



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

LARYSSA KAROLYNE DA COSTA DANTAS

ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS: visão do cliente cirúrgico

**CAMPINA GRANDE - PB
2013**

LARYSSA KAROLYNE DA COSTA DANTAS

ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS: visão do cliente cirúrgico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito obrigatório à obtenção do grau de graduado em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida

CAMPINA GRANDE - PB
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

D192o Dantas, Laryssa Karolyne da Costa.

Orientações pré-operatórias [manuscrito] : visão do cliente cirúrgico / Laryssa Karolyne da Costa Dantas. – 2013.

37 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, Departamento de Enfermagem”.

1. Assistência em Enfermagem. 2. Cirurgias. 3. Cuidados pré-operatórios. I. Título.

21. ed. CDD 610.736

LARYSSA KAROLYNE DA COSTA DANTAS

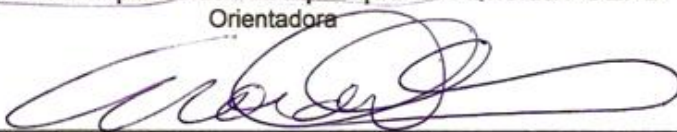
ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS: visão do cliente cirúrgico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Aprovado em: 26/08/2013.



Prof.^a. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida / UEPB
Orientadora



Prof.^a. Me. Eloide André Oliveira / UEPB
Examinadora



Prof.^a. Me. Enyedja Kerlly Martins de Araújo / UEPB
Examinadora

DEDICATÓRIA

Aos pilares da minha vida: meus pais, Jussara e José Brito; e a minha irmã caçula, Laís.

À vovó Evane (*in memoriam*) e a tio Juderci (*in memoriam*) que apesar de acreditarem que este momento se concretizasse, não poderão comemorar conosco.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus pelo dom da vida, pela saúde, pela direção e pela inspiração.

Agradeço especialmente aos meus pais, Jussara e José Brito, que para verem este sonho concretizado, fizeram inúmeras renúncias por escolherem investir na minha educação, me permitindo crescer e desenvolver, mesmo que para isso tenham sido privados da minha companhia diária. Durante estes longos cinco anos e poucos meses o sentimento que acordava comigo todos os dias, sem dúvida, era a saudade de vocês.

A todos os meus familiares: irmã, tios e tias, primos e primas, avós (in memoriam) e avós, agradeço pelas orações e pela torcida. Conseguimos!

Não esqueci você, Maciélío, que ao longo desses cinco anos foi meu companheiro de todas as horas. Mesmo não estando presente pessoalmente, você foi meu porto seguro. Essa conquista também é sua!

Também a todos vocês, mestres, que participaram dessa trajetória de transformação do saber, contribuindo para o sincronismo do conhecimento e da prática, tão necessários para a garantia de uma boa formação, meu agradecimento sincero.

Agradeço a todos (colegas, funcionários dos diversos setores do Departamento de Enfermagem da UEPB, clientes, enfermeiros e técnicos de enfermagem dos campos de estágio), que contribuíram direta ou indiretamente para que este processo de graduação tivesse um começo, um meio e um fim.

Aos que aceitaram participar da minha pesquisa e aos que contribuíram efetivamente para que este artigo fosse elaborado, especialmente a professora Sueli, orientadora, obrigada pela confiança e por tornar este momento possível.

Enfim, a todos vocês, meu muito obrigada!

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO.....	6
RESUMO.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
3 METODOLOGIA.....	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
5 CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	34
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA.....	35
ANEXO 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	36
ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO.....	37

ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS: Visão do cliente cirúrgico

Laryssa Karolyne da Costa Dantas

Orientadora: Prof^ª. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida

RESUMO

A cirurgia provoca uma série de reações fisiológicas e comportamentais no cliente cirúrgico, pois é vista pelo mesmo com muito anseio, havendo, a necessidade do diálogo e do esclarecimento das dúvidas deste pela equipe de enfermagem que o assiste em relação ao procedimento cirúrgico e suas implicações futuras. **OBJETIVOS:** O presente estudo teve o objetivo de identificar quais orientações pré-operatórias foram fornecidas pela equipe de saúde, na visão do cliente cirúrgico. **METODOLOGIA:** Tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro em agosto de 2013. A amostra foi composta por 12 clientes assistidos pela equipe da Clínica Cirúrgica da instituição, os quais foram entrevistados, utilizando-se um questionário estruturado, contendo questões objetivas e discursivas. As entrevistas foram gravadas com a finalidade de garantir a fidelidade dos dados coletados, os quais foram transcritos posteriormente para melhor análise, utilizando-se a metodologia proposta por Bardin, e fundamentados à luz da literatura relacionada à temática. **RESULTADOS:** Os médicos cirurgiões são os profissionais que são reconhecidos pelos sujeitos como os que mais oferecem orientações relacionadas ao procedimento cirúrgico e aos cuidados pós-operatórios. As principais orientações recebidas no pré-operatório estão relacionadas ao local onde será realizada a cirurgia e, de forma superficial, sobre o que será feito no procedimento. Os entrevistados apontaram a deambulação e a realização de exercícios ativos em membros inferiores, o jejum no pós-operatório, a higiene e os cuidados com a incisão, como as orientações que foram repassadas com mais frequência pelos profissionais de saúde. A importância das orientações pré-operatórias foi reconhecida pelo cliente cirúrgico, os quais destacaram a redução do seu nível de ansiedade no pré-operatório. Quanto à equipe de enfermagem, observou-se que esta atuou oferecendo apoio emocional ao cliente, distraíndo-o e aliviando a ansiedade e o medo do mesmo antes da cirurgia. **CONCLUSÃO:** Portanto, as orientações pré-operatórias são importantes para os clientes, por aliviar sua ansiedade e reduzir as complicações pós-operatórias, para a equipe de enfermagem, por propiciar a criação de um elo de confiança com clientes/familiares, e para o hospital, por diminuir o período de internação do cliente cirúrgico, atenuando os custos gerados neste período.

Palavras-chave: orientações pré-operatórias, equipe de enfermagem, pré-operatório.

1 INTRODUÇÃO

Diante da realização iminente de uma cirurgia, surgem inúmeras incógnitas ao cliente cirúrgico que, por vezes, não se sente protegido para questionar a equipe de saúde envolvida em sua assistência sobre suas dúvidas, limitações futuras e até mesmo sobre os sintomas secundários ao procedimento cirúrgico e/ou a sua condição clínica prévia que poderão apresentar após a cirurgia (DA SILVA; NAKATA, 2005).

A equipe de enfermagem por permanecer diuturnamente com o cliente, tem a chance de conhecê-lo e de participar, com proximidade, de seus anseios. Sendo estes profissionais da equipe de saúde os que disponibilizam de mais tempo no cuidado e nas orientações dos clientes e de seus familiares (MENDES et al., 2000 *apud* BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2005).

Durante a assistência prestada ao cliente antes da realização do procedimento cirúrgico, o enfermeiro tem a atribuição de planejar toda a assistência oferecida ao mesmo, abrangendo, assim, as suas necessidades físicas e emocionais, orientando-os quanto ao procedimento cirúrgico e ao preparo prévio específico que cada um necessita (CHRISTÓFORO, 2006).

Para que a relação profissional-cliente seja constituída, é imprescindível o estabelecimento do diálogo entre a equipe de enfermagem e os clientes assistidos por esta, o qual é indispensável para que haja a troca de informações entre estes. Para isso, é necessária a utilização de uma linguagem compreensível, garantindo o entendimento das orientações, estabelecendo, assim, o processo comunicativo. Esta comunicação possibilita que as orientações oferecidas pela equipe de saúde sejam utilizadas para o bem-estar do cliente cirúrgico e alívio de sua ansiedade (DOS SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011).

De acordo com Jorgetto, Noronha e Araújo (2005), as orientações oferecidas pela equipe de enfermagem, especificamente pelo enfermeiro, são imprescindíveis à recuperação do cliente, pois, é durante a visita pré-operatória de enfermagem que os principais anseios deste são ouvidos e explicitados, melhorando principalmente o seu nível de ansiedade frente à intervenção. É também neste momento que o enfermeiro deve desmistificar algumas questões que o senso comum desconhece

quanto à necessidade da deambulação precoce, ao banho diário, ajudando-os a enfrentar a dor e buscando alternativas para minimizá-la.

Deste modo, as orientações pré-operatórias são indispensáveis à assistência de enfermagem oferecida ao cliente cirúrgico. Porém, algumas instituições de saúde, por possuírem um déficit de profissionais de enfermagem atuantes em sua Ala Cirúrgica, principalmente de enfermeiros, apresentam uma assistência de enfermagem limitada, não fornecendo, muitas vezes, ao cliente cirúrgico as orientações necessárias ao esclarecimento de suas dúvidas e anseios sobre o procedimento cirúrgico a qual este se submeterá.

Além disso, observa-se que os estudos científicos que avaliam as orientações pré-operatórias fornecidas por profissionais de enfermagem consistem, em sua maioria, em proposições da literatura. Desta forma, este estudo teve como finalidade identificar quais orientações pré-operatórias foram fornecidas pela equipe de saúde, na visão do cliente cirúrgico; verificar quais as principais dúvidas apresentadas pelo cliente cirúrgico e se estas foram elucidadas antes da cirurgia pela equipe de saúde; identificar o profissional reconhecido pelo cliente cirúrgico como o que mais lhe oferece orientações no período pré-operatório; e, investigar quais orientações pré-operatórias apresentadas ao cliente cirúrgico são utilizadas durante seu processo de internação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Historicamente, a assistência de enfermagem pré-operatória passou por mudanças. Entre 1900 e 1919, a preparação do cliente cirúrgico se dava no ambiente domiciliar a partir do momento em que a cirurgia era agendada. De acordo com Oetker-Black (1993) *apud* Meeker e Rothrock (1997, p. 4), “o paciente tomava sol, fazia hiperalimentação, tomava banhos e repousava por determinados períodos para o preparo do corpo”. A enfermeira era responsável pela escolha do quarto a ser realizada a cirurgia, o qual era esvaziado, além de ferver os instrumentos e acalmar o paciente. Com a adoção dos médicos às unidades hospitalares, de 1920 a 1939, a assistência de enfermagem pré-operatória começou a surgir nos moldes dos modelos atuais. Neste período surgiu o consentimento do paciente para a cirurgia, a

preparação dos instrumentos e da sala de operação (OETKER-BLACK, 1993 *apud* MEEKER; ROTHROCK, 1997).

Segundo o mesmo autor, entre os anos de 1940 e 1959, ocorreram grandes avanços científicos na área das clínicas cirúrgicas e a assistência de enfermagem passou a dar importância à educação do paciente no pré-operatório e à preparação psicológica. As primeiras pesquisas que relacionaram a preparação pré-operatória e a recuperação pós-operatória do cliente cirúrgico ocorreram entre 1960 e 1979, período em que houve um avanço das pesquisas de enfermagem.

Durante o processo de doença, é comum o ser humano sofrer alterações comportamentais, pois, dependendo do agravo, há incerteza quanto ao prognóstico, podendo representar um risco para o desenvolvimento de dúvidas quanto à cura, tratamento ou até mesmo a continuação da vida (DA SILVA; NAKATA, 2005).

Assim, existe a necessidade do incremento da percepção dos anseios dos clientes cirúrgicos pelos enfermeiros, que são os profissionais incumbidos de preparar o mesmo para o procedimento (CHRISTÓFORO, 2006).

Aliado a isso, inclui-se a necessidade do estabelecimento de uma capacidade comunicativa, para que estas informações, imprescindíveis ao preparo pré-operatório do cliente, possam ser devidamente avaliadas, possibilitando a criação de um plano de cuidados adequado para cada cliente assistido (LIMA; DA SILVA; GENTILE, 2007).

O procedimento cirúrgico possui fases designadas como fases perioperatórias, que são subdivididas em: fases pré-operatória mediata e imediata – que antecedem a realização do procedimento -, transoperatório – em que ocorre a concretização da cirurgia –, recuperação pós-anestésica e pós-operatórios mediato e imediato – sucessores à cirurgia (DA SILVA et al., 2010).

O período Pré-operatório Mediato constitui o tempo determinado desde a indicação cirúrgica sugerida pelo médico-cirurgião até antes do Pré-operatório Imediato, que consiste nas 24 horas que antecedem a cirurgia, significando um período reduzido, pois o cliente tem o seu processo de internamento próximo ao transoperatório e dessa forma, o enfermeiro possui um tempo limitado para realizar o preparo necessário ao cliente, considerando os preceitos holísticos (SANTOS, 2009).

De acordo com Meeker e Rothrock (1997, p. 4), “a enfermagem perioperatória é um processo dinâmico, cognitivo, comportamental e técnico, dirigido para a

provisão de qualidade da assistência ao paciente antes, durante e depois da intervenção cirúrgica”.

Diante das alterações apresentadas, concorda-se com Fonseca e Peniche (2009) quando afirmam haver a necessidade da implantação da Sistematização de Enfermagem Perioperatória (SAEP) pelos enfermeiros atuantes nas unidades de internação e no centro cirúrgico, a qual objetiva conforme Santos (2009): implantar uma assistência de enfermagem individualizada, identificando as necessidades individuais do cliente cirúrgico e orientando o cliente e sua família quanto à cirurgia; controlar os riscos do ambiente cirúrgico; além de tentar reduzir a agitação e a ansiedade do cliente no pré-operatório.

Neste sentido, durante o período pré-operatório, o enfermeiro deve implantar o processo de enfermagem na assistência prestada ao cliente cirúrgico, o qual se divide em cinco etapas: coleta de dados (histórico), diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação (prescrição de enfermagem) e avaliação de enfermagem; iniciando pelo levantamento das necessidades deste para todo o período transoperatório, através da Visita Pré-operatória de enfermagem, prevenindo, assim, as possíveis complicações decorrentes da cirurgia no pós-operatório imediato. Essas complicações cirúrgicas estão diretamente relacionadas às condições clínicas prévias do cliente, ao porte do procedimento realizado e ao efeito do tratamento efetivado (CHEREGATTI, 2012).

Ainda de acordo com Cheregatti (2012), após o levantamento dos dados, o enfermeiro deve identificar os principais diagnósticos de enfermagem apresentados pelo cliente cirúrgico para que possa planejar sua assistência individualizada, abordando as necessidades deste cliente. Durante esta assistência, observa-se que dentre os principais diagnósticos de enfermagem encontrados no pré-operatório destacam-se: ansiedade, medo, conhecimento deficiente, privação do sono e risco de sentimento de impotência.

Como o enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento de toda a assistência de enfermagem, deve preparar sua equipe para assistir da melhor forma o cliente para a cirurgia tanto no aspecto físico – realizando a tricotomia, caso necessário, auxiliando o cliente durante o banho, realizando a punção venosa, instalando sondas quando necessário – como no aspecto emocional – pelo estabelecimento da escuta do cliente –, além de oferecer as informações necessárias sobre o procedimento cirúrgico propriamente dito. Porém, ainda há a

prevalência da execução dos procedimentos assistenciais em detrimento das orientações oferecidas aos clientes, que em sua maioria limita-se ao procedimento cirúrgico, ao risco cirúrgico e à anestesia, conforme apresentou o estudo de Christóforo e Carvalho (2009), realizado no município de Ponta Grossa, Paraná, entre maio e junho de 2006, que teve como objetivo caracterizar os cuidados de enfermagem no pré-operatório.

Além das orientações, o estudo de Christóforo e Carvalho (2009) demonstrou que todos os cuidados necessários nesse período, os quais foram apresentados acima, não são oferecidos a todos os clientes e apontou que o auxílio durante o transporte ao centro cirúrgico (100%), a avaliação do estado de jejum (99,2%), a ajuda durante a vestimenta da roupa adequada (100%), a retirada da roupa íntima (93,8%) e a aferição dos sinais vitais (96,1%), foram as medidas de assistência de enfermagem mais adotadas.

A falta de informação e de escuta ativa leva, muitas vezes, o cliente cirúrgico a apresentar ansiedade no pré-operatório. Além disso, Da Silva et al. (2010) elucidam outros motivos que levam o cliente cirúrgico à ansiedade neste período, são eles: a hipótese da morte durante ou após a cirurgia, mutilação ou desfiguração após a cirurgia, diagnósticos mais graves que o inicial e distância dos entes queridos.

Frias, Costa e Sampaio (2010) em estudo realizado avaliou a importância da assistência emocional fornecida pelo enfermeiro e concluíram que o nível de ansiedade dos clientes no pré-operatório foi reduzido após a realização da visita de enfermagem pelo enfermeiro, tendo em vista que apresentaram “baixa ansiedade” 80% dos clientes, “moderada ansiedade” 15% e “alta ansiedade” 5% destes; não obstante aos níveis apresentados pelos clientes que não receberam tal visita, que apresentaram “baixa ansiedade” em 20% dos clientes, “moderada ansiedade” 50% e “alta ansiedade” 30%.

O grau de ansiedade apresentado pelo cliente no Pré-operatório Imediato pode desencadear inúmeras reações fisiológicas, as quais podem retardar o processo de recuperação deste no pós-operatório. Neste sentido, as orientações oferecidas pelo enfermeiro tornam-se imprescindíveis ao reestabelecimento de saúde deste cliente de forma mais eficiente (DIAS; SILVA, 2001).

O procedimento cirúrgico causa inúmeros efeitos sobre o organismo, transformando suas necessidades básicas, provocando: alteração do sistema

respiratório, devido à depressão do Sistema Nervoso Central que ocorre na anestesia geral, relaxando a musculatura e provocando hipersecreção orofaríngea – a qual se acumula nos pulmões; necessidade de regulação da temperatura, pois muitos anestésicos gerais causam vasodilatação, que é aumentada com a exposição do organismo durante a cirurgia, o que provoca perda de temperatura corporal; desequilíbrio hidroeletrolítico pela perda de líquidos orgânicos contidos nos vasos sanguíneos, no interstício ou nas células, gerando uma tendência à alcalose metabólica; necessidades nutricionais, que são alargadas pelo aumento do metabolismo no pós-operatório, causando a metabolização das proteínas, para gerar a energia necessária; redução das eliminações corporais, pela liberação do hormônio antidiurético durante a cirurgia – que reduz o débito urinário – e pelo efeito da anestesia somado ao efeito do estado do cliente no pós-operatório, que, algumas vezes, permanece por muito tempo estático, gerando uma redução da atividade motora intestinal (COHEN et al., 2003).

Além disso, outras alterações no organismo podem ser referidas como o conforto, o repouso e o sono que são afetados pela dor após a cirurgia, comum devido às lesões teciduais (FONSECA; PENICHE, 2009); a movimentação e o exercício que são reduzidos pelas limitações pós-operatórias; também ocorre alteração da percepção, causada pela administração de sedativos e analgésicos (DOBBRO et al, 1994 *apud* MORAES; PENICHE, 2003). Ainda é pontuado que a proteção e a segurança tornam-se deficientes, devido à ação dos anestésicos; e a autoestima é diminuída pelo estado de incapacidade apresentado pelo cliente diante do procedimento cirúrgico (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Dos Santos, Henckmeier e Benedet (2011) referem que o enfermeiro reconhece a importância das orientações pré-operatórias, uma vez que o nível de informação a ser repassada ao cliente e seus familiares sobre a intervenção cirúrgica a ser realizada contribui para uma recuperação mais satisfatória deste; por prevenir complicações evitáveis e desenvolver o conhecimento e o entendimento dos mesmos sobre o período do pós-operatório, melhorando a identificação de sinais e sintomas atípicos do período.

Apesar disso, observa-se que dentre os profissionais de saúde os que mais realizam orientações pré-operatórias são os médicos-cirurgiões, representando 91% das orientações recebidas pelos clientes cirúrgicos, em detrimento dos enfermeiros,

que tiveram suas orientações reconhecidas por apenas 5,6% desses clientes (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Para os mesmos autores, as principais orientações que são fornecidas e/ou técnicas executadas pelo enfermeiro durante a visita de enfermagem estão relacionadas aos sinais vitais; ao questionamento a respeito de alergias do cliente; à medicação pré-anestésica; à realização de tricotomia; ao banho; à importância da retirada de joias e de próteses dentárias; à colocação da roupa adequada, assim como a retirada de roupas íntimas e não uso de esmaltes; ao preparo gastrointestinal necessário; e, ao transporte, para evitar quedas, devido ao uso da medicação pré-anestésica.

Em um estudo realizado com nove pacientes no pós-operatório de cirurgias abdominais no Rio Grande do Sul, entre março e abril de 2008, cuja finalidade foi conhecer a opinião dos clientes sobre a orientação fornecida pela enfermeira no pré-operatório em relação ao enfrentamento do período perioperatório; comprovou-se que embora os clientes cirúrgicos reconheçam ter recebido orientações pré-operatórias das enfermeiras, estes não lembram quais foram estas orientações no pós-operatório e consideram que a atenção recebida durante a assistência de enfermagem perioperatória lhe é suficiente durante o processo de reestabelecimento da saúde (KRUSE et al., 2009).

As orientações pré-operatórias podem ser oferecidas pelo enfermeiro de várias maneiras, como propõe Dos Santos, Henckmeier e Benedet (2011), podendo este processo acontecer de forma individualizada, sem seguir uma padronização específica, respeitando sempre o contexto no qual o cliente está inserido. O método mais utilizado para estas orientações é a conversa informal, usando apenas a oralidade entre o enfermeiro, o cliente e seus familiares, podendo também ser empregadas outras formas de orientações através de recursos didáticos, dependendo da disponibilidade destes. Esse processo educativo também pode ser desenvolvido em grupo, o que facilita o elo do cliente com outros indivíduos e a valorização de sua saúde.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no mês de agosto de 2013, no Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC de Campina Grande – Paraíba, por se tratar de uma instituição pública que realiza procedimentos cirúrgicos eletivos, em sua maioria, proporcionando às pesquisadoras a observação do processo de orientação pré-operatória.

Os sujeitos participantes deste estudo foram 12 clientes, todos maiores de 18 anos, que se submeteram a variados tipos de procedimentos cirúrgicos no mesmo hospital e foram assistidos, no período pré-operatório, pela equipe de enfermagem da Ala A do mesmo, a qual representa a Clínica Cirúrgica da instituição. O número de sujeitos participantes da pesquisa está relacionado à exaustão dos dados encontrados.

Os clientes foram escolhidos de forma aleatória de acordo com a disponibilidade destes em participar do estudo e quando o período de internação dos mesmos coincidiu com o período de coleta de dados das pesquisadoras. Desta forma, foram excluídos os demais clientes cirúrgicos que não se enquadraram nestes pré-requisitos.

Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), que algumas vezes foram assinados pelos acompanhantes, devido à condição clínica dos clientes e outras vezes foram assinadas pelos próprios participantes, autorizando, desta forma, a publicação dos dados referentes à pesquisa.

A coleta de dados foi feita através da realização de uma entrevista estruturada com os sujeitos selecionados, a qual ocorreu no período pós-operatório e foi gravada com o auxílio de um gravador de voz *MP3 Player Sony* e posteriormente transcrita, garantindo que as informações fossem preservadas e para facilitar a análise dos dados. Os questionários estruturados usados para entrevista (Apêndice B) continham perguntas objetivas referentes à caracterização da amostra no primeiro item e perguntas subjetivas relativas à percepção dos clientes a respeito das orientações que lhe foram repassadas pela equipe de saúde no pré-operatório no item subsequente.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, os mesmos foram representados pela consoante “C”, extraída da palavra “cliente”, seguida de um número cardinal, que representa a ordem na qual as entrevistas foram realizadas.

A estratégia metodológica para análise de dados foi à proposta por Bardin (2009), dividindo-se em três fases: a pré-análise, em que foram selecionados temas de constante repetição na amostra e que transmitiram significado ao texto, proporcionando a categorização dos dados; a exploração dos resultados, na qual ocorreu a enumeração dos mesmos; e a interpretação dos dados, onde se atribuiu significação às informações.

Este estudo está de acordo com os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que orienta pesquisa com seres humanos. A realização do mesmo foi previamente autorizada pela instituição onde se efetivou o estudo (Anexo 1). Além do que, o projeto de pesquisa foi submetido a parecer do Comitê de Ética do HUAC (Anexo 2), sendo aprovado no dia 30 de julho de 2013, sob registro CAAE de número 13412413.3.0000.5182.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa (12), verificou-se que 66,67% (8) dos entrevistados pertenciam ao gênero feminino e 33,33% (4) ao gênero masculino.

Quanto à faixa etária, todos os sujeitos se encontravam entre 37 e 64 anos, sendo 33,33% (4) destes acima dos 60 anos, incidindo, portanto, em uma população de adultos e idosos. De acordo com Cheregatti (2012), os extremos etários - clientes muito jovens ou com idade avançada - enquadram-se na classificação de risco devido à imaturidade dos mecanismos reguladores orgânicos nos jovens e à degeneração dos órgãos e tecidos aliada à redução da regulação metabólica nos idosos, merecendo o cuidado atento dos profissionais envolvidos em sua assistência.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos entrevistados declarou-se casado(a), totalizando 75% (9) dos clientes, além disso, 8,33% (1) afirmaram ser viúvo, 8,33% (1) solteiro e 8,33% (1) divorciado. Os clientes cirúrgicos casados

apresentam grau de ansiedade inicial superior aos demais, a qual pode estar relacionada à preocupação com o cônjuge, à possível modificação da sua rotina no pós-operatório, alterando conseqüentemente a rotina do outro, e a preocupação com os filhos, conforme afirmação de Umberto, Barreto e Nosow (2012), em estudo realizado com 50 clientes de dois hospitais particulares de Jundiaí com o objetivo de analisar o impacto da relação empática dos profissionais de enfermagem nas orientações pré-operatórias sobre a ansiedade dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico.

Observou-se que a maioria dos clientes cirúrgicos possuía baixa escolaridade: 66,67% (8) haviam estudado no máximo até o Ensino Fundamental, dentre estes 25% (3) eram analfabetos; 25% (3) estudaram até o Ensino Médio; e apenas 8,33% (1) concluiu o Ensino Superior. Tal fato demonstra o baixo nível econômico da comunidade assistida pela instituição em que foi realizado o estudo. Entretanto, o nível de ansiedade pré-operatória inicial é invariável entre clientes cirúrgicos com diferentes graus de instrução (DA CONCEIÇÃO et al., 2004).

A maior parte dos sujeitos relatou ter recebido orientações antes da realização da cirurgia, totalizando 66,67% (8) destes, em detrimento de 33,33% (4) que responderam negativamente. No referido estudo realizado por Umberto, Barreto e Nosow (2012), constatou-se que 82% dos clientes cirúrgicos têm algum tipo de conhecimento acerca da cirurgia e que 66% destes não apresentam dúvida no pré-operatório, situação que pode ser explicada pela realização de orientações pela equipe assistencial neste período.

No entanto, Crhistóforo e Carvalho (2009) afirmam que muitas vezes, o cliente recebe pouca informação no período pré-operatório, apresentando conhecimento reduzido a respeito do procedimento a qual vai se submeter e da sua situação, recorrendo aos amigos e familiares, leigos, como fontes de informação.

O conhecimento dos clientes sobre a cirurgia foi verificado quando questionados, no pós-operatório, a respeito de qual procedimento se submeteu, evidenciando-se a formação de duas categorias;

Categoria 1: Identificação do órgão de realização da cirurgia

“foi de vesícula” (C 03)

“operou o esôfago” (C 09)

“tirou meu útero” (C 06)

Categoria 2: Conhecimento superficial sobre o que foi efetivado no procedimento

“uma amputação de um pedaço do meu pé” (C 10)

“tirou só umas pedras da vesícula. Achei que era grande, mas o doutor me mostrou e vi que eram bem pequenas.” (C 11)

“era uma hérnia aqui que eu tinha, aí sentia muita dor” (C 05)

Categoria 3: Desconhecimento sobre a cirurgia a que se submeteu

“antes o doutor disse que tinha uma hérnia, mas parece que não tinha e ele fez outra coisa que não entendi o que foi, “é” umas coisas complicadas” (C 02)

“não sei o que biliares, não entendi quando o Doutor disse, “é” uns nomes estranhos” (C 01)

“ele fez não sei o que no meu pulmão e colocou esse dreno” (C 08)

Assim, a maioria dos entrevistados, apesar de não saber o nome da cirurgia a qual iria se submeter, soube discorrer sobre o local onde esta foi realizada e, superficialmente, sobre o procedimento concretizado. Apesar disso, também houve entrevistados que afirmaram que não foram informados a que procedimento se submeteu, percebendo-se que não obtiveram orientações pré-operatórias quanto a cirurgia.

Através de posterior consulta nos prontuários dos sujeitos, identificou-se que estes se submeteram a diferentes tipos de cirurgias de portes variados: esofagectomia parcial, colecistectomia, exploração de vias biliares, herniorrafia incisional, herniorrafia inguinal, biópsia pulmonar com inserção de dreno, histerectomia total, amputação parcial de pé direito; comprovando que mesmo sem conhecerem o nome científico dado às cirurgias, a maioria dos entrevistados entendeu onde e, de forma superficial, o que foi realizado durante o procedimento. Concordando com Perrando et al. (2011), o qual afirma que os clientes cirúrgicos, em sua maioria, reconhecem o motivo que o leva à cirurgia e admitem receber orientações no período pré-operatório da equipe clínica e cirúrgica.

As orientações pré-operatórias muitas vezes são feitas de maneira inadequada, podendo ser encontrada uma variação de conhecimento entre os clientes acerca do procedimento ao qual vai se submeter. Algumas vezes, os clientes conhecem o nome da cirurgia; por vezes sabem o nome do procedimento, mas não entendem como será realizado; às vezes não identificam o nome, mas entendem o que será efetivado (DA SILVA; NAKATA, 2005); e, outros desconhecem totalmente o nome e o procedimento (GRITTEM; MÉIER; GAIEVICZ, 2006).

Apesar de não serem questionados a respeito de outras experiências cirúrgicas, quando os entrevistados foram indagados sobre as orientações recebidas no pré-operatório, acentuou-se uma categoria;

Categoria 1: Experiência cirúrgica anterior

“já fiz uma cirurgia de hérnia” (C 02)

“meu olho já foi operado” (C 05)

“essa é a segunda cirurgia de vesícula que eu faço” (C 03)

“da outra vez eu operei o apêndice” (C 07)

Durante a realização das entrevistas, identificou-se que todos os sujeitos participantes do estudo afirmaram apresentar experiência cirúrgica prévia.

Os clientes com experiência cirúrgica respondem com menor ansiedade no pré-operatório quando comparados àqueles sem nenhuma experiência, apesar de que os clientes com menor ansiedade apresentam maiores respostas clínicas como forma de adaptação à situação (MORAES; PENICHE, 2003). No entanto, Umberto, Barreto e Nosow (2012) afirmam o contrário, assim, os clientes sem experiência cirúrgica apresentam menor ansiedade no pré-operatório, quando comparada aos que já se submeteram a cirurgias precedentes, pois estes podem ter recordações desagradáveis em relação aos procedimentos anteriores.

No que diz respeito às orientações relacionadas à anestesia, preponderou nos relatos dos participantes uma categoria;

Categoria 1: Ausência de orientações sobre o procedimento anestésico

“não sabia como ia ser a anestesia” (C 09)

“ não, não me disseram nada” (C 02)

“não me avisaram nada, até agora eu não sei se teve anestesia, mas acho que sim.” (C 05)

“ele só falou que ia ter anestesia” (C 01)

Deste modo, observou-se que a maioria dos clientes não foi informada sobre o procedimento anestésico, o que pode gerar insegurança e medo nos mesmos durante a indução anestésica.

O anestesista ou anesthesiologista, profissional responsável pela realização da visita pré-anestésica, foi citado apenas em um discurso, que não representava uma orientação, consistindo apenas na coleta de informações referentes ao histórico do cliente.

Jorgetto, Noronha e Araújo (2005) afirmam, em estudo que teve como finalidade verificar a assistência de enfermagem a clientes submetidos a cirurgias eletivas, efetivado com clientes de um hospital universitário no estado de São Paulo, que somente 7,1% dos clientes recebem orientações pré-operatórias dos anestesistas durante a visita pré-anestésica, elucidando, na ocasião, o processo anestésico-cirúrgico e esclarecendo as possíveis dúvidas dos clientes,

demonstrando, assim, que esse tipo de orientação é pouco realizado na rotina desses profissionais.

As orientações sobre a indução anestésica devem abranger o tipo de anestesia (geral ou regional – local, epidural ou espinhal), a via de administração (inalatória, endovenosa, intramuscular, espaço subaracnoideo ou medula espinhal) e a duração do efeito anestésico, que varia de acordo com o tipo de anestesia e com a duração da cirurgia (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

A necessidade da anestesia para realização da cirurgia provoca no cliente cirúrgico um quadro de insegurança e de medo diante da indução anestésica, o qual tem receio sobre o risco de vida motivado pelo procedimento cirúrgico, que é visto como ameaçador pelos clientes, e pela própria indução, temendo intercorrências, tornando a realização destas orientações indispensável para o cliente cirúrgico (WEBER, 2010).

Quanto às orientações recebidas pelos participantes da pesquisa, antes da cirurgia, em relação ao uso de dispositivos no pós-operatório, destacou-se;

Categoria 1: Desconhecimento quanto ao uso do dreno

“não, não disse nada, mas o dreno está aqui.” (C 01)

“não, eu só vi o dreno depois que terminou” (C 07)

“estou usando dreno, mas não me disseram nada antes da cirurgia.” (C 11)

Assim, verificou-se que o uso de dispositivos como sondas, drenos e cateteres no período pré-operatório não foi informado pela equipe de saúde à grande parte dos entrevistados.

No período pré-operatório, o cliente cirúrgico deve ser preparado, física e emocionalmente, sendo orientado para a possibilidade de portar um ou mais drenos após a cirurgia, identificando a finalidade e a relevância de sua cooperação no processo de drenagem (CESARETTI; SAAD, 2002), diferentemente do que foi identificado no presente estudo.

No que concerne aos demais dispositivos, que não foram referidos pelos sujeitos da pesquisa, Perrando et al. (2011) afirma que alguns clientes cirúrgicos identificam o motivo pelo qual são realizadas a sondagem vesical, a sondagem nasogástrica, a inserção de cateter venoso central, a medicação pré-anestésica e a lavagem intestinal, e seus respectivos dispositivos; comprovando que são bem orientados em relação ao assunto.

Quando interrogados em relação às orientações sobre os cuidados pós-operatórios, verificou-se nos discursos a separação de duas categorias;

Categoria 1: Foram informados sobre os cuidados pós-operatórios após a cirurgia

“o doutor me disse agora o que é para eu fazer” (C 06)

“ele me disse agora quando fez a visita, antes não me disseram nada” (C 07)

Categoria 2: Desconhecimento sobre os cuidados pós-operatórios

“não me falaram nada.” (C 01)

“não, não me disse” (C 03)

Portanto, os clientes cirúrgicos, predominantemente, não reconheceram ter adquirido informações relativas à conduta que deveria adotar no pós-operatório antes da realização da cirurgia, relatando que estas, quando foram repassadas, ocorreram na maioria das vezes, durante a primeira visita de pós-operatório pelo médico-cirurgião.

O ensino sobre as necessidades do cliente no pós-operatório deve ser iniciado na fase pré-operatória. Este processo deve ser continuado durante a internação pós-operatória e reforçado na ocasião da alta, quando devem ser elucidadas todas as dúvidas dos clientes e dos familiares em relação à cirurgia e aos cuidados de acompanhamento (BRUNNER; SUDDARTH, 2009) (CHRISTÓFORO, 2006).

No tocante às dúvidas características do pré-operatório, percebeu-se, junto aos participantes, que foram evidenciadas quatro categorias;

Categoria 1: Incerteza quanto ao diagnóstico e prognóstico

“meu laudo tinha muitas interrogações” (C 08)

“queria saber qual era o problema que tenho” (C 01)

Categoria 2: Dúvidas relacionadas as procedimento propriamente dito

“não sabia como ia ser a anestesia” (C 02)

“se iam tirar tudo” (C 06)

Categoria 3: Sentimento de medo e ansiedade

“tive medo de sentir dor” (C 05)

“fiquei com medo dos pontos” (C 07)

“fiquei ansioso, não sabia do que se tratava” (C 09)

“deu um nervoso” (C 04)

“antes tem sempre aquela tensão” (C 03)

“fiquei tão nervosa, que achei que a cirurgia ia ser cancelada por causa disso. Aí fui conversando com o pessoal da sala [referindo-se a Sala de Operação] e depois fui me acalmando, aí não lembro mais de nada.” (C 06)

Categoria 4: Distanciamento da situação

“não tive dúvida nenhuma” (C 12)

Desta forma, os entrevistados apontaram como principais dúvidas no período pré-operatório a incerteza quanto ao diagnóstico-prognóstico, o medo da dor e

ansiedade, as alterações na imagem corporal, a indução anestésica e os cuidados com a incisão e cicatrização.

O cliente tem autonomia sobre seu tratamento, assim, a equipe de saúde envolvida na sua assistência deve garantir o direito deste de conhecer seu diagnóstico, prognóstico e terapêutica de forma realista, garantindo que o mesmo tome decisões a respeito do processo enfrentado (VISENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2007).

Além disso, de acordo com Souza (2004), os clientes cirúrgicos apresentam diferentes tipos de sentimentos no pré-operatório, expressando-se como preocupação, ansiedade, angústia, medo e até mesmo pânico. Essas emoções são ocasionadas principalmente devido ao medo: da cirurgia, de ser cortado, da dor, de violação interior, de ficar marcado pela cicatriz e da morte; que são apresentados pelos mesmos.

Os profissionais de enfermagem, principalmente os (as) enfermeiros (as), que tem o papel de planejar a assistência de enfermagem prestada ao cliente, devem explicar ao mesmo o motivo pelo qual o curativo precisa ser trocado e tranquilizá-lo quanto ao procedimento, que deve realizar-se em momento apropriado, evitando-se executá-lo próximo às horas de refeição e durante a visita de familiares (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Vale salientar que, apenas um entrevistado não referiu apresentar dúvidas em relação ao procedimento cirúrgico, apesar de que o mesmo também declarou não ter recebido orientações pré-operatórias, consistindo em uma situação conflituosa, que pode ser explicada pelo baixo nível de escolaridade apresentado pela amostra, conforme delineado previamente, ou mesmo como tentativa de distanciamento diante da circunstância vivida.

Conforme Moraes e Peniche (2003), à medida que a ansiedade do sujeito aumenta, existe uma tendência para a utilização de mecanismos de fuga e esquiva, resguardando-se da situação.

A implicação da presença de dúvidas antes do procedimento cirúrgico, apesar de não consistir em um objetivo do atual estudo, foi manifestada pelos entrevistados na forma de ansiedade pré-operatória. Deste modo, as dúvidas dos clientes cirúrgicos, quando não são esclarecidas, antes da cirurgia, através das orientações, manifestam-se nos mesmos provocando um quadro de ansiedade pré-operatória, a qual foi observada através dos discursos narrados acima.

O procedimento cirúrgico e a anestesia provocam no indivíduo uma avaliação cognitiva e diversos sentimentos, induzindo-o, muitas vezes, a apresentar comportamentos típicos de ajuste à situação encarada e ansiedade, originada durante o processo (PENICHE; CHAVES, 2000).

Os indivíduos reagem ao estresse de formas variadas, assim, diferentes órgãos ou sistemas podem produzir respostas somáticas divergentes. Essa resposta pode ocorrer no trato gastrointestinal - com náuseas, vômitos, diarreia –, no sistema cardiovascular – provocando arritmias, alterações da frequência cardíaca, alterações pressóricas -, ou no musculoesquelético – gerando tremores, dor. Desta forma, para se adaptar à situação de estresse, o indivíduo pode apresentar alterações fisiológicas ou patológicas, variando de intensidade, duração e qualidade (MORAES; PENICHE, 2003).

Segundo Da Silva e Nakata (2005, p. 674), “a ansiedade é, simultaneamente, uma adaptação e um estressor”, pois, inicialmente, é uma resposta adaptativa do sistema à situação enfrentada, disfarçando a causa primária. Entretanto, a mesma também é vista negativamente por gerar tensão no indivíduo, sendo ineficaz na adaptação à situação principal, necessitando de que o indivíduo produza mecanismos para enfrentá-la.

Muitas vezes para se evitar complicações nas fases trans e pós-operatória, as cirurgias são adiadas devido ao alto grau de ansiedade apresentado pelos clientes no pré-operatório, demonstrando, assim, a importância que deve ser dada ao controle deste quadro pelos profissionais de saúde (PELLINZZETTI; BIANCHI, 1991 *apud* JORGETTO; NORONHA; ARAÚJO, 2005) (COSTA; DA SILVA; LIMA, 2010).

O direito à informação que concerne ao cliente deve ser acatado pela equipe da clínica cirúrgica, tendo em vista que;

O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existir necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais órgãos do corpo serão afetados pelo procedimento (SÃO PAULO, 1999 *apud* BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2005, p. 121).

Em relação aos profissionais reconhecidos por orientar os clientes cirúrgicos, observou-se, através dos relatos dos entrevistados, a distinção de três categorias;

Categoria 1: Médicos-cirurgiões

“foi doutor ‘fulano’” (C 11)

“foi doutor ‘fulano’ na consulta, porque quem fez a cirurgia não foi ele, era outro” (C 06)

Categoria 2: Equipe de enfermagem

“foi o enfermeiro” (C 05)

“as enfermeiras quem foram conversando comigo, quando foram me levar na sala” (C 10)

Categoria 3: Médicos-cirurgiões e equipe de enfermagem

“foram as enfermeiras e a médica” (C 04)

“o médico que fez a cirurgia e a menina que tava ajudando eles [referindo-se à circulante da sala de cirurgia] quem conversaram comigo” (C 03)

Os médicos-cirurgiões orientaram a maioria dos seus clientes, concordando com a constatação feita por Christóforo e Carvalho (2009) e por Kruse et al. (2009) nos estudos realizados, que afirmam que os enfermeiros (as) repassaram informações apenas a uma parte dos clientes a quem prestam assistência.

O médico-cirurgião é responsável pelas orientações a respeito dos riscos, do motivo e do local da cirurgia, enquanto que a equipe de enfermagem deve orientar o cliente cirúrgico quanto às rotinas e aos procedimentos do pré-operatório, explicando suas finalidades e relevância (PERRANDO et al., 2011).

Os enfermeiros que atuam na clínica cirúrgica reconhecem a importância das orientações pré-operatórias repassadas aos clientes, a qual deve ser iniciada no momento da visita pré-operatória de enfermagem (STUMM et al., 2009). No entanto, muitos profissionais admitem não realizar tal atribuição devido à falta de um protocolo institucional, ocupando-se muitas vezes com as atividades administrativas (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2005).

Além disso, Grittem, Méier e Gaievicz (2006) em estudo realizado entre abril e maio de 2006, com 22 enfermeiros do Centro Cirúrgico e das Unidades de Internação Cirúrgicas de um hospital de ensino em Curitiba, observaram que dentre os enfermeiros que realizam a visita pré-operatória, somente 22,8% concretiza-a para todos os clientes assistidos, sendo que os demais não visitam os clientes cirúrgicos antes da cirurgia ou visitam menos da metade destes.

Os enfermeiros são responsáveis por garantir e promover o direito do cliente de ser assistido com dignidade. Segundo o Código de Ética dos profissionais de enfermagem (Resolução COFEN n.º 311/2007, Capítulo I, Seção I):

O profissional de enfermagem deve respeitar o pudor a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital; prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza; respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar.

Ainda de acordo com o Código de Ética dos profissionais de enfermagem, o profissional de enfermagem deve atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde, agindo de acordo com a legislação e com os preceitos éticos, respeitando, com isso, os direitos humanos em todos os aspectos.

No entanto, durante as entrevistas percebeu-se que a figura do (a) enfermeiro (a) não foi reconhecida pelos entrevistados, situação comum na prática profissional, sendo denominados enfermeiros todos os membros da equipe de enfermagem, formada por enfermeiros (as), técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, que assistiram os clientes da clínica cirúrgica, e a circulante da sala de cirurgia - a qual é uma técnica de enfermagem integrante da equipe cirúrgica, que conforme Brunner e Suddarth (2009) é formada por circulante, médico-cirurgião, instrumentador, assistente e anestesista. Esta observação também foi feita por Jorgetto, Noronha e Araújo (2005), que igualmente verificaram a indefinição de papéis na conjuntura da enfermagem.

Portanto, há a necessidade da criação da identidade e da representatividade palpável do enfermeiro em sua atuação hospitalar, para alcançar o reconhecimento profissional diante da equipe de enfermagem, da equipe multidisciplinar e dos clientes assistidos, através da efetivação do processo de enfermagem (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

O enfermeiro por liderar a equipe de enfermagem é responsável por todos os cuidados que devem ser prestados ao cliente cirúrgico, devendo avaliar o preparo pré-operatório do mesmo, incluindo neste as necessidades biológicas, psíquicas e sociais. Para tanto, este profissional deve manter o cliente informado quanto ao procedimento cirúrgico e a sua recuperação, tendo em vista que o nível de orientação do cliente influencia diretamente na sua recuperação, o que torna este profissional imprescindível na assistência ao cliente cirúrgico (DOS SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011).

No que concerne às principais orientações repassadas pela equipe da clínica cirúrgica que foram executadas pelos entrevistados no período pós-operatório, sobressaíram quatro categorias;

Categoria 1: Incentivo à deambulação precoce

“já caminhei um pouco... também posso me sentar e mexer um pouco as pernas” (C 08).
“o doutor “mandou eu” andar [...], aí eu andei de manhã” (C 07)

Categoria 2: Orientação quanto à duração do jejum pós-operatório

“fiquei em jejum até o doutor liberar a alimentação” (C 09)
“doutor ‘fulano’ disse [...] que eu já podia comer” (C 03)

Categoria 3: Informações quanto aos cuidados com a incisão

“tenho cuidados com os pontos... tem que manter sempre limpo e seco” (C 07).
“que eu tivesse cuidado na hora de me levantar pra não puxar os pontos” (C 05)

Categoria 4: Apoio psicológico

“elas foram conversando comigo aí eu fui me distraíndo mais” (C 07)
“elas me disseram que ia dar tudo certo e ficaram conversando comigo, aí fiquei mais tranquila.” (C 04)
“porque elas vão conversando com a gente aí vai acalmando” (C 02)

Portanto, as principais orientações repassadas pela equipe da clínica cirúrgica que foram executadas pelos entrevistados no período pós-operatório são deambulação e realização de exercícios ativos em membros inferiores, o jejum no pós-operatório, a higiene e os cuidados com a incisão.

Conforme Brunner e Suddarth (2009), a deambulação aumenta a ventilação, reduz a estase das secreções brônquicas, impede a estase venosa, reduz a distensão abdominal e estimula a peristalse. Por isso, quando iniciada precocemente no pós-operatório, evita complicações como atelectasia, pneumonia hipostática, desconforto gastrointestinal e problemas circulatórios, como as trombozes. Os cuidados com a incisão e com a higiene corporal devem ser realizados com o objetivo de promover a cicatrização da ferida cirúrgica, evitando-se a criação de um ambiente favorável à proliferação de microorganismos que possam provocar a infecção do sítio cirúrgico.

Ainda de acordo com Brunner e Suddarth (2009), o jejum pós-operatório tem o objetivo de reduzir ou evitar náuseas, vômitos e distensão abdominal neste período, tendo em vista que estes sintomas são provocados pelos efeitos adversos da medicação pré-anestésica e anestésica e pela manipulação das vísceras abdominais e do peritônio, nas cirurgias abdominais.

Observou-se através dos relatos que, muitas vezes, o apoio emocional ao cliente cirúrgico foi proporcionado pela equipe de enfermagem, distraíndo-o e aliviando a ansiedade e o medo do mesmo antes da cirurgia, através da conversa informal e de palavras positivas como “vai dar tudo certo”. Apesar disso, muitas vezes os clientes cirúrgicos não recordam das orientações repassadas pelos (as) enfermeiros (as), reconhecendo apenas o médico como efetivador destas orientações, conforme Kruse et al. (2009).

A enfermeira do centro cirúrgico e/ou da clínica cirúrgica deve realizar a visita pré-operatória para avaliar as necessidades individuais dos clientes, oferecendo-lhe uma assistência individualizada (GRITTEM; MÉIER; GAIEVICZ, 2006).

Entretanto, há alguns desafios a serem vencidos para que a assistência ao cliente cirúrgico ideal seja alcançada: falta de interação da equipe cirúrgica com a equipe da clínica cirúrgica; a visita pré-operatória do enfermeiro pode ser interpretada como uma invasão do espaço do médico-cirurgião e do anestesista; comodidade por parte de alguns (as) profissionais enfermeiros (as); sobrecarga técnico-administrativa (DIAS; SILVA, 2001); e dimensionamento de pessoal inadequado, existindo um número reduzido de enfermeiros, principalmente no Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA), em relação à demanda assistencial (FONSECA; PENICHE, 2009).

Os entrevistados, com uma maioria significativa, reconheceram a importância das orientações que lhe foram repassadas no período pré-operatório, destacando-se as seguintes categorias;

Categoria 1: Diminuição da ansiedade

“o cara já vai preparado [...] fiquei mais tranquilo” (C 07)

“quando elas conversaram comigo, foi distraíndo um pouco” (C 03)

Categoria 2: Entendimento do diagnóstico

“achei importante, porque quero saber o que tenho” (C 08)

Categoria 3: Esclarecimento da conduta pós-operatória

“é bom saber de quem sabe. As pessoas falam coisas diferentes e nos confunde.” (C 06)

“ele disse para eu me levantar, mas estava com medo de sentir dor, quando me levantei a dor melhorou” (C 11)

Categoria 4: Criação do vínculo de confiança dos clientes cirúrgicos com a equipe assistencial

“para eu não me prejudicar depois” (C 05)

“eles querem o bem da gente, por isso explicam” (C 04)

Categoria 5: Indiferença quanto às orientações recebidas

“não achei importante, não.” (C 10)

Deste modo, os sujeitos participantes do estudo reconheceram a relevância das orientações que lhe foram repassadas no período pré-operatório, apontando que estas reduziram o seu nível de ansiedade, proporcionaram o entendimento do seu diagnóstico, desmistificaram questões relativas à conduta a ser adotada no pós-operatório e propiciou a criação do vínculo de confiança com a equipe assistencial. No entanto, um entrevistado afirmou não considerar importantes as orientações que recebeu no pré-operatório.

As orientações oferecidas pela equipe de enfermagem levam o cliente cirúrgico a um estado de tranquilidade, preparando o mesmo para a intervenção e ajudando-o no enfrentamento do pós-operatório. No entanto, para garantir a eficiência da orientação, é necessário bom senso, arte e criatividade, garantindo a interação e o diálogo profissional-cliente. O eficiente preparo emocional de um cliente alivia sua ansiedade, informando-o cientificamente, o que torna este processo menos imaginário (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELLA, 2001).

O vínculo entre os profissionais e clientes/familiares é instituído durante a visita pré-operatória, na qual é formada uma relação de apoio e confiança entre estes, tornando este processo necessário à equipe de enfermagem e à equipe cirúrgica (STUMM et al., 2009).

Ainda de acordo com Stumm et al. (2009), a visita pré-operatória de enfermagem reduz além da ansiedade, o estresse, o medo e a dor apresentados pelos clientes cirúrgicos neste período, devido às informações que devem ser esclarecidas pela enfermeira sobre o procedimento anestésico e cirúrgico, colocando em pauta as expectativas dos mesmos.

As emoções apresentadas pelos clientes no pré-operatório são diretamente proporcionais à possibilidade de complicações pós-operatórias, interferindo no restabelecimento da saúde do mesmo (DA SILVA; SANTIAGO, 2008). Neste sentido, muitas vezes a revelação do diagnóstico é vista pelos enfermeiros como prejudicial aos clientes, gerando insegurança nestes profissionais durante o processo de orientação, a qual é explicada pela interferência no processo comunicativo causado por algumas doenças, pelo estado emocional do cliente, pelo receio do mesmo em perguntar e pelo baixo grau de escolaridade destes (VISENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2007).

A baixa escolaridade dos clientes impossibilita-os de reconhecer a relevância das orientações que são repassadas durante a assistência que lhe é prestada e os torna menos exigentes e mais submissos quanto ao seu tratamento. No entanto, a instrução pré-operatória por influenciar as fases posteriores à cirurgia, deve ser repassada a todos os clientes cirúrgicos, podendo gerar uma redução do tempo de hospitalização do mesmo, minimizando as complicações pós-operatórias, reduzindo o custo do processo de internação, tornando-se, portanto, relevantes também para a instituição (JORGETTO; NORONHA; ARAÚJO, 2005).

Os resultados deste estudo podem contribuir com os profissionais de enfermagem atuantes e com os que estão em formação, sensibilizando-os para a aproximação efetiva com o cliente e para o estabelecimento do diálogo com os mesmos, que muitas vezes esperam serem questionados pela equipe que presta assistência, mas como isso não ocorre, não são ouvidos sobre seus anseios. O preparo pré-operatório deve ser realizado pelos enfermeiros a todos os clientes cirúrgicos devido a sua relevância inquestionável. Neste período, os clientes serão orientados quanto ao procedimento cirúrgico e aos cuidados a serem realizados no pós-operatório, retirando suas dúvidas, e humanizando, desta forma, a assistência à saúde prestada ao cliente cirúrgico respeitando os princípios holísticos.

5 CONCLUSÃO

O cliente cirúrgico, habitualmente, apresenta anseios no período pré-operatório, pois muitas dúvidas são originadas durante o mesmo quanto ao diagnóstico, ao prognóstico, ao medo da dor, às alterações na imagem corporal, à anestesia e aos cuidados com a incisão e cicatrização, fazendo-se necessária a orientação deste pela equipe de saúde que o assiste.

Os profissionais de enfermagem, principalmente o enfermeiro, têm o papel de orientar os clientes de forma individualizada, respeitando o seu nível cultural e suas solicitações apresentadas à equipe assistencial. Além disso, as orientações pré-operatórias devem ser repassadas de forma gradativa, para garantir o entendimento dos clientes, evitando-se oferecer muitas informações em uma mesma ocasião.

Através destas orientações, os clientes cirúrgicos têm suas dúvidas esclarecidas, tornando este processo imprescindível para a recuperação dos mesmos, por proporcionar o alívio da ansiedade, comumente apresentada antes da cirurgia, informando-os quanto aos cuidados a serem adotados no pós-operatório, os quais promovem o bem-estar e a recuperação mais rápida desses clientes.

Além disso, as orientações pré-operatórias também são relevantes para os profissionais envolvidos na assistência, pois é através destas que se forma um vínculo entre os profissionais, os clientes e familiares; e para a instituição hospitalar, tendo em vista que as orientações contribuem para a celeridade da recuperação do cliente cirúrgico, tornando o processo de internação reduzido e, conseqüentemente, menos oneroso.

Deste modo, como este processo de orientação do cliente cirúrgico no período pré-operatório é incontestavelmente necessário, por todos os benefícios aludidos, a equipe de enfermagem deve planejar seu período de trabalho, atendendo às atividades burocráticas, iminentes à organização e dinâmica dos serviços, mas priorizando a assistência direta ao cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAGGIO, M. A.; TEIXEIRA, A.; PORTELLA, M. R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação da enfermagem fazendo a diferença. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 122-139, jan, 2001. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4355>. Acesso em: 02 jul. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70 LDA., 2009.
- BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. A. S. S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n. 1, p. 118-127, 2005. Disponível em: WWW.fen.ufg.br/revista.htm. Acesso em: 01 jul. 2013.
- BRUNNER; SUDDARTH. Cuidado de Enfermagem Pré-operatório. In: **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Suzanne C. Smeltzer et al. (eds.). Trad. Fernando D. Mundim; José E. F. de Figueiredo. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 402-420.
- _____. Cuidado de Enfermagem Intra-operatório. In: **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Suzanne C. Smeltzer et al. (eds.). Trad. Fernando D. Mundim; José E. F. de Figueiredo. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 421-438.
- _____. Cuidado de Enfermagem Pós-operatório. In: **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Suzanne C. Smeltzer et al. (eds.). Trad. Fernando D. Mundim; José E. F. de Figueiredo. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 439-461.
- CESARETTI, I. U. R.; SAAD, S. S. Drenos laminares e tubulares em cirurgia abdominal: fundamentos básicos e assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 15, n. 3, jul/set, 2002. Disponível em: http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/drenos_laminares.pdf. Acesso em: 16 ago. 2013.
- CHEREGATTI, A. L. **Enfermagem em Clínica Cirúrgica: no pré e no pós-operatório**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2012. 155p.
- CHRISTÓFORO, B. B. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório**. 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oBerendinaChristoforo.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2013.
- CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, mar, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002. Acesso em: 10 out. 2012.

COHEN, R. V.; et al. Alterações Sistêmicas e Metabólicas da Cirurgia Laparoscopia. **Revista Brasileira de Videocirurgia**. abr/jun, 2003. Disponível em: http://www.sobracil.org.br/revista/rv010102/rbvc010102_077.pdf. Acesso em: 20 jul. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 311, de 08 de fevereiro de 2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 03 jul. 2013.

COSTA, V. A. de S.; DA SILVA, S. C. F; LIMA, V. C. P. de. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, dez, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010. Acesso em: 03 ago. 2013.

DA CONCEIÇÃO, D. B. et al. A pressão arterial e a frequência cardíaca não são bons parâmetros para avaliação do nível de ansiedade pré-operatória. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Campinas, v. 54, n. 6, nov/dez, 2004. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942004000600003. Acesso em: 03 ago. 2013.

DA SILVA, C. R. L. et al. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica. In: **Tratado Prático de Enfermagem**. 3 ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2010. p. 53-116.

DA SILVA, R. R.; SANTIAGO, L. C. Contribuição das orientações de enfermagem pré-operatórias para clientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. electronicacuatrimestral de Enfermería**. n. 14, p. 1-6, out, 2008. Disponível em: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24313/3/Contribui%C3%A7%C3%A3o%20das%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20de%20enfermagem%20pr%C3%A9-operat%C3%B3rias%20para%20clientes%20submetidos%20%C3%A0%20cirurgia%20card%C3%ADaca.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2013.

DA SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 6, p. 673-676, nov/dez, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2012.

DIAS, V. C.; SILVA, R. S. O. Visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro de centro cirúrgico. **Rev. Enferm. UNISA**. v. 2, p. 73-75, 2001. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-15.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2013.

DOS SANTOS, J.; HENCKMEIER, L.; BENEDET, S. A. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. **Rev. Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 2, n. 3, p. 184-187, ago, 2011.

FONSECA, R. M. P.; PENICHE, A. de C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após a criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 22, n. 4, p. 428-433, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

FRIAS, T. F. P.; COSTA, C. M. A.; SAMPAIO, C. E. P. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. **Rev. Mineira de Enfermagem** (REME). Belo Horizonte, v. 14, n. 3, jul/set, 2010.

GRITTEM, L.; MÉIER, M. J.; GAIEVICZ, A. P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**. v. 11, n. 3, p. 245-251, set/dez, 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/7311/5243>. Acesso em: 09 jul. 2013.

JORGETTO, G. V.; NORONHA, R.; ARAÚJO, I. E. M. Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n. 3, p. 273-277, 2005. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_03.html. Acesso em: 01 jul. 2013.

KRUSE, M. H. L. et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 11, n. 3, p. 494-500, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>. Acesso em: 02 jun. 2013.

LIMA, F. B.; DA SILVA, J. L. L.; GENTILE, A. C. A relevância da comunicação terapêutica na amenização do estresse de clientes em pré-operatório: cuidando através de orientações. **Informe-se em promoção da saúde**. v. 3, n. 2, p.17-18, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/orient.cc.pdf> . Acesso em: 15 jul. 2013.

MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. Conceitos Básicos de Enfermagem Perioperatória. In: **Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.p. 3-17.

MORAES, L. O. de; PENICHE, A. De C. G. Ansiedade e mecanismos de *coping* utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. **Rev. Escola Enfermagem da USP**. v. 37, n. 3, p. 54-62, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/07.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2013.

MORAES, L. O. de; PENICHE, A. De C. G. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. V. 37, n. 4, p. 34-42, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/04.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

PAI, D. D.; SCHRANK, G; PEDRO, E. N. R. O Enfermeiro como Ser Sócio-Político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 19, n. 1, p.82-87, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-21002006000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 13 jul. 2013.

PENICHE, A da C. G.; CHAVES, E. C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n.1, jan, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12433.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2013.

PERRANDO, M. Da S.; et al. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. **Rev. de Enfermagem da UFSM**. v. 1, n. 1, p. 61-70, jan/abr, 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2004>. Acesso em: 03 jul. 2013.

SANTOS, N. C. M. Preparo do paciente cirúrgico. In: **Centro Cirúrgico e os Cuidados de Enfermagem**. 5 ed. São Paulo: Editora Iátria, 2009. p. 21-28.

_____. Cuidados de enfermagem no centro cirúrgico. In: **Centro Cirúrgico e os Cuidados de Enfermagem**. 5 ed. São Paulo: Editora Iátria, 2009. p. 56-58.

SOUZA, R. H. S. **Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca**. 2004. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSouza.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2013.

STUMM, E. M. F. et al. Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. **Rev. Mineira de Enfermagem – Reme**. v. 13, n. 1, p. 93-98, jan/mar, 2009. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf. Acesso em: 13 jul. 2013.

UMBERTO, C. C.; BARRETO, L. S. G. A; NOSOW, S. K. C. A abordagem empática na orientação pré-operatória como método para diminuir a ansiedade do paciente. **Rev. Multidisciplinar da Saúde**. Ano IV, n. 7, p. 18-31, 2012. Disponível em: http://www.anchieta.br/unianchieta/revistas/saudeemfoco/pdf/RevistaMultidisciplinardSaude_07.pdf. Acesso em 09 jul. 2013.

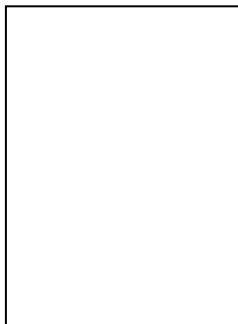
VISENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M. H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 20, n. 4, p. 509-513, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000400021&script=sci_arttext. Acesso em: 02 jul. 2013.

WEBER, F. S. A influência da atividade lúdica sobre a ansiedade da criança durante o período pré-operatório no centro cirúrgico ambulatorial. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 209-214, maio/jun, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000300008&script=sci_arttext. Acesso em: 13 jul. 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo em participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: "IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES REPASSADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO". Atesto que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre os objetivos, metodologia e contribuições dessa pesquisa, assim como, dos procedimentos nela envolvidos, autorizando, desta forma, a gravação da entrevista através de um aparelho gravador de voz. O sigilo de minha identidade foi garantido, além do que não terei nenhum prejuízo com a participação na pesquisa. Posso retirar o meu consentimento em qualquer fase desse estudo, procurando a pesquisadora: Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida pelo telefone: (83) 9972-7328.

Em caso de dúvidas, procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Hospital Universitário Alcides Carneiro**, cito à rua Carlos Chagas, s/n, São José, município de Campina Grande-PB. Telefone: (83) 2101-5545.



Voluntário (a)

Pesquisadora

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

I. Identificação

Nome: _____

Idade: _____

Sexo:

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Procedimento cirúrgico: _____ Data de realização: __/__/2013.

II. Questões

1) O Sr. (a) recebeu alguma orientação antes da realização da cirurgia?

2) Qual(is) foi(ram) essa(s) orientação(ões):

- Quanto à anestesia?

- Quanto ao uso de dispositivos?

- Quanto ao pós-operatório?

3) Quais eram as suas principais dúvidas antes da cirurgia?

4) Estas dúvidas foram tiradas por profissionais de saúde?

5) Qual(is) foi(ram) o(s) profissional(is) responsável(is) pelas orientações dadas?

6) Após a realização do procedimento, o Sr.(a) coloca em prática as orientações recebidas? Quais?

7) Quanto a estas orientações, o Sr. (a) considera importantes em quais aspectos?

ANEXO 1 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

HUAC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Importância das orientações repassadas pela equipe de enfermagem no período pré-operatório” desenvolvido por Laryssa Karolyne da Costa Dantas; sob a orientação de Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida.

Campina Grande, 05/12/2012.

Dra. Berenice Ferreira Ramos
Diretora Geral HUAC/UFCG
16603513

Diretor (a)

**ANEXO 2 - PARACER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO**



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, o projeto de número CAAE: 13412413.3.0000.5182 intitulado: **IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES REPASSADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO.**

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC em 30 dias, relatório final de conclusão, antes do envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos do HUAC em data a ser acordada entre o CEP e o pesquisador.


 Prof.^a Maria Teresa Nascimento Silva
 Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 30 de Julho de 2013.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
 Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br