo de coorte	X			
4	Os factores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas	X			
5	Os resultados são avaliados através de critérios objetivos	X			
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente OBS: Medida única (não longitudinal)	X			
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise OBS: excluídos por não referirem a sua preferência	X			
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna	X			
9	A análise estatística utilizada foi a apropriada	X			
	Total			9 pontos	

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações
--------------	-------------	------------------------------



Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos de Coorte

Adaptado de " JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies" (JBI, 2017a)

Estudo 10

	Crítérios	Sim	Não	Não está claro	Não aplicável
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo)	X			
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/ doença	X			
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controles OBS: Estudo de coorte	X			
4	Os factores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas	X			
5	Os resultados são avaliados através de critérios objetivos	X			
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente	X			
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise		X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna	X			
9	A análise estatística utilizada foi a apropriada	X			
Total		8 pontos			

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações
--------------	-------------	------------------------------



Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Descritivos

Adaptado de Critical appraisal tools Descriptive/ Case Series Studies” (JBI, 2017a)

Estudo 24

	Critérios	Sim	Não	Não está claro
1	A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória		X	
2	Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos	X		
3	Os factores podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas	X		
4	Os resultados são avaliados através de critérios objetivos	X		
5	Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos			X
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente	X		
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise	X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna	X		
9	A análise estatística utilizada foi a apropriada OBS: Recurso a testes paramétricos em amostras significativamente reduzidas.	X		
	Total		7 pontos	

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações
--------------	-------------	------------------------------



Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Descritivos

Adaptado de Critical Appraisal Tools Descriptive/ Case Series Studies” (JBI, 2017a)

Estudo 42

	Critérios	Sim	Não	Não está claro	Não aplicável
1	A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.	X			
2	Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos	X			
3	Os factores podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas			X	
4	Os resultados são avaliados através de critérios objetivos	X			
5	Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos	X			
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente	X			
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise	X			
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna	X			
9	A análise estatística utilizada foi a apropriada	X			
	Total			8 pontos	

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações
----------------	--------------	------------------------------



Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos de Caso Controlo

Adaptado de "MAStARI Critical appraisal tools Comparable Cohort/ Case Control Studies" (JBI, 2017a)

Estudo 50

	Critérios	Sim	Não	Não está claro
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo)	X		
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/ doença	X		
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controlos OBS: Estudo de coorte	X		
4	Os factores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas	X		
5	Os resultados são avaliados através de critérios objetivos	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente. OBS: Medida única (não longitudinal)	X		
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise OBS: excluídos por não referirem a sua preferência	X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna	X		
9	A análise estatística utilizada foi a apropriada.	X		
	Total		9 pontos	

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações
--------------	-------------	------------------------------



Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos de Caso Controlo/ Coorte

Adaptado de "MAStARI Critical appraisal tools Comparable Cohort/ Case Control Studies" (JBI, 2017a)

Estudo 52

	Critérios	Sim	Não	Não está claro	Não se aplica
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo)	X			
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/ doença	X			
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controlos		X		
4	Os factores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas		X		
5	Os resultados são avaliados através de critérios objetivos	X			
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente	X			
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise	X			
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna	X			
9	A análise estatística utilizada foi a apropriada	X			
	Total		8 pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações
--------------	-------------	------------------------------



Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos de Caso Controlo/ Coorte

Adaptado de "MAStARI Critical appraisal tools Comparable Cohort/ Case Control Studies" (JBI, 2017a)

Estudo 53

	Critérios	Sim	Não	Não está claro	Não se aplica
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo)	X			
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/ doença	X			
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controlos OBS: Estudo de coorte	X			
4	Os factores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas	X			
5	Os resultados são avaliados através de critérios objetivos	X			
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente OBS: Medida única (não longitudinal)	X			
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise OBS: excluídos por não referirem a sua preferência	X			
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna	X			
9	A análise estatística utilizada foi a apropriada	X			
	Total		9 pontos		

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações
--------------	-------------	------------------------------



Instrumento de Avaliação da Qualidade Metodológica para Estudos Descritivos

Adaptado de "MAStARI Critical appraisal tools Descriptive/ Case Series Studies" (JBI, 2017a)

Estudo 54

	<i>Critérios</i>	Sim	Não	Não está claro	Não se aplica
1	A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória		X		
2	Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos	X			
3	Os factores podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas	X			
4	Os resultados são avaliados através de critérios objetivos	X			
5	Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos				X
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente	X			
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise	X			
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna	X			
9	A análise estatística utilizada foi a apropriada			X	
<i>Total</i>		8 pontos			

Score	Nível de qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído [X]	Excluído []	Necessárias mais informações
----------------	--------------	------------------------------

Anexo 9- Tabela de Extração de dados de Estudos Incluídos



Instrumento de Extração de Dados

Adaptado de “MAStAri data extration” (JBI, 2017a)

Estudo 1

Investigador/Revisor: Susana Gregório Camarinha

Data da Extração de dados: fevereiro de 2018

Autor(es): Martin E. Anderson Jr., Brianna Brancazio, Deepak K. Mehta, Matthew Geog, Sukgi S. Choi, Noel Jabbour.

Ano e local: EUA, 2017

Revista: International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology

Título: Preferred Parental method of post-operative tonsillectomy and adenoidectomy follow-up (phone call vs. Clinic visit)

Método de estudo:

Estudo Quantitativo Observacional (Analítico) prospetivo de coorte

Objetivo do estudo:

- Comparar a preferência dos pais de crianças submetidas a adenoidectomia e amigdalectomia, em contexto de cirurgia de ambulatório, relativamente ao método pós-operatório de *follow-up* (FU), entre o telefonema de *follow-up* (TFU) e a visita clínica tradicional de pós-operatório (VCTFU);
- Identificar se cada um dos grupos de pais, se encontra satisfeito com o método de *follow-up* inicialmente designado, ou se preferia o outro método.

Participantes:

Pais de crianças entre os 3 e os 18 anos de idade, submetidas a adenoidectomia e amigdalectomia, em contexto de cirurgia de ambulatório.

127 participantes (3 excluídos por não responderem qual a preferência), distribuídos em 2 grupos:

- CASO (N=73) - pais de crianças submetidas a adenoidectomia e amigdalectomia, com *follow-up* realizado por telefonema.
- CONTROLO (N=51) - pais de crianças submetidas a adenoidectomia e amigdalectomia, com *follow-up* realizado por visita clínica tradicional, no hospital;

Foram incluídas crianças entre os 3 e os 18 anos de idade submetidas a amigdalectomia e adenoidectomia no hospital em questão. Foram excluídas crianças com apneia do sono severa, com índice superior a 10 (AHI>10); complicações pós-operatórias (hemorragia, desidratação, controlo pouco eficaz da dor e variações recorrentes da voz) e intervenções múltiplas, para além da amigdalectomia e adenoidectomia.

Intervenção:

- Foi realizado um inquérito, a ambos os grupos, 4 a 6 semanas após as intervenções cirúrgicas, com a duração máxima de preenchimento de 5 minutos;
- A entrevista contemplava as mesmas questões para ambos os grupos (recuperação pós-operatória, satisfação da tipologia de *follow-up*, método preferido de FU, se a criança frequentava a escola e se tiverem de faltar às aulas para a VCTFU e se a mãe/pai trabalha e teve de faltar ao emprego para a VCTFU);
- Ao grupo de CASO foi aplicado através do telefonema de *follow-up*;
- Ao grupo de CONTROLO foi aplicado presencialmente, aquando a visita clínica tradicional de *follow-up*;
- Foi sempre disponibilizada a opção de solicitar uma VCTFU;
- Os inquéritos foram realizados por enfermeiras de triagem pediátrica de Otorrinolaringologia (ORL).

Procedimento de análise de dados:

A análise estatística foi realizada através dos testes de t-student, Wilcoxin e Fischer.

Nível de evidência JBI (2014): III

Principais resultados e conclusões:

- 60,3% dos inquéritos foram completados;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade das crianças, ao tempo de FU, à satisfação com o tipo de FU vivenciado, ou à frequência de sintomas não resolvidos;
- Os pais dos 2 grupos ficaram satisfeitos com o método de FU vivenciado;
- Os pais que receberam o TFU preferiram fortemente este método ao VCTFU;
- 49,9% (n=25) dos pais que foram à VCTFU referiram ter preferido o TFU;
- Verifica-se que 42,9%(n=22) dos pais tiveram de faltar ao emprego para estarem presentes na VCTFU e que 61,4% (n=31) teve de faltar às aulas;

- O estudo demonstrou consistência na tendência de existir satisfação com o método de TFU, como a preferência do cliente pediátrico por este método;
- O estudo demonstrou preferência dos pais pelo método de TFU.
- O TFU é a alternativa preferida para este tipo de cirurgia, no entanto não substitui a VCTFU, que em alguns casos poder ser necessária e complementar;
- Para que se opte pelo TFU, deve existir uma preparação ao cliente pediátrico de como vai decorrer o processo cirúrgico, realizada por profissionais competentes e preparados para a informação a fornecer;
- É reconhecida a importância das competências comunicacionais dos profissionais como ponto de partida para o sucesso do TFU;
- É reconhecido o custo-eficiência desta metodologia, sem detrimento da qualidade e segurança que se impõe atualmente às organizações de saúde.

Observações do revisor:

- Um dos pontos fortes do estudo é ter sido possível existir um grupo experimental e um de controlo, visto que em pediatria, ainda não se tinha verificado;
- Outro ponto forte foi a semelhança das questões colocadas aos 2 grupos;
- A amostra é superior a 100, como tal de elevada qualidade;
- Uma das limitações foi a aplicação direta dos questionários durante a VCTFU, podendo condicionar as respostas, no entanto, também potenciou a taxa de sucesso de questionários completos;
- Poderia ter sido explorada a relação direta da satisfação, com a discriminação das variáveis importantes para os pais.



Instrumento de Extração de Dados

Adaptado de “MAStAri data extration” (JBI, 2017a)

Estudo 10

Investigador/Revisor: Susana Gregório Camarinha Data da Extração de dados: fevereiro de 2018
Autor(es): Kevin Fischer; Virginia Hogan; Alesha Jager; Daniel von Allmen Ano e local: EUA, 2015
Revista: The Permanente Journal
Título: Efficacy and utility of Phone Call Follow-up after Pediatric General Survey versus Traditional Clinic Follow- up
Método de estudo: Estudo Quantitativo Observacional (Analítico) prospetivo de coorte
Objetivo do estudo: <ul style="list-style-type: none">• Comparar a visita pós-operatória presencial com o telefonema de <i>follow-up</i>, em contexto de cirurgia pediátrica, atendendo à satisfação do cliente, taxa de sucesso de contacto telefónico de <i>follow-up</i> e utilização do recurso “tempo do clínico” subjacente ao processo (consequências financeiras).• Avaliar os indicadores de resultado eficácia, satisfação cliente pediátrico, e impacto na prestação de cuidados.
Participantes: <ul style="list-style-type: none">• N= 1464 participantes;• Coorte de participantes- n= 769, clientes pediátricos submetidos aos procedimentos cirúrgicos selecionados, em regime de ambulatório, intervencionados até 6 meses antes da implementação do TFU (agosto de 2011);• Caso de participantes- n= 695, clientes pediátricos submetidos aos procedimentos cirúrgicos selecionados, em regime de ambulatório, intervencionados até 6 meses após a implementação do TFU (agosto de 2011).
Intervenção: <ul style="list-style-type: none">• Revistos todos os clientes pediátricos agendados para se deslocarem ao <i>General Surgery Department</i>, no período de março de 2011 e fevereiro de 2012, submetidos aos procedimentos cirúrgicos selecionados, em regime de ambulatório;

- Os procedimentos selecionados para o protocolo de TFU foram os de baixo risco cirúrgico, como se pretende para cirurgia em ambulatório;
- Os dados foram extraídos tendo em conta o número de contactos telefónicos realizados com sucesso, a satisfação do cliente pediátrico e o contexto da prática cirúrgica em ambulatório, considerando os o impacto financeiro e a nova utilização do “tempo clínico”;
- Na consulta pré-cirúrgica foi disponibilizada e validada toda a informação necessária ao processo, por enfermeiras especialistas e treinadas na área;
- O TFU foi realizado 2 a 3 semanas após a cirurgia;
- No mínimo 2 tentativas de contacto foram efetuadas;
- O TFU foi realizado tendo um protocolo de base, ficando os dados registados no processo clínico eletrónico do cliente;
- Foi sempre encorajado o expressar de preocupações, dúvidas relativas ao processo;
- Durante o TFU Foi sempre disponibilizada a opção de solicitar uma VCTFU, se o cliente assim o desejasse;
- Quando o contacto não era de todo possível, era deixada uma mensagem de voz com o objetivo do contacto;
- Os pais poderiam retribuir o telefonema se o desejassem;
- Quando foi verificada a impossibilidade final do contacto, foi enviada uma carta explicativa e detalhada do processo;
- Foram definidos o que era um TFU bem-sucedido e uma VCTFU bem-sucedida;
- Foi realizado um inquérito de satisfação complementar aos clientes pediátricos que receberam o TFU no período de junho 2012 e setembro de 2012.

Procedimento de análise de dados:

- Análise estatística com X^2 teste.
- Análise financeira.

Nível de evidência JBI (2014): III

Principais resultados/ conclusões:

- Nos 6 meses que precederam a implementação do TFU, foram realizadas 1090 VCTFU;
- 6 meses após a implementação da TFU, foram realizadas 703 VCTFU, verificando-se um decréscimo de 35,5% (n=387);
- Verificou-se um decréscimo de 6% no agendamento de VCTFU, o que implicou uma mudança, e um aumento em 3% de outro tipo de serviços fornecidos;
- Dos participantes do grupo antecedente à implementação do TFU, 55,5% (n=427) tiveram um TFU bem-sucedido, verificando-se que o grupo após a implementação do TFU, teve uma taxa superior de 62,2% (n=695) de sucesso;

- Sobre o inquérito de satisfação realizado, 93% (n=231) dos inquiridos reportou estar satisfeito, comparando o processo com a VCTFU;
- A avaliação financeira revelou que existiu um decréscimo nos custos administrativos com o TFU;
- O TFU é uma ferramenta importante e segura a utilizar no pós-operatório ambulatório pediátrico;
- O TFU é um benefício para a prática clínica, em prol da satisfação do cliente e famílias;
- O estudo evidencia claramente a eficácia e utilidade do TFU no FU dos clientes, maior do que com VCTFU, permitindo ainda espaço para aumentar o número de TFU ou outros seguimentos clínicos para outras especialidades e serviços prestados;
- Indicam a poupança institucional de 101,75\$ para 12,5\$, menos 88% com TFU, apesar de não terem avaliado outros custos indiretos;
- Consideram o seu exemplo um sucesso pela qualidade da amostra, número de cirurgiões envolvidos e capacidade de otimizar os processos e recursos, através do TFU.

Observações do revisor:

- A comparação financeira poderia ser mais evidente se tivessem tido em conta os custos potenciais das deslocações familiares necessárias à VCTFU e perda de tempo relacionada as faltas ao emprego e aulas;
- Foi realizada uma comparação financeira, incompleta, mas que reforça a adoção desta ferramenta.



Instrumento de Extração de Dados

Adaptado de “MAStAri data extraction” (JBI, 2017a)

Estudo 24

Investigador/Revisor: Susana Gregório Camarinha
Data da Extração de dados: fevereiro de 2018
Autor(es): Barbara P. Kassmann; Sharron L. Docherty; Henry E. Rice; Donald E. Bailey Jr.; Michelle Scheitzer
Ano e local: Reino Unido, 2012
Revista: Journal of Pediatric Nursing
Título: Telephone Follow-up for Pediatric Ambulatory Surgery: Parent and Provider Satisfaction
Método de estudo: Estudo prospectivo de coorte Estudo Misto (Avaliaremos a qualidade metodológica da parte quantitativa)
Objetivo do estudo: <ul style="list-style-type: none">• Descrever a utilização do TFU em procedimentos cirúrgicos gerais, em cirurgia de ambulatório;• Avaliar a satisfação parental com a implementação do telefonema de <i>follow-up</i> (alteração da prática de FU);• Avaliar a satisfação dos profissionais e a utilização dos recursos, perante a alteração da prática de FU (não integra a RSL).
Participantes: Cliente/ País: N=21(concordaram em participar), conveniência
Intervenção: <ul style="list-style-type: none">• Foi alterada a prática de FU para o TFU;• Foi instituído o TFU protocolado aos pais, uma semana após a intervenção cirúrgica;

- Este procedimento substituiu a VCTFU agendada 1-4 semanas após a cirurgia;
- O TFU foi realizado por uma enfermeira especialista em pediatria;
- Durante o TFU é realizada uma avaliação à recuperação da criança (dor, cicatrização, febre e restabelecimento das normais funções); necessidade de suportes dos prestadores (formação e apoio) e incidência de complicações e respetiva necessidade de FU;
- Os registos ficam no processo clínico eletrónico do cliente.
- Foram realizados inquéritos aos pais para avaliar a sua satisfação

Procedimento de análise de dados:

Grupo I - Pais- dados quantitativos (Estatística descritiva); dados qualitativos (análise de conteúdo).

Resultados e Principais conclusões:

- 91% (n=21) pais foram contactados com sucesso;
- 90% (n=19) pais participantes eram femininos e 10% (n=2) masculinos, sendo que 50% (n=21) tinham idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos de idade (M=35);
- As idades das crianças eram entre os 3 meses e os 17 anos de idade (M= 6,5 anos);
- 47,5% (n=10) estavam a recuperar de herniorrafias e de apendicectomias; 28% (n=6) colecistectomias ou esplenectomia e 9,5% (n=2) de colocação de gastrotomias ou circuncisão;
- 76% (n=16) foram intervencionados a mais de um procedimento;
- 86% (n=18) dos pais foram contactados pela enfermeira especialista num primeiro telefonema;
- Os telefonemas demoraram 7 minutos ou menos;
- Todos os pais referiram que as suas questões tinham sido esclarecidas;
- 90% (n=19) dos pais estavam confortáveis ou muito confortáveis com os cuidados ao seu filho após a cirurgia;
- Todos os pais preferiram o TFU, referindo terem preferido a receção deste mais cedo (nas 2 semanas seguintes à realização da cirurgia);
- 90% (n=19) dos pais estavam confortáveis ou muito confortáveis a cuidar dos seus filhos durante o período de pós-operatório. Emergiram deste estudo categorias de análise como Suporte Emocional, Sentido de Confiança e Processo de Cura/Recuperação, identificadas como temas de preocupação durante o TFU;
- 16 pais expressaram o desejo por um TFU mais precoce para sedimentar a sua confiança enquanto cuidadores;
- Todos os pais referiram que o TFU realizado por uma enfermeira especialista, lhes conferiu um apoio e reforço positivo nas instruções pós-alta;
- A preferência dos pais incide no TFU como método de *follow-up*;
- A prática do TFU é satisfatória para os profissionais de saúde;

- A realização do TFU permite identificar *outliers*/eventos atípicos que se traduzam em complicações inesperadas; preencher lacunas de informação e conhecimento; promover empatia e cuidado pelo utente, por parte dos profissionais/instituição de saúde;
- O TFU, permite reorientar as instruções pré-operatórias, fornecidas oralmente ou por escrito, acerca do período de recuperação, em simultâneo com o apoio emocional;
- O TFU permite que os cuidadores/pais expressem outras dúvidas/ preocupações;
- A satisfação parental resulta da satisfação das suas necessidades de informação em conjunto com o tipo de relação/ aliança estabelecida com a equipa de saúde (comunicação positiva);
- O momento ideal para realização do TFU, neste estudo, foi identificado, pelos pais, a ocorrer durante a primeira semana, após a alta;
- Os pais querem sentir que tem habilidades e segurança para gerir os cuidados e a recuperação dos seus filhos, em casa, através da satisfação que sentem pela aliança positiva com a equipa de saúde, que lhes permite, em qualquer momento adquirir informações adicionais, se necessárias;
- O TFU permite minimizar o tempo e a distância para a comunicação entre o profissional e os pais/cuidadores;
- O TFU potencia a humanização dos cuidados e estreita a aliança entre profissionais de saúde e utente.

Observações do revisor:

- Foi identificada a possível limitação do estudo relativamente ao tamanho da amostra, que restringiu uma análise estatística mais rigorosa;
- A parte descritiva do estudo permitiu identificar necessidades, questões relativamente à experiência cirúrgica, tanto nos pais como nos profissionais de saúde.
- Outros estudos podem ser desenvolvidos envolvendo os custos desta prática de TFU, incluindo-o como mais uma tarefa nas funções da enfermagem.



Instrumento de Extração de Dados

Adaptado de “MAStAri data extration” (JBI, 2017a)

Estudo 42

Investigador/Revisor: Susana Gregório Camarinha Data da Extração de dados: fevereiro de 2018
Autor(es): B. Rendal Brenn; Dinesh K. Choudhry; Karen Sacks Ano e local: EUA, 2015
Revista: Pediatric Anesthesia
Título: Outpatients outcomes and satisfaction in pediatric population: data from postoperative phone call
Método de estudo: Estudo Quantitativo Observacional Transversal
Objetivo do estudo: <ul style="list-style-type: none">• Determinar as complicações mais comuns em CA pediátrica, o seu impacto e motivos de satisfação e insatisfação do cliente.
Participantes: Da amostra de 47688 casos, 37620 telefonemas de <i>follow-up</i> foram realizados, resultantes de clientes pediátricos submetidos a cirurgia em contexto de ambulatório, com idades compreendidas entre os 2 meses e 21 anos de idade.
Intervenção: <ul style="list-style-type: none">• Da amostra de 47688 casos, foram realizados 37620 telefonemas, após 3 dias de tentativa de contacto para cada;• Os telefonemas foram da responsabilidade das enfermeiras da Unidade de cuidados Pós-anestésicos;• Revistas 37620 gravações de telefonemas de, realizados no período entre 2009 e 2113, através do <i>Electronic Medical Record (EMR)</i>, um questionário de pós-operatório desenvolvido para avaliar as altas em contexto de cirurgia de ambulatório;

- Os dados foram extraídos para um programa *business inteligente* (BI), QlikView (Qliktech, Radnor, PA, USA). Foi desenvolvida uma *dashboard* para obter os resultados dos telefonemas;
- A estrutura da moldura de extração de dados foi concebida, tendo atribuído 4 níveis de severidade às complicações (nenhuma, leve, moderada, severa), com descrições para cada um dos níveis;
- As variáveis a estudar para as complicações foram (1) náuseas, (2) vômitos, (3) dor, (4) hemorragia, (5) rouquidão, (6) dificuldade em comer;
- Foram extraídos dados que relacionaram a satisfação em geral, relativa ao período perioperatório vivenciado;
- Se verificasse insatisfação abria uma janela para descrever o motivo verificado da mesma;
- Foi sempre disponibilizada a opção de solicitar uma VCTFU;
- Se verificassem complicações que necessitassem atenção clínica o cirurgião ou anestesiolista de serviço, no momento, era notificado.

Procedimento de análise de dados:

Os dados foram extraídos para tabelas indexadas e incorporadas na *dashboard* (Clarity, Business Objects, SAP, Newton Square, PA USA). Estatística descritiva e gráfica foi utilizada utilizando o Microsoft Excel e Microsoft Access (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA). Para a análise da relação entre a satisfação e complicações os dados foram extraídos do QlikView e analisados através do qui-quadrado e Phi coeficiente de associação.

Nível de evidência JBI (2014): III

Principais resultados/ conclusões:

- Dos 42668 casos, foram realizados com sucesso 37620 telefonemas, ou seja, uma taxa de atendimento com sucesso de 88%;
- 87,2% (n=37620) dos casos foram contactados ao primeiro telefonema de pós-operatório;
- O informador foi um dos pais, em 90% (n= 33858) dos telefonemas, sendo que apenas 1% (n=376) foi o cliente submetido a cirurgia o informador;
- A dor foi a complicação mais reportada 11,1% (n=4176);
- 99,4% (n=37409) telefonemas reportaram completa satisfação;
- 0,31% (n=117) manifestaram insatisfação;
- O principal motivo relatado para insatisfação foi a categoria causa “desconhecida” (36%; n=42), pelo que foi impossível, recolher essa informação. O segundo foi o tempo de espera, ou seja, com a espera no pré-operatório, e a alta precoce (30,7%; n=36);

- Na categoria dos insatisfeitos 38% (n=45) reportaram complicações enquanto 62% (n=73) não reportaram qualquer complicação. No entanto, apenas 11% (n=13) identificaram como causa de insatisfação uma ou mais complicações pós-operatórias;
- Um adequado *follow-up* do cliente pediátrico após um procedimento cirúrgico em ambulatório é uma importante componente do cuidado perioperatório sendo que o telefone de FU traduz resultados favoráveis e elevados níveis de satisfação;
- Além de reconfortante para as famílias, o TFU permite a avaliação do controle dor, a avaliação dos efeitos secundários, a clarificação das orientações e informação valiosa para os prestadores de saúde sobre a satisfação resultante do seu empenho, trabalho e profissionalismo;
- O fator custo-eficiência também é tido em conta, segundo os autores, sendo determinante e benéfico para os dois lados, cliente e prestador;
- Foi encontrada uma relação muito pequena entre complicações e insatisfação, sendo que a maior parte dos insatisfeitos não teve nenhuma complicação, como tal são outros fatores e variáveis que influenciam este status;
- O estudo reflete um elevado nível de satisfação com o TFU (99,69%; n=37503);
- A satisfação é altamente influenciada pelas expectativas prévias ao evento cirúrgico e ao que efetivamente ocorre, logo se os clientes e famílias estão informados, as complicações não interferem diretamente nos níveis de satisfação;
- Referem limitações, salientando a categoria causa “desconhecida” da insatisfação e a perspectiva enviesada ou não de quem responde aos questionários (familiares), resultando a insatisfação dos tempos de espera e interação com os profissionais hospitalares, em vários momentos.

Observações do revisor:

- A subjetividade da avaliação da satisfação, mencionada pelos autores, relacionada com a falta de instrumentos padronizados e testados, limita as possibilidades de extração de dados do estudo;
- A amostra é forte, pelo que poderiam ser aplicados outros instrumentos de extração de dados para avaliar a satisfação durante o processo perioperatório, subdividindo-o em etapas significativas, nas duas perspectivas (cliente e prestador).



Instrumento de Extração de Dados

Adaptado de “MAStAri data extraction” (JBI, 2017a)

Estudo 50

Investigador/Revisor: Susana Gregório Camarinha Data da Extração de dados: fevereiro de 2018
Autor(es): Jacob K. Olson, Lisa A. Deming, Denis R. King, Terrence M. Rager, Sarah Gartner Natalie Huibregtse, R. Lawrence Moss, Gail E. Besner Ano e local: EUA, 2018
Revista: Journal of Pediatric Surgery
Título: Single Visit surgery for pediatric ambulatory surgical procedures: a satisfaction and cost analysis
Método de estudo: Estudo Quantitativo Observacional Analítico de Coorte Prospetivo Estudo de Custo eficiência
Objetivo do estudo: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar a redução estratégica para a Visita Cirúrgica Única (VCU), em CA pediátrica, que inclui uma deslocação ao Hospital para avaliação do utente e realização de cirurgia, no mesmo dia e o TFU em pós-operatório, relativamente a: satisfação das famílias (outcome principal) e poupança para as famílias e viabilidade financeira da VCU (<i>outcomes secundários</i>).
Participantes: <ul style="list-style-type: none">• Participantes- N=180, clientes pediátricos.• Por cada cliente pediátrico submetido a CA, foi identificado um cliente pediátrico, com a mesma patologia e idade, em Cirurgia Convencional (CC), que ainda seguia o esquema das 3 visitas ao Hospital, no mesmo período de tempo;
Intervenção: <ul style="list-style-type: none">• O estudo decorreu entre setembro de 2013 e junho de 2016;• As famílias foram contactadas para a autorização de participação no estudo;

- Foram definidas as cirurgias 7 diagnósticos a incluir: hérnia umbilical, hérnia inguinal, excisão de lesões simples/superficiais de tecidos/ pele, orquidopexia, circuncisões, em crianças sem co-morbilidades associadas;
- Os utentes pediátricos eram agendados para realizar consulta de avaliação para CA de manhã (duração de 1 hora) e num período de 4 horas a intervenção realizava-se;
- Os restantes utentes CC eram intervencionados no período operatório restante, do respetivo bloco do cirurgião;
- Após 2 meses os pais eram contactados para terminarem de responder aos inquéritos de satisfação;
- Utilizado o questionário de satisfação Pediatric Quality of Life (PedsQL) modificado com questões adicionais dos autores;
- Utilizado um score de 1 a 4 em que 3 e 4 consideram-se como satisfeito e 1 a 3 insatisfeito;
- A poupança familiar foi estimada com o custo das deslocações e o número das mesmas;

Procedimento de análise de dados:

- Análise estatística- com X^2 teste; Mann-Whitney U test.

Nível de evidência JBI (2014): III

Principais resultados/conclusões:

- A cirurgia mais comum para cada grupo foi a herniorrafia umbilical, seguida da herniorrafia inguinal;
- A apólice do seguro de saúde de ambos os grupos era semelhante;
- Grupo CA completou os questionários em 52% (n=94);
- Grupo CC completou questionários em 30% (n=54);
- Elevados índices de satisfação nos dois grupos 98% (n=176) para CA e 93% (n=167) dos participantes do grupo CC, $p= 0,27$);
- 59,3% (n=107) dos participantes submetidos a CC preferiam ter realizado o TFU e a cirurgia CA;
- Nenhuma família de CA indicou preferência pelo outro método de FU;
- 40% (n=72) das famílias que vivem a menos de 20 milhas de distância do hospital, teriam preferido o TFU à deslocação, sendo que 40% (n=43) das que vivem a mais de 20 milhas também o teriam preferido;
- Diferença de custo entre os dois grupos foi de uma poupança familiar para os utentes de CA de 188 dólares, relativamente aos de CC que se deslocaram mais vezes ao hospital;

- O TFU associados à visita clínica única são uma abordagem mais efetiva para procedimentos de ambulatório de baixo risco, sendo mais eficiente e mantendo a qualidade de cuidados aos clientes pediátricos;
- Procedimento menos disruptivo da rotina familiar e permite uma poupança familiar substancial, mantendo a satisfação dos clientes e assegurando reembolsos equivalentes -á instituição;
- Utilizando um protocolo estruturado para realizar o TFU, este representa uma alternativa segura que facilita o acesso aos cuidados cirúrgicos pediátricos, em regime de CA, reduzindo a utilização de recursos;
- Elevados níveis de satisfação.

Observações do revisor:

- Uma das limitações do estudo é o facto de ser um estudo prospetivo de centro único com poder limitado em cada braço do estudo, criando dificuldades em desenhar conclusões acerca da superioridade do método de Visita Cirúrgica Única com TFU relativamente as várias VCTFU;
- O inerente viés relacionado com o facto de as famílias terem escolhido participar com a metodologia de Visita Cirúrgica Única com TFU, logo a expectativa de completarem o questionário seria mais elevada;
- A receita perdida das famílias foi realizada de acordo com o seu código-postal, logo a variabilidade não foi tida em conta, no entanto, os autores referem que o custo-benefício era um resultado secundário a obter e como tal, é suficiente uma estimativa geral da poupança.



Instrumento de Extração de Dados

Adaptado de “MAStAri data extration” (JBI, 2017a)

Estudo 52

Investigador/Revisor: Susana Gregório Camarinha Data da Extração de dados: fevereiro de 2018
Autor(es): Marcene R. McVay, Karen R. Kelley, Donna L. Mathews, Richard J. Jackson, Evan R. Kokoska, Samuel D. Smith
Ano e local: EUA, 2008
Revista: Journal of Pediatric Surgery
Título: Postoperative follow-up: is a phone call enough?
Método de estudo: Estudo Quantitativo Observacional Transversal
Objetivo do estudo: <ul style="list-style-type: none">• Rever a experiência com o protocolo de telefonema de <i>follow-up</i> (TFU), para cirurgia de ambulatório pediátrica e determinar a sua segurança e preferência como alternativa à visita clínica tradicional (VCTFU).
Participantes: <ul style="list-style-type: none">• Participantes- N=563, clientes pediátricos submetidos a 601 procedimentos (previamente considerados dentro dos exequíveis em cirurgia de ambulatório), realizados pelos 3 cirurgiões residentes da instituição, no Arkansas Children’s Hospital. O n= 427 indica os clientes que foram contactados com sucesso, através de TFU;
Intervenção: <ul style="list-style-type: none">• Baseados no protocolo já existente no Arkansas Children’s Hospital, os procedimentos considerados para o estudo incluem: herniorrafias simples (inguinal, umbilical e epigástrica), apendicectomia via laparoscópica (apêndice não-perfurado), pilorotomia, circuncisão, exereses dos tecidos moles,

encerramento de gastrostomias, undas encravadas, colecistectomias via laparoscópicas e outros procedimentos referenciados pelos 3 cirurgiões pediátricos da instituição;

- Foram revistos os processos clínicos retrospectivamente de 563 clientes pediátricos, que foram submetidos a cirurgias no período de fevereiro a agosto de 2006;
- O protocolo incluía sempre a possibilidade de em qualquer momento solicitar uma VCTFU;
- Os processos clínicos incluíam o registo do telefonema de *follow-up*, as notas clínicas e os registos do departamento de urgência (quando existentes);
- Os telefonemas de FU e a revisão dos processos clínicos foram realizados por enfermeiras especialistas em cirurgia pediátrica, com treino em reconhecer os principais eventos em cirurgia de ambulatório.

Procedimento de análise de dados:

- Análise estatística

Nível de evidência JBI (2014): III

Principais resultados/conclusões:

- Um total de 563 clientes pediátricos, submetidos a 601 procedimentos;
- 76% (n=427) dos participantes, foram contactados com sucesso no pós-operatório;
- 24% (n=136) perderam-se no FU, após duas tentativas ou carta;
- Não se verificou nenhuma tendência relativamente aos clientes perdido em FU e a idade, morada ou tipologia cirúrgica;
- 45 clientes pediátricos solicitaram VCTFU, através do TFU ou de telefonemas por iniciativa própria; 60% (n=27) desses pedidos resultaram em VCTFU, faltando os restantes aos agendamentos das mesmas;
- Apenas 4,5% (n=10) clientes destes telefonemas foram de famílias insatisfeitas com TFU;
- A maior parte das famílias contactadas (90%; n=387) demonstraram-se satisfeitas e não solicitaram a marcação de uma VCTFU;
- Um total de 45 clientes pediátricos, que recorreu ao à VCTFU e ao departamento de urgência, resultaram e 9 reintervenções, ou seja, taxa de complicação de 1,6%;
- O TFU utilizando um protocolo estruturado é uma alternativa segura para a VCTFU programada, em clientes pediátricos, submetidos a procedimentos seleccionados e com critério para cirurgia de ambulatório;
- O TFU é o método da preferência das famílias, tendo em conta a acessibilidade e facilidade de comunicação para o esclarecimento de orientações, dúvidas imediatas e preocupações, assim como, a diminuição da necessidade de faltar à escola e emprego dos pais;

- Os custos de atendimento diminuem, visto que os clientes recorrem muito menos aos serviços para colocar dúvidas e o tempo que seria gasto em todas as VCTFU, será redistribuído e otimizado em outras áreas;

Observações do revisor:

- Não é nomeado o método estatísticos de análise de dados.
- Os autores refletem sobre várias questões que tentaram contornar, como a existência de complicações, e se as famílias forem de fora da área geográfica do Hospital, recorrerem aos departamentos de urgência das suas localidades, mas como são clientes pediátricos, são redirecionados para o hospital que os intervecionou;
- Relatam a preocupação da acessibilidade ao TFU, tendo em conta a existência de um telefone, mas também desmistificam com a realidade de ser uma percentagem muito rara e de que existe sempre um meio de o concretizar;
- Referem a importância e o momento da alta em si a necessidade da revisão da informação;
- A questão da necessidade evidente de reavaliar por exame físico. Esta questão, ao ser realizado o TFU, por enfermeiros especialistas na área, é minimizada, no entanto, à semelhança do existe na consulta médica, o exame físico apenas é realizado, em reavaliação, se pelo que o cliente verbalizar no momento, o médico o entender necessário- o que é possível num telefonema.



Instrumento de Extração de Dados

Adaptado de “MAStAri data extration” (JBI, 2017a)

Estudo 53

Investigador/Revisor: Susana Gregório Camarinha Data da Extração de dados: fevereiro de 2017
Autor(es): Dwight T. Jones, Michelle J.Yoon, Greg Licameli Ano e local: EUA, 2007
Revista: Arch Otolaryngol Head Neck Surgery
Título: Effectiveness of postoperative follow-up telephone interviews for patients who underwent adenotonsillectomy
Método de estudo: <ul style="list-style-type: none">• Estudo retrospectivo, coorte
Objetivo do estudo: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar a eficácia do telefonema de <i>follow-up</i>, em clientes pediátricos, após adenoidectomia e amigdalectomia ou ambas.
Participantes: N= 2554 participantes- clientes pediátricos submetidos a adenoidectomia e/ou amigdalectomia, em regime de cirurgia de ambulatório, que receberam o TFU.
Intervenção: <ul style="list-style-type: none">• Realização de TFU a 2554 participantes, durante o período de janeiro de 2000 a setembro de 2004;• No pré-operatório foram fornecidas informações detalhadas do pós-operatório, aos cuidadores de cada cliente;• Foi sempre disponibilizada a possibilidade de VCTFU;• O TFU foi realizado por uma enfermeira de otorrinolaringologia;• O TFU foi realizado 2 a 4 semanas após a cirurgia;

- Foram definidos indicadores de partida para cada cliente, baseados no tipo de cirurgia, indicações para a realização de cirurgia e data de cirurgia, com conhecimento e participação da família/ cuidadores;

Procedimento de análise de dados:

Análise estatística

Principais resultados/ conclusões:

- 2554 participantes, com idade média de 5,9 anos;
- A cirurgia mais realizada foi a adenoamigdalectomia (76,6%; n= 1957) seguida pela amigdalectomia (14,2%; n=362);
- Em 2554 clientes, 46% (n=1184) eram do sexo feminino e 54% (n=1370) do sexo masculino;
- As mães responderam ao questionário completamente 8,5 vezes mais que os pais;
- O TFU foi realizado em média ao 21º dia de pós-operatório;
- No momento do TFU 88% (n=2248) dos clientes estava em franca recuperação;
- 93% (n=2375) dos clientes revelou já se encontrar a dormir confortavelmente, sem rressonar;
- 99,5% (n=2541) dos participantes referiu que a informação fornecida no pré-operatório, sobre o pós-operatório foi apropriada;
- 98,8% (n=2523) das famílias sentiram-se preparadas para cuidar do seu filho/criança em casa;
- 85% (n=2171) das famílias declinou uma VCTFU;
- Dos 15% (n=383) que teve VCTU, esta foi necessária visto que os clientes pediátricos tiveram de realizar uma avaliação audiológica inerente ao procedimento associado. Miringotomia com colocação de tubos de *Shepard*;
- As cirurgias de ORL (minor) cada vez se realizam mais em regime de ambulatório, visto não representarem um fator de risco acrescido para a segurança dos clientes e eficácia. Os indicadores hemorragia, dor, rouquidão, qualidade de sono/descanso mantêm-se inalterados;
- Identificaram-se as principais preocupações e queixas dos clientes, nos primeiros dias (dor e hemorragia), e verificou-se que as informações no pré-operatório e as orientações do TFU eram suficientes para controlar estes parâmetros;
- A definição de um protocolo de analgesia, segundo os autores, facilitou a gestão da mesma durante o processo de recuperação no domicílio;
- O TFU é uma modalidade de *follow-up* economicamente mais favorável para as instituições e profissionais de saúde, sem colocar em risco a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Verificou-se uma diminuição dos custos e oportunidade de poupança, com FU, tanto para as famílias (custos diretos e

indiretos) como para as instituições com espaço para rentabilizar as restantes horas clínicas poupadas.

Observações do revisor:

- Ausência de uma pergunta de preferência pela TFU ou VCTFU;
- Ausência de pergunta de satisfação direta sobre o TFU e o *timing* de receção do mesmo.
- Falta de informação e determinação dos custos diretos e indiretos das famílias com VCTFU vs TFU.



Instrumento de Extração de Dados

Adaptado de “MAStAri data extration” (JBI, 2017a)

Estudo 54

Investigador/Revisor: Susana Gregório Camarinha Data da Extração de dados: fevereiro de 2017
Autor(es): Thao le; Julie Drolet; Elvie Parayno; Christina Rosmus; Sonia Castiglione
Ano e local: EUA, 2007
Revista: Journal of PeriAnesthesia Nursing
Título: Follow-up Phone Calls after Pediatric Ambulatory Surgery for Tonsillectomy: What Can We Learn From Families?
Método de estudo: Estudo Descritivo Qualitativo Transversal
Objetivo do estudo: <ul style="list-style-type: none">• Descrever as respostas das famílias relativas à adequação da preparação e informação pré-operatória de clientes submetidos a cirurgia pediátrica (amigdalectomia com ou sem adenoidectomia), em contexto de ambulatório;• Avaliar a necessidade, verbalizada pelas famílias, de dois TFU, após cirurgia pediátrica (amigdalectomia com ou sem adenoidectomia), em contexto de ambulatório.
Participantes: <ul style="list-style-type: none">• N= 90 famílias, de clientes pediátricos (categorizados de baixo risco anestésico, entre os 3 e os 18 anos de idade), contatadas por TFU, após cirurgia (amigdalectomia com ou sem adenoidectomia), em contexto de ambulatório, no hospital <i>The Montreal Children's Hospital (McGill University Health Center)</i>.
Intervenção:

- Durante a consulta pré-operatória, que ocorreu 1 a 14 dias antes da cirurgia, é apresentado um vídeo ao cliente pediátrico que descreve os eventos do pré e pós-operatório;
- No dia da cirurgia é colocada a questão aos pais se desejam participar no estudo respeitante ao TFU e aos cuidados pós-operatórios no domicílio;
- Antes da alta da unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), é solicitado à família a assinatura da *checklist* de alta para o domicílio, que indica que as orientações do pós-operatório, foram recebidas e que estes se encontram satisfeitos com as explicações;
- As famílias foram instruídas de que poderiam utilizar o contacto do hospital (24 horas disponível) ou dirigirem-se ao serviço de urgência para assistência adicional;
- Cada família recebeu dois TFU, realizados pela mesma enfermeira;
- Um questionário foi desenvolvido para este estudo, que foi testado previamente em 21 famílias (não foram realizadas alterações pós-teste);
- O primeiro TFU foi realizado no primeiro dia de pós-operatório, para avaliar as preocupações das primeiras 24 horas e avaliar a adequação da informação fornecida na preparação pré-operatória;
- O segundo TFU foi realizado para obter dados acerca da evolução do período de convalescença até ao 10º dia, estando agendado entre o 9º e 10º dia de pós-operatório, podendo ir até ao 11º dia se o agendado coincidissem com fim de semana;
- Os dados foram colhidos num período de 5 meses.

Procedimento de análise de dados:

- Análise de conteúdo- categorização

Principais resultados/conclusões:

- 95 famílias cumpriram os critérios de inclusão;
- 95% famílias (n=90) foram contactadas com sucesso para o primeiro TFU e 77% (n=73) foram contactadas com sucesso para o segundo TFU;
- As respostas das famílias foram categorizadas em (i) *preocupações*, (ii) *utilização de recursos*, (iii) *adequação da informação pré-operatória fornecida*, (iv) *necessidade de dois TFU*;
- Os resultados demonstraram no primeiro TFU que a dor de garganta foi a mais reportada (91%; n= 82), seguida pela diminuição da ingestão em geral (71%; n=64), vômitos (59%; n=53) e febre ou “sensação de febre” (29%; n=26);

- Durante o segundo TFU, a dor, nomeadamente a de ouvido que perdurava na criança num período de 3 a 8 dias após a intervenção, mantendo-se relatada a preocupação da diminuição da ingestão oral;
- A principal necessidade de utilização de recursos disponíveis foi a opinião do médico de serviço, no momento do TFU;
- 87% (n=78) das famílias sentiram que a preparação pré-operatória foi adequada;
- 94% (n=84) das famílias referiu que por motivos de necessidade de orientações ou suporte emocional o TFU é necessário;
- 68% das famílias reportou que o segundo TFU também o era, no entanto os que não consideram o segundo TFU dispensável, os filhos encontravam-se a recuperar bem e com boa evolução;
- No primeiro TFU com uma enfermeira especialista os problemas/ dúvidas das famílias foram resolvidos (referiram a importância de ser uma enfermeira);
- As enfermeiras que realizaram o TFU tiveram um impacto positivo na capacitação das famílias para os cuidados de pós-operatório aos seus filhos e na segurança e confiança necessária para os realizar;
- 87% (n=78) das famílias referiram que a preparação pré-operatória foi adequada (informações escritas e verbais);
- Os TFU são necessários por dois motivos: **apoio instrucional** (informativo)- clarificação, validação, reforço, reconfirmação, aconselhamento, orientação e colocação de questões; suporte emocional- segurança, encorajamento, personalização, diminuição da ansiedade, ventilação e contacto permanente.

Observações do revisor:

- Neste estudo não foi questionado diretamente o grau de satisfação dos mesmos referentes ao TFU;
- Não foi questionado o desejo relativamente ao facto de o seu filho/filha poder permanecer durante a noite no hospital;
- As famílias voluntariaram-se para o estudo;
- O facto de a enfermeira do TFU ter questionado diretamente sobre a utilidade do TFU, as famílias podem ter hesitado na resposta real ao que estavam a sentir;
- As questões abertas são uma força do estudo pois ajudou na identificação das preocupações dos pais acerca da recuperação.