



CURSO DE ENFERMAGEM

**ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM
AOS PACIENTES CIRÚRGICOS NO PERÍODO PRÉ -OPERATÓRIO**

Graziele Bonini Schmidt

Lajeado, novembro de 2012

Graziele Bonini Schmidt

ORIENTAÇÕES FORNECIDAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES CIRÚRGICOS NO PERÍODO PRÉ -OPERATÓRIO

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro Universitário UNIVATES, como parte da exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profª Drª Ioná Carreno.

Lajeado, novembro de 2012

RESUMO

Os procedimentos cirúrgicos têm aumentado consideravelmente em nosso país, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2010 foram realizados cerca de 4 milhões de intervenções cirúrgicas. O objetivo desta pesquisa é verificar as orientações que pacientes cirúrgicos receberam da equipe de enfermagem, no período pré-operatório de cirurgias gastrointestinais em uma instituição hospitalar. A pesquisa teve abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, a coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, individualmente. Observou-se que grande parte dos entrevistados recebeu poucas orientações quanto aos procedimentos pelos quais se submeteram, tais orientações enfatizaram o jejum pré-operatório. Aqueles que receberam as informações não questionaram os informantes, restando dúvidas e ansiedades quanto às suas intervenções cirúrgicas, outros indivíduos relataram não haver dúvidas, pois já haviam realizado outras cirurgias. Orientar adequadamente é papel de toda a equipe de saúde, com uma boa comunicação o enfermeiro poderá auxiliar o paciente na compreensão de sua doença, hospitalização e procedimento cirúrgico, permitindo que ele altere o seu comportamento de saúde.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos. Orientações no pré-operatório. Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 Checagem pré-operatória	12
2.2 Tipos de anestésias.....	13
2.3 Tipos de procedimentos cirúrgicos	13
2.4 Atribuições do Enfermeiro – Chefe em Centro Cirúrgico.....	16
3 METODOLOGIA.....	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
4.1 Categorias de análise de conteúdo	19
4.1.1 Categoria 1: Orientações recebidas pela equipe de enfermagem.....	20
4.1.2 Categoria 2: Dificuldades em executar as orientações no período pré-operatório ...	21
4.1.3 Categoria 3: Percepção sobre as informações recebidas	22
4.1.4 Categoria 4: Compreensão do procedimento ao qual foi submetido.....	23
5 CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES	30
APÊNDICE A- Instrumento para a coleta de dados.....	31

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	32
--	-----------



1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tratará da verificação do conteúdo das orientações fornecidas pela equipe de enfermagem aos pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos gastrointestinais em uma instituição hospitalar localizada no interior deste estado. A assistência cirúrgica é um componente essencial da assistência em saúde mundialmente, devido a acidentes traumáticos, cânceres e problemas cardiovasculares e com isso tende a crescer o impacto dos procedimentos cirúrgicos na saúde pública (MANUAL ANVISA, 2009).

A justificativa para a realização de uma pesquisa envolvendo esse assunto, vem de uma experiência vivenciada por mim no período em que trabalhei num centro cirúrgico situado em um hospital do interior deste estado. Uma falta ou má realização de jejum inadequado realizado por um indivíduo que foi submetido a um procedimento cirúrgico, provocou um fato inesperado na sala cirúrgico e a agilidade de toda a equipe em sala, garantiu uma reação imediata que poderia ter custado a vida deste paciente, dano acarretado por ele próprio.

Será feita a caracterização dos sujeitos pesquisados, as principais informações que eles receberam durante a internação, a percepção dos pacientes relacionadas às informações obtidas, nível de compreensão dos indivíduos sobre as intervenções cirúrgicas e dificuldades que surgiram ao executarem tais orientações.

Assim como foi estudado por Zago e Casagrande apud Silva e Nakata(2005), a comunicação entre equipe de enfermagem e paciente necessita ser efetiva, a escuta e interpretação do que está sendo ouvido faz parte desse processo, construindo-se uma troca recíproca e eficaz.

Diversos autores (SILVA; NAKATA, CHRISTOFORO; CARVALHO) citados por Kruse et al (2009), concluíram que o paciente estando bem orientado e esclarecido com relação aos eventos que envolvem seu procedimento cirúrgico, possui uma maior capacidade de enfrentamento, minimizando períodos de ansiedade e angústias, favorecendo assim seu restabelecimento.

Em estudo realizado no ano de 2005, foi comentado pelas autoras Silva e Nakata que uma comunicação adequada é aquela em que o comunicador fala pausadamente, explicitando as ideias principais, repetindo-as e questionando o interlocutor com fins de identificar se ele compreendeu o que foi lhe foi transmitido.

A ritualização da orientação e a padronização das informações fornecidas pelas equipes de enfermagem aos pacientes no pré - operatório, foi questionada por vários autores. Zago e Casagrande(1997), comentam que a forma “rotineira” de orientar, não variando o conteúdo e forma de forneceras informações, os pacientes possuem níveis de compreensão diferenciados e os procedimentos cirúrgicos realizados são intervenções distintas.

Fica evidente que a falta de atualização da equipe de enfermagem pode ser um dos fatores que causam a rotinização do processo de orientação aos pacientes cirúrgicos, Tenani e Pinto concluíram em pesquisa realizada no ano de 2006 que esse tipo de orientação é “falha”, sendo necessário criar um programa de educação permanente para todos os que praticam essa atividade.

O ideal seria existir no Brasil unidades pré-cirúrgicas, semelhantes as que existem no exterior (como em Manhattam), o paciente que irá se submeter a um procedimento operatório interna nessa unidade, é preparado emocionalmente sobre a cirurgia, instruído e indagado sobre o evento cirúrgico. O indivíduo só vai realizar a intervenção operatória quando estiver preparado para ela, um dia após a realização da cirurgia, o profissional de enfermagem que o acompanhou desde sua internação, vai até ele e o questiona como foi o procedimento, como passou a noite anterior e o que está sentindo (SILVA E NAKATA, 2005).

Essa forma de assistência possibilita que o paciente sinta-se assistido e o indivíduo constata que o profissional que o atendeu está preocupado e interessado na sua recuperação. O objetivo dessa assistência é buscar o alívio das ansiedades da pessoa e auxiliá-la a enfrentar as etapas do processo operatório (Rost apud Silva e Nakata, 2005).



2 REFERENCIAL TEÓRICO

O sistema gastrointestinal é caracterizado pela digestão, absorção e eliminação dos alimentos ingeridos, envolvendo vários órgãos e tecidos, que podem sofrer vários distúrbios ou doenças. Para Arone e Philippi (2008), esses prejuízos podem ter como causa fatores anátomo-fisiológicos, fatores químicos e também fatores psicológicos.

O Trato gastrointestinal possui de 4,9 a 5,8 m de comprimento se estende desde a boca, atravessa o esôfago, estômago e intestinos até o ânus. O esôfago situa-se no mediastino, na cavidade torácica possui em torno de 25 cm de comprimento, já o estômago está localizado na parte superior do abdômen, com capacidade de distensão e acúmulo de 1.500ml. O intestino delgado, é o segmento mais longo do trato GI, com cerca de dois terços do comprimento total do trato, com a função de absorção dos nutrientes transportando-os para a corrente sanguínea pelas paredes intestinais, logo está o intestino grosso situado no lado ascendente no lado direito do abdome, sua porção terminal apresenta o cólon sigmóide e reto que vai continuar até o ânus (SMELTZER E BARE, 2002).

Smeltzer e Bare (2002), descreveram as principais funções digestivas do trato GI são:

- Clivar as partículas alimentares na forma molecular para a digestão
- Absorção das pequenas moléculas produzidas pela digestão para o interior da corrente sanguínea

- Eliminar os alimentos ingeridos, não digeridos e não-absorvidos e outros produtos residuais do corpo.

Conforme Zago e Casagrande (1997), a atividade educativa do profissional enfermeiro se iniciou a partir de 1940, e após a realização de estudos concluíram que as complicações pós-operatórias poderiam ser evitadas ou reduzidas através do ensinamento aos pacientes no período pré-operatório.

A assistência de enfermagem a pacientes em preparo pré-operatório deve colaborar para o restabelecimento das funções fisiológicas do indivíduo, portanto deve-se valorizar e jamais menosprezar o que a pessoa diz estar sentindo.

Aitken apud Silva e Nakata (2005) cita que um ser doente é mais que um corpo, pois o ser humano é integral, devendo ser visto e assistido em todos os aspectos.

Um procedimento cirúrgico é constituído de várias etapas e começa na avaliação da indicação cirúrgica e da urgência do procedimento a ser realizado, cabendo ao cirurgião, decidir o momento adequado a realizar o procedimento, devendo o paciente e familiares serem comunicados e após autorização deles, iniciar o preparo para a realização do procedimento operatório.

Segundo dados do Ministério da Saúde, ocorrem em torno de 240 milhões de procedimentos cirúrgicos no mundo anualmente. Hospitais credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS) realizaram no Brasil em 2010, quatro milhões de intervenções cirúrgicas, o estado do Rio Grande do Sul é o quarto em número de cirurgias realizadas, a cirurgia plástica é o tipo de procedimento mais executado no estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Estima-se que no século XXI, 85% dos procedimentos cirúrgicos eletivos serão feitos a nível ambulatorial ou com pacientes externos. Devido a essa estimativa, as pessoas necessitam ter um amplo conhecimento quanto ao tipo de intervenção cirúrgica e os cuidados que deverão ter consigo mesmo orientações de extrema importância cabíveis à enfermagem esclarecer e informar ao indivíduo e seus familiares (SMELTZER; BARE, 2002).

Passos para uma comunicação adequada

- Evitar ensinar algo em momentos de estresse e ansiedade;
- Não usar termos técnicos ou científicos;
- Questionar o paciente sobre o que ele sabe (cirurgia) e suas dúvidas;
- Além da fala, usar outros recursos (visuais) para a orientação;
- Investigar com o paciente suas expectativas quanto ao procedimento, doença e hospitalização.

Orientar adequadamente e antecipadamente o paciente permite que ele reaja positivamente aos eventos no pré, trans e pós-operatório, prevenindo complicações e possibilitando recuperação e aceitabilidade das orientações propostas. A qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgias gastrointestinais pode ser melhorada e facilitada com as informações e auxílios adequados prestados pela equipe de enfermagem.

“Saber manter a comunicação e saber ouvir a fim de se inteirar da maneira como o paciente e seus familiares aceitam a hospitalização, a cirurgia e o tratamento, conhecer os receios, desejos e sentimentos são qualidades que a enfermeira deve desenvolver” (GILBERTONI apud KRUSE et AL).

A enfermagem necessita ter um plano de cuidados específico para cada indivíduo, as atividades a serem aplicadas servem como orientação e auxiliam na aplicação de procedimentos com embasamento científico adequado para que os resultados dessas ações sejam bem-sucedidas (ROTHROCK, 2007).

Orientações a pacientes cirúrgicos no período pré-operatório (SOUZA, 2003):

Questionar o paciente se ele faz uso de próteses e órteses, se usa medicamentos anticoagulantes ou outros, evoluir todas as informações no seu prontuário e comunicar médico responsável sempre que necessário. Ensinar o indivíduo a realizar exercícios respiratórios (de inspiração e expiração), orientá-lo como deve tossir (com as mãos entrelaçadas, aplicar compressão sobre a incisão cirúrgica no momento da tosse, protegendo a ferida operatória).

Em momentos de ansiedade estimulá-lo a respirar profundamente, causando relaxamento e oxigenação dos órgãos e tecidos, orientar ao uso de papagaio e comadre, estimular a levantar do leito (sempre que liberado), como mudar de decúbito e movimentação

dos membros. Explicar sobre o preparo e realização de enema ou lavagem intestinal (a finalidade do procedimento, solicitando sua colaboração).

Esclarecer dúvidas sobre o procedimento a que o indivíduo irá submeter-se, explicar sobre o uso de sondas, drenos, catéteres (quando for o caso), prestar esclarecimentos sobre o jejum pré-operatório (sua finalidade, necessidade de realizá-lo adequadamente, horário de início, complicações de um jejum inadequado).

Verificar se foi explicado ao paciente sobre o Termo de Consentimento Cirúrgico, e solicitar a sua assinatura ou de familiares, orientar sobre a medicação pré-anestésica, os tipos de anestésias (local, tempo de efeito anestésico, sintomas durante este período).

2.1 Checagem pré-operatória

Segundo Pitrez e Pioner (2003), no dia da cirurgia deve-se checar e prestar orientações ao paciente, confirmar se ele realizou o jejum mínimo de 8 horas antes da cirurgia, se fez a higiene corporal e caso for necessário auxiliá-lo, verificar se foi realizado o enema (conforme prescrição médica). O enfermeiro deve verificar os seus sinais vitais, verificar se retirou as próteses dentárias, aparelhos auriculares ou adereços metálicos, confirmar a realização de exames pré-operatórios (hemogramas, exame de urina, eletrocardiograma, entre outros - anexá-los com o prontuário).

Realizar tricotomia e assepsia da área cirúrgica (máximo de 2 horas antes do procedimento operatório, segundo a prescrição médica), checar se foi feito o esvaziamento da bexiga ou sondagem vesical, obter a confirmação do paciente e através do prontuário que foi administrado a medicação pré-anestésica. Confirmar se há reserva de sangue (conforme prescrito pelo médico), verificar se há pedido de leito (reserva) na unidade de tratamento intensivo (UTI), ligar para a unidade e confirmar se foi feita a reserva, obter a confirmação com o paciente/ familiares da assinatura do Termo de Consentimento Cirúrgico.

2.2 Tipos de anestésias

A anestesia Geral é feita através de medicamentos endovenosos, associado a gases anestésicos inalatórios (geral inalatória) ou anestesia associada a medicação endovenosa com intubação orotraqueal e ventilação mecânica (KATO, 2008).

O Bloqueio anestésico pode ser feito através do espaço raquidiano (introduz-se agulha com o anestésico no espaço subaracnóide, de modo que após injetar o medicamento causa paralisia dos nervos de determinada zona, geralmente a metade inferior do corpo) ou peridural(aplicada no espaço entre o canal ósseo raquidiano e a duramáter). O paciente necessita estar deitado em decúbito lateral com os joelhos fletidos até o abdômen, os braços sobre as coxas e o queixo sobre o esterno ou pode estar sentado com a cabeça fletida encostando o queixo no peito e mãos sobre os joelhos (KATO, 2008) .

Souza(2003), relata que há diferenças e finalidades diversas entre esses bloqueios, como os tipos de agulhas e fármacos utilizados nas punções. O bloqueio Sacral é feito com anestésicos para a pele e outros tipos de anestésicos, usados conforme preferência do anestesista.

O bloqueio Regional pode ser feito através de infiltração ou via tópica, através de bloqueio do plexo braquial, por condução ou também por bloqueio de Bier, que consiste na aplicação de torniquete no membro a ser operado e colocação de cânula intravenosa em veia distal do membro para que seja injetado os anestésicos (SOUZA, 2003).

2.3 Tipos de procedimentos cirúrgicos

Conforme Souza(2003), a Apendicite é caracterizada como uma inflamação do apêndice (uma protusão do intestino delgado) que não possui função específica, enche-se e esvazia-se com o bolo alimentar e a ineficácia desse esvaziamento acarreta acúmulo de resíduos, gerando irritação e conseqüentemente inflamação, sendo necessário a realização de uma apendicectomia. Em alguns casos não diagnosticados precocemente forma-se um abscesso, e se caso romper causa peritonite.

A Cirurgia Biliodigestiva é conceituada como uma obstrução da árvore biliar causando incapacidade de excreção da bile para o intestino, esse acúmulo, principalmente de sais biliares gera efeitos tóxicos. Essa bile acumulada pode colonizar bactérias causando infecções, caso as obstruções forem recorrentes podem acarretar dano hepático, cirrose biliar e insuficiência hepática (COELHO E FREITAS, 1997).

Colecistectomia é o procedimento cirúrgico de retirada da vesícula biliar, que pode estar obstruída por cálculos biliares, por pólipos biliares e também devido a neoplasias, dismotilidade vesicular sintomática ou por fazer parte de outros procedimentos cirúrgicos. Este tipo de cirurgia pode ser feito de duas formas: a convencional, realizada através de uma laparotomia, técnica cirúrgica mais invasiva e antiga ou a colecistectomia por videolaparoscopia(laparoscópica), método considerado menos invasivo (KATO, 2008).

Segundo Petroianu et al(2008), dentre as cirurgias mais frequentes estão as cirurgias de Hérnias como exemplo as hérnias inguinais e femorais que são caracterizadas por defeitos da parede abdominal, acarretando saída do conteúdo abdominal através do peritônio, formando abaulamentos e protusões permanentes ou recidivantes.

As hérnias podem ser classificadas em vários tipos (PETROIANU et al, 2008):

- Hérnia encarcerada, ao passar do tempo o anel herniário aumenta consequentemente o saco herniário tem seu volume aumentado, isso pode causar aderências entre parede inguinal e o conteúdo herniado, fazendo com que ela se torne permanente, encarcerada e irreduzível.
- A Hérnia estrangulada é caracterizada por um encarceramento agudo devido a um anel herniário estreito dificultando o retorno do conteúdo herniado, esse estrangulamento causa obstrução intestinal podendo evoluir para isquemia, caso não tratada pode acarretar necrose e gangrena desse conteúdo herniado. Existe também a Hérnia direta definida como a protusão do saco herniário originando-se em um ponto vulnerável da fáscia transversal, ocorre em torno de 60% dos adultos e 90% do sexo masculino, mais comum em idosos e pessoas debilitadas.
- O tipo de Hérnia indireta é mais frequente em crianças, jovens e mulheres, a protusão inicia pelo anel inguinal profundo, lateralmente aos vasos epigástricos inferiores, progredindo pelo canal espermático entre as fibras de cremaster. O saco herniário além

de alças intestinais pode conter partes da bexiga, cólon ou divertículo de Meckel. Porém, a Hérnia Mista decorre de um defeito do assoalho inguinal, ocasionado pelo anel inguinal profundo alargado, devido a uma hérnia indireta volumosa.

- Entretanto, as Hérnias Femorais possuem incidência de 80% em mulheres, são consideradas de difícil diagnóstico, devido a protusão do peritônio pelo canal femoral na base da coxa onde se encontra o conteúdo herniado. O procedimento de Hérnia Umbilical é decorrente da falta de fechamento do orifício umbilical, podendo ser de origem congênita (SOUZA, 2003).
- Laparotomia é o procedimento cirúrgico que consiste na abertura da cavidade abdominal, pode ser feita com fins de diagnóstico (exploratória) ou com finalidade de operar órgãos (KATO, 2008) .
- Gastrostomia aberta simples conforme Petroianu et al(2008), essa cirurgia é definida como uma abertura externa cirúrgica do estômago, essa comunicação da pele com a luz gastrointestinal é feita através de um cateter específico. Procedimento muito utilizado em casos de obstrução, trauma, para servir de suporte nutricional gástrico, de uso temporário ou permanente.

Segundo Petroianu et al(2008), as principais complicações no Trans e Pós-operatório Cirúrgico são:

- Aspiração do conteúdo gástrico, deiscência de sutura, hérnia recidivante, seroma, constipação, obstrução de sondas e drenos, hemorragia, inflamações e infecções.

2.4 As atribuições do Enfermeiro - Chefe em Centro Cirúrgico são as seguintes (BARROS ET AL, 1996)

- Providenciar a contratação de profissionais em quantidade adequada para o seu bom funcionamento e materiais necessários;
- Organizar a forma de trabalho a ser realizado, distribuindo-o adequadamente;
- Comandar seus subordinados, levando-se em consideração os princípios éticos, baseando-se no crescimento dos profissionais;
- Supervisionar e coordenar a assistência disponibilizada aos pacientes durante o trans-operatório, e prestando assistência sempre que necessário.

3 METODOLOGIA

Metodologia é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”(MINAYO apud FIGUEIREDO, 2008). O estudo foi realizado através de pesquisa de campo, descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa.

Para Triviños (1987, P.109) apud Figueiredo(2008), considera que:

“O estudo exploratório possibilita ao pesquisador captar conhecimentos e comprovações teóricas, a partir de investigações de determinadas hipóteses avaliadas dentro de uma realidade específica, podendo proporcionar o levantamento de possíveis problemas ou o desenvolvimento posterior de uma pesquisa descritiva ou experimental.”

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa possibilita uma investigação sistemática utilizando métodos que respondem à questões ou resolvem problemas. A finalidade da pesquisa é refinar, desenvolver e expandir uma porção de conhecimentos.

A pesquisa qualitativa é considerada adequada aos estudos sobre saúde da experiência humana e os sentidos acarretados por indivíduos que vivem essa experiência, permitindo um aprofundamento maior sobre os comportamentos humanos do que se fossem obtidos por exames ou outras medidas lineares (WOOD; HABER, 2001).

Para Leopardi (2002), a entrevista semiestruturada é caracterizada como aquela em que o entrevistador utiliza um roteiro previamente estabelecido, onde há pré-determinação das perguntas questionadas ao entrevistados, garantindo um resultado mais completo e fidedigno ao tema investigado.

A pesquisa foi realizada num hospital de médio porte localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul, a coleta dos dados foi feita nos meses de agosto e setembro de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, realizada individualmente, gravada e transcrita posteriormente sem causar dano ou prejuízo a ambas as partes. Participaram da pesquisa 12 indivíduos, seguindo os critérios de inclusão (pessoas maiores de 18 anos de idade em estado clínico e cirúrgico estável, estado emocional equilibrado e pacientes que foram submetidos à cirurgias gastrointestinais).

Os critérios determinados para a exclusão da pesquisa (indivíduos menores de 18 anos de idade, pessoas que apresentem algum tipo de deficiência mental ou comprometimento psíquico, indivíduos que estejam sob efeito de algum medicamento que altere seu comportamento e aqueles que realizaram procedimento cirúrgico cujos sítios não correspondem ao sítio Gastrointestinal).

O local de realização da pesquisa foi na unidade de internação cirúrgico onde os indivíduos se encontravam internados, a busca dos entrevistados foi através de verificação no posto de enfermagem das pessoas que submeteram-se à procedimentos cirúrgicos gastrointestinais. Os prontuários desses clientes foram acessados iniciando-se a coleta de dados (informações que caracterizavam cada sujeito e dados sobre a intervenção cirúrgica).

Após a apresentação formal aos futuros pesquisados, foi explicado o objetivo do trabalho, pediu-se a autorização para a participação na pesquisa, após isso, realizou-se a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fez-se a entrega de uma cópia assinada do termo ao sujeito da pesquisa.

A identificação dos entrevistados, garantindo sigilo e anonimato, foi feita pelas letras M (masculino) e F (feminino) seguidas de número. Exemplo: F1, M2. O tipo de análise dos dados utilizados foi o método de análise de Conteúdo de Bardin, organizando-se em três pólos cronológicos chamados de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977).

Os aspectos éticos foram respeitados seguindo as diretrizes e normas da Resolução 196/96, que trata das condutas em pesquisas envolvendo seres humanos. Todo o material da pesquisa ficará arquivado e guardado por um período de cinco anos, e posteriormente, será apagado ou destruído pelo pesquisador.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 12 indivíduos, em relação ao sexo, 58% dos entrevistados são do sexo masculino e 42% do sexo feminino. Quanto à idade 41% relataram ter mais de 60 anos, 35% possui de 50 a 60 anos, 16% referiram ter idade de 41 a 50 anos e 8% possui idade entre 31 e 40 anos.

Conforme a escolaridade, a grande maioria, 75% dos pesquisados estudaram até o ensino fundamental incompleto, 17% concluíram o Ensino Médio e 8% não completou o ensino médio. Segundo as entrevistas, 84% dos indivíduos são casados, 8% solteiros e 8% viúvos.

Quanto à procedência, 42% das pessoas é de Estrela, 26% de Lajeado e 32% oriundas de municípios vizinhos distintos.

Relacionado ao tipo de procedimento cirúrgico, 50% das pessoas foram submetidas a Herniorrafia, 18% a Cirurgia Biliodigestiva, 8% Colecistectomia, 8% Apendicectomia, 08% Gastrostomia, 8% Ressutura de Parede.

4.1 Categorias de análise de conteúdo

4.1.1 Categoria 1: Orientações recebidas pela equipe de enfermagem

A grande maioria dos entrevistados mencionou ter recebido poucas informações, e estas, do médico e enfermeira no momento da marcação do procedimento. A escassez de informações gera ansiedade e insegurança no indivíduo.

“ Não. Ninguém falou nada no hospital” (M3)

“No consultório o médico há uns 20 dias atrás ... falou que eu não podia comer...” (M6)

“As enfermeiras não me falaram nada.” (F2)

“ Só sobre o jejum...eles me pediram para ficar 12 horas sem comer, o médico, as enfermeiras.” (M4)

“ Falaram que é uma cirurgia demorada (o médico falou antes da cirurgia), falou que não podia comer.” (F1)

Instruir o paciente no pré-operatório é de extrema importância, devendo ser o mais precocemente possível, o ideal é que a instrução comece no consultório médico e continue até que o indivíduo adentre a sala cirúrgica. Informar sobre medicamentos anestésicos e as sensações produzidas pelos fármacos, ensinar como fazer os exercícios de Respiração Profunda favorecendo o relaxamento e alívio da dor, a necessidade de serem feitas mudanças de decúbito demonstrando-as como devem executá-las, orientar sobre o uso de laxativos, enemas e suas finalidades (SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo Souza(2003), a enfermagem deve ensinar ao paciente todos os procedimentos referentes ao preparo cirúrgico, fazer a revisão dos ensinamentos quando necessário, explicar o funcionamento de sondas e drenos, o esquema anestésico, medicação pré-anestésica, explicar o funcionamento do Bloco Cirúrgico. Procurar esclarecer as preocupações de última hora que venham a aparecer, caso seja desejo do paciente solicitar a visita de um religioso, orientar sobre a importância de fazer NPO (nada por via oral), mínimo de 8 horas antes do procedimento cirúrgico.

Fazer os últimos preparos do dia do procedimento, higiene corporal, tricotomia(conforme prescrição médica), evoluir todos os ensinamentos e procedimentos realizados, verificar se foram realizados os preparos convenientes de cada tipo de intervenção cirúrgica e encaminhar paciente ao Bloco Cirúrgico, com prontuário, exames.

De acordo com Ferraz apud Silva e Nakata(2005):

Os pacientes devem conhecer sobre sua cirurgia para que aceitem as mudanças, mesmo que sejam temporárias e necessárias, ajustando-se mental e fisicamente.

Conforme Moro (2004), a finalidade do jejum pré-operatório é reduzir o risco e o grau de regurgitação do conteúdo gástrico, prevenindo assim, a aspiração pulmonar e suas consequências.

4.1.2 Categoria 2: Dificuldades em executar as orientações no período pré-operatório

Apenas um entrevistado relatou dificuldade em realizar o jejum e enema, isso pode ser resultado da ansiedade e medos relacionados ao procedimento cirúrgico, pois esta pessoa passou por um procedimento de maior complexidade. O restante dos indivíduos referiu não possuir dificuldade em realizar as orientações, grande parte desses relatos se referia ao jejum pré-operatório.

“Não tive dificuldade... (M5)

“Já estava sem comer desde antes... por conta da dor (ficou 3 dias sem se alimentar).” (F3)

“Não tive problema...de ficar sem comer.”(M6)

“Não foi fácil ficar sem comer ... precisou fazer enema.” (F1)

Ensinar sobre as rotinas pré-operatórias (restrições dietéticas ou dieta zero), necessidade de que sejam feitos exames laboratoriais e procedimentos diagnósticos pré-cirúrgicos, micção, preparação da pele, procedimentos invasivos (tais como: uso de cateteres endovenosos, sondas nasogástricas, nasoentéricas e vesicas de demora ou de alívio, esvaziamento intestinal), sedação pré-operatória (ROTHROCK, 2007).

Para Tenani e Pinto (2007), é fundamental a educação do paciente sobre o seu procedimento cirúrgico, devendo haver um esclarecimento de dúvidas, explicação quanto aos procedimentos a serem realizados, possíveis condições que o indivíduo irá encontrar-se após o pós-operatório. A orientação adequada vai possibilitar a redução de sentimentos negativos que a pessoa possa vir a sentir, amenizando possíveis sofrimentos.

4.1.3 Categoria 3: Percepção sobre as informações recebidas

Através dos relatos, nota-se que a orientação foi feita de forma inadequada, não sanou dúvidas existentes dos indivíduos, gerando assim angústias, medos e ansiedades desnecessários. O começo para uma adequada orientação ao paciente, pode ser feito através de questionamentos sobre o que ele recebeu de orientação, quais as dúvidas existentes.

“... Só me disseram da comida (jejum)... não falaram da cirurgia... (M7)

“... Podia ter ajudado mais...(médico)... acabou deixando algumas dúvidas...”(F1)

“ ...Só não sabia que a anestesia local fosse tão dolorida... até hoje tenho dor...” (M4)

“... a secretária do médico entregou uma folha... tinha que ficar sem comer a partir das 24horas...” (F2)

“... eu acho que podia ter explicado antes (o médico – que conversou mais com os familiares)... (F1)

Conforme os relatos, quando realizadas as orientações sobre os procedimentos cirúrgicos, estas foram feitas de forma inadequada, deixando os indivíduos com várias dúvidas, quanto ao procedimento cirúrgico, a anestesia, entre outras (SILVA E NAKATA, 2005).

Durante a orientação deve-se questionar o que o paciente deseja saber, suas expectativas quanto ao procedimento, a sua capacidade de assimilar as informações e o que significa para ele a sua doença, estar hospitalizado e o tratamento cirúrgico (KRUSE ET AL, 2009).

As informações transmitidas aos pacientes devem ser feitas claramente, devem ser objetivas e planejadas conforme as suas necessidades, direcionadas não somente às necessidades físicas, mas levando-se em consideração suas necessidades emocionais e culturais (TENANI E PINTO, 2007).

4.1.4 Categoria 4: Compreensão da procedimento ao qual foi submetido

A prestação de informações deve ser uma comunicação adequada, sem uso de termos técnicos ou científicos, para favorecer o entendimento e compreensão do paciente sobre o que lhe está sendo informado. Os indivíduos que relataram algum nível de conhecimento sobre o procedimento a qual se submeteram, é resultado de experiências vivenciadas anteriormente ou devido a informações obtidas sobre a cirurgia através de outros indivíduos.

“Não sabia direito o que ia ser feito...o médico disse que tinha “pedra” trancando o canal.” (F4)

“... já tinha feito a mesma cirurgia do outro lado... já sabia o que ia ser feito!... (M5)

“...Sim ...não tinha dúvidas... a cirurgia foi espetacular!... (M4)

“... já tinha conhecimento... me senti segura com o procedimento... (F3)

“...Eu tava bem informado... não tinha dúvida nenhuma... (M2)

Conforme Silva apud Silva e Nakata(2005), a área da saúde trabalha com pessoas, portanto, se não houver uma comunicação efetiva, poderão existir conflitos devido a má interpretação das informações.

Estudos demonstram que enfermeiras que possuem experiências e conhecimentos prévios influenciam no padrão e forma de transmissão das informações, pois aquelas que demonstram confiança e experiência, fazem com que os pacientes sintam-se à vontade de questioná-las e sanarem suas dúvidas (FITZPATRICK APUD KRUSE ET AL, 2009).

Um plano de ensino bem idealizado e feito por todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente cirúrgico, iniciado na admissão do indivíduo na instituição e adaptado conforme as suas necessidades de entendimento, influencia na redução de custos dos cuidados prestados e melhora a qualidade da assistência disponibilizada (TENANI E PINTO, 2007).

A forma do cuidado prestada ao paciente deve ser planejada considerando-se a individualidade de cada um, determinada pelo seu estado de saúde, tipo de procedimento cirúrgico, rotinas da instituição, tempo disponível desde a internação até a data da cirurgia e outras particularidades que venham a surgir (CHRISTOFORO E CARVALHO, 2009).

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar as informações fornecidas pela equipe de enfermagem aos pacientes cirúrgicos no período pré-operatório de cirurgias gastrointestinais. Após a coleta e análise de dados, observou-se que as orientações são feitas de forma rápida e ritualizada, não variando de paciente a paciente ou procedimento cirúrgico. A equipe de enfermagem, especialmente a Enfermeira, além da função assistencialista, exerce funções de gerenciamento das equipes de saúde, podendo acarretar pouco tempo disponível para realizar as orientações pré-cirúrgicas.

Toda a equipe que presta assistência a um paciente é responsável pelo seu atendimento, devendo sempre zelar para o seu restabelecimento o mais precocemente possível. Qualquer um dos profissionais que atuam numa equipe de saúde pode e deve fazer orientações, conforme sua área e suas bases de conhecimentos, mesmo que as orientações prestadas aos pacientes sejam repetitivas, auxiliam no aprendizado pois favorecerá a assimilação do conteúdo que envolve a atividade.

Outro fator importante é o curto espaço de tempo entre a internação e a realização do ato cirúrgico, pois boa parte dos indivíduos que realizaram os procedimentos operatórios, internaram no dia ou poucas horas antes da cirurgia, dificultando a realização de uma orientação adequada.

Percebe-se a necessidade de modificar a forma de orientação, implantar uma rotina institucionalizada de orientação pré-operatória, com preparo e treinamento específico da equipe de enfermagem para executar essa atividade. Para poder criar e manter um vínculo com o paciente, é preciso possibilitar ao profissional que orienta o indivíduo no período pré-operatório a continuidade do atendimento humanizado, assistindo-o no pós-operatório e até que esse paciente receba alta hospitalar, favorecendo a confiança e segurança adquirida no período anterior ao procedimento cirúrgico.

Realizar avaliações e questionamentos sobre a eficácia da atividade educativa prestada aos pacientes, pode favorecer na melhoria e aprimoramento da orientação. Valorizar e incentivar os profissionais que realizam essas orientações, pode gerar mais entusiasmo e iniciativa da equipe ao prestar essa forma de atendimento.

REFERÊNCIAS

- ARONE, Evanisa M.; PHILIPPI, Maria L. S. **Enfermagem Médico - Cirúrgica Aplicada ao Sistema Gastrointestinal**. 8. Ed. São Paulo: Senac Editora, 2008.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, Maria C.; BARTMANN, Mercilda; HARGREAVES, Lourdes. **Enfermagem Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Senac Editora, 1996.
- COELHO, Júlio C. U., FREITAS, Alexandre T. **Tratamento Cirúrgico da Icterícia Obstrutiva**. Revista Medicina. Ribeirão Preto, v.30, pág. 220-230, 1997.
- CHRISTOFORO, Berendina Elsin Bouwman; CARVALHO, Denise Siqueira. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 out. 2012.
- FIGUEIREDO, Nêbia M. A. (Org), **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3. Ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.
- GIBERTONI, J. **Assistência psicológica ao paciente para a cirurgia**. Rev. Bras. Enferm. 1967;4(2):278-89.
- KATO, Keiko. **Dicionário de termos técnicos de saúde**. 2.ed. São Paulo: Conexão, 2008.
- KRUSE, M.H.L; ALMEIDA, M.A; KERETZKY, K.B; RODRIGUES, E.; SILVA, F.P; SCHENINI, F.S; GARCIA, V.M. **Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes**. Rev. Eletr. Enfermagem. 2009;11(3):494-500. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>>. Acesso em 21 out. 2012.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2.ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

MERLI, Geno J.; WEITZ, Howard H., **Assistência Clínica ao Paciente Cirúrgico**. Tradução de Angela Lobo de Andrade et al. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 29 abr. 2012.

MORO, Eduardo T., **Prevenção da Aspiração Pulmonar do Conteúdo Gástrico**. Revista Brasileira de Anestesiologia. v.54 n.2 Campinas. Mar/Abr. 2004.

OGUISSO, Taka.; SCHMIDT, Maria J., **O Exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) - Organização Mundial da Saúde; Trad. de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde ; Ministério da Saúde ; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PETROIANU, Andy; MIRANDA, Marcelo E.; OLIVEIRA, Reynaldo G. de, **Blackbook Cirurgia**. 1. Ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2008.

PITREZ, Fernando A. B.; PIONER, Sérgio R., **Pré e Pós-Operatório: em Cirurgia Geral e Especializada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernadette P., **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROTHROCK, Jane C. **Alexander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 13. Ed. Trad. José Eduardo Ferreira de Figueiredo et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SILVA, Waldine Viana da and NAKATA, Sumie. **Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos**. Rev. bras. enferm. [online]. 2005, vol.58, n.6, pp. 673-676. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000600008>>. Acesso em 21 out. 2012.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G., **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.1.

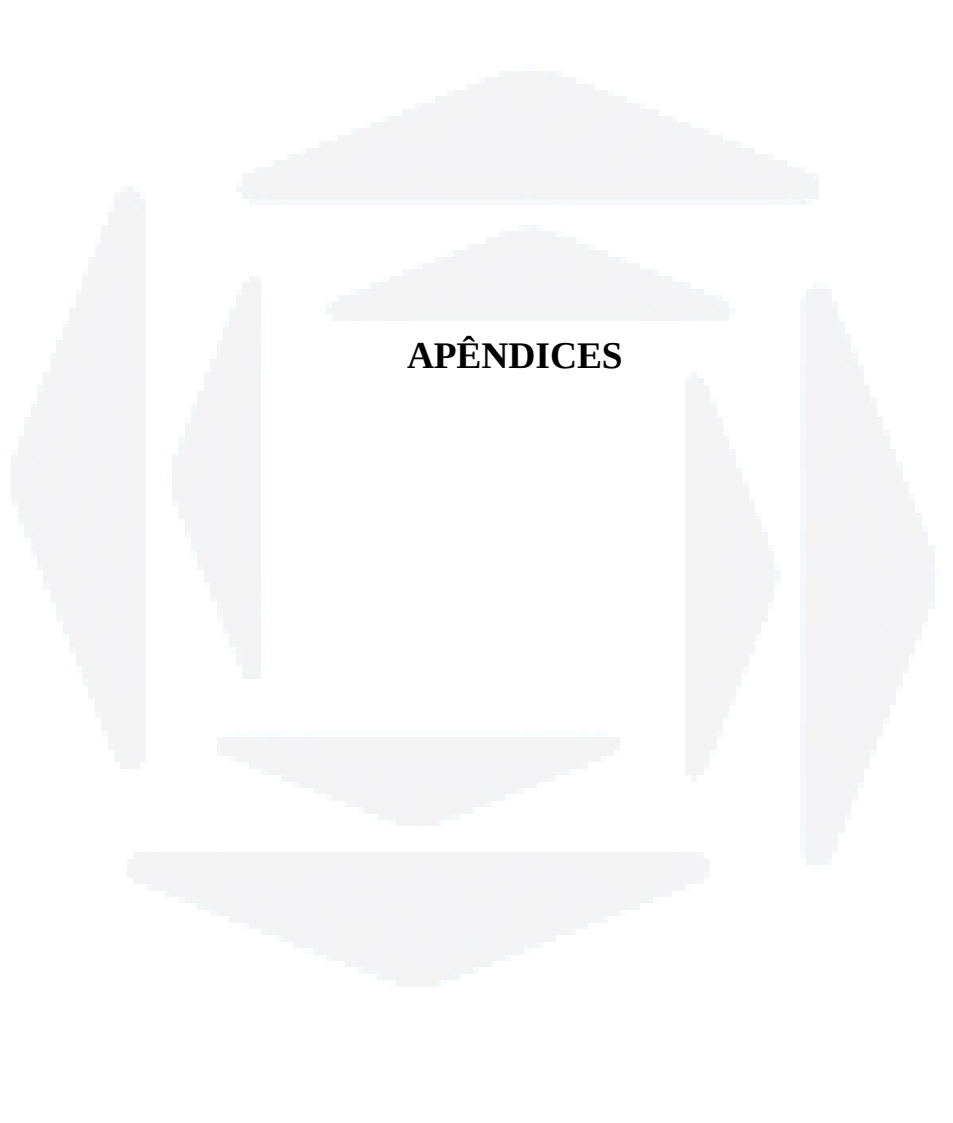
SOUZA, Célio C. A., **Enfermagem Cirúrgica**. v. 1. Goiânia: AB, 2003.

TENANI, Ana C.; PINTO, Maria H, **A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico**. Arq Ciênc Saúde 2007 abr-jun;14(2):81-7. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-/IIDD225 %20PDF.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-/IIDD225%20PDF.pdf)>. Acesso em 10 de out. 2012.

WOOD, Geri L.; HABER, Judith., **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Tradução de Ivone Evangelista Cabral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ZAGO, Márcia Maria Fontão; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. **A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, out. 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 out. 2012.





APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento para a coleta de dadosQuestionário

Sexo: () Masculino () Feminino Data da Internação: _____ Horário Internação: _____

Idade: _____ Data da Cirurgia: _____

Procedência: _____

Escolaridade: () analfabeto () 1º Grau incompleto () 1º Grau completo

() Ensino Médio incompleto () 2º Grau completo () Ensino Superior Completo

Estado Civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo

Tipo de Cirurgia: _____

Tipo de Anestesia: () raquidiana () peridural () regional () geral

- 1) Quais as informações recebidas da equipe de enfermagem no pré-operatório?
- 2) Quais orientações recebidas no pré-operatório que você não teve dificuldade em realizar? Porquê.
- 3) Qual a sua percepção sobre as informações recebidas da equipe de enfermagem no período pré-operatório?
- 4) Você teve alguma dificuldade em compreender o tipo de procedimento cirúrgico ao qual foi submetido?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa “Conhecer o conteúdo das informações fornecidas pela equipe de enfermagem aos pacientes cirúrgicos no período pré-operatório”, será realizada com o objetivo de verificar que orientações que são fornecidas à pacientes cirúrgicos pela equipe de enfermagem em um hospital do interior do Estado.

A justificativa da pesquisa vem da necessidade de se prestarem maiores informações aos indivíduos que são submetidos à procedimentos cirúrgicos, evitando-se intercorrências e prejuízos a esses pacientes.

A pesquisa não apresenta riscos ou custos aos participantes, tendo a liberdade de interromperem a entrevista se assim desejarem. O desconforto que o entrevistado será exposto é com relação ao tempo para responder as questões que será em torno de 30 min. Se o entrevistador sentir constrangimento ao responder alguma questão a entrevista poderá ser interrompida, e retomadas em outro momento.

Acreditamos que o presente estudo poderá permitir às instituições que realizam procedimentos cirúrgicos, adequação e informação constante aos indivíduos que são submetidos à intervenções cirúrgicas, garantindo assim, compreensão e entendimento de todos que realizam tal procedimento.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar desta pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, todos acima listados.

Fui igualmente informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa;

- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso me traga qualquer tipo de prejuízo;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Do compromisso do pesquisador em proporcionar-me informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- De que se existirem gastos adicionais os mesmos serão de responsabilidade do pesquisador.

Esta pesquisa é orientada pela professora Ms. Ioná Carreno, vinculada a UNIVATES, sendo que os dados serão coletados pela acadêmica do curso de enfermagem Grazielle Bonini, cujo telefone para contato é (051) 84123726.

Este termo de consentimento foi revisado e será redigido em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável pela coleta de dados.

Data: ____/____/____

Nome e assinatura do profissional

Nome e assinatura do pesquisado