



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

FÁBIA LETÍCIA MARTINS DE ANDRADE

***CHECKLIST* PARA NORTEAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS**

**CUITÉ- PB
2018**

FÁBIA LETÍCIA MARTINS DE ANDRADE

***CHECKLIST* PARA NORTEAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Alana Tamar Oliveira de Sousa

CUITÉ- PB
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

A553c Andrade, Fábيا Leticia Martins de.

Checklist para nortear a assistência de enfermagem no pré e pós-operatórios. / Fábيا Leticia Martins de Andrade. – Cuité: CES, 2018.

143 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Alana Tamar Oliveira de Sousa.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Checklist. 3. Assistência perioperatória. 4. Procedimentos cirúrgicos operatórios. I. Título.

FÁBIA LETÍCIA MARTINS DE ANDRADE

**CHECKLIST PARA NORTEAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 1 / 1

BANCA EXAMINADORA

Alana T.O. de Sousa

Profª Drª. Alana Tamar Oliveira de Sousa

Orientadora – CES/UAENFE

Edlene Régis Silva Pimentel

Profª Esp. Edlene Régis Silva Pimentel

Membro examinador – CES/UAENFE

Luciana Dantas Farias de Andrade

Profª Drª. Luciana Dantas Farias de Andrade

Membro examinador – CES/UAENFE

CUITÉ- PB

2018

*A meus pais, Vicente e Lúcia e minha orientadora Alana Tamar
com amor, dedico.*

AGRADECIMENTOS

Quando se trilha um longo caminho estamos sempre acompanhados por pessoas que nos ajudam e tornam o nosso caminho mais fácil, à todas essas pessoas deixo um especial agradecimento:

Primeiramente a **Deus** e a **virgem Maria**, pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui iluminado e guiando meus passos durante essa longa caminhada.

Aos meus pais, **Vicente** e **Lúcia** por serem meu alicerce e me permitir alcançar esse sonho, a vocês meu eterno amor e gratidão.

A minhas irmãs **Fabiola**, **Lays** e **Luíza** por todo apoio, companheirismo e incentivo.

A minha orientadora **Alana Tamar** pela excelente orientação dada ao longo desse trabalho, por toda dedicação, paciência, carinho e profissionalismo, sem a senhora não seria possível, a ti externo meus sinceros agradecimentos.

A Professora **Glenda Agra** por tudo que me proporcionou ao longo desse curso, agradeço por todas as oportunidades, incentivo, carinho, competência, profissionalismo e dedicação em me impulsionar a seguir em frente, a ti minha eterna gratidão.

A **Bruna**, **Jhucy** e **Aline**, minhas melhores amigas, parte da minha família fora de casa e dentro de meu coração, amo vocês.

Aos membros da banca examinadora professora **Edlene Régis** e professora **Luciana Dantas** pela aceitação do convite e contribuições realizadas.

Aos **docentes** desta instituição, por toda experiência e conhecimento repassado.

A todos os **profissionais de enfermagem** que participaram do estudo, pelo apoio, disponibilidade e colaboração nessa construção.

A esta **universidade**, que foi minha casa por cinco anos e proporcionou subsídios para alcançar meus objetivos.

A **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para que esse sonho se tornasse real, a vocês minha gratidão.

Tudo posso naquele que me fortalece.

Filipenses 4:13

RESUMO

Andrade, Fábila Letícia Martins. *Checklist* para nortear a assistência de enfermagem no pré e pós-operatórios. 2018. 140 f. Trabalho de conclusão de curso – Graduação em Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Campina Grande. Cuité – PB.

Introdução: este estudo discute sobre a assistência de enfermagem ofertada aos pacientes que irão se submeter a cirurgias e a necessidade da utilização de um *checklist* que elenque para nortear a assistência nos cuidados de enfermagem no pré e pós-operatórios como medidas para prevenção de complicações, considerando a sua necessidade e participação na organização e segurança do paciente/profissional em uma clínica cirúrgica. Assim o estudo propôs a construção de um *checklist* de cuidados pré e pós-operatório voltados a assistência direcionada ao paciente antes e depois das cirurgias, baseados nos conhecimentos encontrados na literatura e pautados em evidências científicas. **Objetivos:** objetivo geral foi propor *checklist* para nortear a assistência de enfermagem no pré e pós-operatório em clínica cirúrgica de um hospital escola; objetivos específicos: elencar as principais cirurgias realizadas no serviço; identificar os principais cuidados de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios nessas cirurgias; elaborar um *checklist* de enfermagem para esses principais cuidados; apresentar o *checklist* aos profissionais do serviço; **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Escola localizado na cidade de Campina Grande – PB. A coleta de dados se deu em duas etapas: Na primeira etapa 4 enfermeiros e 7 técnicos de enfermagem participaram de uma entrevista semiestruturada para apontar os cuidados em pré e pós-operatório de cirurgias realizadas no hospital. Na segunda etapa, realizou-se uma revisão integrativa sobre os cuidados pré e pós-operatório. Vale ressaltar que este estudo obedeceu às observâncias éticas dispostas na Resolução 466/2012, que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados e Discussões:** com base nas respostas obtidas através das entrevistas realizadas com os onze profissionais de enfermagem (sete técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros), acerca dos cuidados pré e pós-operatórios dispensados ao paciente cirúrgico, percebeu-se que algumas lacunas merecem atenção, tais como a falta de relação com as condutas corretas, preconizadas e baseadas em evidências e que são primordiais no controle de infecções, sobretudo as do sítio cirúrgico e outras comorbidades. Foram construídos dois *checklist* com base nas respostas obtidas dos profissionais, abordando os cuidados pré e pós-operatórios baseados em evidências científicas (banho pré-operatório, tricotomia, jejum, controle glicêmico, cessação do tabagismo, preparo intestinal, verificação dos sinais vitais, controle da dor, controle da hipotermia e cuidados com a ferida cirúrgica). **Considerações finais:** A comunicação é essencial na assistência e cuidados dispensados ao paciente, instrumentos como o *checklist* auxilia numa comunicação eficaz entre a equipe, além de nortear a prática e servir como um registro das atividades desenvolvidas. Diante disso percebe-se que a temática necessita ser melhor discutida e posta em prática, visto que o desenvolvimento de mais estudos com essa abordagem pode contribuir para melhorias na assistência ao paciente cirúrgico.

Palavras-chave: *checklist*; Assistência perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

ABSTRACT

Andrade, Fábila Letícia Martins. Checklist to guide nursing care in the pre and postoperative period. 2018. 143 f. Graduation in Nursing, Education and Health Center, Nursing Academic Unit, Federal University of Campina Grande. Cuité - PB.

Introduction: This study discusses the nursing care offered to patients who will undergo surgeries and the need to use a checklist that guides nursing assistance in pre and postoperative care as measures to prevent complications, considering their need and participation in the organization and safety of the patient / professional in a surgical clinic. Thus, the study proposed the construction of a pre and post-operative care checklist aimed at patient care before and after surgeries, based on the knowledge found in the literature and based on scientific evidence. **Objectives:** general objective was to propose checklist to guide the nursing care in the pre and postoperative period in surgical clinic of a school hospital; specific objectives: list the main surgeries performed in the service; to identify the main nursing care in the pre- and postoperative periods in these surgeries; develop a nursing checklist for these key care; present the checklist to the service professionals; **Methods:** This is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach, carried out in a School Hospital located in the city of Campina Grande - PB. Data collection took place in two stages: In the first stage 4 nurses and 7 nursing technicians participated in a semi-structured interview to point out the pre and postoperative care of surgeries performed at the hospital. In the second stage, an integrative review was performed on pre- and postoperative care. It is worth mentioning that this study obeyed the ethical observances set forth in Resolution 466/2012, which guides research involving human beings. **Results and discussion:** Based on the answers obtained through interviews conducted with the eleven nursing professionals (seven nursing technicians and four nurses) about the pre and postoperative care provided to the surgical patient, he / she realizes that some gaps deserve attention, such as such as the lack of relation with the correct, recommended and evidence-based procedures, which are primordial in the control of infections, especially those of the surgical site and other comorbidities. Two checklists were built based on the answers obtained from the professionals, addressing pre and post-operative care based on scientific evidence (preoperative bath, trichotomy, fasting, glycemic control, smoking cessation, intestinal preparation, vital signs verification, control of pain, control of hypothermia and care with surgical wound). **Final considerations:** Communication is essential in the care and care given to the patient, instruments such as the checklist help in effective communication among the team, as well as guide the practice and serve as a record of the activities carried out. In view of this, it is perceived that the theme needs to be better discussed and put into practice, since the development of further studies with this approach may contribute to improvements in surgical patient care.

Keywords: checklist; Perioperative care; Nursing care; Operative Surgical Procedures

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	Esquema para revisão integrativa referente aos cuidados pré-operatório.....	35
FIGURA 02	Esquema para revisão integrativa referente aos cuidados pós-operatório.....	35
FIGURA 03	Principais cirurgias realizadas no setor, conforme os profissionais de enfermagem.....	40
FIGURA 04	Cuidados pré-operatório realizados no setor, conforme informações dos profissionais de enfermagem.....	41
FIGURA 05	Cuidados pós-operatório realizados no setor, conforme informações dos profissionais.	43
FIGURA 06	Principais complicações, conforme informações dos profissionais.....	44
FIGURA 07	Necessidade de padronização dos cuidados com a ferida operatória.....	46
FIGURA 08	Dificuldades na assistência, segundo os profissionais entrevistados.....	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre o preparo da pele: banho pré-operatório e tricotomia.....	49
Quadro 2	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre o jejum pré-operatório.....	57
Quadro 3	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a cessação do tabaco no pré-operatório.....	67
Quadro 4	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre o controle glicêmico.....	74
Quadro 5	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre o preparo intestinal.....	79
Quadro 6	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre avaliação dos sinais vitais.....	85
Quadro 7	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre controle da hipotermia.....	90
Quadro 8	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre controle da dor.....	96
Quadro 9	Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre cuidados com a ferida cirúrgica.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CES	Centro de Educação e Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
FO	Ferida Operatória
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
ISC	Infecção do Sítio Cirúrgico
LILACS	<i>Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PAS	Pronto atendimento em Saúde
PUBMED	<i>Public Medline or Publisher Medline</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgias Plásticas
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TVP	Trombose venosa profunda
UCPA	Unidade de cuidados pós anestésico
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UTIs	Unidades de terapia intensiva

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2	Objetivo Específico.....	21
3	REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1	Cuidados de enfermagem na assistência ao paciente em pré e pós-operatório.....	25
4	PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1	Tipo de estudo.....	32
4.1.1	Tipo de estudo primeira etapa.....	32
4.1.2	Tipo de estudo segunda etapa.....	32
4.2	Cenário da pesquisa.....	33
4.3	Participantes da pesquisa.....	33
4.4	Instrumentos da coleta de dados.....	34
4.5	Procedimento da coleta de dados.....	34
4.6	Análise dos dados.....	36
4.7	Aspectos éticos.....	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1	Primeira etapa da coleta: pesquisa com os profissionais de enfermagem do setor	39
5.2	Segunda etapa da coleta: Revisão integrativa.....	48
5.2.1	Banho e tricotomia pré-operatório.....	48
5.2.2	Jejum pré-operatório.....	56
5.2.3	Cessação do tabagismo pr�-operatório.....	66
5.2.4	Controle glicêmico no pré-operatória.....	73
5.2.5	Preparo do intestino no pré-operatória.....	78
5.2.6	Avalia�o dos sinais vitais no pré-operatório.....	84
5.2.7	Controle da hipotermia no pós-operatório.....	89
5.2.8	Avalia�o da dor no pós-operatório.....	94
5.2.9	Cuidados com a ferida cirúrgica.....	102
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
7	REFERÊNCIAS	118
	APÊNDICES	128

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Avaliação Diagnóstica do Serviço) – Profissionais de Enfermagem.....	128
APÊNDICE B – Instrumento para Coleta de Dados (Questionário).....	130
APÊNDICE C- Instrumento para revisão integrativa.....	131
APÊNDICE D – <i>Checklist</i> para cuidados pré-operatórios.....	132
APÊNDICE E - <i>Checklist</i> para cuidados pós-operatórios imediato.....	134
APÊNDICE F - <i>Checklist</i> para cuidados pós-operatórios mediato.....	135
ANEXOS	137
ANEXO A – Parecer Substancial.....	138
ANEXO - B - Termo de compromisso dos pesquisadores.....	141
ANEXO – C- Termo de compromisso de divulgação dos resultados.....	142



1 Considerações iniciais

Este estudo discute sobre a assistência de enfermagem ofertada aos pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos e a necessidade da utilização de um *checklist* para elencar os cuidados de enfermagem no período pré e pós-operatório, considerando a sua necessidade e participação na organização e segurança do paciente/profissional em uma clínica cirúrgica.

No Brasil, o avanço das técnicas cirúrgicas e a popularização da cirurgia promoveram a expansão dos cuidados de enfermagem para essa clientela, necessitando, portanto de constante atualização por parte da equipe para garantir assistência organizada e de qualidade ao paciente (FÉLIX, 2012).

No que compete à assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, percebe-se que cada vez mais os profissionais buscam elaborar métodos que permitam uma prática clínica eficaz, uma evolução na mudança da postura de atividades intuitiva e altruísta, para adoção de assistência respaldada em conhecimentos científicos (SANTOS et al., 2015).

A educação permanente é, portanto, um importante fator para a transformação da prática profissional da equipe de enfermagem, tendo em vista que tais ações estimulam o debate e a melhoria do serviço por meio de novas propostas, além de proporcionar ao profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos e ser um disseminador de informações (SANTOS et al., 2015).

O enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem, bem como da tomada de decisões sobre o cuidado ofertado ao paciente cirúrgico. Esse planejamento deve ser baseado nas ações de educação em saúde que ele desenvolverá com o seu paciente, no intuito de prevenir e reduzir os fatores que contribuem para o mau prognóstico do procedimento cirúrgico (SOARES, 2015).

Diante dessa responsabilidade em ofertar cuidados pautados na real necessidade do paciente, torna-se necessário que estes estejam baseados em práticas confiáveis e comprovadas, propiciando dessa forma uma assistência coerente à necessidade do paciente e às evidências científicas, para garantir legitimidade na assistência.

Para tanto, o enfermeiro em união à equipe multiprofissional necessita trabalhar em conjunto, para garantir eficácia na assistência ofertada, sendo primordial uma comunicação eficaz entre eles.

Diante disso fica evidente que na assistência à saúde, é por meio da comunicação que as necessidades do paciente assistido pela equipe são vistas e atendidas. Em virtude desse recurso eficaz, percebe-se que uma comunicação insuficiente em um ambiente clínico pode

favorecer a ocorrência de eventos adversos, sendo imprescindível a realização de registros completos, que permitam uma comunicação contínua e eficaz entre os profissionais e com isto favorecer o planejamento das ações terapêuticas (SILVA et al., 2016).

A necessidade de comunicação entre profissionais da saúde é considerada um aspecto fundamental para o desenvolvimento de um atendimento pleno à saúde dos pacientes, sistematizar as informações que permeiam os aspectos clínicos e a assistência prestada e uma medida eficaz de garantir uma comunicação qualificada (KLEIN, et al., 2013).

O sistema de registros de enfermagem é considerado importante e fundamental na vida diária dos profissionais para justificar a execução de procedimentos e de responsabilidade, bem como as decisões de apoio inerentes às atividades por eles desenvolvidas, especialmente estabelecer métodos para realizá-las como um requisito de desempenho para a equipe, e para isto é necessário que os registros sejam executados corretamente (RODRIGUEZ et al., 2016).

A qualidade no processo de trabalho da enfermagem é imprescindível ao contexto organizacional, os déficits relacionados à sua assistência comprometem o cuidado prestado ao paciente, dessa forma, ferramentas gerenciais podem contribuir com a qualidade da assistência a ser ofertada, e entre elas, destaca-se o *checklist* que constitui uma estratégia favorável ao gerenciamento de enfermagem, haja vista o seu crescente uso na área da saúde, especificamente quanto à segurança do paciente (SOUSA et al., 2015).

Esse instrumento é considerado um elemento chave para reduzir eventos adversos, assim como garantir que as equipes sigam de forma consistente algumas medidas de segurança, bem como reforçar as práticas aceitas e promover melhor comunicação e trabalho na equipe cirúrgica (ROSCANI, 2015).

Na assistência ao paciente cirúrgico, estudos científicos comprovam que a instituição de *checklist* reduz as taxas de complicações, mortalidade e falha na comunicação entre a equipe (FREITAS et al., 2014)

Tal recurso apresenta baixo custo e estudos afirmam o alcance de resultados considerados satisfatórios, no entanto, não é algo simples, como pode parecer à primeira vista, pois a construção de tal instrumento envolve múltiplos aspectos desde o conhecimento do condutor até a aplicação em equipe, além dos aspectos estruturais e organizacionais, e, no entanto, os *checklist* são considerados uma tecnologia de moderada dificuldade de implantação (RIBEIROS et al., 2017)

O *checklist* tem por objetivo melhorar a assistência clínica e por meio deste propiciar cuidados pautados em embasamento científico sobre as melhores práticas disponíveis, e dessa

forma, auxiliar a equipe no enfrentamento de diversos problemas assistenciais e na gestão dos serviços de saúde, pois seu foco é promover a padronização de condutas, e constituem as rotinas elaboradas, com base nos conhecimentos científicos atuais, sendo estes respaldados em evidências científicas comprovadas (SOPPA et al., 2017; PAIVA et al., 2015).

É importante salientar que esses instrumentos para nortear a assistência não anulam a autonomia do profissional, serve como um guia para auxiliar na assistência, pois o profissional é sempre o responsável pelo que faz. Contudo, a adesão ao uso dos *checklist* não retira do profissional suas responsabilidades pelo que realiza, mas terá o endosso da instituição (PIMENTA et al., 2015).

Segundo Gebrim (2016), no que se refere à assistência ao paciente em período perioperatório, são realizadas em média cerca de 234 milhões de intervenções cirúrgicas ao ano no mundo, o que equivale a uma cirurgia para cada 25 pessoas, e com base nesta estimativa calcula-se que aproximadamente sete milhões de pacientes sofrem com alguma complicação pós-operatória, elevando as taxas de mortalidade em torno de 0,4 a 10%.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que um em cada dez pacientes, no planeta, é vítima de erros ou eventos adversos evitáveis durante a assistência à saúde, sendo esses incidentes classificados como resultados de intervenções e planejamentos incorretos. Com base nessa afirmativa, percebe-se a necessidade de maior atenção e responsabilidade por parte dos profissionais, a fim de reduzir esses erros potencialmente evitáveis (GEBRIM et al., 2016).

Em 2009 a OMS lançou um protocolo para cirurgia segura, em que consta um *checklist* para ser aplicado dentro do Bloco Cirúrgico, que ocorre em três etapas, antes da indução anestésica, antes da incisão e ao término da cirurgia, com o objetivo de promover a segurança do paciente durante o procedimento cirúrgico (SOPPA et al., 2017). Contudo, que há uma necessidade de se abordar um *checklist* também na Clínica Cirúrgica, durante os cuidados pré e pós-operatórios, específicos para as especialidades cirúrgicas e voltados para a necessidade de cada serviço.

Em meio aos diversos procedimentos cirúrgicos ofertados que abrangem todos os sistemas do corpo, destacam-se as gastrectomias, gastrostomias, jejunostomias, ileostomias, colostomias, reversões de colostomias, pancreatectomias, colecistectomias, herniorrafias, hernioplastias, abdominoplastias, laparotomias exploratórias, fistulectomia, hemorroidectomias, tireoidectomia, lobectomia, histerectomia, mastectomias, prostatectomia, setorectomia, nefrectomia, polipectomia, dentre outras.

Diversas complicações podem estar associadas a esses procedimentos cirúrgicos, e dentre as principais na ferida operatória e drenos estão: isquemias, necrose, retrações, prolapsos, estenose, peritonite, edema, distensão abdominal, obstrução intestinal, vazamento em sítio cirúrgico, hemorragias, deiscência da linha de sutura, infecção do sítio cirúrgico, celulite, abscesso, dor persistente, formação de fístulas, hérnia, choque, problemas pulmonares, hipoxemia e atelectasia, trombose, gastrite por refluxo alcalino, dermatite periestomal, infecção locais ou sistêmicas, dentre outras. (MARTINS, 2013; FERREIRA, 2013; ROCHA et al., 2012; SILVA, 2013; SOARES, 2015).

À luz dessas considerações, a realização deste estudo se justifica frente às lacunas observadas em relação aos cuidados de enfermagem ofertados ao paciente em períodos pré e pós-operatórios nas cirurgias supracitadas, e com base nestas observações, tem-se o intuito de minimizar os riscos e complicações antes e após esses procedimentos cirúrgicos, bem como da necessidade de padronizar um *checklist*, por meio da adoção de práticas clínicas baseadas em evidências científicas, que contemple esses cuidados a fim de auxiliar a equipe na tomada de decisões pertinentes à assistência a esta clientela.

Destarte, a motivação para abordar esse assunto, surgiu em virtude da vivência discente nas aulas práticas de estágios curriculares do curso de graduação em enfermagem que ocorreram na clínica cirúrgica de um hospital escola, onde foi possível observar a deficiência na assistência clínica ofertada à pacientes nos períodos pré e pós-operatório devido à falta de padronização de algumas condutas, além de verificar a ausência de um *checklist* no que se refere aos cuidados específicos a esta clientela, sobretudo nos registros de enfermagem.

Neste sentido, a necessidade de educação permanente e continuada se fazem imprescindíveis ao enfermeiro que exerce atividades laborais no âmbito da atenção terciária, em especial na clínica cirúrgica, de forma a garantir assistência digna ao paciente em cuidados pré e pós-operatório.

Assim o estudo propõe a construção de um *checklist* de cuidados pré e pós-operatórios, baseados nos conhecimentos encontrados na literatura e pautados em evidências científicas, seguido da apresentação deste à equipe de enfermagem de uma clínica cirúrgica em um hospital escola.

A relevância para realização deste estudo foi justificada pela sua potencial contribuição para o aperfeiçoamento do conhecimento que se tem acerca da temática aqui discutida, fundamentação da assistência de enfermagem ao paciente em cuidados pré e pós-operatório e incentivo a utilização de *checklist* assistenciais para nortear a prática da

enfermagem, além de contribuir para organização do serviço, assim como propiciar a oferta de assistência organizada e pautada em práticas corretas baseadas em evidências ao paciente cirúrgico. Ademais, há uma escassez de pesquisas que demonstrem os resultados favoráveis após a implantação de *checklist*, de modo que poderiam subsidiar outras pesquisas e serviços a instituírem tais ações que possam refletir na qualidade do serviço prestado.

Considerando-se a importância do preparo contínuo do profissional de enfermagem no planejamento das ações nos serviços de saúde, qualificação do profissional e melhoria da assistência para o atendimento às necessidades dos pacientes e das famílias, no que se referem à avaliação pré e pós-operatória de modo geral, as complicações e tratamentos disponíveis e privativos da equipe de enfermagem a esse público, surgiu-se o seguinte questionamento: Como propor um *checklist* de enfermagem para cirurgias em uma clínica cirúrgica de um hospital escola?



2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Propor um *checklist* para nortear a assistência de enfermagem no pré e pós-operatório em clínica cirúrgica de um hospital escola.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Elencar as principais cirurgias realizadas no serviço;
- ✓ Identificar os principais cuidados de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios nessas cirurgias;
- ✓ Elaborar um *checklist* de enfermagem para esses principais cuidados;
- ✓ Apresentar o *checklist* aos profissionais do serviço;



3 Revisão da Literatura

A prática da enfermagem fundamentada na ciência foi iniciada pela sua precursora, Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna. É considerada uma das profissões que sempre se preocupou com a qualidade dos cuidados prestados, sendo evidenciados principalmente no rigor dos procedimentos executados bem como o cuidado na assistência prestada, de modo que, apenas assim, seria possível alcançar sucesso nos serviços ofertados aos pacientes (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015).

Com base nisto, para garantir tal organização e eficácia nas ações ofertadas, a assistência de enfermagem necessita de suporte teórico e padronização adequada, pois na ausência deste, o exercício da profissão classifica-se como imperito, negligente ou imprudente, o que acarreta em complicações legais e éticas aos profissionais, com riscos de danos aos pacientes e descrédito da população na enfermagem (PIMENTA et al., 2015).

De acordo com o código de ética dos profissionais de enfermagem, é atribuição da equipe de enfermagem disponibilizar informações escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência (SILVA, 2016).

A inserção do enfermeiro nas ações organizacionais é de grande relevância, a fim de garantir assistência com maior eficácia, efetividade e eficiência, já que ele participa do gerenciamento assistencial como um todo, e reflete desta forma, na quantidade e qualidade dos serviços ofertados ao paciente (ALBINO, 2013).

Diante desta participação do enfermeiro, enquanto membro fundamental no processo organizacional de serviços de saúde, destaca-se a necessidade de manter controle de documentos, pois estes são considerados como a base da qualidade dos serviços ofertados (DALPONTE; COUTINHOS, 2013).

Sendo a enfermagem uma ciência, é de grande relevância que esta disponha de referenciais teóricos que embase a assistência ofertada e possa nortear o cuidado prestado, para garantir ao paciente assistência de qualidade, embasada em métodos organizados (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015).

A guisa de padronização e organização relativa às ações de enfermagem há debilidade destas, e como consequência disto, percebe-se uma variação dos serviços prestados, sendo, portanto, incumbência do enfermeiro lidar com assuntos e atividades relativas não só à assistência e ao gerenciamento, mas também à pesquisa, o que requer do profissional preparação e capacitação para padronizar e sistematizar a assistência prestada (SANTOS et al., 2015).

Com base nessa necessidade de organização do serviço ofertado, destaca-se o *checklist* de assistência, que representam uma ferramenta indispensável no cuidado.

Segundo Elias et al. (2015), *checklist* traduzido do inglês para o português significa lista de verificação, e é definido como um elemento chave de segurança dentro da rotina de assistência aos pacientes cirúrgicos, e diante disso, o objetivo do *checklist* é reforçar práticas diárias que promovam melhor comunicação e trabalho entre as equipes que realizam a assistência (ELIAS et al., 2015).

A organização mundial da saúde desenvolveu um *checklist* com auxílio de colaboradores de diversos países, e destacou como princípio a simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração do impacto, permitindo que equipes sigam de maneira eficiente as etapas críticas de segurança e dessa forma minimizem os riscos evitáveis mais comuns na assistência e que muitas vezes são negligenciados, estes são os responsáveis pelos riscos de complicações ao paciente cirúrgico (FREITAS et al., 2015).

Após a implantação desse instrumento nos serviços, ocorreu a redução de 36% das complicações e 47% da mortalidade em pacientes cirúrgicos (ELIAS et al., 2015).

A adesão de *checklist* nos serviços de saúde proporciona uma organização na assistência ofertada, o que favorece a adoção de práticas com embasamento científico, e com isto uma redução na variabilidade das informações e condutas adotadas pela equipe, a utilização de *checklist* permite estabelecer limites de ações, bem como a cooperação entre a equipe multiprofissional, sendo um instrumento legal de grande relevância na prática assistencial (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA et al., 2014; SOUSA et al., 2015).

Diante da importância da adoção de instrumentos nos serviços assistenciais, com base no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), inúmeras vantagens podem ser destacadas em relação ao uso de *checklist* de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais; redução da variabilidade de ações de cuidado; facilidade para a incorporação de novas tecnologias; inovação do cuidado; facilidade no desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados; disseminação de conhecimento; comunicação profissional; e a coordenação do cuidado (PIMENTA et al., 2015).

Para garantir a utilização dos *checklist* de forma coerente pela equipe, de modo a torná-lo uma ferramenta comprovadamente efetiva, útil e segura na assistência, torna-se necessário que em seu processo de construção haja a garantia de sua boa qualidade, segundo os critérios como: linguagem de fácil leitura e compreensão; conteúdos válidos, confiáveis e

baseados em evidências; consideração da realidade local e da sua implementação (PIMENTA, 2015).

Diante disso, destaca-se que para aplicar o *checklist* requer do enfermeiro e sua equipe conhecimento de como realizá-lo em todas as etapas. É necessário o envolvimento de toda equipe para que compreendam e respeitem cada um dos itens da lista e tenham a consciência de que, para sua realização, é necessário fazer e não apenas fingir que se fez, esse instrumento requer seriedade e honestidade por parte de quem o executa. Portanto, é primordial enfatizar a responsabilidade com a vida do paciente e a ética pela profissão (PANCIERI et al., 2013; AMAYA et al., 2015).

3.1 Cuidados de enfermagem na assistência ao paciente em pré e pós-operatório

A enfermagem ao longo de sua trajetória histórica tem buscado embasar suas práticas assistenciais no conhecimento científico, cujo início se deu com Florence Nightingale e continua até a atualidade, e como base nesse desenvolvimento da enfermagem junto com a ciência, muitos conhecimentos foram produzidos, auxiliando o profissional na percepção de problemas de saúde dos pacientes, no planejamento da assistência e na implementação de suas ações (BENEDET, 2016).

Segundo Campos, et al. (2015), o conhecimento científico é de grande importância, pois consolida a assistência baseada em evidências, e desta forma possibilita plena autonomia da profissão.

Com base nessa necessidade de consolidar o conhecimento científico à prática assistencial, o cuidado prestado pelo enfermeiro é realizado com o objetivo de garantir o bem estar do paciente, considerando sua dependência e vulnerabilidade (AMTHAUER; FALK, 2014).

Esta prática assistencial, pautada no método científico, proporciona viabilizar a identificação e o atendimento das necessidades do paciente da melhor forma possível, por meio do histórico, dos diagnósticos de enfermagem, do planejamento, da implementação e da avaliação correta, sendo, portanto, atividades do enfermeiro propiciar essa organização documental, além da assistência direta ao paciente (DUARTE et al., 2012).

Os pacientes que precisam de cirurgia se encontram em período perioperatório, que envolve as fases pré-operatórias mediata e imediata, transoperatória, recuperação anestésica e pós-operatória, imediata, mediata e tardia.

A fase pré-operatória é classificada como a decisão para proceder à intervenção cirúrgica, caracterizada como pré-operatório mediato e imediato, tendo seu término quando o paciente é transferido para o centro cirúrgico, para realização do procedimento propriamente dito. Nesse momento inicia-se a fase transoperatória, que concluída quando o paciente é admitido na Unidade de Cuidados Pós Anestésico (UCPA), e então inicia-se a fase pós-operatória (imediate, mediata e tardia), esta termina com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou domiciliar (BRUNNER; SUDDARTH, 2014; ROCHA; IVO, 2016).

Desde o momento em que é indicada a intervenção cirúrgica, o paciente passa consecutivamente por essas fases e o sucesso de todas elas é necessário para que o resultado final do procedimento seja satisfatório (ROCHA; IVO, 2016).

Diante disso, compreender toda a dinâmica que envolve os períodos operatórios é o diferencial para uma boa prática de cuidados de enfermagem, haja vista que cada período possui particularidades que, se constatadas, permitem a realização de cuidados específicos e individualizados (BASTOS et al., 2013; ARAÚJO et al., 2012)

Nesses períodos torna-se imprescindível o cuidar da enfermagem que deve ser fornecido conforme as necessidades dos pacientes, o qual não deve ser realizado de forma mecânica e sem uma reflexão contínua do “fazer”, mas baseado em conhecimentos técnico/científico, sensibilidade, intuição de valores e princípios morais (PIEXAC et al., 2016).

Nesse sentido, Bastos et al. (2013) esclarecem que a atuação desse profissional na assistência de forma direta ou indireta em clínica cirúrgica é peculiar, apresentando-se de forma ágil e dinâmica, de modo a contemplar a complexidade das diversas demandas do paciente nos três períodos, direcionando o cuidado para que este consiga atingir, o mais brevemente possível, a condição clínica, emocional e social adequada para sua alta hospitalar.

Diante disto, percebe-se que o cuidado de enfermagem está presente em todos os contextos, repleto de significados, com a atitude de estar perto da pessoa cuidada, o que requer do profissional atenção e competência técnico-científica, bem como a assistência humanizada e voltada não apenas às necessidades físicas do paciente, mas também as que comprometem o emocional (BASTOS et al., 2013).

A intervenção cirúrgica é caracterizada como um procedimento invasivo e muitas vezes traumático para o paciente e, diante disto, exige preparo e cuidados precoces, ou seja, no período pré-operatório que corresponde a todo o preparo inicial do paciente, sendo de grande importância para o sucesso do procedimento, e vai até o momento em que o paciente

chega à instituição para a realização da cirurgia. Nesta perspectiva a enfermagem exerce papel primordial, proporciona aos pacientes condições dignas para o procedimento cirúrgico e com isto garante menores complicações (BASTOS et al., 2013).

Os cuidados dispensados no período pré-operatório são fundamentais para conhecer o paciente que será submetido à cirurgia e identificar suas necessidades, a partir da anamnese e exame físico, a fim de implementar um plano de cuidados que possa prevenir possíveis complicações e, desse modo, contribuir para uma plena recuperação no tempo programado.

No que se refere aos cuidados de enfermagem ao paciente em pré operatório, o enfermeiro é responsável pelo seu preparo, e desenvolve cuidados como: orientação, preparo físico/emocional e avaliação, com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar as complicações no pós-operatório, uma vez que essas complicações geralmente estão associadas a um preparo pré-operatório inadequado (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

Assim, quando não há um preparo operatório adequado, a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA, 2017) destaca que as infecções do sítio cirúrgico são consideradas um dos principais riscos à segurança do paciente nos serviços de saúde no Brasil, ocupando o terceiro lugar entre as infecções relacionadas à assistência a saúde.

As infecções do local cirúrgico resultam em readmissões, hospitalizações prolongadas, maiores custos aos serviços de saúde e aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes (DIAZ et al., 2015).

Diante desse cenário, de acordo com estudos nacionais a ocorrência dessas infecções ocorrem no pós-operatório em cerca de 3 a 20% dos procedimentos realizados, compreende de 14 a 16% dos pacientes que se encontram hospitalizados, ocupando o terceiro lugar no conjunto das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), e óbitos que podem alcançar de 5 a 10% em países desenvolvidos. Tais infecções podem ser evitadas em até 60% dos casos através de práticas corretas com medidas de orientação e prevenção (ANVISA, 2013).

Tais complicações associadas aos procedimentos cirúrgicos são classificadas como multifatoriais, tendo a equipe de modo geral um importante papel na prevenção desses fatores, e dentre esses cuidados, destaca-se o preparo adequado da pele dos pacientes, como uma medida de prevenção de complicações pós-operatória. Com base nos preparos pré-operatórios, destaca-se a remoção dos pelos, banho pré-operatório, higiene das mãos, e

profilaxia antimicrobiana e antibioticoterapia (OLIVEIRA; GAMA, 2015; LIMA et al., 2014; RUIZ; PEREZ, 2016; DIAZ et al., 2015).

As orientações pré-operatórias no período imediato devem esclarecer dúvidas do paciente e explicar quanto ao procedimento a ser realizado como preparação cirúrgica, sequência de eventos pela qual o paciente será submetido, tipo de incisão prevista, hora da cirurgia, medicação pré-anestésica, expectativas quanto à participação do paciente, função da equipe hospitalar e finalidade de diversos tipos de procedimentos pós-operatórios de rotina (MACENA; ZEFERINO; ALMEIDA, 2014).

Para subsidiar tal ação, o enfermeiro usa como ferramenta de cuidado linguagem clara, respeitando seus conhecimentos prévios e sua cultura. Também é importante manter um ambiente harmonioso, tranquilo e seguro. A orientação pré-operatória é um dos passos da assistência que proporcionam um cuidado humanizado e que respeita a autonomia do sujeito (AMTHAUER; FALK, 2014).

A fase pós-operatória tem início na UCPA, para onde é levado o paciente pós-operado e ainda sob efeito da anestesia, que tem como objetivo principal prestar todos os cuidados necessários até a recuperação de seus reflexos e estabilização dos sinais vitais, e é classificada como uma fase crítica, em virtude do próprio procedimento cirúrgico, bem como o recebimento de drogas anestésicas, o que exige vigilância constante pelo anestesiológico e pela equipe de enfermagem, a fim de promover uma assistência integral ao paciente (DUARTE et al., 2012).

O enfermeiro é responsável por organizar e planejar o cuidado, baseado na aplicação das etapas metodológicas do processo de enfermagem, de modo a intervir com base nas necessidades do paciente de forma individualizada, de acordo com o período do pós-operatório, se é imediato, mediato ou tardio (DUARTE et al., 2012).

No que tange aos cuidados de enfermagem na fase pós-operatória, destaca-se a responsabilidade de avaliar a recuperação dos efeitos anestésicos, avaliação frequente do estado fisiológico, monitoração de complicações, bem como, ventilação adequada, estabilidade hemodinâmica, dor incisional, integridade do sítio cirúrgico, náuseas e vômitos, estado neurológico e micção espontânea, consistem nas principais preocupações nas primeiras 24h após admissão à unidade cirúrgica, no entanto, após esse período é de grande relevância permanecer essa avaliação dos pontos supracitados (SMELTZER; BARE et al., 2014).

Diante disto, é competência do enfermeiro organizar a Sistematização da Assistência de enfermagem, e no que se refere a esse contexto, com base nos dados dos registros do

paciente, para se determinar os diagnósticos de enfermagem e avaliar as possíveis complicações.

Compete ao enfermeiro junto à equipe médica intervir, seja para a redução do risco ou para tratamento da complicação propriamente dita, bem como a necessidade de planejamento e determinação de metas; prescrições de enfermagem com enfoque na prevenção de complicações respiratórias; alívio da dor (adotando técnicas farmacológicas conforme prescrição médica, bem como as não farmacológicas); promoção do débito cardíaco; incentivo à atividade (com intuito de reduzir as complicações pós-operatórias); cuidados com as feridas operatórias e drenos cirúrgicos; manutenção da temperatura corporal; controle da função gastrointestinal e reinício da alimentação; monitorização das funções da micção; manutenção de ambiente seguro; apoio emocional; tratamento das complicações potenciais (Trombose venosa profunda - TVP; hematoma; infecção e deiscência/evisceração da ferida); e promoção do cuidado domiciliar e comunitário (SMELTZER; BARE, et al., 2014).

Segundo Lima et al. (2016), a estadia no período pós-operatório está frequentemente associada ao aumento da infecção de sítio cirúrgico em decorrência da colonização da pele e mucosas pela microbiota hospitalar. Também se eleva o risco de infecção cruzada pela exposição aos profissionais de saúde.

As infecções associadas a ferida operatória constituem um problema em nível mundial, representando um risco a saúde dos usuários dos serviços hospitalares.

Atualmente denominadas como infecções do sítio cirúrgico (ISC), constituem uma parcela significativa no total de todas as infecções, sendo considerada a segunda ou terceira mais frequente no mundo entre os pacientes que se submetem a cirurgias, e, no entanto, sua prevenção e controle dependem da adesão dos profissionais da área da saúde às medidas preventivas (CUNHA et al., 2012; FUSCO et al., 2016).

No Brasil, a infecção do sítio cirúrgico ocupa a terceira posição dentre as infecções encontradas nos serviços de saúde. O diagnóstico é realizado através da observação de alguns fatores: o surgimento da infecção deve acontecer em até 30 dias após o procedimento cirúrgico, ou, em casos de implante de prótese, em até um ano (FUSCO et al., 2016; RUIZ; LOPEZ, 2016; OLIVEIRA; GAMA, 2015).

Com base nas pesquisas, o risco associado à infecção do sítio cirúrgico pode ser multifatorial, podem estar associados a fatores intrínsecos, como por exemplo, desnutrição, esgotamento protéico, idade extrema, obesidade, comprometimento das doenças de base, como diabetes ou outras doenças crônicas, e até mesmo o hábito de fumar, ou por fatores

extrínsecos, que pode estar relacionados à cirurgia propriamente dita ou ambiente hospitalar, tais como, a degermação cirúrgica de modo inapropriado, hospitalização prolongada, antissepsia da pele do paciente, profilaxia antibiótica, rompimento da técnica asséptica no manuseio da ferida operatória, ou até mesmo a esterilização (MOMPEÁN et al., 2012; RUIZ, LÓPEZ, 2016).

A análise desses indicadores propicia a detecção de lacunas, necessidade de reavaliar as práticas, modificações e melhoramento na assistência ofertada ao paciente que irá ou foi submetido a algum procedimento cirúrgico, e dessa forma reduzir os índices de complicações.

A ISC é considerada um evento adverso, sendo passivo de prevenção, mediante a implementação de boas práticas pré, intra e pós-operatórias (SPRUCE et al., 2014; GERBRIN et al., 2016).

O manuseio das feridas requer conhecimento específico, habilidade e abordagem holística, na intenção de ofertar uma assistência baseada em práticas corretas e redução dos índices de complicações pós-operatórias.

O profissional deve ser capaz de diferenciar a assistência ofertada ao paciente, uma vez que feridas manuseadas erroneamente podem comprometer na evolução clínica e até mesmo a função do tecido lesionado. Estima-se que 40-60% dessas complicações são evitáveis, exigindo do profissional que assiste o paciente em cuidados pré e pós-operatório maior comprometimento, ofertando uma assistência pautada em evidências científicas (SPRUCE et al., 2014; OLIVEIRA; GAMA, 2016).

Partindo desse pressuposto, o enfermeiro exerce um papel primordial no espaço social e técnico da unidade de clínica cirúrgica, que se torna mais complexo a cada dia em virtude das mudanças científica e tecnológica no que se refere à assistência a saúde, bem como à medida que necessita interligar os aspectos humanos, explicitados no atendimento ao paciente, enquanto indivíduo único em suas particularidades (BASTOS et al., 2013).



4 Aspectos Metodológicos

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa desenvolvidas em duas etapas, com abordagens diferentes. Na primeira etapa, desenvolveu-se um **estudo descritivo e exploratório**, com abordagem quantitativa com profissionais de enfermagem para avaliação diagnóstica do setor; na segunda etapa, realizou-se uma **revisão integrativa** para elaboração de um *checklist* que enfatiza os cuidados de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios para pacientes internados em uma clínica cirúrgica de um hospital escola.

4.1.1 Tipo de estudo primeira etapa:

Um estudo descritivo caracteriza-se como a descrição de características de determinada população, fenômenos ou estabelecimento de relações entre variáveis, utilizando-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, questionários e observação sistemática, em que os fatos são analisados sem a manipulação do pesquisador (GIL, 2010; ANDRADE, 2010; PRODANOV; FREITAS, 2013).

As pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses, o planejamento tende a ser flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (GIL, 2010).

A pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades da coleta de informações quanto no tratamento delas, baseando-se em técnicas estatísticas, valendo-se de amostras amplas e de informações numéricas (GIL, 2010).

4.1.2 Tipo de estudo segunda etapa:

A revisão integrativa é definida como um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira ordenada e abrangente. E diante disso, é denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Assim, a revisão integrativa é considerada um modelo de pesquisa que constitui pilares da prática baseada em evidências, e apresentou notável penetração na área da enfermagem nas últimas décadas. Essa condição parece estar associada à tendência de compreender o cuidado em saúde, nos âmbitos individuais ou coletivos, como um trabalho complexo que requer colaboração e integração de conhecimentos para fundamentar a tomada

de decisão sobre a melhor assistência prestada ao cliente e fortalecer a profissão (SOARES et al., 2014).

Diante disso, esse método permite a inclusão simultânea de pesquisa quase-experimental e experimental, combinando dados de literatura teórica e empírica, proporcionando compreensão mais completa do tema de interesse. Portanto, a variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades desse método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes para a enfermagem (SOARES et al., 2014; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

E, diante disso, para elaboração de uma revisão integrativa, é necessário seguir seis etapas distintas, sendo elas a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

4.2 Cenário da pesquisa

O local proposto para realização da pesquisa foi o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado na cidade de Campina Grande-PB. Trata-se de um reconhecido hospital com referência na realização de cirurgias gerais. O mesmo constitui um importante centro que além de prestar assistência à clientela que necessita de cuidados específicos no âmbito da atenção terciária, também presta apoio ao ensino, pesquisa e extensão às universidades vinculadas, propiciando assistência hospitalar de média e alta complexidade, firmando-se como hospital de referência e contra referência do Sistema Único de Saúde – SUS.

Encontra-se categorizado como hospital de grande porte, disponibilizando 161 leitos, organizados em alas de assistência a pacientes de ambos os sexos. A ala cirúrgica do referido hospital conta com 29 leitos e um quantitativo de pessoal de enfermagem que inclui sete enfermeiros, sendo seis plantonistas (três durante o dia e três durante a noite) e um diarista, e 16 técnicos de enfermagem.

4.3 Participantes da pesquisa

A população selecionada para compor esse estudo foi constituída pelos vinte e três profissionais de enfermagem da clínica cirúrgica do supracitado hospital. A amostra foi composta por onze profissionais, sendo quatro enfermeiros e sete técnicos de enfermagem que auxiliaram a identificar as lacunas do serviço.

Vale ressaltar que a amostra constituiu de apenas onze profissionais em decorrência da não aceitação da equipe de enfermagem em participar da pesquisa.

O critério de inclusão estabelecido para os participantes da pesquisa é que tivessem, no mínimo, seis meses de experiência na clínica cirúrgica. Como critérios de exclusão, definiram-se os profissionais que estavam de férias, licença ou qualquer outro motivo que os impediam de estar no exercício da profissão no período da coleta de dados.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

A pesquisa partiu do problema de que não há padronização das intervenções oferecidas ao paciente perioperatório no hospital cenário da pesquisa.

Nesse sentido, de modo a viabilizar a coleta de dados seguindo orientação de alguns autores, a investigação constou de três instrumentos de coleta de dados:

- ✓ Instrumento A (Apêndice B): Entrevista sobre o tema com a equipe de enfermagem para identificar as lacunas do serviço, com um formulário, que contemplasse questões que caracterizavam os participantes da pesquisa e perguntas relacionadas aos objetivos;
- ✓ Instrumento B (Apêndice C): revisão integrativa para nortear a construção de *checklist* de cuidados pré e pós-operatório.

4.5 Procedimentos da coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, ocorreu a **primeira fase da coleta de dados**, junto aos participantes da equipe de enfermagem. Nesse momento, os profissionais foram entrevistados (instrumento A e B) em local e horário previamente reservado, para apontar a realidade do serviço quanto às principais cirurgias realizadas no setor, à assistência ao paciente em pré e pós-operatório e às dificuldades enfrentadas por eles para, desse modo, direcionar a elaboração do *checklist*.

Após a identificação da questão da pesquisa, foi iniciada a **segunda fase da coleta de dados**, a pesquisa de revisão integrativa da literatura (instrumento C). Esta etapa foi realizada nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Public Medline or Publisher Medline* (PUBMED), *Scientific Electronic Library*

Online (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e (IBECS) Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde e está apresentada na figura 1 E 2 abaixo:

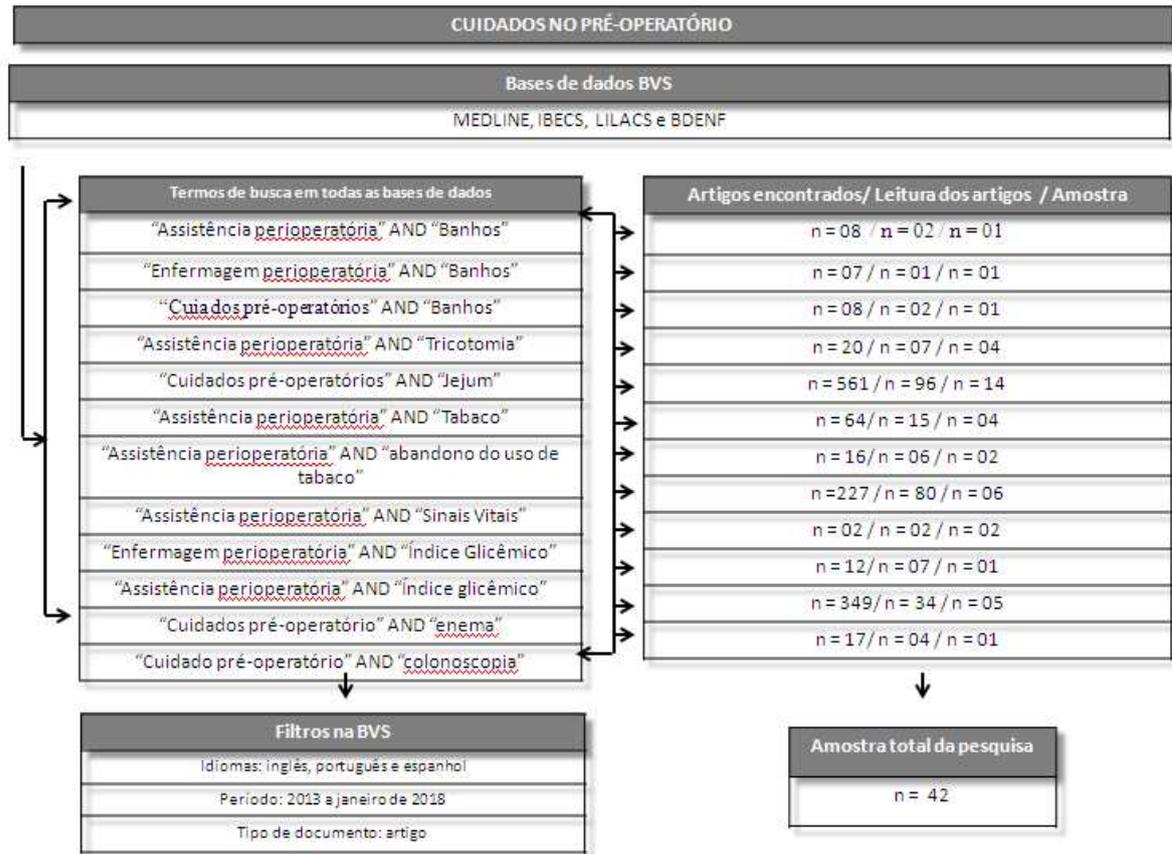


Figura 01: Esquema para revisão integrativa referente aos cuidados pré-operatórios

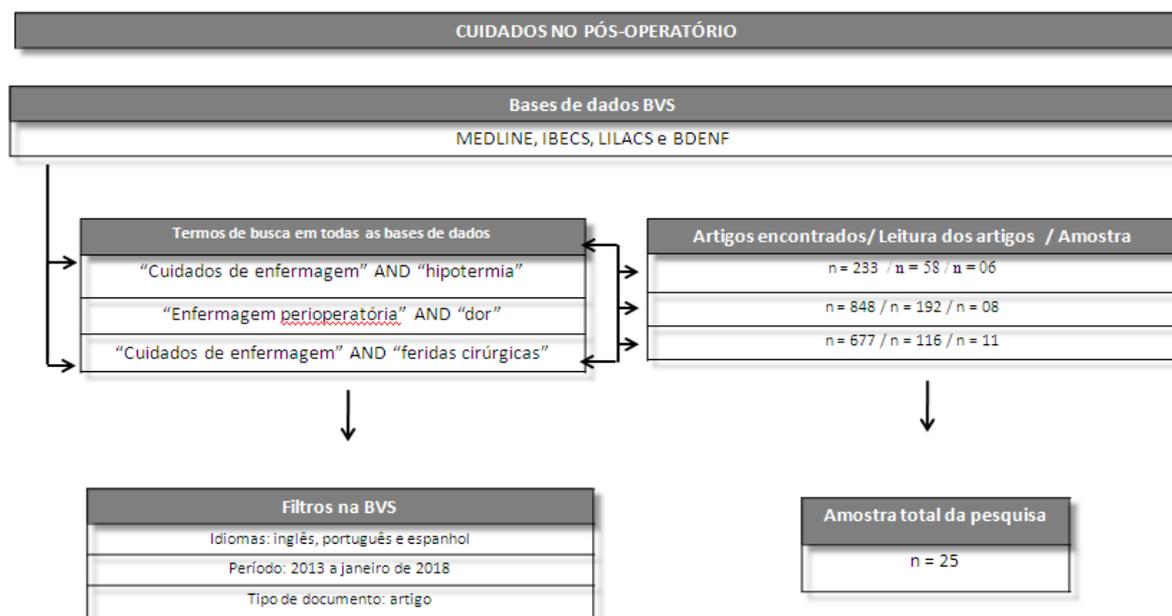


Figura 02: Esquema para revisão integrativa referente aos cuidados pós-operatórios

Após a realização da revisão integrativa, foram estabelecidas as recomendações e redigido o *checklist* de pré e outro de pós-operatório para pacientes submetidos a cirurgias.

Após a defesa do trabalho, com as devidas correções/sugestões da banca examinadora, o *checklist* será apresentado aos profissionais de saúde do serviço.

4.6 Análise dos dados

As análises dos dados ocorreram por meio de diferentes técnicas, conforme a conclusão de cada etapa, descritas nos itens a seguir.

A análise dos dados ocorreu pela estatística descritiva, com números absolutos e percentuais, e os dados qualitativos, representados pelos discursos dos participantes, de modo que cada narração foi importante nesse momento de investigação para compreender o fenômeno em sua totalidade.

Para análise dos artigos da revisão integrativa, realizou-se a seleção dos estudos primários, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão previamente definidos. Todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram inicialmente avaliados através da análise dos títulos e resumos. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura da íntegra da publicação. E então foram seguidas as cinco etapas propostas: formulação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados (SOARES et al., 2014).

4.7 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa obedeceu à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). Assim, esta pesquisa foi aprovada sob CAAE 73100517.5.0000.5182.

A participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu mediante assinatura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fornecido no início da entrevista, além da solicitação em gravar as entrevistas. No ato do convite para participar da pesquisa, foram apresentados os objetivos do estudo e esclarecimentos de dúvidas relacionadas aos

mesmos. O sigilo, o anonimato e a garantia da desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos, assim como ressaltar a voluntariedade da participação na pesquisa.



5 Resultados e Discussão

Os resultados serão apresentados em duas etapas principais, conforme a coleta de dados, sendo a primeira etapa a pesquisa com os profissionais de enfermagem que atua no setor para a descrição das principais abordagens cirúrgicas, os cuidados no pré e pós-operatório e a necessidade de algum instrumento para auxiliar a prática; a segunda etapa consiste na revisão integrativa com os principais cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório, seguido da construção do *checklist* para nortear a assistência de enfermagem na clínica em que ocorreu a pesquisa.

5. Resultados e Análise dos Dados

5.1 Primeira etapa da coleta: Pesquisa com os profissionais de Enfermagem do setor

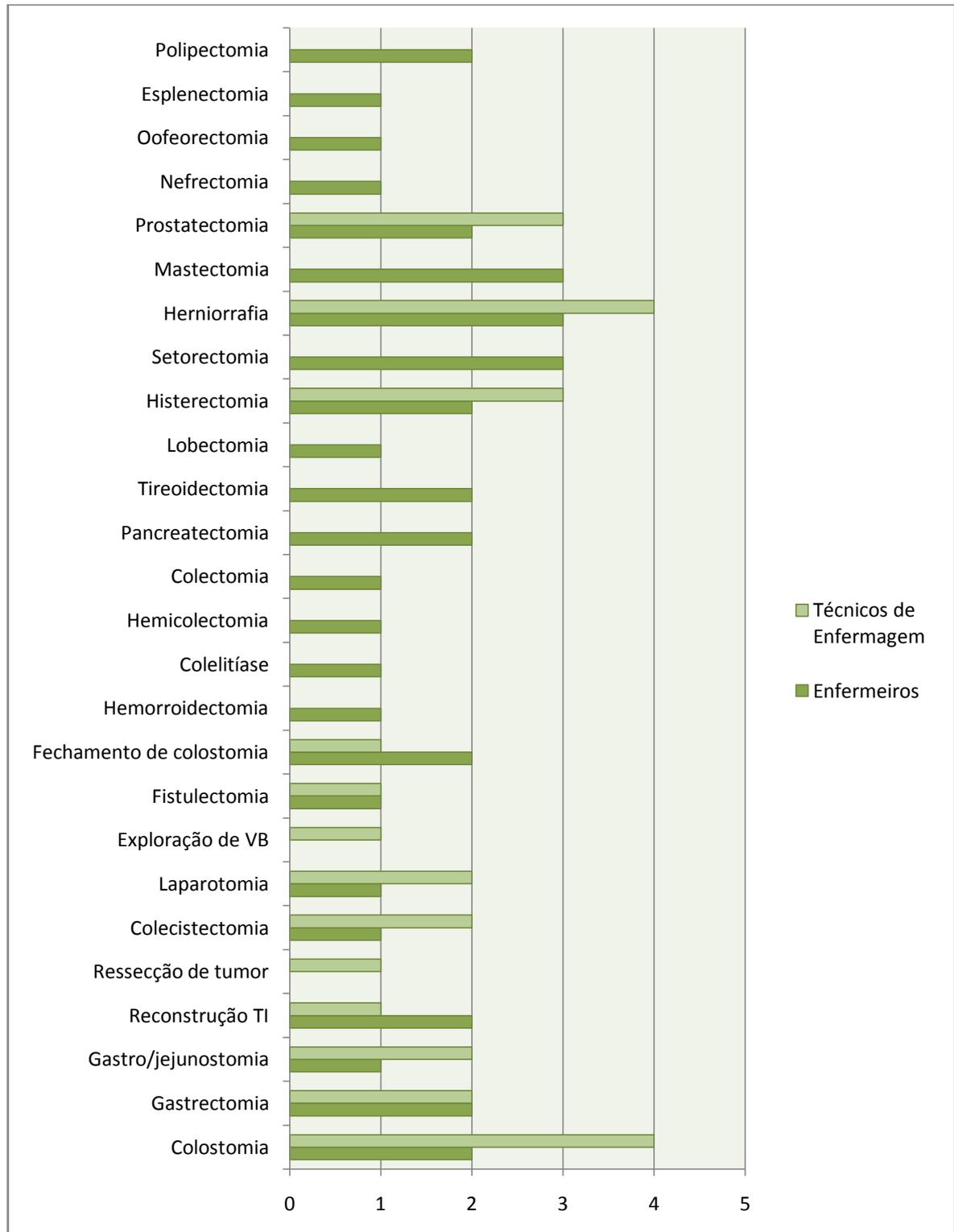
Dentre os participantes, predominou o sexo feminino (81,8%), com variação etária de 27 a 47 anos (Média = 36,4 anos, desvio.padrão. = 10,1) e média de 10,1 anos de tempo de serviço, sendo 5,4 de atuação profissional na clínica cirúrgica. Participaram da pesquisa quatro enfermeiras e sete técnicos de enfermagem.

Os profissionais responderam à sete questões durante entrevista semi-estruturada para apresentação das principais cirurgias, abordando os cuidados de enfermagem no pré e pós-operatórios e dificuldades enfrentadas na assistência.

Com relação aos **tipos de cirurgias**, os profissionais citaram tireoidectomia (n = 2), lobectomia (n = 1), histerectomia (n = 5), setorectomia (n = 3), herniorrafia (n = 7), mastectomia (n = 3), prostatectomia (n = 5), nefrectomia (n = 1), oofeorectomia (n = 1), esplenectomia (n = 1), polipectomia (n = 2), pancreatectomia (n = 2), colectomia (n = 1), hemicolectomia (n = 1), colelitíase (n = 1), hemorroidectomia (n = 1), fechamento de colostomia (n = 3), fistulectomia (n = 2), exploração de VB (n = 1), laparotomia (n = 3), colecistectomia (n = 3), ressecção de tumor (n = 1), reconstrução de TI (n = 3), gasto/jejunostomia (n = 3), gastrectomia (n = 4) e colostomia (n = 6).

Para os profissionais, as cirurgias que envolvem o trato gastrointestinal correspondem a maioria dos procedimentos realizados no setor, conforme a figura 03.

Figura 03: Principais cirurgias realizadas no setor, conforme os profissionais de enfermagem.



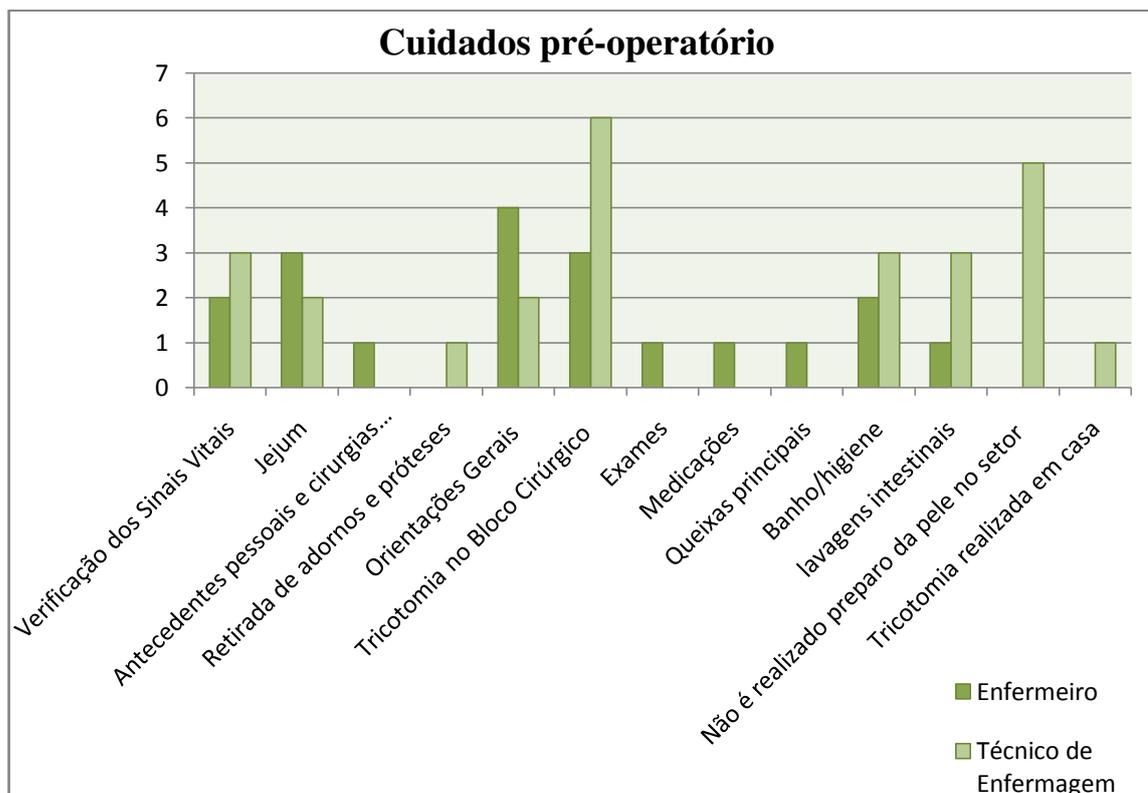
Fonte: Dados da pesquisa, Campina Grande, 2017.

Diante do exposto, há várias cirurgias realizadas no setor, o que fundamenta a necessidade de um *checklist* voltado para os cuidados de enfermagem no pré e pós-operatórios a pacientes que serão submetidos a esses procedimentos.

De acordo com as informações relatadas pelos **profissionais enfermeiros**, no que se refere aos **cuidados pré-operatórios**, destaca-se a verificação dos sinais vitais (n = 2), jejum (n = 3), antecedentes pessoais e cirurgias prévias (n = 1), orientações gerais (n = 4), realização da tricotomia no bloco cirúrgico (n = 3), verificação dos exames (n = 1), medicações (n = 1), queixas principais do paciente (n = 1), banho/higiene (n = 2) e lavagens intestinais (n = 1).

Quanto aos **técnicos de enfermagem**, eles destacam a verificação dos sinais vitais (n = 3), jejum (n = 2), retirada de adornos e próteses (n = 1), orientações gerais (n = 2), realização da tricotomia no bloco cirúrgico (n = 6), tricotomia realizada em casa pelo paciente (n = 1), banho/higiene (n = 3), lavagens intestinais (n = 3) e a não realização do preparo da pele no setor (n = 5), conforme apresenta a figura 04:

Figura 04: Cuidados pré-operatório realizados no setor, conforme informações dos profissionais de enfermagem.



Fonte: Dados da pesquisa, Campina Grande, 2017.

Com base no que foi relatado pelos profissionais de enfermagem, percebe-se que o preparo necessário da pele do paciente antes do procedimento cirúrgico é realizado parcialmente, restringindo-se apenas ao banho pré-operatório, já que neste caso, segundo os entrevistados, a tricotomia é geralmente realizada no bloco cirúrgico do hospital.

Segundo Fonseca, Perterline e Costa (2014), o banho pré-operatório é essencial no preparo da pele do paciente que vai ser submetido a procedimento cirúrgico, no entanto, deve ser realizado com uso de sabão associado à antisséptico ou neutro, sendo um fator importante na prevenção de infecções, e percebe-se que a realização desse procedimento foi citada apenas por três entrevistados apesar de sua importância no preparo da pele.

A tricotomia pré-operatória, conforme relato dos participantes da pesquisa fica sob responsabilidade dos profissionais do centro cirúrgico, ou em nível domiciliar. De acordo com a literatura vigente, a realização da tricotomia deve ocorrer até duas horas antes da cirurgia, e o pelo só deve ser removido apenas se interferir no procedimento, e com uso de tricotomizadores elétricos, utilizando apenas uma vez cada cartucho que contém as lâminas do aparelho, pois a realização desse procedimento de forma errônea torna-se um risco para infecção do sítio cirúrgico (MOMPEÁN et al., 2012).

Um preparo cirúrgico adequado reduz a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, propiciando segurança na assistência ao paciente (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, é responsabilidade do profissional enfermeiro, na assistência ao paciente no pré-operatório, ações como o preparo da pele, tricotomia, encaminhar o paciente para higiene oral e corporal, manter o jejum, administrar e explicar a finalidade da medicação pré-operatória; anexar exames complementares ao prontuário do paciente; fornecer as vestimentas necessárias (avental, touca, propés), assim como a verificação dos sinais vitais (ASCARI et al., 2013).

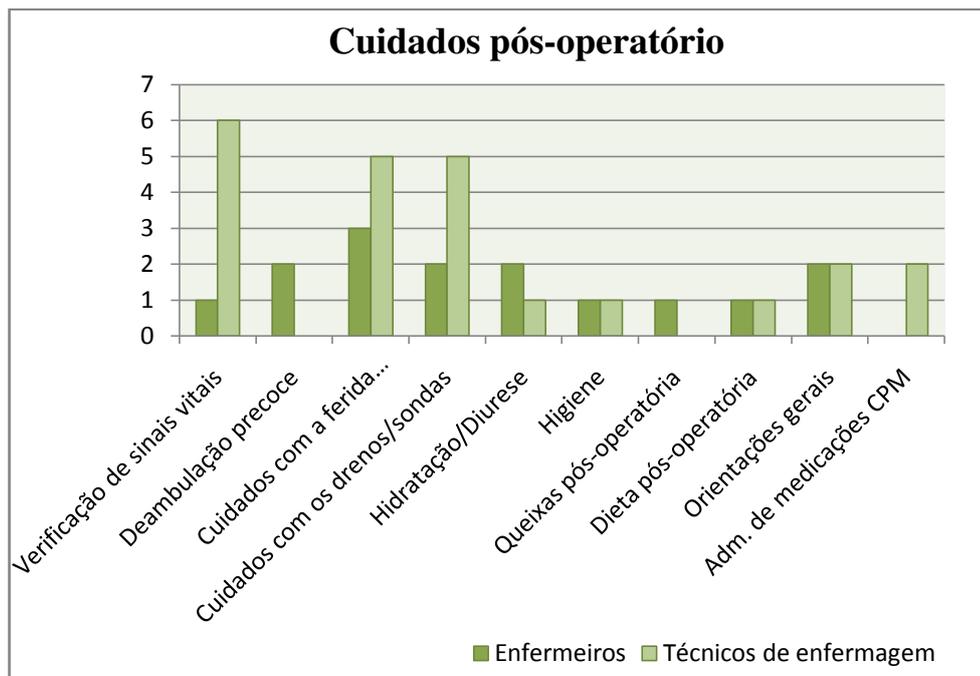
Cabe também a equipe de enfermagem, investigar se há processos alérgicos a medicamentos/alimentos/látex; retirada de próteses dentárias, adornos e esmaltes; esvaziamento intestinal e vesical previamente; esclarecimento de dúvidas e anseios; orientar que haverá desconforto pela dor, pelo posicionamento ou pela permanência no leito, dentre outras informações (ASCARI et al., 2013).

A **figura 5** destaca os cuidados pós-operatórios relatados pelos profissionais. Com relação aos cuidados pós-operatórios dispensados ao paciente, os profissionais **enfermeiros** destacam a verificação dos sinais vitais (n = 1), deambulação precoce (n = 2), cuidados com a ferida operatória (n = 3), cuidados com os drenos e sondas (n = 2), hidratação/diurese (n = 2),

higiene (n =1), queixas pós-operatória (n = 1), dieta pós-operatória (n = 1), orientações gerais (n = 2) e administração de medicações conforme prescrição médica (CPM) (n = 2).

Os **técnicos de enfermagem** entrevistados destacaram os sinais vitais como o principal cuidado pós-operatório (n = 6), seguidos dos cuidados com a ferida operatória (n = 5), cuidados com drenos e sondas (n = 5), hidratação/diurese (n = 1), higiene (n = 1), dieta pós-operatória (n = 1), orientações gerais (n = 2) e administração de medicamentos (n = 2).

Figura 05: Cuidados pós-operatório realizados no setor, conforme informações dos profissionais.



Fonte: Dados da pesquisa, Campina Grande, 2017.

Os pacientes em pós-operatório necessitam de assistência cirúrgica voltada à prevenção das complicações associadas ao procedimento, os riscos são uma realidade presente e cabe às equipes envolvidas no processo propor estratégias de modo a estabelecer barreiras para garantir a segurança do paciente (ROSCANI, 2015).

A verificação dos sinais vitais representa os cuidados pós-operatórios mais citados nas entrevistas e estes correspondem à avaliação contínua do estado de saúde do paciente. De fato, a contínua avaliação desses parâmetros medidos de forma seriada contribui para que a equipe de enfermagem identifique alterações precocemente, determine diagnósticos de enfermagem e intervenções, e tome decisões em tempo hábil sobre o paciente (TEIXEIRA et al., 2015).

Os cuidados com a ferida operatória, drenos e sondas também foram bastante citados pelos entrevistados; tais cuidados contribuem para prevenção de complicações pós-operatória, sobretudo as infecções associadas à ferida, que constituem um sério problema na assistência a esses pacientes. De fato, é indispensável uma assistência de qualidade, pois tais complicações em sua maioria são resultantes de intervenções e planejamentos incorretos que poderiam ser evitados (LIMA et al., 2016).

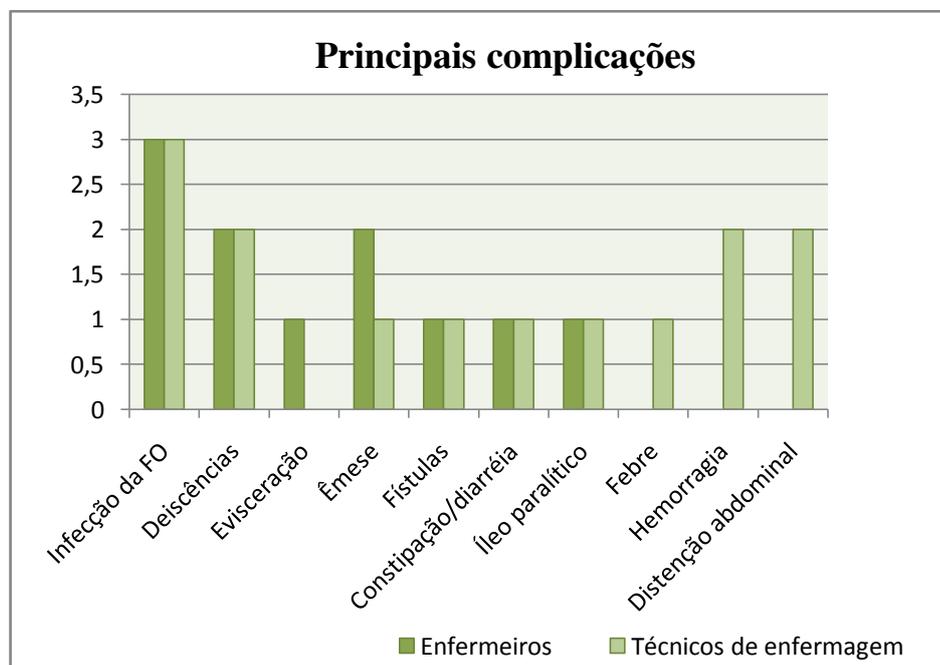
Também foram citados, porém em menor número, mas que constituem importantes cuidados, a “necessidade de deambulação precoce”, “hidratação e diurese”, “higiene”, “queixas pós-operatória”, “dieta”, “orientações gerais” e “administração de medicações pós-operatória”.

A **figura 6** destaca as principais complicações em cuidados aos pacientes em pós-operatório.

Com base nas informações relatadas pelos profissionais enfermeiros, as principais complicações na assistência pós-operatória é a infecção da ferida operatória (n=3), deiscência (n=2), evisceração (n=1), êmese (n=2), fístulas (n=1), constipação/diarréia (n=1) e íleo paralítico (n=1).

Os técnicos de enfermagem destacam a infecção da ferida operatória (n=3), deiscência (n=2), êmese (n=1), fístulas (n=1), constipação/diarréia (n=1), íleo paralítico (n= 1), febre (n=1), hemorragia (n=2) e distensão abdominal (n=2).

Figura 06: Principais complicações, conforme informações dos profissionais.



Fonte: Dados da pesquisa, Campina Grande, 2017.

As complicações relacionadas à assistência a saúde, correspondem um sério problema na assistência ao paciente cirúrgico, e podem causar danos consideráveis e até irreparáveis. A nível mundial, aproximadamente sete milhões de procedimentos cirúrgicos a cada ano têm complicações no pós-operatório (GEBRIM et al, 2014).

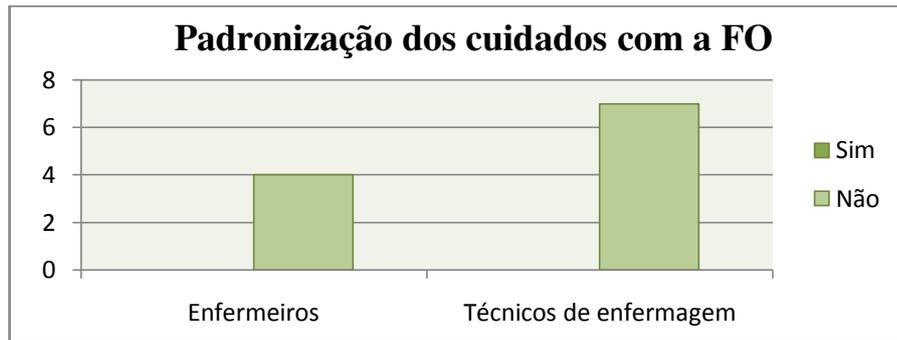
As infecção da ferida operatória foi a complicação mais citada pelos profissionais. Segundo Oliveira (2015), múltiplos fatores de risco podem contribuir para o desencadeamento da infecção do sítio cirúrgico (ISC) levando-se em consideração o patógeno, o paciente e o procedimento, que podem estar associados à carga microbiana envolvida, patogenicidade e infectividade, extremos de idade, doenças preexistentes, período de internação pré-operatória, estado nutricional, remoção do pelo, preparo da área operatória, antisepsia das mãos do cirurgião e equipe que assiste o paciente, profilaxia antimicrobiana, técnica cirúrgica, oxigenação, normotermia do paciente, dentre outros (OLIVEIRA; GAMA, 2015)

A deiscência, citada por quatro dos entrevistados, são complicações resultantes de infecção, excesso de tensão do retalho, isquemia ou interferência na cicatrização, e corresponde a uma séria complicação, e, em situações mais complexas, exige drenagem de coleções abcedadas e eventualmente reintervenção cirúrgica ou ressecção do segmento afetado (TACANI et al., 2014).

Foram citadas também a evisceração, êmese, fístulas, constipação/diarréia, íleo paralítico, febre, hemorragias e distensão abdominal, que também correspondem a complicações que podem acometer os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Os dados abordados na **Figura 7** destacam as respostas obtidas pelos profissionais de enfermagem quando questionados sobre a disponibilidade de algum material no serviço que elencasse os cuidados pré e pós-operatórios e servisse como padronização na assistência dispensada aos pacientes. Diante das respostas, todos os profissionais alegam que não existe esse material disponível, assim como não existe a padronização desses cuidados. O que enfatiza a necessidade da construção de um *checklist* para nortear a assistência.

Figura 07: Necessidade de padronização dos cuidados com a ferida operatória



Fonte: Dados da pesquisa, Campina Grande, 2017.

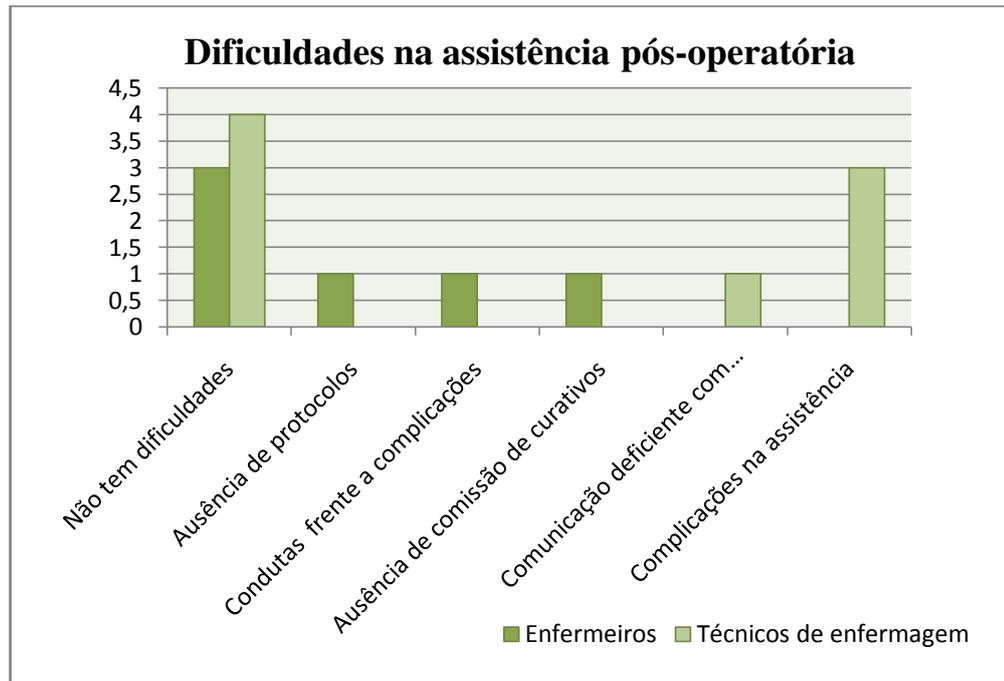
Segundo alguns dos entrevistados há cerca de três anos foi iniciada a confecção de um instrumento para auxiliar na assistência para o setor de clínica cirúrgica, no entanto, nunca foi concluído e nem disponibilizado à equipe.

Quanto à importância desse recurso no serviço, dez dos entrevistados afirmam que é importante a disponibilidade de tal recurso, a fim de auxiliar, padronizar e facilitar a assistência e comunicação entre a equipe, e apenas um entrevistado alega que não, não é importante/necessário a disponibilidade de um protocolo no serviço.

A **figura 8** destaca as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na assistência ao paciente cirúrgico. Quanto aos **enfermeiros**, três afirmaram que não tinham dificuldade na assistência pós-operatória, um destacou que a ausência de instrumentos para nortear a assistência é a principal dificuldade, seguidos de conduta a ser tomada frente a complicações (n=1), e ausência de comissão de curativos (n=1).

Dentre os **técnicos de enfermagem**, quatro dos entrevistados afirmaram que não possuíam dificuldades na assistência, um relatou a comunicação deficiente com a equipe médica e três afirmaram que as complicações geradas na assistência a esse paciente constituem a principal dificuldade a ser enfrentada.

Figura 8: Dificuldades na assistência, segundo os profissionais entrevistados



Fonte: Dados da pesquisa, Campina Grande, 2017.

Diante dos dados relatados, a educação continuada em saúde urge à permanência do aperfeiçoamento das práticas assistenciais, uma vez que nenhum profissional é detentor de todo conhecimento, levando-se em consideração as constantes descobertas que as pesquisas proporcionam. Logo, este deve manter-se capacitado através da atualização das informações novas e reciclagem de seus conhecimentos.

As complicações pós-operatórias, como relatadas anteriormente, constituem um sério problema na assistência ao paciente que é submetida a procedimento cirúrgico, e sem um preparo adequado, a resolução de tais complicações torna-se um empecilho no trabalho do profissional, comprometendo a assistência ofertada e aumentando o risco a outras complicações bem como ao aumento dos índices de morte pós-operatória.

5.2 Segunda etapa da coleta: Revisão integrativa

Foram incluídos 67 artigos científicos, publicados em inglês (n = 32), português (n = 34) e espanhol (n = 01). Os estudos incluídos abordaram os cuidados pré e pós-operatórios, tais como jejum, banho pré-operatório, controle glicêmico, cessação do uso do tabaco, tricotomia, preparo do intestino, controle da hipotermia e cuidados com a ferida cirúrgica.

Os quadros a seguir apresentam a síntese dos estudos incluídos nesta revisão integrativa, bem como seus principais resultados e conclusões, abordando os principais cuidados com ênfase nas cirurgias realizadas no serviço.

5.2.1 Banho e tricotomia pré-operatório

O **quadro 01** apresenta a categoria preparo da pele: banho pré-operatório e realização da tricotomia. Foram incluídos oito estudos, publicados na língua inglês (n=3) e português (n=5) que abordaram a realização do banho associado ao uso de antissépticos, bem como a tricotomia com uso de tricotomizadores elétricos e em tempo adequado como medidas importantes na redução dos índices de infecções do sítio cirúrgico e complicações associadas aos procedimentos cirúrgicos.

Quadro 01 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre o preparo da pele: banho pré-operatório e tricotomia, segundo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões obtidos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Descritores: “cuidados pré-operatórios” AND “banho” Total de artigos: 95 Filtros: idioma inglês, português e espanhol/ ano 2013-2017 Total após o filtro: 14 Total utilizado: 02		Descritores: “enfermagem perioperatória” AND banho Total de artigos: 07 Filtros: idioma inglês, português e espanhol/ ano 2013-2017 Total após o filtro: 01 Total utilizado: 01		Descritores: “assistência perioperatória” AND “banho” Total de artigos: 08 Filtros: idioma inglês, português e espanhol/ ano 2013-2017 Total após o filtro: 02 Total utilizado: 01		Descritores: “assistência perioperatória” AND “tricotomia” Total de artigos: 20 Filtros: idioma inglês, português e espanhol/ ano 2013-2017 Total após o filtro: 07 Total utilizado: 04	
TÍTULO	ANO/BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES		
1. <i>Impact of an institutional antimicrobial stewardship program on bacteriology of surgical site infections in cardiac surgery</i> (ASHFAQ et al., 2016)	2016 Medline	Avaliar a incidência bacteriologia de infecções de sítio cirúrgico (ISC) em pacientes com cirurgia cardíaca antes e após a implementação do programa de administração de antimicrobianos institucional.	Revisão retrospectiva. 3.233 Pacientes submetidos à cirurgia entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010 e janeiro de 2011 e dezembro de 2012 foram comparados.	Não houve diferenças significativas nas taxas de infecção da ferida cirúrgica (torax e perna), também não houve diferenças significativas na prevalência de organismos resistentes.	Apolítica institucional de profilaxia antibiótica rigorosa de 48 horas e banhos diários de clorexidina não foi associada a mudanças significativas na taxa de ISC em pacientes com cirurgia cardíaca. O estudo pode não ter alcançado maiores informações, em decorrência da baixa taxa de infecção e não ter sido capaz de observar mudanças significativas.		
2. Efeitos do banho pré-operatório na prevenção de infecção cirúrgica: estudo clínico piloto (FRANCO et al., 2017)	2017 BDENF	Avaliar o efeito do banho pré-operatório na prevenção de ISC, utilizando duas soluções antissépticas – gluconato de clorexidina a 4% e PVPI degermante a 10% – e um sabão sem antisséptico, em pacientes submetidos à cirurgia eletiva de artroplastia do quadril	Ensaio clínico piloto, randomizado, controlado e cego, realizado com 45 pacientes adultos submetidos à cirurgia eletiva de artroplastia total do quadril.	A incidência de ISC nos pacientes que tomaram banho com gluconato de clorexidina 4% foi de 20% (3/15), sendo registrada como a mais alta incidência entre os grupos. Dentre os 15 pacientes que fizeram uso de PVPI 10%, 1 apresentou ISC; em uso de clorexidina 3 pacientes desenvolveram ISC e os que utilizaram o sabão, apenas 1 desenvolveu ISC.	Não foram encontradas diferenças estatísticas entre os três grupos de intervenção. É necessária cautela ao recomendar o banho pré-operatório com clorexidina como estratégia para reduzir infecção de sítio cirúrgico.		

<p>3. Effectiveness of 2% chg cloth bathing for reducing surgical site infections.</p> <p>(GRALING; VASALY, 2013)</p>	<p>2013 Medline</p>	<p>Avaliar o uso de compressas de gluconado de clorexidina (chg) como complemento da preparação cirúrgica reduziria significativamente a flora endógena dos pacientes cirúrgicos e, portanto, reduziria as infecções do local cirúrgico.</p>	<p>Estudo de coorte prospectivo com 335 pacientes sobre a eficácia do banho pré-operatório com compressas de gluconato de clorhexidina para reduzir as infecções do local cirúrgico.</p>	<p>Os resultados indicaram uma redução geral da infecção no grupo que recebeu um banho de chg a 2% antes da cirurgia. Também houve uma possível redução na infecção no espaço do órgão pós-operatório, embora os números da amostra fossem extremamente pequenos.</p>	<p>Para reduzir as infecções no local cirúrgico, sugerimos um protocolo de enfermagem de banho pré-operatório com um pano chg a 2% para pacientes submetidos à cirurgia geral e vascular e um teste adicional para investigar o uso de banhos pré-operatórios de compressas de chg em todas as populações de pacientes cirúrgicos</p>
<p>4. Guideline implementation: preoperative patient skin antisepsis.</p> <p>(COWPERTHWAIT; HOLM, 2015)</p>	<p>2015 Medline</p>	<p>Desenvolver pontos-chave da orientação para ajudar o pessoal perioperatório a desenvolver protocolos para a antisepsia da pele do paciente.</p>	<p>Estudo de caso. Realizado com um paciente submetido a tireoidectomia total.</p>	<p>Os pontos-chave incluem a necessidade do paciente tomar banho pré-operatório e a necessidade de cuidados perioperatório para tricotomy local cirúrgico, selecionar um antisséptico seguro e eficaz individual para o paciente, realizar uma preparação segura do local cirúrgico pré-operatório e armazenar adequadamente os antissépticos da pele.</p>	<p>As enfermeiras perioperatórias devem rever a orientação completa para obter informações adicionais e orientação ao redigir e atualizar políticas e procedimentos.</p>
<p>5. Indicadores de processo para prevenção da infecção do sítio Cirúrgico sob a ótica da segurança do paciente</p> <p>(GEBRIM et al., 2016)</p>	<p>2016 IBECS</p>	<p>Avaliar os indicadores de processo para a prevenção da ISCEm cirurgias limpas</p>	<p>Estudo transversal analítico, retrospectivo, realizado por meio da revisão de 700 prontuários de pacientes ≥ 18 anos, submetidos a procedimento cirúrgico limpo, durante os anos de 2008 a 2010.</p>	<p>Verificou-se conformidade em 35,4% dos indicadores avaliados, e 64,6% de inconformidade, relativas ao tempo de internação pré-operatória, método usado para tricotomy, duração da profilaxia antimicrobiana, controle térmico e glicêmico em diabéticos e registros de inspeção das caixas cirúrgicas</p>	<p>A maioria dos indicadores de processo avaliada apresentou-se inadequada, e diante dos dados apresentados percebe-se a necessidade de revisão e ajustes com base nas diretrizes nacionais. Percebe-se, portanto, a necessidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho.</p>
<p>6. Avaliação da adesão às medidas para a</p>	<p>2015 Lilacs</p>	<p>Avaliar práticas pré e intra-operatórias</p>	<p>Estudo observacional prospectivo em um</p>	<p>A remoção de pelos foi realizada em cinco (27,7%) pacientes</p>	<p>A presente pesquisa identificou adesão parcial a algumas medidas para a</p>

prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica (OLIVEIRA; GAMA, 2015)		adotadas por médicos e equipe de enfermagem para a prevenção de infecções cirúrgicas.	centro cirúrgico de um hospital universitário público, com 49 indivíduos das equipes cirúrgicas	dentro da sala de cirurgia, sendo quatro (80,0%) com lâmina e um (20,0%) com tricotomizador. Em todas elas administração do antimicrobiano profilático foi feito em até 60 minutos antes da cirurgia. Quinze (83,3%) dos pacientes tomaram banho pré-operatório no dia da cirurgia, sendo: 11 (73,3%) no hospital e quatro (26,7%) em casa. Apenas um (6,7%) dos banhos pré-operatórios foi utilizado sabonete antisséptico (clorexidina).	prevenção da ISC recomendadas no pré-operatório e no intraoperatório. Ocorreram falhas na remoção de pelos do paciente, com a utilização de lâminas; algumas medidas foram aderidas com sucesso como: o momento adequado para a remoção de pelos de casos necessários; a profilaxia antimicrobiana quanto à escolha e momento de administração do agente; a não utilização de acessórios em mãos e antebraços pelas equipes cirúrgicas; o uso adequado da máscara cirúrgica, capote e luvas estéreis
7. Tricotomia pré-operatória: aspectos relacionados à segurança do paciente (GEBRIM et al., 2014)	2014 IBESC	Analisar o indicador da tricotomia em cirurgias limpas em um hospital de ensino do centro-oeste brasileiro.	Estudo retrospectivo do tipo transversal, de natureza analítica. Analisou-se 700 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia limpa, de 2008 a 2010.	Das 700 cirurgias analisadas, 27% (189) dos pacientes foram tricotomizados e 15,9% desenvolveram ISC, 82,5% foi realizada até 2 horas antes da incisão da pele, 16,9% usaram a lâmina de barbear e 83,1% dos prontuários, não havia o registro do método utilizado para esse procedimento.	O método e a indicação inadvertida da tricotomia comprometem as metas para a segurança do paciente. Os resultados das análises evidenciaram a necessidade de mudanças e mais investimentos na política organizacional do serviço a fim de que, profissionais de saúde e gestores, incorporarem os princípios da cirurgia segura em conformidade com a OMS.
8. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013)	2013 Medline	Analisar os cuidados dos enfermeiros com os pacientes, no cotidiano da prática profissional, no período pré-operatório imediato de cirurgia eletiva.	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, com 15 enfermeiros das unidades cirúrgicas e dois do centro cirúrgico	Grande parte dos cuidados se refere à orientação do paciente no pré-operatório. As informações deram origem a três discursos do Sujeito Coletivo com as ideias centrais: cuidados administrativos; orientação no pré-operatório; e cuidados cirúrgicos no pré-operatório imediato.	Os cuidados foram direcionados aos aspectos físicos em detrimento do psicológico, em discordância com a metodologia assistencial adotada no hospital, sustentada pela teoria das necessidades humanas básicas. Grande parte dos cuidados se refere à orientação do paciente no pré-operatório.

Dados da pesquisa realizada nos bases de dados obtidos mediante descritores disponíveis no DECS para seleção de artigos para compor essa revisão integrativa. CampinaGrande, PB. 2018.

Dentre os quatro estudos que abordaram as indicações do banho pré-operatório incluídos nessa categoria, ambos destacam o uso de antissépticos, e em comum destacam a clorexidina, numa concentração que variou de 2 a 4%, no entanto, três dos estudos não encontraram evidências suficientes para classificar o uso desse antisséptico como método de escolha na prevenção de complicações.

Um dos estudos destaca que o banho com uso de clorexidina não foi associado a mudanças significativas na taxa de infecção da instituição que foi realizada a pesquisa, no entanto, o mesmo justifica que pode não ter alcançado maiores informações em decorrência da baixa taxa de infecções e com isso não tenha sido capaz de observar mudanças significativas (ASHFAQ et al., 2016).

Outro estudo faz uma comparação do uso de gluconato de clorexidina 4%, PVPI degermante e o uso do sabão, e, com base nos resultados obtidos, ambos apresentaram efeitos semelhantes, contudo faz uma ressalva quanto ao uso da clorexidina como método de escolha, pois dentre os três produtos utilizados, a clorexidina apresentou maior índice de ISC, comparadas a uma com uso do PVPI e do sabão (FRANCO et al., 2017).

Outros artigos afirmam que o banho pré-operatório de fato reduz a contaminação da pele por microrganismos capazes de ocasionar infecções, no entanto, também não encontraram evidências suficientes para classificar a clorexidina ou outro antisséptico como a escolha ideal e maior eficácia (COWPERTHWAIT, HOLM, 2015, OLIVEIRA; GAMA, 2015, SENA et al., 2013).

Apenas um estudo afirmou que a clorexidina é um antisséptico ideal para realização do banho pré-operatório afirmando uma redução geral da infecção no grupo que recebeu um banho de clorexidina a 2% antes da cirurgia (GRALING; VASALY, 2013).

Vale resaltar que os estudos incluídos nesta revisão afirmam de fato que o preparo da pele antes da realização da cirurgia é de grande importância no controle das complicações pós-operatória, em especial a ISC, no entanto, apesar dos resultados, nenhum afirma que a clorexidina ou outros antissépticos não devem ser utilizados, fazem uma reflexão a respeito da necessidade de maiores pesquisas para determinar o antisséptico mais indicado no banho pré-operatório.

No que compete à realização da tricotomia pré-operatória, após análise dos artigos, quatro estudos foram incluídos nesta categoria, com ênfase nos seus objetivos, resultados e conclusões.

Segundo os estudos incluídos, todos afirmam que a tricotomia pré-operatória deve ser considerada adequada se realizada até duas horas antes do início do procedimento cirúrgico, um tempo superior a esse deve ser considerado inadequado. Quanto ao método utilizado para remoção dos pelos, os estudos afirmam que deve ser utilizado tricotomizadores elétricos ou tesouras, sendo considerado inadequado o uso de lâminas ou navalhas (GEBRIM et al., 2016; OLIVEIRA, GAMA, 2015; GEBRIM et al., 2014; SENA et al., 2013).

Dois dos estudos chamam atenção para o local correto para retirada dos pelos, que deve ocorrer no serviço de saúde, alegando que só devem ser removidos se interferirem no procedimento, pois a realização desse procedimento de forma incorreta constitui um risco de infecções, e ambos os estudos atentam para a fragilidade dos serviços em realizar esse procedimento com base nas normas vigentes (GEBRIM et al., 2014; OLIVEIRA; GAMA, 2013).

Segundo Franco et al. (2017), a ISC é considerada um grande desafio para o paciente, equipe de saúde e hospitais, uma vez que tal complicação eleva as taxas de morbidade, mortalidade, readmissão hospitalar e geram alto custo para os serviços de saúde, e para o paciente ocasiona o afastamento do trabalho por longos períodos, acarreta gastos financeiros e prejuízos ao seu convívio social, sendo de extrema importância a prevenção, que vai desde os cuidados pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

O banho é um importante aspecto a ser considerado no preparo do paciente no pré-operatório, e tem por finalidade a remoção da sujidade, reduzir a carga microbiana residente e transitória e, conseqüentemente, minimizar a ISC (OLIVEIRA; GAMA, 2015; GRALING; VASALY, 2013).

Levando-se em consideração essa prática, a literatura vigente sugere que seja utilizado um sabão antisséptico para tal procedimento, no entanto, as publicações a respeito da temática destacam que embora alguns agentes antissépticos sejam capazes de reduzir os microrganismos na pele intacta, apresentem ação rápida, persistente e cumulativa, e não há evidências científicas suficientes que demonstre a redução significativa da taxa de ISC após o banho pré-operatório com uso desses degermantes (OLIVEIRA; GAMA, 2015, SENA et al., 2013; FRANCO et al., 2017; COWPERTHWAITTE, HOLM, 2015).

Dentre outro estudo incluído em relação ao banho pré-operatório com a utilização da solução de clorexidina 4%, revelou que para garantir a sua efetividade deve-se realizar dois banhos sequenciais com uma pausa de um minuto antes do enxague e dispensar para cada banho cerca de 118mL da solução, porque essa técnica proporciona concentrações máximas

de gluconato de clorexidina na superfície da pele que seria suficiente para inibir ou matar patógenos da ferida operatória (EDMISTON JÚNIOR et al., 2015).

Entretanto, com base nos estudos analisados o banho com clorexidina e outros produtos em vários tipos de cirurgias, salientaram que, de fato, não existem evidências plausíveis que comprovem a efetividade da solução antisséptica mesmo com base em doses medidas na redução da ISC quando comparada com outras soluções placebo, PVPI ou sabão sem antisséptico (FRANCO et al., 2017; ASHFAQ et al., 2016).

No entanto, embora existam poucas evidências que comprovem a eficácia do uso de clorexidina, PVPI degeremante ou sabão neutro, sendo a clorexidina o antisséptico discutido de forma soberana em todos os estudos analisados, as Diretrizes Globais da OMS para prevenção de ISC, sugere que de fato, é uma boa prática clínica o paciente tomar banho antes da cirurgia, mas que também decidiu não formular uma recomendação sobre a utilização do gluconato de clorexidina com a finalidade de reduzir ISC devido às evidências limitadas e de qualidade muito baixa (FRANCO et al., 2017).

Dessa forma, não foram encontrados estudos que comprovem a eficácia soberana do uso de algum antisséptico no banho pré-operatório, mas também as evidências não provaram o contrário, que o uso da clorexidina, por exemplo, pode comprometer a recuperação do paciente ou até mesmo aumentar o risco de ISC, apenas não foram observadas diferenças significativas em relação a sua eficácia quando comparada a sabão comum, o que não torna proibido o seu uso para a finalidade de prevenir a ISC.

Portanto, os dados demonstrados na presente revisão sugerem que a realização do banho pré-operatório é de grande relevância na prevenção de tais complicações, sendo de suma importância, antes do procedimento cirúrgico o paciente realizá-lo, utilizando um sabão específico contendo antisséptico ou um sabão neutro comum, pois ambos não foram associados a diferenças nos resultados, mas que corresponde importante medida de prevenção de infecções.

No que compete à realização da tricotomia, esta consiste na remoção de pelos da área circunscrita à incisão operatória com auxílio de dispositivos cortantes (tricotomizador elétrico/tesoura), na fase pré-operatória. Inconformidades na realização desse procedimento podem resultar em eventos adversos e dentre eles a infecção do sítio cirúrgico (GEBRIM et al., 2014,).

De acordo com os estudos que compuseram essa revisão integrativa, preconiza-se de forma unânime nos artigos que a opção pela tricotomia seja avaliada criteriosamente, e,

quando recomendada, deve ser realizada até duas horas antes da cirurgia, no período pré-operatório, com uso de tricotomizadores elétricos ou tesouras que diminuem o risco de microlesões na pele, considerando o volume dos pelos, local da incisão e o tipo de procedimento cirúrgico, pois se o pelo não interferir no procedimento não deve ser removido a fim de prevenir possíveis complicações associadas ao procedimento (GEBRIM et al., 2016; OLIVEIRA; GAMA, 2015; GEBRIM et al., 2014; SENA et al., 2013).

Um estudo realizado por Gebrim et al. (2014), que analisou o registros das informações contidas em 700 prontuários, revelou que 9,5% dos pacientes realizaram a tricotomia em tempo superior a 24h, não levando em consideração os prontuários em que não havia nenhuma informação (8%), e quanto ao instrumento utilizado para remoção do pelo, 16,9% corresponde ao uso da lâmina de barbear e em 83,1% dos prontuários não consta esse registro; o uso da lâmina era o método preconizado no serviço investigado, embora o método recomendado pelas diretrizes é o tricotomizador elétrico ou a tesoura.

Levado em consideração o risco de infecção a não adoção das medidas corretas, ainda nesse estudo 15,9% dos pacientes desenvolveram infecção do sítio cirúrgico, demonstrando que esse procedimento tem forte impacto, uma vez que esse indicador pode ter contribuído com o surgimento desse evento adverso.

Sena et al. (2013) e Gebrim et al. (2016) também ressaltam a retirada de pelos somente em situações sumamente especiais e apenas nas áreas a serem operadas. O risco de ISC aumenta se associado à tricotomia na incisão cirúrgica pelos cortes microscópicos causados na pele que podem servir como foco para a multiplicação bacteriana.

Dessa forma, fica claro e evidente com base na literatura utilizada e protocolos disponíveis que a realização da tricotomia corresponde a um risco ao desenvolvimento de infecções, principalmente quando realizada de forma aleatória e não se levando em consideração as informações disponíveis e baseadas em evidências, que a mesma só deve ser realizada se interferir no procedimento cirúrgico, caso contrário, deve-se optar por não retirá-los e assim reduzir os índices de infecções.

5.2.2 Jejum pré-operatório

O **quadro 02** a seguir representa a síntese dos artigos selecionados para a categoria jejum pré-operatório. Foram incluídos 14 artigos científicos, publicados na língua inglesa (n = 8) e portuguesa (n = 6).

Quadro 02 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre o jejum pré-operatório, segundo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões obtidos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Descritores: “assistência perioperatória” AND “jejum”					
Total de artigos: 561					
Filtros: idioma inglês, português e espanhol/ ano 2013-2017					
Total após o filtro: 96					
Total utilizado: 14					
TÍTULO	ANO/BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
1. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013)	2013 MEDLINE	Analisar os cuidados dos enfermeiros com os pacientes, no cotidiano da prática profissional, no período pré-operatório imediato de cirurgia eletiva.	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, em que participaram 15 enfermeiros das unidades cirúrgicas e dois do centro cirúrgico.	Grande parte dos cuidados se refere à orientação do paciente no pré-operatório. As informações deram origem a três discurso do sujeito coletivo com as ideias centrais: cuidados administrativos, orientação no pré-operatório e cuidados cirúrgicos no pré-operatório imediato.	Os cuidados foram direcionados aos aspectos físicos em detrimento do psicológico, em discordância com a metodologia assistencial adotada no hospital, sustentada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas.
2. <i>Shortened preoperative fasting for prevention of complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis.</i> (XU et al, 2017)	2017 MEDLINE	Avaliar a segurança e eficácia de um curto período pré-operatório de jejum em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica.	Meta-análise Foram incluídos 11 ensaios	O tempo de jejum reduzido reduziu o risco operacional e o desconforto do paciente quanto às náuseas e vômitos. Com respeito ao metabolismo da glicose, reduziu significativamente as anormalidades na proporção de sensibilidade à insulina. A concentração de proteína C-reativa também foi reduzida.	Um tempo de jejum pré-operatório reduzido aumenta o conforto pós-operatório dos pacientes, melhora a resistência à insulina e reduz as respostas ao estresse. Esta evidência apóia a aplicação clínica de um tempo de jejum encurtado antes da colecistectomia laparoscópica.
3. <i>Preoperative fasting for elective surgery in a regional hospital in Oman</i> (ABDULLAH, MAQBALI, 2016)	2016 MEDLINE	Avaliar a duração do jejum antes da cirurgia eletiva em pacientes adultos.	Estudo prospectivo foi conduzido para identificar o tempo de jejum e as complicações entre 169 pacientes cirúrgicos, sendo 88 do sexo masculino e 81 do sexo feminino,	As horas mínimas e máximas de jejum em relação aos alimentos foram de 7 horas e 19 horas, respectivamente. As horas mínima e máxima de jejum para fluidos foram de 4 horas e 19 horas, respectivamente.	Os pacientes praticaram um jejum de alimentos e fluidos por mais do que o tempo recomendado. O jejum excessivo leva ao desconforto e possível morbidade em pacientes cirúrgicos, dessa forma é necessário que a equipe

			submetidos à cirurgia eletiva ao longo de um período de 4 meses.		cirúrgicareveja o tempo estimado do período de jejum.
4. <i>Surgical fasting guidelines in children: Are we putting them into practice?</i> (WOOD, K. B. et al, 2016)	2016 MEDLINE	Investigar as atuais práticas de alimentação pré e pós-operatória de crianças em um hospital pediátrico de cuidados terciários.	Estudo prospectivo de 53 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos gerais utilizando gráficos médicos.	Os tempos jejum pré-operatórios foram superiores aos recomendados em 70% dos pacientes estudados (n = 37). O tempo médio passado jejum pré-operatório não foi significativamente diferente entre os grupos complexos (11,5 h) e não complexos (10,8 h). O tempo pós-operatório de jejum foi significativamente maior para procedimentos complexos do que para não complexo.	O tempo de jejum pré-operatório observado excedeu as recomendações atuais.
5. <i>Preoperative fasting times in elective surgical patients at a referral Hospital in Botswana</i> (ABEBE et al., 2016)	2016 MEDLINE	Avaliar o período de jejum pré-operatório e compará-lo com as recomendações da <i>American Society of Anesthesiologists</i> (ASA) e fatores que influenciam os períodos de jejum.	Estudo transversal de tempos de jejum pré-operatório em 260 pacientes cirúrgicos eletivos	A maioria dos pacientes (98,1%) afirmam que foram instruídos a respeito do jejum rapidamente a partir da meia-noite e (5,8%) relataram que foram informados a importância do jejum pré-operatório. O período médio de jejum foi de $15,9 \pm 2,5$ h para sólidos e $15,3 \pm 2,3$ h para líquidos. A duração média do jejum foi significativamente maior para os pacientes operados após meio-dia em comparação com aqueles operados antes do meio-dia.	os períodos médios de jejum foram 7,65 vezes maiores para líquidos claros e 2,5 vezes para sólidos do que as diretrizes ASA. Desta forma, é imprescindível que o hospital estabeleça políticas de jejum pré-operatório e informe à equipe que deve garantir o cumprimento das diretrizes.
6. Melhora da força muscular com suplemento contendo carboidratos duas horas antes de colecistectomia por	2016 LILACS	Investigar os efeitos da abreviação do jejum pré-operatório com suplementação oral	Estudo clínico randomizado e duplo cego em 27 pacientes adultos do sexo feminino, que realizaram operação de	Os resultados deste estudo, em primeiro lugar, apoiaram outros estudos que mostraram que a abreviação do jejum pré-operatório com bebida contendo carboidrato é	A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com bebida contendo carboidrato melhora a função muscular no período perioperatório.

laparotomia: estudo randomizado e duplo cego (GAVA et al., 2016)		contendo carboidrato na evolução da força de preensão palmar em indivíduos submetidos à colecistectomia por laparotomia.	colecistectomia por Laparotomia, com idade entre 18 a 60 anos, sendo 14 do grupo intervenção (uso de suplementação oral contendo carboidrato duas horas antes da cirurgia) e 13 do grupo controle (jejum de 6-8h).	segura e não causa danos ao paciente, apresentando os benefícios associados à ingestão de bebida com carboidrato duas horas antes do procedimento operatório	
7. Benefícios na função respiratória e capacidade funcional com ingesta de maltodextrina 2 horas antes de colecistectomia por laparotomia: ensaio clínico prospectivo e randomizado (ZANI et al)	2015 LILACS	Avaliar a alteração da função respiratória e da capacidade funcional, conforme o tipo de jejum pré-operatório.	Ensaio clínico prospectivo randomizado, com 92 pacientes do sexo feminino, submetidas à colecistectomia por laparotomia, observando jejum convencional ou abreviado de 2 horas com maltodextrina	Fizeram parte do estudo 92 pacientes. O G1 contou com 47 pacientes (restrição de sólidos por 8 horas e ingestão de chá com adição de 12,5% de maltodextrina) e o G2, com 45 (sem ingestão de sólidos ou líquidos por pelo menos 8 horas). Os resultados deste estudo mostraram que a abreviação do tempo de jejum com maltodextrina preservou a força muscular na mão dominante. Nenhuma paciente teve complicações com anestesia e não houve nenhuma morte. Todas as pacientes tiveram alta 24 horas após a cirurgia.	A abreviação no tempo de jejum pré-operatório com o suprimento de uma bebida com maltodextrina antes de operações eletivas de tamanho médio foi benéfica para a função pulmonar e preservou a força de preensão muscular na mão dominante das pacientes.
8. A diminuição do tempo de jejum melhora o conforto e satisfação com anestesia em pacientes idosos com fratura de quadril (IBELLONI, POMBO, MORAIS FILHO, 2015)	2015 LILACS	Avaliar se a ingestão de 200 ml oral pré-operatória de uma bebida de carboidratos pode melhorar o conforto e a satisfação com a anestesia em paciente idoso com fratura de quadril.	Ensaio clínico prospectivo e randomizado realizado em hospital público de saúde brasileiro, com pacientes de estádio ASA I-III, submetidos à Cirurgia de fratura de quadril.	Um total de 100 pacientes foram incluídos em um dos dois regimes de jejum pré-operatório (grupo controle: dieta zero a partir das 21h da noite anterior a cirurgia e no grupo experimental: 200ml de bebidas a base de carboidratos 2-4h antes da cirurgia). O tempo de jejum diminuiu significativamente no grupo experimental. Pacientes beberam 200 ml 2:59h antes da	O questionário de satisfação do paciente cirúrgico poderia tornar-se um instrumento útil na avaliação da qualidade de atendimento. Em conclusão, a ingestão de bebidas a base de carboidratos reduziu significativamente o desconforto pré-operatório e a satisfação com os cuidados da anestesia.

				cirurgia e não apresentaram fome ($p < 0,00$) e sede na chegada à SO ($p < 0,00$), resultando em aumento da satisfação com o cuidado perioperatório de anestesia ($p < 0,00$).	
9. <i>Audit on preoperative fasting of elective surgical patients in an African Academic Medical Center</i> (GEBREMEDHN; NAGARATNAM, 2014)	2014 MEDLINE	Avaliar a duração do jejum pré-operatório para cirurgia eletiva.	Estudo transversal foi realizado de 10 de março a 10 de abril de 2013. Os pacientes foram entrevistados 24 h após a cirurgia.	Dos 43 pacientes incluídos no estudo, 35 eram adultos e 8 eram crianças. As horas de jejum mínimas, máximas e médias para alimentação foram de 5, 96 e 19.60, respectivamente, e mais de 50% dos pacientes fizeram jejum duas vezes mais que o recomendado. As horas de jejum mínima, máxima e média para fluido foram 5, 19 e 12,72, respectivamente. Mais de 95% dos pacientes jejuaram de fluido por mais tempo do que o recomendado.	De acordo com os dados avaliados a maioria dos pacientes jejuou tanto os alimentos (92%) quanto os fluidos (95%) mais do que o tempo de jejum recomendado pelas diretrizes de jejum. Com base no resultado, percebe-se a necessidade da implantação de diretrizes atualizadas de jejum pré-operatório.
10. Percepções de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: orientações pré-operatórias da equipe de enfermagem (RIEGEL et al, 2014)	2014 BDENF	Evidenciar as percepções de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em relação às orientações recebidas pela equipe de enfermagem no período pré-operatório	Estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório, realizado com oito participantes.	Das orientações e cuidados recebidos no pré-operatório pela enfermagem destacaram-se: a administração de medicamentos pré-operatórios, avaliação do jejum, confirmação do procedimento e do médico cirurgião, orientações sobre a cirurgia bariátrica, punção venosa, troca de roupa cirúrgica, realização de tricotomia, mensuração dos sinais vitais, e verificação de alergias.	Constatou-se a falta de orientações de enfermagem no período pré-operatório, também foi evidenciada a importância da participação da equipe de enfermagem nas orientações, com vistas à qualidade do atendimento e segurança do paciente.

<p>11. <i>Tolerance of, and metabolic effects of, preoperative oral carbohydrate administration in children — a preliminary report</i></p> <p>(GAWECKA, MIERZEWSKA, 2014)</p>	<p>2014 MEDLINE</p>	<p>Avaliar a segurança, tolerância e influência de carboidratos orais em parâmetros metabólicos selecionados em crianças.</p>	<p>Estudo prospectivo, aberto e randomizado, realizado com crianças antes de cirurgias abdominal eletiva e cirurgias torácicas, de vinte crianças.</p>	<p>A solução oral de carboidratos foi bem tolerada e nenhum evento adverso foi observado. As concentrações de glicose estavam dentro do intervalo normal em ambos os grupos. A concentração de insulina não apresentou diferenças significativas entre os grupos.</p>	<p>Os carboidratos orais são considerados seguros, bem tolerados e não causaram eventos adversos perioperatório, melhoraram o metabolismo pós-operatório, diminuindo a resistência à insulina.</p>
<p>12. <i>Residual gastric volume evaluation with ultrasonography after ingestion of carbohydrate- or glutamine-enriched beverages: a randomized, crossover clinical trial with healthy volunteers</i></p> <p>(GOMES et al)</p>	<p>2014 LILACS</p>	<p>Avaliar o volume residual gástrico após a ingestão de uma bebida contendo carboidrato mais glutamina.</p>	<p>Estudo randomizado duplo-cego, onde onze voluntários foram randomizados de forma cruzada para a ingestão de 400 ml (4h antes) e 200 ml (2h antes) de uma bebida contendo 12,5% de maltodextrina (grupo de carboidratos) ou 12,5% de maltodextrina mais 15 g de glutamina (grupo glutamina) em dois momentos diferentes, separados por 7 dias</p>	<p>O volume residual gástrico semelhante à condição basal foi encontrado após 2h e 3h da ingestão de bebidas. Não houve diferença na média encontrada aos 120 minutos e 180 minutos entre as duas bebidas.</p>	<p>O esvaziamento gástrico é eficiente e ocorre em até duas horas após a ingestão de uma bebida contendo carboidrato sozinho ou hidrato de carbono associado à glutamina. A adição de glutamina à bebida enriquecida com carboidratos parece ser segura para o uso até 2h antes de uma operação.</p>
<p>13. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros?</p> <p>(LUDWIG, R. B. et al, 2013)</p>	<p>2013 LILACS</p>	<p>Frente aos novos métodos de controle no pré-operatório verificar a qual a necessidade de jejum antes de procedimentos cirúrgicos.</p>	<p>Revisão sobre jejum pré-operatório realizada nos meses de setembro e outubro de 2011, nos sites de busca Scielo e Pubmed.</p>	<p>O projeto conseguiu mostrar, através de evidências consistentes, que a nutrição adequada para o paciente cirúrgico é fundamental para boa evolução clínica, resultando em redução das complicações pós-operatórias. Hoje sabe-se que reduzir o tempo de jejum pré-operatório com solução rica em carboidrato até duas horas antes da operação resulta em benefícios como: diminuição à</p>	<p>Reduzir o tempo de jejum pré-operatório com solução rica em carboidratos até duas horas antes da operação, tal como alimentação precoce no pós-operatório, trazem inúmeros benefícios ao paciente. O projeto ACERTO tem demonstrado bons resultados e estas novas condutas devem ser encorajadas, diminuindo assim o tempo de recuperação do paciente cirúrgico.</p>

				resistência à insulina, rápida recuperação ao trauma, melhor bem-estar, diminuição da irritabilidade, principalmente em crianças, menor incidência de vômitos, aumento de ph, melhor esvaziamento gástrico, redução do tempo de internação hospitalar e redução de custos.	
14. <i>Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge</i> (MATA et al., 2013)	2013 LILACS	Identificar ações de enfermagem realizadas no perioperatório e no preparo para alta hospitalar.	Estudo transversal, retrospectivo. A coleta de dados foi realizada a partir de registros clínicos de pacientes submetidos a prostatectomia parcial ou radical entre agosto de 2009 a agosto de 2010 em hospitais de Divinópolis, Minas Gerais, Brasil	Foram identificados 121 prontuários Os principais cuidados pré-operatórios foram: avaliação de sinais vitais (55%), administração de medicamentos (52%), ensino quanto ao jejum (50%) e lavagem intestinal (45%). No pós-operatório, os cuidados que apresentaram percentuais mais elevados foram: avaliação dos sinais vitais (100%), esvaziamento e mensuração de urina em bolsa coletora (100%), curativo de incisão cirúrgica (77%) e avaliação de secreção do dreno de penrose (48%). Para alta hospitalar, de 25 cuidados registrados, o mais realizado foi quanto o ensino sobre manuseio da sonda vesical (16%).	O estudo identificou fragilidades no cuidado do paciente prostatectomizado, principalmente quanto ao ensino para o cuidado domiciliar.

Dados da pesquisa realizada nos bases de dados obtidos mediante descritores disponíveis no DECS para seleção de artigos para compor essa revisão integrativa. Campina Grande, PB. 2018.

Dos estudos incluídos, onze abordam a necessidade de uma reavaliação em relação ao tempo do jejum pré-operatório para segurança e conforto do paciente. Recomendam ainda que os profissionais da saúde abandonem as ultrapassadas políticas de longos períodos de jejum pelas novas evidências para orientação das práticas pré-anestésica e segurança do paciente (LUDWIG et al., 2013; XU et al., 2017; GAVA et al., 2016; GOMES et al., 2017; IBELLONI; POMBO; MORAIS FILHO, 2015; ZANI et al., 2015; ABDULLA; MAQBALI, 2016, WOOD et al., 2016; ABEBE et al., 2016; GEBREMEDHN; NAGARATNAM, 2014; GAWECKA;MIERZEWSKA,2014).

Estudos que abordaram o aprimoramento do tempo de jejum em cirurgias de colecistectomia, por exemplo, afirmaram que o tempo reduzido do jejum, reduziu o risco operacional e o desconforto do paciente, estresse, náuseas, vômitos, concentração de proteína C-reativa, metabolismo da glicose na proporção de sensibilidade à insulina, melhora da função muscular e função pulmonar (XU et al., 2017; GAVA et al., 2016; ZANI et al., 2015).

Segundo os artigos, com base nas diretrizes atuais, é recomendada a diminuição do tempo de jejum pré-operatório com líquidos claros e bebidas ricas em carboidrato até 2 horas antes de cirurgias eletivas ou outros procedimentos que requerem anestesia, e em relação a essa bebida a base de carboidratos, a maltodextrina é a mais discutida nos estudos, os quais baseados em evidências provaram que o volume residual após ingestão dessa solução isolada ou combinada com glutamina até mesmo 120min antes da cirurgia é semelhante ao do volume residual do jejum convencional, tal conduta não apresentou riscos de broncoaspiração que é considerada uma das principais justificativas para realização do jejum, destacando as vantagens de tal prática, como o conforto, segurança e redução das complicações no pré, intra e pós-operatório (GOMES et al., 2017; IBELLONI; POMBO; MORAIS FILHO, 2015; ZANI et al., 2015; GAVA et al., 2016; ABDULLAH; MAQBALI, 2016; GAWECKA; MIERZEWSKA, 2014).

O estudo realizado por Gomes et al. (2017) confirma a informação relatada acima, revelando que o uso de soluções a base de carboidratos e em tempo reduzido resultam em baixo volume residual que não constituem riscos aos pacientes, apresentando que 8 horas de jejum resultaram em 13,56 mL de resíduo, enquanto que a ingestão de maltodextrina 2 horas antes do procedimento resultou em 16,32 mL e a maltodextrina + glutamina resultou em 15,63 mL, onde a diferença apresentada é considerada insignificante em relação ao jejum convencional, e levando-se em consideração a condição do paciente antes e após os procedimentos, é comprovado os benefícios que essa prática oferece (GOMES et al., 2017).

Dentre quatorze estudos incluídos nessa categoria, apenas três não abordam diretamente o tempo e a dieta do paciente em relação ao jejum pré-operatório, no entanto, abordam a necessidade da equipe de enfermagem rever suas condutas em relação à assistência ofertada ao paciente em cuidado pré-operatório e destaca dentre as condutas, o jejum, que o classifica como importantes estudos na composição dessa categoria (RIEGEL et al., 2014; MATA; FERREIRA; CARVALHO, 2013; SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

Cabe destacar que os estudos incluídos nessa categoria desta revisão salientam que o tempo de jejum prolongado e a dieta zero nesse período favorecem riscos aos pacientes que são submetidos, tais como estresse, resistência à insulina, irritabilidade, náuseas, vômitos, cefaléia, fome, sede, desconforto, maior tempo de hospitalização, ansiedade que pode resultar em aceleração dos batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial, sudorese, tremores e respiração intensa. O jejum prolongado também pode ocasionar tensão muscular, desnutrição, desidratação, regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico, alteração da função pulmonar e redução da força muscular, por exemplo, dessa forma destaca-se a necessidade de uma reavaliação nas condutas relacionadas ao tempo de jejum pré-operatório (IBELLONI et al., 2014).

O jejum pré-operatório é definido como uma medida importante para prevenir complicações pulmonares, vômitos, regurgitação e aspiração do conteúdo gástrico, administração de várias drogas para reduzir a acidez gástrica e volume do conteúdo, porém, com base nas evidências científicas essa prática requer atualização dos profissionais a respeito do tempo que é recomendado ao paciente para manter-se em jejum antes do procedimento cirúrgico, bem como maior atenção às complicações associadas ao tempo prolongado (LUDWIG et al., 2013; XU et al., 2017; GAVA et al., 2016; GOMES et al., 2017; IBELLONI; POMBO; MORAIS FILHO, 2015; ZANI et al., 2015; ABDULLAH; MAQBALI, 2016; WOOD et al., 2016; ABEBE et al., 2016; GEBREMEDHN; NAGARATNAM, 2014; GAWECKA; MIERZEWSKA, 2014).

Um período de jejum de 6 a 8 horas de sólidos e líquidos é a conduta tradicional no processo de preparação pré-operatória, períodos longos de jejum em dieta zero, segundo as evidências científicas e protocolos atuais, e é considerado uma prática antiga e que representa riscos a saúde do paciente, podendo levar desde o desconforto a possíveis morbidade em pacientes cirúrgicos. (ZANI et al., 2013; ABDULLA; MAQBALI, 2016).

Outras literaturas também refletem essa necessidade de mudanças nas condutas adotadas em relação ao jejum, e trazem informações importantes e baseando em evidências

como, por exemplo, o projeto Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória, denominado ACERTO, destacando que o tempo de jejum para sólidos deve ser mantido, mas que existe a necessidade dessa reavaliação quanto ao tempo e a dieta zero do paciente cirúrgico, e traz as bebidas a base de carboidratos e outras condutas para serem adotadas como opção de melhorar essa assistência (NASCIMENTO, 2016).

Tradicionalmente os pacientes que serão mantidos em jejum a partir da meia-noite antes da cirurgia, justifica-se como uma medida para evitar a aspiração durante a anestesia, que atualmente é pouco frequente, mas ainda exige cuidados especiais para sua prevenção, no entanto, estudos realizados com redução do tempo de jejum e ingestão de líquidos claros (água, chá e sucos sem resíduos) e bebidas ricas em carboidrato até poucas horas antes de cirurgias eletivas ou outros procedimentos que requerem anestesia para melhorar a qualidade ao atendimento, segurança e saúde do paciente afirmam que os riscos são baixos e destacam inúmeros benefícios ao paciente conforme citados anteriormente (LUDWIG et al., 2013; WOOD et al., 2016).

Aspectos que refletem esse avanço estão nos estudos realizados com grupos de pacientes que foram submetidos a diversos procedimentos cirúrgicos em que as soluções a base de carboidratos foram adicionadas ao jejum do paciente, como medida de reduzir esses efeitos gerados pelos longos períodos de dieta zero.

A ingestão de líquidos como a maltodextrina, como citada no estudo de Zani et al. (2015), em cirurgias de porte médio e grandes a ingestão dessas soluções modulam a resposta metabólica ao trauma, pois os resultados obtidos afirmam que por meio dessa prática ocorreu a diminuição da resistência à insulina, atenuando, assim, o consumo de nitrogênio (proteína) e, conseqüentemente ocorreu a redução da perda de força e função de músculo esquelético, pois a atuação positiva no balanço do nitrogênio, resulta na preservação da força muscular e na redução de complicações pós-operatórias.

Essa informação também é comprovada pelo estudo de Gava et al. (2016), que também afirmou na sua pesquisa que a abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com bebida contendo carboidrato melhora a função muscular no período perioperatório.

Em relação ao tempo prolongado, do ponto de vista metabólico, os longos períodos de dieta zero acarretam diminuição dos níveis de insulina, aumento de glucagon, aumento da resistência à insulina, sede, fome e irritabilidade, bem como a desidratação, entre outras reações adversas o que pode perdurar pelo período de até três semanas após a operação (XU et al., 2017; ABDULLAH; MAQBALI, 2016).

De fato, as evidências científicas comprovam claramente que a adoção de ingestas de soluções, seja de líquidos claros ou a base de carboidratos na noite anterior e até duas horas antes dos procedimentos cirúrgicos mostraram que a ingestão de líquidos é segura e não interfere no risco de aspiração, regurgitação e mortalidade quando comparados ao jejum de horas exageradas e muitas vezes considerado desumanos ao paciente (LUDWIG, 2013).

5.2.3 Cessação do tabagismo no pré-operatório

O **quadro 03** a seguir apresentam a síntese dos estudos incluídos nesta revisão integrativa para compor a categoria cessação do tabagismo no pré-operatório, analisados com base nos objetivos, resultados e conclusões.

Foram incluídos o total de seis artigos, quatro escritos em inglês e dois em português. Abordaram a necessidade do paciente interromper o uso do tabaco a fim de reduzir complicações associadas à ferida cirúrgica, risco de infarto do miocárdio, tempo de permanência prolongado nos serviços de saúde, necessidade de ventilação mecânica, melhorar a cicatrização da FO e até mesmo reduzir o risco de morte, bem como a importância da participação do profissional como incentivador.

Quadro 03 - Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a cessação do tabaco no pré-operatório, segundo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões obtidos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Descritores: “Assistência perioperatória” AND “tabaco” Total de artigos: 64 Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017 Total após o filtro: 15 Total utilizado: 04		Descritores: “Assistência perioperatória” AND “abandono do uso de tabaco” Total de artigos: 16 Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017 Total após o filtro: 06 Total utilizado: 02			
TÍTULO	ANO/ BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
1. <i>The Effectiveness of a Perioperative Smoking Cessation Program: A Randomized Clinical Trial</i> (LEE et al., 2013)	2013 MEDLINE	Determinar se uma intervenção pragmática de cessação do tabagismo perioperatória projetada para uma clínica de pré-admissão seria bem sucedida na redução das taxas de tabagismo e complicações pós-operatórias e pós-operatórias imediatas.	Estudo controlado randomizado Entre outubro de 2010 e abril de 2012, com 168 pacientes, sendo o grupo controle que não recebeu informações para cessar o tabagismo (84 pacientes) e o grupo de intervenção que foi aconselhado parar de fumar (84 pacientes)	A cessação do tabagismo ocorreu em 12 pacientes (14,3%) no grupo de intervenção, em comparação com 3 pacientes (3,6%) no grupo controle. A taxa global de complicações intraoperatórias e pós-operatórias combinadas não foi significativamente diferente entre os grupos de intervenção e controle (13,1% e 16,7%). No seguimento de 30 dias pós-operatório, a cessação do tabagismo foi relatada em 22 pacientes (28,6%) no grupo de intervenção, em comparação com 8 pacientes (11%) no grupo controle.	A intervenção para promover a cessação do tabagismo aos pacientes cirúrgicos, pelo menos 3 semanas no pré-operatório, resultou em bons resultados e taxas reduzidas de complicações no dia da cirurgia que foram sustentados aos 30 dias pós-operatório. Além disso, os pacientes permaneceram menos tempo no hospital após o procedimento, e, dessa forma, pecebe-se a necessidade do trabalho em equipe.
2. Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas (CAVICHIO et al.,	2014 LILACS	O estudo objetivou buscar evidências científicas sobre o tempo requerido para interrupção do tabagismo no pré-operatório para a redução de complicações na cicatrização da ferida	Revisão integrativa, nas bases de dados <i>LILACS</i> , <i>MEDLINE</i> , dos 81 estudos elegíveis, 12 foram incluídos.	Dez estudos avaliados mostraram que a cessação do tabagismo por um período mínimo de quatro semanas é benéfica para a redução de complicações da cicatrização de feridas cirúrgicas	Dos 81 estudos elegíveis, 12 foram incluídos. Evidenciou-se que o tempo de cessação do tabagismo necessário para redução de complicações de cicatrização é de no mínimo quatro semanas

2014)		cirúrgica.			
3. <i>The stop smoking before surgery program</i> (BOTTORFF et al., 2016)	2016 MEDLINE	Este estudo teve como objetivo examinar o impacto de um programa <i>Stop Smoking Before Surgery</i> (SSBS) – (Parar de fumar antes da cirurgia) em uma instituição de saúde onde a responsabilidade pelos serviços cirúrgicos é compartilhada por profissionais e dessa forma examinar o impacto do programa.	Avaliação intercalar com método misto, foi realizada utilizando levantamentos e entrevistas transversais através do programa <i>SSBS</i>	Os participantes que receberam informações sobre parar de fumar antes da cirurgia apresentaram redução do tabagismo, e tiveram maior consciência sobre as complicações perioperatorias do que aqueles que foram avisados para parar de fumar antes da implementação do <i>SSBS</i> .	Este método de estudo teve sucesso limitado, sendo necessárias estratégias adicionais para garantir que todo paciente cirúrgico que fuma receba informações sobre os benefícios de sair da cirurgia e estar ciente dos recursos de cessação disponíveis.
4. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica (STEYER et al., 2016)	2016 LILACS	Analisar o perfil clínico, os diagnósticos e os cuidados de enfermagem estabelecidos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.	Estudo transversal com 143 pacientes. Os dados foram coletados retrospectivamente entre 2011-2012 no prontuário eletrônico	Quanto ao status tabágico, os fumantes apresentaram mais distúrbios ventilatórios quando comparados aos não-fumantes e fumantes em abstinência ($p < 0,05$). Além do que, o status tabágico tende a estar associado com a ansiedade/depressão ($p = 0,05$).	Na categoria tabagismo os fumantes apresentaram mais distúrbios ventilatórios quando comparados aos não-fumantes ou aos fumantes em abstinência, sendo imprescindível que esses pacientes sejam orientados e tratados para a cessação do tabagismo antes do procedimento cirúrgico.
5. <i>Impact of Smoking Cessation Counseling Prior to Total Joint Arthroplasty</i> (AKHAVAN et al., 2017)	2017 MEDLINE	Avaliar a eficácia do aconselhamento pré-operatório sobre cessação do tabagismo para pacientes submetidos à artroplastia total eletiva.	Pesquisa realizada com trinta fumantes que apresentavam com osteoartrite.	As taxas de cessação do tabagismo a curto e a longo prazo foram avaliadas. Trinta pacientes foram matriculados; 21 pacientes (70%) passaram o teste de monóxido de carbono, enquanto 9 pacientes (30%) falharam ou não acompanharam um teste de CO. Dezoito dos 21 pacientes (86%) que deixaram de fumar foram submetidos a cirurgia e 14	A equipe desempenha um papel importante oferecendo um momento de ensino e motivando essa mudança de comportamento e redução de complicações. Os pacientes que cessaram o tabagismo perioperatório reduziram as complicações cirúrgicas, incluindo cicatrização de feridas, infecção, infarto do miocárdio, tempo de permanência prolongado, necessidade

				pacientes tiveram cirurgia dentro de 6 meses de abstinência tabágica. Nove dos 14 pacientes (64%) permaneceram livres de fumo 6 meses confirmados no pós-operatório por meio de questionário telefônico.	de ventilação mecânica e morte.
6. <i>Interventions for preoperative smoking</i> (THOMSEN T.; VILLEBRO, 2014)	2014 MEDLINE	Avaliar o efeito da intervenção pré-operatória de tabagismo na cessação da cirurgia e nos 12 meses pós-operatórios e na incidência de complicações pós-operatórias.	Revisão no registro especializado do <i>Cochrane Tobacco Addiction Group</i> por meio de Ensaios controlados aleatórios.	Foram utilizados oito ensaios que registraram um total de 1156 pessoas que preencheram os critérios de inclusão, e com base nos resultados ao reunir separadamente as intervenções intensivas e breves, apenas a intervenção intensiva manteve um efeito significativo na cessação do tabagismo a longo prazo e para intervenções breves, o efeito não foi estatisticamente significativo, mas não descartam um efeito para qualquer complicação da feridas.	Há evidências de que as intervenções pré-operatórias de tabagismo, incluindo a terapia de reposição da nicotina (NRT) aumentam a cessação do tabagismo a curto prazo e podem reduzir a morbidade pós-operatória. Com base em comparações indiretas e evidências de dois pequenos ensaios, as intervenções que começam quatro a oito semanas antes da cirurgia, e incluem aconselhamento semanal e uso de NRT são mais propensos a ter um impacto sobre as complicações e a cessação do tabagismo a longo prazo.

Dados da pesquisa realizada nos bases de dados obtidos mediante descritores disponíveis no DECS para seleção de artigos para compor essa revisão integrativa. Campina Grande, PB. 2018.

A primeira pesquisa desta categoria, foi um estudo realizado no norte da Colômbia Britânica, que buscou avaliar o impacto de um programa denominado “*Parar de fumar antes da cirurgia*” (*Stop smoking before surgery*), que tem por objetivo aumentar a conscientização dos pacientes sobre os benefícios do abandono na cirurgia, aumentar o número de profissionais de saúde que fornecem intervenções para apoiar a cessação entre pacientes cirúrgicos, e aumentar a número de pacientes que deixaram de fumar para a cirurgia. O estudo expõe como resultados que pacientes que foram orientados por um profissional de saúde sobre a necessidade e benefícios para parar de fumar apresentaram maior índice de adesão à abstinência. No entanto o estudo destaca que, com base nas entrevistas, não houve alteração significativa entre o grupo de participantes que relataram ser aconselhados a parar de fumar antes da cirurgia do grupo dos que não foram aconselhados (BOTTORFF et al., 2016).

Segundo os estudos incluídos nessa categoria, foi identificado que fumantes apresentam mais distúrbios ventilatórios quando comparado aos não-fumantes e fumantes em abstinência. Verificou-se também que os fumantes apresentam maior tendência na associação do tabagismo com a ansiedade/depressão comparados também a não-fumantes e aos fumantes em abstinência (STEYER et al., 2016; SINA et al., 2017; THOMSEN; VILLEBRO; MOLLER, 2014; LEE et al., 2013,).

Segundo o estudo de Thomsen et al. (2014), é relatado que existem evidências de que as intervenções pré-operatórias de tabagismo, incluindo a terapia de reposição da nicotina (NRT) aumentam a cessação do tabagismo a curto prazo e, conseqüentemente, reduzem as morbidades pós-operatória, no entanto não foram encontrados outros estudos recentes sobre a temática.

Apenas um estudo analisou na íntegra o tempo requerido para interrupção do tabagismo no pré-operatório para a redução de complicações na cicatrização da ferida cirúrgica e observou que o tempo necessário é de, no mínimo, quatro semanas, no entanto, outros estudos no decorrer do texto fazem citações ao tempo necessário para cessar o tabagismo antes do procedimento cirúrgico, corroborando a informação supracitada (CAVICHIO et al., 2013).

Cabe destacar que seis estudos destacam que a participação do profissional na orientação do paciente sobre a necessidade de cessar o uso do tabaco no período pré operatório é primordial para alcançar os objetivos, e reduzir as comorbidades pré-operatórias, intra e pós-operatórias (STEYER et al., 2016; SINA et al., 2017; THOMSEN; VILLEBRO; MOLLER, 2014; LEE et al., 2013; BOTTORFF et al., 2016; CAVICHIO et al., 2013).

A cessação do tabagismo é considerada um importante elemento para aperfeiçoar os resultados cirúrgicos, pois reduzem as complicações pré-operatórias, intra e pós-operatórias. No entanto, autores destacam que a implementação de medidas para cessação do tabagismo pré-operatório é considerada um desafio para os profissionais de saúde, principalmente quando associada a pacientes que tem um longo histórico de uso do tabaco (BOTTORFF et al., 2016).

O tabagismo, segundo a Organização Mundial da Saúde, é a principal causa de óbitos potencialmente evitáveis em todo o mundo, e medidas para erradicação do uso do tabaco podem ajudar a evitar que milhões de pessoas adoeçam e morram de doenças relacionadas a essa droga (OMS, 2017).

Os fumantes apresentam risco aumentado de complicações pós-operatórias, sendo que a intervenção pré-operatória reduz a incidência e pode constituir uma excelente oportunidade para cessação do tabagismo total (THOMSEN; VILLEBRO; MOLLER, 2014).

Propiciar uma conversa com o paciente sobre a necessidade de parar de fumar antes da cirurgia tem se mostrado eficaz, além de aumentar a receptividade e externar as preocupações dos profissionais de saúde em expor os benefícios que podem resultar e proporcionar a recuperação desse paciente, para otimizar os resultados cirúrgicos e reduzir as complicações.

Para que isso seja possível, a orientação da equipe é primordial. Estudos revelam que cerca de metade dos pacientes desconhecem os benefícios da cessação do tabagismo e muitos não associam o fumo como fator de risco para complicações de procedimentos cirúrgicos (BOTTORFF et al., 2016; LEE et al., 2013).

Os malefícios causados pelo hábito de fumar são diversos, dentre eles, destaca-se o distúrbios ventilatórios como, por exemplo, a síndrome da apneia e pipoapneia obstrutiva do sono, infarto do miocárdio e outras doenças cardiopulmonares, ansiedade, necessidade de ventilação mecânica, atraso na cicatrização, ISC, entre outras (STEYER et al. 2016; LEE et al., 2013;SINA et al., 2017).

Percebe-se a necessidade da prevenção de início e cessação do tabaco como medidas benéficas na redução das comorbidades, complicações e mortalidade, cabendo aos profissionais de saúde detectar, orientar e tratar o paciente sob este risco (STEYER et al. 2016).

O cigarro possui substâncias vasoconstrictoras, que comprometem a circulação dos pacientes, diminuindo o calibre dos vasos, e dessa forma restringe o aporte sanguíneo, com conseqüente evolução para a morte celular. A nicotina também age prejudicando o transporte

de oxigênio pelas hemácias em virtude da concentração de monóxido de carbono, e dessa forma resulta na redução da hemoglobina para o transporte do oxigênio, impede a liberação do monóxido de carbono e inibe a migração dos fibroblastos que se acumulam nas bordas das feridas, ocasionando demora no fechamento e cicatrização (CAVICHIO et al., 2013).

Levando em consideração o mecanismo da cicatrização que envolve uma cascata de eventos celulares e moleculares para resultar na reconstrução tecidual, essa alteração na rede vascular ocasionada pelas substâncias do tabaco, resultará em uma desordem nesse mecanismo e dessa forma expõe o indivíduo a complicações na ferida operatória e em outros órgãos e sistemas (CAVICHIO et al., 2013).

Bettorff et al. (2016) destacam em seu estudo, o programa SSBS desenvolvido pela *Canadian Cancer Society, BC Cancer Agency e Northern Health*, que tem por objetivo aumentar a conscientização dos pacientes sobre os benefícios do abandono na cirurgia, aumentar o número de profissionais de saúde que fornecem intervenções para apoiar a cessação entre pacientes cirúrgicos, e aumentar o número de pacientes que deixaram de fumar para a cirurgia, esse programa constitui uma importante medida para orientar e ajudar o paciente, portanto, percebe-se a necessidade do profissional apresentar-se mais ativo nos cuidados pré-operatório dispensados ao paciente, a orientação bem elaborada constitui uma excelente ferramenta na redução de complicações operatórias, otimizando a recuperação (LEE, S. M. et al., 2013, BOTTORFF, J. L. et al., 2016).

Dessa forma, é necessário que, para otimizar os resultados, o paciente apresente um período mínimo de cessação no tabaco, no pré e pós operatório, a fim de otimizar os resultados benéficos.

Diante do que foi apresentado, os estudos não exploram o tempo ideal de interrupção pré-operatória do tabagismo, mas duas pesquisas reforçam que é de no mínimo quatro semanas para que ocorra a restauração dos níveis de oxigênio nos tecidos e redução do impacto negativo causados pelas substâncias que compõe o cigarro. Um tempo inferior a quatro semanas, ressalta que essa conduta seja mantida no pós-operatório no mínimo por quatro semanas também (CAVICHIO, B. V. et al., 2013, LEE, S. M. et al., 2013).

5.2.4 Controle glicêmico no pré-operatório

Os estudos apresentados no **quadro 4** a seguir, abordaram a síntese dos artigos incluídos nessa categoria, que se refere ao controle glicêmico no período pré-operatório. Nessa categoria a amostra foi composta por três, sendo um publicado na língua inglesa e dois em português.

Os estudos incluídos abordaram a relação entre a estratégia de controle glicêmico e sua relação com infecções do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias e identificação das lacunas no conhecimento já produzido a respeito da temática.

Quadro 04 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre o controle glicêmico, segundo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões obtidos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Descritores: “Enfermagem perioperatória” AND “Índice glicêmico” Total de artigos: 02 Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017 Total após o filtro: 02 Total utilizado nesta revisão: 02		Descritores: “Assistência perioperatória” AND “Índice glicêmico” Total de artigos: 12 Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017; hiperglicemia; glicemia Total após o filtro: 07 Total utilizado nesta revisão: 01			
TÍTULO	ANO/ BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
1. Estratégias de controle glicêmico e a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico: revisão sistemática (DOMINGOS; LIDA; POVEDA, 2016)	2016 LILACS	Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o controle glicêmico e a relação com a infecção do sítio cirúrgico (ISC)	Revisão sistemática da literatura com amostra de oito ensaios clínicos randomizados	Apesar da diversidade de intervenções testadas, os estudos concordam que o controle glicêmico é essencial para reduzir as taxas de ISC e deve ser mantido entre 80 e 120 mg / dl durante o período perioperatório período. A infusão contínua de insulina durante a cirurgia foi a mais testada e parece obter melhores resultados na redução das taxas de ISC.	Controle glicêmico rigoroso durante o perioperatório beneficia a recuperação de pacientes cirúrgicos.
2. Controle glicêmico no perioperatório: evidências para a prevenção de sítio cirúrgico (FREITAS et al., 2013)	2013 LILACS	Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o controle glicêmico para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico no perioperatório	Revisão integrativa da literatura com 26 estudos primários	Redução na taxa de infecção de sítio cirúrgico, mortalidade e tempo de internação hospitalar quando realizado o controle glicêmico.	Conclui-se que ainda não há evidências suficientes para delimitar o melhor nível de glicose alvo e o regime ideal para o controle glicêmico no perioperatório, devido aos diferentes delineamentos de pesquisa dos estudos incluídos.
3. <i>Importance of perioperative glycemic control in general surgery: a report from the</i>	2013 MEDLINE	Avaliar a relação de hiperglicemia perioperatória e administração de insulina nos	Estudo de coorte retrospectivo, registros de internação de 2005 a 2010 em 47 hospitais com um total de	Pacientes com hiperglicemia tiveram um risco significativamente aumentado de infecção, intervenções reoperatórias e morte. O risco aumentado de resultados ruins foi	A avaliação perioperatória da glicose e a administração de insulina em pacientes com hiperglicemia são alvos de qualidade importantes.

<i>Surgical Care and Outcomes Assessment Program.</i> (KNON et al, 2013)		resultados em operações eletivas de colon / retal e bariátrica.	11.633 pacientes	observado tanto para pacientes com e sem diabetes. Aqueles com hiperglicemia no dia da cirurgia que receberam insulina não apresentaram aumento significativo nas infecções, intervenções reoperatórias ou óbitos.	
---	--	---	------------------	--	--

Dados da pesquisa realizada nos bases de dados obtidos mediante descritores disponíveis no DECS para seleção de artigos para compor essa revisão integrativa. CampinaGrande, PB. 2018.

O primeiro artigo é um estudo de revisão sistemática que abordou oito estudos a respeito da temática, os quais destacaram o controle glicêmico como um aspecto importante a ser observado no paciente em cuidados pré-operatório como medida de prevenção de complicações no pós-operatório e que deve ser mantido entre 80 e 120 mg/dL durante o perioperatório. Neste mesmo estudo, destaca que a infusão intravenosa de insulina no intraoperatório apresentou melhores resultados na redução das taxas de ISC e sucesso no controle glicêmico (DOMINGOS et al., 2016).

Outro estudo baseado em uma revisão integrativa que agregou 26 artigos sobre o controle glicêmico e sua relação com a ISC, evidenciou que ocorreu redução na taxa de infecção, mortalidade e tempo de internação hospitalar quando realizado o controle glicêmico. No entanto, mesmo com uma amostra maior que o estudo anterior, os autores destacam que ainda não há evidências suficientes para delimitar o melhor nível de glicose alvo e o regime ideal para o controle glicêmico no perioperatório (FREITAS et al, 2016).

O terceiro estudo foi desenvolvido com pacientes que foram submetidos a cirurgias colorretais/bariátricas e os resultados apresentaram que após o controle de fatores clínicos, aqueles que apresentavam hiperglicemia consequentemente tiveram um risco significativamente aumentado de infecção, intervenções reoperatórias e morte. No entanto, os pacientes com hiperglicemia no dia da cirurgia que receberam insulina não apresentaram aumento significativo nas infecções, intervenções reoperatórias ou óbitos, quando comparados aos que não receberam esse controle. No estudo foi encontrado uma relação dose-efeito entre a eficácia do controle de glicose relacionado com a insulina (pior 180-250 mg / dL, melhor <130 mg / dL) e desfechos adversos (KWON et al., 2013).

Os estudos destacam também que o quadro de hiperglicemia pode ocasionar comorbidades ao paciente cirúrgico, tais como deiscências, fístulas, bacteremia, falência renal, infecções além da FO, da corrente sanguínea e trato urinário (DOMINGOS et al., 2016; FREITAS et al, 2016).

Cabe destacar que o quantitativo de estudos relevantes e atuais sobre essa temática é insuficiente, o que justifica o número reduzido de estudos para essa categoria.

O controle da glicose, com base nos estudos analisados é considerado um importante aspecto a ser observado no paciente cirúrgico; o aumento dos índices glicêmicos tem sido associado à ISC, e, no entanto, ocupa uma medida preventiva de grande relevância na assistência ao paciente (DOMINGOS et al., 2016; FREITAS et al, 2016).

Estudos destacam que esse controle glicêmico rigoroso é ideal para redução da incidência de ISC, morbimortalidade e custos durante a internação hospitalar, visto que pacientes que são acometidos por alguma complicação operatória, conseqüentemente aumenta sua estadia e dependência nos serviços de saúde (DOMINGOS et al., 2016; THOMPSON, 2016).

Outro estudo incluído nessa discussão destaca o mecanismo que ocorre na hiperglicemia, onde os períodos de elevação da glicose associam-se à aceleração da glicosilação e à desativação de imunoglobulinas e do componente C3 do complemento, provocam uma disfunção endotelial, aumento da trombogênese, distúrbios hidroeletrólíticos com diurese osmótica, alterações no sistema imune, entre outras complicações (GEBRIM et al. 2014).

O índice glicêmico é considerado por alguns estudos como adequado se estiver entre 80 e 120 mg/dL, ou no pós-operatório em que o limiar glicêmico deve estar ≤ 200 mg/dL para reduzir complicações (DOMINGOS et al., 2016; FREITAS et al., 2016).

Esse controle rigoroso tem proporcionado o aumento da sobrevida dos pacientes, assim como a diminuição de complicações, seja no paciente que já é diabético ou não. No entanto, os estudos revelam que muitas questões em relação ao assunto ainda não se tem respostas significativas, e dessa forma percebe-se a necessidade de mais estudos sobre a temática (FREITAS et al, 2016; GEBRIM et al., 2014).

Estudos destacam o rigoroso controle glicêmico nas cirurgias colorretais, por tratar-se de um local que fisiologicamente já possui uma carga microbiana considerável. Os pacientes que apresentam índice glicêmico superior a 140 mg / dL foi associada em três vezes maior a taxa de infecção no local cirúrgico comparado com aqueles com glicosídeos pós-operatório menores do que 140 mg / dL, o que exige maior atenção dos profissionais em relação a esses tipos de procedimentos e o controle glicêmico (KWON et al., 2013; THOMPSON et al., 2013).

Desse modo, percebe-se que quadros de hiperglicemia em pacientes cirúrgicos são associadas a desfechos adversos, seja diabético ou não.

No segundo estudo, realizado por Kwon et al. (2013), pacientes que apresentaram hiperglicemia e receberam insulina, conseqüentemente reduziram os riscos maiores como infecções, reoperações e óbitos até mesmo em comparação com os pacientes que apresentavam índices glicêmicos dentro dos parâmetros de normalidades. Assim, a avaliação perioperatória da glicose e a administração de insulina em pacientes com hiperglicemia são

alvos de qualidade importantes na assistência ao paciente e redução das comorbidades associadas.

Portanto, os dados apresentados nessa revisão integrativa não chegaram a um valor exato para o índice glicêmico ideal, mas sugerem que seja ≤ 200 mg/dL, se manter o controle dos índices glicêmicos no paciente perioperatório, contribuindo para redução das comorbidades e infecções associadas, e dessa forma com resultados positivos na recuperação do paciente.

5.2.5 Preparo do intestino no pré-operatório

O **quadro 05** a seguir, aborda o preparo intestinal no pré-operatório. Os estudos incluídos nessa categoria abordaram a necessidade da realização de preparo intestinal no pré-operatório e as soluções mais adequadas para realização deste procedimento.

Assim, após a seleção dos filtros, foram selecionados cinco artigos para amostra desta temática, sendo quatro escritos em inglês e um em espanhol.

Quadro 05 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre o preparo intestinal, segundo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões obtidos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

DESCRITORES: “Cuidados pré-operatório” AND “enema”		DESCRITORES: “Cuidado pré-operatório” AND “colonoscopia”			
Total de artigos: 349		Total de artigos: 17			
Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017		Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017; hiperglicemia; glicemia			
Total após o filtro: 34		Total após o filtro: 04			
Total utilizado nesta revisão: 04		Total utilizado nesta revisão: 01			
TÍTULO	ANO/BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	DISCUSSÃO
1. <i>Alteraciones electrolíticas asociadas a los métodos utilizados para la limpieza intestinal preoperatoria en niños</i> (CASTRO, 2016).	2016 LILACS	Descrever as alterações eletrolíticas associadas aos métodos usados para limpeza intestinal pré-operatória em crianças e identificar qual é o mais seguro.	Estudo quantitativo, não experimental-transversal e retrospectiva, realizado com 101 crianças que foram submetidas a cirurgias colorretal.	Foram utilizados cinco métodos de limpeza intestinal utilizados, enemas e irrigações com solução salina mais neomicina 0,25%, fosfato oral, solução salina por SNG e polietilenglicol. O mais utilizado foi o fosfósido oral (n = 46) com crianças de mais de 10 kg. A permanência hospitalar pré-operatória destinada à limpeza intestinal foi de três dias.	É importante adaptar a limpeza intestinal a cada criança, considerando o peso, a dieta e as patologias e procedimentos cirúrgicos e de acordo com essas informações pode-se determinar a forma mais segura de prevenir complicações.
2. <i>Education for Ward Nurses Influences the Quality of Inpatient's Bowel Preparation for Colonoscopy</i> (LEE et al., 2015)	2015 MEDLINE	Avaliar o impacto da educação de enfermeira na qualidade da preparação intestinal de pacientes internados.	Estudo prospectivo, duplo-cego, não aleatório e controlado, 205 pacientes, divididos em um grupo controle com 102 pacientes que não receberam orientações, e 103 pacientes no grupo orientação, que receberam informações antes da preparação intestinal.	Pacientes que receberam instruções de enfermeiras demonstraram maior conformidade com instruções, maior satisfação e melhor qualidade de preparação intestinal. A ansiedade foi reduzido nesses pacientes. A percepção positiva dos paciente em relação cuidados de enfermagem tem sido associada a resultados positivos na assistência ofertada.	A educação para enfermeiras pode ser uma estratégia útil para melhorar a qualidade da preparação intestinal

<p>3. <i>Rectal enema is an alternative to full mechanical bowel preparation for primary rectal cancer surgery.</i></p> <p>(PITTET Et al., 2015)</p>	<p>2015 MEDLINE</p>	<p>O objetivo do presente estudo foi determinar se um enema retal pré-operatório (RE) pode ser uma alternativa à preparação mecânica do intestino (MBP).</p>	<p>Análise de 96 pacientes de coorte acompanhados submetidos à ressecção retal com anastomose primária e ileostomia protetora em dois hospitais de ensino universitário diferentes</p>	<p>O vazamento anastomático ocorreu em 10% dos pacientes com MBP e em 8% com RE</p>	<p>Uma enema retal simples antes da cirurgia retal parece não estar associada a mais complicações infecciosas pós-operatórias nem a uma maior morbidade geral do que a preparação mecânica do intestino.</p>
<p>4. <i>Preoperative Mechanical Bowel Preparation for Abdominal, Laparoscopic, and Vaginal Surgery: A Systematic Review.</i></p> <p>(ARNOLD; AITCHISON LP; ABBOTT J, 2015)</p>	<p>2015 MEDLINE</p>	<p>Avalia o uso de preparação mecânica do intestino (MBP) pré-operatório em comparação com nenhuma MBP em pacientes adultos submetidos a cirurgia abdominal, laparoscópica ou vaginal aberta.</p>	<p>Revisão sistemática Com busca nas bases de dados Medline, EMBASE, PubMed, Cochrane Library Central e Google Scholar</p>	<p>Quarenta e três estudos foram identificados em várias especialidades cirúrgicas Os estudos ginecológicos não relataram nenhum benefício para preparação mecânica do intestino, e quanto a cirurgias colorretal e urológica foram alimentados por morbidade infecciosa e vazamento de anastomose e não demonstraram resultados melhorados do paciente.</p>	<p>Evidências de ensaios de alta qualidade relataram nenhum ou poucos benefícios na preparação mecânica do intestino ou enema retal em especialidades cirúrgicas.</p>
<p>5. <i>The comparison of saline enema and bisacodyl in rectal preparation before anorectal surgery</i></p> <p>(AMOUZESHI et al., 2015)</p>	<p>2015 MEDLINE</p>	<p>comparar o enema salino e o bisacodil na preparação retal antes da cirurgia anorretal.</p>	<p>ensaio clínico randomizado. Setenta e nove pacientes hospitalizados para cirurgia anorretal (hemorróidas, fissuras e fístula), 38 pacientes receberam solução salina com 500 por enema retal e 41 comprimidos de bisacodilo</p>	<p>Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos na maioria das variáveis, exceto pela dor após a primeira defecação (P = 0,032).</p>	<p>A administração de comprimidos de bisacodil resultou em menos dor na primeira defecação pós-operatória em comparação com enema retal. Assim, o bisacodil pode ser sugerido como uma contraparte superior para o enema.</p>

Dados da pesquisa realizada nos bases de dados obtidos mediante descritores disponíveis no DECS para seleção de artigos para compor essa revisão integrativa. Campina Grande, PB. 2018.

O primeiro estudo da amostra foi realizado com 101 crianças de três anos e onze meses a 18 anos utilizando cinco métodos de limpeza intestinal e, de acordo com os resultados, os métodos de limpeza intestinal mais eficaz, que propiciam uma preparação intestinal pré-operatória em menos tempo e maior qualidade, são os enemas, irrigações de soro fisiológico e 0,25% de neomicina, e o uso de fosfato oral (CASTRO, 2016).

A pesquisa de Pittet et al. (2015) destaca que o uso de enemas para o preparo intestinal de pacientes submetidos a cirurgias retais é menos invasivo e mais aceito pelos pacientes; o preparo mecânico do intestino não é contraindicado, no entanto, destaca-se que os agentes de fosfato de sódio oral podem causar hipovolemia e distúrbios metabólicos como hiperfosfatemia, hipocalcemia ou hiponatremia, dentre outros.

O estudo de Arnold et al. (2015) apresenta que os pacientes no período pré-operatório que não receberam nenhum preparo intestinal conseguiram evacuar no pós-operatório em um período inferior aos pacientes que receberam esse tipo de preparo, destacando que existem poucas evidências científicas suficientes que indiquem com clareza a indicação de tal procedimento e os procedimentos a serem realizados, tornando-se fundamental que se revise o uso irrestrito do preparo colônico como procedimento indispensável.

Apenas a pesquisa de Lee et al. (2015) avaliou na íntegra os cuidados dispensados e a importância dos enfermeiros estarem atualizados quanto à realização do preparo intestinal, destacando os fatores de risco que o paciente é exposto as possíveis complicações que tal prática pode ocasionar ao paciente se realizada de forma aleatória e por profissional despreparado.

Com relação ao uso de medicamentos, o estudo de Amouzeshi et al. (2015) evidenciou que o uso de comprimidos de bisacodil para preparo do intestino em comparação a realização de enema, resultou em menos dor na primeira defecação pós-operatória. Assim, o bisacodil pode ser sugerido ao invés do enema para redução da dor no pós-operatório.

Dentre os cinco estudos incluídos, todos destacam a necessidade da avaliação do paciente a fim de determinar o método mais adequado de preparo intestinal, pois não foram encontradas evidências científicas que determinasse o melhor método a ser adotado. Essa conduta vai depender da condição do paciente quando avaliado pelo médico; quanto à equipe de enfermagem é imprescindível estar capacitada, para dessa forma prevenir complicações ao paciente (LEE et al., 2015; AMOUZESHI et al., 2015; ARNOLD et al., 2015; CASTRO, 2016; PITTET et al., 2015).

A preparação intestinal antes dos procedimentos cirúrgicos foi considerada obrigatória por muitos anos, e é realizada a fim de reduzir o risco de deiscências da anastomose intestinal, redução das complicações infecciosas relacionadas à anastomose e à ferida operatória, redução da massa fecal, controle significativo da flora intestinal e também para facilitar o trabalho do cirurgião (FUSCO et al., 2016, CASTRO, 2016). No entanto, estudos recentes questionam a necessidade da limpeza intestinal tornando fundamental que se revise o uso irrestrito do preparo colônico como procedimento indispensável.

A administração de soluções para limpeza intestinal deve ser realizada de forma cautelosa e avaliando a necessidade de acordo com o procedimento, pois tal conduta pode resultar em alterações nos níveis de potássio, que pode ter repercussões importantes na excitação neuromuscular, manifestações clínicas como anomalias no eletrocardiograma, dentre elas as arritmias ventriculares fatais, acidose metabólica ou respiratória; no caso de hipercalemia, fraqueza, cólicas, parestesias, paralisia, doenças respiratórias, íleo paralítico, alcalose metabólica no caso de hipocalemia e hipomagnesemia (CASTRO, 2016).

Os métodos de limpeza intestinal mais eficazes, conseguindo uma preparação intestinal pré-operatória em menos tempo, consistem em enemas, irrigações de soro fisiológico e 0,25% de neomicina, e o uso de fosfato oral; essas soluções também apresentam menos alterações eletrolíticas, no entanto, vale ressaltar que é primordial avaliar as condições do paciente (CASTRO, 2016).

Para a cirurgia do trato intestinal a realização de limpezas colorretais diminuem a taxa de morbidade pós-operatória, em particular as complicações infecciosas pós-operatórias. No entanto, a preparação mecânica do intestino não é bem tolerada pelo paciente, destacando que a realização da limpeza realizada com enema retal no dia anterior à cirurgia não aumenta a morbidade pós-operatória e é bem tolerada pelo paciente (PITTETO et al., 2015).

De acordo com alguns estudos percebe-se a necessidade da capacitação e orientação da equipe de enfermagem, visto que são os profissionais responsáveis pelo procedimento, orientações quanto a realização de forma correta da preparação do intestino, bem como as possíveis complicações que tal prática pode ocasionar no paciente (LEE et al., 2015; PITTET Et al., 2015; FUSCO et al., 2016,).

Cabe destacar os principais fatores que contribuem para uma preparação inadequada do intestino, são presença de constipação, falta de conhecimento do profissional, inconformidades com as instruções de preparação, falta de orientação quanto à dieta e a não ingesta adicional de água. Entende-se, portanto, que tais cuidados competem a equipe de

enfermagem, e quando o profissional não possui conhecimento adequado para realização da prática, aumentam os riscos as complicações (LEE et al., 2015).

5.2.6 Avaliação dos Sinais Vitais (SSVV) no pré-operatório

O **quadro 6** a seguir apresenta a síntese dos estudos selecionados, com base nos seus objetivos, resultados e conclusões

Foram incluídos nessa categoria seis estudos, três escritos em português e três escritos em inglês, abordam a verificação dos sinais vitais nos cuidados pré-operatórios dispensados ao paciente cirúrgico e a importância da equipe de enfermagem na realização desses cuidados.

Quadro 6 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre avaliação dos sinais vitais, segundo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões obtidos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Descritores: “Cuidados de enfermagem” AND “sinais vitais”					
Total de artigos: 227					
Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017					
Total após o filtro: 80					
Total utilizado nesta revisão: 06					
TÍTULO	ANO/ BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADO	CONCLUSÃO
1. <i>Recording signs of deterioration in acute patients: The documentation of vital signs within electronic health records in patients who suffered inhospital cardiac arrest</i> (STEVENSON et al., 2016)	2016 BDENF	Examinar a documentação de sinais vitais em registros eletrônicos.	Estudo retrospectivo baseado em registros eletrônicos de sinais vitais	Havia uma notável falta de completude/ fragmentação das informações nos registros de sinais vitais e conseqüentemente também na realização desses parâmetros.	O estudo identificou deficiências graves na representação de sinais vitais nos prontuários de saúde eletrônicos, com conseqüentes ameaças à segurança do paciente.
2. <i>Vital signs reassessment frequency recommendation</i> (MCGHEE et al., 2016)	2016 MEDLINE	Avaliar os registros e a reavaliação dos sinais vitais	Estudo de revisão com uso de sete artigos.	Os estudos sobre reavaliação dos sinais vitais são limitado e não foram encontrados estudos que norteasse a orientação de como reavaliar esses parâmetros	Os sinais vitais não são consistentemente avaliados, registrados, ou interpretado, o que interfere com intervenções apropriadas e oportunas para a detecção precoce de complicações associadas a condição clínica do pacientes.
3. Registros de enfermagem no período perioperatório KLEIN et al., 2013	2013 Medline	Avaliar os registros de enfermagem no período perioperatório	Estudo quantitativo, com abordagem descritiva, realizado com 110 prontuários	65,4% dos prontuários não apresentaram registros de enfermagem. Apenas 7,3% dos prontuários analisados apresentaram registros sobre a história de saúde do paciente e sobre a sua avaliação	Há escassez de registros de enfermagem no perioperatório, o que compromete o processo de enfermagem. Sugere-se a institucionalização de um instrumento único e sistematizado

				física.	para os registros do perioperatório, estimulando assim um fluxo de informações sobre o procedimento cirúrgico – evento vital para a vida humana.
4. <i>Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge</i> (MATA; FERREIRA; CARVALHO, 2013)	2013 LILACS	Identificar ações de enfermagem no período perioperatório e na preparação de pacientes com prostatectomia para alta.	Estudo transversal, retrospectivo. Os dados foram coletados de registro médico de pacientes submetidos a prostatectomia parcial ou total entre agosto de 2009 e agosto de 2010 no total de 121 pacientes.	Principais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no pré-operatório: avaliação de sinais vitais (55%), administração de medicamentos (52%), ensino quanto ao jejum (50%) e lavagem intestinal (45%). No pós-operatório, avaliação dos sinais vitais (100%), esvaziamento e mensuração de urina em bolsa coletora (100%), curativo de incisão cirúrgica (77%) e avaliação de secreção do dreno de penrose (48%).	O estudo identificou fragilidades no cuidado do paciente, principalmente quanto ao ensino para o cuidado domiciliar.
5. Avaliação de aplicativo digital para o ensino de sinais vitais (PEREIRA et al., 2017)	2017 BDENF	Descrever a avaliação pelo público-alvo de um aplicativo de celular construído para o ensino dos sinais vitais.	Pesquisa metodológica, com base na metodologia de Galvis-Panqueva. Participaram 29 acadêmicos do curso de graduação de enfermagem, que responderam a um instrumento de avaliação do aplicativo	O aplicativo foi bem avaliado pelo grupo de estudantes de enfermagem.	Desse modo, prevê-se que esse recurso será uma alternativa viável para o fortalecimento do processo de aprendizagem.
6. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013)	2013 BDENF	Analisar os cuidados dispensados ao pacientes, no cotidiano da prática profissional, no pré-operatório.	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa	Os resultados mostram que grande parte dos cuidados se refere à orientação do paciente no pré-operatório.	Os cuidados foram direcionados aos aspectos físicos em detrimento do psicológico, em discordância com a metodologia assistencial adotada no hospital.

Dados da pesquisa realizada nos bases de dados obtidos mediante descritores disponíveis no DECS para seleção de artigos para compor essa revisão integrativa. Campina Grande, PB. 2018.

Na classificação dos estudos, quanto ao contexto de importância da acurácia na verificação dos parâmetros de sinais vitais, destaca-se como um pilar na detecção precoce de algum sinal de deteriorização do paciente, e o monitoramento no período pré-operatório é primordial na redução de complicações associadas à assistência (MCGHEE et al., 2016).

Segundo os estudos, a categoria de enfermagem são os profissionais que mais realizam esse procedimento. Dessa forma é imprescindível que estejam qualificados, atenham conhecimento científico acerca do assunto para avaliar o paciente adequadamente e estabelecer um planejamento terapêutico satisfatório e seguro (PEREIRA et al., 2017).

Um estudo destaca que no período pré-operatório as medicações e o estresse gerados antes do procedimento podem promover alterações na pressão arterial e frequência cardíaca, por exemplo, o que exige do profissional maior atenção na verificação desses parâmetros, pois podem resultar no adiamento do procedimento (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

Os estudos abordados nessa categoria apontam para a necessidade de se realizar o registro dos sinais vitais dos pacientes no pré-operatório, pois com base em um estudo aqui elencado, no período pré-operatório, de verificação dos sinais vitais constaram em apenas 55% dos registros, obtendo um aumento no pós-operatório em 100% (MATA; FERREIRA; CARVALHO, 2013; MCGHEE et al., 2016; KLEIN et al., 2013).

Com base na análise e busca de estudos a respeito da temática, verificação e controle dos sinais vitais no pré-operatório, não foi encontrado nenhum estudo que destacasse os padrões ou orientações claras com relação aos parâmetros que devem ser avaliados e monitorados, embora seja uma tarefa básica para os profissionais que assistem os pacientes.

Diante dos cuidados pré-operatórios dispensados ao paciente cirúrgico, destaca-se a verificação e controle dos sinais vitais, que corresponde a mensuração dos parâmetros vitais do paciente, é considerado muito importante no controle e detecção precoce de complicações (RIEGEL et al., 2014; MATA; FERREIRA; CARVALHO, 2013).

Os sinais vitais atuam como indicadores para os profissionais de saúde, manifestações de mudança em qualquer um desses parâmetros avaliados (pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória, temperatura e dor) podem estar associadas a outras alterações fisiológicas, bem como sua aplicabilidade prática é crucial para definir o progresso dos tratamentos desses pacientes. Essa abordagem no pré-operatório é considerado uma medida importante para continuidade do cuidado e redução de riscos ao paciente (PEREIRA et al., 2017; MCGHEE et al., 2016; SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013; SILVA et al., 2013; KLEIN, 2013).

Teixeira et al. (2015) destacam em seu estudo que, em consonância com os parâmetros padronizados para avaliação dos sinais vitais, determina-se como valores fisiológicos para verificação dos sinais vitais, frequência respiratória quando a quantidade de movimentos respiratórios encontra-se no intervalo entre 14-20 incursões respiratórias por minuto, frequência cardíaca entre 60-100 batimentos por minuto, temperatura entre 36,4° e 37,3°, pressão arterial classificada com base nas diretrizes Brasileiras Hipertensão Arterial, e agrupados em normal < 120-< 80mmHg, elevada 120-129 e < 80 mmHg, hipertensão estágio I 130-139 e/ou 80-89, hipertensão estágio II ≥ 140 e/ou ≥ 90 (AHA, 2017; SILVA et al., 2014).

Outros estudos incluídos nessa revisão integrativa destacam que os sinais vitais são os indicadores do estado de saúde do paciente e garante se as funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo estão funcionando corretamente, além de servirem como um elemento de comunicação universal entre os profissionais que presta assistência ao paciente (TEIXEIRA et al., 2015).

Diante disso, a enfermagem é considerada a categoria profissional que mais realiza esse procedimento, destacando que os profissionais de enfermagem devem ser proficientes na aferição dos sinais vitais, esteja qualificada para fazer uso das técnicas corretas na aferição e que se atenham de um vasto conhecimento científico acerca do assunto, de modo a conseguir avaliar o paciente adequadamente e estabelecer um planejamento terapêutico satisfatório e seguro (PEREIRA et al., 2017; MATA, FERREIRA, CARVALHO; 2013).

Embora pareça uma atividade simples, a verificação dos sinais vitais pode interferir na evolução do quadro do paciente, seja ele clínico ou cirúrgico, a verificação dessas medidas auxilia na redução dos riscos, controle do mínimo aceitável, redução de danos desnecessários associados à assistência à saúde, e, através da avaliação rotineira, permite o alcance da qualidade na assistência e da segurança do paciente (TEIXEIRA et al., 2015).

Para mensurar os sinais vitais de forma fidedigna é extremamente importante avaliar as condição fisiológica dos pacientes após a admissão para intervenção cirúrgica. Esse cuidado possibilita uma avaliação do paciente no pré-operatório e detecção precoce de alterações nesses parâmetros que podem comprometer o procedimento e a recuperação do paciente (MATA; FERREIRA; CARVALHO, 2013; MCGHEE et al., 2016).

Diante disso, torna-se imprescindível compreender os fatores que podem influenciar na verificação desses parâmetros, para que se possa refletir a respeito das condutas a serem tomadas e direcionar estratégias para prática segura.

Negligências na avaliação desses parâmetros na assistência pré-operatória predispõe o paciente a complicações adversas que podem comprometer o intraoperatório e o pós-operatório, o registro desses parâmetros é crucial pois permite a comunicação entre equipe, além de emitir comparações.

5.2.7 Controle da hipotermia no pós-operatório

O **quadro 7** a seguir apresenta a síntese dos artigos incluídos nessa categoria, que se refere ao controle da hipotermia no paciente cirúrgico no pós-operatório. Nessa categoria a amostra foi composta por seis artigos, sendo quatro publicados na língua inglesa e dois na portuguesa.

Os estudos incluídos abordaram a relação entre a estratégia de controle da hipotermia como medida de prevenção de infecções do sítio cirúrgico e outras comorbidades em pacientes submetidos a cirurgias.

Quadro 07 - Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre controle da hipotermia, segundo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões obtidos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Descritores: “Cuidados de enfermagem” AND “hipotermia” Total de artigos: 233 Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017 Total após o filtro: 58 Total utilizado nesta revisão: 06					
TÍTULO	ANO/BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	DISCUSSÃO
<i>1.Nursing perioperative care: an integrative review of literature</i> (GUIDO et al., 2014)	2014 LILACS	Conhecer quais são os cuidados de enfermagem realizados no período perioperatório	Revisão Integrativa de literatura com 23 artigos selecionados das bases de dados <i>BDEF</i> e <i>LILACS</i>	Identificam-se como cuidado as orientações de enfermagem, os cuidados na hipotermia e a prevenção das lesões de pele. Na categoria organização da assistência de enfermagem no perioperatório, os estudos evidenciam estratégias desenvolvidas para ofertar qualidade de assistência por meio da organização do trabalho de enfermagem.	Os resultados encontrados nesse estudo refletem as características do cuidado de enfermagem no perioperatório e possibilitam pensar sobre a assistência de enfermagem nos diferentes períodos da experiência cirúrgica.
<i>2.Surgical Site Infection and Prevention Guidelines: A Primer for Certified Registered Nurse Anesthetists</i> DIAZ et al., 2015	2015 MEDLINE	Discutir sobre diagnóstico, fatores de risco, e causas de infecção da ferida, prevenção e tratamento.	Revisão sistemática	O controle de infecções está relacionado a medidas corretas de higiene das mãos, administração de antibióticos e controle da hipotermia do paciente, pois tais medidas correspondem ao controle de infecção da FO.	As infecções do local cirúrgico são evitáveis na maioria dos casos quando se seguem diretrizes baseadas em evidências para higiene das mãos, administração de antibióticos profiláticos e gerenciamento perioperatório da temperatura do paciente.
<i>3.Influence of Peri-Operative Hypothermia on Surgical Site Infection in Prolonged Gastroenterological Surgery</i> (TSUCHIDA T. et al., 2016)	2016 MEDLINE	Avaliar a profundidade e tempo da hipotermia e procedimento cirúrgico que podem ter levado a resultados conflitantes.	Avaliação de pacientes submetidos a cirurgia gastroenterológica com duração de > 3 h	Não houve diferença significativa na incidência de ISC entre pacientes com e sem hipotermia. No entanto, houve uma incidência significativamente maior de ISC em pacientes com hipotermia severa (33,3%) do que aqueles com normotermia (19,2%; p = 0,045) ou hipotermia leve (17,0%; p = 0,021).	A hipotermia grave e tardia foi associada a uma maior incidência de ISC e de órgãos / espaço. No entanto, nenhum desses padrões foi identificado como um fator de risco independente para ISC possivelmente devido ao pequeno número de pacientes.

<p>4. <i>Preventing perioperative hypothermia.</i> (RIGHTMYER et al., 2016)</p>	<p>2016 MEDLINE</p>	<p>Avaliar a importância da prevenção da hipotermia</p>	<p>Estudo de revisão realizada com 18 artigos.</p>	<p>A pesquisa mostra que a hipotermia pode levar a uma série de problemas, incluindo prejuízo na cicatrização de feridas, eventos cardíacos adversos e coagulopatias.</p>	<p>A promoção da normotermia (temperatura corporal normal) no período perioperatório ajuda a melhorar os resultados cirúrgicos e previne infecções do local cirúrgico, coagulopatias e eventos cardiovasculares</p>
<p>5. Métodos de aquecimento na prevenção da hipotermia no intraoperatório de cirurgia abdominal eletiva (DANCZUK et al., 2013)</p>	<p>2015 LILACS</p>	<p>Identificar os métodos de aquecimento para prevenir hipotermia em pacientes adultos no intraoperatório de cirurgia abdominal eletiva, com exposição visceral.</p>	<p>Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, prospectivo. Constituiu a amostra 63 pacientes.</p>	<p>Foram utilizados métodos de aquecimento ativo e passivo. A infusão de fluidos aquecidos para irrigação da cavidade abdominal foi a medida mais empregada do método ativo, enquanto que a manutenção do sistema de refrigeração desligado até o início da cirurgia foi a medida mais utilizada do método passivo.</p>	<p>Com os métodos de aquecimento empregados não houve hipotermia grave, porém, existem métodos atuais mais eficientes que poderiam prevenir a hipotermia leve e moderada encontradas.</p>
<p>6. Hipotermia perioperatória e aumento de infecção da ferida cirúrgica: estudo bibliográfico (SILVA; PENICHE, 2014)</p>	<p>2014 LILACS</p>	<p>Conhecer e analisar a produção científica relacionada à ocorrência de hipotermia perioperatória e a incidência de infecção no sítio cirúrgico</p>	<p>Revisão de literatura, ampliada a partir de iniciação científica, com seis artigos e levantamento nas bases de dados LILACS, MEDLINE, PubMed, CINAHL e Cochrane.</p>	<p>A hipotermia deve ser prevenida durante o perioperatório, a fim de diminuir as complicações na cicatrização da incisão cirúrgica.</p>	<p>Assim, a hipotermia inadvertida influencia diretamente no processo de cicatrização do sítio cirúrgico, aumentando a incidência de infecção da ferida operatória</p>

Dados da pesquisa realizada nos bases de dados obtidos mediante descritores disponíveis no DECS para seleção de artigos para compor essa revisão integrativa. Campina Grande, PB. 2018.

Silva; Peniche (2016) destacam que a hipotermia é recorrente no procedimento anestésico e não é valorizada e nem tratada em nenhuma etapa da assistência ao paciente cirúrgico como deveria.

Para elas, a hipotermia é quando a temperatura corpórea é $<36^{\circ}\text{C}$, e classifica essa alteração em três tipos, leve (34 a 36°C), moderada (30 a 34°C) e grave ($<30^{\circ}\text{C}$), sendo a grave considerada a mais severa e que apresenta maiores danos ao paciente.

Os estudos de Rightmye et al. (2016) e Danczuk et al. (2015) destacam que quadros de hipotermia contribuem para o desenvolvimento de ISC, e esse mecanismo se dá através da vasoconstricção nos tecidos que reduz o fluxo de oxigênio. Essa alteração térmica prejudica aspectos que são importantes para a cicatrização, como por exemplo, a reticulação dos fios de colágeno, que são primordiais para força tênsil da ferida, altera a produção de anticorpos e citocina, assim como dos leucócitos que são importantes no controle de contaminantes.

Estudos destacam que o cuidado da hipotermia tem ênfase na prevenção, e abordam os métodos de aquecimento por meio do uso de manta aquecida, cobertores de lã, colchões térmicos, exposição limitada da pele, controle da temperatura do paciente durante o pós-operatório como medida de controle e da temperatura ambiente acima de 24° , assim como identificar precocemente os sinais de hipotermia (GUIDO, 2014; DIAZ et al., 2015;).

Rightmyer et al. (2016) destacam em seu estudo medidas para promover a normotermia do paciente pós-operatório, tais como implementar medidas de cuidados térmicos, manter a temperatura ambiente acima de 24°C , avaliar o nível de conforto do paciente, aferir a temperatura rotineiramente, identificar os sinais e sintomas da hipotermia, como por exemplo, cianose, tremores, piloereção ou extremidades frias e avaliar o conforto do paciente na admissão. Na presença da hipotermia, condutas como aquecer fluidos e oxigênio, avaliar a temperatura do paciente a cada 15 min até a manutenção normotérmica. Assim, aquecer o paciente com uso de cobertores, aumentar a temperatura ambiente se possível ou fechar janelas constitui medidas simples que contribuem para redução dos riscos causados pela hipotermia.

Diante disso, a pesquisa de Danczuk et al. (2015) também aborda a prevenção da hipotermia, e evidencia dois métodos de aquecimento: o sistema de ar aquecido forçado, definido como ativo; e o método passivo de aquecimento como medidas de assistência ao paciente cirúrgico (DANCZUK et al., 2015).

Outro estudo apresenta o pré-aquecimento como uma medida de aquecer os tecidos ou superfície da pele antes da indução anestésica, e pode consistir em um sistema de

aquecimento cutâneo ativo ou na administração pré-operatória de drogas vasodilatadoras. Essa medida é considerada efetiva para reduzir a hipotermia perioperatória e suas complicações (TSUCHIDA et al., 2016).

Um estudo de revisão sistemática abordou 23 artigos a respeito da ISC e destaca a hipotermia como fator contribuinte, sendo o controle da temperatura um aspecto importante a ser observado no paciente como medida de prevenção de complicações no pós-operatório e que deve ser mantido em 37°C. Diante disso, a equipe de enfermagem tem papel primordial no controle da temperatura e detecção precoce de alterações, visto que é a categoria profissional que está mais tempo com o paciente e responsável por verificar rotineiramente os sinais vitais (GUIDO et al., 2014).

Diante disso, as evidências científicas aqui abordadas destacam para a necessidade e importância da utilização de medidas ativas e passivas para a prevenção e tratamento da hipotermia, dessa forma reduzir os riscos de infecções e complicações associadas (DANCZUK, et al., 2015; TSUCHIDA et al., 2015; DIAZ et al., 2015; SILVA; PENICHE, 2016; RIGHTMYER, 2016; GUIDO et al., 2014).

Em suma, os estudos incluídos abordam que a hipotermia pós-operatória é um fator que predispõe a infecção da ferida cirúrgica e aumento da permanência no hospital, gastos para a saúde e maiores riscos ao paciente e que necessitam de maior atenção por parte dos profissionais que assistem o paciente cirúrgico.

Os sinais vitais constituem indicadores de saúde, o que demonstra a eficácia da função corporal. Alterações desses sinais, muitas vezes, indicam a necessidade de intervenções médicas ou de enfermagem, a fim de restaurar o padrão de normalidade do paciente. Diante disso, destaca-se a temperatura corpórea, com ênfase na hipotermia que é considerada como um sinal de grande importância para o paciente cirúrgico; alterações nesse parâmetro predispõe o paciente a complicações em todos os períodos operatórios (SILVA; PENICHE, 2014).

O aumento da temperatura corporal causa efeitos deletérios ao metabolismo e resulta em resultados adversos, tais como aumento da perda sanguínea e requisitos para transfusões, tempo de recuperação pós-operatórios prolongados, função imune prejudicada, comprometimento da função neutrofílica, vasoconstrição que evolui para hipóxia tecidual e aumento da incidência de ISC (DIAZ et al., 2015).

Durante os procedimentos cirúrgicos, quadros de hipotermia estão relacionados a fatores anestésicos, temperatura da sala cirúrgica, tempo de exposição ao ambiente com

baixas temperaturas, infusões venosas frias, fluidos de irrigação não aquecidos, além dos fatores de riscos próprios do paciente, a exemplo, extremos de peso corporal, extremos de idade, doenças metabólicas e distúrbios neurológicos. Os procedimentos que expõem grandes cavidades do corpo estão mais susceptíveis à quadros de hipotermia como as cirurgias abdominais, e estende-se ao pós-operatório, ou o paciente apresenta no setor ao qual é encaminhado. (DANCZUK, et al., 2015; TSUCHIDA).

Um estudo destaca que a hipotermia pode aumentar a perda sanguínea, predispondo o paciente a transfusões. Os tremores provocados podem exacerbar a dor na ferida, aumentar a pressão intracraniana e ocular, aumentar o consumo de oxigênio, o que pode resultar no aumento da taxa de eventos miocárdicos adversos, níveis endógenos de adrenalina e norepinefrina e podem aumentar a carga de trabalho miocárdico, causando disritmias ventriculares, principalmente em pacientes idosos, além de causar desconforto ao paciente (RIGHTMYER, 2016).

Dentre as medidas disponíveis para assistir o paciente destacam-se as medidas passivas e ativas. Dentre as passivas podem ser citados os cobertores de algodão, lençóis de algodão, envoltórios de membros inferiores com algodão ortopédico e atadura de crepe; ajuste da temperatura ambiente, e dentre as medidas ativas, destaca-se os sistemas radiantes, elétricos, cobertura elétrica de fibras de carbono, transferência de energia com dispositivos adesivos, ar forçado aquecido, circulação de água aquecida, colchão de água aquecida, irrigação com fluído aquecido e infusões venosas aquecidas. Tais medidas são essenciais na assistência ao paciente cirúrgico, seja na prevenção ou no tratamento da hipotermia (DANCZUK et al., 2015).

Diante disso, destaca-se que as medidas de controle, avaliação rotineira e prevenção da hipotermia são definidas como atribuições da equipe de enfermagem, desenvolvidas no pré e pós-operatório e considerados estratégias para promover saúde e prevenir complicações (GUIDO et al., 2014).

5.2.8 Avaliação da dor no pós-operatória

Os estudos apresentados no **quadro 8** a seguir, abordaram a síntese dos artigos incluídos nessa categoria, que referem-se a avaliação da dor pós-operatória. Nessa categoria a amostra foi composta por oito estudos, sendo um publicado na língua inglesa e sete na portuguesa.

Os estudos incluídos abordaram a relação entre a estratégia de controle da dor e sua relação com alterações e o sofrimento enfrentado pelo paciente, bem como o papel da equipe de enfermagem no manejo da dor e identificação das lacunas no conhecimento já produzido a respeito da temática.

Quadro 08 - Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre controle da dor segundo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões obtidos. Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Descritores: “Enfermagem perioperatória” AND “dor” Total de artigos: 848 Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017 Total após o filtro: 192 Total utilizado nesta revisão: 08					
TÍTULO	ANO/BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADO	CONCLUSÃO
1. Medição da dor na prática clínica de enfermagem: revisão integrativa (OLIVEIRA et al., 2014)	2014 SCIELO	Analisar publicações de enfermagem sobre medição da dor.	Revisão integrativa com busca na Base de Dados BDEnf, delimitando-se o recorte temporal de 2005 a 2011, foi analisado 18 estudos.	É comum a medição da dor em pacientes, assim como a validação de instrumentos de avaliação da dor, com destaque para o inventário de Atitudes frente à Dor e a Escala multidimensional de avaliação de dor.	A medição da dor na Prática clínica de enfermagem é cada vez mais frequente, com a utilização de instrumentos uni e multidimensionais, o que proporciona intervenções analgésicas eficazes e satisfação do paciente.
2. Revisão integrativa: dor aguda e intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato (LOSAPONARI et al., 2013)	2013 MEDLINE	Revisar e analisar as evidências científicas disponíveis na literatura, referentes à dor aguda e as intervenções de enfermagem ao paciente no período pós-operatório imediato	Revisão de literatura integrativa, com amostra de 11 artigos.	Verificou-se que o tema é avaliado e acompanhado com mais frequência pelas enfermeiras que atuam diretamente no planejamento do cuidado, quando aplicam o gerenciamento da dor, como a utilização de escalas de dor e a aplicação do diagnóstico de enfermagem.	Há necessidade de uma educação continuada e melhor compreensão relativa à avaliação e às condutas adequadas, assegurando-se de uma assistência qualificada e individualizada ao paciente.
3. Prevalencia del dolor agudo postoperatorio en un Servicio de Cirugía Gastro-intestinal y satisfacción del paciente	2016 IBECs	Conhecer a incidência e intensidade de dor aguda pós-operatória na	Estudo prospectivo, descritivo, observacional, no Hospital clínico do departamento de	88,2% pacientes relataram sofrer dor em algum tempo durante as primeiras 24 horas, 11,8% não relataram dor. No momento da entrevista às 24	A incidência de dor aguda pós-operatória é de 88,2% às 24 horas, sendo a intensidade leve e moderada. O grau de satisfação dos pacientes em relação ao tratamento da dor foi alto.

(PRIETO et al., 2016)		unidade de cirurgia gastrointestinal	cirurgia gastrointestinal, com 51 pacientes.	h pós-intervenção, 41 pacientes (80,4%) relataram dor leve (EVA de 0 a 3); 15 (19,6%) relataram ter dor moderada, 88,2% dos pacientes podiam dormir sem incômodo da dor durante a primeira noite após a intervenção.	
4.Revisão Integrativa dos Diagnósticos de Enfermagem de Pacientes em Período Pós Operatório (BERTONCELLO et al., 2015)	2015 LILACS	Descrever a produção científica dos Diagnósticos de Enfermagem atribuídos aos pacientes em período pós-operatório nos últimos seis anos	Revisão integrativa, utilizou-se a base de dados LILACS, no período de janeiro de 2006 até março de 2012. A amostra constituiu de cinco artigos	Pode-se considerar como Diagnósticos de Enfermagem predominantes nos pacientes em pós-operatórios: Risco de infecção; e Déficit de autocuidado para banho e Dor, já que esses estão presentes em mais de 50% dos trabalhos.	Ao incorporar evidências clínicas na prática da Enfermagem, benefícios são oferecidos à população, ao profissional e ao sistema.
5.Gerenciamento da dor no pós-operatório de pacientes com câncer pela enfermagem (MACEDO; ROMANEK; AVELAR, 2013)	2015 LILACS	Refletir sobre o gerenciamento da dor no pós-operatório imediato de pacientes com câncer pela equipe de enfermagem perioperatória.	Pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa baseada na análise de conteúdo temática.	Os enfermeiros empregam, além das medidas farmacológicas, as complementares, como o conforto físico e emocional desses pacientes, a mudança de decúbito em caso de paciente acamado, o cuidado com o curativo da ferida operatória, a escuta terapêutica e o cuidado humanizado. Métodos farmacológicos e não farmacológicos representam um suporte no tratamento	O cuidado destes pacientes exige o desenvolvimento de habilidades específicas de avaliação e terapia pela enfermagem perioperatória, que intermediarão o gerenciamento humanizado da dor.
6.Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas	2014 LILACS	Avaliar a intensidade da dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias ortopédicas;	Estudo prospectivo em um hospital público de ensino. Avaliaram-se 134 pacientes do pós-operatório imediato ao 2º pós-operatório	O relato de dor aumentou no 2º PO (18/75%), sendo a dor leve a prevalente; a alteração fisiológica mais frequente foi a palidez cutânea	A dor esteve presente na maioria dos pacientes, com predomínio de dor leve, e não houve associação estatisticamente significativa entre alterações fisiológicas e dor pós-operatória. O esquema analgésico

BARBOSA et al.,2014.		verificar associação entre alterações fisiológicas e dor pós-operatória e descrever a analgesia utilizada.			adotado mostrou-se eficaz no controle da dor pós-operatória.
7. <i>Preoperative Pain Management Education: a Quality Improvement Project</i> (O.DONNELL, 2015)	2013 MEDLINE	Avaliar a eficácia de uma intervenção pré-operatória para alívio da dor do paciente sobre a melhoria dos resultados pós-operatórios	Projeto piloto que abordou quatro questões sobre dor pós-operatória, realizado com 24 pacientes.	Os pacientes que receberam a intervenção de educação pré-operatória relataram menos dor intensa durante as primeiras 24 horas pós-operatório, experimentaram menos efeitos colaterais de medicação para dor, retornaram às atividades normais mais cedo e usaram mais métodos de manejo da dor não-farmacológicos pós-operatório comparados com aqueles que não receberam a educação.	Embora a intervenção educacional tenha tido impacto positivo na redução da gravidade de dor, é muito preocupante que 22 (92%) dos 24 pacientes que participaram do projeto reportaram dor grave após a cirurgia. Os resultados sugerem que a educação pré-operatória pode diminuir a gravidade da dor, a frequência e severidade dos efeitos colaterais, mas é preciso maiores esclarecimento e participação dos profissionais.
8. Dor – 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros (QUEIRÓZ et al, 2015)	2015 SCIELO	Compreender como os enfermeiros identificam a dor dos pacientes,	Estudo de abordagem qualitativa desenvolvido na Clínica Médica de um hospital público. Os sujeitos compreenderam 11 enfermeiros, com os quais foi utilizado um formulário estruturado para a produção dos dados e os depoimentos processados pela Técnica de Análise de conteúdo	A dor para o enfermeiro é tratada apenas como um sintoma, sendo negligenciada a classificação desta como o quinto sinal vital. Os resultados indicam que os profissionais saem despreparados da graduação para avaliar a subjetividade da dor.	Os enfermeiros não sabem que a dor é considerada como o quinto sinal vital, por conseguinte a sua avaliação é ineficiente e os cuidados também o são.

Dados da pesquisa realizada nos bases de dados obtidos mediante descritores disponíveis no DECS para seleção de artigos para compor essa revisão integrativa. Campina Grande, PB. 2018.

A dor, segundo os estudos analisados, é considerada uma das principais queixas dos paciente cirúrgicos no pós-operatório, e muitas vezes é negligenciada pelo profissional, expondo o paciente a complicações associadas a esse sintoma quando não manejado; implementar assistência de enfermagem para esses pacientes constitui uma importante conduta (OLIVEIRA et al., 2014; BARBOSA et al., 2014).

O estudo de Pietro et al. (2016) destaca que a incidência da dor nos pacientes entrevistados nas primeiras 24h de pós-operatório foi de 82,2%, com intensidade de leve a moderada, considerado um número elevado de pacientes que experimentam a experiência dolorosa no pós-operatório.

Os estudos demonstraram o inadequado alívio da dor após a cirurgia e sua relação com falhas na avaliação e falta de conhecimento sobre métodos analgésicos (O'DONNELL, 2015, QUEIROZ et al., 2015).

Queiroz et al. (2015) destacam em sua pesquisa que para entender a dor manifestada pelo paciente, o enfermeiro deve utilizar de métodos como as escalas que qualificam e quantificam a dor a fim de proporcionar alívio ao sofrimento e oferecer uma assistência qualificada e individualizada ao paciente.

Neste contexto o uso das escalas numéricas ordinais, verbais e analógicas-visuais vem possibilitando o conhecimento de sua intensidade e o conseqüente alívio da dor aguda; constituem uma ferramenta importante na assistência (OLIVEIRA et al., 2014; PIETRO et al., 2016).

Com base na avaliação dos estudos incluídos, o profissional de enfermagem que cuida do paciente cirúrgico deve focar na avaliação constante da ocorrência e da intensidade da dor pós-operatória relatada pelo paciente e, dessa forma, deve gerenciar adequadamente o quinto sinal vital (MACEDO;ROMANEK; AVELAR, 2013).

Segundo os estudos incluídos, a equipe de enfermagem é quem, pela maior proximidade com o paciente, identifica, avalia e notifica a dor, programa a terapêutica farmacológica prescrita, prescreve algumas medidas não-farmacológicas e avalia a analgesia. (QUEIROZ et al., 2015; BERTOCELLO et al., 2015).

Considera-se que a dor pós-operatória continua sendo controlada de forma inadequada pelos profissionais que assistem o paciente cirúrgico, demonstram que metade dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos apresenta dor intensa durante a internação. (MACEDO; ROMANEK; AVELAR, 2013, LASAPONARI et al., 2013; O'DONNELL, 2015).

O uso inadequado de técnicas farmacológicas e não-farmacológicas, prescrição inapropriada, manejo inadequado e a falta de avaliação sistemática do gerenciamento do cuidado no período pós-operatório são descritas como fatores responsáveis por tal inadequação (LASAPONARI, 2013).

A dor para o enfermeiro é tratada apenas como um sintoma, sendo negligenciada a classificação desta como o quinto sinal vital e, dessa forma, utilizar-se somente de terapias farmacológicas é uma forma de afastar-se da subjetividade do ser humano que a sente e da própria dor (QUEIRÓZ et al., 2015).

Cabe destacar que os estudos incluídos nessa revisão, salientam que o primeiro passo para a administração da dor é acreditar na queixa do paciente, para isso, a equipe de enfermagem deve ser instruída a cuidar, mensurar e registrar a dor no prontuário do paciente. Portanto, o controle da dor evita sofrimento desnecessário ao paciente, proporciona maior satisfação frente ao atendimento que lhe é fornecido e reduz os custos relacionados a possíveis complicações, que determinam maiores períodos de internação.

Classifica-se como dor uma experiência sensorial e emocional desagradável, de caráter subjetivo e individual, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, e é considerada uma das principais queixas descrita pelo paciente no pós-operatório, apresentando manifestações com intensidade de leve a forte (BERTOCELLO et al., 2015).

A dor pós-operatória é resultante do próprio procedimento cirúrgico e ocorre em decorrência da lesão, sendo considerada um dos fatores que intervém também no atraso da recuperação funcional do paciente, contribuindo para o aumento da permanência hospitalar (PRIETO et al., 2016; LASAPONARI, 2013).

A intensidade depende da influência de fatores fisiológicos, a exemplo, a extensão do trauma, a intervenção cirúrgica, a habilidade técnica do cirurgião, as doenças prévias, o local e o tipo da incisão; de fatores psicológicos, como ansiedade, medo e depressão, entre outros, bem como de fatores culturais do paciente (LASAPONARI, 2013).

Quando esse sinal não é cuidado pode resultar em disfunções como aumento da frequência cardíaca e respiratória, redução da distribuição de oxigênio nos tecidos reduzindo a perfusão sanguínea periférica, contração muscular reflexa, dentre outras, e conseqüentemente interferindo na recuperação pós-operatória (BERTOCELLO et al., 2015).

Considerando que cada paciente vivencia a dor de uma forma, os enfermeiros devem gerenciar a dor de maneira abrangente, levando em consideração os fatores econômicos, biológicos e emocionais (MACEDO; ROMANEK; AVELAR, 2013).

Pacientes com feridas frequentemente experimentam uma combinação de dor nociceptiva e neuropática, quando relacionada ao paciente cirúrgico é imprescindível que o profissional esteja capacitado a assistir essa necessidade(SALMON, 2014).

A dor associada à ferida muitas vezes é negligenciada pelos profissionais da saúde. A dor além de causar desconforto ao paciente pode estar associada a complicações no quadro clínico, e muitas vezes o profissional intitula o paciente de poliqueixosos, quando na verdade, as queixas relatadas estão relacionadas intrinsecamente a uma experiência dolorosa, e repercute fisiologicamente e psicologicamente na recuperação. De fato, sentir dor não deve ser considerado normal ou consequência do procedimento (OLIVEIRA et al., 2014; O'DONNELL, 2015).

Apesar dos estudos realizados a respeito do controle da dor no paciente pós-operatório, ainda existem dificuldades para se tratar a dor, o uso de analgésicos são indispensáveis para diminuir a incidência de dores persistentes com intuito de evitar e minimizar quadros dolorosos, os métodos não farmacológicos de controle da dor devem ser associados, pois também constituem importantes medidas de controle (BARBOSA et al., 2014).

Os profissionais de enfermagem como medidas para melhor observar o estado doloroso dos pacientes, devem avaliar também as expressões não verbais e as verbais tais como: alterações posturais, faciais, movimentos dos membros, atividades autonômicas, choro, gemido, grito, suspiro, apelos, exclamações, dentre outros (BARBOSA et al., 2014). E, para nortear a assistência, o uso das escalas constitui uma importante ferramenta para que o paciente possa mensurar sua dor, dentre elas destaca-se as escalas numéricas, verbais e visuais (OLIVEIRA et al., 2014).

É importante avaliar a dor questionando a sua intensidade, localização e tipo. Essas informações parecem primárias, mas são primordiais para avaliar a condição do paciente e escolher a escala adequada de acordo com idade, habilidade de comunicação, prejuízo cognitivo e físico do paciente, por exemplo (QUEIROZ, 2015).

Diante disso, o controle da dor é um fator importante tanto para o conforto do paciente, quanto para evitar possíveis complicações. O tipo e a intensidade da dor da ferida podem resultar de diversos fatores, no paciente cirúrgico podem ser decorrentes de circulação reduzida no local, edema, resposta inflamatória, técnica incorreta de curativo, curativos inapropriados ou até mesmo fatores psicológicos e emocionais (SALMON, 2014).

Dentre as medidas que podem reduzir a dor na ferida, destaca-se evitar o uso de produtos que causem a dor, como gaze seca, por exemplo, estímulos desnecessários na ferida, deve-se manusear a ferida gentilmente, tratar a infecção corretamente, proteger a pele perilesional, permitir a movimentação do paciente, realizar curativo adequadamente, tranquilizar e reduzir a ansiedade e posicionamento confortável, constituem medidas de prevenção e alívio da dor (BROWN, 2014).

Percebe-se, portanto a necessidade da realização de programas de capacitação e formulação de diretrizes que auxiliem na diminuição da dor no pós-operatório, que auxilie na identificação e eliminação da dor, melhorando a qualidade da assistência prestada.

5.2.9 Cuidados com a ferida cirúrgica

Os estudos apresentados no **quadro 9** a seguir, abordaram a síntese dos artigos incluídos na categoria cuidados com a ferida cirúrgica.

Foram incluídos 11 artigos científicos, publicados em inglês (n = 7) e português (n = 4). Os estudos abordaram os cuidados pós-operatórios, com ênfase na ferida cirúrgica e fatores que predispõe a ISC.

Quadro 09 - Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre cuidados com a ferida cirúrgica segundo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões obtidos. Campina Grande, PB. 2018

Descritores: “Cuidados de enfermagem” AND “feridas cirúrgicas”					
Total de artigos: 677					
Filtros: idioma inglês, espanhol e português; 2013-2017					
Total após o filtro: 116					
Total utilizado nesta revisão: 11					
TÍTULO	ANO/BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
1. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: Mapeamento cruzado (OLIVEIRA et al., 2016)	2016 SCIELO	Realizar o mapeamento cruzado dos termos referentes às intervenções e aos resultados de enfermagem nos prontuários dos pacientes com feridas em comparação às classificações de intervenções e aos resultados de enfermagem.	Pesquisa observacional, retrospectiva, realizada através de mapeamento cruzado. A amostra foi de 81 pacientes, atendidos no ambulatório de feridas	Mapearam-se 13 intervenções, destacando-se “Cuidados com lesões” (47,23%), bem como 6 resultados, e o prioritário foi “Cicatrização de feridas: segunda intenção” (45%)	O mapeamento cruzado de intervenções e de resultados de enfermagem em pacientes com feridas sugeriu a realização de inclusões nas taxonomias para adequação à assistência ambulatorial.
2. <i>Infección de la herida quirúrgica. Efectividad de los apósitos con polihexametileno biguanida</i> TRAPERO et al., 2013	2013 IBECS	Analizar a eficácia de um curativo de 0,2% de polihexametileno biguanida contra infecção superficial da ferida cirúrgica em pacientes após realização de colecistectomia laparoscópica.	estudo longitudinal aleatorizado único-cego com 2 grupos de atribuição aleatória em que os pacientes diagnosticados com colelitíase. Um total de 197 pacientes foram recrutados, 96 (48,7%) do grupo A e 101 (51,3%) de B.	Seis pacientes apresentaram infecção da FO superficial, Um no grupo que foi utilizado o PHMB (1,04%) versus 5 no grupo B, que não utilizou a solução (4,95%)	Apesar de ser comprovado menor número de ISC em pacientes que foi utilizado 0,2% de polihexametileno e biguanida, o número de participates e de infecções foi considerado baixo para determinar se o produto é o mais ideal, necessitando de maiores estudos.
3. Análise da profilaxia antimicrobiana para	2014 LILACS	Analisar profilaxia antimicrobiana no perioperatório de cirurgias limpas	Estudo transversal descritivo, realizado em 700 prontuários de pacientes maiores ou igual	Verificou-se que 86,6% receberam profilaxia antimicrobiana. Em 75,1%, a primeira dose obedeceu ao	Apesar das diretrizes referirem cautela quanto à profilaxia antimicrobiana, o estudo mostrou inadequações que podem trazer

prevenção da infecção do sítio cirúrgico em um hospital do centro-oeste brasileiro (GEBRIM et al., 2014)			a 18 anos, submetidos a procedimento cirúrgico limpo entre 2008 a 2010.	tempo preconizado. Houve inadequação em 70,6% quanto à duração da profilaxia, 96,8% dose de acordo com o peso e 70% das doses adicionais. A taxa de infecção do sítio cirúrgico foi de 10%, sendo o <i>Staphylococcus aureus</i> , o agente etiológico mais frequente	prejuízos para a segurança dos pacientes.
4. <i>Prevention of surgical site infection</i> (HARRINGTON, 2014)	2014 MEDLINE	Fornecer informações sobre o risco de desenvolver infecção de sítio cirúrgico (ISC) e sobre como isso pode ser prevenido e gerenciado.	Revisão integrativa	Diversos fatores relacionados ao paciente e ao ambiente constituem risco para ISC, e necessitam serem discutidos e manejados a fim de prevenir complicações. Seguir as medidas para prevenção é primordial.	Enfermeiras que cuidam de pacientes no período pré, intra e pós-operatório tem um papel importante no aconselhamento sobre os riscos associados a FO. Destarte a implementação de instrumentos que norteiem a assistência podem constituir importantes medidas na prevenção de ISC.
5. <i>Back to Basics: Preventing Surgical Site Infections</i> (SPRUCE et al., 2014)	2014 MEDLINE	Proporcionar aos alunos conhecimentos sobre as melhores práticas relacionadas para prevenção de infecções no local cirúrgico.	Revisão da literatura QUANTOS ARTIGOS? QUE TIPO DE CIRURGIAS? PERÍODO?	As infecções do local cirúrgico são o tipo mais comum de infecções nosocomiais entre pacientes cirúrgicos, representando aproximadamente 38% dos estas infecções. As taxas mais elevadas ocorreram em cirurgias de abdome e colorretal.	Os benefícios da prevenção de ISC proporcionam redução da mortalidade e morbidade, e tais cuidados devem ser realizados pela equipe a fim de proporcionar redução de danos ao paciente.
6. <i>Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review.</i> (DING;	2016 MEDLINE	Avaliar as atuais práticas de avaliação das feridas cirúrgicas pelos enfermeiros, a fim de informar futuras pesquisas baseadas em	Revisão integrativa incluindo CINAHL, Cochrane, Medline e Proquest Nursing, um total de seis artigos foram incluídos na revisão	Apesar das recomendações em torno da avaliação da ferida, há poucas discussões sobre como avaliar as características clínicas das feridas cirúrgicas	As pesquisas sobre avaliação e documentação da ferida é limitada, portanto, pesquisas adicionais são necessárias para fornecer evidências para enfermeiros cirúrgicos em relação à avaliação de feridas e práticas de documentação.

GILLESPIE, 2016)		evidências sobre práticas de cuidados de feridas.			
7. <i>Characterization of Readmission by Day of Rehospitalization After Colorectal Surgery</i> (MAZROU et al., 2017)	2017 MEDLINE	Identificar os fatores que levaram à readmissão no dia-a-dia após a alta da cirurgia colorretal.	Análise retrospectiva de pacientes readmitidos dentro de 30 dias após a cirurgia colorretal	Entre as readmissões precoces, as principais causas foram: a infecção da ferida; sepse ou choque séptico; reintubação e reoperação não planejadas; vazamento anastomótico e íleo e as complicações neurológicas, e nas readmissões tardias, a malignidade e formação de estomas foram as principais.	Diferentes fatores estão associados com a readmissão precoce e tardia após ressecção colorretal. Estes dados sugerem que a readmissão precoce é intrinsecamente relacionada ao paciente e complexidade operacional e, portanto, pode ser evitável.
8. Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon (FUSCO et al., 2016)	2016 MEDLINE	Identificar a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico (ISC) e seus fatores de risco	Estudo de coorte retrospectiva por meio do levantamento de informações contidas nos prontuários de pacientes submetidos a cirurgias de cólon no período compreendido entre janeiro de 2010 e dezembro de 2013.	Foram avaliados 155 pacientes com incidência geral de ISC de 16,7%	O entendimento dos profissionais de saúde sobre os fatores que influenciam a incidência de ISC na cirurgia do cólon podem contribuir para a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes cirúrgicos, a partir de ações efetivas para minimizar o risco de infecções.
9. <i>Surgical Site Infection: Re-assessment of the Risk Factors.</i> (ISIK et al., 2015)	2015 MEDLINE	Determinar os fatores de risco de ISC submetidos a procedimentos cirúrgicos gerais.	Análise estatística de 4690 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos gerais entre 2003 e 2009	A taxa geral de ISC foi 4,09% (192/4690). A cirurgia colorretal foi associada com a maior taxa de ISC (9,43%), o tipo de procedimento, tempo de internação pré-operatória, Maior pontuação de ASA, cirurgia de emergência, ferida infectada, presença de drenos e transfusão intra-operatória foram determinados como fatores de	A taxa de ISC reduzida e os melhores resultados podem ser alcançados através do controle de fatores de risco modificáveis.

				risco independentes de ISC.	
10. Readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico: uma revisão integrativa (TORRES et al.,2015)	2015 SCIELO	Caracterizar as readmissões de infecções ortopédicas no local cirúrgico	Revisão integrativa da literatura	As infecções do local cirúrgico são causa mais comum de readmissões ortopédicas não planejadas, representando longos períodos de hospitalização, novos procedimentos cirúrgicos e altos custos, e maior possibilidade de hospitalizações subsequentes.	As taxas de readmissão têm tornam-se cada vez mais medidas de qualidade e preocupações sobre os custos. Novos estudos poderiam envolver questões relacionadas a custos indiretos, especificamente custos sociais e psicológicos.
11. <i>Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico</i> RUIZ; PÉREZ, 2016.	2016 IBECS	Conhecer e avaliar os fatores de risco associados à infecção do site cirúrgico (ISC) em adultos com cirurgia programada.	Revisão narrativa composta por revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, coortes observacionais e estudos caso-controle, revisões de literatura e guias de prática	Os fatores de risco que contribuem, em maior ou menor grau, para a ISC, dependem se são endógenos (atribuídos ao paciente) ou exógenos (inerente aos pacientes e atribuída à equipe ou ao sistema de saúde).	A evidência científica mostra que há uma grande quantidade de fatores que podem causar essas infecções e uma série de recomendações ajudam a reduzi-las. Evitar todos os riscos não é possível, mas o conhecimento dos fatores de risco e a adesão a medidas preventivas que desfrutam de boas evidências científicas ajudam a reduzir a taxa de infecção.

Dados da pesquisa realizada nos bases de dados obtidos mediante descritores disponíveis no DECS para seleção de artigos para compor essa revisão integrativa. Campina Grande, PB. 2018.

Os estudos destacam que a ISC é considerada um dos principais tipos de infecção relacionada à saúde, pois constitui um sério problema de abrangência mundial e é responsável por altos índices de morbidade e mortalidade (OLIVEIRA et al., 2016. RUIZ; PEREZ, 2016, TORRES et al., 2015, SPRUCE et al., 2014).

No Brasil, esse tipo de infecção ocupa a terceira posição dentre as infecções encontradas nos serviços de saúde e compreende de 14 a 16% das infecções dos pacientes hospitalizados (FUSCO et al., 2016)

Uma revisão documental destacou três categorias de análise relacionadas aos fatores de risco que influenciam a ISC: fatores de risco endógenos (atribuídos ao paciente), fatores de risco exógenos (inerentes ao paciente e atribuídos ao pessoal ou ao sistema de saúde) e outros fatores (SPRUCE et al., 2014).

O estudo de Ruiz e Pérez (2016) divide como fatores endógenos, a idade do paciente, a desnutrição, a obesidade, o diabetes, os imunossupressores e as doenças associadas; quanto aos exógenos inclui o banho pré-operatório, a tricotomia, a solução para limpeza da pele e o campo cirúrgico, as suturas, os drenos, a profilaxia antibiótica, o controle da hipotermia e o índice glicêmico, os fluidos, a técnica cirúrgica empregada e o tempo do procedimento cirúrgico; quanto aos outros fatores, destacam o ambiente da sala de cirurgia.

Em decorrência dos altos índices de infecção associada à ferida cirúrgica, estudos destacam que essa complicação resulta em readmissões, aumento das comorbidades associadas ao paciente e custos aos serviços de saúde (AHMED et al., 2016; ISIK; DUNDAR; SARKUT, 2015; HARRINGTON, 2014)

Percebe-se que taxas de readmissão tornam-se importante referencial para analisar a qualidade dos cuidados prestados, especificamente quando estratificadas por causas e avaliados tempo de ocorrência e relação com a internação anterior (TORRES et al., 2016).

Como medidas de reduzir as complicações associadas ao paciente cirúrgico, um estudo aborda a necessidade de se usar ferramentas para nortear a assistência prestada, e destaca o uso de listas de verificação para melhorar a segurança no perioperatório. A avaliação completa da ferida e os registros tem o potencial de reduzir a incidência de ISC, morbidade e mortalidade e constitui uma etapa importante na assistência ofertada ao paciente cirúrgico (HARRINGTON, 2014, DING; LIN; GILLESPIE, 2016)

Diante disso, os estudos destacam que o enfermeiro é considerado o profissional de saúde com papel de destaque no controle e nas prevenções de tais complicações e também um importante membro no gerenciamento do cuidado, dessa forma, é fundamental o

conhecimento aprofundado e condutas baseadas em evidência para prestar assistência e reduzir os índices de infecções (TORRES et al., 2016; HARRINGTON, 2014).

Quanto aos estudos que abordassem o tratamento da ferida cirúrgica e manejo clínico, apenas um estudo avaliou essa conduta, destacando o uso de um curativo de polihexametileno biguanida 0,2% (PHMB) contra infecção superficial da ferida cirúrgica em pacientes que foram submetidos a colecistectomia. Com base nos resultados, os pacientes que fizeram uso do PHMB apresentaram menores taxas de infecção, constatando a eficácia desse tipo de curativo em feridas cirúrgicas (TRAPERO et al., 2013).

Estudos que analisaram a inadequação da profilaxia antibiótica, baseado nos resultados obtidos, destacam que tal medida realizada de forma errônea resulta em prejuízos para a segurança dos pacientes, principalmente em relação a complicações com a ferida operatória, que constitui um sério problema na assistência ao paciente cirúrgico e deve ser administrado de 30 a 60min antes da incisão (GEBRIM et al., 2014; DIAZ et al., 2015).

A ISC é a causa mais frequente de readmissão hospitalar, mesmo com a divulgação constante de medidas para sua prevenção e controle. São consideradas uma séria complicação na assistência ao paciente e corresponde a aumento da morbidade e mortalidade e são uma contribuição para realização de outros procedimentos, aumento na permanência hospitalar e uso de antibióticos (TORRES, 2015; OLIVEIRA et al., 2016).

Dessa forma, cabe destacar a necessidade de estudos a respeito do tratamento da ferida e os cuidados dispensados ao paciente, pois a literatura disponível é insuficiente a respeito da temática.

A assistência aos pacientes com feridas envolve desde questões biofisiológicas até emocionais, devendo ser prestada de maneira integral, o que é possível através da sistematização da assistência de enfermagem (PRADO et al., 2016; ISIK et al., 2015; RUIZ; PÉREZ, 2016; FERREIRA et al., 2014)

A ferida consiste na ruptura da integridade da pele com objetivo terapêutico, diagnóstico ou de reparo. Normalmente as feridas cirúrgicas tendem a cicatrizar rapidamente, entretanto, algumas evoluem para complicações, como por exemplo, as infecções, que resultam da penetração de algum micro-organismo que se estabelece e se multiplica na incisão operatória, acometendo tecidos, órgãos incisionados e cavidades manuseadas durante o procedimento cirúrgico, podendo causar deiscências e/ou eviscerações (HARRINGTON, 2014; GEBRIM et al., 2014; SPRUCE et al., 2014).

As cirurgias envolvendo o trato gastrointestinal são consideradas um desafio por causa da persistência de complicações imprevisíveis, como fuga anastomótica e infecções que ameaçam a vida. Essas cirurgias envolvem necessariamente uma violação de uma barreira epitelial colonizada por micro-organismos, e a antisepsia intestinal pré-operatória é usada para reduzir as causas relacionadas à infecção (GUYTON; ALVERDY, 2017).

Levando-se em consideração os altos índices de ISC, as cirurgias do intestino grosso, por exemplo, possui taxa de incidência para infecção de 10,6%, em comparação a cirurgias limpas em que a incidência é de 1%. Diante disso percebe-se a necessidade ainda maior de atenção na assistência a esses pacientes no gerenciamento do cuidado, já que são cirurgias potencialmente contaminadas/contaminadas e o risco de complicações associadas a ferida é ainda maior (HARRINGTON, 2014; DEHAAS et al., 2016).

Essas infecções ocasionam hospitalização prolongada, aumento dos custos, uso de antimicrobianos, morbidade, mortalidade e taxas de readmissão hospitalar (DEHAAS et al., 2016; TORRES et al., 2015).

Diante disso, os estudos atuais estimam que quase 60% das ISC são evitáveis, dessa forma, o gerenciamento preventivo dessas infecções deve ser baseado no uso de diretrizes baseadas em evidências que estão relacionadas ao período perioperatório (DIAZ et al., 2015).

Adotar medidas para evitar tais infecções é trabalho de toda equipe que assiste o paciente cirúrgico. Essa assistência deve ter início no pré-operatório por meio de orientações/ações, a exemplo, a cessação do uso do tabaco, controle glicêmico, profilaxia antibiótica em tempo hábil, jejum seguindo os períodos preconizados, banho antes do procedimento, realização da tricotomia em tempo adequado e instrumental correto, e verificação seriada dos sinais vitais, essas medidas são essenciais para prevenção das infecções, e no pós-operatório esses cuidados são continuados, no entanto, com ênfase na assistência a ferida operatória e manutenção da estabilidade do paciente (HARRINGTON, P. 2014, SPRUCE et al., 2014, RUIZ; PÉREZ, 2016).

Destaca-se que os enfermeiros têm papel fundamental na prevenção de infecções associadas às cirurgias, mas para isso precisam possuir conhecimentos a respeito do tratamento adequado e prevenção de complicações, e na presença delas, é preciso saber agir de forma correta a fim de garantir bons resultados e recuperação do paciente.

Ao realizar a avaliação de uma ferida o enfermeiro é responsável por tomar decisões fundamentais na assistência que irá ofertar e, diante disso, há necessidade plena de

conhecimento da anatomia da pele, princípios de fisiologia, reparação tissular e os fatores que nele interferem, conhecer os tipos de feridas e as diversas formas de tratamento, a fim de desenvolver habilidades de observar perda tecidual, aspectos clínicos da lesão, localização e dimensão, exsudato presente, tipo de tecido, características da pele perilesional, dor e sinais de infecção (GARDONA, 2013).

Oliveira et al., (2016) afirmam em seu estudo que a enfermagem é a categoria profissional que mais está ligada ao cuidado com lesões, diante disso cabe destacar que medidas como limpeza da ferida com solução fisiológica a 0,9% ou degermantes, emprego de técnica asséptica na realização do curativo, aplicação de curativo adequado, proteção e avaliação da pele perilesional, medição da lesão, aspecto da ferida, avaliação sobre a drenagem, cor, quantificação do conteúdo, orientações sobre a ferida no domicílio e o registros dessas intervenções são medidas fundamentais para o adequado tratamento e redução do riscos de complicações e fazem parte das atividades atribuídas a equipe de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2016).

É primordial que o enfermeiro saiba analisar essa ferida como um todo, quanto a sua classificação, se é superficial, parcial ou total; tempo de evolução, se não agudas ou crônicas; conteúdo microbiano, classificando-as em limpas ou assépticas, limpas contaminadas, contaminadas ou infectadas; etiologia, se são acidentais ou traumáticas, intencionais ou cirúrgicas, patológicas, iatrogênicas, fatores causais externos; quanto ao exsudato presente, se é seroso, sanguinolento, purulento ou serosanguinolento; definição do tipo de tecido presente no leito da ferida, se é um tecido de granulação, necrótico, esfacelo, tecido epitelial; quanto a fase de cicatrização, coagulação, inflamação, proliferação; formas de cicatrização, se é por primeira intenção, segunda ou terceira intenção; com base na cicatrização avaliar se houve alguma alteração no processo, segundo a classificação da cicatriz como hipertrófica, quelóides ou contraturas; avaliar com atenção os fatores que interferem na cicatrização, tais como, nutrição, vascularização, doenças crônicas/sistêmicas, uso de medicação sistêmica, idade, tabagismo, presença de infecção, hematoma, edema, corpos estranhos, tecido necrótico, ressecamento e fibrina, constituem o básico de uma avaliação de feridas e é essencial antes de prestar assistência o paciente cirúrgico o profissional ter essas noções para o tratamento adequado (CÔRTEZ, 2013).

Na realização do tratamento da ferida, é primordial que o profissional esteja preparado e utilize técnicas corretas, a priori, destaca-se a necessidade de realizar o procedimento prezando pela técnica estéril, pois reduzem ao máximo a carga microbiana por meio de

estratégias, que restrinjam a exposição aos micro-organismos, envolvendo a lavagem cautelosa das mãos, e uso de instrumentais estéreis (PRADO et al 2016).

Ao iniciar o curativo, a avaliação da pele deve ser executada e documentada diariamente em todos os pacientes, pois permite a detecção e tratamento precoce de alterações que não condizem com o processo de cicatrização esperado (FERREIRA et al., 2013).

A limpeza da ferida ajuda a otimizar o ambiente de cicatrização e a diminuir o potencial de infecção, diante disso destaca-se que as soluções ideais para limpeza da ferida deve seguir as seguintes características: não ser tóxica para os tecidos, manter granulação viável, continuar a ser eficaz na presença de material orgânico, reduzir o número de microrganismos e evitar as reações de sensibilidade, estar amplamente disponível, ser eficaz em termos de custos e permanecer estável durante um prazo de validade (OLIVEIRA et al., 2016; SANTOS et al., 2016).

A escolha da cobertura deve priorizar as características particulares de cada ferida, a exemplo, tecido desvitalizado, tecido viável, infectado, não infectado, quantidade de exsudato, dor, dentre outros fatores importantes a ser analisado, e realizando a avaliação em cada fase da cicatrização, pois as feridas mudam suas características e dessa forma necessitam de novas condutas, incluindo a escolha da cobertura (FERREIRA et al., 2013).

Quanto ao curativo a ser utilizado na ferida, é primordial uma avaliação criteriosa a fim de determinar o curativo correto, a princípio o ideal é proporcionar impermeabilidade a fluidos, no entanto, promover ambiente úmido para proteger a ferida contra traumas mecânicos e infecções, manter a temperatura adequada para pele e ferida, promover e limitar os movimentos dos tecidos ao redor, viabilizar as trocas gasosas, absorver exsudato e promover o desbridamento quando necessário, aliviando a dor, promover conforto ao paciente e proporcionar condições favoráveis para a realização das atividades da vida diária do paciente (OLIVEIRA et al., 2016; CÔRTEZ, 2016).

Na seleção da cobertura, apenas um estudo destaca que curativos interativos são ótimas escolhas quando se trata de feridas cirúrgicas, pois participaram no controle ambiental da ferida favorecendo a cicatrização, reduzindo a colonização e exsudato, manutenção da umidade da ferida, matriz de colágeno e fornecendo proteção para novas células, e apresenta recomendação para que tais curativos permaneçam por pelo menos 48h na ferida a fim de evitar a entrada de microrganismo e promover cicatrização (HARRINGTON, P. 2014).

O uso dos dreno tem por objetivo eliminar o excesso de fluido de uma cavidade e controlar uma anastomose. Diante desse dispositivo inserido no paciente cirúrgico, é

primordial preconizar técnica asséptica na manipulação e limpeza, realizar fielmente a descrição das características do exsudato drenado, tipo de dreno utilizado, quantificar o débito, tempo correto para remoção dos fluídos, analisar as características da pele ao redor do dispositivo e registrar o procedimento, a fim de possibilitar a assistência continuada (RUIZ; PÉREZ, 2016; FERREIRA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2016).

Percebe-se que as práticas de feridas continuam a evoluir nas pesquisas, no entanto o processo de cicatrização e discursos sobre os produtos a serem utilizados e as técnicas para cuidado direto da ferida ainda não é bem discutida, sobretudo as feridas cirurúgicas.

Entende-se que as pesquisas são um padrão-ouro nas orientações e qualidade da assistência prestada, pois o tratamento do paciente que tem feridas é dinâmico e deve acompanhar o conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico.

O tratamento de feridas é considerado uma importante função do enfermeiro; então, cautela precisa ser tomada em delegar essa atividade para pessoas que não estão habilitadas para tal função, como, por exemplo, a equipe técnica de enfermagem (FERREIRA et al., 2013).

Diante disso, percebe-se a necessidade e importância da realização dos registros da assistência dispensada ao paciente com feridas de qualquer etiologia, não apenas a cirúrgica, a ausência dos registros dos curativos e as condutas tomadas constituem um sério problema ainda a ser enfrentado, em decorrência de sua ausência nos prontuários e conseqüentemente comprometimento da assistência prestada.

Os registros são considerados uma das formas mais importantes de comunicação da equipe multiprofissional, e tem por finalidades estabelecer uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado ao ser humano; servir de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; constituir fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada; servir para acompanhar a evolução do paciente; constituir documento legal, tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem e outros profissionais referente à assistência prestada; contribuir para a auditoria de enfermagem e colaborar para o ensino e pesquisa (GARDONA et al., 2013).

Com base na síntese dos artigos incluídos nessa revisão integrativa e análise criteriosa de todas as informações aqui discutidas, foram contruídos três *checklist* de acordo com o período operatório, sendo um checklist de cuidados pré-operatório, um checklist de cuidados pós-operatório imediato e outro de cuidados pós-operatório mediado, a fim de nortear a

assistência ofertada ao paciente cirúrgico em todas as etapas de sua recuperação na clínica. Esses instrumentos estão organizados e disponíveis como apêndices D, E e F, neste trabalho.



6 Considerações finais

Considerando o crescente número de procedimentos cirúrgicos realizados anualmente e os elevados índices de complicações associadas a eles, destaca-se a necessidade de disponibilizar ferramentas que auxiliem como medidas na redução de tais complicações a fim de garantir a segurança do paciente.

Tendo em vista a metodologia adotada e o objetivo proposto observou-se que a maioria dos profissionais que participaram da entrevista para nortear essa pesquisa destacam cuidados pré e pós-operatórios na assistência ao paciente cirúrgico, entretanto, existem algumas lacunas que merecem atenção, tais como a falta de relação com as condutas corretas, preconizadas e baseadas em evidências científicas disponíveis na literatura vigente, a fim de reduzir os altos índices de infecções e outras comorbidades associadas aos procedimentos, além da ausência de algum instrumento que possa nortear a assistência prestada.

O enfermeiro é considerado como líder do setor, este pode adotar o *checklist* como ferramenta que trará benefícios para os profissionais e pacientes que utilizam a Unidade de Clínica Cirúrgica, além de encorajar a participação de todos nessa iniciativa, pois constitui uma ferramenta utilizada para auxiliar na realização de rotinas complexas, aumentando a segurança, diminuindo gastos e otimizando o tempo da equipe e registros das informações pertinentes aos cuidados pré e pós-operatório.

Diante disso, o estudo em tela possibilitou uma melhor compreensão das práticas assistenciais ofertadas pelos profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao paciente cirúrgico, seus conhecimentos acerca desses cuidados, apontando suas potencialidades, dificuldades e limitações.

A revisão integrativa possibilitou a construção de uma síntese dos conhecimentos científicos acerca dos cuidados pré e pós-operatórios e com base na análise criteriosa acerca das evidências científicas disponíveis a respeito da temática, possibilitou a construção de dois *checklist* para nortear os cuidados dispensados ao paciente cirúrgico, durante os períodos de pré e pós-operatório. Entretanto, a ausência de estudos disponíveis nas bases de dados a respeito da temática constituiu o principal empecilho no desenvolvimento desse trabalho, o número de estudos disponíveis e baseados em evidências científicas de alta qualidade é insuficiente, dessa forma, destaca-se a atenção ao desenvolvimento de novos estudos para nortear a prática assistencial.

Conclui-se que a utilização do *checklist* serve como um instrumento eficaz para auxiliar na realização da sistematização da assistência de enfermagem, otimiza seu manejo e documenta o plano de cuidados propostos, serve como um guia na implementação do

processo de enfermagem. Tal recurso oferece subsídios para o estabelecimento dos diagnósticos, resultados esperados e ações de enfermagem que sustentam a avaliação do cuidado integral ao paciente cirúrgico.

Portanto, fica claro que o acesso dos profissionais a recursos materiais adequados, treinamentos específicos e desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar constitui fatores indispensáveis para viabilização de condições necessárias a fim de estabelecer condutas terapêuticas eficazes e atualização constante das práticas disponíveis.

Espera-se que os enfermeiros permaneçam incentivando o sua equipe na busca pelo conhecimento para então ofertar assistência baseadas em evidências científicas e pautadas na segurança do paciente, e que tais condutas caminhem para um processo terapêutico de qualidade a fim de atentá-los para a manutenção de conhecimentos acerca do cuidado e tratamento clínico, e que os *checklist* desenvolvidos com base nas necessidades elencadas pelos profissionais, possam auxiliar a equipe na assistência ofertada e melhore os registros desses cuidados.

Diante do exposto, espera-se que esta pesquisa traga contribuições para o aprimoramento e desenvolvimento do conhecimento científico sobre os cuidados de enfermagem ofertados ao paciente cirúrgico e pautado em evidências científicas, com base nos períodos pré e pós-operatórios, e que o *checklist* desenvolvido auxilie a nortear/organizar os cuidados ofertados, facilite o serviço da equipe e sirva como um documento.

Com isso, almeja-se que este estudo se torne uma ferramenta de divulgação desta temática, incentivando o desenvolvimento de outras pesquisas, tendo em vista não só a relevância científica que apresenta, mas também a relevância social para que possa auxiliar na melhoria da assistência oferecida aos pacientes cirúrgicos.



7 Referência

- ABDULLAH, A. L.; MAQBALI M. Preoperative fasting for elective surgery in a regional hospital in oman. **Br. J Nurs**, v. 25, n. 14, p. 798-802, 2016.
- ABEBE, W. A. et al. Preoperative fasting times in elective surgical patients at a referral Hospital in Botswana. **Pan African Medical Journal**, v. 23, n. 102, 2016.
- AKHAVAN, S. et al. Impact of Smoking Cessation Counseling Prior to Total Joint Arthroplasty. **Posted March**, v. 24, 2017.
- ALBANO, T. C.; FREITAS, J. B. Participação efetiva do enfermeiro no planejamento: foco nos custos. **Rer Bras Enferm**, v. 66, n. 3, p. 372-7, mai-jun. 2013.
- AMAYA, M. R. et al. Análise do registro e conteúdo de *checklists* para cirurgia segura. **Esc Anna Nery**, v. 19, v. 2, p. 246-251, 2015.
- AMICO, M, et al. Complicações após pancreatetectomias: Estudo prospectivo após as novas classificações giedfp e giecp. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v.26, n. 3, p. 213-18, 2013.
- AMOUZESHI, M. D. A. et al. The comparison of saline enema and bisacodyl in rectal preparation before anorectal surgery. **J Surg Res.**, v. 199, n. 2, p. 322-5, 2015.
- AMTHAUER, C.; FALK, J. W. O enfermeiro no cuidado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 10, p. 54-9, 2014.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10 ed. São Paulo: editora Atlas S. A., 2010.
- Arnold, A., Aitchison, L. P., Abbott, J. Preoperative Mechanical Bowel Preparation for Abdominal, Laparoscopic, and Vaginal Surgery: A Systematic Review. **J Minim Invasive Gynecol**, v. 22, n. 5, p. 737-52, 2015.
- ASHFAQ, A. et al. Impact of an Institutional Antimicrobial Stewardship Program on Bacteriology of Surgical Site Infections in Cardiac Surgery. **J Card Surg**, v. 31, n. 6, p. 367-72, 2016.
- BARBOSA, J. A. **Visita pré – operatória de enfermagem: Contribuições no pré e pós-operatório**. 2014.61 p. Trabalho de Conclusão de Curso [TCC] – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
- BARBOSA. M. H. et al. Avaliação da intensidade da dor e analgesia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias ortopédicas. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 143-147, 2014.
- BASTOS, A. Q. et al. Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pósoperatório: uma revisão integrativa da literatura. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 2, p. 382-90, abr-jun 2013.
- BENEDET, S. A.; et al. Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. **Care Online**, v.8, n. 3, p. 4780-88, jul-set 2016.
- BERTONCELLO, K. C. G. et al. **Revisão Integrativa dos Diagnósticos de Enfermagem de Pacientes em Período Pós Operatório**. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde, v. 17, n. 1, p. 57-62, 2015.

BOTTORFF, J. L. The Stop Smoking Before Surgery Program. **J Prim Care Community Health**, v. 7, n. 1, p. 16–23, 2016.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm> Acesso em: 09 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. ANVISA. Fiocruz. Protocolo para cirurgia segura. 2013

BROWN, A. Strategies to reduce or eliminate wound pain. **Nursing Times**, v. 110, n. 15, p. 12-15, 2014.

CAMPUS, J. A. R. et al. Produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013. **Rev. Sobecc**, v. 20, n. 2, p. 81-5, abr- jun 2015.

CASTRO, S. L. C. Alteraciones electrolíticas asociadas a los métodos utilizados para la limpieza intestinal preoperatoria en niños. **Revista eletrônica enfermagem actual en Costa Rica**, edição especial, n. 31, 2016.

CAVICHIO, B. V. et al. Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. **Rev. esc. enferm. USP**, v.48, n.1, 2014.

COWPERTHWAIT L, H .O. L. M. R. L. Guideline implementation: preoperative patient skin antisepsis. **AORN J**, v. 101, n. 1, p. 71-7, 2015.

DALPONTE, G. C.; COUTINHO, A. O. R. Qualidade dos registros de enfermagem: uma revisão integrativa. **CuidArte Enferm**, v.7, n.2, p. 100-06, jul/dez. 2013.

DANCZUK, R. F. T. et al. Métodos de aquecimento na prevenção da hipotermia no intraoperatório de cirurgia abdominal eletiva. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p.578-584, 2015.

DEHAAS, D. et al. Colorectal Surgical Site Infection Reduction Strategies. **The American Journal of Surgery**, 2016.

DIAZ, et al. Surgical Site Infection and Prevention Guidelines: A Primer for Certified Registered Nurse Anesthetists. **ANAA Journal**, v. 83, n. 1, 2015.

DING, S; LIN, F; GILLESPIE; B. M. Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review. **J Wound Care**, v. 25, n. 5, p. 232-40, 2016.

DOMINGOS, C. M. H., I. I. D. A, L. I. S., POVEDA, V. B. Estratégias de controle glicêmico e a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico: revisão sistemática. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 870-876, 2016.

DUARTE, S. C. M. et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 657-65, out-dez 2012.

EDMISTON JÚNIOR et al. Evidence for a Standardized Preadmission Showering Regimen to Achieve Maximal Antiseptic Skin Surface Concentrations of Chlorhexidine Gluconate, 4%, in Surgical Patients. **JAMA Surg**, v. 150, n. 11, p. 1027-33, 2015.

EHRENFELD, J. M. et al. A Perioperative Systems Design to Improve Intraoperative Glucose Monitoring Is Associated with a Reduction in Surgical Site Infections in a Diabetic Patient Population. **Anesthesiology**, v. 126, n. 3, p. 431-440, 2013.

ELIAS, A. C. G. P. Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura em hospital universitário público. **Rev. Sobecc**, v. 20, n. 3, p. 128-133, 2015.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S., ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. **REME Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, p. 1-260, 2014.

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

FERNANDES, L. S. **Preparo de cólon para colonoscopia – estudo comparativo de macrogol e lactulose com e sem bisacodil**. 2012. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2012.

FERREIRA, A. F. et al. Conhecimento e prática de enfermeiros sobre cuidados aos pacientes com feridas. J. res.: **fundam. care**, v. 6, n. 3, p. 1178-1190, 2014.

FERREIRA, L. L.; ALVES, S. A. Fisioterapia respiratória nopré-operatório de colecistectomia. **ABCS Health Sci**, v.38, n. 1, p. 47-51, 2013.

FONSECA; PETERLINI; COSTA. Segurança do paciente. São Paulo. Martinari, p. 276, 2014.

FRANCO, L. M. C. et al. Efeitos do banho pré-operatório na prevenção de infecção cirúrgica: estudo clínico piloto. **Rev Min Enferm**, v. 21, p. e-1053, 2017.

FREITAS, M. R. et al. Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 137-148, 2014.

FREITAS, O. S. Controle glicêmico no perioperatório: evidências para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Rev. Eletr.Enf**, v. 15, n. 2, p. 541-50, 2013.

FREITAS, P. S. Controle glicêmico no perioperatório: evidências para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf**, v. 15, n. 2, p. 541-50, 2013.

FUSCO SFB. Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p.43-49, 2016

GAVA, M. G. et al. Melhora da força muscular com suplemento contendo carboidratos duas horas antes de colecistectomia por laparotomia: estudo randomizado e duplo cego. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 43, n. 1, p. 54-9, 2016.

GAWECKA, A., MIERZEWSKA, S. Tolerance of, and metabolic effects of, preoperative oral carbohydrate administration in children a preliminary report. **Anaesthesiol Intensive Ther**, v. 46, n. 2, p. 61-4, 2014.

GEBREMEDHN, E. G., NAGARATNAM, V. B. Audit on preoperative fasting of elective surgical patients in an african academic medical center. **World J Surg**, v. 38, n. 9, p. 2200-04, 2014.

GEBRIM, C. F. L. et al Tricotomia pré operatória: aspectos relacionados à segurança do paciente. **Enfermería Global**, n. 34, 2014.

- GEBRIM, C. F. L. et al. Análise da profilaxia antimicrobiana para a prevenção da infecção do sítio cirúrgico em um hospital do centro-oeste brasileiro. **Ciencia y enfermeria**, v. 20, n. 2, p. 103-15, 2014.
- GEBRIM, C. F. L. et al. Indicadores de processo para prevenção da infecção do sítio cirúrgico sob a ótica da segurança do paciente. **Revista eletrônica trimestral de enfermagem**, v. 15, n. 44, out 2016.
- GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: Enfoque multiprofissional**. São Paulo: Editora RIDEEL, 2014.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, 5ª Ed, Atlas, 2010.
- GOMES, C. D. P. P. et al. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do *checklist* cirúrgico. **Rev. Sobecc, São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 140-145, 2016.
- GOMES, P. C. et al. Residual gastric volume evaluation with ultrasonography after ingestion of carbohydrate- or carbohydrate plus glutamine-enriched beverages: a randomized, crossover clinical trial with healthy volunteers. **Arq Gastroenterol**, v. 54, n. 1, 2017.
- GORDANA, R. G. B. Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem. **Rev. Bras. Cir. Plást**, v. 28, n. 4, 2013.
- GRALING P. R.; VASALY, F. W. Effectiveness of 2% CHG cloth bathing for reducing surgical site infections. **AORN J**, v. 97, n. 5, p. 547-51, 2013.
- GUIDO et al. Nursing perioperative care: an integrative review of literature. **J. res.: Fundam. care. online**, v. 6, n. 4, p. 1601-09, 2014.
- HARRINGTON, P. Prevention of surgical site infection. **Nursing Standard**, v. 28, n. 48, p. 50-58, 2014.
- IBELLONI, POMBO, MORAIS FILHO. A diminuição do tempo de jejum melhora o conforto e satisfação com anestesia em pacientes idosos com fratura de quadril. **Rev Bras Anestesiol**, v. 65, n. 2, p. 117-23, 2015.
- ISIK, O. et al. Surgical Site Infection: Re-assessment of the Risk Factors. **Chirurgia**, v. 110, n. 5, p. 457-461, 2015.
- KLEIN, A. G. S. et al. Registros de enfermagem no período perioperatório. **Rev enferm UFPE**, v. 5, n. 5, p. 1096-104, 2011.
- KNON, S. et al. Importance of perioperative glycemic control in general surgery: a report from the Surgical Care and Outcomes Assessment Program. **Ann Surg**, v. 257, n. 1, p. 8-14, 2013.
- LASAPONARI, E. F. et al. Revisão integrativa: dor aguda e intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato. **Rev. SOBECC**, v. 18, n. 3, p. 38-48, 2013.
- LEE, Y. J. et al. Education for Ward Nurses Influences the Quality of Inpatient's Bowel Preparation for Colonoscopy. **Medicine (Baltimore)**, v. 94, n. 34, 2015.
- LIMA, G. J. S. et al. Colecistectomia laparoscópica umbilical assistida por minilaparoscopia. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 43, n. 3, p. 209-13, 2016.

LINO, A. I. A.; JESUS, C. A. C. Revisão - Cuidado ao Paciente com Gastrostomia: Uma Revisão de Literatura. **Revista da associação Brasileira de estomaterapia: estomias, feridas e incontinências**, v. 11, n. 3, 2013.

LUDWIG, R. B. et al. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação Precoce no pós-operatório são seguros? **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 26, n. 1, p. 54-58, 2013.

MACEDO, A. C. P. A.; ROMANEK, F. A. R. M.; AVELAR, M. C. Q. Gerenciamento da dor no pós-operatório de pacientes com câncer pela enfermagem. **Rev. dor**. v.14, n. 2, 2013.

MACENA, M. D. A.; ZEFERINO, M. G. M.; ALMEIDA, D. A. Assistência do Enfermeiro aos pacientes em recuperação Pós Cirúrgica: cuidados imediatos. **Revista de iniciação científica das libertas**, v. 4, n. 1, p. 133-51, jul 2014.

MARTINS, A. C. F. **Perfil de pacientes portadores de gastrostomia e opapel dos cuidadores no domicílio**. BOTUCATU, 2013. Dissertação apresentada ao programa de PósGraduação em Enfermagem - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. 128p.

MATA, L. R. F.; FERREIRA. T. C.; CARVALHO, E. C.. Intervenções de enfermagem no perioperatório e no preparo para alta hospitalar do paciente prostatectomizado. **Invest.educ.enferm**, v.31, n.3, 2013.

MAZROU, A. ET al. Characterization of Readmission by Day of Rehospitalization After Colorectal Surgery. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 60, n. 2, p. 202-12, 2017.

MCGHEE, B. T. L. et al. Vital signs reassessment frequency recommendation. **Nursing Management**, v. 47, n. 9, p. 11-12, 2016.

MENDONÇA, S. N. ET AL. Orientações de enfermagem e implicações para a qualidade de vida pessoas estomizadas. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 1, p. 296-304, jan 2015.

MOMPEÁN et al. Avaliação e normatização da preparação pré-cirúrgica em uma rede regional de hospitais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n.2, 2012.

NASCIMENTO, J. E. A. Acelerando a recuperação pós-anestésica – ACERTO. Editora Rubio, 3º ed., Rio de Janeiro, 2016.

O'DONNELL, K. F. et al.Preoperative Pain Management Education: A Quality Improvement Project. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v.30, n. 3 p. 221-227, 2015.

OLIVEIRA, A. R. S.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Dos princípios da prática à classificação dos resultados deenfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 1, p. 986-92, Jan/Mar 2015.

OLIVEIRA, A.C.; GAMA, C. S. Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 5, p. 767-774, 2015.

OLIVEIRA, F. P. et al. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 2, 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Medição da dor na prática clínica de enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, v. 8, n. 8, p. 2872-82, 2014.

- OLIVEIRA, S. P. et al. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 2, p. 550-33, 2016.
- OSIK, O. et al. Surgical Site Infection: Re-assessment of the Risk Factors. **Chirurgia**, v. 110, n. 5, p. 457-461, 2015.
- PAIVA, A. C. R. et al. Checklist de cirurgia segura: análise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós-operatório. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 18, n. 2, 2015.
- PANCIERI, AA. P.; CARVALHO R. C.; BRAGA E. M. Aplicação do *checklist* para cirurgia segura: Relato de experiência. **Rev. SOBECC**, v. 19, n. 1, p. 26-33. 2014.
- PANCIERI, AA. P.; CARVALHO R. C.; BRAGA E. M. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rer Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.
- PELLICO, L. H. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 1 ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- PEREIRA, F. G. F. et al. Evaluation of an application program for the teaching of vital signs. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 3, 2013
- PETROIANU, A.; MIRANDA, M. E.; OLIVEIRA, R. G. **Blackbook cirurgia**. Belo Horizonte: Blackbook editora, 2008.
- PIEXAK, D. R.; FERREIRA, C. L. L.; TERRA, M. G.; et al. Cuidado de enfermagem em unidade de internação cirúrgica: percepção dos pacientes. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n. 1, p. 3624-32, jan-mar, 2016.
- PIMENTA, C. A. M. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. **Conselho regional de enfermagem de são Paulo**, São Paulo, nov. 2015
- PITTET, A. N. O. et al., Rectal enema is an alternative to full mechanical bowel preparation for primary rectal cancer surgery. **The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland**, v. 17, p. 1007–1010, 2015.
- PITTET, O et al. Rectal enema is an alternative to full mechanical bowel preparation for primary rectal cancer surgery. **The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland**, v. 17, p. 1007–1010, 2015.
- PRIETO, M. L. M. et al. Prevalencia del dolor agudo postoperatorio en un servicio de cirugía gastro-intestinal y satisfacción del paciente. **Rev. Soc. Esp. Dolor**, v. 23, n. 5, 2016.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho científico**. 2ª Ed. Rio Grande do Sul: Universidade Feevale, 2013.
- QUEIRÓZ, D. T. G. et al. Dor – 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 4, p. 7186-92, 2015.
- RIEGEL et al. Percepções de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: orientações pré-operatórias da equipe de enfermagem. **Portuguese Rev Enferm UFPI**, v. 3, n. 3, p. 53-7, 2014.

- RIGHTMYER B. J. et al. Preventing perioperative hypothermia. **Nursing**, v. 46, n. 9, 2016.
- ROCHA, D. R., IVO, O. P. Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, p. 170-78, jul-dez 2015.
- ROCHA, E. N. et al. Assistência de enfermagem a pacientes colostomizados atendidos nos hospitais regionais de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Revista de ensaios e ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 6, p. 77-90, 2012.
- RODRIGUES, E. A. **Assistência de Enfermagem no pré e no pós-operatório mediato ao utente em risco de desenvolver uma infecção do local cirúrgico**. 88 f. Trabalho de Conclusão de Curso [Monografia] – Universidade do Mindelo Escola Superior de Saúde, Mindelo, 2015.
- RODRIGUES, R. V. **A importância das orientações de enfermagem para adaptação dos pacientes com estomia intestinal**. 2016. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso [Monografia] - Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, 2016.
- ROSCANI, et al. Validação de *checklist* cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 6, 2015, p. 553-65.
- RUIZ, S. R.; PÉREZ, M. V. L. Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. **Metas enferm**, v. 19, n. 6, p. 14-20, 2016.
- SALMON J. K. Strategies to reduce or eliminate wound pain. **Nursing Times**, v. 110, n. 15, 2014.
- SANTOS, F. D. R. P.; et al. Educação em saúde para pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais. **Rev. Ciênc. Ext.**, v. 11, n. 1, p. 171-77, 2015.
- SANTOS, M. V.; et al. Satisfação de enfermeiros com curso de formação para operacionalização de protocolo sobre úlcera por pressão. **Rev Rene**, v. 16, n. 4, p. 496-503, jul-ago 2015.
- SENA, A. C., NASCIMENTO, E. R. P., MAIA, A. R. C. R. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 132-137, 2013.
- SENA, A. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MAIA, A. R. C. R. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 3, p. 132-37, 2013.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª ed. São Paulo: **Cortez**: 2007.
- SILVA, A. B.; PENICHE, A. C. G. Hipotermia perioperatória e aumento de infecção da ferida cirúrgica: estudo bibliográfico. **Einstein**, v. 12, n. 4, 2014
- SILVA, A. L.; PENICHE, A. C. G. Hipotermia perioperatória e aumento de infecção da ferida cirúrgica: estudo bibliográfico. **Einstein**, v. 12, n. 4, 2014.
- SILVA, E. S. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com colostomia: uma tecnologia de cuidado**. 2013. 98 p. requisito parcial para Obtenção do título de Mestre em Enfermagem [Dissertação] -Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

SILVA, T. G. et al. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 1, p. 24-7, 2016.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G., et al. Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2014.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.

SOARES, R. S. L. **Assistência de Enfermagem ao doente Gastrectomizado: Promoção do Auto Cuidado**. Jul 2015. 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso [TCC] – Universidade do Mindelo – Escola superior de enfermagem, Midelo, 2015.

SOPPA, F. B. F. et al. Uso de *checklist* na sistematização da assistência de enfermagem em nefrologia: revisão integrativa da literatura. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v. 3, n. 2, 2017.

SOUSA, S. M. et al. Checklist para acompanhamento de cateterismo cardíaco: estratégia para o gerenciamento de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 12, p. 1063-8, 2015.

SPRUCE, L. Back to basics: preventing surgical site infections. **AORN Journal**. v. 99, n. 5, 2014.

SPRUCE, L. et al. Back to Basics: Preventing Surgical Site Infections. **AORN Journal**, v. 99, n. 5, 2014.

STEYER, N. H. et al. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 1, p. e50170, 2016.

TACANI et al. Prevalência e tratamento fisioterapêutico de deiscências da ferida operatória após cirurgias plásticas: análise retrospectiva. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 39, 2014.

TEIXEIRA et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 4, p. 1071-8, 2015.

THOMPSON, R. E, et al. Perioperative Glycemic Control During Colorectal Surgery. **Curr Diab Rep**, v. 16, n. 32, 2016.

THOMSEN T.; VILLEBRO, N.; MILLER, A. M. Interventions for preoperative smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 7, n. 7, 2014.

TORRES L M. et al. Readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 1008-15, 2015.

TRAPERO C. M. et al. Infección de la herida quirúrgica. Efectividad de los apósitos com polihexametileno biguanida. **Enferm Clin.**, v. 23, n. 2, p. 56-61, 2013.

TSUCHIDA T. et al. Influence of Peri-Operative Hypothermia on Surgical Site Infection in Prolonged Gastroenterological Surgery. **Surg Infect (Larchmt)**, v. 17, n. 5, p. 570-6, 2016.

TSUCHIDA, T. et al. Influence of Peri-Operative Hypothermia on Surgical Site Infection in Prolonged Gastroenterological Surgery. **Department of Nursing**, v. 17, n. 5. p. 570-6, 2016.

WOOD, K. B. et al. Surgical fasting guidelines in children: Are we putting them into practice? **Journal of Pediatric Surgery**, 2016.

XU D. et al., Shortened preoperative fasting for prevention of complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis. **Journal of International Medical Research**, v. 45, n. 1, p. 22–37, 2017.

ZANI et al. Benefícios na função respiratória e capacidade funcional com ingestão de maltodextrina 2 horas antes de colecistectomia por laparotomia: ensaio clínico prospectivo e randomizado. **Einstein**, v. 13, n. 2, p. 249-54, 2015.



Apêndices

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Avaliação Diagnóstica do Serviço) – Profissionais de Enfermagem

Título do Projeto: **Checklist para nortear a assistência de enfermagem no pré e pós-operatórios**

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Alana Tamar Oliveira de Sousa

Orientanda: Fábila Letícia Martins de Andrade

Prezado (a) Senhor (a), _____ Sou graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité/PB, e estou realizando meu Trabalho de Conclusão de Curso que tem o seguinte objetivo principal: Propor um *checklist* de enfermagem para cirurgias do trato gastrointestinal em clínica cirúrgica de um hospital escola. A pesquisa conta também com os seguintes objetivos específicos: Elencar as principais cirurgias realizadas no serviço; identificar os principais cuidados de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios nessas cirurgias; elaborar um *checklist* de enfermagem para esses principais cuidados; apresentar o *checklist* aos profissionais do serviço.

Com essa investigação, propõe-se nortear novas condutas, subsidiar o planejamento para implementação de *checklist* e, principalmente, auxiliar em uma assistência que possa contemplar as reais necessidades dos indivíduos que se submetem a procedimentos cirúrgicos.

Solicitamos sua colaboração para participar desta primeira etapa da pesquisa, respondendo a uma entrevista. Esta etapa da pesquisa servirá para avaliar as necessidades do serviço, de modo que o checklist possa auxiliar na assistência de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios aos pacientes submetidos às cirurgias do. Esta última entrevista poderá durar cerca de 30 minutos.

Solicito o seu consentimento também para gravação da entrevista através de um aparelho de MP3, bem como a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que a pesquisadora achar conveniente. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa oferece riscos e/ou desconfortos imprevisíveis para a sua saúde do tipo constrangimento em responder às questões solicitadas.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não receberá pagamento para isto, não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Caso o(a) Sr. (a). consinta, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Espero contar com seu apoio, e desde já agradeço sua colaboração.

Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor ligar para a pesquisadora:

Pesquisadora responsável: Prof^aDr^a Alana Tamar Oliveira de Sousa

Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité; Sítio Olho D'água da Bica,
S/N, Cuité-PB. CEP: 58.175-000
Telefones: 2101-1954/ 9632-0305. E-mail: alanatamar@gmail.com

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC - Rua Carlos Chagas, SN – São José CEP
58107-670 - Campina Grande – PB

Fone: 2101-5545

CONSENTIMENTO

Após ter sido devidamente esclarecido sobre a pesquisa, consinto em participar da mesma. Informo que estou recebendo uma cópia deste Termo.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. **Estou ciente que recebi uma via desse documento.**

Assinatura do (a) voluntário (a) da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Campina Grande, ____ / ____ / ____

Observação: Todas as páginas deste termo devem ser rubricadas

Apêndice - B**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Sexo: Feminino () Masculino ()

Estado Civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Separado ()

União consensual ()

Idade:

Profissão: Enfermeiro () Técnico de enfermagem ()

Tempo de formação:

Tempo de serviço:

Tempo de experiência na clínica cirúrgica:

1. Quais as principais cirurgias realizadas neste setor?
2. Dentre as cirurgias gastrintestinais quais são realizadas com mais frequência?
3. Quais os cuidados pré-operatórios ofertado a esse paciente? E como é realizado o preparo da pele desses pacientes?
4. Quais os cuidados pós-operatórios ofertado a esse paciente?
5. Quais as principais complicações observadas?
6. Quanto aos cuidados à ferida operatória dessas cirurgias, a equipe segue alguma padronização para realizar a assistência (avaliação e curativo)?
7. Você acha que seria importante/necessário o uso de algum material que norteie a assistência ao paciente em cuidados pré e pós-operatórios de cirurgias do sistema gastrintestinais? Por quê?

Apêndice - C

Instrumento para organizar os dados da revisão integrativa

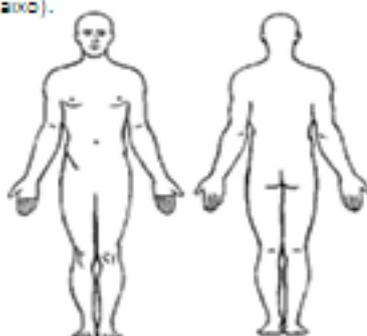
TÍTULO	ANO/ BASE DE DADOS	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO

Apêndice D

CHECKLIST EM PRÉ-OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: _____ Enfermaria/Leito: _____			
Sexo: Feminino() Masculino() DATA: ___/___/_____ HORA: _____			
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: _____			
ANTES DE ENCAMINHAR O PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO, CERTIFIQUE-SE:	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Paciente identificado corretamente			
Confirmou o procedimento e local do sítio cirúrgico?			
O paciente assinou o termo de consentimento?			
O prontuário do paciente está disponível?			
O paciente possui esmaltes nas unhas?			
Foi retirado roupas íntimas, acessórios e prótese?			
Apresenta-se ansioso?			
O paciente informa alguma alergia?	Qual?		
O paciente informa alguma medicação de uso frequente?	Quais?		
O paciente é diabético?	Tipo:		
O paciente é hipertenso?			
Apresenta prurido?			
Alterações na coloração da pele			
Astenia			
Transfusões sanguíneas			
Afecções psiquiátricas			
Epilepsia			
Reserva de sangue			
Etilista			
Tabagista			
Parou de fumar à > = 4 semanas antes da cirurgia?			
Suspendeu AAS há > = 5 dias ou clexane há > = 12 horas			
O paciente possui alguma doença de base?	Qual?		
Antecedentes cirúrgicos _____			
CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O paciente tomou banho pré-operatório			
Foi utilizado sabão com antisséptico/degermante?			
O paciente está em jejum zero de dieta sólida entre 6 e 8 horas ?			
O paciente está ingerindo soluções claras e tem recomendação até 2 h antes do procedimento?			
O paciente ingeriu solução a base de carboidrato e tem recomendação até 2 h antes do procedimento?			
Foi realizado tricotomia em < 2 h antes do procedimento?	Local:		
A tricotomia foi feita com tricotomizador elétrico ou tesoura?			
A glicemia do paciente está <200 mg/Dl			
Foi realizada limpeza intestinal?	Solução/medicação		
Fez uso hoje da medicação controlada?(antihipertensivos, anticonvulsivantes etc.)	Qual:		
Esclareceu as dúvidas do paciente e fez as orientações necessárias			
Necessita/fez uso de medicação pré-anestésica com elevação das grades da maca?	Hora:		

Apêndice E

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome: _____		Enfermaria/Leito: _____		
Sexo: Feminino() Masculino()	DATA: ___/___/___	Hora de retorno do Bloco Cirúrgico: _____		
PROCEDIMENTO REALIZADO: _____				
Tipo de anestesia: _____				
CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO			SIM	NÃO
Padrão respiratório _____ irpm	<input type="checkbox"/> Eupneia	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Dispneia	SpO2 _____ %
Circulação FC/P _____ bpm	<input type="checkbox"/> Normocárdia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	
Perfusão periférica preservada?				
Pele e mucosas normocoradas?				
Pele fria ou pegajosa?				
Calafrios				
Sudorese				
Síncope				
Temperatura corporal _____ °C	<input type="checkbox"/> Normotérmico	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	
Pressão arterial dentro dos parâmetros de normalidade?				_____ mmHg
Estado geral do paciente?	<input type="checkbox"/> EGB	<input type="checkbox"/> EGR	<input type="checkbox"/> EGC	
Dor: _____	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> 0-2 Leve	<input type="checkbox"/> 3-7 Moderada	<input type="checkbox"/> 8-10 Intensa
Nível de consciência e orientação	<input type="checkbox"/> totalmente acordado	<input type="checkbox"/> Desperta ao chamar, porém confuso	<input type="checkbox"/> Não responde	
Retorno do controle motor e sensitivo	<input type="checkbox"/> Capaz de mover todos os membros	<input type="checkbox"/> Capaz de mover dois membros	<input type="checkbox"/> Não é capaz de mover os membros	
Presença de náusea ou vômito? Hora: _____				
Retenção urinária? Hora: _____				
Hipotensão postural? Hora: _____				
AVALIAÇÃO DOS DISPOSITIVOS				
Paciente em uso de oxigênio complementar?	<input type="checkbox"/> Venturi _____ %	<input type="checkbox"/> Cateter O ₂ _____ L/min	<input type="checkbox"/> Não	
Cateter periférico	<input type="checkbox"/> Sim – Local: _____	Solução: <input type="checkbox"/> SG 5% <input type="checkbox"/> SF 0,9% <input type="checkbox"/> Ringer Lactato	<input type="checkbox"/> _____	
	Quantidade no frasco: _____ ml			
	<input type="checkbox"/> Não			
Cateter central	<input type="checkbox"/> Sim – Local: _____	Solução: <input type="checkbox"/> SG 5% <input type="checkbox"/> SF 0,9% <input type="checkbox"/> Ringer Lactato	<input type="checkbox"/> _____	
	Quantidade no frasco: _____ ml			
	<input type="checkbox"/> Não			
Sonda de Alimentação	<input type="checkbox"/> Sim – Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Aberta: _____ ml / característica do débito: _____		
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Fechada		
Sonda de Eliminação	<input type="checkbox"/> Sonda 1 – Tipo: _____	Débito: _____ ml / característica do débito: _____		
	<input type="checkbox"/> Sonda 2 – Tipo: _____	Débito: _____ ml / característica do débito: _____		
	<input type="checkbox"/> Não			
Irrigação vesical	<input type="checkbox"/> Sim Tipo de solução: _____	<input type="checkbox"/> SF 0,9% gelado <input type="checkbox"/> SF 0,9% frio <input type="checkbox"/> Outra: _____		
	<input type="checkbox"/> Não			
Curativo Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim – Local: _____	Características: <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Com exsudato – Tipo: _____		
	<input type="checkbox"/> Não			
Tipo de dreno: _____	<input type="checkbox"/> Ausente	1. Penrose	2. Kehr	3. Túbulo laminar
		4. Blake	5. Tórax	
Quantidade de exsudato no frasco: _____ ml (se houver mais de um especificar o número e a quantidade de exsudato na figura abaixo).				
		Informações adicionais: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Profissional: _____		

Apêndice F

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE								
Nome: _____						Enfermaria/Leito: _____		
Sexo: Feminino() Masculino() DATA: ___/___/_____ Hora: _____								
PROCEDIMENTO REALIZADO: _____								
CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO								
HORA	T°C	P/F bpm	R irpm	PA mmHg	Dor (0 a 10)	Drenos	Sondas	Assinatura
Estado geral do paciente? EGB <input type="checkbox"/> EGR <input type="checkbox"/> EGC <input type="checkbox"/>								
Sono e repouso <input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Prejudicado Motivo: _____								
Atividade <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Cadeirante <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Realizando exercícios dos MMSS <input type="checkbox"/> Realizando exercícios dos MMII								
Alimentação <input type="checkbox"/> Aceita toda a dieta <input type="checkbox"/> Aceita parte da dieta _____% <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Dieta zero por prescrição <input type="checkbox"/> Imobiliza FO durante episódio de vômito								
Sistema respiratório MV _____ em _____ <input type="checkbox"/> Expansibilidade bilateral <input type="checkbox"/> Expansibilidade unilateral Ritmo: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular								
Realizando exercícios de respiração profunda e tosse <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
Sistema circulatório <input type="checkbox"/> BCNF <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Edema: Local _____ /4+ <input type="checkbox"/> Perfusão periférica preservada								
Sistema gastrointestinal RHA _____ em _____ <input type="checkbox"/> Timpanismo em: _____ <input type="checkbox"/> Maciez em: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Doloroso								
Eliminações intestinais <input type="checkbox"/> Presente – características _____ <input type="checkbox"/> Ausentes – há _____ dias								
Sistema Geniturinário <input type="checkbox"/> Sem anormalidades <input type="checkbox"/> Com alteração: _____								
Eliminações intestinais <input type="checkbox"/> Presente – características _____ <input type="checkbox"/> Ausentes – há _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena								
Eliminações vesicais <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Cistostomia Aspecto: _____								
Dieta: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> Gastrostomia								
AVALIAÇÃO DOS DISPOSITIVOS								
Paciente em uso de oxigênio complementar? <input type="checkbox"/> Venturi _____% <input type="checkbox"/> Cateter O ₂ _____ L/min <input type="checkbox"/> Não								
Cateter periférico <input type="checkbox"/> Sim – Local: _____ Data de inserção: _____ <input type="checkbox"/> Não								
Cateter central <input type="checkbox"/> Sim – Local: _____ Data de inserção: _____ <input type="checkbox"/> Não								
Sonda de Alimentação <input type="checkbox"/> Sim – Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Aberta: _____ ml / característica do débito: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fechada								
Sonda de Eliminação Sonda 1 – Tipo: _____ Débito: _____ ml / característica do débito: _____ Sonda 2 – Tipo: _____ Débito: _____ ml / característica do débito: _____ Não <input type="checkbox"/>								
Irrigação vesical <input type="checkbox"/> Sim Tipo de solução: <input type="checkbox"/> SF 0,9% gelado <input type="checkbox"/> SF 0,9% frio <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Não								
AVALIAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA E DRENOS								
Caract. da pele perilesional <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Fina <input type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Dermatite <input type="checkbox"/> Edema								
Classificação da ferida: <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Fechada								
Extensão: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Extensa								
Tipo de tecido: <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Necrose <input type="checkbox"/> Maceração <input type="checkbox"/> Biofilme								
Exsudato: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguinolento Purulento _____ ml/24h								
Odor <input type="checkbox"/> Grau 1 <input type="checkbox"/> Grau 2 <input type="checkbox"/> Grau 3								
Bordas: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Aderida aos tecidos <input type="checkbox"/> Não aderida								
Limpeza <input type="checkbox"/> SF 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexida _____% <input type="checkbox"/> PHMB Outros _____								



Anexos

ANEXO A

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA CIRURGIAS DO TRATO GASTROINTESTINAL EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Pesquisador: Alana Tamar Oliveira de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73100517.5.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.290.496

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, em que foi proposto a construção de um protocolo que enfatiza os cuidados pré e o pós-operatórios para pacientes internados em uma clínica cirúrgica de um hospital escola. O local proposto para realização do estudo é o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado na cidade de Campina Grande – PB. Participarão da pesquisa 11 profissionais, dentre eles 3 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Propor protocolo de enfermagem para cirurgias do trato gastrointestinal em clínica cirúrgica de um hospital escola.

Objetivo Secundário:

- Identificar as principais cirurgias gastrointestinais e os cuidados de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios realizados pelos profissionais da clínica cirúrgica;
- Elaborar um protocolo de enfermagem para o atendimento dos pacientes em pré e pós-operatório do trato gastrointestinal na referida clínica;
- Apresentar o protocolo de enfermagem aos profissionais do serviço para o atendimento dos

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.290.496

pacientes nos períodos pré e pós-operatório das referidas cirurgias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Riscos e/ou desconfortos imprevisíveis do tipo constrangimento em responder às questões solicitadas.

Benefícios:

- Nortear novas condutas, subsidiar o planejamento para implementação de protocolos e, principalmente, auxiliar em uma assistência que possa contemplar as reais necessidades dos indivíduos com úlceras venosas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- Projeto detalhado;
- Termo de Autorização Institucional do Gerente de Ensino e Pesquisa do HUAC;
- Declaração de anuência setorial da Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico;
- Termo de compromisso do pesquisador;
- Termo de compromisso para divulgação dos resultados;
- Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de Enfermagem);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (especialista).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências solicitadas em parecer anterior foram acatadas e solucionadas.

Assim sendo, somos de parecer APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

PARECER AD REFERENDUM EM 21/09/2017

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_969056.pdf	13/09/2017 15:32:15		Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Contratação do Parecer: 2.290.496

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B_CORRIGIDO.pdf	13/09/2017 15:30:37	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	13/09/2017 15:30:12	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_FINAL_TCC_CORRIGIDO_PARA_O_CEP.pdf	13/09/2017 15:28:57	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_divulgacao_resultados.pdf	31/07/2017 01:26:08	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso_pesquisadores.pdf	31/07/2017 01:24:58	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_INSTITUICAO.pdf	31/07/2017 01:22:47	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	31/07/2017 01:18:31	Alana Tamar Oliveira de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 21 de Setembro de 2017

Assinado por:
DANIEL FERREIRA GONÇALVES DE OLIVEIRA
(Coordenador)



ANEXO – B
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autora e orientandas da pesquisa intitulada de **“Checklist para nortear a assistência de enfermagem no pré e pós-operatórios”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que revisa e atualiza a Resolução 196/96, e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833 de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Federal de Campina Grande) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/UFCG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Fábia Letícia Martins de Andrade
Orientanda-Pesquisadora

Alana Tamar de Oliveira Sousa
Orientadora-Pesquisadora

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientandos da pesquisa intitulada “*Checklist para nortear a assistência de enfermagem no pré e pós-operatórios*”, assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Alana Tamar de Oliveira Sousa
Orientadora

Fábia Letícia Martins de Andrade
Orientanda