



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADEMICA DE CIENCIAS DA VIDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA PAULA ALVES MARTINS**

**IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE  
COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS.**

**Cajazeiras – PB**

**2014**

**ANA PAULA ALVES MARTINS**

**IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE  
COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes

**Cajazeiras – PB**

**2014**

**ANA PAULA ALVES MARTINS**

**IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE  
COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes  
Orientador (UFCG)

---

Prof<sup>a</sup>. Me<sup>a</sup>. Álissan Karine Lima Martins  
Membro da Banca (UFCG)

---

Prof<sup>a</sup>. Esp<sup>a</sup>. Cynara Rodrigues Carneiro  
Membro da Banca (UFCG/FSM)

Dedico ao Deus que me deu forças para chegar aqui e aos meus pais, que sempre me incentivaram e me apoiaram nessa realização, sem vocês esse sonho não teria se realizado.

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus que sempre cuidou de mim, me abençoando, iluminando, me dando forças para prosseguir e me carregando nos braços quando minhas forças não eram mais suficientes. Também agradeço por me mostrar que a fé move montanhas e por me conceder esse dom maravilhosos de cuidar do próximo.*

*Aos meus pais: Severino (in memoriam) que me ensinou a nunca desistir e me apoiou quando decidi seguir essa profissão, e a minha mãe por ser a mulher mais guerreira que conheci, me dar apoio, atenção, me compreender sempre, me receber com aquele sorriso. A senhora é um exemplo de vida a ser seguido. Quero que vocês saibam que influenciaram muito na minha escolha profissional.*

*Aos meus irmãos que são pilares na minha vida, que escutaram, aconselharam e me ajudaram sempre que necessitei todos vocês são exemplos que eu tento seguir.*

*A minha irmã e mãe, Anacléia, que sempre soube me compreender, mesmo quando isso parecia impossível, você cuidou de mim nos momentos mais difíceis*

*Ao meu amor Tadeu, que sempre está ao meu lado, cuidando de mim, sendo meu pai, amigo, irmão, confidente, companheiro e às vezes palhacinho para me alegrar nos tempos difíceis. Você me acompanhou pacientemente e dedicou grande parte do seu tempo para me acalantar. Amo-te!*

*As minhas amigas: Flavinha, Késsyta, Helen e Sabrina que sempre me ajudaram, me fizeram rir muito, me deram consultas de moda, me insimularam a estudar mais, ouviram meus desabafos, me apoiaram nos momentos felizes e tristes, com vocês tive os meus melhores dias de acadêmica. Para mim vocês são como irmãs, e nem o tempo nem a distância nos separara. As alegrias de hoje também são suas.*

*Ao Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes, que dedicou seu tempo para compartilhar sua experiência e me ajudar a tomar decisões. Que mesmo com o tempo corrido e com todos os contratemplos, mostrou-se disposto a caminhar junto comigo na construção desse trabalho. O seu olhar crítico e construtivo me ajudaram a superar os desafios dessa pesquisa e me tornou um ser mais crítico.*

*A Profª Espª Cynara Rodrigues Carneiro que contribuiu valorosamente para a construção desse trabalho, dedicando grande parte do seu tempo para me ajudar e me mostrou que com muita fé em Deus tudo se resolve. Serei eternamente grata.*

*A Profª. Meª. Alissan Karina que concordou em participar dessa banca e por ser um exemplo de profissional capacitado e humano.*

*A todos os professores e profissionais que estiveram presentes e contribuíram para minha formação profissional e humana.*

*E por último mais não menos importante aos pacientes que concordaram em participar dessa pesquisa e todos que fizeram parte do meu processo de amadurecimento, obrigada por confiarem em mim.*

“Juro, livre e solenemente dedicar minha vida profissional a serviço da pessoa humana, exercendo a Enfermagem com consciência e dedicação; Guardar sem desfalecimento os Segredos que me forem confiados, respeitando a vida desde a concepção até a morte; não participar voluntariamente de atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano; manter e elevar os ideais da minha profissão, obedecendo os preceitos da ética e da moral, preservando sua honra, seu prestígios e suas tradições.”

Florence Nightingale

MARTINS, A. P. A. **Identificação dos cuidados de Enfermagem na prevenção de complicações pós-operatórias**. 2014. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras- PB, 2014. p.73.

## RESUMO

A Enfermagem cirúrgica constitui um ramo da Enfermagem, na qual as ações de cuidar são direcionadas ao paciente em pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. O Enfermeiro, em cada um destes três períodos, deve desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória para que os cuidados sejam mais eficazes. Os procedimentos operatórios podem resultar em complicações pós-operatórias que são decorrentes, principalmente, de fatores de risco mutáveis, relacionados ao paciente, à cirurgia, aos recursos institucionais e aos recursos humanos. A assistência de Enfermagem eficiente anterior à terapêutica cirúrgica elimina ou minimiza muitos destes transtornos. Este estudo objetivou a investigação dos cuidados de Enfermagem identificados pelos pacientes em pré-operatório que previnem complicações pós-operatórias. Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório com abordagem quanti-qualitativa, realizadas em clínicas cirúrgicas do Hospital Regional da cidade de Cajazeiras-PB. A população amostra foi por conveniência de 60 pacientes. Esse estudo seguiu alguns critérios onde foram incluídos: clientes em pré-operatório de cirurgias eletivas, a mais de oito horas, maiores de 18 anos, que tiveram capacidade de responder os questionamentos do estudo. Os dados foram coletados durante o mês de Março, através de um questionário de múltipla escolha associado à observação da pesquisadora. Os resultados evidenciaram que os cuidados prestados pela Enfermagem para a prevenção de complicações são escassos, principalmente no que concernem as orientações prestadas, ao preparo educacional e a associação dos cuidados psicológicos com os fisiológicos. A partir do estudo ficou claro que existe uma carência no cuidado direcionado aos pacientes cirúrgico, o modelo biomédico ainda é bem evidenciado, onde o paciente é dividido e a atenção voltada para sua doença, de forma que os cuidados técnicos são o suficiente para o reestabelecimento da saúde. Destacou-se a precariedade do conhecimento do cliente a respeito da sua doença, procedimento cirúrgico e cuidados para evitar as complicações.

**Palavras-chave:** Assistência perioperatória. Cuidados de Enfermagem. Cirurgia geral.



MARTINS, A. P. A. **Identification of nursing care in the prevention of postoperative complications.** Monograph 2014 (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, PB-Cajazeiras, 2014.P.73..

### **ABSTRACT**

Surgical Nursing is a branch of nursing, in which actions are directed to care for the patient in the preoperative, intraoperative and postoperative. The nurse, in each of these three periods, should develop a Care System for Perioperative Nursing care more effective. Operative procedures may result in postoperative complications that are arising mainly of changing risk factors related to the patient, the surgery, the institutional resources and human resources. Assistance prior to surgical therapy nursing efficiently eliminates or minimizes many of these disorders. This study aimed at investigating the nursing care identified by patients preoperatively to prevent postoperative complications. This is a field study of exploratory study with a quantitative and qualitative approach, surgical clinics realizadonas city Cajazeiras - PB Regional Hospital. The population was a convenience sample of 60 patients. This study followed some criteria which were included: customers preoperative elective surgeries, more than eight hours, over 18, who had the ability to answer the questions of the study. Data were collected during the month of March, through a multiple choice questionnaire linked to the observation of the researcher. The results show that the care provided by nursing for the prevention of complications are scarce , especially with concern the guidelines provided , the educational preparation and the association of psychological treatment with physiological . From the study it became clear that there is a shortfall in the targeted care to surgical patients, the biomedical model is still very evident, where the patient is and divided attention on their disease, so that the technician care is enough for the reestablishment of health. We highlight the precariousness of customer knowledge about their disease, surgery and care to prevent complications.

**Keywords:** Perioperative care. Nursing Care. General surgery.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1-** Mapa com a planta do estado da Paraíba e da cidade de Cajazeiras-Paraíba ..... 37

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa- Cajazeiras-PB, 2014 ..... 42

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Orientações prestadas pela Enfermagem sobre complicações pós-operatórias .... 46
- Gráfico 2** - Estímulo a colaboração do paciente para prevenir complicações pós-operatórias. Cajazeiras-PB, 2014 ..... 47
- Gráfico 3** - Cuidados realizados pela Enfermagem antes da cirurgia..... 48
- Gráfico 4** - Identificação dos cuidados realizados antes da cirurgia pela Enfermagem ..... 49
- Gráfico 5** - Orientações realizadas sobre os cuidados que o paciente deve ter antes da cirurgia..... 51
- Gráfico 6** - Identificação das orientações realizadas pela Enfermagem, sobre os cuidados que o paciente deve ter antes da cirurgia ..... 51
- Gráfico 7** - Orientações da Enfermagem para o paciente sobre os cuidados pós-operatórios. 54
- Gráfico 8** - Quais orientações para pós-operatório os pacientes conseguem identificar ..... 54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CC**-Centro Cirúrgico

**CNS**- Conselho Nacional de Saúde

**COFEN**- Conselho Federal de Enfermagem

**DE**-Diagnósticos de Enfermagem

**EV**- Endovenosa

**FO**- Ferida Operatória

**HRC**- Hospital Regional de Cajazeiras

**IAM**- Infarto Agudo do Miocárdio

**IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

**MMII**- Membros Inferiores

**PA**- Pressão Arterial

**PE**- Processo de Enfermagem

**SAE**- Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SAEP**- Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória

**SSVV**- Sinais Vitais

**TCLE**- Termo de Consentimento Livre e esclarecido

**URPA**- Unidade de Recuperação Pós- anestésica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
2.1 Objetivo Geral .....	20
2.2 Objetivos Específicos .....	20
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
3.1 O cuidar e o cuidado na Enfermagem .....	22
3.2 A Enfermagem Cirúrgica .....	25
3.3 Sistematização da assistência de Enfermagem no pré e pós-operatório ....	27
3.4 Complicações pós-operatória e os cuidados de Enfermagem para preveni-lás .....	31
<b>4 MÉTODOLOGIA .....</b>	<b>36</b>
4.1 Tipo do estudo.....	36
4.2 Local da pesquisa .....	36
4.3 População/Amostra.....	38
4.4 Critérios de inclusão/exclusão.....	38
4.5 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados.....	39
4.6 Análise de dados .....	39
4.7 Aspectos éticos e legais.....	40
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	42
5.2. Visão dos pacientes sobre os cuidados de Enfermagem pré-operatório ...	45
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>58</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>71</b>



# INTRODUÇÃO

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado é uma ação inerente ao ser humano, onde há a interface entre quem cuida e quem é cuidado. Neste espaço busca-se sanar as necessidades de saúde, por meio de ações que visam à construção de interações e laços de responsabilidades dos atores sociais envolvidos nessa atividade.

Corroborando com essa reflexão, Zoboli (2004), afirma que o cuidado é uma ação realizada pelos seres vivos com o intuito de preservação da espécie. Envolve esfera de amor e amizade. Isso quer dizer que uma pessoa cuida da outra quando ela se sente preocupada com a mesma e coloca atenção a essa pessoa.

Para Lira e Silva (2008), o cuidado pode ser expresso por meio de ações atreladas às dimensões culturais, sociais, educacionais, humanas, éticas e estéticas, o que se aproxima das práticas desenvolvidas pela Enfermagem, cujo núcleo do saber-fazer desta categoria é o cuidado prestado às pessoas, visando à igualdade e a humanização (SCHAURICH; CROSSETI, 2008).

Destaca-se, dentre os diversos cuidados realizados pelo Enfermeiro a atenção ao paciente cirúrgico, o qual pode encontrar-se vulnerável, tanto nos aspectos físicos quanto subjetivos, necessitando assim, de atenção desse profissional antes, durante e após a cirurgia. Essas ações são conhecidas como Enfermagem Perioperatória, onde esse profissional deve acompanhar orientar e prestar assistência ao sujeito no pré, trans e pós-operatório (GRITTEM, 2007).

Na especificação Perioperatória, Smeltzer et al. (2011), definem o pré-operatório como, desde o momento em que a equipe médica-cirúrgica e paciente decidem realizar a operação até a transferência do mesmo para a sala de cirurgia; neste local se inicia o transoperatório, compreendendo o ato cirúrgico, e esta fase cessa com a transferência do paciente para a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), iniciando, com isso, pós-operatório que se perdura até a recuperação completa do paciente.

É essencial que o cuidado esteja fundamentado no Processo de Enfermagem (PE), mas para que isso ocorra, é necessário o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio de modelos metodológicos ou

assistenciais adotados por esses profissionais para usar e aplicar o cuidado integral (GRITTEM, 2007).

A SAE e o PE devem ser utilizados em todo espaço, público ou privado, em que acontecem os cuidados de Enfermagem, a fim de proporcionar melhor segurança e qualidade ao paciente, de forma a atender a Resolução nº. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Esta resolução preconiza que o cuidado ao paciente deve ser sistematizado em fases, cujo início se dá com a anamnese e exame físico para composição do histórico. Nesta são identificadas as necessidades do cliente para logo a seguir, serem selecionados os diagnósticos de Enfermagem que denominam e esclarecem os problemas ou situações em que se encontra o paciente. Para cada diagnóstico, são traçados um ou mais objetivos, que visam resolver ou minimizar o problema descrito, e este período, dá-se o nome de planejamento. O alcance de cada meta planejada na fase precedente, subsidia a implementação, que constitui a elaboração e execução de cuidados. E por fim, a avaliação que determina se houve ou não sucesso nas ações da equipe de Enfermagem (COFEN, 2009).

No contexto cirúrgico a SAE é denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Por sua vez, a SAEP é entendida como uma tecnologia que ajuda na assistência de Enfermagem, no pré-operatório, no trans e no pós-operatório, proporcionando qualidade, eficiência e eficácia no cuidado realizado, além de prevenir o surgimento de complicações no pós-operatório (BORGHI, 2007).

Segundo a autora supracitada, no pós-operatório é mais passível de ocorrer complicações advindas, principalmente, do procedimento invasivo e anestésico. Podem ser oriundas, também, de fatores de risco inerentes a cada pessoa; a cada instituição de saúde e, ainda, da cirurgia em si, que determina a gravidade e a complexidade do estado clínico do paciente. Apesar de, a princípio terem caráter imutável e, portanto, não influenciadas por questões externas; os transtornos posteriores à operação são, muitas vezes, previsíveis e, logicamente, podem ser evitados, amenizados, modificados pelos cuidados da equipe médica e de Enfermagem, por exemplos.

Borghi (2007) descreve as complicações pós-operatórias como eventos que ocorrem com o paciente após o procedimento cirúrgico, sendo um dos grandes motivos de longas internações e morbimortalidade. É justamente neste sentido que a



Enfermagem deve atuar, na identificação, controle e resolução de alguns fatores de risco cirúrgico; na prevenção de morbimortalidade e fomentar a recuperação menos traumatizante para paciente e sua família; na educação e sensibilização do paciente para colaborar e executar cuidados fundamentais a sua integridade física e psicológica.

Estas constatações levam aos seguintes questionamentos: Será que os membros da equipe de Enfermagem, estão contribuindo para a prevenção de problemas pós-cirúrgicos? Como estão sendo realizados os cuidados de Enfermagem no pré-operatório das cirurgias programadas que evitam transtornos após o procedimento invasivo? O paciente recebe os cuidados necessários, para submeter-se ao procedimento cirúrgico, de forma que esses conhecimentos adquiridos possam ajudá-lo a enfrentar de forma menos traumatizante esse procedimento?

Todas estas perguntas inquietaram-me de tal modo que, para dirimir essas dúvidas, foi necessário investigar algumas destas questões com os receptores dos cuidados de Enfermagem, isto é, os pacientes.

Essas indagações surgiram por meio da minha experiência advinda com as aulas práticas e na monitoria da Disciplina Enfermagem Cirúrgica I do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, na qual a atuei como monitora desde junho de 2013. Neste espaço temporal, obtive maior convivência com os pacientes cirúrgicos e consegui verificar que algumas de suas necessidades repetidamente não eram correspondidas e, algumas vezes, acabavam por desencadear problemas no pós-operatório. Desta forma, o estudo objetiva investigar os cuidados da Enfermagem identificados pelos pacientes em pré-operatório que previnem as complicações pós-operatórias.

Esta presente pesquisa é de grande relevância, pois essas complicações proporcionam consideráveis índices de internações prolongadas e morbimortalidade, números estes que podem ser evitados por meio de uma assistência mais humana, onde se prioriza o acolhimento, a escuta e a humanização.

Acredita-se que caso seja constatado a realização de cuidados de Enfermagem Perioperatória com eficiência e eficácia, esse processo proporcionará sensibilização dos profissionais de Enfermagem, bem como dos coordenadores das instituições de saúde, na busca constante de aperfeiçoamento dessas práticas. Entende-se ainda que este estudo possa despertar, a comunidade acadêmica e

profissional, sobre os benefícios oriundos principalmente da implementação e execução da SAEP e PE, tais como: valorização profissional; prática documentada; assistência individualizada e humanizada, o que garantirá maior credibilidade das ações prestadas pela Enfermagem no ambiente cirúrgico.



**OBJETIVOS**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- ✓ Investigar os cuidados da Enfermagem identificados pelo paciente em pré-operatório que previnem complicações pós-operatórias.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Caracterizar sociodemograficamente os pacientes atendidos na Clínica Cirúrgica.
- ✓ Averiguar se os pacientes reconhecem informações prestadas pela Enfermagem sobre a possibilidade e prevenção de complicações no pós-operatório;
- ✓ Verificar se os pacientes foram estimulados pela Enfermagem a realizar o autocuidado;
- ✓ Identificar os cuidados gerais de Enfermagem recebidos pelos pacientes que previnem complicações pós-operatórias;



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O cuidar e o cuidado na Enfermagem

Para Ferreira (2005) cuidado é executado por quem é cuidadoso e atencioso com algo, podendo assim prevenir problemas. Cuidar é a lei que viabiliza a manifestação dos potenciais de organização, almejando a promoção, prevenção, proteção, reestabelecimento da saúde e do bem estar, por meio das dimensões éticas, sociais, culturais, humanas, estéticas e educativas (LIRA; CROSSETTI, 2008).

Para Boff (1999), cuidar é uma atitude de ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o sujeito a ser cuidado. Esta atitude é abrangente, sendo mais que um momento de zelo, atenção e desvelo.

Já Pires (2005), refere que cuidar é uma atividade criativa e dinâmica que os seres realizam com eles mesmos e com os seres que possuem uma afeição, faz parte da natureza humana cuidar das pessoas, geralmente é um ato espontâneo e contínuo, quanto mais uma pessoa necessita de cuidado mais as pessoas ao seu redor cuidam dela.

Neste contexto, o cuidado está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano, acompanha a evolução dos tempos, convive com as mais variadas formas de sociedade e está no interior das discursões nos diferentes contextos coletivos (SILVA et al., 2009).

O termo “cuidado” é mencionado na Bíblia Sagrada em diversos momentos. Para exemplificar, pode-se citar o Salmo 41 onde é referido o cuidado de Deus pelos pobres; já no mesmo livro, em seu capítulo 107 discursa-se sobre a proteção de Deus aos viajantes, entendida esta como uma forma de cuidar (SALMO, 2002).

O cuidado faz parte do ser humano, iniciado ainda no ventre materno, quando a gestante inicia o acompanhamento pré-natal, como é evidenciado por Montenegro; Resende, (2008). Até mesmo na pré-história, o cuidado era realizado por meio de algumas ações, por exemplo, se esconder em cavernas e produzir fogo a fim de se proteger-se dos seus inimigos. Assim, estas formas de cuidar de si e do outro são atividades que mantêm a espécie humana viva (SCHAURICH; CROSSETTI 2008).

Colaborando com essa discussão Pires (2005), ainda acrescenta que ao cuidar de alguém, deve-se demonstrar igualdade e solidariedade ao ser humano, onde este pode ajudar outra pessoa com o intuito de reestabelecer sua saúde.

Essa atenção já é posta como indispensável para a sobrevivência dos seres humanos desde a era pré-cristã, numa fábula Romana, onde é mostrado que o homem deve ser cuidado enquanto viver (ZOBOLI, 2004). A autora, já citada, ainda faz referência a alguns filósofos que debateram os diferentes significados que o cuidado tem entre o século XIX e XX, de forma que Rollo May, um desses intelectuais, afirma que quando uma pessoa fica doente, ela muda de personalidade, fica desmotivada e o cuidado é o antídoto.

O cuidado é fundamental para o homem de forma que algumas profissões, inclusive a Enfermagem tem uma grande dedicação a essa área, que encontra no cuidado uma forma de ajudar os indivíduos a reestabelecer o seu bem-estar (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

A Enfermagem em seus primórdios não contava com profissionais capacitados, de forma que, os cuidados eram “simples”, sem necessidade de conhecimento científico. Assim sendo qualquer pessoa que realizasse cuidados domésticos, era tido como um profissional de Enfermagem. Porém, os primeiros Enfermeiros, enquanto categoria profissional, surgiram a partir da criação da escola de Enfermagem em 1890 por Florence Nightingale (GEOVANINI et al., 2005).

A formação das primeiras turmas implicava na capacitação de agentes de saúde pública, num momento histórico em que as noções de progresso e democracia pressupunham a disseminação de novos valores, hábitos e costumes (RIZOTTO, 1999).

O cuidado às pessoas tem sido apontado como objeto epistemológico da Enfermagem, é um modo de estar no outro, nas suas relações de vida, do nascer ao morrer, perpassando a prevenção, promoção e recuperação da saúde (WANDOW, 2006).

Cuidar do indivíduo como um ser holístico, já é percebido desde os tempos de Florence em 1860 e segundo Rizzotto (1999) no decorrer dos tempos essa visão foi ampliada, sendo que hoje se tem como um dos principais conceitos de Enfermagem o cuidado individual, integral, ético e humanizado ao paciente, a família e comunidade.

Corroborando com essas discussões Pires (2005) afirma que a Enfermagem

é uma profissão social que visa o cuidado sem desigualdade, isso vem sendo galgado por toda a história dessa profissão, cabendo a estes profissionais colocar em prática uma assistência humanizada.

O paciente deve ser visto, como um indivíduo subjetivo e não apenas sua doença. Para que isso ocorra são necessárias inúmeras ferramentas, podendo incluir nessas, a criatividade, educação e diálogo que podem servir de aporte para que esse paciente seja visto como um ser holístico. Por meio desse relacionamento que deve ser estabelecido entre o profissional de Enfermagem e o sujeito a ser cuidado, surge à possibilidade deste último se comunicar, expressar suas dúvidas e sentimentos, de forma que o cuidador possa, assim, prestar um melhor atendimento, atentando para, sempre que necessário, orientar o indivíduo a cerca do tratamento e tentando identificar se ele recebeu e compreendeu os ensinamentos compartilhados (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

Para que essa comunicação seja realizada é preciso que o Enfermeiro consiga respeitar os saberes, costumes e crenças do ser humano, fatores esses que estão ligados a sua cultura e que dão sustentação a forma que esse indivíduo percebe a doença. Vendo essa necessidade de um cuidado integral e humanizado, foi criada em 1999 e implantada em 2003 à Política Nacional de Humanização, formulando a construção de uma nova forma de cuidado com os usuários do serviço de saúde (BARBOSA et al. 2013).

Tendo em vista que o paciente é a figura central que tem suas próprias necessidades, é dever dos profissionais de Enfermagem saber identificar, traçar metas e aplicá-las para saciar esses problemas, para que assim este ator social possa desenvolver suas potencialidades orgânicas e psíquicas, reestabelecendo suas funções normais. Esse cuidado é sistematizado por meio do chamado plano de cuidados, desenvolvido para cada paciente, considerando suas reais necessidades de saúde, ou seja, tanto físicas quanto subjetivas (LIRA; SILVA, 2008).

Ainda vale ressaltar que a Enfermagem não deve apenas desenvolver atividades que referencie o cuidado ao paciente, mais é preciso estimular o mesmo a desenvolver o autocuidado, essas atividades são incentivadas por meio de ações educativas, que norteiam os sujeitos a realizarem práticas que ajudem no reestabelecimento da sua saúde e bem-estar (SILVA et al., 2009).

Por ser uma profissão em amplo desenvolvimento e com uma grande abrangência de especializações devido à complexidade de cuidar do paciente, a



Enfermagem hoje tem uma grande quantidade de áreas voltadas à assistência direta ao paciente, dentre elas existe a Enfermagem Cirúrgica ou Perioperatória, destinada ao cuidado do indivíduo que se submeterá à cirurgia.

### **3.2 A Enfermagem Cirúrgica**

Os procedimentos cirúrgicos podem ser divididos em três tipos: emergência; urgência e eletiva Carvalho (2010) e possui várias funções, como, obtenção de cura de uma enfermidade; diagnóstico de uma doença; realização de uma correção e a cirurgia paliativa que objetiva apenas minimizar um problema. Acrescentando essa discussão, Figueiredo (2003) aponta que o objetivo principal das intervenções cirúrgicas é promover a cura do paciente ou pelo menos o alívio dos sintomas de um problema.

A cirúrgica atualmente é uma área bastante desenvolvida em tecnologias, mas para que a mesma chegasse a este patamar, contou com a ajuda de colaboradores, dentre eles a Enfermagem que teve um papel fundamental para seu desenvolvimento, por meio da criação de algumas medidas de higiene, a exemplificar a lavagem das mãos, para a diminuição de infecções hospitalares, que depois propiciou o descobrimento de medidas assépticas que são usados até hoje nos hospitais, clínicas e Centro Cirúrgico (CC) (GEOVANINI et al., 2005)

Em contrapartida esse ramo da saúde também colaborou com o desenvolvimento da Enfermagem, pois, com o passar do tempo, com o descobrimento de novas técnicas cirúrgicas que revolucionaram essa área, a Enfermagem passou a desempenhar maior papel e lhe foram outorgadas outras responsabilidades, sendo necessárias assim, capacitações, para que esses trabalhadores conseguissem atuar frente aos cuidados, bem como atender a demanda que aumentara muito devido a essas evoluções, os riscos cirúrgicos e pós-operatórios (FIGUEREDO, 2003).

Dessa forma a Cirúrgica tornou-se uma das especialidades da Enfermagem, conhecida como Enfermagem Perioperatória, que engloba todas as funções desses profissionais nas três fases operatórias, descritas como, pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, onde o profissional de Enfermagem é incumbido de

realizar inúmeras atividades com o intuito de preservar o cliente de possíveis complicações (CHISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Esse cuidado oferecido ao paciente, não pode ficar restrito apenas às técnicas, pois o indivíduo é um ser complexo, que exige atenção em todas as suas esferas. O cliente no pré-operatório, na maioria das vezes encontra-se desorientado a respeito da cirurgia, dos cuidados no pós-operatório e das possíveis complicações (SMELTZER et al., 2011).

O fato do homem está num ambiente que lhe oferece medo, com pessoas desconhecidas e quase sempre tendo que suportar fortes dores, ocasiona-lhe problemas de enfrentamento, sendo que é notável o aumento de estresse em todos os sistemas orgânicos, que podem se manifestar de forma psicológica ou fisiológica, lembrando que estresse é um termo coletivo usado para descrever os muitos fatores psicológicos e fisiológicos que causam alterações biopsíquicas no organismo (BORGHI, 2007).

Com todos esses problemas de enfrentamento e medos, segundo Way; Doherty (2004), o paciente pode mascarar sintomas definidores da doença, por isso o Enfermeiro não deve em hipótese alguma julgar, nem tirar conclusões precipitadas e sim deve realizar uma investigação sistemática, colhendo a maior quantidade de dados possíveis para que assim se trabalhe com o raciocínio indutivo e depois consiga saciar as necessidades do paciente cirúrgico.

Desta forma, visando instrumentalizar e sanar a imprescindibilidade do sujeito, no contexto da Cirúrgica, percebesse a importância da SAE e PE, como ferramentas para qualificar o cuidado da Enfermagem. Essa sistematização é dividida em partes ou fases. Uma dessas fases é a anamnese e é por meio dela que alguns fatores de risco podem ser identificados, possibilitando assim um pré-operatório bem acompanhado, facilitando o desenvolvimento das outras fases e possibilitando uma evolução tranquila do tratamento (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Essa sistematização se bem realizada servirá de ponte para que esse profissional consiga realizar atividades técnicas e educativas, no sentido de corrigir erros e instruir o paciente, para que esse não ultrapasse o procedimento cirúrgico sem o conhecimento necessário. Para isso, o enfermeiro deve saber o nível educacional que o sujeito a ser cuidado possui, além das dúvidas e expectativas. Esses dados devem ser coletados na anamnese (PIRES, 2005).

Confirmando com o acima mencionado Smeltzer et al., (2011), afirmam que no pré-operatório é fundamental que seja realizado o exame físico e psíquico, sendo ainda preciso que o paciente seja ouvido e faça parte do tratamento, essa adesão estimula o paciente a seguir a dieta e colaborar com a equipe para que o tratamento seja bem sucedido.

A Enfermagem deve desempenhar seus papéis de cuidador junto ao paciente, estabelecendo uma relação de confiança que deve ser construída entre ambos, possibilitando a realização de uma maior coleta de dados e melhor desenvolvimento do PE. Pois assim sendo, o paciente terá liberdade para expor problemas que nem sempre são diagnosticados em exames laboratoriais, mas que apresentam importância imprescindível de forma que podem interferir na sua recuperação (POTTER; PERRY, 2009).

Para Chistóforo, Zagonel e Carvalho (2006) a relação de vínculo que a Enfermagem estabelece com o paciente cirúrgico é crucial para que o mesmo evolua de forma positiva. Uma equipe que consiga visualizar e saciar as necessidades do paciente contribuirá para que o mesmo ao se submeter a uma cirurgia, tenha poucas possibilidades de desenvolver complicações.

### **3.3 Sistematização da assistência de Enfermagem no pré e pós-operatório**

A Enfermagem perioperatória é destinada aos cuidados dos sujeitos que se submetem a intervenções cirúrgicas, sendo fundamental a participação da Enfermagem em todas as fases, a fim de manter o cuidado voltado as necessidades dos pacientes (NOGUEIRA et al., 2011).

Desta maneira, complementando o supracitado, Chistoforo; Carvalho (2009) afirmam que o profissional de Enfermagem pode e deve utilizar a SAEP objetivando atender aos pacientes durante todo o perioperatório, que compreendem, ao pré, trans e pós-operatório. Essas três etapas juntas são denominadas perioperatório.

A primeira das etapas cirúrgicas é o pré-operatório sendo caracterizado como desde o momento que foi decidido realização da intervenção cirúrgica, até o momento em que o paciente é transferido para a mesa de cirurgia (SMELTZER; BARE, 2011). No pré-operatório a Enfermagem deve prestar assistências, que

envolvam o PE, levando em consideração a possibilidade do paciente ser leigo e está sob alto nível de estresse, podendo influenciar no seu estado emocional e fisiológico, precisando ser orientado e esclarecido (CHISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Na primeira fase do transoperatório é entendível que o paciente esteja vulnerável e sensível, tanto devido à doença e a falta de conhecimento sobre ela, como por está em um ambiente, onde pode ser atendido de forma insatisfatória. O paciente com déficit de conhecimento sobre seu estado e cirurgia, geralmente, apresenta-se mais ansioso, e tem uma maior probabilidade de apresentar desequilíbrio (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

O sujeito que apresenta desequilíbrio, seja ele orgânico ou psicológico, tem maiores possibilidades de apresentar agravos no pós-operatório, de forma que a Enfermagem deve ter destreza para solucionar esses problemas rapidamente, pois se o indivíduo apresentar desequilíbrio, há uma grande probabilidade da cirurgia ser adiada ou, caso seja realizada, resultar em maiores problemas (GALDEANO et al., 2004).

Visando a prevenção de problemas perioperatórios e a melhoria da assistência prestada ao paciente cirúrgico, foi criado a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que se trata de um modelo de assistência com objetivo de implementar o cuidado ao paciente, utilizado o Processo de Enfermagem (PE) e outros conhecimentos científicos associados aos práticos adquiridos junto ao cliente (GRITTEM, 2007).

Porém, para falar sobre essa assistência é preciso abordar o Processo de Enfermagem (PE). O mesmo deve ser realizado à luz de um referencial teórico, ou seja, com base nas teorias de Enfermagem, que visam consolidar os fundamentos e os princípios científicos do cuidar. O PE é dividido nas seguintes etapas: Histórico de Enfermagem; Diagnósticos; Planejamento; Implementação da assistência e Avaliação (MARTINS; PINHEIRO, 2010).

A anamnese ou coleta de dados é a etapa onde todas as informações serão colhidas do paciente, por meio do exame físico e coleta de dados. Segundo Barbosa et al. (2010), uma anamnese bem detalhada, visa a identificação de possíveis problemas ainda não detectados, sendo que é função do Enfermeiro realizar essa etapa junto com o exame físico, de forma que seja possível detectar anormalidades existentes e corrigi-los antes do transoperatório.

Os diagnósticos de Enfermagem são traçados de acordo com as necessidades do paciente, percebidos por meio do Histórico de Enfermagem, baseando-se nos problemas já evidentes no paciente e nos que ainda podem ser prevenidos. O diagnóstico deve conter enunciado ou nome do diagnóstico; as características definidoras, que são referentes aos motivos que evidenciam os diagnósticos e os fatores relacionados que são os motivos que podem ter levado ao diagnóstico, as causas do problema (NANDA, 2012).

No planejamento da assistência é visto as intervenções que devem ser feitas para ajudar esse paciente a corrigir ou minimizar determinados problemas. São traçados prioridades a serem trabalhadas e criados objetivos a serem alcançados, verificando a disponibilidades de insumos e a capacidade do paciente em colaborar para que as metas sejam alcançadas (MARTINS; PINHEIRO, 2010).

Esse planejamento do cuidado deve ser feito a partir das preocupações e desconfortos do indivíduo. Esse é o primeiro passo para estabelecer uma interação possibilitando o desenvolvimento e a sustentação do que se julga ser comunicação terapêutica, acrescentado ainda à importância do conforto físico e psicológico para que o paciente consiga demonstrar seus problemas e assim poder iniciar o PE (SANTOS et al. 2010).

Na implementação da Assistência as intervenções antes planejadas, serão aplicadas, com a principal função de corrigir alterações ou eliminar fatores de risco que podem predispor o surgimento de complicações. As intervenções devem ser realizadas de acordo com as prioridades, onde as mais relevantes apresentam maior probabilidade de resolver os problemas urgentes, usando sempre a criatividade (MARTINS; PINHEIRO, 2010).

Os resultados colhidos são a última etapa do PE, nesse estágio são avaliados os resultados que o paciente apresenta, após a implementação da assistência (GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO 2004).

Por sua vez a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, já mencionada deve ser adotada pelo profissional de saúde para acompanhar o paciente desde a recepção na clínica cirúrgica até a sua recuperação pós-operatória.

Um dos pontos importantes do cuidado perioperatório é o encorajamento, para que o paciente desenvolva o protagonismo do seu processo saúde, doença e cuidado. Essa é uma das teorias que fundamentam a Enfermagem, criada por

Dorothea Orem (1971), em que a promoção do autocuidado do sujeito é importante para fomentar o empoderamento dos pacientes (POTTER; PERRY, 2009).

Para que esse autocuidado aconteça o paciente cirúrgico deve ser educado, e estimulado a se cuidar não apenas na estadia hospitalar, mas também na sua rotina diária. Florence Nightingale foi uma das primeiras educadoras e hoje a educação dos pacientes é tida como uma das funções da Enfermagem. O profissional não consegue quantificar ao certo o aprendizado que o educando adquiriu, mas pode facilitar para que esse conhecimento seja problematizado, além de interagir com o paciente, de forma direta, lhe proporcionando um ambiente adequado e motivando seu desejo de aprender, para que esse receba com mais facilidade os ensinamentos oferecidos (SMELTZER; BARE, 2011).

No que tange a Enfermagem Cirúrgica, uma das suas principais atribuições é o cuidado no pré e no pós-operatório, sendo que é fundamental que os cuidados voltados à educação do paciente sejam realizados no pré-operatório e robustecidos no pós, e ainda é preciso ressaltar que esses ensinamentos devem ser prestados de forma detalhada (BARTMAN, 2010).

Reforçando as discussões aqui apresentadas, Possary (2007) menciona que a Enfermagem Perioperatória presta assistência de grande relevância, para a prevenção de complicações após a cirurgia, pois suas diversas formas de cuidar ajudam o paciente a reestabelecer sua saúde.

O período pós-operatório, segundo Malagutti; Bonfim, (2009) é dividido em: pós-operatório imediato e mediato, sendo que o imediato compreende a partir do término dos procedimentos cirúrgicos anestésicos, prosseguindo pelas primeiras 24 horas após a cirurgia.

Já para Way; Doherty (2004), há duas fases distintas: Pós-operatório Imediato que caracteriza-se pela recuperação anestésica e Pós-operatório Intermediário que corresponde ao período desde a recuperação anestésica e o restante da estadia hospitalar do paciente. É nítido que para cada fase pós-operatório é exigido uma diferenciação no cuidado.

Bartman (2010), ainda acrescenta a recuperação pós-anestésica como uma das subdivisões do pós-operatório como também o pós-operatório tardio como das subdivisões pós-operatórias..

### **3.4 Complicações pós-operatória e os cuidados de Enfermagem para preveni-las**

Durante todas as fases do pós-operatório os sistemas se encontram bem vulneráveis a alterações, apesar de que a cada fase operatória, espera-se que haja uma evolução significativa, no entanto o paciente está sujeito a complicações (BARTMAN, 2010).

Essas complicações podem estar presentes em qualquer intervenção cirúrgica seja ela complexa ou não, pois esses procedimentos são altamente invasivos, causando muitas alterações no organismo do sujeito. Compreende-se como complicação do pós-operatório, qualquer alteração que seja resultante da cirurgia (FIGUEIREDO, 2003).

Os pacientes que têm maior risco de desenvolver complicações são aqueles que se submetem a cirurgias de emergência. Destacam-se ainda as cirurgias abdominais em decorrência de maior exposição dos órgãos ou por perdurarem por muito tempo. As cirurgias em pessoas com mais de 65 anos também apresentam riscos, devido o próprio envelhecimento, e outras doenças de base (BORGHI, 2007).

As complicações mais comuns estão relacionadas ao sistema respiratório e circulatório, a Enfermagem deve ficar atenta às alterações nos padrões fisiológicos do paciente devido à anestesia e o procedimento cirúrgico (BARTMAN, 2010).

Problemas respiratórios como as atelectasias, broncoaspiração e as pneumonias podem ser evitadas com medidas simples como, respirações profundas e exercícios que estimulem a tosse e movimentação no leito. Esses ensinamentos devem ser realizados pelo Enfermeiro no pré-operatório, pois no pós-operatório o paciente geralmente opta por respiração superficial devido os incômodos resultantes do ato cirúrgico (RENAULT et al., 2009).

É preciso informar ao paciente sobre as dores que sentirá no pós-operatório, reforçar que geralmente são normais devido ao procedimento invasivo, e principalmente orientá-lo para deambular e alternar sua posição no leito, mesmo com a presença de desconfortos, pois assim a Enfermagem estará prevenindo complicações como estase venosa, trombose e hipertensão e acúmulo de secreção, lembrando ainda que essas alterações podem desencadear outras que podem levar ao óbito do paciente (WAY; DOHERTY, 2004).

O sujeito que será submetido ao ato cirúrgico deve ser orientado sobre a importância da deambulação precoce e a necessidade de levantar-se da cama aos poucos para evitar a hipotensão ortostática. A deambulação propicia melhor circulação, prevenindo a trombose venosa profunda, constipação intestinal e acúmulo de gases (FIGUEIREDO, 2003).

Um problema muito comum e fácil de ser prevenido são alterações nos níveis pressóricos, sendo uma das maiores causas do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) que tem causado muitas mortes. Geralmente pode ser controlado com algumas medidas de prevenção como, terapias de relaxamento, afastamento de medos e esclarecimento de dúvidas, além de promover espaços de diálogo com o paciente para que ele se sinta seguro (SMELTZER et al., 2005).

O hematoma é uma das complicações mais comuns relacionada à Ferida Operatória (FO), a qual acontece quando o sangue vasa por meio das suturas. Vários fatores podem levar a esse problema, por exemplo: tosse crônica; hiperextensão da ferida e esforço. A deiscência da ferida é outra complicação que causa a ruptura das camadas de tecido que circundam a FO o que pode levar a evisceração e hemorragia. Algumas medidas como uso de almofadas durante a tosse e mobilização precoce podem evitar esses problemas (WAY; DOHERTY, 2004).

As infecções da FO podem acometer os sistemas ou o sítio cirúrgico. É importante que os fatores de risco sejam analisados, como, o tamanho da cirurgia, localização, e as condições de saúde gerais do paciente, visto que algumas medidas simples podem ajudar a minimizar as chances do desenvolvimento desse problema, como o banho com sabonete simples, pois ajuda a diminuir a flora bacteriana e facilita para a assepsia. A tricotomia é outro cuidado realizado ao redor do sítio cirúrgico, para evitar o risco dos pelos entrarem na cirurgia, sendo que esse cuidado exige ser realizado alguns minutos antes de iniciar a cirurgia e com atenção para não causar escoriações (MITTELDORF; RASSLAN; BIROLINI, 2007).

As medidas de higiene são outro cuidado que deve ser explicado e incentivado ao paciente para ajudar na prevenção dessas complicações, principalmente evitando a umidade do curativo cirúrgico em decorrência do banho, para que assim sejam impedidas as infecções do sítio cirúrgico. O cliente deve ser orientado também sobre a classificação de sua cirurgia com relação ao potencial de contaminação (BARTMAN, 2010). Também deve ser orientado sobre as medidas de



higiene e o aparecimento de sinais flogísticos para que esse não necessite retornar a unidade hospitalar devido infecções da FO.

As infecções, a hipovolemia devido hemorragia ou perda de outros líquidos e alguns medicamentos podem resultar numa complicação conhecida como choque. Existem alguns tipos, mas é preciso mencionar o hipovolêmico, em decorrência da elevada frequência. Caracterizado por uma diminuição da resistência dos vasos sanguíneos, reduzindo assim o débito cardíaco e impossibilitando o suprimento adequado das necessidades orgânicas, podendo levar o paciente ao óbito. A Enfermagem deve agir para tentar corrigir fatores que possam levar o sujeito a desenvolver esse quadro. É preciso controlar o estado hemodinâmico, administrar hidratação endovenosa e controlar o balanço hídrico (FIGUEIREDO, 2003).

As complicações circulatórias são responsáveis por muitas mortes e morbidades de indivíduos. Uma dessas complicações, a disritmia no pós-operatório, pode está associada a fatores simples, a exemplificar a hipoxemia e a hipocalcemia, que podem ser corrigidos antes da cirurgia. Outra complicação circulatória muito comum e o IAM, que também existem alguns fatores de risco corrigíveis, que são a hipotensão e a hipoxemia e a ansiedade do cliente. A Enfermagem deve prestar atenção e averiguar se o paciente apresenta sinais e sintomas desses problemas, ou se seus exames evidenciam isto, de forma a ser possível intervir para prevenir esse problema (WAY; DOHERTY, 2004).

A anestesia, outros medicamentos utilizados e a própria cirurgia são responsáveis pela diminuição da mecânica intestinal, de forma que na normalidade o peristaltismo deve retornar com cerca de 24 horas após alguns tipos de cirurgias e 48 horas para cirurgias abdominais. Caso essa motilidade não retorne esse paciente estará num quadro de constipação intestinal e essa complicação pode causar a desnutrição, pois enquanto os movimentos peristálticos não retornarem a dieta não é liberada. A Enfermagem deve realizar ações que visem acompanhar e prevenir esse problema tais como: verificação do aparecimento de ruídos hidroaéreos; orientação sobre a importância da dieta zero e motivar que o paciente deambule assim que possível (FUIGUEIREDO, 2003).

Por sua vez os efeitos dos medicamentos e anestésicos que tem capacidade de atuar sobre a musculatura da bexiga, e a própria cirurgia, principalmente se ela for no sistema gênito-urinário, dificultam as eliminações vesicais, que geralmente são reestabelecidos em torno de 12 horas. A retenção urinária é evidenciada no

paciente pela formação do bexigoma associado à anúria. Essa complicação geralmente pode ser evitada se o paciente estiver em um ambiente calmo, além das técnicas não invasivas, como abrir as torneiras, banhos quentes e massagens pélvicas, como também deve estar orientado sobre a possibilidade de manobras invasivas para reversão de seu quadro (SMELTZER et al., 2011).



## **4 MÉTODOLOGIA**

### **4.1 Tipo do estudo**

O presente estudo tem como proposta a pesquisa de campo de caráter descritivo com abordagem mista, em que predomina a metodologia quantitativa. Numa pesquisa de campo, é fundamental que o pesquisador entre em contato direto com a população que deseja e observar os fatos reais que acontecem com esta, assim conseguirá ver os problemas e tentar identificar respostas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O estudo descritivo é usado com o objetivo primordial de detalhar as características de determinado objeto de estudo. Esse tipo de investigação exige técnicas padronizadas para coleta de dados e uso da observação sistemática, são considerados como objeto da investigação descritiva: uma situação específica; um grupo ou um indivíduo (FIGUEIREDO, 2008).

Segundo Marconi e Lakatos (2009) na pesquisa quantitativa é visto a frequência de aparição de certos temas ou problemas, visando precisão dos fatos, empregando para isso artifícios que ajudem a quantificar de forma clara certos fatos.

Outra abordagem deste estudo é a qualitativa a qual se preocupa em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Proporciona análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamentos (MARCONI; LAKATOS, 2009).

### **4.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida no município de Cajazeiras, cidade sertaneja, situada na extremidade ocidental do estado da Paraíba, especificamente no alto sertão paraibano. Ocupa uma área de 586,275 km<sup>2</sup>, e a distância da capital João Pessoa e de 477 km; sua população, no ano de 2010 foi de 58.446 habitantes

(IBGE, 2010).

**Figura 1.** Mapa do estado da Paraíba, ao lado cidade de Cajazeiras – Paraíba.



Disponível em:

[https://www.google.com.br/search?newwindow=1&biw=1241&bih=584&tbm=isch&sa=1&q=mapas+de+cajazeiras+pb&oq=mapas+de+cajazeiras+pb&gs\\_l=img.3..0i24.58749.60224.0.60763.3.1.0.2.2.0.231.231.21.1.0....0...1c.1.32.img..0.3.242.vOrYRytmh0Y](https://www.google.com.br/search?newwindow=1&biw=1241&bih=584&tbm=isch&sa=1&q=mapas+de+cajazeiras+pb&oq=mapas+de+cajazeiras+pb&gs_l=img.3..0i24.58749.60224.0.60763.3.1.0.2.2.0.231.231.21.1.0....0...1c.1.32.img..0.3.242.vOrYRytmh0Y)

Acesso em: 31/01/2014

Para a realização da pesquisa foi utilizado como campo o Hospital Regional de Cajazeiras Dr. José de Sousa Maciel (HRC), fundado em 06 de junho de 1941, classificado como hospital geral da rede pública, com capacidade de 146 leitos, faz

parte da Nona Gerência Regional de saúde. Situado no Centro da cidade. Os dados foram coletados exclusivamente nas Clínicas Cirúrgicas masculinas e femininas (MEDEIROS, 2012).

### **4.3 População/Amostra**

População é considerada um conjunto de seres inanimados e animados, que tem em comum, no mínimo, um atributo. Amostra conceitua-se como sendo a parte ou fração de um todo, tal qual é vista como a mais significativa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

População se caracteriza como um conjunto de elementos com determinadas características em comum, onde a amostra se torna um subconjunto da população e através dessa serão vistas e analisadas algumas dessas características (GIL, 2002).

Para a presente pesquisa, foi estabelecida uma amostra por conveniência com pacientes hospitalizados da clínica cirúrgica, totalizando 60 sujeitos participantes.

### **4.4 Critérios de inclusão/exclusão**

Fizeram parte dos critérios de inclusão os seguintes pacientes:

- Que estavam no pré-operatório;
- Maiores de 18 anos;
- Que já estivesse nas Clínica Cirúrgica há mais de oito horas;
- Que apresentassem conscientes, orientados, com capacidade de responder o questionário.

Fizeram parte dos critérios de exclusão os seguintes pacientes:

- Que estivessem no pré-operatório a menos de 8 horas de permanência na Clínica cirúrgica.

- No pós-operatório.
- No pré-operatório de cirurgias de emergência/urgência

#### **4.5 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados**

Para a realização da coleta de dados, o instrumento utilizado foi um questionário, dividido em duas partes, a primeira referente ao quadro sócio demográfico do cliente e em seguida o questionário que trata questões da problemática, distribuído em nove itens, com questões de múltipla escolha, para que assim se alcançasse o objetivo almejado. Destaca-se que os itens presentes nesse instrumento foram explicados a fim de proporcionar a fácil compreensão dos participantes dessa pesquisa.

Foi utilizada também para a coleta de dados a observação não participante, em que a pesquisadora toma contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela, permanecendo de fora. Presencia o fato, porém não participa dele, não se deixa envolver pelas situações, faz mais o papel de espectador. Isso, entretanto, não significa que a observação não seja consciente, dirigida, ordenada para um fim específico (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Neste estudo, para a documentação das observações feitas pela pesquisadora em relação aos cuidados de pré-operatórios realizados pela Enfermagem aos pacientes na clínica cirúrgica, foi confeccionado um diário de campo, contendo anotações de todos os encontros, facilitando, desta forma, o relato das experiências vivenciadas pela pesquisadora quando em contato com os pacientes.

#### **4.6 Análise de dados**

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do aplicativo *Microsoft Excel*. Foi utilizada a estatística descritiva, sendo os dados explorados por meio de tabela e gráficos. Destaca-se a exposição das observações realizadas e a análise

crítica e reflexiva das mesmas.

#### **4.7 Aspectos éticos e legais**

Inicialmente o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil, para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, onde já constava a autorização do Hospital Regional de Cajazeiras (ANEXO A) para a realização da pesquisa e coleta de dados com os pacientes das Clínicas Cirúrgicas.

As entrevistas aconteceram no período de Março 2014, nas clínicas cirúrgicas do Hospital Regional de Cajazeiras.

A abordagem ao paciente foi direta, realizada pela pesquisadora participante, onde foram expostas as informações sobre o estudo como: esclarecimento quanto aos objetivos, métodos, anonimato do participante, benefícios previstos ou potenciais riscos da pesquisa. Também foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) de forma que apenas após a obtenção do consentimento, o questionário e os dados foram colhidos e a observação realizada.

Este estudo seguiu todos os preceitos éticos e legais da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que envolve o cuidado com a pesquisa em seres humanos. Ao longo da investigação foram considerados os pressupostos da bioética, configurados em sua resolução: autonomia; não-maleficência; beneficência e justiça (BRASIL, 2013).





*A* **ANÁLISE E DISCUSSÃO**

---

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

+

Nesta sessão encontram-se apresentados os resultados das análises das variáveis contidas nos instrumentos respondidos pelos 60 sujeitos que participaram desta investigação. Almejando facilitar o entendimento das análises para o alcance dos objetivos deste estudo, as descrições a seguir foram divididas em duas partes: 1) Caracterização dos participantes da pesquisa; 2) Visão dos pacientes sobre os cuidados de Enfermagem pré-operatórios junto com o diário de campo da pesquisadora.

### 5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

**Tabela 01-** Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa-Cajazeiras-PB, 2014.

Variáveis	%	F
<b>Sexo</b>		
Feminino	45	27
Masculino	55	33
<b>Faixa etária</b>		
20 – 30 anos	25	15
31 – 40 anos	20	12
41 – 50 anos	16,7	10
51 – 60 anos	15	09
61 – 70 anos	15	09
71 – 80 anos	5	03
81 – 90 anos	3,3	02
<b>Trabalham</b>	30	18
<b>Estado civil</b>		
Casado	46,7	28
Solteiro	15	09
Com parceiro (a)	38,3	23
<b>Raça / Cor da pele</b>		
Branca	46,7	28
Parda	48,3	29
Negra	5	03
<b>Nível de escolaridade</b>		
Analfabeto (a)	8,3	05
Fundamental incompleto	61,6	37
Fundamental completo	10	06
Médio incompleto	3,3	02

Médio completo	11,6	07
Curso técnico	1,6	01
Superior incompleto	1,6	01
Superior completo	1,6	01
<b>Renda Familiar</b>		
< = um salário mínimo	78,3	47
De 1 á 2 salários mínimos	21,7	13
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>60</b>

F: frequência absoluta; % : porcentagem.

No que concerne às características sociodemográficas dos 60 pacientes hospitalizados na clínica cirúrgica (Tabela 01), constatou-se que predominaram os homens (55%). Tal resultado corrobora com o encontrado por Perrando et al. (2011) em investigação desenvolvida em unidade cirúrgica de um hospital público no interior do Rio Grande Sul, no qual houve maior frequência do gênero masculino.

Porém, apesar destes achados, é evidente ainda na literatura nacional e internacional o predomínio das mulheres na utilização dos serviços de saúde, principalmente no âmbito da realização de cirurgias, como foi constatado na pesquisa de Borges, Carvalho e Silva (2010), com pacientes submetidos às cirurgias eletivas da Santa Casa de Misericórdia de Marília, sendo 52,4% do gênero feminino.

A temática do gênero e o acesso aos serviços de saúde foi assunto da investigação de Pinheiro et al. (2002), o qual apontava diferença de sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, mesmo excluindo os partos (no caso das cesárias), ainda apresentava as mulheres como maiores consumidores dos serviços oferecidos pelos estabelecimentos de assistência à saúde.

Com relação à faixa etária dos participantes, identificou-se que o intervalo entre 20 a 40 anos é o mais recorrente, com um total de 45% dos casos, o que evidencia a jovialidade dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Esta pesquisa converge com os resultados da investigação realizada por Christóforo e Carvalho (2009) em unidades cirúrgicas de dois hospitais do município de Ponta Grossa, no qual 41,9% dos pacientes entrevistados estavam na faixa etária de 18 a 39 anos.

É importante destacar que durante as entrevistas foi possível perceber que a maior frequência das cirurgias eram em decorrência de acidentes automobilísticos, sendo necessários os procedimentos ortopédicos para restabelecer o funcionamento dos membros afetados.

Nota-se que o crescimento exponencial e a gravidade dos acidentes de trânsito fomentam os efeitos negativos nas condições de saúde da sociedade. Acredita-se que, anualmente, entre 20 a 50 milhões de pessoas são feridas e cerca de 1,2 milhão morrem em acidentes de trânsito em todo o mundo, o que torna esse episódio um dos mais graves problemas de saúde coletiva e conseqüentemente um dos destaques de desencadeamento dos procedimentos cirúrgicos (OLIVEIRA; MOTA; COSTA, 2008).

No item relacionado às atividades profissionais, somente 30% dos sujeitos entrevistados informaram que atualmente possuem vínculo empregatício. Contribuindo com esse achado, Monte, Araújo Júnior e Pereira (2009), relatam que o Brasil tem convivido com elevadas taxas de desemprego que atingiram patamares poucas vezes identificados em sua história. Entende-se que inúmeros elementos direcionam para esse cenário, entre os quais, o baixo crescimento econômico é considerado o principal responsável.

Identificou-se também, nesta pesquisa, que 85% dos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica possui companheiro (a), sendo em união estável ou casado. Dados semelhantes foram encontrados em estudos de abrangência nacional (CHRISTÓFORO, CARVALHO, 2009; PERRANDO et al., 2011).

Acredita-se que a “figura” do (a) parceiro (a) é fundamental no processo cirúrgico, pois o mesmo pode proporcionar suporte emocional e incentivo psicológico, elementos que irão repercutir positivamente no pós-operatório, evitando, com isso, possíveis complicações e reduzindo o tempo de permanência hospitalar.

Segundo Koerich et al. (2013) a presença desse membro familiar durante a internação hospitalar é motivadora, um estímulo diante do enfrentamento do desconhecido. Sem o parceiro(a), os pacientes teriam dificuldades subjetivas para se submeter a estes procedimentos. Logo, este companheiro (a) facilita a aceitação cirúrgica, com possível redução da ansiedade por parte do paciente e do estresse desencadeado pela indicação cirúrgica.

Nesta pesquisa, verificou-se que a raça parda apresentou maior percentual (48,3%) entre os participantes desta investigação. Segundo o censo 2010, 43,1% da população brasileira declararam serem pardos. Já a região Nordeste apresentava um percentual acima de 35%, o que pode justificar os dados encontrados nesta pesquisa (IBGE, 2010).

Outra característica pesquisada foi o nível de escolaridade, sendo o

fundamental incompleto a maior frequência com 61,6% dos casos. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Silva e Nakata (2005) desenvolvida em unidade cirúrgica de hospital público localizado no município de São Paulo. Acredita-se que o acesso restrito ao ensino pode limitar a população sobre o seu processo saúde, doença e cuidado, dificultado assim o tratamento adequado e ágil, sendo a opção cirúrgica a única restante para solucionar o seu problema.

Portanto, as características relacionadas à singularidade do ser humano, tais como escolaridade e raça, são essenciais não somente em termos quantitativos para análise epidemiológica, mas também no sentido de valorizar as características natas e únicas daquele ser submetido à cirurgia (BAGGIO et al. 2011).

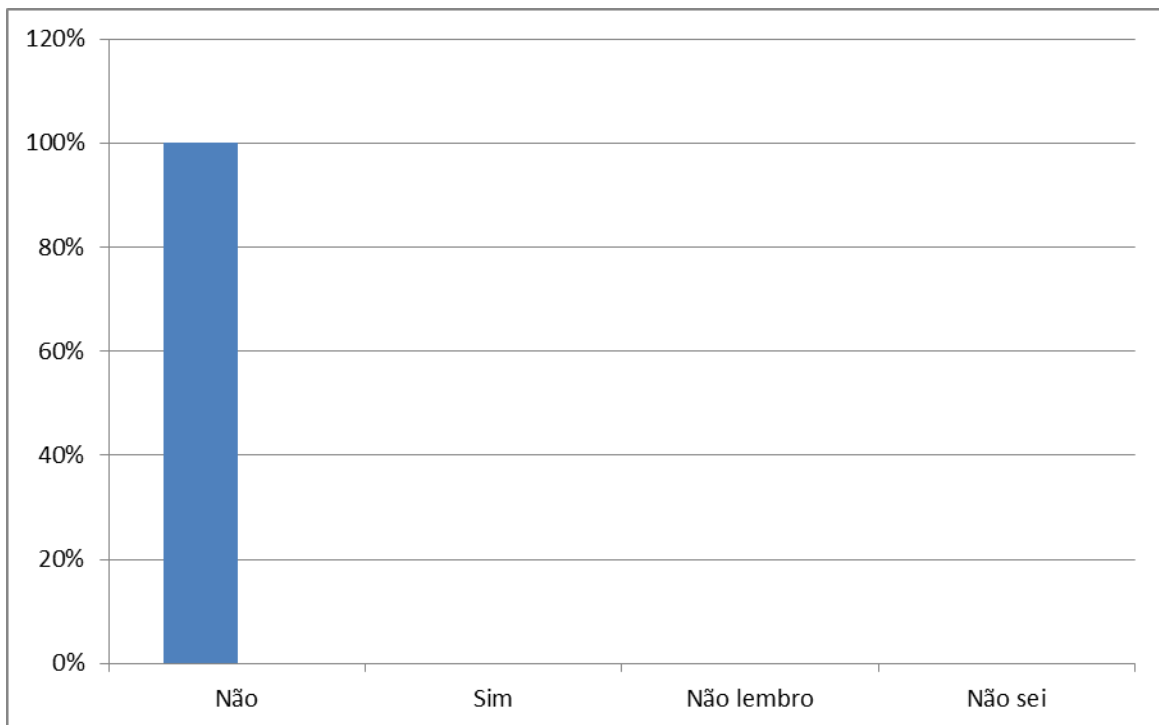
Por fim, como último elemento abordado no perfil sociodemográfico, tem-se a renda familiar com 78,3% dos sujeitos pesquisados com vencimentos igual ou menor que um salário mínimo. Conforme o estudo “Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Socoraba, SP” de Carvalho e Gianini (2008) foi constatado que pacientes que procuram o serviço privado possuem renda salarial maior, por sua vez pacientes que procuram o serviço público, têm renda salarial menor, informação está que converge com achados neste estudo.

## **5.2. Visão dos pacientes sobre os cuidados de Enfermagem pré-operatório**

O questionário, por meio do qual foram colhidos os dados é dividido em nove questões que estão representadas em gráficos para melhor entendimento e atrelado a essas informações obtidas nesse estudo será exposto o diário de campo.

O Gráfico 01 refere-se às orientações prestadas pela Enfermagem ao paciente cirúrgico a respeito das complicações pós-operatórias. É evidente que os pacientes não receberam informações sobre essa temática, visto que 100% dos participantes afirmaram não conhecer a possibilidade de complicações depois da sua cirurgia.

**Gráfico 01-** Orientações prestadas pela Enfermagem sobre complicações pós-operatórias. Cajazeiras-PB, 2014.



Corroborando com esse estudo, uma pesquisa realizada em dois hospitais num município de Ponta Grossa onde apenas 5,6% dos pacientes entrevistados no pré-operatório imediato, receberam orientações suficientes por parte da Enfermagem (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Essa temática também foi objetivo de uma pesquisa realizada em um hospital público do estado de São Paulo, onde os indivíduos que participaram não receberam orientações ou estas foram prestadas de forma inadequada, pois eles não tinham conhecimentos sobre as possíveis complicações no pós-operatório (SILVA; NAKATA, 2005).

Vale salientar que o Enfermeiro é um dos profissionais que deve realizar a visita pré-operatória, sendo essa necessária para avaliar os riscos de complicações, dar orientações e saciar as dúvidas do paciente sobre o perioperatório, facilitando assim a construção de um relacionamento enfermeiro-paciente e viabilizando uma melhor recuperação pós-cirúrgica (ASCARI et al. 2013).

Acredita-se que a ausência de conhecimentos por partes dos pacientes sobre as complicações pós-operatórias sejam um reflexo de uma equipe de Enfermagem que não realiza a visita pré-operatória focando as ações educativas. Essa

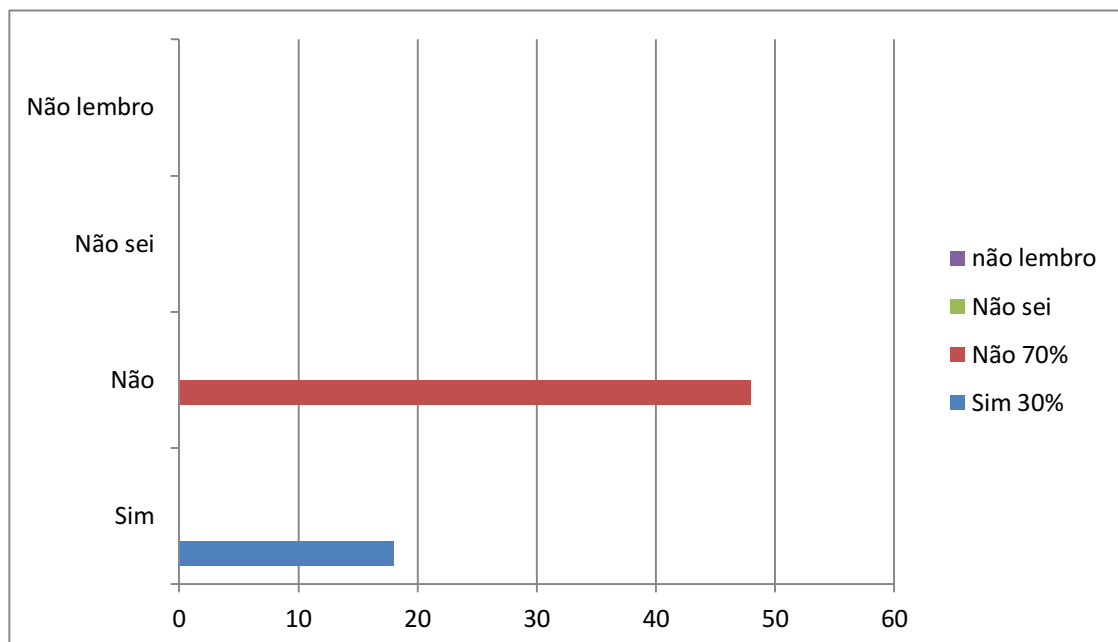
problemática pode ser em decorrência de um instrumento sucinto e que não fomenta essa prática, conforme é demonstrado no Anexo B.

Foi observado ainda durante a pesquisa que os pacientes não apresentavam conhecimentos sobre os aspectos cirúrgicos, exceto o nome da própria cirurgia. São em sua maioria, sujeitos carentes de informações, que ficam horas em jejum e às vezes as cirurgias são desmarcadas, sem apresentar o real motivo. Destaca-se que alguns desses sujeitos chegam a agudar mais de 15 dias em pré-operatório.

O segundo questionamento do estudo é referente ao conhecimento dos sujeitos entrevistados sobre as complicações, e visto que essa questão dependia de uma positividade na anterior para ser respondida, nenhum participante afirmou conhecer a cerca dos problemas referidos ou outros não mencionados.

O Gráfico 02 verificou se a Enfermagem estimulou o paciente, para que esse colaborasse para evitar problemas pós-cirúrgico. Porém, apenas 18 pessoas o que corresponde a 30% responderam sim. Esse índice se deve a escassez de orientações fornecidas pelos profissionais de Enfermagem na visita pré-operatória.

**Gráfico 02-** Estímulo a colaboração do paciente para prevenir complicações pós-operatórias. Cajazeiras-PB, 2014.



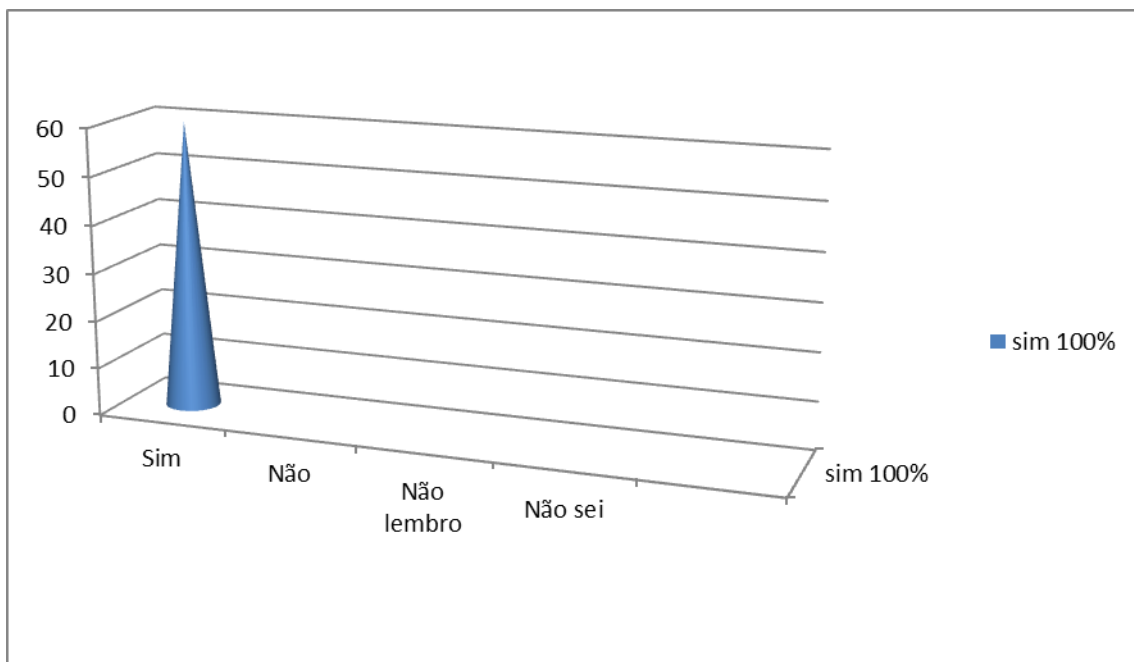
Segundo Nogueira et al. (2011), os Enfermeiros sabem que é sua função orientar o paciente e escutar seus medos e apreensões no entanto não costumam

colocar essas atividades em prática, sendo importante salientar que o pré-operatório é a fase onde o paciente mais necessita de informações, pois encontra-se em meio ao desconhecido e não consegue desenvolver o autocuidado.

Concordando com o supracitado Kruse et al. (2009) ainda afirmam que é de acordo com as orientações recebidas pelo paciente que ele é estimulado a adentrar no tratamento em condição de responsável, cuidando de si, e beneficiando o sua estadia hospitalar.

O Gráfico 3 direciona a atenção aos cuidados prestados pela Enfermagem ao paciente em pré-operatório, onde 100% dos 60 sujeitos da pesquisa afirmaram que receberam algum tipo de assistência. Entretanto serão abordados no Gráfico 04 que os cuidados realizados nesse período não foram diversificados, visto que a Enfermagem deve prestar uma atenção de qualidade, pois mantém contato com o cliente 24 horas durante sua internação e grande parte de suas ações são direcionadas a ele.

**Gráfico 03** - Cuidados realizados pela Enfermagem antes da cirurgia. Cajazeiras-PB, 2014.



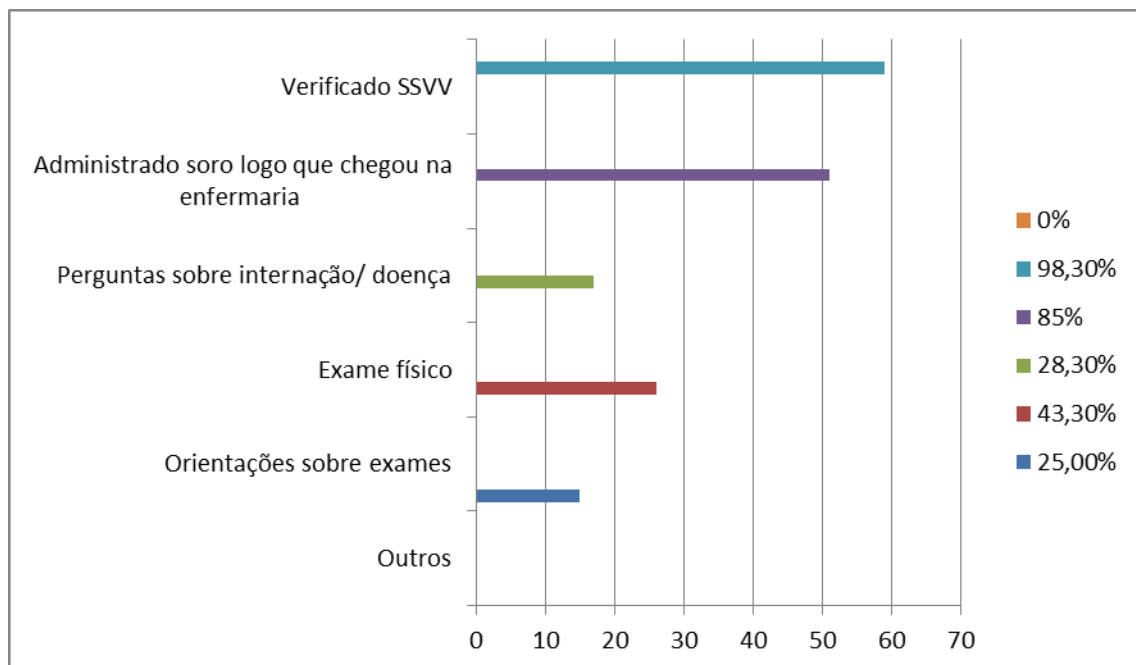
Convergindo com essa pesquisa, Coelho (2006), no estudo “Maneiras do cuidar em Enfermagem”, aborda que essa categoria profissional, possui com essência do seu saber-fazer o cuidar, o que naturalmente em paciente submetidos à



intervenção cirúrgica, ou em qualquer outro contexto, irão receber assistência da Enfermagem, seja pelo simples ato de tocar, até uma ação que envolva tecnologias de monitoramento.

Ao observar os dados evidenciados no Gráfico 04 é perceptível que os cuidados prevalentes são: 98,3% verificação de sinais vitais; 85% administração de soluções medicamentosas; 43,3% exame físico; 28% orientações sobre a internação e doença e 25% orientações sobre exames.

**Gráfico 04-** Identificação dos cuidados realizados antes da cirurgia pela Enfermagem. Cajazeiras-PB, 2014.



Verificou-se no gráfico supracitado a prevalência de cuidados técnicos, outra pesquisa desenvolvida em dois municípios de Ponta Grossa está em concordância com essa investigação, pois também foi observada uma maior prevalência dos cuidados técnicos como: aferição dos sinais vitais e solicitação de jejum, sendo que estes não foram seguidos de ensinamentos (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Dados semelhantes foram encontrados em estudos de abrangência nacional, onde a maioria dos pacientes não reconhecem os cuidados prestados pela Enfermagem, e os que admitem ter recebido, afirmam ser ações rotineiras e técnicas (CHRISTÓFORO, CARVALHO, 2009; PERRANDO et al., 2011).

Nesse estudo foi observado também que o Processo de Enfermagem não é

implementado, sendo a atenção e voltada à doença, de forma que o tratamento recebido pelos sujeitos da pesquisa era tecnicista e medicamentoso. Houve um caso, durante as observações realizadas, onde um dos pacientes evidenciou através de seu discurso que a Enfermagem realizava todos os dias os mesmos procedimentos para todos os clientes. Essa argumentação demonstra o quanto os profissionais da Enfermagem estão distante do cuidado integral e subjetivo e humanizado.

Esse contexto reflete como o modelo biomédico ainda influencia fortemente as ações da Enfermagem, já que compreensão do processo saúde, doença e cuidado é centralizado na predominância do dualismo cartesiano mente-corpo, onde o último é concebido como máquina que deve ser entendida a partir do funcionamento de suas “peças”, levando ao estudo das partes cada vez menores do corpo, contribuindo assim, para uma ação tecnicista, medicamentosa e curativista (CAPRA, 2002).

Para Matta e Morosini (2006) o modelo biomédico que foi estruturado ao longo do século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde e doença à sua dimensão anatomofisiológica, afastando as dimensões históricas e sociais como a cultura, política e a economia, focando suas principais estratégias de intervenção no corpo do sujeito doente.

No Brasil, o modelo assistencial hegemônico é o “modelo médico produtor de procedimentos” ou modelo médico hegemônico em que a assistência à saúde está centrada no ato prescritivo e não são considerados as determinações do processo saúde-doença, valorizando apenas as questões biológicas, o que ficou evidente neste estudo (MALTA et al., 2004)

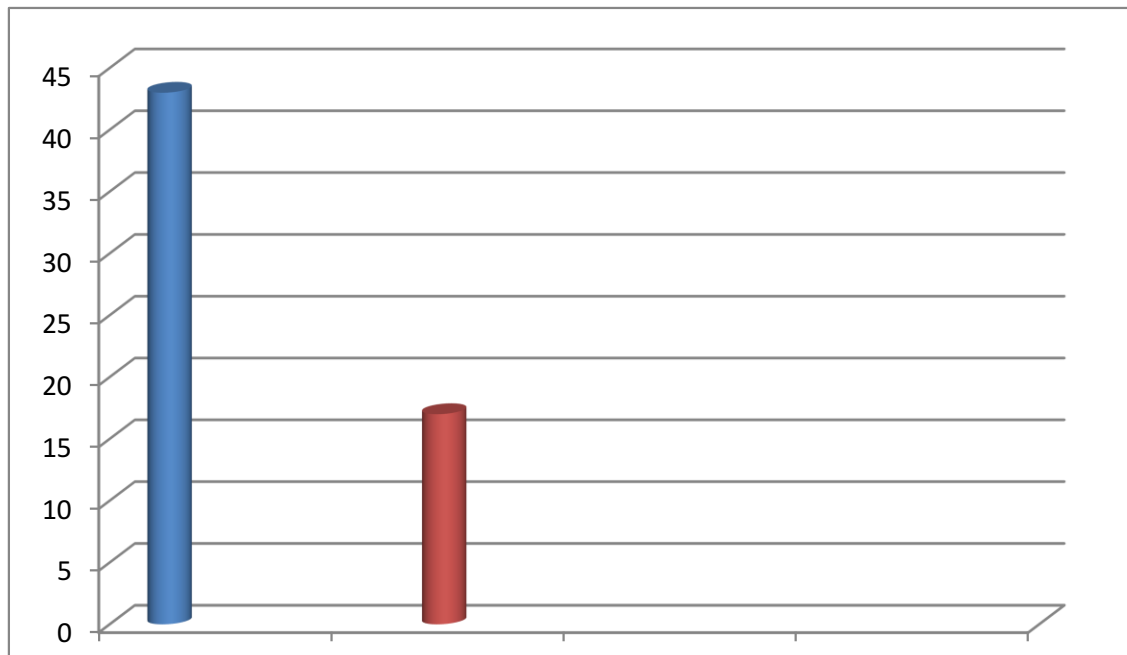
No Gráfico 05 apresentam-se os dados relativos às orientações, sobre os cuidados recebidos antes da cirurgia pelo paciente, onde foi constatado que 43 pessoas (72%), receberam essa atenção e 17 pessoas (28%) negam ter recebido. Para melhor entendimento do leitor, viu-se a necessidade de vincular a esse questionamento ao Gráfico 06 que delimita os cuidados.

Dessa forma foi possível constatar que as orientações mais prevalentes foram sobre: higienização, seguido por esclarecimentos sobre exames pré-operatórios e orientações sobre a cirurgia.

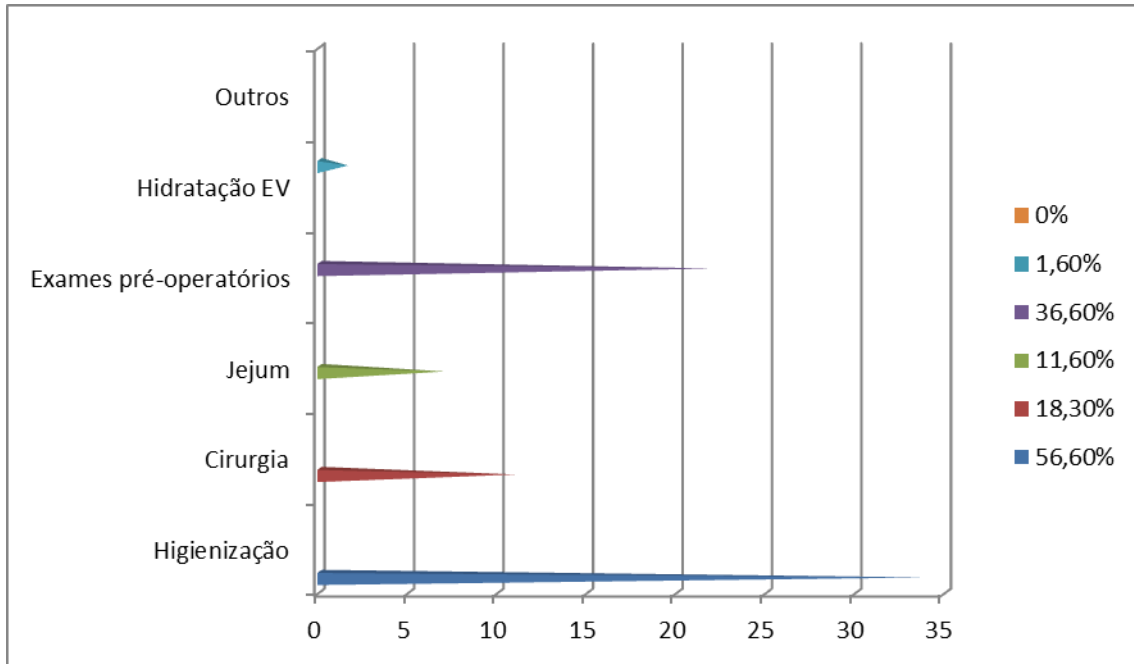
Segundo Christóforo e Carvalho (2009), as orientações são uma forma de cuidado que a Enfermagem deve prestar para esclarecer as dúvidas e apreensões

do ser humano que se encontra em pré-operatório e que irá repercutir em todos os momentos cirúrgicos. Porém, a partir desses dados é possível notar uma carência de cuidados educacionais que transcendem o tecnicismo.

**Gráfico 5**-Orientações realizadas sobre os cuidados que o paciente deve ter antes da cirurgia. Cajazeiras-PB, 2014.



**Gráfico 06**-Identificação das orientações realizadas pela Enfermagem, sobre os cuidados que o paciente deve ter antes da cirurgia. Cajazeiras-PB, 2014.



Com as observações foi possível examinar as características desse cuidado educacional, onde algumas informações se restringiram a ordens dadas pela Enfermagem ao paciente, sem o acompanhamento educativo, o evidencia uma ação vertical e tradicional. Na maioria dos casos o paciente era orientado a higienizar-se com o banho, mais não eram oferecidas pelos Enfermeiros informações adicionais para que esse indivíduo compreenda a importância de uma higienização satisfatória e assim possa realiza-la adequadamente.

Esse modelo tradicional de educação em saúde corresponde a forma de educar conceituada por Freire (2004) como educação bancária, em que o papel da Enfermagem ao educar consiste em “encher” os usuários (educandos) de conteúdos, fazendo depósitos de comunicados. Nessa visão, os pacientes cirúrgicos são seres passivos, de forma que cabe a educação adaptá-los à realidade.

Nessa forma de educar, formam-se sujeitos com poucas reflexões, em que não há estímulo para a criação, sendo a Enfermagem (educador) também alienado porque não é adaptável e não busca outros conhecimentos, uma vez que não é desafiado pelos pacientes cirúrgicos (educandos). A educação permanece verticalizada, com o Enfermeiro sendo considerado um ser superior que ensina ao ignorante (FREIRE, 2007).

Concorda com esse estudo, outro realizado por Oliveira, Garcia e Sa (2003), em João Pessoa, com 126 Enfermeiros onde foi verificado que eles davam mais ênfase ao banho do paciente quando se tratava de higienização. Visto que a essa

tema engloba outros aspectos importantes referentes ao cuidado com as unhas e mãos, cabelo e a higiene oral, sendo necessário não apenas solicitar o paciente a realiza-lo, mas educar o cliente para que esse consiga promover seu autocuidado e sanar possíveis focos de contaminação.

Assim como na higiene, os demais cuidados vinham acompanhados de escassez de preparo educativo, gerando dúvidas e medo de passar pelo procedimento. De forma que essa negligência com os indivíduos cuidados pode resultar em complicações pós-operatórias. Concordando essa consideração Fighera e Viero (2005), afirmam que, quando o cuidado psicológico ao paciente é negligenciado, pode surgir uma maior predisposição a complicação após a cirurgia, podendo se intensificar e aumentar o risco de morbidades nesse período.

A cirurgia propriamente dita é outro assunto que gera muitas dúvidas ao paciente, olhando pela perspectiva que a maioria deles são leigos. As observações mostraram que no geral os pacientes sabiam o nome da cirurgia o local/órgão que ela afetava ou ambos, mas ao realizar novas informações eles evidenciavam desconhecimento do assunto.

Essa problemática também foi analisada em um estudo realizado no Rio Grande do Sul por Perrando et al. (2005), onde evidenciou-se que nenhum dos pacientes sabia sequer o nome da cirurgia, conheciam apenas o órgão afetado, mostrando uma carência na prevenção de complicações.

Dados similares foram encontrados em outras pesquisas, onde os dados demonstraram que há uma carência dessas orientações, deixando muitas lacunas, podendo comprometer a saúde do indivíduo (ALVES et al., 2011; MAFETONI, HIGA, BELLINI, 2011).

A observação constatou que o jejum é um cuidado realizado com frequência, no entanto a maioria dos pacientes não consegue demonstrar conhecimentos sobre o assunto.

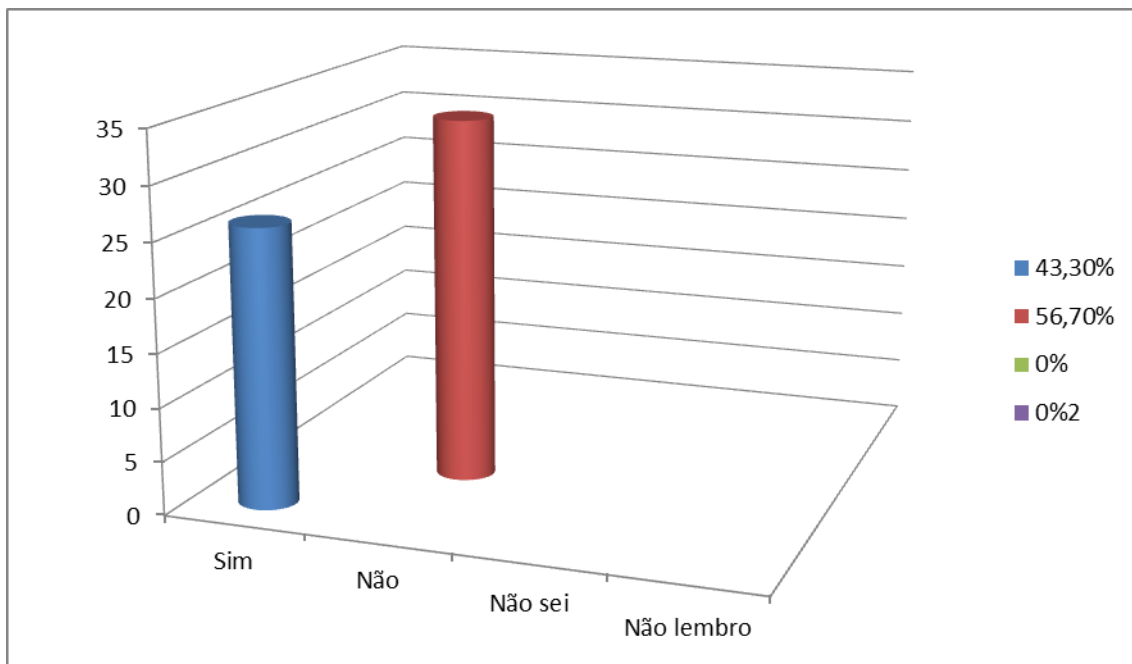
Segundo Christóforo e Carvalho (2009), é recomendado que o paciente adulto mantenha o jejum pré-operatório pelo período mínimo de quatro a seis horas em cirurgias programada. Sendo que a principal finalidade do dessa atenção é reduzir os riscos de regurgitação de alimentos do sistema gástrico.

Perrando et al. (2011), ainda afirma que outra função do jejum é evitar que o alimento seja liberado no peritônio, principalmente em cirurgias abdominal, onde pode haver a abertura do sistema digestório.

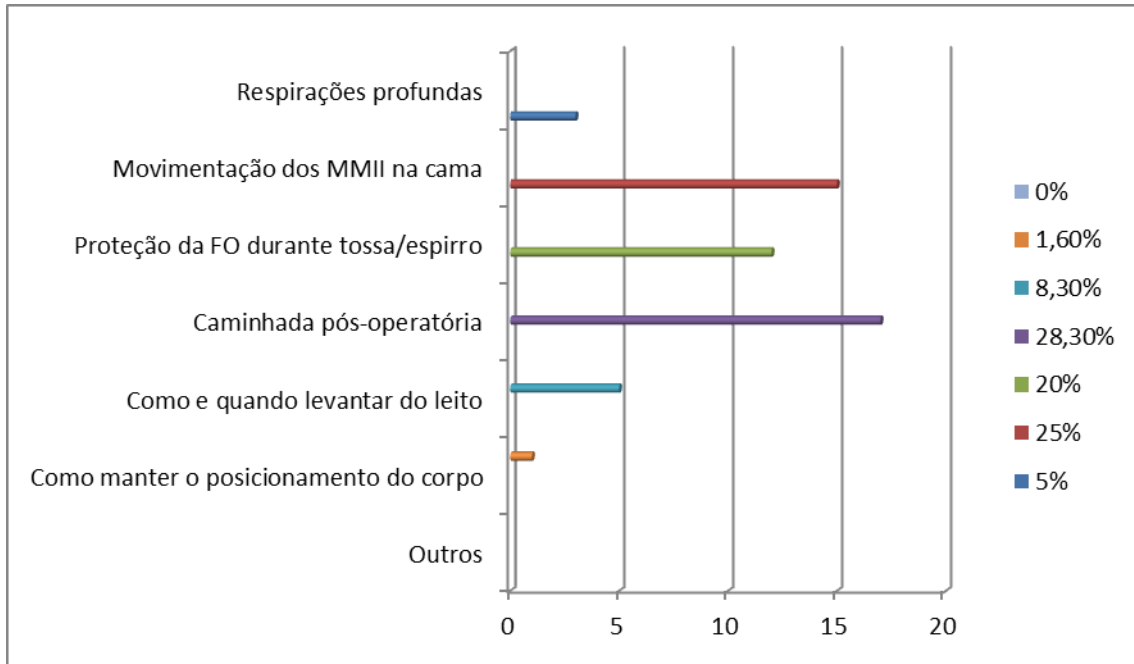
Constatou-se também que o tempo em jejum de alguns pacientes ultrapassava às 15 horas e geralmente causava cefaleia e tonturas ainda no pré-operatório. É preciso dedicar maior atenção a esses casos, pois segundo Walczewski et al. (2012), o jejum prolongado aumenta o estresse físico e mental do cliente e pode ainda ser responsável por êmese e outras reações orgânicas, sendo recomendado 8 horas em abstinência de alimentos antes da cirurgia.

E por fim os Gráficos 07 e 08 que se referem às orientações que o indivíduo recebeu ainda em pré-operatório, referentes dos cuidados pós-operatórios que deve desenvolver com ou sem o auxílio dos profissionais de Enfermagem para prevenir possíveis problemas. Os dados evidenciaram que apenas 26 pessoas (43,3%) foram receptoras dessa atenção.

**Gráfico 07**-Orientações da Enfermagem para o paciente sobre os cuidados pós-operatórios. Cajazeiras-PB, 2014.



**Gráfico 08**-Orientações do pós-operatório em que os pacientes conseguem identificar. Cajazeiras-PB, 2014.



O Gráfico 08 mostra que orientações mais evidenciadas foram: deambulação precoce; movimentação no leito; proteção da Ferida Operatória (FO) durante aumento da pressão interna e os menos evidenciados pelos pacientes foram: cuidados ao levantar do leito, respirações profundas, como manter-se na cama.

Com base nos dados é possível constatar que as orientações fornecidas pela Enfermagem no pré-operatório, referentes aos cuidados que o indivíduo deve ter para se precaver de problemas e acelerar sua recuperação, foram escassos, tendo em vista que em todos os cuidados menos de 50% dos pacientes receberam essas atenções que são fundamentais para a prevenção e tratamento de complicações.

Cuidados pouco evidenciados foram a movimentação no leito, tanto relacionado ao decúbito, quanto a movimentação dos membros, que apesar de não serem tão eficazes quanto deambulação, também promove a mobilização de secreção evitando assim possíveis problemas como atelectasia e posteriormente uma pneumonia, embora aumente a dor de forma que geralmente os pacientes querem evitar isso, e acabam por reduzi-la (WAY; DOHERTY, 2004).

A deambulação precoce que previne muitas complicações como evidenciado num estudo onde é afirmado que esse cuidado diminui o íleo paralítico ajudando ao sistema intestinal a realizar a digestão corretamente e desse modo evitando a constipação intestinal. Ainda vale ressaltar que um paciente que passa por cirurgia sem medidas de prevenção contra a Trombose Venosa Profunda, tem um risco de

cerca de 30% a mais de riscos de desenvolver essa complicação, sendo que esse índice aumenta para 40 a 70% se forem cirurgias oncológicas (ALVES, 2012; ILIAS, 2006).

O estímulo a respirações profundas também não foi um tema muito debatido entre o Enfermeiro e o paciente, de forma que Gastalgi et al. (2008) realizaram um estudo com 36 pessoas, evidenciou que, esse cuidado é muito interessante pois os pacientes no pós-operatório tem uma maior dificuldade de respirar.

Complementando o supracitado Felix, Soares e Nóbrega (2012), afirmam que é fundamental estimular o paciente a realizar respirações profundas, pois é importante para aumentar a expansibilidade torácica, melhorando assim a oxigenação tecidual e possibilitando a mobilização das secreções.

O autor acima descrito, também dá ênfase à proteção da FO durante aumento da pressão interna abdominal, como prevenção devido ao risco de formação de hematomas, hemorragias e a própria deiscência da ferida, sendo que quando houver uma pressão interna ou externa o indivíduo deve ter esse cuidado.

A hipotensão ortostática é resultante de uma diminuição descomedida da oxigenação cerebral em decorrência da diminuição da pressão sistólica igual ou superior a 20 mmHg e/ou a queda da diastólica igual ou superior a 10 mmHg. Isso ocorre geralmente quando o indivíduo fica na posição vertical, podendo resultar em tonturas, náuseas podendo resultar numa síncope. Essa complicação é bem frequente no pós-operatório, podendo ser evitada com orientações direcionadas os cuidados ao elevar-se do leito e deambular (DUCLA-SOARES, 2001).

A observação indireta evidenciou que esses pacientes tem conhecimento que devem realizar esses cuidados, no entanto não sabem como realiza-los, principalmente em função da precária comunicação enfermeiro paciente, gerando práticas educativas ineficazes e contribuindo para o aumento dos riscos do cliente desenvolver complicações durante o pós-operatório.







*E* **ONCLUSÃO**

---

## 6 CONCLUSÃO

Durante toda trajetória percorrida nesta pesquisa teve como objetivo geral investigar os cuidados da Enfermagem identificados pelo paciente em pré-operatório que previnem complicações pós-operatórias, foi priorizado a realização em um Hospital Regional, onde foi constatado problemas que impedem e dificultam a prestação de atendimento qualificado e humanizado.

No tempo que perdurou a investigação foi possível observar que os pacientes encontra-se desassistidos pela Enfermagem, de forma que eles tem curiosidades e apreensões no que desrespeito a cirurgia. No entanto, os profissionais que ali trabalham não procuram estabelecer um relacionamento com o paciente, dificultando assim que o mesmo submeta-se ao procedimento cirúrgico e não venha a desenvolver complicações.

Ficou evidente no estudo, que um dos fatos que dificultam essa comunicação, comprometendo assim a qualidade da assistência é a tendência da Enfermagem em ainda ver o paciente como uma doença, um diagnóstico e um tratamento, tentando dessa forma subdividir o cliente e tratá-lo por partes.

É preciso lembrar que os cuidados mais evidenciados, foram o de cunho técnico e que nem mesmo esses cuidados vinham em associação com informações. Portanto, pode-se dizer que a Enfermagem está distante do cuidado integral e humanizado, além de ser fortemente influenciado pelo modelo biomédico, limitando assim o tratamento medicamentoso e ações tecnicistas.

Percebeu-se que alguns cuidados, como o estímulo a respirações profundas e caminhadas, são pouco evidenciados, mesmo com a importância, a facilidade e o baixo custo para serem realizados. Cuidados esses que beneficiam o físico e o psicológico, pois quando o paciente percebe que já pode caminhar, deduz que seu quadro está evoluindo significativamente.

É preciso que a Enfermagem estabeleça uma melhor comunicação com os pacientes e considere ele como sujeito ativo em seu processo saúde, doença e cuidado. A colaboração do mesmo no tratamento, além de melhorar sua auto estima, viabiliza um tratamento menos doloroso e geralmente diminui seu tempo de internação.

A maioria dos indivíduos entrevistados foi para o Centro Cirúrgico com

dúvidas e apreensões. Sendo que esse descuido da Enfermagem pode resultar em sérios problemas, inclusive o adiamento do procedimento cirúrgico, devido falta de condições do paciente para submeter-se a esse processo.

Acredita-se que o cuidado de Enfermagem prestado ao paciente cirúrgico no Hospital em questão deve ser revisto, para que consigam avaliar fatores que possam aperfeiçoar a assistência já realizada.

Acredita-se que este estudo evidenciou carências no cuidado prestado neste hospital, o que poderá ser útil para o melhoria da assistência, sendo preciso frisar que, um desses cuidados que pode ser ampliado é a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e do Processo de Enfermagem. Essa ampliação pode ser uma possibilidade na renovação e inovação do processo de trabalho da Enfermagem, o que possibilitará maior qualidade no cuidado ao paciente cirúrgico.

Por fim é preciso ressaltar que esse estudo possui limitações, devido ter sido desenvolvido em apenas um Hospital e por um período relativamente curto, dessa forma não se pode generalizar a assistência de Enfermagem para demais unidades de saúde hospitalares. Levando ainda em consideração que cada serviço possui sua própria realidade.

Além disso, uma das necessidades vista na pesquisa é a importância de serem realizados novos estudos, em especial de cunho intervencionistas, nessa área, visto que a cirúrgica é um assunto novo na Enfermagem e que precisa de atenção.



*R*EFERENCIAS

---

## 7 REFERÊNCIAS

- ALVES, C. P.. Prevenção do Tromboembolismo Venoso (TEV) em Cirurgia. **Rev. Port. Cir.**, Lisboa, n. 23, dez. 2012.
- ALVES, P. C. et al . Cuidados de Enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 4, Aug. 2011.
- ASCARI, A. A. et al. Percepção do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 5, p. 1136-44, dez. 2013.
- BAGGIO, M. A. et al . Incidência e características sociodemográficas de pacientes internados com coronariopatia. **Rev. Enf. Enferm UEPE on line.**, Recife, v. 7, n. 4, abr. 2011.
- BARBOSA, F. C. P.; FERREIRA, F. G.; RIBEIRO, A.M.; SZUTAN, L. A. Cuidados pré-operatórios em hepatopatas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 222-26, 2010.
- BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S. S.; LIMA, A. M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 1, p. 123-27, fev. 2013.
- BARTMAN, N. Enfermagem Cirúrgica. 3ª ed. São Paulo: Ed. SENAC, 2010.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.
- BORGES, J. B. C.; CARVALHO, S. M. R. de; SILVA, M. A. M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes decirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 2, jun. 2010.
- BORGHI, A. C. S da. **As complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de Enfermagem gerontológico.** Dissertação (Mestrado). Curitiba (PR) Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12.** Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Acessado em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em: 19 de dezembro de 2013.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** 23 ed. Cultrix: São Paulo; 2002.
- CARVALHO, R. B.; ESTRELA, R. F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação.** 1. ed. Barueri- SP: Manole; 2010.

CARVALHO, T. C. de; GIANINI, R. J. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, Set. 2008.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, 2009. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-35822009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-35822009_4384.html)>. Acessado em: 03 de dezembro de 2013.

CHRISTOFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de Enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, mar. 2009.

CHRISTÓFORO, B. E. B.; ZAGONEL, I. P. S.; CARVALHO, D. S. Relacionamento Enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enferm.** v. 11, n. 1, p. 55-60, jan/abr 2006.

COELHO, M. J. Maneiras de cuidar em Enfermagem. **Rer. Bras. Enferm.** v. 59, n. 6, p. 745-51, nov/dez 2006.

DUCLA-SOARES, J. L. Hipotensão ortostática: o estado da arte. *Medicina interna*, v. 8, n. 2, P. 80-88, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370>>. Acesso em 19 de dezembro de 2013.

FELIX, L. G.; SOARES, M. J. G. O. Protocolo de assistência de Enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 83-91, jan-fev. 2012.

FREIRE P. **Educação e mudanças**. 30<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. 46<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

FERREIRA, A. B. J. **Dicionário Aurélio Júnior**: Dicionário escolar da língua portuguesa. Curitiba: Editora Positivo; 2005.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 2005.

FIGUEREDO, N. M.A. **Ensinando a Cuidar de Clientes em Situações Clínicas e Cirúrgicas** São Caetano do Sul. Ed. Difusão Paulista de Enfermagem. 2003.

FIGUEREDO, N.M.A. **Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3. ed. São Caetano do Sul: Ed. YENDES; 2008.

- GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; PEZZUTO, T. M. Diagnósticos de Enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 307-16, set. 2004.
- GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; SANTOS, C. B.; DANTAS, R. A. S. Diagnósticos de Enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 26-33, mar. 2006.
- GASTALDI et al. Benefícios da cinesioterapia respiratória no pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 100-6, mar./ abr 2008.
- GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem**, 2. Ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
- GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- GRITTEM, L. **Sistematização da Assistência Perioperatória**: uma tecnologia da Enfermagem. Dissertação (Mestrado). 2007. Curitiba (PR). Universidade Federal do Paraná. - Curitiba, 2007.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370>>. Acesso em: 19 de dezembro de 2013.
- ILIAS, E. J. Como diminuir o íleo pós-operatório?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 1, Fev. 2006.
- KAWAMOTO, E. E. **Enfermagem em clínica cirúrgica**. 3. ed. São Paulo: EPU; 2008.
- KOERICH, C. et al. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, 2013.
- KRUSE M. H. L. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.11n. 3, p. 494-500, 2009
- LEON, M. D. **Ansiedade e medo no pré-operatório de cirurgia cardíaca**: intervenção da Enfermagem na abordagem psicossocial. 2007. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.
- LIRA, P. S.; SILVA, M. J. P. O cuidado como uma Lei da Natureza: uma percepção integral do cuidar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 363-70, jun 2008.
- MAFETONI, R.; R. HIGA, R.; BELLINI, N. R. Comunicação Enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 859-65, Out 2011.



MALAGUTTI, W; BONFIM, IM. Enfermagem no centro cirúrgico: Atualidades e Perspectivas no ambiente cirúrgico. São Paulo: Martinari, 2009.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-44, jun. 2004.

MARCONI, M. A. de.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia da Científica**. 5.ed.São Paulo: Atlas. 2009. p. 169.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: EPSJV (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MEDEIROS, N. M. D. **Assistência de Enfermagem ao paciente cirúrgico**: visão de Enfermeiros. Monografia. Cajazeiras. 2013. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras- PB, 2012. P. 67.

MITTELDORF, C.; RASSLAN, S.; BIROLINE, D. **Infecção e cirurgia**. 1.ed São Paulo: Ateneu; 2007.

MONTE, P. A. do; ARAUJO JUNIOR, I. T. de; PEREIRA, M. L. O custo salarial da duração do desemprego para o trabalhador. **Nova econ.**, Belo Horizonte , v. 19, n. 3, Dez. 2009 .

MONTENEGRO, C.A.B.; RESENDE, J. F. **Obstetrícia Fundamental**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2012-2014/ North American Nursing Diagnosis Association; Tradução Cristina Correia. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NOGUEIRA, M. M. et al. Pré-operatório: Abordagem estratégia na humanização do cuidado de Enfermagem. R. pesq.: cuid. fundam. Online., v. 3, n. 2, p. 1797- 05, 2011.

OLIVEIRA, E. A.; GARCIA, T. R.; SA, L. D. de. Aspectos valorizados por profissionais de Enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 56, n. 5, Out. 2003

OLIVEIRA, Z. C. de; MOTA, E. L. A.; COSTA, M. N. Evolução dos acidentes de trânsito em um grande centro urbano, 1991-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, Fev. 2008.

PERRANDO, M. S. et al. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. **R. Enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, v.1 , n.1 , p. 61-70, 2011.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1025-35, Dez. 2005.

POSSARY, J. F. **Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós-anestésicas (RPA)**. 3 ed. São Paulo: Latria; 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

RENAULT, J. A.; COSTA-VAL, R.; ROSSETTI, M. B.; HOURI, M. N. Comparação entre exercícios de respiração profunda e espirometria de incentivo no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 2, p. 165-172, Jun, 2009.

RIZZOTO, M. L. F. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**, ed. Goiânia: AB Editora; 1999.

SALMO. Português. In: **A BÍBLIA SAGRADA**. Nova edição rev. e ampl. São Paulo: Paulus, 2002.

SANTOS, M. C. L. et al. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 4, p. 675-78, Ago. 2010.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. O elemento dialógico no cuidado de Enfermagem: um ensaio com base em Martin Buber. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 544-4 2008.

SMELTZER, S. C. et al. **Bruner e Sudart, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro; 2011.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: Uma compreensão pragmática para o cuidado na Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 43, n. 3, p.697-703, 2008.

SILVA, W.V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 673-76 Dez. 2005.

TANNURE, M. C. PINHEIRO, A. M. **SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia prático, 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-7, Mar. 2004.

WALCZEWSKI, M. R. M. Avaliação dos resultados de intervenções após mudanças realizadas no cuidado peri-operatório em pacientes submetidos a operações abdominais eletivas. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 39, n. 2, p. 119-125. 2012.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da Enfermagem. Petrópolis.2006.

WAY, L.W., DOHERTY G. M. **Cirúrgica**: Diagnóstico e tratamento. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**

**TÍTULO DO PROJETO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS.**

Venho por meio deste documento convida-lo(a) a participar do projeto de pesquisa supra citado. O documento abaixo contém todas as informações sobre a pesquisa desenvolvida. Sua colaboração nesse estudo será de grande importância..

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
 CPF \_\_\_\_\_ residente na cidade \_\_\_\_\_ rua \_\_\_\_\_  
 nascido em \_\_/\_\_/\_\_, Abaixo assinado( a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário( a) do estudo **“IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS”**. Declaro que obtive todas as informações necessárias bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto as dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

I ) O estudo se faz necessário para que possam ser identificados se os cuidados realizados no pré-operatório são suficientes para ajudar na prevenção de complicações do pós-operatório. A participação nesse projeto não tem como objetivo me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêutico efetuados nesse estudo.

II ) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração nesse estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

III ) A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem-estar físico. Não virá a interferir no atendimento ou tratamento médico;

IV ) Os resultados obtidos durante esse estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, para melhorar a assistência prestada, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

V ) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final dessa pesquisa

( ) Desejo conhecer os resultados dessa pesquisa

( ) Não desejo conhecer os resultados dessa pesquisa.

VI ) Observações complementares.

VII ) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CFP/HUAC, do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba e a delegacia regional de Pombal.

Cajazeiras-PB \_\_\_ de \_\_\_ de 2014.

( ) Paciente ( ) Responsável.....

Testemunha não ligadas a equipe de pesquisa

Testemunha 1:.....

Nome/RG/ Telefone

Testemunha 2:.....

Nome/RG/ Telefone

Responsável pelo projeto \_\_\_\_\_

Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes  
1287

Telefone para contato:(85) 9922-

**APÊNDICE B**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**1. Questionário sócio-demográfico**

Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	
Idade:	Exerce algum trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Outros	
Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Outros	
Nível de escolaridade: <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Outros	
Renda familiar: <input type="checkbox"/> Inferior ou igual a um salário mínimo <input type="checkbox"/> De um a dois salários mínimos <input type="checkbox"/> Superior a dois salários mínimos	

**2. Questões voltadas a problemática**

<p>1. Foi informado ao senhor (a) sobre a possibilidade de problemas depois da cirurgia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembro <input type="checkbox"/> não sei</p>
<p>2. Se sim, quais foram estes problemas? <input type="checkbox"/> choque hipovolêmico <input type="checkbox"/> Retenção urinário <input type="checkbox"/> Constipação intestinal <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Hipovolemia <input type="checkbox"/> Hemorragia/ hematoma <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica (Pressão alta) <input type="checkbox"/> infecção da FO <input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>3. Foi pedida a sua colaboração para prevenir alguns problemas do pós-operatório.? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembro <input type="checkbox"/> não sei</p>
<p>4. O senhor (a) recebeu cuidados antes da cirurgia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembro <input type="checkbox"/> não sei</p>
<p>5. Se sim, identifique-os, por favor: <input type="checkbox"/> verificados sinais vitais <input type="checkbox"/> colocado o soro logo ao chegar na enfermaria</p>

<input type="checkbox"/> perguntas sobre sua internação/ doença <input type="checkbox"/> examinaram o senhor(a) <input type="checkbox"/> falaram com o senhor sobre os exames <input type="checkbox"/> outros _____
6 O senhor (a) recebeu orientações sobre os cuidados antes da cirurgia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembro <input type="checkbox"/> não sei
7 Se sim, identifique-as, por favor: <input type="checkbox"/> higienização <input type="checkbox"/> jejum <input type="checkbox"/> hidratação EV <input type="checkbox"/> cirurgia <input type="checkbox"/> exames pré-operatórios <input type="checkbox"/> outros _____

8 O senhor (a) recebeu orientações sobre os cuidados para depois da cirurgia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembro <input type="checkbox"/> não sei
9 Se sim, identifique-as, por favor: <input type="checkbox"/> como respirar profundamente após a cirurgia <input type="checkbox"/> como e quando movimentar as pernas na cama <input type="checkbox"/> como proteger a FO durante tosse/espirro <input type="checkbox"/> como e quando caminhar após a cirurgia <input type="checkbox"/> como e quando se levantar <input type="checkbox"/> como manter o posicionamento do corpo <input type="checkbox"/> outros _____

Cajazeiras - PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Participante

**ANEXOS**



## ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

### ANUÊNCIA

Autorizo que os pesquisadores Marcelo Costa Fernandes e Ana Paula Alves Martins responsáveis pelo projeto de pesquisa " IDENTIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS a ser submetido ao CEP/FSM utilizem o espaço desta instituição, com objetivo exclusivo de coletar os dados necessários para referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP/FSM.

Cajazeiras, 27 de fevereiro de 2014

Ocilma Barros de Quental

**Ocilma Barros de Quental**  
COORD. DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE  
RG: 2167848-91

## ANEXO- B

## PROTOCOLO DA SAE DO HRC



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

NÚCLEO DE ENFERMAGEM  
SERVIÇO  
DE CENTRO CIRÚRGICO

Sistematização da Assistência de Enfermagem  
Histórico de Enfermagem

## ASSISTÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA

## IDENTIFICAÇÃO

Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Procedência: UTI ( ) Clínica Cirúrgica ( ) Urgência ( ) Residência ( ) Outros \_\_\_\_\_  
Nome de responsável/acompanhante: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

## Condições Gerais

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_  
Cirurgia proposta: \_\_\_\_\_  
Antecedente Cirúrgico? Não ( ) Sim ( ) Qual(s)? \_\_\_\_\_  
Complicações? \_\_\_\_\_

SSVV: T: \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ iRmpam PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg

## Antecedentes Pessoais

( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Cardiopatia ( ) Hepatopatia ( ) Convulsão ( ) Nefropatia  
( ) Transtorno Mental ( ) Etilista ( ) Tabagista ( ) Drogadição  
( ) Uso de medicamento \_\_\_\_\_  
( ) Alergia \_\_\_\_\_

## Visita Pré Operatória / Necessidade / Orientação

Descrição	Hora	Executado Por
Jejum apartit:		
Banho:		
Higiene Oral:		
Lavagem intestinal:		
Tricotomia:		
Acesso Venoso:		
Retirar: Jóias, Prótese Dentária, Adornos:		

## IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermeiro  
Assinatura e Carimbo

Cajazeiras PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_