

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GRACILENE WANZELER MOIA

**Evidências para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP)  
de pacientes oncológicos**

Ribeirão Preto

2023

GRACILENE WANZELER MOIA

**Evidências para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP)  
de pacientes oncológicos**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel

**Coorientador:** Prof. Dr. André Aparecido da Silva Teles

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moia, Gracilene Wanzeler

Evidências para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) de pacientes oncológicos. Ribeirão Preto, 2023.

87 p.: il.: 30 cm

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem

Orientadora: Gabriel, Carmen Silvia

Coorientador: Teles, André Aparecido da Silva

1. Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2. Processo de Enfermagem. 3. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. 4. Paciente Oncológico.

Nome: MOIA, Gracilene Wanzeler

Título: Evidências para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) de pacientes oncológicos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

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

Banca examinadora:

Prof.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os usuários do Hospital Ophir Loyla, que me impulsionaram ao estudo de um tema muito relevante na assistência de enfermagem Perioperatória.

À minha mãe, Maria Rosa Wanzeler Moia (*in memoriam*), por tornar possível a minha formação humana e científica.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder saúde e sabedoria para seguir sempre em frente. Obrigada por ser a minha força e o meu guia em todos os momentos. A ti, Senhor, toda honra e toda a glória. A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas.

Às professoras Dr<sup>a</sup> Ilma Pastana, Dr<sup>a</sup> Mary Elizabeth, Msc. Clarissa Mendes, que me inspiraram a ingressar no mestrado profissional, sempre foram um grande exemplo para mim, e hoje, agradeço por ter me incentivado a seguir no caminho da docência. Muito obrigada!

Ao Centro de Suporte de Enfermagem, em nome das Enfermeiras Maria do Rosário Fernandes e Eliete de Moraes, por apoiarem e a liberar realização deste estudo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel, pela oportunidade de realizar este trabalho. Obrigada pela confiança e por me atender com paciência todas as vezes que precisei. Agradeço por todos os ensinamentos compartilhados de forma admirável, e por me guiar nos primeiros passos do mestrado.

Ao meu coorientador, Prof. André Aparecido da Silva Teles, por toda a ajuda durante a realização deste trabalho. Sua contribuição foi essencial para a concretização de todas as etapas desenvolvidas neste programa de mestrado.

Ao professor Antonio Jorge Silva Correa Júnior, pessoa iluminada, e prova de que Deus coloca anjos em nosso caminho. Um grande exemplo de força e serenidade. Obrigada por me oferecer um ombro amigo sempre que precisei. A você, minha eterna gratidão!

Agradeço aos funcionários das bibliotecas do Hospital Ophir Loyla, que foram sempre solícitos.

Aos meus colegas de turma deste mestrado, pela amizade e trocas de saberes.

À Maria de Nazaré, amiga de profissão, que embarcou comigo no sonho do mestrado. Obrigada por todo apoio ao longo desta caminhada. Dividimos a casa, os sonhos e as dificuldades juntas. Ter você por perto foi essencial para que eu conseguisse seguir em frente. Muito obrigada por tudo!

À minha filha Maria Luiza, meu amor incondicional, que me dá forças para seguir e crescer.

Aos professores do programa de mestrado profissional, por todo conhecimento transmitido durante o curso de Mestrado.

Aos órgãos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) - Projeto cooperação institucional - pelo

financiamento do mestrado, ofertando oportunidade para a formação de mestres profissionais em tecnologia inovadora.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), e financiado pelo Acordo CAPES/COFEn - Edital nº 28/2019 Programa de Desenvolvimento da Pós-graduação – Área de Enfermagem.

*“Ser enfermeiro é se engajar na realidade da vida. É um sofrer e amar consciente e decidido. É se aceita com confiança em uso constante e responsável de sua liberdade. É compartilhar, com seus pacientes as esperanças, o amor, a vida, as alegrias, a saúde e o nascimento; As decepções, a solidão e o sofrimento, a angústia e a dor, a morte e as tristezas e as frustrações. É dar de si mesmo e com isso crescer; é assumir um compromisso e com ele amadurecer.”*

*Wanda Aguiar Horta*



## RESUMO

MOIA, G. W. **Evidências para a Sistematização Da Assistência De Enfermagem Perioperatória (SAEP) de pacientes oncológicos**. 2023. 87f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem no Perioperatório (SAEP) refere-se especificamente ao período perioperatório, visando a satisfação do paciente e realização de um serviço de maior qualidade, envolvendo e motivando os profissionais de enfermagem. O objetivo geral da presente revisão será analisar evidências nacionais e internacionais sobre a sistematização da SAEP do paciente oncológico, posteriormente, atualizando e unificando um instrumento para registro da SAEP do paciente oncológico, com base nas evidências nacionais e internacionais sobre a temática. O método adotado foi uma Revisão Integrativa (RI), realizada em seis etapas. Para a definição da pergunta considerou-se a estratégia População, Intervenção, Comparação, Desfecho e Tempo (PICOT): Quais as evidências acerca da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória destinada a pacientes oncológicos visando a atendimento aos resultados esperados na SAE? As buscas foram realizadas no mês de fevereiro de 2022 e carregadas no aplicativo de organização de revisões online *Rayyan*, utilizando-se vocabulário controlado e palavras-chave, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed®, Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), *SciVerse Scopus* e Web of Science (WOS). Foram incluídos artigos primários, de 2018 a 2022 e os dados foram extraídos mediante a utilização de instrumento validado e a avaliação da qualidade metodológica utilizou os sete níveis de evidência proposta por Melnyk e Fineout-Overholt e a ferramenta *Escala de Evaluación de Artículos con Metodologías Heterogéneas para Revisiones Integrativas*. Seguiu-se ainda as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Como resultados a amostra contou com 37 artigos, de um universo identificado de 667 registros. Quanto a proveniência dos estudos assinala-se: Estados Unidos da América, Brasil, Índia, Itália, Japão, Coreia do Sul, Holand, Turquia, Dinamarca, Singapura, Austrália, Jordânia, China, França, Canadá e Egito. A interpretação respeitou os eixos de debate “Período pré-operatório” (15 artigos com evidências nível VI, IV e III), “Período intraoperatório” (05 artigos com evidências IV, VI, II e III) e “Período pós-operatório” (17 artigos com evidências com IV e VI). Geraram-se Diagnósticos de Enfermagem (DE) para o Período pré-operatório: Hipertermia, Padrão respiratório ineficaz, Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, Identidade pessoal perturbada, Imagem corporal perturbada, Padrão de sono perturbado, Constipação, Diarreia, Dor crônica, Risco de trombose, Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada; no Período intraoperatório: Risco de infecção no sítio cirúrgico, Risco de hipotermia perioperatória, Risco de lesão por posicionamento perioperatório, Risco de lesão (unidade de eletrocirurgia); no Período pós-operatório imediato: Risco de infecção no sítio cirúrgico, Dor aguda, Náuseas, Constipação, Padrão respiratório ineficaz, Risco de sangramento; no Período pós-operatório mediato: Dor aguda, Fadiga, Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, Recuperação cirúrgica retardada. Em suma, a RI embasará uma SAEP segura além de um plano de cuidados perioperatórios condizente com os usuários oncológicos, o instrumento empregado no Centro de Alta Complexidade em Oncologia foi unificado e atualizado, incluso com DE para o pré-operatório, algo não existente na versão inicial, o produto deste estudo secundário favorecerá cirurgias mais seguras e um cuidado qualificado pelas evidências.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. Paciente Oncológico.

## ABSTRACT

MOIA, G. W. **Evidence for the Systematization of Perioperative Nursing Care (SAEP) for cancer patients.** 2023. 87pp. Masters dissertation - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

The Systematization of Perioperative Nursing Care (SPNC) refers specifically to the perioperative period, aiming at patient satisfaction and providing a higher quality service, involving and motivating nursing professionals. The general objective of this review will be to analyze national and international evidence on the systematization of SPNC for cancer patients, subsequently updating and unifying an instrument for recording SPNC for cancer patients, based on national and international evidence on the subject. The method adopted was an Integrative Review (IR), carried out in six stages. For the definition of the question, the Population, Intervention, Comparison, Outcome, and Time (PICOT) strategy was considered: What is the evidence about the systematization of perioperative nursing care aimed at cancer patients to meet the expected results in the SAE? The searches were carried out in February 2022 and uploaded to the Rayyan online review organization application, using controlled vocabulary and keywords, in the databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), PubMed®, Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SciVerse Scopus and Web of Science (WOS). Primary articles from 2018 to 2022 were included and data were extracted using a validated instrument the methodological quality assessment used the seven levels of evidence proposed by Melnyk and Fineout-Overholt and the tool Escala de Evaluación de Artículos con Metodologías Heterogéneas for Integrative Reviews. The recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) were also followed. As a result, the sample had 37 articles, from an identified universe of 667 records. As for the origin of the studies, it is noted: the United States of America, Brazil, India, Italy, Japan, South Korea, Holland, Turkey, Denmark, Singapore, Australia, Jordan, China, France, Canada, and Egypt. The interpretation respected the axes of debate “Preoperative period” (15 articles with evidence level VI, IV, and III), “Intraoperative period” (05 articles with evidence IV, VI, II, and III), and “Postoperative period” (17 articles with evidence with IV and VI). Nursing Diagnoses (ND) were generated for the preoperative period: Hyperthermia, Ineffective breathing pattern, Imbalanced nutrition: less than body needs, Disturbed personal identity, Disturbed body image, Disturbed sleep pattern, Constipation, Diarrhea, Chronic pain, Risk of thrombosis, Risk of impaired oral mucous membrane integrity; in the intraoperative period: Risk of surgical site infection, Risk of perioperative hypothermia, Risk of perioperative positioning injury, Risk of injury (electrosurgery unit); in the immediate postoperative period: Risk of surgical site infection, Acute pain, Nausea, Constipation, Ineffective breathing pattern, Risk of bleeding; in the mid-postoperative period: Acute pain, Fatigue, Imbalanced nutrition: less than body needs, Delayed surgical recovery. In short, the IR will support a safe SPNC in addition to a perioperative care plan consistent with oncology users, the instrument used at the Center for High Complexity in Oncology was unified and updated, including an ND for the preoperative period, something that does not exist in the initial version, the product of this secondary study will favor safer surgeries and evidence-qualified care.

**Keywords:** Systematization of Nursing Care. Nursing Process. Systematization of Perioperative Nursing Care. Oncology Patient.

## RESUMEN

MOIA, G. W. **Evidencia para la Sistematización de los Cuidados de Enfermería Perioperatorios (SAEP) para pacientes oncológicos.** 2023. 87f. Disertación de Maestría - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

La Sistematización de los Cuidados de Enfermería Perioperatorios (SAEP) se refiere específicamente al período perioperatorio, visando la satisfacción del paciente y brindando un servicio de mayor calidad, involucrando y motivando a los profesionales de enfermería. El objetivo general de esta revisión será analizar la evidencia nacional e internacional sobre la sistematización de la SAEP para pacientes oncológicos, para posteriormente actualizar y unificar un instrumento de registro de la SAEP para pacientes oncológicos, a partir de la evidencia nacional e internacional sobre el tema. El método adoptado fue una Revisión Integrativa (RI), realizada en seis etapas. Para la definición de la pregunta se consideró la estrategia Población, Intervención, Comparación, Desenlace y Tiempo (PICOT): ¿Cuál es la evidencia sobre la sistematización de los cuidados de enfermería perioperatorios dirigidos a pacientes con cáncer para cumplir con los resultados esperados en el SAEP? Las búsquedas se realizaron en febrero de 2022 y se subieron a la aplicación de organización de revisión en línea Rayyan, utilizando vocabulario controlado y palabras clave, en las bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), PubMed®, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SciVerse Scopus y Web of Science (WOS). Se incluyeron artículos primarios de 2018 a 2022 y se extrajeron los datos mediante un instrumento validado y la evaluación de la calidad metodológica utilizó los siete niveles de evidencia propuestos por Melnyk y Fineout-Overholt y la herramienta Escala de Evaluación de Artículos con Metodologías Heterogéneas para Integrative Reviews. También se siguieron las recomendaciones de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Como resultado, la muestra contó con 37 artículos, de un universo identificado de 667 registros. En cuanto al origen de los estudios, se señala: Estados Unidos de América, Brasil, India, Italia, Japón, Corea del Sur, Holanda, Turquía, Dinamarca, Singapur, Australia, Jordania, China, Francia, Canadá y Egipto. La interpretación respetó los ejes de debate “Período preoperatorio” (15 artículos con nivel de evidencia VI, IV y III), “Periodo intraoperatorio” (05 artículos con evidencia IV, VI, II y III) y “Periodo postoperatorio” (17 artículos con evidencia con IV y VI). Se generaron Diagnósticos de Enfermería (DE) para el período preoperatorio: Hipertermia, Patrón respiratorio ineficaz, Nutrición desequilibrada: inferior a las necesidades corporales, Identidad personal alterada, Imagen corporal alterada, Patrón de sueño alterado, Estreñimiento, Diarrea, Dolor crónico, Riesgo de trombosis, Riesgo de deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral; en el período intraoperatorio: Riesgo de infección del sitio quirúrgico, Riesgo de hipotermia perioperatoria, Riesgo de lesión por posicionamiento perioperatorio, Riesgo de lesión (unidad de electrocirugía); en el postoperatorio inmediato: Riesgo de infección del sitio quirúrgico, Dolor agudo, Náuseas, Estreñimiento, Patrón respiratorio ineficaz, Riesgo de sangrado; en el postoperatorio medio: dolor agudo, fatiga, nutrición desequilibrada: menos de lo que el cuerpo necesita, recuperación quirúrgica tardía. En definitiva, el RI apoyará un SAEP seguro además de un plan de cuidados perioperatorio acorde con los usuarios de oncología, se unificó y actualizó el instrumento que se utiliza en el Centro de Alta Complejidad en Oncología, incluyendo un DE para el preoperatorio, algo que no existen en la versión inicial, el producto de este estudio secundario favorecerá cirugías más seguras y atención calificada por la evidencia.

**Palabras clave:** Sistematización de la Atención de Enfermería. Proceso de Enfermería. Sistematización de los Cuidados de Enfermería Perioperatorios. Paciente oncológico.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Aspectos do Processo de Enfermagem.....	20
<b>Figura 2</b>	Seis etapas da Revisão Integrativa.....	32
<b>Figura 3</b>	Fluxograma PRISMA adaptado .....	36

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Marjory Gordon e os padrões funcionais de saúde.....	27
<b>Quadro 2</b> - Estratégia de busca adaptada para as bases de dados selecionadas. Ribeirão Preto, SP, 2023.....	34
<b>Quadro 3</b> - Evidências sobre a sistematização da assistência de enfermagem Pré-operatória ao paciente oncológico. Ribeirão Preto, SP, 2023.....	38
<b>Quadro 4</b> - Evidências sobre a sistematização da assistência de enfermagem Intraoperatória ao paciente oncológico. Ribeirão Preto, SP, 2023.....	41
<b>Quadro 5</b> - Evidências sobre a sistematização da assistência de enfermagem Pós-operatória ao paciente oncológico. Ribeirão Preto, SP, 2023.....	43
<b>Quadro 6</b> - Diagnósticos de Enfermagem (DE) conforme a taxonomia NANDA-I segundo a RI. Ribeirão Preto, SP, 2023.....	46
<b>Quadro 7</b> - Avaliação do rigor metodológico da amostragem conforme a Escala de avaliação de artigos com metodologias heterogêneas para revisões integrativas. Ribeirão Preto, SP, 2023.....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BDENF</b>	Base de Dados de Enfermagem
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CC</b>	Centro Cirúrgico
<b>CCI</b>	<i>Charlson Comorbidity Index</i>
<b>CINAHL</b>	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>COVID-19</b>	<i>Corona Virus Disease</i>
<b>DECS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>DP</b>	Duodenopancreatectomia
<b>EERP-USP</b>	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>ERAS</b>	<i>Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program</i>
<b>EVAN-G</b>	Avaliação du Vécu de l'Anesthésie Générale
<b>HBPM</b>	Heparina de Baixo Peso Molecular
<b>HIPEC</b>	<i>Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy</i>
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>JBI</b>	Joanna Briggs Institute
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>LOS</b>	Length Of Stay
<b>MDASI-GI</b>	MD Anderson Symptom Inventory, Gastrointestinal version
<b>MeSH</b>	<i>Medical Subject Headings</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PBE</b>	Prática Baseada em Evidências
<b>PBM</b>	Patient Blood Management
<b>PE</b>	Processo de Enfermagem
<b>PREHAB</b>	<i>Prehabilitation</i>
<b>PRISMA</b>	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses</i>
<b>PubMed</b>	National Library of Medicine National Institutes of Health
<b>QOS</b>	<i>Quality and Operations Support</i>
<b>RI</b>	Revisão Integrativa
<b>RIOT</b>	<i>Return to Intended Oncologic Therapy</i>
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem

<b>SAEP</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
<b>SRPA</b>	Sala de Recuperação Pós-anestésica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TPMG</b>	<i>The Permanente Medical Group</i>
<b>TVP</b>	Trombose Venosa Profunda
<b>WoS</b>	Web of Science



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1.1 Justificativa da escolha do tema</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2 Problematização e questão de pesquisa</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3 Revisão da literatura</b> .....	<b>19</b>
1.3.1 Conceitos sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem .....	19
1.3.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem no Perioperatório .....	20
1.3.3 A importância de registros confiáveis .....	24
1.3.4 A Suporte teórico do instrumento usado no hospital: Marjory Gordon e os padrões funcionais de saúde .....	25
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>30</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1 Objetivo específico</b> .....	<b>31</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>32</b>
<b>4.1 Delineamento do estudo</b> .....	<b>32</b>
<b>4.2 Fontes de dados, termos controlados e não controlados</b> .....	<b>33</b>
<b>4.3 Amostragem de estudos</b> .....	<b>34</b>
<b>4.4 Organização e extração de dados</b> .....	<b>34</b>
<b>4.5 Análise de qualidade metodológica</b> .....	<b>35</b>
<b>4.6 Interpretação e apresentação de resultados</b> .....	<b>35</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>48</b>
<b>6.1 Período pré-operatório</b> .....	<b>48</b>
<b>6.2 Período Intraoperatório</b> .....	<b>54</b>
<b>6.3 Período Pós-operatório</b> .....	<b>57</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>62</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>65</b>
<b>ANEXO A – INSTRUMENTOS</b> .....	<b>72</b>
<b>ANEXO B – INSTRUMENTOS ATUALIZADOS</b> .....	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma ciência e, como tal, utiliza-se de métodos e instrumentos metodológicos para o desenvolvimento de suas atividades. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui uma metodologia científica de trabalho, permitindo que o enfermeiro possa implementar, em sua prática assistencial, seus conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos (TANNURE; PINHEIRO; 2011). De acordo com a Resolução nº358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a SAE “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE)” (COFEN, 2009).

O PE é um instrumento metodológico, utilizado para guiar o cuidado de enfermagem no tocante a assistência ao paciente, além da documentação do exercício profissional (COFEN, 2009). Consiste em cinco etapas interrelacionadas – Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação – e constitui uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem, promovendo um cuidado humanizado e focado em resultados (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Ainda, a Resolução COFEN nº 358/2009 estabelece que a execução e documentação do PE é uma exigência formal e deve ser feita em todos os setores em que há atendimento de enfermagem aos usuários no Brasil, sendo considerada necessária para a melhoria da qualidade da assistência e para evidenciar a qualidade do cuidado de enfermagem (COFEN, 2009).

Um modelo conceitual, sobre a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado de pacientes cirúrgicos, foi proposto em 1990 por Castellanos e Jouclas, denominado originalmente de Sistemática de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990). Nesse modelo, os autores propuseram a aplicação do PE para pacientes cirúrgicos nos períodos pré, trans, intra e pós-operatório imediato, com o objetivo de “diminuir os riscos do ambiente do Centro Cirúrgico (CC) e da Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA) e promover, dentre outras coisas, a quantidade e qualidade de materiais, equipamentos e recursos humanos” (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990; SANTOS LUCIANO, 2020).

Segundo Fengler e Medeiros (2020), a SAEP consiste em uma forma de promoção e interação da assistência no período perioperatório, permitindo dessa forma tanto o planejamento quanto o controle em cada fase do desenvolvimento da assistência operatória. Consta ainda como sua função sustentar as ações de enfermagem no CC visando assistir ao paciente e à família de forma integral, para conseqüentemente, fornecer uma assistência de enfermagem

efetiva, ao promover uma intervenção pautada na correta adequação, planejamento e fundamentação, em que os problemas apresentados pelo paciente no perioperatório, bem como as intervenções e avaliação dos resultados sejam corretamente expressos, além da documentação da realização de todo o processo.

Apesar dos enfermeiros reconhecerem a importância de registrar as suas ações, ao se realizar um levantamento dos estudos com essa temática, ficou evidente que as práticas de documentação no perioperatório são marcadas por uma subjetividade, aleatoriedade e má qualidade, devido aos vários fatores como o acúmulo de responsabilidades, desvio de função, falta de capacitação, entre outros (SONDERGAARD *et al.*, 2017)

De acordo como nosso entendimento e, corroborando com outros estudos, entende-se que um instrumento unificado, utilizado sistematicamente nas unidades cirúrgicas no perioperatório, contribuirá para a segurança do paciente, bem como agregará valor ao trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que o trabalho será desenvolvido de maneira ordenada e em uma sequência lógica, evitando-se as falhas de registros e na documentação da assistência, contribuindo para a maior segurança e qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes submetidos ao processo anestésico-cirúrgico.

### **1.1 Justificativa da escolha do tema**

Em concomitância com o Mestrado, desenvolvo minhas atividades laborais em um Hospital Público localizado no município de Belém, Estado do Pará, referência em Oncologia, Nefrologia, Neurologia e Transplantes, prestador de assistência de média a alta complexidade a pacientes encaminhados pela rede básica, ambulatorial e hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Trabalho no Centro Cirúrgico em Oncologia e como o hospital é de Ensino pelo Ministério da Saúde (MS), desenvolvendo assistência, ensino e pesquisa nas especialidades referenciadas, sou responsável pela coordenação do Centro Cirúrgico.

Como atribuições de uma enfermeira perioperatória na Unidade, temos o gerenciamento das ações planejadas por meio da metodologia científica da SAE de forma humanística, para eficiência do atendimento ao paciente; supervisão, orientação e avaliação dos residentes de enfermagem do CC; previsão e provisão de pessoal, material e equipamentos necessários a realização do ato cirúrgico; desenvolvimento do ensino e capacitação periódica com os membros da equipe interprofissional; elaboração e emissão de pareceres para aquisição de materiais e contratação de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, além da elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

Atualmente, a instituição em questão passa pela implantação do prontuário eletrônico, com perspectiva de efetivação da informatização total em junho de 2022. Até o presente momento, possui três instrumentos preenchidos manualmente e de forma segregada: 1) Visita pré-operatória na clínica cirúrgica; 2) Transoperatório na sala de cirurgia e 3) Pós-operatório imediato na sala de Recuperação Pós-anestésica (ANEXO A).

Este projeto partiu da experiência angariada ao longo de sete anos atuando como enfermeira em centro cirúrgico e observando tanto a importância e efetividade, quanto a existência de alguns fatores que interferem diretamente para realização das etapas da SAEP. Pude observar, de maneira empírica, as dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro e residentes de enfermagem na avaliação e cuidados de pacientes no perioperatório, dentre estes os pacientes oncológicos, que constituem a maior clientela atendida na Unidade.

Além disso, é fato que devem-se desenvolver pesquisas que busquem sistematizar os registros e anotações de enfermagem durante este período particular (PEREIRA et al., 2018). Portanto, observa-se que as etapas são realizadas ou preenchidas de forma incompleta demonstrando a presença de um instrumento aplicável à SAEP.

## **1.2 Problematização e questão de pesquisa**

Paralelamente à vivência obtida no contexto de centro cirúrgico, foram realizadas buscas em bases de dados científicos, a saber: LILACS, BDENF e PUBMED, em que foram utilizados os descritores *enfermagem perioperatória, sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, processo de enfermagem, centro cirúrgico e oncologia*, utilizando-se o recorte temporal de 5 anos (junho de 2015 a junho de 2020), tendo sido identificados 26 artigos. Após aplicar os critérios de exclusão, textos repetidos ou incompletos, selecionamos textos completos e cujo foco principal estivesse voltado ao tema abordado no estudo, desta feita restaram apenas 3 artigos. Dentre estes artigos foi identificada a importância da SAEP como um instrumento de assistência que proporciona individualização, humanização e continuidade da assistência de enfermagem ao paciente oncológico.

Com base nos conhecimentos mencionados e considerando-se que o registro do Processo de Enfermagem é um dever: “registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras” (COFEN, 2017), no decorrer da construção da presente investigação, surgiu o questionamento:

Quais as evidências científicas sobre a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) destinada ao paciente oncológico, levando-se em conta a proposta de atualização de um instrumento unificado já utilizado na unidade?

### 1.3 Revisão da literatura

#### 1.3.1 Conceitos sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem

A SAE tem como finalidade a identificação de situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, não obstante também colabora para outros desfechos, a saber: como auxiliar no desenvolvimento de intervenções, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e, também, da família e da comunidade (SANTOS LUCIANO et al., 2019).

Da mesma forma, o PE busca desenvolver o trabalho de modo sistemático e humanizado, sendo utilizado para nortear o cuidado de enfermagem, tornando o processo de trabalho mais eficiente. Especificamente no período perioperatório, a SAEP envolve toda as etapas relacionadas com a vivência cirúrgica do paciente, visando além da satisfação do paciente, a realização de um serviço de maior qualidade, envolvendo e motivando os profissionais envolvidos no cuidado (FENGLER; MEDEIROS, 2020).

Estudos clínicos sobre diagnósticos de enfermagem e consequente sobre PE e SAE, padronizam e facilitam a incorporação do diagnóstico de enfermagem em programas educacionais, bem como melhoraria a comunicação em ambientes de prática. Os diagnósticos fornecem um foco para a pesquisa em terapias para os vários problemas e fornecem uma base para o desenvolvimento de uma ciência clínica em enfermagem (GORDON, 1980).

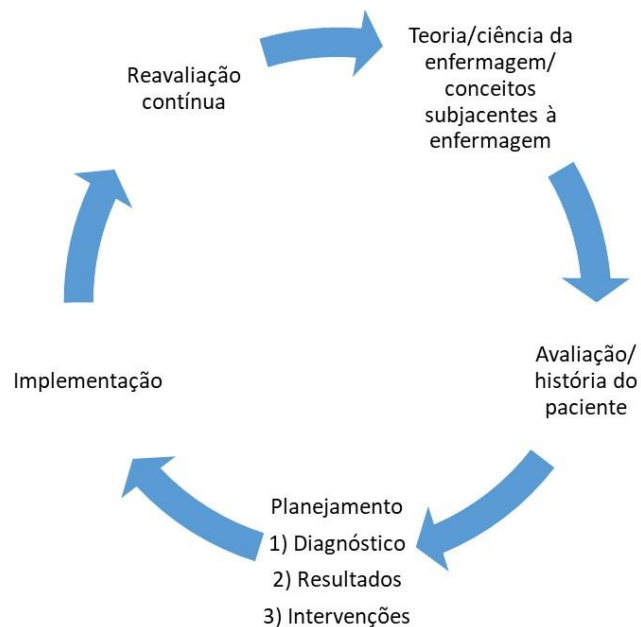
Melo *et al.* (2019) corroboram com os seguintes diagnósticos para o perioperatório:

Risco de infecção de sítio cirúrgico; Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade do tecido prejudicada; Risco de aspiração; Risco de lesão de posicionamento perioperatória; Risco de tromboembolismo venoso; Risco de diminuição do débito cardíaco; Risco de resposta alérgica; Eliminação urinária prejudicada; Risco de recuperação cirúrgica retardada; Risco de sangramento; Risco de perfusão tecidual periférica ineficaz; Risco de lesão do trato urinário; Risco de hipotermia perioperatória; Padrão respiratório ineficaz (p. 197).

Tomando-se por base a Figura 1, são aspectos centrais do PE: 1) Conceitos científicos sobre dor, população de risco, trocas gasosas, conceitos fisiopatológicos ou teorias de enfermagem; 2) Avaliação do paciente com vistas na coleta de dados objetivos e subjetivos

com ênfase na avaliação clínica de indicadores; 3) Diagnóstico de enfermagem baseado em alguma taxonomia, englobando as características dos eventos clínicos apurados na avaliação e ostentando características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco; 4 e 5) planejamento com intervenção e resultados pretendidos baseando-se geralmente em uma classificação, como a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); 6) reavaliação contínua com apuração de dados não identificados, novos julgamentos, e avaliação se os resultados pretendidos estão sendo alcançados ou devem ser alterados (NANDA I, 2018).

Figura 1 – Aspectos do Processo de Enfermagem



Fonte: NANDA I (2018).

### 1.3.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem no Perioperatório

Dentre os atores inerentes ao perioperatório, além do enfermeiros e equipe técnica, temos ainda os alunos e novos funcionários perioperatórios e, para melhorar a qualidade da prática de enfermagem e prover relevância e usabilidade, surge a necessidade da adoção de critérios que recomendem a existência de um instrumento desenvolvido para ser testado em vários ambientes perioperatórios, com uma variedade de pacientes cirúrgicos, a fim de garantir registros mais atualizados (SØNDERGAARD, LORENTZEN, SØRENSEN e FREDERIKSEN, 2017).

Apesar de ser reconhecida pelos profissionais, em sua maioria, como uma ferramenta indispensável para um atendimento de qualidade aos pacientes, a SAEP tem sido aplicada de modo parcial, o que mostra que há dificuldades para implantá-la, isto está relacionado à falta de tempo, à sobrecarga de trabalho e à equipe administrativa, que tende a não compreender a importância da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente no perioperatório, e este fato repercute para desviar o profissional da sua função assistencial para a gerencial (FENGLER e MEDEIROS, 2020).

O período pré-operatório subdivide-se em mediato e imediato, sendo o pré-operatório mediato desde o momento em que se decide pela cirurgia até um dia antes do procedimento. Concernente ao período pré-operatório imediato, este discorre nas 24 horas anteriores ao ato anestésico-cirúrgico, há momento de preparação física e emocional do paciente e de sua família. O transoperatório compreende desde a entrada do paciente no centro cirúrgico (CC) até sua saída da sala de cirurgia, após o término do procedimento anestésico-cirúrgico. O período pós-operatório imediato abrange as primeiras 24 horas após a cirurgia e inclui o tempo em que o paciente permanece na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) (SANTOS LUCIANO et al, 2019).

Sabe-se que a visita pré-operatória de enfermagem demarca a primeira fase da realização da SAEP, contribuindo assim, para a satisfação das necessidades físicas e emocionais do paciente, ao proporcionar redução significativa nos níveis de estresse e ansiedade, o que acarreta a melhora na superação do trauma cirúrgico, na recuperação e no retorno do bem-estar. Não obstante os fatores anteriormente mencionados supracitados, ao aplicar a SAEP há uma formação do vínculo entre o profissional, o paciente e a família, permitindo uma assistência sistematizada e contínua, em que o indivíduo é considerado segundo a sua individualidade e integralidade, respeitando os valores, as experiências e as expectativas. Espera-se que no período transoperatório, as ações assistenciais sejam desenvolvidas, a partir da participação da equipe de enfermagem como um todo, para que os pacientes se vejam atendidos em suas expectativas geradas a partir dessa experiência cirúrgica (FEGLER, 2020).

A educação pré-operatória também se enquadra na assistência perioperatória, ajudando a construir uma parceria que impactará na comunicação centrada no paciente-família, neste aspecto sete temas são prementes para serem abordados neste momento: Estado de saúde, Preparação antes da operação, Descoberta, Tumor, Operação, Sintomas e Recuperação após a cirurgia, contudo a literatura salienta que o foco da enfermagem tem sido o estado de saúde, preparação antes da cirurgia e recuperação após a cirurgia (PETTERSSON et al., 2016).

Nos temas Sintomas, Descoberta e Tumor o paciente tem mais espaço para falar, entretanto, momentos devem ser propiciados para que o paciente narre suas experiências geralmente no começo da “consulta pré-operatória”. O término da consulta geralmente é mediado pelas perguntas se o paciente possui alguma queixa ou apresenta dúvidas. No pré-operatório também se registra por meio de perguntas fechadas e avaliação clínica o “Estado de enfermagem” como verificação dos parâmetros de respiração e circulação, nutrição, eliminação, estado da pele, dor, sono, psicossocial, comunicação, bem-estar. Detalhes sobre a cirurgia são levantados apenas em alguns casos e geralmente pelos pacientes (PETTERSSON et al., 2016).

Já a preparação cirúrgica é o tópico mais recorrente no pré-operatório, as rotinas desde a admissão, informações sobre a enfermagem, instruções de higiene de como tomar banho, e quanto a nutrição um foco maior nas restrições dietéticas pré e pós-operatórias. Os registros também devem englobar o entendimento do paciente sobre as informações repassadas. O propósito da consulta pré-operatória precisa estar bem estruturado, dando tanto em relação as rotinas da unidade quanto em relação ao procedimento. Advoga-se para a presença em usar questões sensíveis estabelecendo um espaço discursivo no pré-operatório, as perguntas fechadas geralmente selam o diálogo e consequente a educação participativa do paciente (PETTERSSON et al., 2016).

Ao fazer uso de instrumentos assistenciais, o enfermeiro ampara-se, diretamente, no conhecimento técnico e científico, para poder organizar as ações a serem realizadas durante o período perioperatório. Dessa feita, há um planejamento das ações a serem executadas, o que coopera, diretamente, para uma maior possibilidade de sucesso nas intervenções cirúrgicas (SANTOS LUCIANO, 2019).

A presença do enfermeiro resume-se em uma atuação de vital importância para assegurar que o processo de oferta do cuidado, no intraoperatório, seja acompanhada integralmente, oferecendo o cuidado supervisionando, para, então, garantir a segurança do paciente cirúrgico. Mais uma vez torna-se patente que a SAEP, mostra-se como um meio efetivo de planejamento para, então, promover-se intervenções adequadas e fundamentadas, com vistas aos pacientes no perioperatório (JOST, 2020).

Ao inserir um instrumento para a segurança em cirurgia utilizado, sistematicamente, na unidade cirúrgica, contemplando etapas (etapa pré-operatória no CC e na indução anestésica, durante o intraoperatório, na SRPA e na unidade cirúrgica nas 24 horas do pós-operatório) certamente irá colaborar para a maior segurança, uma vez que eles serão acompanhados integralmente, fora isso, ainda contribuiremos para a valorização do trabalho desempenhado



pela equipe de enfermagem, de forma sequencial (SANTOS LUCIANO, 2019). Para isto serão levados em conta os diagnósticos da taxonomia NANDA-I, encarados como significativos para organizar a assistência perioperatório, sendo assim a avaliação por intermédio do PE torna-se mais científica e registram-se riscos como: risco de infecção de sítio cirúrgico, risco de integridade de pele prejudicada, risco de aspiração, risco de lesão de posicionamento perioperatório (MELO *et al.*, 2019). Para tanto Pereira *et al.* (2018) recomenda:

- Registro dos sinais vitais;
- Verificação do registro de frequência cardíaca;
- Verificação do registro de frequência respiratória;
- Verificação do registro de pressão arterial;
- Verificação do registro de saturação de oxigênio;
- Verificação do registro de temperatura;
- Aplicação Índice de Aldrete e Kroulik;
- Avaliação correta do Aldrete e Kroulik;
- Prontuário legível;
- Prontuário com rasuras;
- Registros assinados e rubricados;
- Registro do horário das intervenções;
- Registros das intercorrências;
- Registro da intervenção de enfermagem.

A SAEP diminui os riscos do ambiente do centro cirúrgico e da SRPA, além disso, também busca promover, de modo racional, a quantidade e a qualidade de materiais, equipamentos e recursos humanos para o direcionamento ao cuidado ao paciente no período perioperatório. Considera-se que o uso dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem na SAEP é fundamental à prática, pois qualifica os cuidados e facilita a assistência de enfermagem prestada no POI de forma dinâmica, organizada e sistemática, o que exige do enfermeiro avaliação crítica e tomada de decisão (DOS SANTOS LUCIANO, 2019).

Sabemos da importância da atuação do enfermeiro no período perioperatório e que esta ação evidencia-se e materializa-se por meio da adoção e aplicação da SAEP, porém também ficou evidente que há uma deficiência no preenchimento deste instrumento, as longas horas de trabalho aliadas à falta de atualização, bem como o uso de ferramentas fragmentadas no decurso

do cuidar no perioperatório cooperam para que esta atuação, não raramente mostre-se como não integralizada, de modo a assegurar uma experiência positiva e segura.

### 1.3.3 A importância de registros confiáveis

Os registros de enfermagem são essenciais para o desenvolvimento da qualidade da assistência de enfermagem, direcionando condutas da equipe, tendo em vista a continuidade e planejamento individual de ações cuidativas, bem como a segurança do paciente e da equipe que lhe assiste. Evidências apontam que, embora os registros constituam a única forma de analisar o cuidado profissional e comprovar e validar a prática da equipe, há uma deficiência na atuação perante as anotações, assim como na sua confiabilidade, observando-se anotações incompletas e muitas vezes copiadas de um dia para o outro, dificultando a análise da auditoria de enfermagem (FENGLER; MEDEIROS, 2020).

Isto ocorre em estudo pernambucano acerca dos registros de enfermagem, indicando que dificilmente os parâmetros da literatura são respeitados nos cuidados pós-operatórios, o déficit nos registros está expresso quanto a monitorização hemodinâmica e no índice de recuperação anestésica. Tais achados resvalam em falhas importantes na qualidade assistencial, comprometendo a avaliação do paciente e desconhecimento do processo saúde-doença-cuidado, não comprovando o trabalho da enfermagem, nortear um plano de assistência perioperatória constitui-se, portanto, como comprometimento ético (PEREIRA *et al.*, 2018).

Assim, um risco abordado pelo estudo é acreditar que a documentação não é importante devido à falta de tempo, pois ninguém está observando os registros, em detrimento dos registros de natureza administrativa ou logística. O mesmo estudo revela que a documentação falha se relaciona ao contexto de tempo gasto nas tarefas de preparação da cirurgia, tarefas intraoperatórias e organização dos intervalos (SØNDERGAARD *et al.*, 2019).

Tal panorama também é justificado devido as demandas internas ao serviço crescentes: oferecer cuidados de alta qualidade, atender as necessidades de outros membros da equipe, atender ao gestor da unidade que coloca metas e demandas explícitas, manejar equipamentos tecnológicos, mudança de equipamentos e de perfil das unidades. Toda esta gama de atividades levam a enfermagem a priorizar outras demandas no perioperatório, mesmo sabendo que a documentação é uma ferramenta de garantia da segurança e qualidade do atendimento aos pacientes cirúrgicos. Entende-se que o sistema precisa ser de fácil acesso em vários setores da instituição, a fim de não comprometer sua atenção para com a equipe, diante das barreiras, frequentemente a enfermagem incorre em erros: documentar uma quantidade mínima de

informações, preencher os formulários de documentação antes da chegada do paciente ao centro cirúrgico; ou evitar documentar (SØNDERGAARD *et al.*, 2019).

A tríade contexto-mecanismo-resultado na enfermagem perioperatória é influenciada por fatores do serviço, conhecimento baseado unicamente na experiência, o que Søndergaard *et al.* (2019) chama de micronível (por exemplo hospital, gerentes de enfermagem, membros da equipe) no qual enfermeiras experientes treinaram e orientaram novas enfermeiras por um longo tempo. Por conseguinte, circunstâncias cotidianas (por exemplo, atribuições de membros da equipe de cirurgia, disponibilidade de equipamento) afetam as práticas de documentação dos enfermeiros perioperatórios. Verifica-se que um bom relacionamento intraequipe parece aprimorar as práticas de documentação, corroborando que o registro das enfermeiras perioperatória são geralmente influenciadas por fatores culturais, organizacionais e educacionais.

Os dados coletados durante o período perioperatório são obtidos de fontes distintas para análise, os enfermeiros perioperatórios contribuem para a fonte de dados devido a documentação no registro eletrônico de saúde durante o atendimento cirúrgico de rotina e esses dados têm implicações para a tomada de decisões clínicas, decisões administrativas, melhoria da qualidade e ciência. Quando há uma padronização dos dados há uma melhora na qualidade das informações coletadas (WESTRA; PETERSON, 2016).

Com vistas a explorar métodos para melhorar a qualidade dos dados de enfermagem perioperatórios e angariar exemplos de como esses dados podem ser combinados com dados de enfermagem mais amplos para a melhoria da qualidade, é premente que os enfermeiros perioperatórios venham a se envolver em ações colaborativas para transformar os cuidados de saúde, por meio de registros com dados padronizados de enfermagem perioperatória, para repercutirem em um cuidado seguro e eficiente, com o potencial de afetar o cuidado muito além do paciente original (WESTRA; PETERSON, 2016).

#### 1.3.4 A Suporte teórico do instrumento usado no hospital: Marjory Gordon e os padrões funcionais de saúde

O hospital Ophir Loyola, onde será desenvolvida a pesquisa, usa em seus impressos a estrutura teórico conceitual de Marjory Gordon (1931-2015), em um dos seus últimos artigos a teórica de enfermagem discute o passado, presente e futuro da profissão e dos diagnósticos de enfermagem, nas perspectivas de “categorias” e de “processo”. Ao contrário do comumente debatido, enfermeiras também realizam atividade de julgamento clínico para dar mais respaldo

aos seus diagnósticos, tal produção de julgamentos clínicos vem transcendendo a esfera das atividades tradicionais e se voltando para educação para intervenções.

As teorias de enfermagem possuem um processo lógico (analítico) simultâneo ao processo intuitivo imediato (não analítico) segundo a autora, logo tal raciocínio clínico analítico usa a intuição e dedução, a partir de um pensamento lógico, crítico-racional. As condutas a partir daí surgirão a partir da interpretação das informações colhidas seguindo esta estrutura, diferenciando-se do entendimento que é mais imediato. Sendo assim, diante de situações clínicas são determinantes: a quantidade de experiência ao diagnosticar, os requisitos situacionais e a própria tarefa de diagnóstico. Os especialistas com um certo conhecimento profundo na prática clínica podem empregar uma variedade de processos cognitivos apropriados para cada situação clínica e julgamento. Portanto, a pesquisa é necessária dentro do raciocínio e julgamentos clínicos da Enfermagem (GORDON, 2015).

Em vez de dizer que um paciente precisa ser ensinado sobre ... ou deve aprender isso ou aquilo ..., agora diagnosticamos um déficit de conhecimento ou um problema motivacional; poderíamos até falar de um conflito cultural em relação ao tratamento prescrito (p. 173).

Gordon (1976) preocupava-se com os seguintes parâmetros e indicadores: frequência cardíaca, ritmo cardíaco, força do pulso, pressão sanguínea, frequência respiratória (profundidade e ritmo), cor da pele, temperatura e umidade da pele, postura e equilíbrio, taxa de atividade, estado emocional, estado cardiovascular-respiratório, classificação cardíaca ou prescrição médica, deficiências físicas, lapso de tempo desde a cirurgia, sono ou frequência cardíaca pré-exercício e ritmo, pressão arterial, nível de hemoglobina e hematócrito, eletrólito e ácido-equilíbrio de base, nível de conforto (dor), intervalo de tempo desde a última refeição, valor altura-peso (por exemplo, obesidade), estado emocional e motivacional.

Os diagnósticos de enfermagem englobam um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem como uma entidade clínica. Os mesmos descrevem problemas de saúde e com os quais uma enfermeira pode lidar relacionando-se a distúrbios potenciais ou reais nos processos, padrões, funções ou desenvolvimento da vida (GORDON, 1976b).

Como salienta Gordon (1976b) uma categoria diagnóstica ostenta os problemas: o estado do paciente ou problema de saúde, a etiologia do problema e os sinais e sintomas, tendo ainda como características claras, concisas, bem definidas e devem transmitir informações suficientes para o começo de um plano de cuidados. Sendo assim em uma de suas obras clássicas, a teórica aborda o uso de sistemas de informação de enfermagem computadorizados para apoiar a prática de enfermagem a fim de registrar, armazenar, atualizar e recuperar

informações usadas no atendimento. Para pesquisas, este conjunto de dados fornecerá especificações para o conteúdo e a organização lógica (do ponto de vista do usuário) dos registros computadorizados (GORDON, 1985).

Para terem respaldo, as especificações do conjunto de dados devem ser congruentes com a filosofia, modelos e padrões da ciência enfermagem. A validade dos itens está intimamente relacionada a realidades da prática, as categorias de qualquer sistema desta natureza devem ter precisão estando em consonância com a prática, qualquer proposição estará sujeita a validação e aferição de confiabilidade. Geralmente, o nome do paciente, idade, sexo, raça/etnia, estado civil e residência principal são itens básicos incluídos na maioria dos conjuntos de dados usados em sistemas de informação de saúde (GORDON, 1985). A fim de clarificar outros tipos de variáveis a teórica conceitua:

#### 1.3.4.1 Variáveis de configuração e prestador de cuidados

A subdivisão da agência, as datas de admissão e alta e a identificação do enfermeiro principal geralmente se sobrepõem a outros conjuntos de dados, como aqueles usados pelos administradores (GORDON, 1985).

#### 1.3.4.2 Variáveis de prestação de cuidados

Os itens e categorias de prestação de cuidados dentro do conjunto de dados de enfermagem são: parentes próximos/responsáveis, estado de saúde funcional, diagnósticos de enfermagem e médicos, tratamentos de enfermagem e médicos, procedimentos diagnósticos e cirúrgicos e resultados de tratamento (GORDON, 1985). Ante o exposto, em sua teoria Gordon corrobora com 11 padrões funcionais de saúde nos quais os instrumentos da instituição de baseiam conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Marjory Gordon e os padrões funcionais de saúde

Item-Categorias e Parâmetros de Saúde Funcional	
<b>I</b>	<i>Percepção de saúde - padrão de gestão de saúde</i> a. Percepção do estado geral de saúde b. Resfriados no ano passado; ausências de trabalho / escola c. Práticas de saúde e efeito d. Facilidade de adesão às sugestões médicas / de enfermagem e. Causa percebida da doença atual f. Ações tomadas quando a doença é percebida; resultados g. Solicitações pessoais sobre gestão de saúde
<b>II</b>	<i>Nutricional - padrão metabólico</i> a. Ingestão alimentar diária típica; suplementos b. Ingestão diária típica de líquidos c. Mudança de peso d. Apetite e. Restrições de dieta percebidas f. Desconforto associado: alimentos, comer g. Habilidade de cura percebida h. Problemas percebidos i. Problemas dentários percebidos; dentaduras j. Cor da pele, turgor, lesões
<b>III</b>	<i>Padrão de Eliminação</i> a. Descrição do padrão de eliminação intestinal: frequência, caráter, desconforto, ao controle b. Descrição do padrão de eliminação urinária: frequência, caráter, desconforto, ao controle c. Transpiração / odor
<b>IV</b>	<i>Atividade - padrão de exercício</i> a. Nível de energia percebido b. Tipo e regularidade do padrão de exercício c. Tempo livre / atividades lúdicas d. Nível de autocuidado (ver código); alimentação, banho, uso do banheiro, mobilidade na cama, vestir, arrumação, mobilidade geral, cozinhar, cuidar da casa, fazer compras e. Marcha, postura, coordenação
<b>V</b>	<i>Sono - padrão de descanso</i> a. Prontidão percebida para as atividades do dia b. Problemas de sono: início, despertar precoce, interrompido, reversão
<b>VI</b>	<i>Cognitivo - padrão perceptivo</i> a. Audição; b. Visão; óculos, última verificação c. Memória; atenção d. Estilo de aprendizagem; dificuldades e. Desconforto ou dor percebida f. Insight, julgamento, tomada de decisão g. Nível de consciência, orientação h. Língua falada
<b>VII</b>	<i>Autopercepção - padrão de autoconceito</i> a. Auto-descrição e avaliação b. Mudanças de capacidade corporal / física e avaliação de autocompetência c. Frequência de raiva, medo, ansiedade, depressão; o que ajuda? d. Nervosismo / relaxado (avaliação)
<b>VIII</b>	<i>Funções - padrão de relacionamento</i> a. Morar sozinho / família, estrutura familiar b. Problemas familiares (nucleares / extensos) c. Padrão de resolução de problemas familiares d. Necessidades de dependência da família, gestão e. Reação da família à doença f. Padrões de educação / relacionamento dos filhos (problemas) g. Associação a grupos sociais; frequência de solidão h. Relações trabalho / escola percebidas i. Percepção de vizinhança (sentimentos isolados / integrados)

	j. Assertivo / passivo (classificação)
<b>IX</b>	<i>Sexualidade - padrão reprodutivo</i> a. Mudanças / problemas percebidos nas relações sexuais b. Uso de anticoncepcionais; problemas c. Início e padrão da menstruação (feminino) d. Para grávida (feminino)
<b>X</b>	<i>Enfrentamento - padrão de tolerância ao estresse</i> a. Gerenciamento de tensão / estresse; uso de drogas, álcool, etc. b. Outro significativo durante o estresse; disponibilidade? c. Mudanças na vida nos últimos 1-2 anos d. Estratégias de resolução de problemas; efeito?
<b>XI</b>	<i>Valor - padrão de crença</i> a. A realização do objetivo; Objetivos na vida b. Importância percebida da religião c. Práticas religiosas desejadas (durante a internação hospitalar)

Fonte: Gordon (1985).

## **2 JUSTIFICATIVA**

Com base no objetivo do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem, referente ao Edital nº 28/2019, Acordo CAPES /COFEN – Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) – de obter-se um produto tecnológico que responda à lacunas do conhecimento relacionados a problemas da prática, desenvolveu-se o presente estudo, objetivando a atualização e unificação dos instrumentos já existentes e preenchidos rotineiramente na instituição em questão, baseadas nas melhores e mais atuais evidências científicas sobre a temática.

Dessa forma, com o desenvolvimento de um instrumento único, que contempla as etapas do perioperatório de pacientes oncológicos, almeja-se que o mesmo possa ser inserido no prontuário informatizado do paciente, corroborando para uma melhor documentação, maior segurança e melhoria contínua da qualidade da assistência de enfermagem prestada.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar evidências nacionais e internacionais sobre a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) do paciente oncológico.

#### **3.1 Objetivo específico**

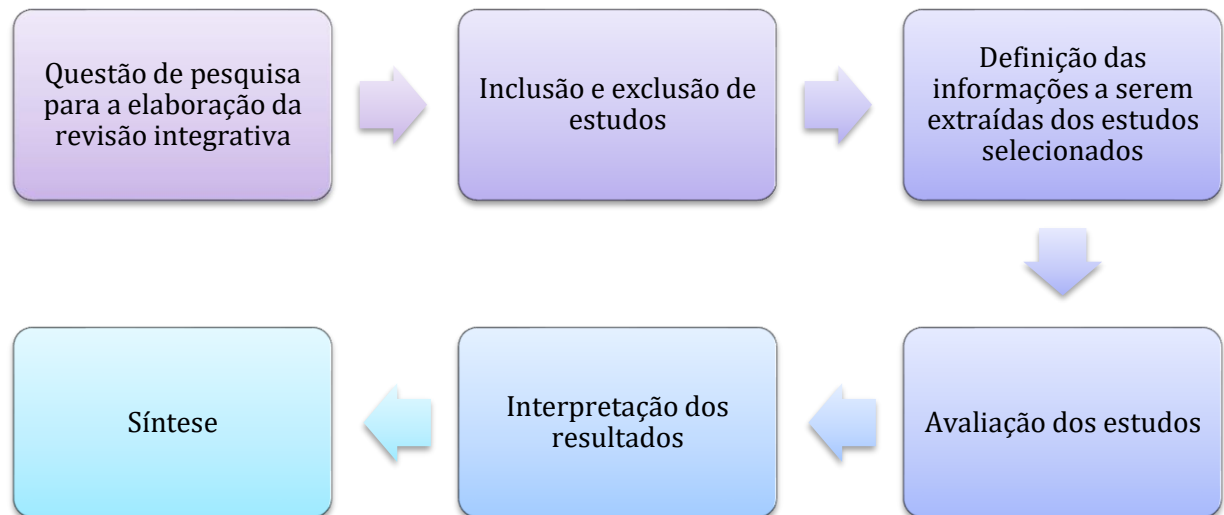
Atualizar e unificar um instrumento para registro da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) do paciente oncológico, com base nas evidências nacionais e internacionais sobre a temática.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa (RI), fundamentado na Prática Baseada em Evidências (PBE), conforme demonstrado na Figura 2, visando o levantamento de evidências, uma modalidade de estudo secundário que objetiva uma síntese concisa e clara de estudos primários de diversos delineamentos metodológicos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Figura 2 – Seis etapas da Revisão Integrativa.



Fonte: adaptado de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

A RI foi realizada nas seis etapas preconizadas, a saber:

- 1ª Etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa;
- 2ª Etapa: fixação de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura;
- 3ª Etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados com uso de instrumentos;
- 4ª Etapa: avaliação da qualidade dos estudos incluídos;
- 5ª Etapa: interpretação dos resultados por enfermeiros experts na temática;
- 6ª Etapa: e síntese do conhecimento.

Para a definição da pergunta considerou-se a estratégia PICOT (MELO-DIAS, 2020), representada por (P) “pacientes oncológicos”, (I) intervenção “sistematização da assistência pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória”, (C) comparação “nula”, (O) “atendimento aos resultados esperados na SAE” e (T) tempo “ últimos cinco anos (2018 a 2022)” a qual resultou em: **Quais as evidências acerca da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) destinada a pacientes oncológicos visando a atendimento aos resultados esperados na SAE?**

Para facilitar a organização dessa RI, utilizou-se a instrução de escrita *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* para checagem de itens essenciais para o relato fidedigno de uma revisão (PAGE, 2021).

#### **4.2 Fontes de dados, termos controlados e não controlados**

As fontes de dados utilizadas são reconhecidas do contexto da saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed®, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), *SciVerse Scopus* e Web of Science (WOS) sendo a estratégia de busca criada no mês de fevereiro de 2022.

Os descritores em ciências da saúde (DECS) foram considerados: Cuidados de Enfermagem, Cuidados Pré-Operatórios, Período Pré-Operatório, Cuidados Pós-Operatórios, Período Pós-Operatório, Oncologia Cirúrgica e Enfermagem Oncológica e as palavras-chave Intra-operatório dentre outras correspondentes a cada termo controlado. Os seguintes *Medical Subject Headings* (MeSH) foram usados em bases internacionais: *Patient Care Planning*, *Preoperative Care*, *Postoperative Care*, *Surgical Oncology*, *Oncology Nursing* e *Intraoperative Care*. Para a busca sistematizada com especificidade na CINAHL, foram empregados CINAHL Headings: *Nursing Care Plans*, *Preoperative Care*, *Postoperative Care*, *Intraoperative Care*, *Oncology Care Units* e *Oncologic Nursing*. A busca sistematizada, utilizando Decs, Mesh e Cinahl Headings, está demonstrada no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégia de busca adaptada para as bases de dados selecionadas. Ribeirão Preto, SP, 2023.

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed (N=428/05 anos)	((("Surgical Oncology" OR "Oncology Nursing") AND ("Patient Care Planning" OR "Preoperative Care" OR "Postoperative Care" OR "Intraoperative Care"))
CINAHL (N=35/05 anos)	((("Oncology Care Units" OR "Oncologic Nursing") AND ("Nursing Care Plans" OR "Preoperative Care" OR "Postoperative Care" OR "Intraoperative Care"))
Web of Science (N=33/05 anos)	((("Surgical Oncology" OR "Oncology Nursing") AND ("Patient Care Planning" OR "Preoperative Care" OR "Postoperative Care" OR "Intraoperative Care"))
LILACS (N=43/05 anos)	((("Oncologia Cirúrgica" OR "Enfermagem Oncológica") AND ("Cuidados de Enfermagem" OR "Cuidados Pré-Operatórios" OR "Período Pré-Operatório" OR "Cuidados Pós-Operatórios" OR "Período Pós-Operatório"))
SCOPUS (N=175/05 anos)	((("Surgical Oncology" OR "Oncology Nursing") AND ("Patient Care Planning" OR "Preoperative Care" OR "Postoperative Care" OR "Intraoperative Care"))

Fonte: protocolo dos autores.

### 4.3 Amostragem de estudos

Os critérios de inclusão de pesquisas primárias levaram em conta a linha temporal entre 2018 e 2022, estudos que focalizaram a temática, idiomas português, inglês e espanhol. A exclusão de estudos foi mediada pelos seguintes elementos: tangencia ao tema identificada pela leitura da equipe, amostra de pacientes provenientes da oncologia pediátrica, estudos secundários, editoriais, reflexões e considerados literatura cinza.

### 4.4 Organização e extração de dados

Após o levantamento os resultados das buscas os arquivos foram exportados entre abril e maio de 2022 para o aplicativo de organização de revisões sistematizadas online *Rayyan QCRI* da *Qatar Computing Research Institute* (OUZZANI et al., 2016), possibilitando que duplicatas entre bases fossem excluídas, além da checagem de dois revisores independentes, facilitando a primeira fase de organização. A seleção foi depreendida inicialmente pela leitura do título e resumo dos artigos e, quando houve discordância entre os artigos selecionados pelos pesquisadores, um terceiro revisor decidiu pela inclusão ou exclusão. Seguidamente, foi realizada a leitura na íntegra dos materiais para verificar aderência ao objeto de estudo, realizou-se a extração de dados mediante o emprego de uma ficha adaptada (URSI, 2006), contemplando os itens: título, nome do periódico, autores, local do estudo, idioma e ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo, população/amostra ou fontes de coleta, variáveis de estudo

e principais resultados no tocante a SAE subsidiando o Quadro sinóptico que consta nos Resultados.

#### **4.5 Análise de qualidade metodológica**

A classificação dos Níveis de Evidência seguiu as recomendações de sete níveis para a PBE: nível 1 – estudos provenientes de revisão sistemática ou metanálise de relevantes ensaios clínicos randomizados, controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2019).

Para avaliação do rigor metodológico, utilizou-se a *Escala de Evaluación de Artículos con Metodologías Heterogéneas para Revisiones Integrativas*, as pontuações de cada artigo da amostragem podem ser interpretadas da seguinte forma: 0 até 3 – artigo frágil metodologicamente, excluir da amostra; 4 até 5 – artigo passível de análise; 6 pontos – artigo excelente (VALENCIA-CONTRERA, 2022).

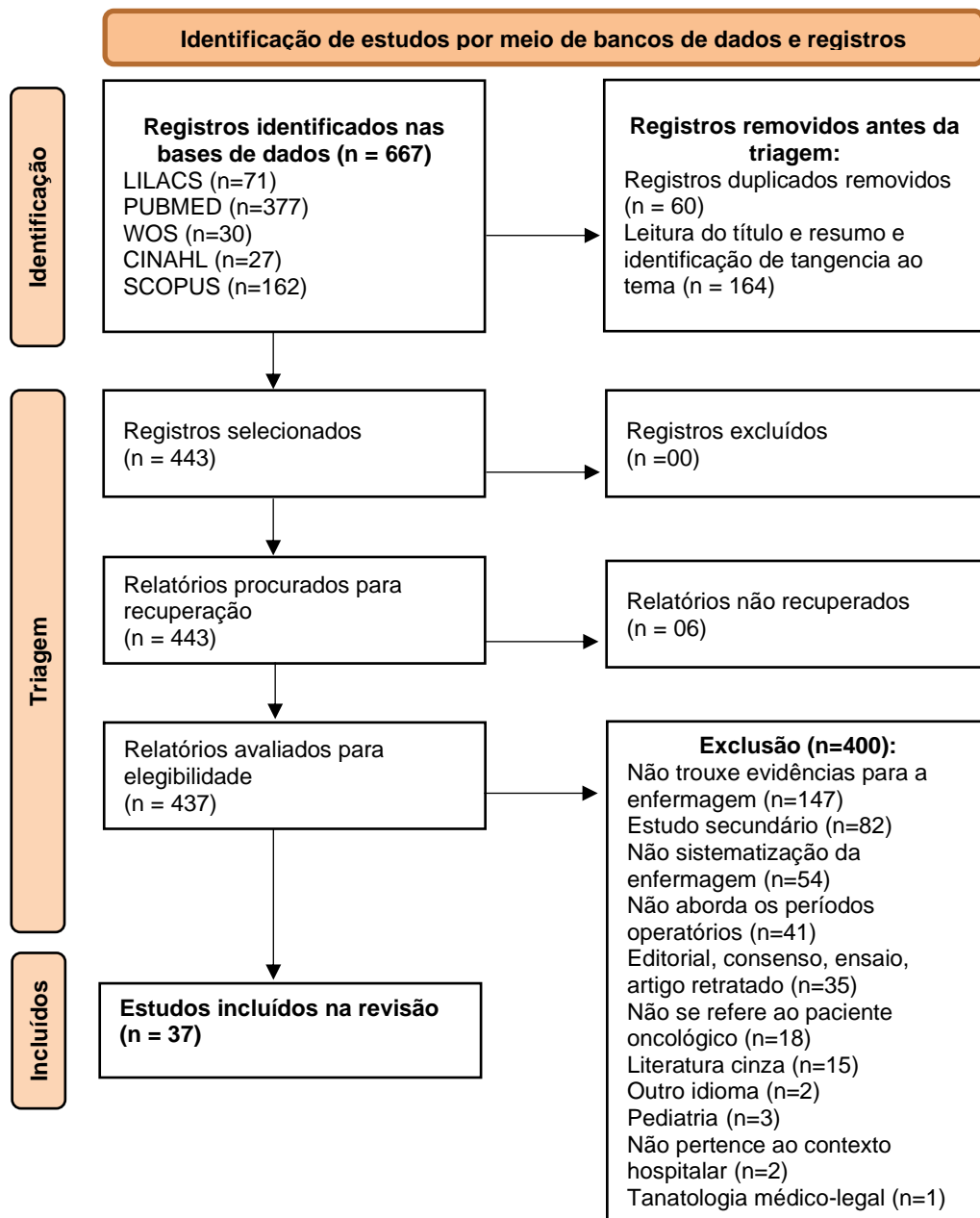
#### **4.6 Interpretação e apresentação de resultados**

A integração de evidências resultou em uma síntese descritiva, a fim de narrar os resultados por semelhanças. Esta RI seguiu uma abordagem convergente integrada de acordo com a metodologia *Joanna Briggs Institute (JBI)* para revisões que captam na amostragem métodos mistos (LIZARONDO et al., 2020). Os dados coletados foram categorizados e agrupados com base na semelhança de significado para produzir descobertas integradas na forma de declarações de linha de ação.

## 5 RESULTADOS

A busca sistematizada culminou em 667 registros, dos quais 60 estavam duplicados e outros 164 não abordavam a temática, dessa forma, restaram 37 artigos primários após a exclusão de 400 artigos mediada pela leitura completa. A Figura 3 demonstra o processo de seleção dos artigos da RI.

Figura 3 – Fluxograma PRISMA adaptado. Ribeirão Preto, SP, 2023.



Considerando-se a disposição nas bases de dados, destaca-se: PUBMED (P3, P4, P5, P6, P10, P11, P12, P13, P15, P17, P18, P19, P20, P23, 25, P27, P32, P33, P35, P36, P37); SCOPUS (P1, P2, P14, P16, P21, P24, P34), LILACS (P7, P26, P28, P29, P30), CINAHL (P8, P22, P31) e WOS (P9). Em seguimento, os anos com maior número de publicações foram: 2019 (10) e 2020 (10), seguidos de 2018 (8) e 2021 (8), e 2022 com apenas 1 publicação.

Em relação ao país de origem das evidências sobre a temática, destaca-se: Estados Unidos da América (P3, P4, P10, P11, P12, P14, P15, P16, P22, P23); Brasil (P7, P8, P26, P29, P30); Índia (P6, P24, P25); Itália (P1, P20, P32); Japão (P2, P33, P37); Coreia do Sul (P21, P34); Holanda (P27, P36); Turquia (P28); Dinamarca (P31); Singapura (P35); Austrália (P5); Jordânia (P9); China (P13); França (P17); Canadá (P19) e parceria entre Egito e Itália (P18).

Os cânceres mais incidentes nas amostras das publicações, respeitando a classificação dos próprios autores, foram: Diversos tipos de câncer (P1, P8, P30); Cânceres de cabeça e pescoço (P2, P7); Câncer de mama (P3, P4, P22, P26); Diversos tipos de câncer na cavidade abdominal (P5); Câncer de mama, trato gastrointestinal e cabeça e pescoço frequentemente no estágio III (P6); Diversos locais – carcinoma, linfoma, sarcoma e mieloma (P9); Câncer no sistema reprodutor feminino (P11, P16, P17, P18, P24, P31, (P36); Diversos tipos de câncer – geralmente da cavidade abdominal (P14); Câncer no sistema gastrointestinal – esôfago, estômago, duodeno, intestino, cólon, reto, ceco, ânus e órgãos acessórios da digestão como pâncreas, fígado, vesícula biliar (P12, P10, P35, P13, P15, P21, P23, P25, P27, P34, P33, P37); Câncer de próstata (P19, P28); Tumores sacrais proximais e tumores pélvicos (P20); Tumores cerebrais (P29); Colorretal, Pulmonar, Ressecção hepática, Próstata, Rins e Bexiga (P32).

Seguindo a análise para a subsequente interpretação das evidências, os 37 artigos foram agrupados em Pré-operatório (n=15), Intraoperatório (n=05) e Pós-operatório (n=17). O Quadro 3 mostra os estudos relativos ao Pré-operatório, sendo sete com nível de evidências VI (P1, P6, P7, P8, P9, P10 e P14), seis com nível IV (P2, P3, P4, P11, P12 e P15) e dois com nível III (P5 e P13).

Quadro 3 – Evidências sobre a sistematização da assistência de enfermagem Pré-operatória ao paciente oncológico. Ribeirão Preto, SP, 2023.

	<b>Título por ordem alfabética/ Autoria (Ano)/ Base de dados</b>	<b>Detalhamento metodológico/ Níveis de Evidência</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Topografia</b>
<b>P1</b>	Clinical and surgical management of patients with head and neck cancer in a COVID-19 dedicated center in Italy/ Galli et al. (2020)/ SCOPUS	Estudo descritivo, quantitativo, prospectivo, durante a fase de emergência mais aguda do COVID-19, de março a abril de 2020, internados no Departamento de Otorrinolaringologia da Fondazione Policlinico Universitario “A. Gemelli”, em Roma/ VI	Itália	Destacar os desafios encontrados durante a internação de pacientes oncológicos em nossa clínica otorrinolaringológica, tanto do ponto de vista clínico quanto de gerenciamento, durante a pandemia em um centro dedicado ao COVID-19.	Diversos tipos de câncer
<b>P2</b>	Enhanced recovery after surgery program involving preoperative dexamethasone administration for head and neck surgery with free tissue transfer reconstruction: Single-center prospective observational study/ Imai et al. (2020)/ SCOPUS	Estudo prospectivo incluiu 60 pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço com reconstrução de transferência de tecido livre no Miyagi Cancer Center de junho de 2017 a dezembro de 2018. Seu plano de tratamento incluía receber gerenciamento perioperatório de acordo com nosso programa Recuperação aprimorada após a cirurgia (ERAS) de cabeça e pescoço/ IV	Japão	Avaliar prospectivamente o programa Gerenciamento perioperatório baseado em recuperação aprimorada após a cirurgia envolvendo administração pré-operatória de glicocorticoides em cirurgia de cabeça e pescoço com reconstrução de transferência de tecido livre.	Cânceres de cabeça e pescoço
<b>P3</b>	Enhanced Recovery Minimizes Opioid Use and Hospital Stay for Patients Undergoing Mastectomy with Reconstruction/ McGugin et al. (2019)/ PUBMED	Estudo observacional retrospectivo analisando a implementação de um programa de recuperação aprimorada/ IV	EUA	Examinar os efeitos de um programa de recuperação aprimorado nos requisitos de opioides para pacientes internados e no tempo de permanência hospitalar (LOS) para pacientes mastectomizadas submetidas à reconstrução imediata.	Câncer de mama
<b>P4</b>	Implementation of a Post-mastectomy Home Recovery Program in a Large, Integrated Health Care Delivery System/ Vuong et al. (2019)/ PUBMED	Estudo longitudinal, a recuperação cirúrgica domiciliar para pacientes submetidas à mastectomia foi implementada em outubro de 2017 por médicos do The Permanente Medical Group (TPMG), apoiados por dados e consultores de negócios de nosso departamento de Suporte de Qualidade e Operações (QOS)/ IV	EUA	Avaliar a segurança e eficácia deste programa e fornecer um guia prático, incorporando princípios Recuperação melhorada após a cirurgia, para facilitar o desenvolvimento de futuros programas de mastectomia Recuperação cirúrgica domiciliar.	Câncer de mama
<b>P5</b>	Implementing a telehealth prehabilitation education session for patients preparing for major cancer surgery/ Waterland et al. (2021)/ PUBMED	Pesquisa quase-experimental com uma alternativa de telessaúde para uma sessão de educação pré-operatória hospitalar foi desenvolvida e implementada em um hospital dedicado ao câncer. Pacientes adultos ( $\geq 18$ anos) agendados para cirurgia eletiva de câncer	Austrália	Avaliar o impacto atual e provável futuro de um pacote de educação pré-operatória de telessaúde para pacientes que se preparam para uma grande cirurgia de câncer abdominal.	Diversos tipos de câncer na cavidade abdominal



		de grande porte receberam esta alternativa de tele-saúde. A avaliação foi realizada usando a estrutura RE-AIM/ III			
<b>P6</b>	Mandatory preoperative COVID-19 testing for cancer patients—Is it justified?/ Nekkanti et al. (2020)/ PUBMED	Pesquisa quantitativa descritiva, com intervenção. O hospital iniciou os testes pré-operatórios para COVID-19 em 18 de abril de 2020. Dessa data até 20 de junho de 2020, testamos 262 pacientes com câncer/ VI	Índia	Analisar estratégia de teste pré-operatório de COVID-19, seu impacto na equipe e na segurança do paciente e os resultados após a cirurgia definitiva do câncer.	Câncer de mama, trato gastrointestinal e cabeça e pescoço, e 114 de 262 estavam no estágio III
<b>P7</b>	Necessidades Humanas de cuidado no homem em tratamento cirúrgico oncológico: implicações para a enfermagem/ Freitas; Coelho (2019)/ LILACS	Estudo descritivo com abordagem qualitativa/ VI	Brasil	Identificar as necessidades humanas básicas da saúde do homem em tratamento cirúrgico oncológico e suas implicações para o cuidado de enfermagem	Câncer de cabeça e pescoço
<b>P8</b>	Nurse Navigation Program: Outcomes from a breast cancer center in Brazil/ Rohsig et al. (2019)/ CINAHL	Estudo transversal, retrospectivo, descritivo, baseado em prontuários eletrônicos. Estatística descritiva foi utilizada para análise dos dados/ VI	Brasil	Descrever os resultados de um programa pioneiro de navegação de enfermeiras estabelecido em um centro de câncer de mama em um hospital privado sem fins lucrativos em Porto Alegre, Brasil.	Diversos tipos de câncer
<b>P9</b>	Nursing diagnoses among oncology patients in medical units: a retrospective study of patients' records/ Othman et al. (2021)/ WOS	Estudo retrospectivo com coleta de dados dos registros eletrônicos do plano de cuidados de enfermagem em um centro de oncologia/ VI	Jordânia	(1) Identificar os diagnósticos de enfermagem NANDA-I mais frequentes relatados nos planos de cuidados de enfermagem para pacientes oncológicos internados em unidades médicas e (2) identificar padrões de combinações de diagnósticos de enfermagem entre pacientes oncológicos internados em unidades médicas.	Diversos locais (tipos: carcinoma, linfoma, sarcoma e mieloma)
<b>P10</b>	Preoperative Medical Referral Prior to Hepatopancreatic Surgery—Is It Worth it?/ Paredes et al. (2021)/ PUBMED	Pesquisa quantitativa com dados foram derivados dos arquivos de internação e ambulatorial do Medicare Standard Analytic entre os anos de 2013 e 2017/ VI	EUA	Definir o potencial benefício das consultas pré-operatórias nos resultados e custos associados à cirurgia hepatopancreática (HP).	Câncer hepático
<b>P11</b>	Pre-operative opioid use in gynecologic oncology: a common comorbidity relevant to the peri-operative period/ Ross et al. (2019)/ PUBMED	Coorte retrospectiva de 448 pacientes oncológicos ginecológicos submetidos à cirurgia para um diagnóstico de câncer suspeito ou conhecido em um grande hospital urbano. Os pacientes foram incluídos se tivessem sido	EUA	Descrever a taxa de uso de opioides no pré-operatório e os padrões de prescrição ambulatorial de opioides no pós-operatório em uma coorte de pacientes ginecológicos pacientes oncológicos.	Câncer no sistema ginecológico

		operados de 1º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016/ IV			
<b>P12</b>	Preoperative Therapy for Gastric Adenocarcinoma is Protective for Poor Oncologic Outcomes in Patients with Complications After Gastrectomy/ Vicente et al. (2018)/ PUBMED	Coorte retrospectiva usando dados de um banco de dados prospectivo. Pacientes com lesões T1N0 ou M1, doença recorrente e mortalidade em 90 dias foram excluídos. A sobrevida foi comparada entre pacientes com e sem complicações pós-operatórias nos grupos cirurgia inicial e terapia pré-operatória/ IV	EUA	Comparar o efeito das complicações pós-operatórias na sobrevida em pacientes com câncer gástrico tratados com cirurgia inicial com os de pacientes tratados com terapia pré-operatória.	Câncer gástrico
<b>P13</b>	Preoperative Volumetric Modulated Arc Therapy With Simultaneous Integrated Boost for Locally Advanced Distal Rectal Cancer/ Yang et al. (2019)/ PUBMED	Pesquisa de fase II não randomizada, aberta, de braço único, instituição única, de capecitabina em combinação com terapia de arco modulado volumétrico- impulso integrado simultâneo pré-operatório em pacientes com câncer retal distal localmente avançado ressecável/ III	China	Avaliar a segurança e a eficácia clínica de um regime pré-operatório combinado que consiste em terapia de arco modulado volumétrico – reforço integrado simultâneo e quimioterapia com capecitabina para câncer retal distal.	Câncer retal
<b>P14</b>	Prospective implementation of a standardized screening protocol for deep venous thrombosis in abdominal surgical oncology patients/ Sinnamon et al. (2018)/ SCOPUS	Estudo transversal prospectivo, entre setembro de 2015 e agosto de 2017, um protocolo de triagem pós-operatória para identificar TVP foi implementado prospectivamente para pacientes submetidos a operação por um único cirurgião. Para pacientes submetidos à cirurgia com tempo de anestesia > 2 horas de duração, a ultrassonografia duplex de membros inferiores bilateral foi realizada rotineiramente no pós-operatório, com meta de 4º dia de pós-operatório, para identificar TVP oculta/ VI	EUA	Identificar fatores de risco para trombose venosa profunda (TVP) oculta após cirurgia abdominal para câncer e medir o impacto clínico de um protocolo de triagem de TVP pós-operatório padronizado implementado prospectivamente.	Diversos tipos de câncer (geralmente da cavidade abdominal)
<b>P15</b>	Severe Preoperative Symptoms Delay Readiness to Return to Intended Oncologic Therapy (RIOT) After Liver Resection/ Lillemoe et al. (2019)/ PUBMED	Fatores pré-operatórios, incluindo análise antropométrica de sarcopenia, foram coletados para pacientes submetidos à ressecção hepática oncológica de 2015 a 2018. Todos os pacientes relataram sua carga de sintomas pré-operatórios usando o MD Anderson Symptom Inventory, versão Gastrointestinal (MDASI-GI). O tempo para a prontidão do RIOT foi comparado usando estatísticas padrão/ IV	EUA	Determinar o impacto preditivo da carga de sintomas relacionados pelo paciente no pré-operatório na prontidão para retornar à terapia oncológica pretendida (RIOT) após ressecção hepática oncológica	Câncer no sistema gastrointestinal

Fonte: bases consultadas pelos autores.

O Quadro 4 elucida os estudos referentes ao Intraoperatório, sendo dois avaliados como nível IV (P16 e P17), um nível VI (P18), um nível II (P19) e um nível III (P20).

Quadro 4 – Evidências sobre a sistematização da assistência de enfermagem Intraoperatória ao paciente oncológico. Ribeirão Preto, SP, 2023.

	Título por ordem alfabética/ Autoria (Ano)/ Base de dados	Detalhamento metodológico/ Níveis de Evidência	País	Objetivo(s)	Topografia
P16	An enhanced recovery protocol decreases complication rates in high-risk gynecologic oncology patients undergoing non-emergent laparotomy/ Boitano et al. (2021)/ SCOPUS	Estudo de coorte retrospectivo que incluiu pacientes oncológicos ginecológicos com malignidade comprovada por patologia que foram submetidos a laparotomia não emergente e foram tratados em um protocolo de recuperação aprimorado entre outubro de 2016 a dezembro de 2018. Um grupo de controle histórico foi usado para comparação e incluiu todos os pacientes submetidos a não emergencial laparotomia de outubro de 2015 a setembro de 2016 antes da implementação do protocolo de recuperação aprimorada/ IV	EUA	Avaliar o impacto de um programa de recuperação aprimorado nas taxas de complicações em pacientes oncológicos ginecológicos de alto risco submetidos à cirurgia.	Câncer ginecológico
P17	EVAN-G score in patients undergoing minimally invasive gynecology oncologic surgery in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program/ Ferraioli et al. (2020)/ PUBMED	Observacional retrospectivo foi realizado no Paoli-Calmettes Institute entre junho de 2016 e dezembro de 2018. Todas as pacientes incluídas foram submetidas a cirurgia minimamente invasiva para neoplasia ginecológica. Avaliação do Vécu de l'Anesthésie Générale (EVAN-G), um questionário validado, foi usado para medir a satisfação do paciente perioperatório/ IV	França	Avaliar a satisfação do paciente após cirurgia minimamente invasiva para malignidade ginecológica dentro do programa ERAS usando o questionário 'Evaluation du Vécu de l'Anesthésie Générale (EVAN-G)'.	Câncer ginecológico
P18	Feasibility of early postoperative bladder catheter removal without prior bladder-training exercises after laparoscopic nerve sparing radical hysterectomy/ Gaballa et al. (2019)/ PUBMED	Descritivo quantitativo, de novembro de 2014 a 2016, dados de 30 pacientes submetidas a histerectomia laparoscópica tipo C1 de acordo com a classificação de Querleu–Morrow (Querleu e Morrow 2008) no Centro de Oncologia, Universidade de Mansoura, e Departamento de Oncologia Ginecológica, Hospital Gemelli, Roma, foram coletados prospectivamente/ VI	Egito e Itália	Avaliar a viabilidade da remoção precoce do cateter vesical no pós-operatório sem exercícios prévios de treinamento vesical após histerectomia radical poupadora de nervos (LNSRH) laparoscópica.	Câncer cervical estágio FIGO
P19	Prehabilitation for radical prostatectomy: A multicentre randomized controlled trial/ Santa Mina et al. (2018)/ PUBMED	Ensaio controlado randomizado de fase 2 que comparou uma intervenção de pré-habilitação (PREHAB) versus uma condição de controle (CON) em homens submetidos a prostatectomia radical em dois centros médicos acadêmicos urbanos. Os pacientes elegíveis eram homens	Canadá	Os objetivos deste ensaio controlado randomizado foram avaliar a viabilidade e o efeito de uma intervenção de pré-reabilitação personalizada e domiciliar em	Câncer de próstata

		de 40 a 80 anos de idade com câncer localizado com consentimento para prostatectomia radical; proficiente em inglês ou francês; e livre de contra-indicações ao exercício / II		resultados clinicamente relevantes em pacientes com prostatectomia radical.	
<b>P20</b>	The intraoperative use of aortic balloon occlusion technique for sacral and pelvic tumor resections: A case-control study/ Ratto et al. (2020)/ PUBMED	De janeiro de 2014 a dezembro de 2017, 15 pacientes (Grupo 1) tratados com insuflação de balão intra-aórtico foram prospectivamente inscritos e comparados a um grupo controle histórico (Grupo 2) de 11 pacientes com cirurgias semelhantes. Foram avaliados o número de unidades de sangue transfundidas, valores de hemoglobina perioperatória, horas de permanência em unidade de terapia intensiva (UTI), tempo de internação e complicações perioperatórias/ III	Itália	Avaliar se o uso intraoperatório da técnica de oclusão com balão intra-aórtico poderia diminuir a perda sanguínea perioperatória. Um objetivo secundário foi avaliar as complicações relacionadas ao balão aórtico.	Tumores sacrais proximais e tumores pélvicos

Fonte: bases consultadas pelos autores.

O Quadro 5 apresenta estudos relativos ao Pós-operatório, sendo seis com nível de evidências IV (P21, P23, P25, P32, P35 e P37) e onze com nível VI (P22, P24, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P33, P34 e P36).

Quadro 5 – Evidências sobre a sistematização da assistência de enfermagem Pós-operatória ao paciente oncológico. Ribeirão Preto, SP, 2023.

	<b>Título por ordem alfabética/ Autoria (Ano)/ Base de dados</b>	<b>Detalhamento metodológico/ Níveis de Evidência</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo(s)</b>	<b>Topografia</b>
<b>P21</b>	Association of pre-operative medication use with postsurgery mortality and morbidity in oncology patients receiving comprehensive geriatric assessment/ Choi et al. (2018)/ SCOPUS	Coorte retrospectiva de dados coletados prospectivamente/ IV	Coreia do Sul	Determinar se o uso de medicamentos pré-operatórios está associado à morbidade e mortalidade pós-operatórias em pacientes oncológicos recebendo Avaliação geriátrica abrangente.	Cânceres gastrointestinais
<b>P22</b>	Breast Cancer – Survivorship care case study, care plan, and commentaries/ Whitton-Smith et al. (2021)/ CINAHL	Estudo de caso no formato de plano de cuidados acerca da abordagem para gerenciar os sintomas crônicos ou de longo prazo do tratamento do câncer do paciente/ VI	EUA	Relata o estado do paciente em formato de plano de cuidados no tratamento de câncer crônico	Câncer de mama
<b>P23</b>	Complications of Jejunostomy Feeding Tubes: A Single Center Experience of 546 Cases/ O’Neill et al. (2020)/ PUBMED	Uma revisão de banco de dados retrospectivo de 5.000 pacientes com jejunostomia no serviço de Oncologia Cirúrgica da Universidade de Louisville de 01/01/2010 até 01/07/2018. A indicação da cirurgia e a operação primária também foram registradas/ IV	EUA	Relatar a experiência com a colocação do tubo de alimentação de jejunostomia e os resultados a longo prazo após cirurgia complexa do intestino anterior	Câncer no sistema gastroesofágico
<b>P24</b>	Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in gynecologic oncology: an international survey of peri-operative practice/ Bhandoria et al. (2020)/ SCOPUS	Estudo on-line prospectivo; questionário de entrevista de autoavaliação adaptado de um estudo publicado anteriormente por Ore et al., explorando a adoção do ERAS entre membros da Society of Gynecologic Oncology/ VI	Índia	Investigar o status da implementação do protocolo ERAS em cirurgia oncológica ginecológica aberta para fornecer uma perspectiva mundial sobre os padrões de prática perioperatória	Câncer no sistema ginecológico
<b>P25</b>	Enhanced recovery after surgery protocol enhances early postoperative recovery after pancreaticoduodenectomy/ Mahendran et al. (2019)/ PUBMED	Prospectivo, intervencional, de janeiro de 2016 a agosto de 2017. Um total de 50 pacientes consecutivos com câncer pancreático que realizaram DP foram incluídos no estudo/ IV	Índia	Analisar o resultado do protocolo ERAS em pacientes após duodenopancreatectomia (DP).	Câncer Hepato-Pancreato-Biliar e Gastrointestinal
<b>P26</b>	Grau de complexidade dos cuidados de enfermagem: readmissões hospitalares de pessoas com câncer	Estudo descritivo e retrospectivo com população composta por pacientes readmitidas em até 30 dias após alta na	Brasil	Avaliar o grau de complexidade dos cuidados de enfermagem de pacientes com câncer de mama readmitidas na oncologia clínica	Câncer de mama

	de mama/ Silva; Moreira (2018)/ LILACS	oncologia clínica na cidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/ VI			
<b>P27</b>	Implementation of a Postoperative Screening and Treatment Guidance for the Low Anterior Resection Syndrome: Preliminary Results/ van der Heijden et al. (2019)/ PUBMED	Pesquisa retrospectiva, comparativa, transversal, descrevendo e comparando pacientes que foram orientados anteriormente com pacientes que foram orientados após essa implementação para avaliar o impacto dessa orientação estruturada/ VI	Holanda	Descrever e avaliar a implementação de uma orientação multimodelo com triagem estruturada e opções de tratamento	Câncer colorretal
<b>P28</b>	Nursing diagnoses and NIC interventions in adult males undergoing radical prostatectomy/ Kocaçal, Karadağ (2020)/ LILACS	Pesquisa transversal-descritiva em clínica de urologia entre junho de 2016 e junho de 2017. Pacientes adultos com diagnósticos médicos como hiperplasia benigna da próstata, cálculos renais, câncer de próstata e câncer de bexiga/ VI	Turquia	Determinar os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e as intervenções de enfermagem da NIC em pacientes submetidos à prostatectomia radical	Câncer de próstata
<b>P29</b>	Perfil epidemiológico e cirúrgico de pacientes neuro-oncológicos submetidos a cirurgias neurológicas/ Moura et al. (2021)/ LILACS	Estudo descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado em um hospital com 236 leitos de referência em câncer no estado do Pará, no período de cinco anos (2014-2018). Os dados foram coletados em setembro a dezembro de 2019 e analisados por meio da estatística descritiva/ VI	Brasil	Investigar o perfil sociodemográfico e cirúrgico de pacientes neuro-oncológicos submetidos a neurocirurgias.	Tumores cerebrais
<b>P30</b>	Pós-operatório de paciente oncológico em jejum prolongado: diagnósticos e intervenções de enfermagem/ Silva et al. (2020)/ LILACS	Estudo transversal, descritivo e documental em hospital de ensino da rede federal do Rio de Janeiro categorizado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/ VI	Brasil	Identificar os principais diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções em uma população de pacientes oncológicos submetidos a jejum prolongado no pós-operatório	Diversos tipos de câncer
<b>P31</b>	Postoperative mobilisation as an indicator for the quality of surgical nursing care/ Jakobsen; Høgdall; Seibæk (2021)/ CINAHL	Estudo descritivo, quantitativo. A entrada de dados foi realizada por enfermeiras clínicas em 4.400 pacientes com câncer de ovário/ VI	Dinamarca	Relatar como o estabelecimento de um banco de dados nacional de enfermagem foi usado para medir a mobilização pós-operatória em pacientes submetidas a cirurgia para câncer de ovário.	Câncer ginecológico
<b>P32</b>	Postoperative patient blood management: transfusion appropriateness in cancer patients/ Merolle et al. (2020)/ PUBMED	Pesquisa de intervenção, quase experimental, implementando um pacote de gerenciamento de sangue do paciente em duas etapas para o pós-	Itália	Avaliar se a introdução gradual de nosso pacote PBM poderia afetar a adequação da terapia transfusional pós-operatória em pacientes com câncer, uma vez que as	Colorretal, Pulmonar, Ressecção

		operatório de pacientes com câncer internados na enfermaria de pós-operatório semi-intensivo/ IV		transfusões implicam riscos adicionais nesta população específica	hepática, Próstata, Rins e Bexiga
<b>P33</b>	Preoperative biliary colonization/infection caused by multidrug-resistant (MDR) pathogens in patients undergoing major hepatectomy with extrahepatic bile duct resection/ Sugawara et al. (2018)/ PUBMED	Estudo descritivo, transversal, prontuários médicos de pacientes submetidos à ressecção hepatobiliar após drenagem biliar externa pré-operatória entre 2001 e 2015 foram revisados retrospectivamente/ VI	Japão	Revisar os resultados cirúrgicos de pacientes submetidos a hepatectomia maior com ressecção do ducto biliar extra-hepático após drenagem biliar pré-operatória com foco particular no impacto da colonização/infecção biliar pré-operatória causada por patógenos multirresistentes	Câncer de via biliar perihilar
<b>P34</b>	Preoperative medication use and its association with postoperative length of hospital stay in surgical oncology patients receiving comprehensive geriatric assessment/ Jeong et al. (2018)/ SCOPUS	Pesquisa transversal correlacional, cujos critérios de inclusão foram pacientes com idade $\geq 65$ anos e agendados para cirurgia oncológica após apresentação para avaliação geriátrica completa pré-operatória no centro geriátrico/ VI	Coreia do Sul	Investigar se o uso de medicamentos no pré-operatório está associado ao tempo de internação pós-operatório em idosos submetidos à cirurgia oncológica	Cânceres no sistema gastrointestinal
<b>P35</b>	Preoperative predictors of early recurrence of AJCC T4 hepatocellular carcinoma/ Linn et al. (2021)/ PUBMED	Coorte retrospectiva de 235 pacientes consecutivos, submetidos à ressecção para carcinoma hepatocelular T4 de 2001 a 2018/ IV	Singapura	Avaliar os resultados de pacientes pós-hepatectomia parcial para carcinoma hepatocelular T4 em nossa instituição e avaliar os fatores pré-operatórios que predizem recorrência precoce (<1 ano) pós-cirurgia	Câncer hepático
<b>P36</b>	Standardizing HIPEC and perioperative care for patients with ovarian cancer in the Netherlands using a Delphi-based consensus/ van Stein et al. (2022)/ PUBMED	Pesquisa quantitativa com método Delphi modificado em duas fases envolvendo um painel multidisciplinar de 40 especialistas que completaram uma pesquisa sobre cirurgia citorrredutora e Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica/ VI	Holanda	Padronizar a cirurgia citorrredutora e Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica na Holanda usando uma abordagem de consenso baseada em Delphi	Câncer de ovário epitelial estágio III
<b>P37</b>	Surgical resection for Bismuth type IV perihilar cholangiocarcinoma / Ebata et al. (2018)/ PUBMED	Coorte de amostragem consecutiva usando banco de dados prospectivo e revisado retrospectivamente do Primeiro Departamento de Cirurgia, Hospital Universitário de Nagoya / IV	Japão	Revisar a experiência com uma estratégia baseada em ressecção em pacientes com colangiocarcinoma perihilar tipo IV	Colangiocarcinoma perihilar (Vias biliares)

Fonte: bases consultadas pelos autores.

O Quadro 6 apresenta os Diagnósticos de Enfermagem (DE) encontrados na RI, conforme a taxonomia NANDA-I, durante o perioperatório, consequentemente o instrumento do Centro de Alta Complexidade em Oncologia ao qual a pesquisa vincula-se foi atualizado (ANEXO B).

Quadro 6 – Diagnósticos de Enfermagem (DE) conforme a taxonomia NANDA-I segundo a RI. Ribeirão Preto, SP, 2023.

Publicação	Períodos
<b>PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	
P1	Hipertermia
P1	Padrão respiratório ineficaz
P2	Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais
P7	Identidade pessoal perturbada Imagem corporal perturbada
P15	Padrão de sono perturbado
P15	Constipação
P15	Diarreia
P15	Dor crônica
P14	Risco de trombose
P5	Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada
<b>PERÍODO INTRAOPERATÓRIO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	
	Risco de infecção no sítio cirúrgico
P17	Risco de hipotermia perioperatória
	Risco de lesão por posicionamento perioperatório
	Risco de lesão (unidade de eletrocirurgia)
<b>PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	
P33; P29; P10; P37; P35	Risco de infecção no sítio cirúrgico
P30	Dor aguda
P28	Náuseas
P27	Constipação
P37	Padrão respiratório ineficaz
P10; P35	Risco de sangramento
<b>PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	
P30	Dor aguda
P22	Fadiga
P30	Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais
P34; P24; P23; P28	Recuperação cirúrgica retardada

Fonte: análise dos estudos.



Quanto ao rigor metodológico, elucida-se com o Quadro 7 que na amostragem 23 artigos são excelentes (escore 6), acompanhados de 13 artigos com escore 5 e um com escore 4.

Quadro 7 – Avaliação do rigor metodológico da amostragem conforme a Escala de avaliação de artigos com metodologias heterogêneas para revisões integrativas. Ribeirão Preto, SP, 2023.

Códigos	Perguntas de avaliação						Escore
	Declara claramente os objetivos?	Define claramente o tipo de metodologia utilizada?	Os objetivos são consistentes com a metodologia utilizada?	Justifica a quantidade e tipo de amostra?	Descreve como a amostra foi acessada?	Resultados ou conclusões respondem aos objetivos?	
P1							6
P2							6
P3							6
P4							5
P5							5
P6							4
P7							5
P8							6
P9							6
P10							5
P11							6
P12							6
P13							6
P14							6
P15							6
P16							6
P17							6
P18							5
P19							6
P20							5
P21							6
P22							5
P23							5
P24							6
P25							6
P26							6

P27							6
P28							6
P29							5
P30							6
P31							5
P32							5
P33							5
P34							5
P35							6
P36							6
P37							6

Fonte: análise dos estudos.

## **6 DISCUSSÃO**

O objetivo do presente estudo foi analisar evidências nacionais e internacionais sobre a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) do paciente oncológico, a fim de atualizar e unificar um instrumento para registro da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, com base nas evidências nacionais e internacionais sobre a temática.

Os focos para a inserção das evidências nos eixos temáticos desta RI foram complicações, em quaisquer etapas do perioperatório, plano de cuidados da enfermagem, protocolos sobre recuperação pós-cirúrgica nos quais a enfermagem possuísse inserção e educação em saúde para o binômio familiar-paciente.

### **6.1 Período pré-operatório**

O pré-operatório inicia-se no momento da indicação da cirurgia e, didaticamente, termina quando o paciente é levado para a sala de cirurgia. Durante esse período, o paciente é submetido a uma série de procedimentos para garantir que a cirurgia ocorra com segurança e eficácia, o que pode incluir uma avaliação completa para garantir que o paciente esteja em boas condições de saúde para a cirurgia, testes de diagnóstico, como exames de sangue, radiografias e outros exames de imagem, e orientações sobre o preparo pré-operatório, como interromper o uso de medicamentos específicos ou jejum por um período determinado (CARVALHO; BIANCHI, 2016; SANTOS LUCIANO et al, 2019).

Durante esse período, o paciente e seus familiares também podem ter a oportunidade de discutir com a equipe de saúde sobre o procedimento cirúrgico em si, o que esperar após a cirurgia e quaisquer preocupações ou dúvidas que possam ter. Portanto, o objetivo do período pré-operatório é preparar o paciente físico e emocionalmente para a cirurgia, de forma que se possa minimizar os riscos da cirurgia, prevenir complicações e garantir a melhor recuperação possível (CARVALHO; BIANCHI, 2016; SANTOS LUCIANO et al, 2019).

Nesse contexto, o enfermeiro pode estabelecer um relacionamento terapêutico para identificar as necessidades individuais dos pacientes e personalizar a assistência que lhes é prestada, acompanhando-os juntamente com suas famílias desde o momento em que a equipe médica comunica sobre a cirurgia oncológica e suas possíveis consequências. Ao identificar as necessidades desses pacientes, o enfermeiro pode fornecer suporte profissional, fornecendo

informações, esclarecendo dúvidas e incentivando-os durante o período de hospitalização e tratamento cirúrgico, visando a reabilitação tanto do paciente quanto da família (PEREIRA 2016; TELES, 2021).

O protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* – ERAS (Recuperação aprimorada após a cirurgia) é um protocolo de cuidados pré, intra e pós-operatórios, projetado para ajudar a acelerar a recuperação do paciente após uma cirurgia. Inclui várias estratégias, como o uso de anestesia regional em vez de anestesia geral, a minimização do jejum pré-operatório, a mobilização precoce após a cirurgia e a redução do uso de drenos e cateteres. Para tanto, recomenda que no pré-operatório: 1) o jejum pré-operatório anterior à cirurgia seja abolido com ingestão oral forçada ou alimentação enteral de 500 ml de solução de reidratação oral ou 400 ml de solução oral de carboidratos a 12,5% no espaço de até 3 horas antes do procedimento; 2) estabelecimento de cuidados nutricionais perioperatórios com nutrição imunológica pré-operatória por via oral ou enteral por vários dias antes da cirurgia com fórmula específica enriquecida com arginina, ácidos graxos, ômega-3 e ribonucleotídeos; 3) administração de dexametasona 30 minutos antes da cirurgia, 8 mg de dexametasona administrados por via endovenosa para dor e a inflamação decorrentes da cirurgia (IMAI *et al.*, 2020).

Ademais, recomenda-se higienizar a cavidade oral duas vezes ao dia, no mínimo, com uso de antisséptico bucal sem álcool; evitar a inatividade pré-operatória, exercitando-se, quando possível, de 5 a 10 minutos diariamente, o que ajuda, inclusive, na efetivação da mobilização pós-operatória precoce; esclarecer que uma boa nutrição aumenta os estoques musculares para o pós-operatório; explicar sobre a dor após a cirurgia, avaliar a dor, explicar sobre formas de alívio: analgesia controlada pelo paciente (PCA), epidural, injeções espinhais, comprimidos, dentre outros; prepará-los psicologicamente, demonstrando como encarar a cirurgia e sua subsequente recuperação, exposição a estratégias de relaxamento, verificando o nível de apoio de familiares e amigos (WATERLAND *et al.*, 2021).

O instrumento a *MD Anderson Symptom Inventory, Gastrointestinal version* (MDASI-GI) é uma ferramenta desenvolvida para avaliar os sintomas relacionados ao câncer, experimentados pelos pacientes. A versão gastrointestinal concentra-se, especificamente, nos sintomas relacionados a problemas gastrointestinais, que são comuns em pacientes com câncer e foi empregada no estudo de Lillemoe e colaboradores (2019) para a avaliação pré-operatória, obtendo na maioria da amostra escores de sintomas relacionados a função gastrointestinal: constipação, diarreia ou fezes aquosas via estoma e sensação de inchaço, além de dor, fadiga, náusea, sono perturbado, angústia, falta de ar, anorexia, xerostomia, vômitos, dormência ou formigamento. Os pacientes cirúrgicos com este perfil frequentemente precisam de terapias

adjuvantes pós-operatórias, em virtude disto, um plano de cuidados perioperatórios visa recuperá-los para a terapia oncológica pretendida ou mesmo começá-los para o seguimento após a remissão. O MDASIGI detectou na avaliação pré-operatória uma expressividade moderada de sintomas, sendo que 21% dos pacientes foram considerados graves, com complicações pré-operatórias persistentes, entre os quais os mais preocupantes foram a fadiga, distúrbios do sono e angústia. O sono perturbado obteve classificações graves na amostra, fadiga e parestesia moderadas ou severas, interferindo em atividades gerais, no trabalho e no humor (LILLEMOE *et al.*, 2019).

Objetivando, primeiramente, estabelecer a prevalência quanto a complicações pulmonares pré-operatória (CPP), um estudo quase-experimental empregou como ferramenta a telessaúde. Em um estudo australiano, tal intervenção destinou-se a pacientes que seriam submetidos a cirurgias de grande porte, como de câncer abdominal que, atualmente, contam com iniciativas de telessaúde no pré-operatório, simultânea à instrução padrão. A intervenção em telessaúde baseou-se em orientações sobre cuidados respiratórios para prevenir infecção pulmonar pós-operatória, preconizaram um ciclo ativo de instruções da técnica de respiração, incluindo respiração controlada, respiração profunda, huff (técnica que auxilia na expectoração). A maioria dos participantes relataram que recomendariam a intervenção para outras pessoas que passariam pela cirurgia, e todos os participantes se lembraram das informações. Além disso, grande parte dos participantes seguiram as recomendações 2 semanas após a sessão, mostrando-se uma alternativa eficiente no cuidado ao paciente oncológico no perioperatório (WATERLAND *et al.*, 2021).

Infere-se, ainda, que a enfermagem desempenha um papel fundamental na triagem pré-operatória e no tratamento proativo da trombose venosa profunda oculta em grupos de alto risco, sobretudo na triagem de pacientes com maior risco. Isso pode incluir a realização de avaliações de risco, monitoramento dos pacientes quanto a sinais e sintomas, administração de medicamentos profiláticos, fornecimento de cuidados de enfermagem adequados e educação aos pacientes sobre a importância da prevenção e detecção precoce de eventos tromboembólicos (SINNAMON *et al.*, 2018).

Outro aspecto importante, principalmente em relação ao paciente cirúrgico oncológico é a dor, que deve ser observada durante todo o perioperatório. Em estudo realizado com 448 participantes com câncer ginecológico, 24% tiveram duas ou mais prescrições de analgésicos opioides antes da cirurgia, sendo estes oxycodona, oxycodona com paracetamol e hidrocodona com paracetamol, sendo que a maioria destes (51%) continuou com a prescrição, enquanto 7% receberam um opioide a mais. Chama a atenção que os pacientes que usaram opioides no pré-

operatório receberam também maiores volumes de equivalentes de morfina oral do que os não usuários e o uso de opioides no pré-operatório foi associado a um maior volume e maior variedade de prescrições pós-operatórias. Conclui-se que o uso de opioides no pré-operatório é comum em pacientes oncológicos ginecológicos e que a prescrição de opioides exige uma assistência perioperatória cuidadosa (ROSS *et al.*, 2019). Em outra coorte de paciente com câncer de mama, a gabapentina propiciou a diminuição no uso de opioides intravenosos (MCGUGIN *et al.*, 2019).

Destacam-se entre as principais terapêuticas para o tratamento oncológico a cirurgia, a quimioterapia antineoplásica e a radioterapia, utilizadas de forma isolada ou em associação, a depender da topografia e da forma histológica do tumor. Uma opção terapêutica para diversos tipos de tumor é a chamada terapia neoadjuvante, onde podem ser indicadas a quimioterapia e/ou radioterapia antes do tratamento cirúrgico. Considerando-se os possíveis efeitos da administração de terapia adjuvante e, a fim de serem evitadas complicações pós-operatórias, pacientes vêm sendo submetidos a quimioterapia ou terapia de quimiorradiação pré-operatórias. Tal terapia multimodal é preconizada para cânceres gastrointestinais com alto estadiamento (VICENTE *et al.*, 2018).

Na avaliação do impacto de complicações pós-operatórias na sobrevida em pacientes com câncer gástrico tratados com cirurgia inicial versus aqueles tratados com terapia neoadjuvante, um número expressivo de pacientes evoluiu com complicações pós-operatórias, e a maioria das complicações relacionadas a infecção (70,7%). Múltiplas complicações foram consideráveis (infecções de órgãos, infecções de feridas e a pneumonia), entretanto, poucos necessitaram de tratamento reoperatório. A terapia pré-operatória reduziu o impacto das complicações pós-operatórias e destaca-se que em pacientes tratados inicialmente por cirurgia, houve pior sobrevida global e sobrevida livre da doença, ressecção macroscópica completa do tumor com margens positivas à microscopia e maiores complicações pós-operatórias (VICENTE *et al.*, 2018).

Em estudo realizado por Yang e colaboradores (2019), avaliou-se a eficácia do tratamento pré-operatório que combinou radioterapia e quimioterapia com Capecitabina para câncer de reto baixo, sendo que a indicação dessa terapêutica objetivava a redução do tumor e, conseqüentemente, aumentar a taxa de preservação do esfíncter anal. Verificou-se altas taxas de preservação esfíncteriana, além de remoção de todo o tumor sem evidência de doença residual macro ou microscópica, entretanto os pacientes apresentaram complicações como toxicidades hematológicas, diarreia, resposta excretora, radiodermite e síndrome mão-pé (SMP) induzida por quimioterapia. Conclui-se que, embora apresente resultados favoráveis, a terapia

neoadjuvante não é isenta de complicações e estas devem ser consideradas durante o planejamento da assistência do paciente cirúrgico oncológico (YANG *et al.*, 2019).

A pandemia de COVID-19 representou um grande desafio aos serviços de saúde, especialmente em unidades cirúrgicas e oncológicas, onde sinais clínicos passaram a ser melhor avaliados, como o aparecimento de febre, dispneia e dessaturação em antibioticoterapia, com opacidades tipo vidro fosco e inflamação intersticial em tomografia de tórax, mesmo de pacientes assintomáticos (GALLI *et al.*, 2020). Relatando a triagem na admissão, testes foram realizados com dois swabs, necessitando estarem negativos consecutivamente no intervalo  $\geq 24$  horas para a cirurgia. Os pacientes positivos assintomáticos foram monitorados quanto ao desenvolvimento de complicações respiratórias, em uma quarentena de no mínimo 15 dias, repetindo-se, então, o teste para COVID-19 (NEKKANTI *et al.*, 2020).

Tal experiência indiana recomenda o teste COVID-19 pré-operatório de rotina obrigatório, devido as chances de infarto do miocárdio, carga adicional na infraestrutura hospitalar e problemas sociais associados para pacientes e parentes. A iniciativa impediu a doença sintomática de COVID-19 no período pós-operatório, além de mortalidade atribuível a doença. Ainda que precauções de contato e isolamento sejam tomadas, com medidas como uso obrigatório de máscaras de qualidade, higiene pessoal para pacientes e funcionários, ter um caso positivo de COVID-19 (sintomático ou não) onera o serviço hospitalar. Logo, a política de triagem pré-operatória, também reduz a necessidade do uso de Equipamentos Individuais de Proteção que porventura seriam gastos em outros setores. A análise de risco e benefício traçada corrobora os benefícios clínicos e assistenciais de se tratar primeiro o COVID-19 e depois tratar o câncer (NEKKANTI *et al.*, 2020).

Com o objetivo de oferecer uma assistência de saúde integral a pacientes com doenças crônicas, em especial a oncologia, têm-se utilizado a estratégia de Navegação de Pacientes (NP), realizada por um profissional de saúde, denominado navegador de pacientes, que acompanha as pessoas com diagnóstico ou suspeita de alguma doença crônica, auxiliando-as a “navegar” pelo sistema e serviços de saúde (PAUTASSO, 2018).

Esse foi o foco do estudo de Rohsig e colaboradores (2019), que evidenciou como aspectos do trabalho de enfermeiros navegadores de oncologia ao receberem o paciente: avaliar os recursos institucionais em segundo as necessidades individuais; coordenar cuidados e consultas ao longo do processo de tratamento; ser o elo de contato entre o paciente e o sistema de saúde; dar educação e informações personalizadas utilizando tecnologias, sobretudo, quando há a percepção da falta de alfabetização em saúde; utilização e mapeamento dos recursos disponíveis; avaliação das necessidades do paciente após o primeiro encontro e durante o

processo de acompanhamento com instrumentos; encaminhamento para serviços interprofissionais adequados como nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Salienta-se, que segundo a prática avançada este processo de *follow-up* pode durar 5 anos (ROHSIG et al., 2019).

A assistência de enfermagem ao paciente oncológico no período pré-operatório apresenta muitos desafios, pois requer não apenas abordar seu preparo psicológico e emocional para a cirurgia e suas consequências, mas também orientar sobre ambientes de cuidados especializados, como o centro cirúrgico e a recuperação pós-anestésica. Abordar esses aspectos visa diminuir o estresse do processo anestésico-cirúrgico, promover a recuperação pós-operatória, prevenir complicações e facilitar o planejamento da alta, mas requer uma equipe multidisciplinar especializada para atender às diversas necessidades desses pacientes (PEREIRA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, o estudo de Vuong e colaboradores (2019) trouxe à tona a temática da educação pré-operatória do paciente com câncer de mama e sua família, destacando-se que uma visita da enfermagem pré-operatória faz-se necessária para esclarecer vestuário, cuidados com drenos, incluindo critérios para a remoção dos mesmos, explicações sobre dor e uso de analgésicos opioides, elucidando que desconforto pode ser controlado com administração de analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), gelo e analgésicos locais, como creme de Arnica (VUONG *et al.*, 2019).

Ressalta-se que as necessidades humanas básicas afetadas durante o tratamento cirúrgico oncológico também incluem alterações da autoimagem; alimentação enteral por sonda; além de dificuldades de enfrentamento para lidar com o diagnóstico no pré-operatório (FREITAS, COELHO, 2019). Destacam-se diversos diagnósticos de enfermagem a serem sondados desde o pré-operatório como seguem, em estudo com amostra de pacientes com diversos tipos de neoplasias:

Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; Risco de desequilíbrio eletrolítico; Volume de fluido deficiente; Volume de fluido em excesso; Constipação/diarreia; Eliminação urinária prejudicada; Troca gasosa prejudicada; Mobilidade física prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Intolerância à atividade; Perfusão tissular periférica ineficaz; Fadiga; Déficit de autocuidado; Risco de diminuição da perfusão do tecido cardíaco; Conhecimento deficiente; Confusão aguda; Risco de infecção; Risco de queda; Integridade da pele prejudicada; Risco de lesão por pressão; Risco de aspiração; Desobstrução ineficaz das vias aéreas; Risco de sangramento; Risco de integridade tecidual prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Risco de lesão; Hipertermia; Dor crônica; Conforto prejudicado; Ansiedade (Othman *et al.*, 2021, tela 5).

Dessa forma, a assistência de enfermagem no pré-operatório, pressupõe que sejam considerados os aspectos biopsicossociais do paciente e sua família durante o planejamento da



assistência nesse período. Além disso, a utilização de instrumentos para avaliação de sintomas físicos, sociais e emocionais pode auxiliar o paciente/família no enfrentamento do diagnóstico e tratamento cirúrgico.

## **6.2 Período Intraoperatório**

O período transoperatório se refere ao período entre a admissão do paciente no CC até a sua transferência para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e compreende a assistência de enfermagem indireta fornecida pela equipe para preparar o Centro Cirúrgico e a Sala de Operações, garantindo que todos os recursos necessários para a cirurgia estejam disponíveis. Além disso, a equipe de enfermagem fornece assistência direta ao paciente desde o momento em que entra no Centro Cirúrgico até sua saída da Sala de Operações, trabalhando em colaboração com a equipe anestésica e cirúrgica (CARVALHO; BIANCHI, 2016; SANTOS LUCIANO et al, 2019).

Nesse período, está contido o intraoperatório, que compreende o período em que o paciente está sob anestesia e a equipe médica está realizando o procedimento cirúrgico. Durante o período intraoperatório, é importante monitorar continuamente o paciente para garantir sua segurança e bem-estar. Isso pode incluir monitoramento da pressão arterial, frequência cardíaca, respiração, níveis de oxigênio no sangue e outras funções vitais. Além disso, a equipe de enfermagem, anestésica e cirúrgica trabalha em estreita colaboração para garantir que o procedimento seja realizado de maneira eficiente e segura (CARVALHO; BIANCHI, 2016; SANTOS LUCIANO et al, 2019).

Como já mencionado, o protocolo ERAS foi idealizado para acelerar a recuperação do paciente após uma cirurgia e nele são explicitadas as recomendações em checklist referente ao intraoperatório: 1) Antes de iniciar a anestesia, fazer a incisão ou concluir a cirurgia, é necessário que a equipe cirúrgica preencha os checklists de cirurgia segura; 2) Tentativa de manutenção da normotermia com equipamentos de aquecimento ativo; 3) Antes da incisão, administram-se antibióticos profiláticos; 4) A equipe médica pode adotar para a analgesia: emprego do remifentanil de forma contínua, conforme necessário, juntamente com cetamina intravenosa na indução e em intervalos regulares durante a cirurgia, lidocaína intravenosa na indução e continuar com uma dose horária até o fim da cirurgia; 5) Para reduzir a necessidade de opioides, é recomendada uma abordagem multimodal preventiva para a analgesia: antes da finalização da cirurgia, administrar paracetamol intravenoso, cetoprofeno (caso não haja contraindicação) e nefopam, em cirurgias laparoscópicas, aplicar injeções de anestésico local

(ropivacaína) nos locais das incisões, em cirurgias laparotômicas, realizar bloqueio regional com ropivacaína e sempre que possível, evitar a utilização de analgesia epidural; 6) Objetivando o equilíbrio de fluidos visando o débito cardíaco: para cirurgias laparoscópicas, administrar fluidos intraoperatórios (excluindo a reposição de perda sanguínea), para cirurgias abertas, administrar fluidos intraoperatórios (excluindo a reposição de perda sanguínea), em pacientes de alto risco, considerar a fluidoterapia direcionada com Doppler esofágico, em caso de perda sanguínea, seguir o protocolo institucional para reposição de fluidos; 7) Para evitar a hipotermia, é essencial utilizar um dispositivo de aquecimento ativo e monitorar a temperatura corporal, que deve ser mantida acima de 36,0°C ao final da cirurgia; 8) A profilaxia para náuseas e vômitos deve ser realizada de forma multimodal, envolvendo pelo menos dois medicamentos, dexametasona pode estar inclusa; 9) Utilizar, somente quando necessária, a drenagem abdominal ou pélvica no local da ressecção durante a cirurgia; 10) A abordagem cirúrgica preferencial é a minimamente invasiva; 11) Evitar drenos orais, nasogástricos ou intra-abdominais (FERRAIOLI *et al.*, 2020; BOITANO *et al.*, 2021).

Uma das maiores e mais temidas complicações durante o intraoperatório é o sangramento, que pode ser agravado durante a realização de ressecção de grandes tumores. Um estudo italiano, utilizou a oclusão por balão intra-aórtico no intraoperatório de cirurgias de tumores pélvicos e sacrais na tentativa de diminuir a perda sanguínea, além de comparar as possíveis complicações da utilização do balão. Os resultados indicaram uma permanência menor na Unidade de Terapia Intensiva do grupo que fez uso do balão (Grupo 1) versus dos pacientes que não fizeram uso, além de tempo de internação menor para o Grupo 1. Endossa-se que esta técnica, pouco difundida na oncologia cirúrgica, necessita de treinamento interprofissional adequado mesmo para a triagem de pacientes que possam usá-lo (RATTO *et al.*, 2020).

Em outro estudo, que avaliou as complicações intraoperatórias durante a remoção da próstata por câncer, incluíram deiscência da anastomose, ruptura retal, lesão do nervo obturador e lesão do vaso epigástrico (complicações rapidamente solucionadas na cirurgia) (SANTA MINA *et al.*, 2018). Em estudo descritivo quantitativo as complicações que necessitaram de intervenções durante o intraoperatório de câncer cervical, foram: ruptura na bexiga (reparada por meio de sutura laparoscópica intracorpórea), ruptura da serosa no terço inferior do reto, (com posterior sutura laparoscópica intracorpórea) e lesão ureteral durante a dissecação do paramétrio (GABALLA *et al.*, 2019).

Infere-se que, embora o tratamento cirúrgico seja a terapêutica de primeira escolha para diversos tipos de tumor, as cirurgias não são isentas de complicações. Na tentativa de minimizar

essas complicações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu o Protocolo de Cirurgia Segura, um conjunto de diretrizes e procedimentos desenvolvidos para melhorar a segurança dos pacientes durante a realização de cirurgias (OMS, 2009; SOBECC, 2021).

O protocolo consiste em três etapas principais, que devem ser seguidas por toda a equipe cirúrgica, desde o momento em que o paciente é admitido na sala de operação até a sua transferência para a sala de recuperação. Basicamente, as três etapas são (CARVALHO; BIANCHI, 2016):

-“Checar imediatamente antes: *sign in* – antes da indução anestésica”: antes do início da cirurgia, a equipe cirúrgica deve realizar uma verificação completa do paciente, incluindo a identificação do paciente, o procedimento a ser realizado, o local da cirurgia e a confirmação da obtenção do consentimento informado. O cirurgião deve marcar e confirmar o local exato da cirurgia no corpo do paciente, a fim de evitar erros ou confusões durante o procedimento.

-“Checar antes: *time out* – antes da incisão na pele”: Antes do início da cirurgia propriamente dita, a equipe cirúrgica deve realizar uma pausa de alguns minutos para confirmar que todos os equipamentos e materiais necessários estão disponíveis e que todos os membros da equipe estão cientes de seus papéis e responsabilidades.

-“Checar depois: *sign out* – antes de o paciente sair da sala de cirurgia”, confirmando-se a intervenção realizada; checar as compressas, agulhas e instrumentos utilizados, a fim de evitar que itens fiquem retidos em cavidades do paciente; revisar, identificar e enviar o material para exame de biópsia e anatomia patológica; registrar e reportar quaisquer problemas com equipamentos; planejar a assistência necessária na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

O objetivo do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS é reduzir o risco de erros durante cirurgias e melhorar a segurança do paciente, garantindo que todos os membros da equipe estejam cientes de seus papéis e responsabilidades e que as etapas importantes do procedimento sejam cuidadosamente seguidas. Portanto, a equipe interprofissional deve ficar atenta a qualquer alteração que o paciente possa apresentar durante o intraoperatório.

Dessa forma, os Diagnósticos Enfermagem que podem ser trabalhados prioritariamente nesse período são: Ansiedade; Risco de infecção no sítio cirúrgico; Risco de queda; Risco de hipotermia perioperatória não intencional; Risco de lesão por posicionamento perioperatório; e Risco de lesão (unidade de eletrocirurgia).

### 6.3 Período Pós-operatório

O pós-operatório é o período seguinte à realização de uma cirurgia. Ele começa imediatamente após a cirurgia e dura até que o paciente esteja completamente recuperado. Durante esse período, o paciente é monitorado de perto para garantir que a recuperação esteja progredindo adequadamente e que não haja complicações. Dependendo da cirurgia realizada e da gravidade das condições pré-existentes, o período pós-operatório pode variar de alguns dias a várias semanas ou meses (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

O estudo de Mahendran e colaboradores (2019), realizado com pessoas com Câncer Hepato-Pancreato-Biliar e Gastrointestinal, detalhou diariamente as intervenções realizadas no pós-operatório de acordo com o protocolo ERAS: no 1º dia a remoção de sonda nasogástrica e oferecer líquidos por via oral; no 2º dia uma dieta líquida oral, remoção do cateter urinário, remoção do cateter peridural; no 3º dia interromper fluidos intravenosos; no 4º dia remover drenos; no 5º dia verificar a tolerância à dieta normal; orientações na alta no 6º dia (MAHENDRAN *et al.*, 2019). Ademais, a incidência de infecção no sítio cirúrgico, colangite, pneumonia e bacteremia são indicadores clínicos importantes no câncer de vias biliares (SUGAWARA *et al.*, 2018).

Outra recomendação do protocolo é a mobilização e deambulação precoce, fundamental no pós-operatório, e precisa ser fixada com critérios e monitorada como indicador do cuidado de enfermagem, como em exemplo de estudo com pacientes no pós-operatório de câncer ginecológico, uma caminhada no corredor da enfermaria, de 3 em 3 horas ou mais, é fundamental, ainda no primeiro dia de pós-operatório, caso as condições clínicas permitam. Aventa-se que os pacientes que não realizaram a mobilização precoce relataram dor, fadiga/cansaço e tontura como empecilhos para não realização da deambulação (JAKOBSEN; HØGDALL; SEIBÆK, 2021).

O momento da extubação precisa ser, preferencialmente, realizado precocemente na Unidade de Terapia Intensiva, segundo o consenso holandês para tratamento cirúrgico de Câncer de ovário. Nesse contexto, vômitos e náuseas pós-operatórios devem ser prevenidos e tratados; retomada da ingestão oral no pós-operatório imediato; administração de analgésicos como em outras grandes cirurgias abdominais; analgesia peridural torácica deve ser realizada rotineiramente no intra e pós-operatório e cessada 72 horas após a cirurgia. Outro aspecto do plano de cuidados é a profilaxia de trombose administrada pelo menos 28 dias com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), no pós-operatório, bem como a avaliação da Proteína C reativa (PCR) no 3º dia de pós-operatório. Quanto a excreção os fluidos corporais, estes são

considerados contaminantes nos primeiros sete dias após Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (*Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy - HIPEC*), com o fármaco Cisplatina (VAN STEIN *et al.*, 2022).

Semelhantemente aos outros períodos do perioperatório, o pós-operatório não é um período isento de complicações. Para pacientes neuro-oncológicos, com tumores majoritariamente no encéfalo, após cirurgias eletivas limpas, relatou-se como principal complicação a infecção de sítio cirúrgico, como complicações menos frequentes: deiscência da ferida operatória, fístula liquórica e Síndrome da secreção inapropriada de hormônio anti-diurético (MOURA *et al.*, 2021). Para a assistência de enfermagem, é importante salientar que são possíveis complicações após o procedimento a pneumonia, infarto do miocárdio, trombose venosa profunda/embolia pulmonar, insuficiência renal aguda e infecção da ferida operatória.

Complicações estiveram associadas ao sexo masculino e aos índices do *Charlson Comorbidity Index* (Índice de Comorbidade de Charlson - CCI) na ocasião de cirurgia hepatopancreática, corrobora-se que para cada aumento de unidade no índice CCI, as chances de uma complicação aumentam em 8%. Sugere-se uma pequena diferença entre os que se submetem e não se submetem a uma avaliação pré-operatória relacionadas as diferenças na infecção da ferida e hemorragia pós-operatória (PAREDES *et al.*, 2021).

A enfermagem avalia, monitora e mantém dispositivos tais como sondas nasogástricas ou orogástricas, usadas na maioria das vezes em laparotomias. A sonda nasogástrica é necessária, em ordem de importância, após procedimentos de ressecção do intestino delgado, ressecção do intestino grosso, após esplenectomia e na ligadura de vasos gástricos curtos, sabendo que a dieta regular em estudo prospectivo foi iniciada por 34% dos entrevistados dentro de 24 horas após a laparotomia e do segundo ao terceiro dia pós-operatório por 40% (BHANDORIA *et al.*, 2020). Evidência de estudo holandês apontam que a passagem rotineira de sonda nasogástrica deve ser evitada na ausência de fatores de risco para esvaziamento gástrico demorado (VAN STEIN *et al.*, 2022). O maior tempo de uso de jejunostomia foi correlacionado ao número de complicações, em estudo de coorte retrospectiva, afetando 119 pacientes de 542 participantes. Deslocamentos da sonda, entupimentos e vazamentos na pele periestomal são os mais incidentes, e outras complicações menos frequentes, incluíram infecções/abscessos no local da jejunostomia, drenagem ou mau funcionamento, dor e sangramento local (O'NEILL *et al.*, 2020).

Cirurgia intestinais, procedimentos urológicos, esplenectomias, ressecções hepáticas e linfadenectomias, quando realizadas, podem necessitar de dreno peritoneal. O cateter urinário

pós-operatório, rotineiramente, é removido após a laparotomia em intervalo de 24 a 48 horas. Em um estudo indiano, a goma de mascar foi eleita por 26% dos participantes para acelerar o retorno da motilidade intestinal, foram menos escolhidos: bisacodil e leite de magnésia; dos cirurgiões entrevistados, cerca de 50% reportaram não empregar rotineiramente substâncias para prevenir íleo paralítico pós-operatório tais como metoclopramida. Nas laparotomias realizadas no contexto oncológico, as outras ações dizem respeito a deambulação no primeiro dia de pós-operatório e a profilaxia pós-operatória para trombose venosa profunda (BHANDORIA *et al.*, 2020).

No tocante ao jejum prolongado no pós-operatório, diversos sintomas e efeitos adversos devem ser controlados, a partir da identificação dos diagnósticos: Nutrição desequilibrada menor que as necessidades por conta da pouca ingestão de alimentos, Risco de glicemia instável devido à baixa ingesta alimentar, Risco de desequilíbrio eletrolítico (pela diarreia e vômito), Risco e motilidade gastrointestinal disfuncional devido a alteração de hábitos alimentares e desnutrição; Recuperação cirúrgica retardada por conta da desnutrição e dor; Ansiedade; Padrão respiratório ineficaz; Dor aguda que precisa ser registrada e avaliada (SILVA *et al.*, 2020).

Estudo sul coreano aponta a premência de uma triagem medicamentosa, junto a avaliação geriátrica, por conta das evidências que apontam que pacientes geriátricos com câncer gastrointestinal em internação pós-operatória possuem um tempo de permanência mais longo foram associadas ao uso de medicação potencialmente inapropriada, diminuição do índice de massa corporal e aumento do número de medicamentos. A maior permanência no pós-operatório (além da média de sete dias) esteve ligada à idade avançada, IMC baixo e sexo masculino. Quanto a variáveis eminentemente clínicas, o tipo de câncer, a polifarmácia, medicação potencialmente inapropriada (nesta amostra alprazolam, clorfeniramina, diazepam, levosulprida e zolpidem) e medicamentos indutores de delirium (tramadol, ranitidina e zolpidem) foram fatores estatisticamente significativos para o tempo de internação pós-operatório – tempo de permanência (JEONG *et al.*, 2018).

Acerca da polifarmácia, estudo de coorte retrospectiva alegou que todos os pacientes acometidos por câncer gastrointestinal que faleceram em até 30 dias de pós-operatório usaram polifarmácia (50,5% da amostra) com número médio de cinco medicações, sendo fator clínico preponderante para uma alta institucionalização após o tratamento cirúrgico, a infecção foi o outro fator associado à reinternação (CHOI *et al.*, 2018).

Ressecções cirúrgicas em pacientes com colangiocarcinomas apontaram como implicações clínicas a insuficiência hepática, vazamento biliar, abscesso intra-abdominal, infecção da ferida cirúrgica, ascite refratária, derrame pleural demandando punção, fístula

pancreática, esvaziamento gástrico retardado, bacteremia, insuficiência respiratória, enterite, insuficiência renal e cardiovascular. Ainda neste caso, para abstrair implicações para a sistematização da assistência, a enfermagem deve coletar e analisar: idade, duração da operação, transfusão de hemocomponentes, grau histológico e presença de metástases à distância (EBATA *et al.*, 2018).

Outro aspecto importante é a terapia transfusional de hemocomponentes, que foi o foco do estudo de Merolle e colaboradores (2020), sobre terapia transfusional pós-operatória em pacientes com câncer, considerando-se que anemia e trombocitopenia são efeitos colaterais comuns da quimioterapia e levam à necessidade de transfusões de hemácias e plaquetas, influenciando na mortalidade, morbidade e qualidade de vida. Assim, com uma auditoria inicial (Auditoria 1), verificou-se 38% de adequacidade no tocante às transfusões de hemácias, somada as atividades de ensino e treinamento (Auditoria 2) a adequação das transfusões aumentou para 75%, e 79% na Auditoria 3, que introduziu pontos de cuidado que realizaram monitoramento não invasivo contínuo dos níveis de hemoglobina (Hb) (dispositivo Radical-7 Pulse CO-Oximeter, Masimo Corp., Irvine, CA, EUA) na ala pós-operatória semi-intensiva. A proposta culminou em diminuição no número total de unidades de hemácias transfundidas em cada paciente no pós-operatório semi-intensivo de ressecções de tumores gastrointestinais e pancreáticos (MEROLLE *et al.*, 2020).

Os diagnósticos pós-operatórios NANDA-I em destaque para neoplasias de próstata, estavam nas classes: lesão física, autocuidado, hidratação e conforto físico. Como intervenções de destaque: “proteção contra infecções”, “gerenciamento de medicamentos”, “exercício dos músculos pélvicos” e cuidados com a sonda urinária. Quanto as ações da NIC recomendam-se: monitorar e registrar sinais vitais, monitorar perfusão tecidual, monitorar eliminações, banho, analgesia, estabelecer melhoria do enfrentamento propiciando o autocuidado, ações de ensino e orientar quanto a alimentação (KOCAÇAL, KARADAG; 2020).

Os pacientes submetidos a ressecção anterior baixa por conta de carcinomas intestinais geralmente queixam-se de frequência urinária, dor no abdome, ansiedade, flatulência e dispareunia (síndrome da ressecção anterior baixa). Os que passaram por ressecção do sigmoide obtiveram uma mudança estatisticamente e clinicamente significativa no funcionamento cognitivo, aliada a alterações como constipação, frequência urinária, boca seca, impotência e dispareunia (VAN DER HEIJDEN *et al.*, 2019).

São administrados profilaticamente antibióticos, antieméticos, antitérmicos, e analgésicos, levando em conta a alergia alimentar, hipertermia, dor, náuseas e disúria, o Edema tibial é outro sinal clínico relevante sendo detectado em 20,4% (amostra de 54 pacientes), além

do leve edema depressível (2 mm de profundidade) em dez pacientes. Portanto, a resistência em se comunicar com a equipe deve ser sondada em virtude da gama de sintomas (KOCAÇAL, KARADAG; 2020).

A Escala *Performace Status (PS)* de acordo com Escala Zubrod, englobou em estudo brasileiro as comorbidades e intervalo da readmissão hospitalar de mulheres com câncer de mama. Assevera-se que as mulheres que são readmitidas na oncologia clínica com *PS* 1 ou 2 conforme a Escala, têm mais probabilidade de serem classificadas em cuidados mínimos e intermediários, demonstrando a importância do uso da escala na oncologia até mesmo para indicação do seguimento na atenção primária no tocante a comorbidades. Outro aspecto clínico é a presença de hipertensão arterial sistêmica, como fator complicador na readmissão (SILVA; MOREIRA, 2018). Ainda sobre o câncer de mama a assistência de enfermagem esclarece acerca de fogachos, artralgia, secura vaginal, perda óssea, hiperlipidemia e fadiga, sondando sintomas depressivos e encaminhando ao serviço de psicologia quando necessário. Portanto, abordar no pós-operatório como será o estilo de vida atual, induzindo a reflexão, gera ganhos para a aderência ao follow-up (WHITTON-SMITH *et al.*, 2021).

As complicações de destaque para readmissão hospitalar foram sepse, infecção de sítio cirúrgico, sangramento, pneumonia e abscesso intra-abdominal. Os pacientes ficaram internados por pelo menos oito dias, contudo, relativamente aos óbitos, seis ocorreram em 30 dias (dois por infarto agudo do miocárdio e sepse em quatro); houve mortalidade de nove em 90 dias (insuficiência renal aguda em um, acidente vascular cerebral em dois, carcinoma hepatocelular avançado e causas não registradas em três). Pacientes com ruptura tumoral apresentam comprometimento hemodinâmico sério, culminando em mortalidade precoce, além de insuficiência hepática (LINN *et al.*, 2021). Em 208 ressecções esofagogástricas, hepáticas, pancreáticas, e após ablações pancreáticas, as necessidades de readmissões dispuseram-se: após ressecções esofagogástricas (4,8% dos pacientes), após ressecção pancreática (1,3%) e após ablação pancreática (4,0%), assim no caso de colocação de jejunostomia pós-operatória há um risco de 22% de readmissão (O'NEILL *et al.*, 2020).

Portanto, todos os aspectos mencionados devem ser considerados pela equipe interprofissional no planejamento da assistência ao paciente cirúrgico oncológico, contribuindo para a qualificação da assistência prestada e segurança do paciente.



## 7 CONCLUSÃO

A análise das evidências na presente RI culminou nos diagnósticos de enfermagem conforme a taxonomia NANDA-I no Período pré-operatório: Hipertermia, Padrão respiratório ineficaz, Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, Identidade pessoal perturbada, Imagem corporal perturbada, Padrão de sono perturbado, Constipação, Diarreia, Dor crônica, Risco de trombose, Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada; no Período intraoperatório: Risco de infecção no sítio cirúrgico, Risco de hipotermia perioperatória, Risco de lesão por posicionamento perioperatório, Risco de lesão (unidade de eletrocirurgia); no Período pós-operatório imediato: Risco de infecção no sítio cirúrgico, Dor aguda, Náuseas, Constipação, Padrão respiratório ineficaz, Risco de sangramento; no Período pós-operatório mediato: Dor aguda, Fadiga, Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, Recuperação cirúrgica retardada.

Assevera-se que as evidências do pré-operatório foram majoritariamente IV e VI e dirigiram-se para os esforços da enfermagem em agregar recursos institucionais para admitir o paciente, um exemplo disto é a triagem realizada para sintomáticos e assintomáticos e estabelecimento de protocolos para teste durante a pandemia de COVID-19. Ainda sobre protocolos, desvelou a inserção da enfermagem referente ao Protocolo de Recuperação Aprimorada (ERAS) – preconizando jejum pré-operatório três horas antes do procedimento e o estabelecimento de cuidados nutricionais dias antes do tratamento cirúrgico. Elementos alterados incluíram autoimagem afetada pelo progresso tumoral, constipação ou diarreia, sono perturbado, ansiedade e condutas para o controle da respiração, outros cuidados incluem o manejo de reações dos opioides e um plano de higiene corporal e oral. O plano de cuidados pré-operatório precisa englobar aspectos incidentes no pós-operatório, assim explicar na linguagem do paciente como será a cirurgia reforçando aspectos psicológicos de enfrentamento, e o esclarecimento se o paciente necessitará de terapia multimodal após passar pela oncologia cirúrgica.

Quanto aos destaques para o intraoperatório as evidências são de nível IV e VI, notaram-se carências na literatura quanto a evidências para a enfermagem em oncologia cirúrgica, pela aderência de cinco publicações de um universo de 37. Ainda assim, apurou-se tentativa de manutenção da normotermia no bloco cirúrgico, administração de analgésicos e anti-inflamatórios, monitorar fluidoterapia, e a necessidade de treinamento para complicações causadas pelo uso do balão intra-aórtico.

Por fim, quanto aos indícios sobre a sistematização da assistência pós-operatória se destacam evidências nível IV e VI. O Protocolo de Recuperação Aprimorada apresenta relevância clínica ao recomendar condutas como retirada da sonda nasogástrica no 1º dia de pós-operatório na enfermaria, caso clinicamente possível, e dos demais dispositivos nos dias subsequentes objetivando a alta no 6º dia, contudo, se esclarece que a passagem de sonda pode ser recomendada em casos de esvaziamento gástrico demorado. Outras ações de enfermagem são o estímulo a deambulação precoce, avaliação da motilidade intestinal, retirada de cateter urinário entre 24 e 48 horas, se viável, monitorar sinais e causas clínicas de complicações como pneumonia, abscesso intra-abdominal, sangramento, infecção do sítio cirúrgico, deiscência da ferida operatória e dispareunia. As evidências preconizam especial atenção para pacientes que realizam polifarmácia e a hipertensão arterial sistêmica, elementos de reinternação.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os benefícios advindos desta pesquisa para o enfermeiro são a atualização do conhecimento acerca do tema, ao trazer à tona pesquisas recentes, assim como a resolução de questionamentos referentes à sistematização da assistência perioperatória e segurança do paciente no perioperatório, por meio da divulgação dos resultados obtidos no desenvolvimento de cada etapa que compõe o presente estudo.

Vale ressaltar que o estudo em tela integrará as evidências ao sistema em implantação na instituição, constituindo-se como ferramenta baseada em evidências de extrema importância para a prestação de cuidados e visibilidade da instituição na região Norte.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde**. 8. ed. São Paulo, SP: SOBECC, 2021.

BHANDORIA, G. P. et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in gynecologic oncology: an international survey of peri-operative practice. **International Journal of Gynecologic Cancer**, v. 30, n. 10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/ijgc-2020-001683>. Acesso em: 20 abr. 2023.

BIANCHI, E. R. F.; COSTA, A. L. S. Repercussões do trauma anestésico-cirúrgico. Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. (Org.). **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 2. ed. BARUERI: Manole, v. 1, p. 247-280, 2016.

BOITANO, T. K. L. et al. An enhanced recovery protocol decreases complication rates in high-risk gynecologic oncology patients undergoing non-emergent laparotomy. **International Journal of Gynecologic Cancer**, v. 31, n. 5, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/ijgc-2020-002270>. Acesso em: 12 abr 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Diário Oficial da União, 10 jul 2013; Seção 1.p.47. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em: 20 abr. 2023.

CHOI, K. S. et al. Association of pre-operative medication use with post-surgery mortality and morbidity in oncology patients receiving comprehensive geriatric assessment. **Aging clinical and experimental research**, v. 30, p. 1177-1185, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0904-2>. Acesso em: 12 abr 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 20 abr. 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 6 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 233, p. 157, 6 dez. 2017. Seção 1, pt. 1. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 20 abr. 2023.

EBATA, T. et al. Surgical resection for Bismuth type IV perihilar cholangiocarcinoma. **Journal of British Surgery**, v. 105, n. 7, p. 829-838, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.10556>. Acesso em: 20 abr. 2023.

FENGLER, F. C.; MEDEIROS, C. R. G. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: análise de registros. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 50-57, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000010008>. Acesso em: 20 abr. 2023.

FERRAIOLI, D. et al. EVAN-G score in patients undergoing minimally invasive gynecology oncologic surgery in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program. **International Journal of Gynecologic Cancer**, v. 30, n. 12, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/ijgc-2019-001173>. Acesso em: 20 abr. 2023.

FREITAS, A. A. de S.; COELHO, M. J. Necessidades humanas de cuidado no homem em tratamento cirúrgico oncológico: implicações para a enfermagem. **J. res.: fundam. care. online**, 2019, v. 11, n. esp, p. 481-487. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.481-487>. Acesso em: 20 abr. 2023.

GABALLA, K. et al. Feasibility of early postoperative bladder catheter removal without prior bladder-training exercises after laparoscopic nerve sparing radical hysterectomy. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 39, n. 6, p. 788-792, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1584883>. Acesso em: 12 abr 2023.

GALLI, J. et al. Clinical and surgical management of patients with head and neck cancer in a COVID-19 dedicated center in Italy. **Head & Neck**, v. 42, n. 7, p. 1466-1470, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hed.26263>. Acesso em: 12 abr 2023.

GORDON, M. Assessing activity tolerance. **The American journal of nursing**, p. 72-75, 1976. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3423737>. Acesso em: 20 abr. 2023.

GORDON, M. Nursing diagnoses and the diagnostic process. **The American journal of nursing**, p. 1298-1300, 1976b. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3424002>. Acesso em: 20 abr. 2023.

GORDON, M. Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. **Cultura de los cuidados**, Año IV, n. 7-8 (1. y 2. semestre 2000); pp. 128-138, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2000.7-8.16>. Acesso em: 20 abr. 2023.

GORDON, M. Practice-based data set for a nursing information system. **Journal of Medical Systems**, v. 9, n. 1, p. 43-55, 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF00992521>. Acesso em: 20 abr. 2023.

GORDON, M.; SWEENEY, M. A.; MCKEEHAN, Kathleen. Nursing diagnosis: looking at its use in the clinical area. **The American journal of nursing**, p. 672-674, 1980. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3470095>. Acesso em: 20 abr. 2023.

IMAI, T. et al. Enhanced recovery after surgery program involving preoperative dexamethasone administration for head and neck surgery with free tissue transfer reconstruction: Single-center prospective observational study. **Surgical Oncology**, v. 34, p. 197-205, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.04.025>.

JAKOBSEN, D. H.; HØGDALL, C.; SEIBÆK, L. Postoperative mobilisation as an indicator for the quality of surgical nursing care. **British Journal of Nursing**, v. 30, n. 4, p. S4-S15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.4.S4>. Acesso em: 10 mai. 2023.

JEONG, Y. M. et al. Preoperative medication use and its association with postoperative length of hospital stay in surgical oncology patients receiving comprehensive geriatric assessment. **Geriatrics & gerontology international**, v. 18, n. 1, p. 12-19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.13127>. Acesso em: 25 abr. 2023.

KOCAÇAL, E.; KARADAĞ, E. Nursing diagnoses and NIC interventions in adult males undergoing radical prostatectomy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018038003541>. Acesso em: 20 abr. 2023.

LILLEMOE, H. A. et al. Severe preoperative symptoms delay readiness to return to intended oncologic therapy (RIOT) after liver resection. **Annals of surgical oncology**, v. 26, p. 4548-4555, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1245/s10434-019-07719-8>. Acesso em: 20 abr 2023.

LINN, Y. et al. Preoperative predictors of early recurrence of AJCC T4 hepatocellular carcinoma. **Surgical Oncology**, v. 39, p. 101671, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2021.101671>. Acesso em: 12 abr 2023.

LIZARONDO, L. et al. Mixed methods systematic reviews. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-09>. Acesso em: 12 abr 2023.

MAHENDRAN, R. et al. Enhanced recovery after surgery protocol enhances early postoperative recovery after pancreaticoduodenectomy. **Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International**, v. 18, n. 2, p. 188-193, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hbpd.2018.12.005>. Acesso em: 22 abr 2023.

MCGUGIN, C. J. et al. Enhanced recovery minimizes opioid use and hospital stay for patients undergoing mastectomy with reconstruction. **Annals of Surgical Oncology**, v. 26, p. 3464-3471, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1245/s10434-019-07710-3>. Acesso em: 08 mai. 2023.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019.

MELO, U. G. et al. Nursing diagnoses in the perioperative period: crossmapping. **Rev. SOBECC [Internet]**, v. 24, n. 4, p. 193-9, 2019.

MELO-DIAS, C. PICOT-clinic, acrónimo para la inferencia del razonamiento clínico en enfermería. **Cultura de los Cuidados** (Edición digital), v. 24, n. 58, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.23>. Acesso em: 12 abr 2023.

MEROLLE, L. et al. Postoperative patient blood management: transfusion appropriateness in cancer patients. **Blood Transfusion**, v. 18, n. 5, p. 359, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2450/2020.0048-20>. Acesso em: 10 mai. 2023.

MOURA, J. N. et al. Perfil epidemiológico e cirúrgico de pacientes neuro-oncológicos submetidos a cirurgias neurológicas. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71826>. Acesso em: 12 mai. 2023.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA I: definições e classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NEKKANTI, S. S. et al. Mandatory preoperative COVID-19 testing for cancer patients—Is it justified?. **Journal of Surgical Oncology**, v. 122, n. 7, p. 1288-1292, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jso.26187>. Acesso em: 12 mai. 2023.

O'NEILL, C. H. et al. Complications of jejunostomy feeding tubes: a single center experience of 546 cases. **Journal of Gastrointestinal Surgery**, v. 24, p. 959-963, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11605-020-04529-2>. Acesso em: 12 mai. 2023.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**, v.18, n.1, p.122-129, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Acesso em: 12 mai. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS); tradução: NILO, M. S.; DURÁN, I. A. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_salvam\\_vidas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf). Acesso em: 16 mai. 2023.

OTHMAN, E. H. et al. Nursing diagnoses among oncology patients in medical units: a retrospective study of patients' records. **ecancermedicalscience**, v. 15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1315>. Acesso em: 10 mai. 2023.

OUZZANI, M. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 5, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 12 mai. 2023.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **International Journal of Surgery**, v. 88, p. 105906, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.105906>. Acesso em: 12 mai. 2023.

PAREDES, A. Z. et al. Preoperative Medical Referral Prior to Hepatopancreatic Surgery—Is It Worth it?. **Journal of Gastrointestinal Surgery**, v. 25, p. 954-961, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11605-020-04590-x>. Acesso em: 12 mai. 2023.

PAUTASSO, F. F. *et al.* Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, p. e2017-0102, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0102>. Acesso em: 16 mai. 2023.

PEREIRA, A. C. *et al.* Pre-operative education in the perspective of cancer patients. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 449-456, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10976p449-456-2016>. Acesso em: 16 mai. 2023.

PEREIRA, E. B. F. *et al.* Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos. **Rev. SOBECC**, p. 21-27, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800010005>. Acesso em: 12 mai. 2023.

PETTERSSON, M. E. *et al.* Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients under going colorectal cancer surgery. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 31, n. 4, p. 674-686, 2017.

RATTO, N. *et al.* The intraoperative use of aortic balloon occlusion technique for sacral and pelvic tumor resections: a case-control study. **Surgical Oncology**, v. 32, p. 69-74, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2019.11.003>. Acesso em: 10 mai. 2023.

ROHSIG, V. Nurse navigation program: outcomes from a breast cancer center in Brazil. **Clinical journal of oncology nursing**. Number 1/February 2019, v. 23, n. 1, p. E25-E31, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/19.CJON.E25-E31>. Acesso em: 12 abr 2023.

ROSS, M. E. *et al.* Pre-operative opioid use in gynecologic oncology: a common comorbidity relevant to the peri-operative period. **International Journal of Gynecologic Cancer**, v. 29, n. 9, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/ijgc-2019-000508>. Acesso em: 10 mai. 2023.

SANTA MINA, D. *et al.* Prehabilitation for radical prostatectomy: a multicentre randomized controlled trial. **Surgical oncology**, v. 27, n. 2, p. 289-298, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2018.05.010>. Acesso em: 08 mai. 2023.

SANTOS LUCIANO, F. R. *et al.* Validação de instrumento para registro da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 200-210, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040005>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SILVA, L. G.; MOREIRA, M. C. Grau de complexidade dos cuidados de enfermagem: readmissões hospitalares de pessoas com câncer de mama. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180015>. Acesso em: 08 mai. 2023.

SILVA, S. S. F. *et al.* Post-operative oncological patients in prolonged fast: nursing diagnosis and interventions. **Revista enfermagem UERJ**, v. 28, p. 50567, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50567>. Acesso em: 08 mai. 2023.



SINNAMON, A. J. et al. Prospective implementation of a standardized screening protocol for deep venous thrombosis in abdominal surgical oncology patients. **Journal of Surgical Oncology**, v. 118, n. 3, p. 568-573, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jso.25151>. Acesso em: 12 abr 2023.

SØNDERGAARD, S. F. et al. A Realistic Evaluation of Danish Perioperative Nurses' Documentation Practices. **AORN journal**, v. 110, n. 5, p. 500-509, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aorn.12840>. Acesso em: 08 mai. 2023.

SONDERGAARD, S. F. et al. The documentation practice of perioperative nurses: a literature review. **Journal of clinical nursing**, v. 26, n. 13-14, p. 1757-1769, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13445>. Acesso em: 08 mai. 2023.

SUGAWARA, G. et al. Preoperative biliary colonization/infection caused by multidrug-resistant (MDR) pathogens in patients undergoing major hepatectomy with extrahepatic bile duct resection. **Surgery**, v. 163, n. 5, p. 1106-1113, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.12.031>. Acesso em: 12 abr 2023.

TELES, A. A. S. **Ansiedade, depressão e estresse percebido no perioperatório de pacientes com presença ou ausência de estomização intestinal por câncer colorretal**. 2021. 131 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006.

VALENCIA-CONTRERA, M. A. V. Escala de evaluación de artículos con metodologías heterogéneas para revisiones integrativas. **Revista Cuidarte**, v. 13, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2744>. Acesso em: 16 mai. 2023.

VAN DER HEIJDEN, J. A. G. et al. Implementation of a postoperative screening and treatment guidance for the low anterior resection syndrome: preliminary results. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 62, n. 9, p. 1033-1042, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001428>. Acesso em: 10 mai. 2023.

VAN STEIN, R. M. et al. Standardizing HIPEC and perioperative care for patients with ovarian cancer in the Netherlands using a Delphi-based consensus. **Gynecologic Oncology Reports**, v. 39, p. 100945, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gore.2022.100945>. Acesso em: 11 mai. 2023.

VICENTE, D. et al. Preoperative therapy for gastric adenocarcinoma is protective for poor oncologic outcomes in patients with complications after gastrectomy. **Annals of surgical oncology**, v. 25, p. 2720-2730, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1245/s10434-018-6638-8>. Acesso em: 11 mai. 2023.

VUONG, B. et al. Implementation of a post-mastectomy home recovery program in a large, integrated health care delivery system. **Annals of Surgical Oncology**, v. 26, p. 3178-3184, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1245/s10434-019-07551-0>. Acesso em: 12 abr 2023.

WATERLAND, J. L. et al. Implementing a telehealth prehabilitation education session for patients preparing for major cancer surgery. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06437-w>. Acesso em: 11 mai. 2023.

WESTRA, B. L.; PETERSON, J. J. Big data and perioperative nursing. **AORN journal**, v. 104, n. 4, p. 286-292, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.07.009>. Acesso em: 11 mai. 2023.

WHITTON-SMITH, A. et al. Breast Cancer: Survivorship care case study, care plan, and commentaries. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 25, n. 6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/21.CJON.S2.34-42>. Acesso em: 10 mai. 2023.

YANG, Y. et al. Preoperative volumetric modulated arc therapy with simultaneous integrated boost for locally advanced distal rectal cancer. **Technology in Cancer Research & Treatment**, v. 18, p. 1533033818824367, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clon.2011.07.001>. Acesso em: 11 mai. 2023.

## ANEXO A – INSTRUMENTOS

## ROTEIRO DE VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

## IDENTIFICAÇÃO

DATA: / /

NOME: _____	IDADE: _____	SEXO: F ( ) M ( )
REGISTRO: _____	LEITO: _____	ENFERMARIA: _____
ESCOLARIDADE: _____	ESTADO CIVIL: _____	
PROCEDÊNCIA: Capital: ( ) Interior: ( ) Outro Estado: ( )		
OBS.: _____		

## ANTECEDENTES FAMILIARES / PESSOAIS

CIRURGIAS ANTERIORES: Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual e quando: _____
HIPERTERMIA MALIGNA NA FAMÍLIA: Sim ( ) Não ( ) Não sabe informar ( )
I.D.: _____
A.M.F.: _____
A.M.P.: DIABETES: Sim ( ) Não ( ) HIPERTENSÃO: Sim ( ) Não ( ) HEPATOPATIAS: Sim ( ) Não ( )
CARDIOPATIAS: Sim ( ) NÃO ( ) NEFROPATIAS: Sim ( ) Não ( ) DOENÇA MENTAL: Sim ( ) Não ( )
DÉFICIT LOCOMOTOR: Sim ( ) Não ( ) ETILISTA: Sim ( ) Não ( ) TABAGISTA: Sim ( ) Não ( )
ALERGIAS: Sim ( ) Não ( ) SE, SIM QUAL?

## ANAMNESE/ EXAME FÍSICO

PESO: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Consciente ( ) Coma ( ) Sedado ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Obnubilado ( ) Torporoso ( ) Vigil ( )
TEGUMENTO: Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Cianótico ( ) Ictérico ( )
SINAIS VITAIS: T: _____ °C, P: _____ bpm, R: _____ ipm, PA: _____ mmHg.
PADRÃO CARDÍACO: Normocárdico ( ) bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Arritmia ( )
PADRÃO RESPIRATÓRIO: Espontânea ( ) Cateter/máscara de O2 ( ) entubado ( ) Traqueostomia ( )
ALIMENTAÇÃO/ HIDRATAÇÃO: Desidratado ( ) V.O ( ) Dieta Zero ( ) NPP ( ) SNE/SNG ( ) gastrostomia ( )
ELIMINAÇÃO: Drenos: _____ ( ) Sangramentos: _____ ( ) SVF ( ) Ostomias ( )

## TRATAMENTO CIRÚRGICO

DATA: / /

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

JÁ TEVE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SUSPENSO: Sim ( ) Não ( ) Nº DE VEZES: _____
MOTIVO: _____
CIRURGIÀ: _____ CIRURGIÃO: _____
<b>Patologia:</b> Sim ( ) Não ( ) <b>Concentrado de hemácias:</b> Sim ( ) Não ( ) <b>Plasma:</b> Sim ( ) Não ( ) <b>CTI:</b> Sim ( ) Não ( )

## REGIME TERAPEUTICO

ANTI-HIPERTENSIVO: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
ANTIBIÓTICO: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
ANTI-INFLAMATÓRIO: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
HIPOGLICEMIANTE: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
ANTICOAGULANTE: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
RADIOTERAPIA: Sim ( ) Não ( ) Seções: _____ QUIMIOTERAPIA: Sim ( ) Não ( ) Seções: _____
OUTROS: _____

## EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

TIPO

SANGUÍNEO:

Hb: _____ g/dl Ht: _____ % Plaquetas: _____ mm <sup>3</sup> Leucócitos: _____ mm <sup>3</sup> Glicemia: _____ mg/dl
RX: Sim ( ) Não ( ) TOMOGRAFIA: Sim ( ) Não ( ) RESSONÂNCIA: Sim ( ) Não ( )
OUTROS: _____

FICHA DO DC: Sim ( ) Não ( ) TERMO AUTORIZAÇÃO EM CASO DE AMPUTAÇÃO: Sim ( ) Não ( )  
OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRANSOPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) Idade: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Cirúrgia: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
<b>DE 1: Ansiedade relacionada ao procedimento cirúrgico e anestésico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Receber o paciente no C.C, identificando-se e promovendo apoio psicológico</li> </ul>	
<b>DE 2: Risco de trauma relacionado a queimadura secundário ao uso do bisturi elétrico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instalar placa dispersiva, verificando posicionamento correto e evitando contato com fluídos;</li> <li>Observar se há presença de órteses, próteses e adornos;</li> <li>Observar funcionamento de corte e coagulação do bisturi elétrico.</li> </ul>	
<b>DE 3: Risco de lesão relacionado ao posicionamento durante o transoperatório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mover paciente da maca para mesa cirúrgica, sem arrastá-lo e com segurança;</li> <li>Posicionar o paciente corretamente na mesa cirúrgica</li> <li>Manipular delicadamente as articulações; não permitir que os membros ultrapassem a mesa cirúrgica;</li> <li>Usar contenções confortáveis em MMSS;</li> <li>Proteger os olhos com viseiras e observar as orelhas para que não fiquem dobradas;</li> <li>Verificar fixação e posicionamento da SVF;</li> <li>Manter vigilância constante</li> </ul>	
<b>DE 4: Risco para hipotermia relacionado a exposição ao frio e diminuição da circulação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar algodão ortopédico e ataduras para prevenir a perda de calor em MMSS e MMII</li> <li>Instalar manta térmica nas cirurgias de grande porte;</li> <li>Manter controle da temperatura ambiente.</li> </ul>	
<b>DE 5: Risco de queda relacionado ao efeitos sedativos, e durante o posicionamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antes do posicionamento, investigar e documentar a capacidade de amplitude de movimento e/ou anormalidade física;</li> <li>Mover o paciente da maca para mesa cirúrgica de acordo com o protocolo;</li> <li>Não deixar o paciente sozinho na mesa cirúrgica;</li> <li>Levantar grades laterais da cama;</li> </ul>	
<b>DE6: Risco de infecção relacionado ao local de invasão do organismo secundário a cirurgia e presença de vias invasivas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar a lavagem meticulosa das mãos de toda equipe cirúrgica;</li> <li>Realizar técnica asséptica em todo procedimento cirúrgico;</li> <li>Restringir os procedimentos invasivos ao absolutamente necessário</li> </ul>	

EQUIPE:

CIRURGIÕES	ANESTESIOLOGISTAS	EQUIPE DE ENFERMAGEM
Cirurgião:	Anestesista:	Enfermeira:
1º Assistente:	Residente:	Circulante:
2º Assistente:		Instrumentador:

### POSICIONAMENTO

<input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Lateral D <input type="checkbox"/> Lateral E <input type="checkbox"/> Litotômica <input type="checkbox"/> Trendelemburg
<input type="checkbox"/> Trendelemburg Reversa <input type="checkbox"/> Fowler <input type="checkbox"/> Kraske <input type="checkbox"/> Outros:

### ANESTESIA

Tipo:
Cateter Epidural: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intubação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não TOT n°:
Intercorrências:

### SOLUÇÃO ANTISÉPTICA

<input type="checkbox"/> PVPI Degermante <input type="checkbox"/> PVPI Tópico <input type="checkbox"/> PVPI Alcoólico <input type="checkbox"/> Outros:
--

### PROTEÇÃO E AQUECIMENTO

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Com:
--

### SONDAGEM

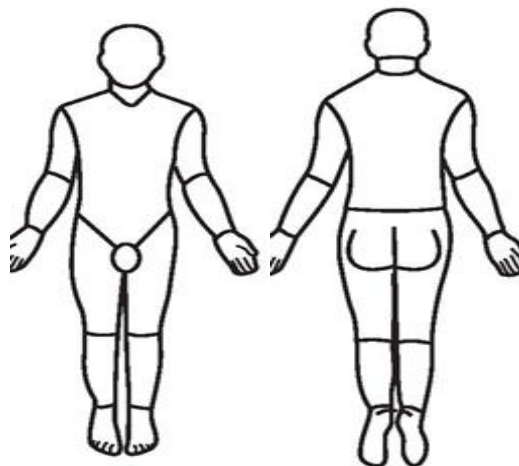
Nasogástrica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sonda N°:	Vesical <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sonda N°:
---	---

### PATOLOGIA

Material:
Congelação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anatomopatológico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### PROCEDIMENTO

- 01 – Escovação
- 02 – Eletrodos
- 03 – Oxímetro
- 04 – PA não Invasiva
- 05 – PA invasiva
- 06 – Cateter periférico
- 07 – Cateter central
- 08 – Placa dispersiva
- 09 – Coxins
- 10 – Incisão de drenos
- 11 – SNG
- 12 – SVF
- 13 – TOT



### ENCAMINHAMENTO

<input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Ambulatório
---

Enfermeiro (a)

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



2ª hora									
3ª hora									

**AVALIAÇÃO DA ESCALA DE ALDRETE**

Parâmetro	Admissão	1ª hora	2ª hora	3ª hora
Hora				
Consciência				
Atividade				
Respiração				
Circulação				
Coloração				
Total				
Rubrica				

**Consciência**

Completamente acordado: 2  
 Despertar ao comando: 1  
 Não responde a estímulo: 0

**Atividade**

Move os 4 membros voluntario ou sob comando: 2  
 Move 2 membros voluntario ou sob comando: 1  
 Imóvel mesmo ao comando: 0

**Respiração**

Respira profundamente e pode tossir: 2  
 Dispneia ou limitação da respiração: 1  
 Apneia: 0

**Circulação**

PA até 20% do nível habitual: 2  
 PA varia de 20% a 50% do nível habitual: 1  
 PA varia mais de 50% do nível habitual: 0

**Coloração**

Rosado, coloração normal: 2  
 Pálido, icterico: 1  
 Cianótico: 0

**LIBERADO COM 7 À 8 PONTOS**

**LIBERAÇÃO**

Hora da Saída:	Clínica:	Leito:
----------------	----------	--------

## ANEXO B – INSTRUMENTOS ATUALIZADOS

Os instrumentos abaixo foram atualizados conforme as evidências da RI. Identificou-se que o roteiro de visita pré-operatória não possuía diagnósticos de enfermagem, algo sanado na presente proposição.

### ROTEIRO DE VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

#### IDENTIFICAÇÃO

DATA:    /    /

NOME: _____	IDADE: _____	SEXO: F ( ) M ( )
REGISTRO: _____	LEITO: _____	ENFERMARIA: _____
ESCOLARIDADE: _____	ESTADO CIVIL: _____	
OBS.: _____		
PROCEDÊNCIA: Capital ( ) Interior ( ) Outro Estado ( )		

#### ANTECEDENTES FAMILIARES / PESSOAIS

CIRURGIAS ANTERIORES: Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual e quando: _____
HIPERTERMIA MALIGNA NA FAMÍLIA: Sim ( ) Não ( ) Não sabe informar ( )
I.D.: _____
A.M.F.: _____
A.M.P.: DIABETES: Sim ( ) Não ( ) HIPERTENSÃO: Sim ( ) Não ( ) HEPATOPATIAS: Sim ( ) Não ( )
CARDIOPATIAS: Sim ( ) NÃO ( ) NEFROPATIAS: Sim ( ) Não ( ) DOENÇA MENTAL: Sim ( ) Não ( )
DÉFICIT LOCOMOTOR: Sim ( ) Não ( ) ETILISTA: Sim ( ) Não ( ) TABAGISTA: Sim ( ) Não ( )
ALERGIAS: Sim ( ) Não ( ) SE, SIM QUAL? _____

#### ANAMNESE/ EXAME FÍSICO

PESO: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Consciente ( ) Coma ( ) Sedado ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Obnubilado ( ) Torporoso ( ) Vigil ( )

TEGUMENTO: Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Cianótico ( ) Ictérico ( )

SINAIS VITAIS: T: \_\_\_\_\_ °C, P: \_\_\_\_\_ bpm, R: \_\_\_\_\_ ipm, PA: \_\_\_\_\_ mmHg.

PADRÃO CARDÍACO: Normocárdico ( ) bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Arritmia ( )

PADRÃO RESPIRATÓRIO: Espontânea ( ) Cateter/máscara de O2 ( ) entubado ( ) Traqueostomia ( )

ALIMENTAÇÃO/ HIDRATAÇÃO: Desidratado ( ) V.O ( ) Dieta Zero ( ) NPP ( ) SNE/SNG ( ) gastrostomia ( )

ELIMINAÇÃO: Drenos: \_\_\_\_\_ ( ) Sangramentos: \_\_\_\_\_ ( ) SVF ( ) Ostomias ( )

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO

DATA:    /    /

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

JÁ TEVE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SUSPENSO: Sim ( ) Não ( ) Nº DE VEZES: _____
MOTIVO: _____
CIRURGIÀ: _____ CIRURGIÃO: _____
<b>Patologia:</b> Sim ( ) Não ( ) <b>Concentrado de hemácias:</b> Sim ( ) Não ( ) <b>Plasma:</b> Sim ( ) Não ( ) <b>CTI:</b> Sim ( ) Não ( )

#### REGIME TERAPEUTICO

ANTI-HIPERTENSIVO: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
ANTIBIÓTICO: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
ANTI-INFLAMATÓRIO: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
HIPOGLICEMIANTE: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
ANTICOAGULANTE: Sim ( ) Não ( ) Qual: _____ mg: _____ dosagem: _____
RADIOTERAPIA: Sim ( ) Não ( ) Seções: _____ QUIMIOTERAPIA: Sim ( ) Não ( )
Seções: _____



OUTROS: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

TIPO

SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_

Hb: \_\_\_\_\_ gl/dl Ht: \_\_\_\_\_ % Plaquetas: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Leucócitos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup> Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

RX: Sim ( ) Não ( ) TOMOGRAFIA: Sim ( ) Não ( ) RESSONÂNCIA: Sim ( ) Não ( )

OUTROS: \_\_\_\_\_

FICHA DO DC: Sim ( ) Não ( )

TERMO AUTORIZAÇÃO EM CASO DE AMPUTAÇÃO: Sim ( ) Não ( )

CONSENTIMENTO CIRÚRGICO: Sim ( ) Não ( )

CONSENTIMENTO ANESTESIA: Sim ( ) Não ( )

CONSENTIMENTO IPCM – Patologia: Sim ( ) Não ( )

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: Sim ( ) Não ( )

Nome: _____ Sexo: F ( ) M ( ) Idade: _____ Registro: _____ Clínica: _____ Leito: _____ Cirurgia: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
<b>DE 1: Hipertermia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar e acompanhar as leituras da temperatura corporal ao longo do tempo.</li> <li>• Monitorar sinais e sintomas de hipertermia, como sudorese excessiva, pele quente ao toque e alterações no nível de consciência.</li> <li>• Avaliar regularmente os sinais vitais do paciente, incluindo a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória.</li> <li>• Observar qualquer alteração nos sinais vitais que possa indicar uma piora da hipertermia ou a presença de complicações.</li> <li>• Monitorar a ingestão de líquidos e registrar a quantidade ingerida pelo paciente.</li> </ul>	
<b>DE 2: Padrão respiratório ineficaz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar e registrar a frequência respiratória, profundidade, ritmo e esforço respiratório do paciente.</li> <li>• Utilizar monitorização contínua da oximetria de pulso para avaliar a saturação de oxigênio no sangue.</li> <li>• Monitorar a presença de sons respiratórios anormais, como sibilos, crepitações ou diminuição dos sons respiratórios.</li> <li>• Auxiliar o paciente a encontrar uma posição confortável para respirar, como sentado com apoio ou em posição de Fowler.</li> <li>• Avaliar a necessidade de oxigenoterapia e administrar oxigênio suplementar conforme prescrição médica.</li> <li>• Monitorar continuamente a saturação de oxigênio durante a administração de oxigênio.</li> <li>• Assegurar que os dispositivos de fornecimento de oxigênio estejam corretamente ajustados e funcionando adequadamente.</li> </ul>	
<b>DE 3: Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a ingestão de alimentos, registrar a quantidade e a qualidade das refeições consumidas e identificar padrões alimentares inadequados.</li> <li>• Acompanhar os níveis de nutrientes no sangue, como proteínas, vitaminas e minerais, por meio de exames laboratoriais.</li> <li>• Encaminhar o paciente para profissional suporte nutricional, se disponíveis, como grupos de educação alimentar ou programas de reabilitação nutricional.</li> </ul>	

<b>DE 4: Identidade pessoal perturbada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encorajar o paciente a discutir seus sentimentos e percepções de identidade pessoal.</li> <li>• Incentivar o paciente a identificar e reconhecer suas qualidades pessoais.</li> <li>• Oferecer aconselhamento individual ou encaminhamento para terapia especializada, se necessário.</li> </ul>	
<b>DE 5: Padrão de sono perturbado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar o padrão de sono/vigília do paciente.</li> <li>• Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão do sono.</li> <li>• Observar circunstâncias físicas (p. ex., apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto e frequência urinária) e/ou psicológicas (p. ex., medo ou ansiedade) que interrompam o sono.</li> <li>• Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina para a hora de dormir para facilitar a transição da vigília para o sono.</li> <li>• Agrupar as atividades de cuidado de modo a minimizar os momentos de despertar; possibilitar ciclos de sono de, no mínimo, 90 minutos.</li> <li>• Ajustar os horários de administração de medicamentos em apoio ao ciclo de sono/vigília do paciente</li> </ul>	
<b>DE 6: Constipação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar motilidade intestinal, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado.</li> <li>• Monitorar os ruídos hidroaéreos.</li> <li>• Comunicar o médico sobre redução/aumento da frequência de ruídos hidroaéreos.</li> <li>• Monitorar ocorrência de sinais e sintomas de ruptura intestinal e/ou peritonite.</li> <li>• Explicar a etiologia do problema e a justificativa para a pessoa.</li> <li>• Identificar medicamentos, repouso no leito e dieta que possam causar ou contribuir para a constipação.</li> <li>• Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado.</li> </ul>	
<b>DE 7: Diarreia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar o número de evacuações do paciente e suas características, como consistência das fezes, presença de sangue ou muco.</li> <li>• Observar se há diarreia persistente ou se houve mudanças recentes nas fezes do paciente.</li> <li>• Observar a presença de sinais de desidratação, como boca seca, pouca urina ou tonturas, e comunicar ao médico se necessário.</li> <li>• Instruir o paciente sobre a importância da higiene adequada após cada episódio de diarreia.</li> <li>• Aplicar cremes ou pomadas protetoras na região perineal para prevenir irritações e lesões.</li> <li>• Administrar medicamentos antidiarreicos conforme prescrição médica.</li> <li>• Monitorar os efeitos colaterais dos medicamentos e relatar ao médico se necessário.</li> </ul>	
<b>DE 8: Dor crônica relacionada ao câncer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar sinais vitais e sintomas de dor local e intensidade;</li> <li>• Administrar analgésico conforme prescrição médica e registrar efeito.</li> </ul>	

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRANSOPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: _____	Sexo: F ( ) M ( ) Idade: _____
Registro: _____	Clínica: _____
Leito: _____	
Cirúrgia: _____	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
<b>DE 1: Ansiedade relacionada ao procedimento cirúrgico e anestésico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Receber o paciente no C.C, identificando-se e promovendo apoio psicológico</li> </ul>	
<b>DE 2: Risco de lesão (unidade de eletrocirurgia), secundário ao uso do bisturi elétrico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instalar placa dispersiva, verificando posicionamento correto e evitando contato com fluídos;</li> <li>Observar se há presença de órteses, próteses e adornos;</li> <li>Observar funcionamento de corte e coagulação do bisturi elétrico.</li> </ul>	
<b>DE 3: Risco de lesão relacionado ao posicionamento durante o transoperatório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mover paciente da maca para mesa cirúrgica, sem arrastá-lo e com segurança;</li> <li>Posicionar o paciente corretamente na mesa cirúrgica</li> <li>Manipular delicadamente as articulações; não permitir que os membros ultrapassem a mesa cirúrgica;</li> <li>Usar contenções confortáveis em MMSS;</li> <li>Proteger os olhos com viseiras e observar as orelhas para que não fiquem dobradas;</li> <li>Verificar fixação e posicionamento da SVF;</li> <li>Manter vigilância constante</li> </ul>	
<b>DE 4: Risco para hipotermia relacionado a exposição ao frio e diminuição da circulação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar algodão ortopédico e ataduras para prevenir a perda de calor em MMSS e MMII</li> <li>Instalar manta térmica nas cirurgias de grande porte;</li> <li>Manter controle da temperatura ambiente.</li> </ul>	
<b>DE 5: Risco de queda relacionado ao efeitos sedativos, e durante o posicionamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antes do posicionamento, investigar e documentar a capacidade de amplitude de movimento e/ou anormalidade física;</li> <li>Mover o paciente da maca para mesa cirúrgica de acordo com o protocolo;</li> <li>Não deixar o paciente sozinho na mesa cirúrgica;</li> <li>Levantar grades laterais da cama;</li> </ul>	
<b>DE6: Risco de infecção relacionado ao local de invasão do organismo secundário a cirurgia e presença de vias invasivas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar a lavagem meticulosa das mãos de toda equipe cirúrgica;</li> <li>Realizar técnica asséptica em todo procedimento cirúrgico;</li> <li>Restringir os procedimentos invasivos ao absolutamente necessário</li> </ul>	

## EQUIPE:

CIRURGIÕES	ANESTESIOLOGISTAS	EQUIPE DE ENFERMAGEM
Cirurgião: _____	Anestesista: _____	Enfermeira: _____

1º Assistente:	Residente:	Circulante:
2º Assistente:		Instrumentador:

### POSICIONAMENTO

<input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Lateral D <input type="checkbox"/> Lateral E <input type="checkbox"/> Litotômica <input type="checkbox"/> Trendelemburg
<input type="checkbox"/> Trendelemburg Reversa <input type="checkbox"/> Fowler <input type="checkbox"/> Kraske <input type="checkbox"/> Outros:

### ANESTESIA

Tipo:
Cateter Epidural: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intubação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não TOT n°:
Intercorrências:

### SOLUÇÃO ANTISÉPTICA

<input type="checkbox"/> PVPI Degermante <input type="checkbox"/> PVPI Tópico <input type="checkbox"/> PVPI Alcoólico <input type="checkbox"/> Outros:
--

### AQUECIMENTO

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cobertor <input type="checkbox"/> Lençóis <input type="checkbox"/> Manta térmica <input type="checkbox"/>
---

### SONDAGEM

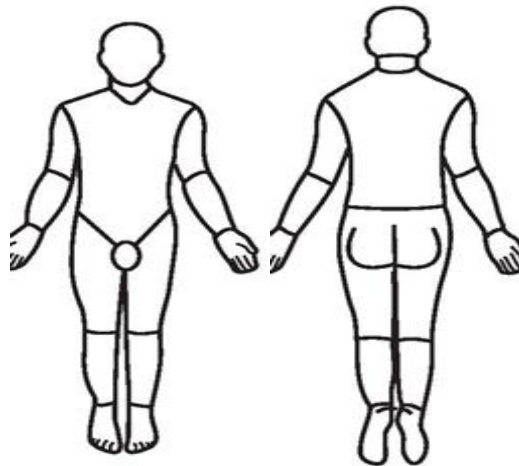
Nasogástrica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sonda N°:	Vesical <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sonda N°:
Nasoenteral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sonda N°:	GTT <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Jejunostomia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### PATOLOGIA

Material:	Cultura: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Congelação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Anatomopatológico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### PROCEDIMENTO

- 01 – Escovação
- 02 – Eletrodos
- 03 – Oxímetro
- 04 – PA não Invasiva
- 05 – PA invasiva
- 06 – Cateter periférico
- 07 – Cateter central
- 08 – Placa dispersiva
- 09 – Coxins
- 10 – Incisão de drenos
- 11 – SNG
- 12 – SVF
- 13 – TOT
- 14 – CURATIVOS



### ENCAMINHAMENTO

<input type="checkbox"/> URPA <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Ambulatório
---

---

Enfermeiro (a)

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: _____ Sexo: F ( ) M ( ) Idade: _____		
Registro: _____ Clínica: _____ Leito: _____		
Cirúrgia: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
<b>DE 1: Ansiedade relacionada ao procedimento cirúrgico e anestésico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber o paciente na Unidade de RPA, identificando-se e promovendo apoio psicológico;</li> <li>• Orientar quanto ao local que se encontra e qual a finalidade, esclarecendo dúvidas.</li> </ul>	
<b>DE 2: Risco para padrão respiratório ineficaz relacionado com medicações associadas a anestesia, tipo de cirurgia, dor e obstrução traqueobronquica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir e registrar TPR e PA, e Sat. O<sub>2</sub>;</li> <li>• Instalar O<sub>2</sub> úmido por cateter nasal ( ____L/min );</li> <li>• Deixar preparado material para intubação;</li> </ul>	
<b>DE 3: Risco de aspiração, relacionado ao nível reduzido de consciência e/ou depressão dos reflexos de tosse e regurgitação secundário a anestesia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirar VAS, traqueostomia e observar aspecto das secreções;</li> <li>• Avaliar perfusão capilar periférica;</li> <li>• Se possível manter cabeça lateralizada.</li> </ul>	
<b>DE 4: Risco para hipotermia relacionado a exposição ao frio e diminuição da circulação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar mantas e cobertores para aquecer o paciente;</li> <li>• Manter controle da temperatura ambiente.</li> </ul>	
<b>DE 5: Risco de queda relacionado ao efeitos sedativos, e durante o posicionamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantar grades laterais da cama;</li> </ul>	
<b>DE 6: Risco de infecção relacionado ao local de invasão do organismo secundário a cirurgia e presença de vias invasivas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar lavagem das mãos antes e após contato com paciente;</li> <li>• Restringir os procedimentos invasivos ao absolutamente necessário</li> </ul>	
<b>DE 7: Déficit de volume de líquidos relacionado a cirurgia e/ou redução do débito cardíaco e PA relacionado com agente anestésico, perdas sanguíneas, alterações de frequência e ritmo cardíaco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar e registrar nível de consciência;</li> <li>• Observar drenagem no local da cirurgia e drenos;</li> <li>• Administrar líquidos e hemocomponente e/ou derivados conforme prescrição médica;</li> <li>• Observar e registrar aspecto débito da diurese.</li> </ul>	
<b>DE 8: Dor aguda relacionada a incisão cirúrgica e imobilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar sinais vitais e sintomas de dor local e intensidade;</li> <li>• Administrar analgésico conforme prescrição médica e registrar efeito.</li> </ul>	
<b>DE 9: Conforto alterado relacionado a náuseas secundários aos efeitos da anestesia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a causa da náusea e a duração, se conhecida;</li> <li>• Administrar antiemético conforme prescrição e registrar efeito;</li> <li>• Lateralizar a cabeça em caso de êmese.</li> </ul>	
<b>DE 10: Risco de sangramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar e registrar os sinais vitais do paciente regularmente, incluindo pressão arterial, pulso e frequência respiratória.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar qualquer alteração nos sinais vitais que possa indicar um aumento do risco de sangramento.</li> <li>• Monitorar os resultados dos exames de coagulação, como tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) e contagem de plaquetas.</li> <li>• Avaliar a presença de sangramento em locais de punção venosa, sondas, cateteres ou feridas cirúrgicas.</li> <li>• Verificar a ocorrência de hematomas inexplicáveis, petéquias, sangramento nas gengivas, sangue na urina ou nas fezes e sangramento vaginal excessivo (em pacientes do sexo feminino).</li> </ul>	
--	---	--

#### AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Hora	Horário	Sat O <sub>2</sub>	T	P	R	PA	Hemocomponentes e Parenteral		Rubrica
							Administrado	Eliminado	
Admissão									
1ª hora									
2ª hora									
3ª hora									

#### AVALIAÇÃO DA ESCALA DE ALDRETE

Parâmetro	Admissão	1ª hora	2ª hora	3ª hora
Hora				
Consciência				
Atividade				
Respiração				
Circulação				
Coloração				
Total				
Rubrica				

##### Consciência

Completamente acordado: 2  
 Despertar ao comando: 1  
 Não responde a estímulo: 0

##### Atividade

Move os 4 membros voluntario ou sob comando: 2  
 Move 2 membros voluntario ou sob comando: 1  
 Imóvel mesmo ao comando: 0

##### Respiração

Respira profundamente e pode tossir: 2  
 Dispneia ou limitação da respiração: 1  
 Apneia: 0

##### Circulação

PA até 20% do nível habitual: 2  
 PA varia de 20% a 50% do nível habitual: 1  
 PA varia mais de 50% do nível habitual: 0

##### Coloração

Rosado, coloração normal: 2  
 Pálido, ictérico: 1  
 Cianótico: 0

LIBERADO COM 7 À 8 PONTOS

#### LIBERAÇÃO

Hora da Saída:	Clínica:	Leito:
----------------	----------	--------

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PÓS- OPERATÓRIO MEDIATO

Nome: _____ Sexo: F ( ) M ( ) Idade: _____ Registro: _____ Clínica: _____ Leito: _____ Cirurgia: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
<b>DE 1: Dor aguda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a intensidade da dor utilizando escalas de avaliação da dor, como a escala numérica ou a escala de faces.</li> <li>• Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo a localização, a qualidade, a duração e os fatores desencadeantes.</li> <li>• Monitorar regularmente a resposta do paciente ao tratamento da dor e registrar os resultados.</li> <li>• Administrar analgésicos conforme prescrição médica, levando em consideração o tipo e a intensidade da dor.</li> </ul>	
<b>DE 2: Fadiga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma avaliação abrangente da fadiga, incluindo a frequência, intensidade, duração e fatores desencadeantes.</li> <li>• Utilizar escalas de avaliação da fadiga, como a Escala Visual Analógica (EVA), para medir e acompanhar a fadiga ao longo do tempo.</li> <li>• Avaliar e monitorar a presença de sintomas relacionados à fadiga, como dor, náuseas, ansiedade ou depressão.</li> <li>• Administrar medicamentos conforme prescrição médica para aliviar sintomas específicos.</li> </ul>	
<b>DE 3: Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar a ingestão de alimentos, registrar a quantidade e a qualidade das refeições consumidas e identificar padrões alimentares inadequados.</li> <li>• Acompanhar os níveis de nutrientes no sangue, como proteínas, vitaminas e minerais, por meio de exames laboratoriais.</li> <li>• Encaminhar o paciente para profissional suporte nutricional, se disponíveis, como grupos de educação alimentar ou programas de reabilitação nutricional.</li> </ul>	
<b>DE 4: Recuperação cirúrgica retardada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar e registrar os sinais vitais do paciente regularmente, incluindo a frequência cardíaca, a pressão arterial, a frequência respiratória e a temperatura.</li> <li>• Observar a incisão cirúrgica em busca de sinais de infecção, como vermelhidão, calor, inchaço, drenagem purulenta ou separação dos tecidos.</li> <li>• Avaliar a intensidade da dor do paciente utilizando escalas de avaliação da dor.</li> <li>• Administrar analgésicos conforme prescrição médica e monitorar os efeitos e a eficácia da medicação.</li> <li>• Incentivar o paciente a realizar exercícios ativos ou passivos nos membros inferiores para melhorar a circulação sanguínea e prevenir a formação de coágulos.</li> <li>• Utilizar medidas de profilaxia antitrombótica, como meias de compressão graduada ou dispositivos de compressão pneumática intermitente, conforme prescrição médica.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar curativos adequados na incisão cirúrgica, seguindo as diretrizes e os protocolos institucionais.</li><li>• Instruir o paciente sobre a importância da higiene da ferida e dos cuidados com a incisão cirúrgica, como a lavagem das mãos antes do curativo.</li></ul>	
--	---	--