

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Lúcia Garcia Dantas Martins Silva

**PROBLEMAS DE USUÁRIOS CIRÚRGICOS APÓS
A ALTA HOSPITALAR**

*Identificando fatores condicionantes do
processo cirúrgico e suas implicações para a
assistência perioperatória*

São Paulo

2004

LÚCIA GARCIA DANTAS MARTINS SILVA

**PROBLEMAS DE USUÁRIOS CIRÚRGICOS APÓS
A ALTA HOSPITALAR**

***Identificando fatores condicionantes do
processo cirúrgico e suas implicações para a
assistência perioperatória***

Dissertação apresentada ao Programa de
Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola
de Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Rúbia Aparecida Lacerda

SÃO PAULO

2004

Catálogo na publicação (CIP)
BIBLIOTECA "WANDA DE AGUIAR HORTA" DA EEUSP

Silva, Lúcia Garcia Dantas Martins

Problemas de usuários cirúrgicos após a alta hospitalar: identificando fatores condicionantes do processo cirúrgico e suas implicações para a assistência perioperatória / Lúcia Garcia Dantas Martins Silva. - São Paulo: LGDM Silva; 2004.

116 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rúbia Aparecida Lacerda

1. Assistência perioperatória 2. Assistência de enfermagem I. Título.

Dedicatória

Dedico este estudo

Ao Cesar, meu marido e companheiro, pelo carinho e paciência.

À minha família, sempre presente em meu caminhar.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Rúbia Aparecida Lacerda, o meu agradecimento pelo muito que fez, pela competência, dedicação e compreensão na busca desta conquista.

Aos Diretores do Grupo Policlín, em especial à Kyoko, Gerente de Enfermagem, pela oportunidade de realizar o curso de Pós-Graduação e contribuir de forma decisiva no meu progresso pessoal e profissional.

À Wilma e Ivone pela amizade, incentivo, atenção, disponibilidade, apoio e colaboração na realização deste trabalho.

A todos os colegas de trabalho, em especial à Viviane Megda, que de forma direta ou indireta, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

RESUMO

Silva LGDM. PROBLEMAS DE USUÁRIOS CIRÚRGICOS APÓS A ALTA HOSPITALAR: Identificando fatores condicionantes do processo cirúrgico e suas implicações para a assistência perioperatória. [Dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

Este estudo, realizado em um hospital geral e privado, teve como objetivos identificar problemas apresentados pelos pacientes cirúrgicos após a alta hospitalar, correlacioná-los com a assistência perioperatória e discutir ações possíveis pela enfermagem para a melhoria da evolução dos pacientes após a alta hospitalar. A população foi constituída de 112 pacientes submetidos a cirurgias eletivas no período de março a maio de 2004. Os dados foram obtidos dos prontuários e de entrevista com os pacientes, buscando informações sobre problemas apresentados e aspectos da assistência prestada referentes a: cirurgia, anestesia, preparo pré-operatório, períodos de permanência hospitalar pré e pós-operatória, visitas pré e pós-operatórias dos profissionais relacionados ao processo cirúrgico, momento das visitas, orientações recebidas para alta, entre outros. Os resultados mostraram que 69,6% dos pacientes relataram problemas, relacionados a alterações emocionais e fisiológicas e dúvidas. O mais freqüente referiu-se à ferida cirúrgica, que correspondeu às principais queixas relatadas. Dentre os problemas, 5,3% demandou re-internação. Os resultados referentes à assistência perioperatória apontam relação de alguns fatores com os problemas relatados. As orientações para a alta mostraram-se incompletas. Considerou-se que, na maioria dos casos, os períodos de permanência hospitalar pré e pós-operatórias são curtos e não favorecem momentos e locais formais para o preparo, avaliação e orientações ao paciente. O período pós-operatório é ainda mais curto, pelo tempo demandado para a recuperação anestésica que, neste estudo, predominaram aquelas mais complexas. Houve associação significativa entre período pós e tipo de anestesia. Não foram todos os pacientes que receberam visitas, nestas fases, por profissionais diretamente envolvidos com processo cirúrgico e, dentre os que receberam, foram significativas aquelas realizadas apenas no centro cirúrgico, principalmente entre os anestesiológicos. Os problemas após a alta que demandaram internação ocorreram em pacientes que não receberam visita pré-operatória pelo cirurgião e anestesiológico. Os pacientes só retornam ao hospital quando complicações já ocorreram. A alta do processo cirúrgico, portanto, ocorre no consultório do cirurgião e o hospital não tem condições de participar na prevenção dos problemas após a alta. Com o avanço da tecnologia, o processo cirúrgico se modificou. As intervenções cirúrgicas são cada vez mais rápidas, permitindo o restabelecimento em menor tempo. Por outro lado, o processo cirúrgico tem sido realizado em vários locais, além do hospital, podendo determinar “vácuos” nas etapas da assistência perioperatória e favorecer problemas, tanto durante a fase transoperatória quanto pós-operatória. Configura-se a necessidade de novas estratégias assistenciais que garantam a integralidade deste processo. E a enfermagem pode ser uma destas estratégias, como elo de integração entre paciente/família/hospital/médico. A determinação de momentos formais para avaliação e orientações ao paciente, tanto na fase pré-operatória quanto pós-operatória, deve ser considerada, visando atender às expectativas e necessidades dos pacientes como demonstrado neste estudo.

Unitermos: Assistência de enfermagem perioperatória; Processo cirúrgico; Assistência cirúrgica.

ABSTRACT

Silva LGDM. Identifying conditioning factors of the surgical process and their implications on the perioperative assistance. [masters thesis] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

This study, carried through in a general and private hospital, aimed at identifying problems presented by the surgical patients after being released from the hospital, connecting them with the perioperative assistance and discuss possible nursing actions for the improvement of the patients' evolution after hospital release. The population was composed of 112 patients submitted to elective surgeries in the period from March to May, 2004. The data had been obtained from the patients' records and from interviews with the patients, searching information on the problems presented and aspects of the assistance given referring to: surgery, anesthesia, preoperative preparation, pre and after operative periods of hospital staying, pre and after daily visits from the professionals related to the surgical process, time of the visits, guidances received for hospital release, among others. The results had shown that 69.6% of the patients presented problems, related to the emotional and physiological alterations and doubts. The most frequent referred to the surgical wound, which corresponded to most of the related complaints. Amongst the problems, 5.3% demanded re-hospitalization. The results concerning the perioperative assistance indicate a relation of some factors with the stated problems. The releasing guidances had revealed incomplete. In most of the cases it was considered that the pre and after operative periods of hospital staying are short and do not support formal moments and places for the preparation, evaluation and guidances to the patient. The after surgical period is still shorter, due to the time demanded for the anesthetic recovery which, in this study, the most complex ones had predominated. There was a significant association between the after operative period and type of anesthesia. In those phases, not all the patients had received visits from the professionals directly involved with surgical process and, amongst those who received, most of them were carried through only in the operating room, mainly amongst the anesthesiologists. The problems presented after the release that demanded hospitalization had occurred in patients who had not received preoperative and the anesthesiologist's daily visit. The patient only come back to the hospital when complications had already occurred. Therefore, the surgical process release occurs in the surgeon's office, and the hospital has no conditions to take part into preventing the problems after the release. With the advance of the technology, the operative process has been altered. Surgical interventions have been faster over and over, allowing the recovery in lesser time. On the other hand, the surgical process has been carried through in some places, besides the hospital, being able to determine the "chasms" in the perioperative assistance stages, and fomenting problems, not only during the transoperative period, as well as during the after surgical one. The need for new assistencial strategies was noticed, which would guarantee the completeness of this process. And nursing can be one of those strategies, as a link of integration between patient/family/hospital/surgeon. The determination of the patient's formal moments for evaluation and guidances, not only during the pre and after surgical phases, must be considered, aiming at answering the patients' expectations and needs as shown in this study.

Key words: Perioperative nursing assistance; Surgical Process; Surgical Assistance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao grau de escolaridade	52
Tabela 2	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao período de permanência hospitalar desde a admissão até o início da anestesia	53
Tabela 3	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao período de permanência hospitalar entre o término da cirurgia e alta hospitalar	55
Tabela 4	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à duração da cirurgia	56
Tabela 5	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à especialidade cirúrgica	57
Tabela 6	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao tipo de anestesia	59
Tabela 7	Distribuição dos pacientes cirúrgicos segundo o tipo de anestesia realizado e o período de permanência pós-operatória desde o término da cirurgia até a alta hospitalar	60
Tabela 8	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto aos exames pré-operatórios realizados	62
Tabela 9	Intercorrências registradas nos prontuários dos pacientes cirúrgicos no período transoperatório	63
Tabela 10	Distribuição dos pacientes cirúrgicos de acordo com intercorrências no período transoperatório e o período de permanência hospitalar pré-operatória	65

Tabela 11	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto aos tipos de orientações recebidas na fase pré-operatória	66
Tabela 12	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto aos profissionais que realizaram orientações pré-operatórias	67
Tabela 13	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto aos momentos e locais em que as orientações pré-operatórias foram feitas	68
Tabela 14	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto às visitas dos profissionais no hospital antes da cirurgia e os momentos/locais em que elas ocorreram	69
Tabela 15	Distribuição dos pacientes cirúrgicos com registro de intercorrências no transoperatório, de acordo com visitas dos profissionais antes da cirurgia no hospital e momentos/locais em que elas ocorreram	70
Tabela 16	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à visitas dos profissionais no hospital após a cirurgia e os momentos/locais em que elas ocorreram	72
Tabela 17	Queixas relatadas pelos pacientes quanto à assistência perioperatório recebida	76
Tabela 18	Distribuição dos pacientes cirúrgicos que relataram problemas (n=78) quanto ao local em que buscaram providências para resolução	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Total de cirurgias realizadas nos meses de março, abril e maio de 2004	40
Quadro 2	Problemas relatados pelos pacientes cirúrgicos no período pós-operatório	78

São José dos Campos – São Paulo, 2004

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao sexo	50
Gráfico 2	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à faixa etária	51
Gráfico 3	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à classificação da cirurgia por potencial de contaminação	58
Gráfico 4	Distribuição de pacientes cirúrgicos quanto à classificação ASA	61
Gráfico 5	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao reconhecimento da enfermeira supervisora	73
Gráfico 6	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto a suficiência das orientações recebidas para o pós-operatório	74
Gráfico 7	Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao grau de satisfação com a assistência perioperatório	75
Gráfico 8	Distribuição dos pacientes cirúrgicos que relataram problemas (n=78) quanto ao período do pós-operatório em que eles iniciaram	81
Gráfico 9	Distribuição da situação atual dos pacientes cirúrgicos (n=78) que relataram problemas	83

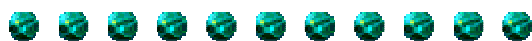
São José dos Campos – São Paulo, 2004

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	19
1. Dinâmica atual do processo cirúrgico e a assistência Perioperatória	20
2. Problemas pós-operatórios	27
3. Finalidade do estudo	29
OBJETIVOS	31
CASUÍSTICA E MÉTODO	33
1. Tipo de estudo	34
2. Cenário do Estudo	34
3. População	35
4. Critérios de inclusão da população do estudo	36
5. Período de coleta de dados	36
6. Definição da amostra	37
7. Procedimentos de coleta de dados	40
8. Procedimentos de ética em pesquisa	42
9. Definição das variáveis do estudo	43
10. Instrumentos de coleta de dados	46
11. Tratamento e análise dos dados	46
RESULTADOS	48
1. Caracterização do paciente e da cirurgia	49
2. Caracterização da assistência pré-operatória	66
3. Caracterização da assistência durante a permanência Hospitalar	71
4. Caracterização dos problemas apresentados pelos pacientes cirúrgicos no período pós-operatório	77

DISCUSSÃO	84
CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	110
Anexo 1 – Solicitação de autorização da instituição	111
Anexo 2 – Termo de consentimento esclarecido	112
Anexo 3 - Instrumento para coleta de informações no prontuário do paciente cirúrgico	113
Anexo 4 - Instrumento de entrevista com o paciente após a cirurgia	114

Apresentação



APRESENTAÇÃO

Os cinco anos como responsável pela coordenação do Serviço de Enfermagem no Centro Cirúrgico de um hospital privado, de porte médio, localizado em São José dos Campos, no interior de São Paulo, permitiu à autora desta pesquisa evidenciar que pouco se sabe sobre a situação após a alta dos pacientes em razão dos procedimentos cirúrgicos a que se submeteram. Tal fato representa uma preocupação para o enfermeiro, uma vez que se constatou que estes pacientes só informam ou retornam ao serviço quando não mais conseguem controlar a situação e já há indício de que algo mais grave aconteceu.

A conclusão da monografia realizada pela autora para o Curso de Especialização em Atendimento Domiciliário (2001) revelou as dificuldades encontradas pelos pacientes neste período intermediário entre a alta hospitalar e a alta médica¹. Por meio dessa monografia pôde-se concluir que a assistência ao paciente não termina na alta hospitalar e quanto mais orientado esse paciente estiver, melhores condições ele terá para sua recuperação. Ao se pensar sobre essa perspectiva, é possível deduzir que no pós-operatório (pós-alta) a situação possa ser semelhante.

No curso de especialização evidenciou-se a escassez de referencial teórico sobre essa problemática. Tal fato incentivou ainda mais a autora em pesquisá-lo.

A criação do Departamento de Informação e Promoção à Saúde pelo hospital surgiu como a oportunidade de acompanhar esses pacientes após a alta hospitalar, vindo ao encontro da expectativa da autora em conhecer a real situação pós alta hospitalar. Este Departamento foi criado com base nos resultados da pesquisa realizada para a conclusão da especialização em atendimento domiciliário, concluída em 2001. A partir daí, passou-se a acompanhar o pós-operatório das especialidades atendidas na instituição. Tal acompanhamento é realizado por telefone, quando se faz o reconhecimento da situação dos pacientes cirúrgicos atendidos, de acordo com as especialidades.

O surgimento de problemas com o paciente neste período de acompanhamento levou a autora a perceber que a situação deveria ser melhor conhecida e, deste modo, questionar sua relação com a assistência prestada.

Conclui-se, então, que existe um vácuo entre a assistência que se deseja prestar e a que se presta efetivamente. Isto ficou bem claro quando a instituição começou a participar do Programa de Controle da Qualidade (CQH), que a alertou para a importância da gestão da qualidade no serviço, e a fez perceber que ainda existe um grande trabalho a ser feito com relação à conscientização da equipe multiprofissional. O reconhecimento de problemas no pós-operatório dos pacientes e sua relação com assistência prestada por certo contribuirá para o movimento existente na instituição de busca da melhoria contínua da qualidade apoiada no CQH.

O programa do CQH é mantido pela APM (Associação Paulista de Medicina) e pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) e tem como objetivo contribuir para a melhoria contínua da qualidade nos hospitais participantes². A preocupação básica do programa é a de que todos os hospitais consigam elevar a qualidade do atendimento. O programa estimula a participação e a auto-avaliação, tendo um componente educacional de impacto importante. É de adesão voluntária, com aprimoramento dos processos e melhoria dos resultados².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade do atendimento médico-hospitalar em função de um conjunto de elementos: alto nível de excelência profissional, uso eficiente dos recursos disponíveis, mínimo de riscos, assim como alto grau de satisfação dos pacientes³.

Como ainda não existe consenso sobre a melhor definição de qualidade, a Comissão Conjunta de Acreditação das Organizações de Saúde (CCAOS) dos EUA usa hoje em dia o conceito de desempenho institucional, considerado mais preciso do que a palavra qualidade³.

A melhoria do desempenho institucional tornou-se, então, uma questão importante para a instituição, e a ausência de dados mais concretos sobre a assistência a usuários cirúrgicos do serviço estimulou mais ainda a autora desta pesquisa a conhecer essa realidade e propor uma ação, visando alcançar melhores resultados.

Para tanto, buscaram-se respostas para as questões:

- Qual a real situação dos pacientes cirúrgicos no período após a alta hospitalar?
- Que tipos de problemas acometem os pacientes cirúrgicos dessa instituição após a alta hospitalar?
- A forma de assistência prestada influencia no aparecimento de problemas no pós-operatório?
- Os pacientes cirúrgicos estão preparados para sua alta hospitalar?

Para responder a estas questões, iniciou-se então esta investigação, visando propor melhoria na assistência de enfermagem a usuários cirúrgicos a partir do reconhecimento da situação atual.

Introdução



INTRODUÇÃO

1. Dinâmica atual do processo cirúrgico e assistência perioperatória

Este estudo partiu do pressuposto de que existe um vácuo entre o que se espera da assistência a ser prestada e a que realmente é praticada a pacientes cirúrgicos. Tal pressuposto pode ter como causa a dinâmica atual do processo cirúrgico, a qual encontra-se bastante fragmentada e determinando, de um lado, problemas pós-operatórios nos pacientes e, de outro, dificuldades para seu reconhecimento e prevenção durante a permanência hospitalar. O hospital, por sua vez, tem participado apenas de uma etapa de todo o processo cirúrgico, o qual é reconhecido como assistência perioperatório.

O termo perioperatório é muito abrangente e incorpora as três fases da experiência cirúrgica do paciente: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória. Cada fase inicia-se e termina em algum momento da experiência cirúrgica, como descrito a seguir ^{4,5}.

- Fase pré-operatória: inicia-se com a tomada de decisão da intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa de operação.
 - pré-operatório imediato – da véspera da cirurgia até o momento em que o paciente é recebido no CC.
- Fase transoperatória: inicia-se quando o paciente é admitido ou transferido para o centro cirúrgico e termina quando ele é admitido na sala de recuperação anestésica.
- Fase pós-operatória: inicia-se com a admissão do paciente na sala de recuperação anestésica e termina com a avaliação de acompanhamento na unidade de internação, no domicílio ou no consultório, por ocasião do seu retorno.
 - pós-operatório imediato – da alta do paciente da sala de recuperação anestésica até as primeiras 48 horas pós-operatórias.
 - Pós-operatório tardio – 48 horas pós-operatórias até a alta médica do paciente.

O período de permanência hospitalar, entre admissão e alta, de pacientes submetidos a cirurgias eletivas tem sido bastante reduzido. No hospital, cenário deste estudo, ele varia de 2 horas a alguns dias, com média de 24 horas.

Sabidamente, a admissão tem ocorrido quase sempre no mesmo dia e o mais próximo possível do horário marcado para a cirurgia e tem-se estimulado a alta precoce do hospital. Com o avanço das cirurgias ambulatoriais e cirurgias-dia, a alta pode ocorrer no mesmo dia da cirurgia. O

retorno do paciente para avaliação tem ocorrido predominantemente no consultório do cirurgião e não mais no hospital.

O hospital, portanto, vem se tornando apenas o local para a realização do procedimento cirúrgico, não participando de toda a assistência perioperatório. Quando muito, ele responde pela parte final da fase pré-operatória, toda a fase transoperatória e a fase inicial da fase pós-operatória. Além disso, e em razão do corpo clínico ser cada vez mais aberto, ou seja, autônomo ao hospital, o maior vínculo pré e pós-operatório do paciente ocorre predominantemente com o médico cirurgião e fora do hospital.

Outro pressuposto deste estudo é o de que esta dinâmica atual do processo cirúrgico dificulta a assistência de enfermagem adequada durante a internação, a qual inclui avaliação e preparo pré-operatórios, assistência transoperatória e pós-operatória e orientação e planejamento para alta hospitalar.

A política atual da admissão hospitalar mais próxima possível do horário da cirurgia e da alta precoce é baseada, predominantemente, em três motivos. O primeiro, para evitar colonização com microrganismos do ambiente hospitalar, que podem elevar os riscos de infecção. O segundo, pela provável menor tensão psicológica do paciente. O terceiro é eminentemente econômico, sendo que do lado dos convênios, para reduzir os custos com a internação e do lado da instituição, para aumentar a produtividade⁴. As duas primeiras situações, no entanto, não são comprovadas cientificamente, pois não foi encontrado, até o momento, investigações metodologicamente bem conduzidas

que possam corroborar tais justificativas. Assim, o motivo principal é, sem dúvida, o econômico.

A título de exemplificação, a instituição-cenário deste estudo, além de atender convênios externos, possui convênio próprio que engloba em torno de 60 mil pessoas e tem interesse em abreviar as internações, para dar conta da rotatividade. Ao receber um pedido de cirurgia, o convênio solicita um prazo de 10 a 15 dias para autorização e liberação do procedimento. Há uma pressão implícita, da parte dos convênios, para que se utilize o menor tempo possível da estrutura hospitalar e, assim, ocorra alta rotatividade de atendimento da demanda. Em outras palavras, o processo de atendimento deve ser dinâmico e eficiente para atender a demanda adequadamente, sem prejuízos aos lados envolvidos.

A alta hospitalar é freqüentemente considerada sinônimo de sucesso e de missão cumprida, entretanto, no hospital cenário deste estudo, é significativo o número de pacientes que retornam com problemas que poderiam ser prevenidos^{1,6,7}. E esse número pode ser ainda maior, ao considerar aqueles que buscam e obtêm solução apenas nos consultórios dos médicos e não no hospital.

Enfoques têm considerado a alta hospitalar precoce como processo de transferência de responsabilidade do cuidado ao paciente para a família ou outros profissionais da saúde⁶. Estudo revela que grande parte dos pacientes deixa o hospital com dúvidas a respeito de medicações prescritas, dieta a ser seguida, retornos e continuidade da assistência, cuidados com ferida cirúrgica, atividades que podem realizar, entre outras⁷.

A redução do período de permanência hospitalar deve-se, em grande parte, ao avanço das cirurgias ambulatoriais e cirurgias-dia, tornado possível pelo concomitante avanço da tecnologia dos recursos e das técnicas cirúrgicas. Porém, ainda não há um consenso na literatura, distinguindo adequadamente estes dois processos.

Às vezes, ambos são considerados sinônimos, entendendo-os como cirurgias realizadas e que recebem alta no mesmo dia. Outras vezes, cirurgias ambulatoriais são consideradas como aquelas realizadas em setores específicos, que não no centro cirúrgico convencional, e cirurgias-dia aquelas que, realizadas no centro cirúrgico, recebem alta no mesmo dia⁸.

Watson e Sangermano⁹ reconhecem como cirurgia ambulatorial a que pode ser realizada em setor específico ou no centro cirúrgico convencional, porém o paciente não necessita de hospitalização convencional e pode, em seguida ao procedimento e recuperação anestésica, deambular e retornar diretamente para casa.

Ferguson e Kaplan¹⁰ definem o paciente ambulatorial como aquele que não "...requer os cuidados de um paciente interno. Isto pressupõe que o paciente seja capaz de andar e ir para casa após seu tratamento, com segurança, e geralmente sem ajuda de outras pessoas".

Já, a definição de paciente cirúrgico ambulatorial, segundo o Colégio Americano de Cirurgiões, contida no "Guia para otimização das cirurgias ambulatoriais"¹¹, é aquela em que a expectativa de alta ocorre em curto período de tempo. Esse mesmo guia ainda propõe três categorias de cirurgias ambulatoriais:

- Classe A: procedimentos cirúrgicos menores, sob anestesia tópica, local ou regional e sem sedação pré-operatória.
- Classe B: procedimentos menores ou maiores realizados em conjunto com sedação oral ou intravenosa.
- Classe C: procedimentos cirúrgicos maiores que requerem anestesia geral ou bloqueio regional, além de monitorização das funções vitais.

De acordo com tais categorias, observa-se que a cirurgia ambulatorial não se restringe a procedimentos menores como drenagem de abscessos, excisão de pequenos nódulos e cistos, implante de cateteres¹².

Watson e Sangermano⁹ apresentam uma relação de procedimentos realizados freqüentemente em cirurgia ambulatorial, de várias especialidades: cirurgia geral (exemplos: biópsia de mama, hemorroidectomia), ginecológicas (exs: ligação de trompas, histerectomia vaginal, curetagem, laparoscopia), oftalmológicas (exs: extração de cataratas, ceratotomia), ortopedia (exs: artroscopia, remoção de placas e parafusos), otorrinolaringologia (exs: amigdalectomia, adenoidectomia), cirurgia plástica (exs: redução de fratura nasal, enxerto de pele, mamoplastia, blefaroplastia), urologia (exs: cistoscopia, vasectomia), cirurgia dental (exs: implante, extrações), cirurgia cardiovascular (exs: arteriografia, cateterização cardíaca), gastroenterologia (exs: colonoscopia, endoscopia).

Vários procedimentos acima relacionados, contudo, não são considerados para alguns autores como procedimentos cirúrgicos, principalmente aqueles com intenção de diagnóstico ou de extração de pequenos corpos orgânicos. Na monografia sobre prevenção de infecção de

sítio cirúrgico, da Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH)¹³, procedimento cirúrgico é aquele em que o cirurgião faz, no mínimo, uma incisão na pele ou membrana mucosa, fechando a incisão antes do paciente deixar a sala cirúrgica.

De qualquer modo, as cirurgias ambulatoriais representaram, em 2000, mais de 70% dos procedimentos que hoje seriam feitos com pacientes internados, no Estados Unidos da América⁹.

Nas cirurgias ambulatoriais o processo cirúrgico não é considerado finalizado com a saída do paciente da instituição. Segundo Watson e Sangermano⁹, "... o paciente ambulatorial obtém alta com a intenção de receber cuidados pós-operatórios prestados pelo próprio paciente e seus familiares ou pessoas próximas". Em outras palavras, o processo cirúrgico não está terminado quando o paciente sai da instituição.

Tal configuração atual da dinâmica do processo cirúrgico exige um novo modelo de assistência perioperatório ou uma revisão daquele convencional.

A Associação Americana de Enfermeiras de Centro Cirúrgico (AORN)¹⁴ emitiu um comunicado, em 1993, sobre a prática da enfermagem perioperatório em cirurgia ambulatorial, reconhecendo a necessidade de continuidade da assistência de enfermagem nas três fases deste processo e de flexibilidade e aceitação das mudanças, e que mecanismos para se obter resultados desejados podem ser diferentes daqueles dos setores de pacientes internados, mas igualmente importantes. Ela considera que o foco da assistência está mudando da "maior qualidade dos cuidados a qualquer preço"

para “os melhores cuidados pelo menor preço”. Neste novo foco, ela destaca a participação do paciente nos seus próprios cuidados.

Apesar da redução do período de hospitalização, inclusive de pacientes cirúrgicos, ser uma tendência praticamente irreversível, é preciso questionar sobre a consistência de seus motivos e seus resultados na evolução e na recuperação dos usuários.

As questões que se impõem, então, referem-se às implicações na assistência hospitalar desta atual realidade do processo cirúrgico para, em seguida, discutir suas deficiências e redefinir suas novas bases institucionais. Uma delas seria o acompanhamento, por profissionais da instituição, da evolução do processo cirúrgico após a alta.

As implicações que se pretende reconhecer, neste estudo, referem-se aos problemas relatados pelos pacientes após a cirurgia. A compreensão sobre os problemas pós-operatórios neste estudo é apresentada a seguir.

2. Problemas pós-operatórios

De acordo com Ferreira¹⁵, a palavra *problema* é definida como toda a questão não resolvida e que é objeto de discussão em qualquer domínio do conhecimento, ou qualquer questão que dê margem à hesitação ou perplexidade por dificuldade de explicar ou de resolver.

Partindo desta definição geral, definiu-se, no contexto deste estudo, como problema pós-operatório toda situação, relacionada ao processo cirúrgico, não resolvida ou que dê margem para dúvidas, incluindo-se condutas para a recuperação ou continuidade do tratamento e repercussões emocionais e fisiológicas.

Com relação às condutas para recuperação ou continuidade do tratamento podem ser consideradas as dúvidas quanto a reações no pós-operatório, utilização de medicamentos, dieta, esforços físicos, cuidados com ferida, entre outros.

Já, como repercussões emocionais, considera-se qualquer sentimento relacionado ao processo cirúrgico como medo, ansiedade, indignação, e até mesmo psicose pós-operatória.

Como repercussões fisiológicas são consideradas alterações fisiológicas de uma forma geral, em qualquer nível de gravidade. Algumas delas são apresentadas a seguir ^{4,16,17,18,19,20}.

- Dor na região da ferida cirúrgica ou em outros locais.
- Efeitos colaterais de medicamentos: sedação, lentidão, vertigens, depressão respiratória, diarreia, etc.
- Flebite.
- Trombose: decorrente de posição cirúrgica, baixa mobilidade pós-operatória etc., e com possibilidade de complicações como embolia pulmonar e síndrome pós-flebitica..
- Hemorragia: evidente ou oculta.

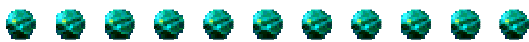
- Choque: geralmente aparece ainda no transoperatório ou nas primeiras horas do pós-operatório.
- Retenção urinária: geralmente ocorre nas primeiras horas após a cirurgia.
- Alterações gastrointestinais sob várias formas: náuseas, vômitos, diarreia, obstrução, etc.
- Psicose: decorrente de fatores fisiológicos (anóxia cerebral, tromboembolismo, desequilíbrio hidroeletrólítico, etc.) ou psicológicos (idosos portadores de aterosclerose cerebrovascular).
- Hematoma na ferida cirúrgica ou em locais submetidos a procedimentos invasivos.
- Infecção da ferida cirúrgica: pode aparecer até 30 dias após a cirurgia e até um ano, se houve implante de material não derivado de tecido orgânico.
- Inflamação da ferida cirúrgica.
- Linfangite: disseminação da infecção de uma celulite ou abscesso pelo sistema linfático.
- Deiscência da ferida cirúrgica, com ou sem evisceração.
- Quelóide na ferida cirúrgica: geralmente tardia.
- Outras alterações fisiológicas.

3. Finalidade do Estudo

Este estudo teve a finalidade de colaborar para uma nova orientação da assistência integral ao paciente cirúrgico, diante da atual dinâmica do processo cirúrgico. Do mesmo modo, fundamentou-se na compreensão de que a enfermagem, de algum modo, pode atuar positivamente nesta nova orientação, ao assisti-lo nas três etapas do processo cirúrgico e acompanhar a evolução deste paciente no período pós-alta hospitalar.

Tal acompanhamento favoreceria a identificação de problemas e o reconhecimento das situações que os condicionam, relacionadas tanto ao espaço intra-hospitalar quanto extra-hospitalar. Por conseqüência, desencadearia a melhoria da comunicação entre os profissionais envolvidos, instituição e paciente, propiciando uma maior integralidade das etapas do processo cirúrgico, ainda que realizadas em locais e tempos diferentes.

Objetivos



OBJETIVOS

- Identificar os problemas apresentados pelos pacientes cirúrgicos após a alta hospitalar;
- Correlacionar os problemas apresentados com a assistência prestada durante as etapas do processo cirúrgico;
- Identificar ações possíveis da assistência de enfermagem hospitalar para a melhoria da evolução do paciente após a alta hospitalar.

Casuística e Método



CASUÍSTICA E MÉTODO

1. **Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo de campo que, conforme Polit et al²¹, busca descrever e explorar fenômenos em cenários naturais. São investigações que visam examinar práticas da vida real. O objetivo do pesquisador é se aproximar dos sujeitos de pesquisa para compreender um problema em seu cenário natural, sem interferências do mesmo.

É também um estudo transversal, na medida em que os dados são coletados no momento do fenômeno (pós-operatório após alta hospitalar).

2. **Cenário do estudo**

O cenário foi um hospital privado do município de São José dos Campos, SP.

A cidade de São José dos Campos está localizada entre os dois municípios mais importantes do país: São Paulo (90 Km) e Rio de Janeiro (310 Km), com uma área urbana de 288 Km², cuja atividade econômica principal é a industrial. Possui uma população de 538.076 habitantes segundo o último censo²².

O Grupo hospitalar onde se realiza o estudo se localiza na região central da cidade de São José dos Campos, possuindo 4 unidades hospitalares, com um total de 206 leitos. A unidade hospitalar escolhida para se desenvolver a pesquisa possui 84 leitos ativos de característica geral, onde 36 deles são cirúrgicos, com uma proporção de 31% de especialidade de ortopedia, seguido pela cirurgia geral, com 20%. É considerado hospital privado de referência na região, para onde são encaminhados os pacientes mais complexos. Atende coberturas de convênios e particulares e possui convênio próprio. A média de cirurgias/mês foi de 308, com base nos meses de janeiro a setembro de 2003.

3. População

A população deste estudo foi composta de pacientes submetidos a cirurgias no referido hospital, nas categorias hospital-dia e internação, residentes na cidade de São José dos Campos, SP.

4. Critérios de inclusão da população do estudo

Os critérios adotados para inclusão do paciente neste estudo objetivaram obter dados que pudessem ser interpretados com imparcialidade, a fim de oferecer resultados confiáveis.

Foram incluídos todos os pacientes que se submeteram a cirurgias eletivas na unidade hospitalar referida, independente do tipo e da especialidade, e contatados a partir do 15º dia de pós-operatório, ainda internados ou com alta hospitalar.

Há um reconhecimento de que os principais problemas decorrentes de cirurgias ocorrem predominantemente antes de 15 dias, principalmente as infecções de sítio cirúrgico²³.

Considerou-se como procedimento cirúrgico eletivo aquele previamente programado e o cirurgião faz, no mínimo, uma incisão na pele ou membrana mucosa, fechando a incisão antes do paciente deixar a sala cirúrgica^{13,24,25}. Tais procedimentos incluíram pacientes em qualquer período de internação, desde aqueles operados e com alta hospitalar no mesmo dia até com alta em dias posteriores.

Período de coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de março, abril e maio de 2004.

Definição da amostra

Foi realizado um pré-teste entre agosto e setembro de 2003, onde se verificou que em torno de 60 a 70 % dos pacientes entrevistados após cirurgias eletivas relataram algum tipo de problema no pós a alta hospitalar, desde complicações biológicas até dúvidas com relação ao retorno as atividades diárias, alimentação, compreensão das receitas médicas, retornos ao consultório do cirurgião, realização de curativos etc.

Então, estimou-se que a chance deste evento (presença de problemas no pós-operatório) ocorrer varie entre 50% e 70% com valor aproximado de 60%. Entretanto, esta estimativa pontual é insuficiente, pois a probabilidade de que a estimativa adotada venha a coincidir com o verdadeiro valor do parâmetro é, em geral, nula ou praticamente nula. Isso decorre pelo fato dos estimadores serem variáveis aleatórias, muitas vezes contínuas, logo, as estimativas obtidas quase certamente serão distintas do valor parâmetro estudado. Ou seja, é quase certo que se esteja cometendo um erro de estimação, quando se procede à estimativa por ponto de um parâmetro populacional.

Devido a este fato, surgiu a idéia de se construir um intervalo em torno da estimativa por ponto, de modo que esse intervalo tenha uma probabilidade conhecida de conter o verdadeiro valor do parâmetro. Essa é a idéia da estimação por intervalo. Ao intervalo que, com probabilidade conhecida, deverá conter o valor real do parâmetro se chamará Intervalo de Confiança para este parâmetro. À probabilidade, que se designará $(1-\alpha)$, de que um intervalo de confiança contenha o valor do parâmetro se chamará nível de confiança do respectivo intervalo.

Pela teoria da Inferência Estatística^{26,27,28} se tem que o intervalo de confiança em nível de $(1-\alpha)\%$ para a proporção populacional é dado por:

$$p' \pm z_{\alpha/2} \left(\frac{p'(1-p')}{n} \right)^{1/2}, \text{ onde:}$$

p' é a estimativa pontual da proporção populacional

N é o tamanho amostral

$Z_{\alpha/2}$ é o percentual $\alpha/2$ da distribuição Gaussiana (ou Normal)

Isto significa que :

$$P\left(p' - z_{\alpha/2} \left(\frac{p'(1-p')}{n} \right)^{1/2} \leq p \leq p' + z_{\alpha/2} \left(\frac{p'(1-p')}{n} \right)^{1/2}\right) = (1-\alpha)$$

Temos que o Intervalo de Confiança para a proporção populacional^{26,27,28} tem a semi-amplitude dada por:

$$e = z_{\alpha/2} \left(\frac{p'(1-p')}{n} \right)^{1/2}$$

Assim, quando se fixa α e n se determina o valor de e . Pode-se, também fixar os valores de α e e , e determinar o valor de n , que é o problema da determinação do tamanho da amostra necessária para se realizar a estimação por intervalo com confiança e a precisão desejada. Trabalhando matematicamente a expressão acima se obtém:

$$n = (z_{\alpha/2} / e)^2 p'(1 - p')$$

Assim, para este estudo considerou-se que a proporção de problemas pós-operatórios na amostra a ser avaliada esteja próxima de 60% e fixou-se os valores de α e e em: $\alpha = 0,05$ e $e = 0,10$, de tal forma que:

$$P(0,50 \leq p \leq 0,70) = 0,95$$

Desse modo, para a obtenção de uma estimativa da proporção de problemas pós-operatórios e seu respectivo intervalo de confiança a 95%, necessitou-se de no mínimo 100 casos cirúrgicos eletivos.

$$n = (1,96/0,10)^2 * (0,60*0,40) = 92,19$$

Para obtenção dessa amostra e considerado o período pré-definido para a realização deste estudo, foi realizado um levantamento de cirurgias ocorridas nos últimos sete meses (janeiro a setembro/2003), quando se obteve uma média mensal de 308 cirurgias realizadas eletivas e não eletivas.

A fim de se obter a amostra mínima acima definida, inicialmente calculou-se todas as cirurgias realizadas nos meses definidos para o estudo, março, abril e maio de 2004, as quais são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Total de cirurgias realizadas nos meses de março, abril e maio de 2004. São José dos Campos, 2004.

Cirurgias	Março	Abril	Maió
Programadas	216	214	207
Não programadas	106	61	86
Suspensas	06	17	16
Realizadas	316	258	277

Do quadro acima, constata-se que a média mensal de cirurgias realizadas nestes três meses foi 283, portanto próxima da média mensal de 308 cirurgias dos meses de janeiro a setembro de 2003.

Em seguida, através da escala cirúrgica do dia, foram sorteados 40 pacientes submetidos a cirurgias eletivas por mês (10 pacientes por semana), obtendo-se o total de 120 pacientes. Portanto, superior ao mínimo necessário. Deste total, 08 pacientes se recusaram a participar, obtendo-se amostra final de 112 e, ainda assim, superior ao mínimo necessário.

Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, obteve-se autorização para a pesquisa junto à Diretoria Médica da Instituição, cenário deste estudo (**Anexo 1**). Em seguida, o projeto foi submetido ao exame de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP e aprovado em 18 de novembro de 2003.

Após a aprovação e os necessários ajustes, procedeu-se ao sorteio dos pacientes e à coleta de dados, a qual ocorreu de duas formas:

- Levantamento de dados nos prontuários dos pacientes sorteados.
- Entrevistas com os pacientes sorteados, a partir do 15º. dia após a cirurgia.

Os pacientes que já haviam recebido alta hospitalar foram entrevistados por telefone, constituindo quase a totalidade da amostra. Apenas 3 pacientes foram entrevistados pessoalmente, sendo 01 com alta hospitalar, mas que retornou ao ambulatório para curativos, e 2 que foram re-internados.

Na ocasião da entrevista foram explicitados a finalidade do estudo, os termos de compromisso ético do estudo e a solicitação de consentimento de participação. Somente a partir da autorização houve o manuseio do prontuário.

Para obtenção dos dados, foram construídos dois instrumentos. Um deles (**Anexo 3**) destinou-se às informações obtidas nos prontuários e o outro (**Anexo 4**) para as entrevistas com os pacientes.

Procedimentos de ética em pesquisa

O possível risco para os participantes envolvidos em pesquisa faz com que os pesquisadores levem em consideração medidas para proteção do ser humano. Essas medidas englobam a existência de Diretrizes Internacionais e Nacionais, Códigos de Ética das várias profissões, além da atuação de Comissões de Ética das instituições envolvidas²⁹.

Tais Diretrizes levam em conta princípios éticos básicos que orientam os estudos envolvendo ser humano, como respeito pela pessoa, beneficência, justiça, fidelidade, veracidade, confiabilidade. Estas diretrizes se fundamentam nos direitos dos sujeitos de não sofrer efeitos negativos e danosos, direito de conhecimento pleno, direito de autodeterminação, direito à intimidade, ao anonimato e a confidencialidade²⁹.

Este estudo se fundamenta nessas diretrizes, onde o consentimento do participante deve ser aceito somente após o esclarecimento do objetivo da pesquisa, enfatizando que não haverá prejuízo ao mesmo. A participação do paciente só se iniciou quando o Termo de Consentimento Informado foi firmado entre o pesquisador e o paciente, pessoalmente ou por telefone (**anexo 2**).

A abordagem ao paciente só foi feita após o projeto de pesquisa ter sido liberado pela Diretoria Médica da Instituição (**anexo 1**) e aprovado pelo exame de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP.

Definição das Variáveis do estudo

➤ **Dependentes:**

- 1) Presença de problemas no pós-operatório: qualquer tipo de relato do paciente referente a dúvidas sobre cuidados e condutas sobre sua recuperação, alterações emocionais e fisiológicas, assim como o período de início da ocorrência.
- 2) Providências para resolução dos problemas: se e como o paciente buscou soluções e os resultados obtidos

➤ **Independentes:**

- 1) Idade: em anos
- 2) Sexo: masculino e feminino
- 3) Grau de instrução: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, outro.
- 4) Período de permanência hospitalar antes da cirurgia: consideração em minutos, desde o horário de admissão até o horário do início da anestesia.
- 5) Período de permanência hospitalar após a cirurgia: em minutos, a partir do horário da alta da recuperação anestésica até o horário da alta hospitalar.

6) Especialidade cirúrgica: relação das especialidades dos pacientes sorteados.

7) Classificação da cirurgia por potencial de contaminação, onde ^{30,31} :

Cirurgia limpa: realizada em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local, ou falhas técnicas grosseiras.

Cirurgia potencialmente contaminada: realizada em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecido de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório, e com falhas técnicas discretas no trans-operatório.

Cirurgia contaminada: realizada em tecidos abertos e recentemente traumatizados, colonizados por flora bacteriana, de descontaminação difícil, bem como toda aquela em que tenha ocorrido: falha técnica grosseira, na ausência de supuração local, presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção.

Cirurgia infectada: realizada em qualquer tecido ou órgão em presença de processo infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja.

8) Tipo de anestesia: geral, local, sedação, bloqueio, inalatória, etc

9) Classificação ASA: A American Society of Anesthesiologists – ASA^{30,31}, indica o risco anestésico através da avaliação da gravidade de doenças sistêmicas, disfunções fisiológicas e

anormalidades anatômicas, classificando os pacientes de acordo com suas condições físicas. Tem-se então, a classificação da ASA como:

- ASA I – pacientes sadios
- ASA II – pacientes com doença sistêmica leve
- ASA III – pacientes com doença sistêmica severa
- ASA IV – paciente com doença sistêmica severa que é um constante risco para a vida
- ASA V – moribundo que não se espera sobreviver sem a cirurgia
- ASA VI – paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

- 10) Exames pré-operatórios realizados: referentes aos resultados anexados ou registrados no prontuário.
- 11) Intercorrências no transoperatório: registradas em prontuário.
- 12) Assistência no período pré-operatório, referente a: a) orientações recebidas, momento e profissional que orientou; b) visitas dos profissionais e momentos em que elas ocorreram.
- 13) Assistência no período pós-operatório, durante a permanência hospitalar referente a: a) contato com os profissionais e momento em que eles ocorreram; b) grau de satisfação com o atendimento perioperatório; c) grau de suficiência das orientações recebidas para o pós-operatório.

Instrumentos para coleta de dados

Foram elaborados dois instrumentos para coleta de dados. Um deles destinou-se à obtenção de informações registradas no prontuário (anexo 3) e outro para obtenção de informações por meio de entrevista com o paciente (anexo 4). Ambos foram elaborados, analisados, testados e aceitos pelo hospital campo do estudo.

Três categorias de informações foram obtidas no prontuário: 1) identificação do paciente quanto à idade, sexo e grau de escolaridade; 2) identificação do período de permanência hospitalar antes e após a cirurgia; 3) informações sobre o processo cirúrgico, referente a duração, especialidade da cirurgia, potencial de contaminação, tipo de anestesia, classificação ASA, exames pré-operatórios, intercorrências no trans-operatório.

O instrumento utilizado para as entrevistas foi classificado nas categorias: 1) assistência pré-operatória; 2) assistência durante a permanência hospitalar; 3) problemas e providências no pós-operatório.

Tratamento e Análise dos dados

Os dados obtidos foram agrupados em quatro categorias:

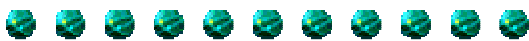
1) caracterização do paciente e da cirurgia;

- 2) caracterização da assistência pré-operatória;
- 3) caracterização da assistência durante a permanência hospitalar;
- 4) caracterização dos problemas apresentados pelos pacientes após a alta hospitalar.

Os dados foram tratados por método estatístico e apresentados em tabelas e gráficos, representados quantitativamente, com números absolutos e percentuais, e seguidos de descrição.

Para alguns dados foram calculadas média, desvio-padrão e mediana. Outros foram correlacionados e por vezes utilizou-se o teste exato de Fisher para níveis de significância.

Resultados



RESULTADOS

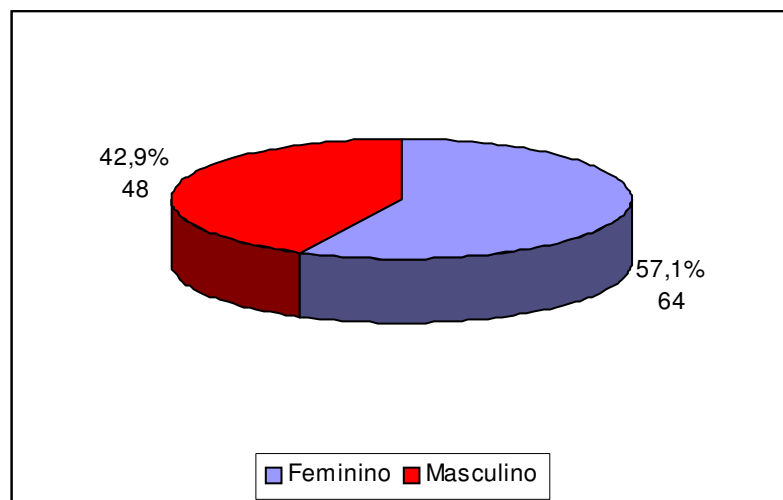
Conforme descrito no capítulo de casuística e método, os dados deste estudo foram agrupados em quatro categorias, as quais são apresentadas a seguir:

1. **CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE E DA CIRURGIA**

Esta categoria é composta dos seguintes dados, obtidos dos prontuários dos pacientes do estudo: sexo, idade, escolaridade, permanência hospitalar entre admissão e cirurgia e entre término da cirurgia e alta hospitalar, duração da cirurgia, especialidade cirúrgica, potencial de contaminação da cirurgia, tipo anestesia utilizada, risco ASA, exames pré-operatórios e intercorrências no período transoperatório registradas no prontuário. Tais dados são apresentados em gráficos e tabelas, seguidos de descrição, conforme segue.

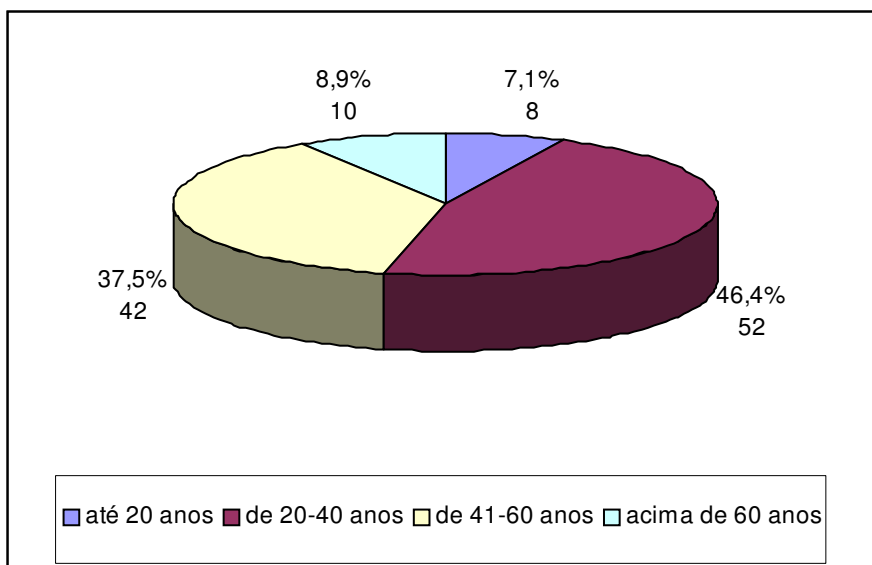
Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao sexo.

São José dos Campos – SP, 2004.



Conforme se observa no gráfico 1, a amostra foi composta de pacientes de ambos os sexos, com pequena predominância do feminino.

**Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à faixa etária.
São José dos Campos – SP, 2004.**



Foram avaliados pacientes com idade entre 17 a 80 anos (média de 40,6 anos, desvio-padrão de 14,9 anos e mediana de 39,0 anos). Observa-se que a faixa etária predominante correspondeu àquela de pacientes adultos, de 20-40 anos, seguida pelos de 41 a 60 anos.

Todas as entrevistas foram feitas com o próprio paciente, uma vez que a idade mínima atingida foi de 17 anos, num total de 4 pacientes (3,5%). O hospital em questão atende adultos na sua maioria, justificando assim, a ausência de menores de 17 anos no grupo estudado.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao grau de escolaridade. São José dos Campos – SP, 2004.

Escolaridade	n	%
Ensino fundamental incompleto	14	12,5
Ensino fundamental completo	10	8,9
Médio incompleto	14	12,5
Médio completo	50	44,6
Superior incompleto	10	8,9
Superior completo	14	12,5
Total	112	100,0

Conforme se observa na tabela 1, a maior frequência de pacientes participantes situa-se na faixa de formação em ensino médio completo, seguido de ensino fundamental incompleto e médio incompleto. Todos os pacientes, portanto, com algum grau de instrução e com condições de receber orientações para alta hospitalar não apenas de forma verbal, como também escritas.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao período de permanência hospitalar desde a admissão até o início da anestesia. São José dos Campos – SP, 2004.

Tempo de permanência hospitalar (admissão até início da anestesia)	n	%
Menos de 2 horas	48	42,9
De 2 a 12 horas	50	44,6
De 13 a 24 horas	8	7,1
De 25 a 72 horas (1-3 dias)	4	3,6
De 73 a 168 (3 a 7 dias)	0	0,0
Mais de 168 horas (7 dias)	2	1,8
Total	112	100,0

O período de permanência hospitalar investigado na tabela 2 é aquele que corresponde à fase pré-operatória hospitalar, ocasião utilizada não apenas para realizar a admissão do paciente, mas também para conferir o preparo pré-operatório já realizado fora do hospital ou para dar continuidade ao mesmo (jejum, uso de medicamentos, sinais vitais, exames realizados, remoção de pêlos, etc.). Outras atividades importantes para esse período referem-se às orientações sobre o processo cirúrgico e avaliação do estado emocional. Tratam-se, portanto, de ações imprescindíveis para a continuidade da assistência no hospital.

No hospital do estudo, conforme se observa na tabela 2, este período variou de 2 horas a até mais de 7 dias. Mas, quase a totalidade (87,5%) dos pacientes teve permanência pré-operatória no hospital de até 12 horas, sendo que em quase metade dos casos (42,9%), foi inferior a 2 horas. Os poucos

pacientes com permanência pré-operatória acima de 24 horas (12,5%) correspondem àqueles que já estavam internados.

Constata-se, portanto, a tendência de redução do período de internação pré-operatória para cirurgias eletivas, podendo-se inferir que grande parte da orientação e do preparo pré-operatório é realizada predominantemente fora do hospital.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao período de permanência hospitalar entre o término da cirurgia e a alta hospitalar. São José dos Campos – SP, 2004.

Tempo de permanência hospitalar (término da cirurgia até alta hospitalar)	n	%
Menos de 2 horas	4	3,6
De 2 a 12 horas	40	35,7
De 13 a 24 horas	38	33,9
De 25 a 72 horas (1-3 dias)	22	19,6
De 73 a 168 (3 a 7 dias)	2	1,8
Mais de 168 horas (7 dias)	6	5,4
Total	112	100,0

O período de permanência hospitalar investigado na tabela 3 corresponde à parte da fase pós-operatória hospitalar. Esta é uma ocasião muito importante para as ações de prevenção de complicações e orientações ao paciente para a alta. No hospital do estudo, esse período variou de menos de 2 horas a até 7 dias, predominando o de 2 a 12 horas (35,7%) e até 24 horas (33,9%). Somados os períodos até 24 horas, a frequência atinge 73,2%. Em outras palavras, a grande maioria praticamente corresponde ao pós-operatório imediato.

Dependendo do tipo de cirurgia e de anestesia, os prazos para avaliação e orientações pós-cirurgia podem ser ainda menores, ao se considerar o tempo de recuperação anestésica e, portanto, o restabelecimento completo do paciente para compreender informações e orientações.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à duração da cirurgia. São José dos Campos – SP, 2004.

Duração da Cirurgia	N	%
Até 60 minutos	54	48,2
De 61 a 120 minutos	36	32,1
De 121 a 180 minutos	12	10,7
De 181 a 240 minutos	4	3,6
Acima de 240 minutos	6	5,4
Total	112	100,0

Em relação ao tempo cirúrgico verifica-se variação de 30 a 370 minutos, com média de 98,5, desvio-padrão de 69,6 e mediana de 72,5 minutos.

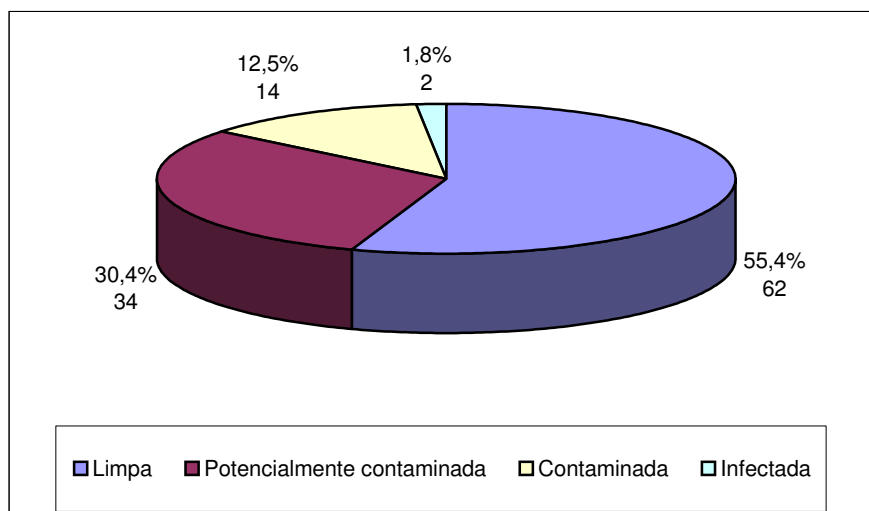
Quase a metade dos pacientes (48,2%) foi submetida a cirurgias que transcorreram em até 60 minutos, seguido de 61 a 120 minutos (32,1%), podendo-se inferir procedimentos de curta duração e de menor complexidade. No entanto, o mesmo não se pode dizer com relação ao tipo de anestesia, como se verá na tabela 6.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à especialidade cirúrgica. São José dos Campos – SP, 2004.

Especialidade cirúrgica	n	%
Ortopedia	34	30,4
Geral	33	29,5
Urologia	18	16,1
Neurologia	8	7,1
Vascular	7	6,2
Oncologia	4	3,6
Otorrino	4	3,6
Buco-maxilo	2	1,8
Oftalmologia	2	1,8
Total	112	100,0

Observa-se, na tabela 5, que os pacientes do estudo se submeteram predominantemente a cirurgias ortopédicas (30,4%) e gerais (29,5%), seguidas pelas urológicas (16,0%) e neurocirurgias (7,1%). Tal resultado corresponde, de fato, à proporção de especialidades cotidianamente realizadas neste hospital.

Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à classificação da cirurgia por potencial de contaminação. São José dos Campos – SP, 2004.



A maioria dos pacientes do estudo realizou cirurgias limpas (55,0%), seguidas das potencialmente contaminadas (30,4%). Tratam-se de cirurgias em que são estimados menores complicações relacionadas a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico, uma vez que os riscos de infecção para cirurgias limpas variam de 1,0 à 5,4% e para cirurgias potencialmente contaminadas de 2,1 à 9,5%³³.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao tipo de anestesia. São José dos Campos –SP, 2004.

Tipo de anestesia	N	%
Raquidiana	40	35,7
Geral IV/Inalatória	40	35,7
Peridural	12	10,7
Bloqueio Bier	6	5,4
Geral IV(sedação)	6	5,4
Local/Geral IV	4	3,6
Geral Inalatória/Peridural	4	3,6
Total	112	100

Verifica-se que 35,7% dos pacientes foram submetidos à anestesia geral IV e inalatória conjugada e 35,7% a anestesia raquidiana. Nota-se que apesar da maioria dos procedimentos terem sido de curta duração (tabela 4), as anestésias mais utilizadas foram complexas, necessitando de maior prazo para recuperação.

Complicações em pacientes submetidos à anestesia não são raras³², razão pela qual foi criada a sala recuperação anestésica. A anestesia geral é considerada mais complexa que os outros tipos de anestesia e a sua incidência encontrada no estudo foi significativa.

A tabela a seguir associa os tipos de anestesia com os períodos de permanência pós-operatória.

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos segundo o tipo de anestesia realizado e o período de permanência pós-operatória, do término da cirurgia até a alta hospitalar. São José dos Campos – SP, 2004

Anestesia	Raquidiana	Peridural	Local / Geral IV	Geral IV /Inalatória	Bloqueio Bier	Geral Inalatória/ Peridural	Geral IV (sedação)
Permanência	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pós -op.	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
< de 2 horas	1 (2,5)	-	1 (25,0)	-	-	-	2 (33,3)
2 - 12 horas	11 (27,5)	2 (16,7)	3 (75,0)	14 (35,0)	6 (100,0)	-	4 (66,7)
13 - 24 horas	19 (47,5)	8 (66,6)	-	11 (27,5)	-	-	-
25 - 72 horas	9 (22,5)	2 (16,7)	-	9 (22,5)	-	2 (50,0)	-
73 - 168 horas	-	-	-	2 (5,0)	-	-	-
> 168 horas	-	-	-	4 (10,0)	-	2 (50,0)	-
TOTAL	40	12	4	40	6	4	6

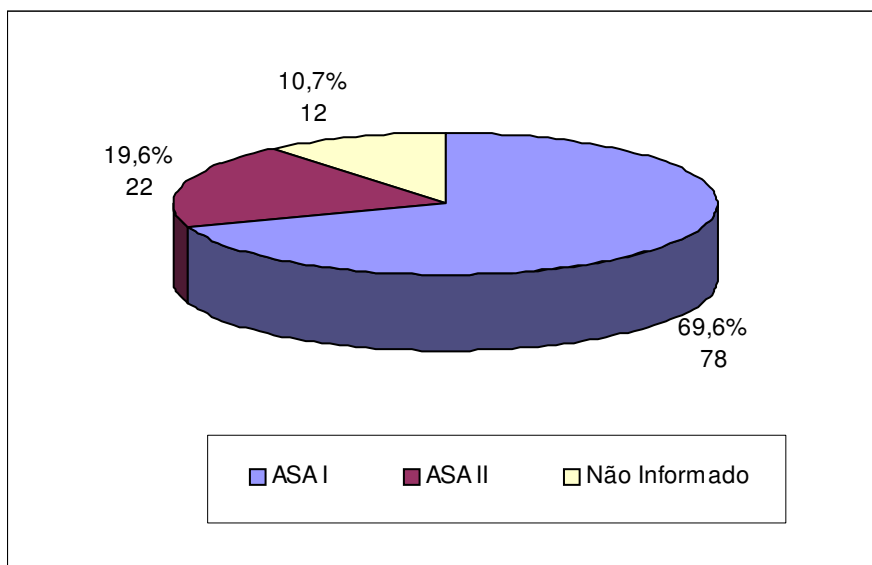
p < 0,001, teste exato de Fisher

Observamos que houve associação significativa entre o tipo de anestesia e o período de permanência hospitalar pós-operatória.

A maioria das anestésias raquidianas (77,5%) foi realizada em pacientes que permaneceram no hospital até 24 horas após a cirurgia, destas, 30,0% até 12 horas.

Nas anestésias gerais IV conjugadas com inalatórias (35,7% do total, tabela 6), a maioria (62,5%) também foi realizada em pacientes que permaneceram até 24 horas no hospital, após a cirurgia, sendo 35,0% até 12 horas.

Gráfico 4 – Distribuição de pacientes cirúrgicos quanto à classificação ASA. São José dos Campos – SP, 2004.



A incidência de 69,6% dos pacientes classificados com ASA I indica que a maioria deles era sadia, agendaram sua cirurgia antecipadamente e realizaram exames pré-operatórios, como demonstrado na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto aos exames pré-operatórios realizados. São José dos Campos – SP, 2004.

Exames	n	%
Glicemia	102	91,1
Hemograma	100	89,3
Coagulograma	84	75,0
ECG	80	71,4
Urina I	16	14,3
Ecocardiograma	10	8,9
Não fizeram	4	3,6

Segundo Bogossian³⁴, os exames laboratoriais pré-operatórios essenciais são: hemograma completo, dosagem de glicose, dosagem de uréia, grupo sanguíneo, fator Rh e teste de coagulabilidade sanguínea, podendo também ser solicitados exames de urina I e fezes, nos casos de cirurgias ginecológicas e abdominais, respectivamente. A ausculta cardíaca e a verificação da pressão arterial também são recomendadas, podendo ou não ser solicitada avaliação cardiológica. A solicitação de exames cardiológicos especiais fica condicionada à avaliação do especialista, que pode ser justificada em razão da investigação de patologias isquêmicas em casos de risco.

As informações sobre os exames pré-operatórios foram obtidas da ficha pré-operatória presente no prontuário de cada paciente do estudo.

Pela tabela 8, observa-se que os exames pré-operatórios essenciais mais registrados na admissão foram a glicemia (91,0%), o hemograma

(89,3%), e o coagulograma (75,0%). Mesmo assim, não corresponderam à totalidade.

Outros exames considerados essenciais, conforme o autor acima referido, não foram encontrados: uréia, grupo sangüíneo, fator Rh. No entanto, o ECG foi significativamente realizado (71,4%).

Foram buscados também, nos prontuários destes pacientes, registros de intercorrências no período transoperatório, os quais são apresentados na tabela 9 a seguir.

Tabela 9 – Intercorrências registradas nos prontuários dos pacientes cirúrgicos no período transoperatório. São José dos Campos – SP, 2004.

Intercorrências	N	%
Ansiedade	7	41,1
Hipertensão arterial	5	29,4
Recusa da conduta operatória	1	5,9
Cólica abdominal	1	5,9
Descontrole emocional	1	5,9
Lesão bolhosa na pele	1	5,9
Dificuldade de intubação	1	5,9
Total	17	100,0

Do total dos pacientes deste estudo, apenas 8 (7,1%) apresentou intercorrências registradas no prontuário. Alguns destes apresentaram mais de uma intercorrência, totalizando 17.

A ansiedade foi a intercorrência mais registrada (41,1%), encontrada principalmente nas anotações de enfermagem. Em seguida, a hipertensão

arterial (29,4%). Apesar do pequeno número de intercorrências, algumas delas tiveram repercussões significativas.

Os casos de hipertensão arterial e ansiedade foram identificados no início do procedimento e contornados, dando-se prosseguimento ao ato cirúrgico.

No caso da dificuldade de intubação, a cirurgia foi suspensa e realizada em outro dia. Tratava-se de uma paciente obesa, com cirurgia para redução de estômago. Com relação à recusa da conduta operatória pelo paciente, ela se referiu à cirurgia previamente programada, a ser realizada em dois locais (fraturas de braço e perna), sendo realizada apenas na perna, nesta ocasião. Durante a entrevista, o paciente alegou que não entendeu anteriormente que o cirurgião ia operar os dois locais, ficando muito ansioso e recusando-se a operar um dos membros naquele momento.

A lesão bolhosa era na região sacral e foi registrada no setor de internação no primeiro PO. Ela foi tratada localmente, mas o paciente retornou posteriormente ao hospital para revisão no centro cirúrgico, ocasião em que foi registrado no prontuário que o paciente referiu que a lesão foi causada por queimadura de bisturi elétrico.

Na tabela 10, a seguir, buscou-se a existência de relação ou não das intercorrências transoperatórias com o período de permanência hospitalar pré-operatória

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos de acordo com intercorrências no período trans-operatório e o período de permanência hospitalar pré-operatória. São José dos Campos – SP, 2004.

Intercorrência Permanência	Ansiedade	Hipertensão arterial	Lesão de pele	Dificuldade de intubação	Recusa da Conduta	Cólica abdominal	Descontrole emocional
Pré	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
< de 2 horas	1 (14,2)	1 (20,0)	-	-	-	-	1 (100,0)
2 – 12 horas	2 (28,6)	1 (20,0)	-	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	-
13 – 24 horas	2 (28,6)	1 (20,0)	1 (100,0)	-	-	-	-
25 – 72 horas	-	-	-	-	-	-	-
73 – 168 horas	-	-	-	-	-	-	-
> 168 horas	2 (28,6)	2 (40,0)	-	-	-	-	-
TOTAL	7	5	1	1	1	1	1

p= 0,001, teste exato de Fisher

Pelo teste de Fisher não houve associação. Mas acima da metade das intercorrências ocorreram com pacientes que apresentaram permanência pré-operatória até 12 horas. Note-se que as intercorrências com maiores repercussões (dificuldade de intubação e recusa de conduta) ocorreram com pacientes em período de internação pré-operatória de até 12 horas e, como se verá adiante, os pacientes que apresentaram tais intercorrências não receberam visita do cirurgião nem do anestesiologista no quarto. O contato ocorreu apenas no centro cirúrgico, momentos antes da cirurgia.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA

Nesta categoria, conforme já referido, as informações foram obtidas dos próprios pacientes, e buscou-se reconhecer as orientações pré-operatórias fornecidas, os profissionais que as realizaram e em que momento foram feitas. Constatou-se, então, que 100,0% dos entrevistados recordavam ter recebido algum tipo de orientação pré-operatória. Estes dados estão descritos a seguir.

Tabela 11 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto aos tipos de orientações recebidas na fase pré-operatória. São José dos Campos – SP, 2004.

Orientação pré-operatória	n	%
Jejum	112	100,0
Procedimento Cirúrgico	96	85,7
Tricotomia	58	51,8
Recuperação anestésica	52	46,4
Medicamentos de uso contínuo	18	16,1
Cuidado com sítio cirúrgico	16	14,3

Para a obtenção destes dados, os tipos de orientações presentes no instrumento (anexo 5) foram citados previamente aos entrevistados, por vezes substituindo os termos técnicos por palavras de senso comum. Exemplo: ao invés de tricotomia, retirada de pêlos.

Conforme se observa no tabela 11, as orientações pré-operatórias recebidas e mais relatadas pelos pacientes referiram-se ao jejum (100,0%) e ao procedimento cirúrgico (85,7%). A tricotomia, não relatada por quase a metade dos pacientes, pode ser pelo fato de que nem todas as cirurgias necessitam tricotomia.

É possível considerar, entretanto, que foi significativo o não relato pelos pacientes de orientações sobre a recuperação anestésica, uma das preocupações mais comumente observadas na prática cotidiana. Mais significativo, ainda, o pouco relato de orientações sobre medicamentos de uso contínuo, o que constitui resultado coerente com a prática cotidiana, na recepção no centro cirúrgico, quando se constata que vários pacientes admitidos, sob uso contínuo de medicamentos por via oral, não sabiam se poderiam tomá-los ou não, devido à orientação de jejum absoluto.

Tabela 12 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto aos profissionais que realizaram orientações pré-operatórias. São José dos Campos – SP, 2004.

Profissionais	n	%
Enfermagem	110	98,2
Cirurgião	106	94,6
Secretária Cirurgião	20	17,9
Recepcionista Hospital	8	7,1
Anestesiologista	4	3,6

Quase a totalidade dos pacientes respondeu que recebeu orientação pré-operatória do cirurgião (94,6%) e da enfermagem (98,2%). A secretária do cirurgião foi responsável por 17,9% das orientações, reforçando-as ou realizando-as.

Em outras palavras, a enfermagem e o cirurgião se apresentam maciçamente no fornecimento de orientações pré-operatórias, embora isto não signifique necessariamente que elas estejam sendo suficientes, conforme observado na tabela 11.

Tabela 13 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto aos momentos/locais em que as orientações pré-operatórias foram recebidas. São José dos Campos – SP, 2004.

Locais de orientação	N	%
Admissão no hospital	108	96,4
Consultório cirúrgico	102	91,1
CC durante admissão	6	5,4
Consultório do anestesiológico	2	1,8

As orientações pré-operatórias ocorreram predominantemente na admissão no hospital (96,4%) e no consultório do cirurgião (91,1%). Tal resultado é consoante com os profissionais que mais realizaram as orientações (cirurgião/consultório e enfermagem/admissão). É possível considerar também que correspondem aos profissionais e momentos mais adequados.

Deste modo, constata-se a participação da enfermagem hospitalar nas orientações pré-operatórias, embora não tenha sido possível avaliar as condições em que as mesmas foram fornecidas.

Tabela 14 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto às visitas dos profissionais no hospital antes da cirurgia e os momentos/locais em que elas ocorreram. São José dos Campos – SP, 2004.

Profissional Momento/Local	Cirurgião		Anestesiologista		Enfermagem		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Só quarto	6	5,4	6	5,4	99	88,4	111	33,1
Só Centro Cirúrgico	50	44,6	67	59,8	0	0	117	34,8
CC e quarto	18	16,1	5	4,5	7	6,2	30	8,9
Não recebeu visita	38	33,9	34	30,3	6	5,4	78	23,2
TOTAL	112	100	112	100	112	100	336	100

Na tabela 14, a maioria dos pacientes relatou que recebeu visita no hospital, antes da cirurgia, pelos profissionais mais relacionados com o processo cirúrgico, principalmente a enfermagem. No entanto, dada a estreita participação no processo cirúrgico, seria desejável a visita de todos esses profissionais a todos os pacientes.

A enfermagem visita os pacientes praticamente apenas no quarto. Tal resultado é coerente, pois se trata da categoria profissional responsável pela admissão e, portanto, pelo primeiro contato com os pacientes.

Já, as visitas do cirurgião e do anestesiológista ocorreram predominantemente quando o paciente já se encontrava no centro cirúrgico, teoricamente, pronto para se submeter ao procedimento. Com relação ao cirurgião, o paciente normalmente já o conhecia na fase pré-hospitalar. Já, quanto ao anestesiológista, o primeiro contato ocorreu momento antes da cirurgia. É possível considerar, deste modo, que o paciente só é reconhecido pelo anestesiológista nesta fase do processo cirúrgico e questiona-se, aqui, a suficiência para a prevenção de complicações e intercorrências.

A tabela a seguir relacionou visitas dos profissionais no hospital antes da cirurgia e os momentos/locais em que eles ocorreram para pacientes que apresentaram intercorrências registradas no prontuário.

Tabela 15 – Distribuição das visitas dos profissionais antes da cirurgia no hospital, aos pacientes com registro de intercorrências no trans-operatório e momentos/locais em que elas ocorreram. São José dos Campos – SP, 2004.

Profissional	Cirurgião		Anestesiológista		Enfermagem		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Momento/Local								
Só quarto	1	5,4	0	0	8	100	9	37,5
Só Centro Cirúrgico	2	44,6	4	50	0	0	6	25
CC e quarto	2	16,1	0	0	0	0	2	8,3
Não recebeu visita	3	33,9	4	50	0	0	7	29,2
TOTAL	8	100	8	100	8	100	24	100

Na totalidade dos casos com intercorrências registradas, a enfermagem visitou os paciente antes da cirurgia somente no quarto e não se fez presente no CC. A metade relatou que não recebeu visita do anestesiológico e 37,5% não recebeu visita do cirurgião antes da cirurgia.

Mesmo assim, dentre os pacientes que receberam visita do anestesiológico, elas ocorreram somente quando eles já se encontravam no centro cirúrgico.

A paciente que apresentou hipertensão arterial e dificuldade de intubação não foi visitada pelo anestesiológico, levando a questionar se a visita pré-operatória fosse realizada, a mesma pudesse fazer alguma diferença. Reconhecendo previamente o paciente pode-se atendê-lo adequadamente e prevenir complicações e intercorrências.

1. CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DURANTE A PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Nesta categoria buscou-se identificar, junto aos pacientes, a assistência durante a permanência hospitalar por meio dos contatos com profissionais e momentos/locais em que eles ocorreram, reconhecimento da enfermeira supervisora, suficiência das orientações recebidas, grau de satisfação do atendimento e queixas.

Tabela 16 – Distribuição dos contatos dos pacientes cirúrgicos com profissionais no hospital após a cirurgia e os momentos/locais em que eles ocorreram. São José dos Campos – SP, 2004.

Profissional	Cirurgião		Anestesiologista		Enfermagem		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Só quarto	7	6,3	0	0	49	43,8	56	16,7
Só Centro Cirúrgico	8	7,1	76	67,9	11	9,8	95	28,3
CC e quarto	75	67	2	1,8	42	37,5	119	35,4
Não recebeu visita	22	19,6	34	30,3	10	8,9	66	19,6
TOTAL	112	100	112	100	112	100	336	100

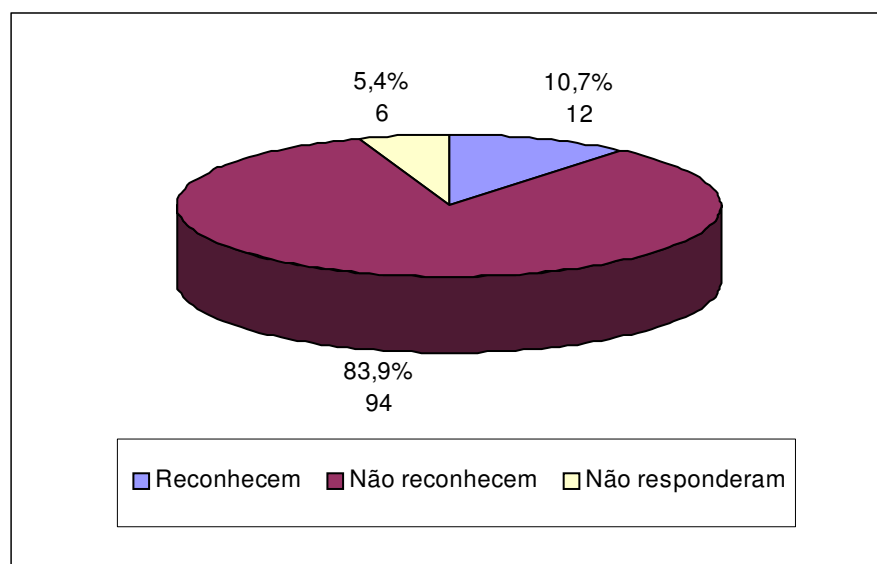
Os contatos ou visitas dos profissionais aos pacientes após a cirurgia são fundamentais não apenas para avaliação do processo cirúrgico imediato, mas também para fornecer orientações para a fase mais mediata e tardia, incluindo-se aí a alta hospitalar. Observa-se que a enfermagem foi a categoria que o paciente mais se recorda ter entrado em contato, seguida pelo cirurgião e depois pelo anestesiologista.

O contato com o cirurgião ocorreu predominantemente tanto no CC quanto no quarto (67,0%). A enfermagem se fez presente mais no quarto (43,8%) do que no centro cirúrgico (37,5%).

Já, com o anestesiologista o contato pós ocorreu quase que apenas no CC (67,9%), sendo significativo relato dos pacientes sobre não terem feito contato com este profissional (30,3%). Neste caso, é preciso considerar a

possibilidade desse contato no centro cirúrgico ter sido maior, mas o paciente não se lembrar em razão do efeito amnésico de alguns tipos de anestesia.

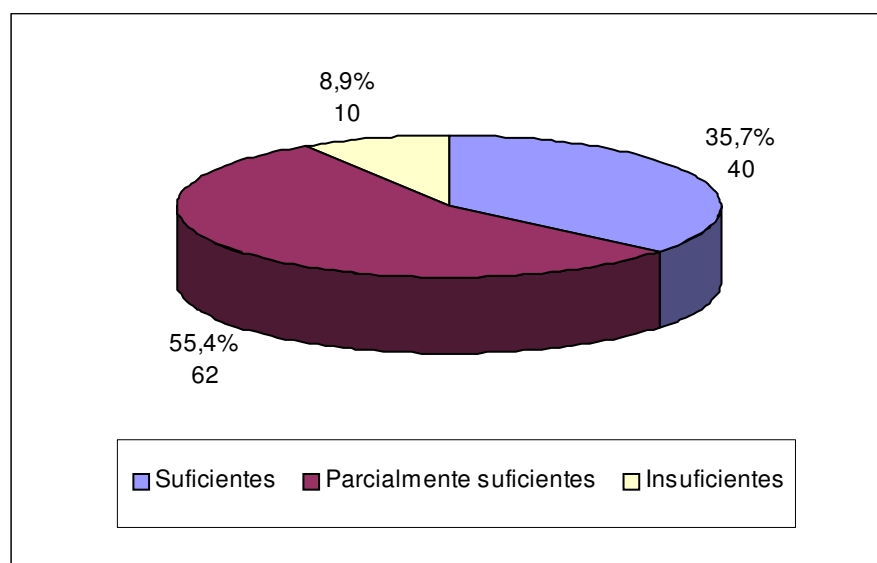
Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao reconhecimento da enfermeira supervisora. São José dos Campos – SP, 2004.



Embora a grande maioria dos pacientes tenha considerado que reconheceram a enfermeira supervisora (83,9%), esta identificação parece confusa uma vez que, quando questionados sobre a circunstância do reconhecimento, muitos pacientes responderam que eram visitados por ela sempre que apertavam a campainha. Ora, as enfermeiras deste hospital realizam atividades de supervisão, respondendo, em média, por 35 pacientes por plantão, localizados em dois ou três andares diferentes, logo ela não tem

condições de atender todas as campanhas. Então, quando se insistia na pergunta sobre a presença da enfermeira, os entrevistados não sabiam esclarecer.

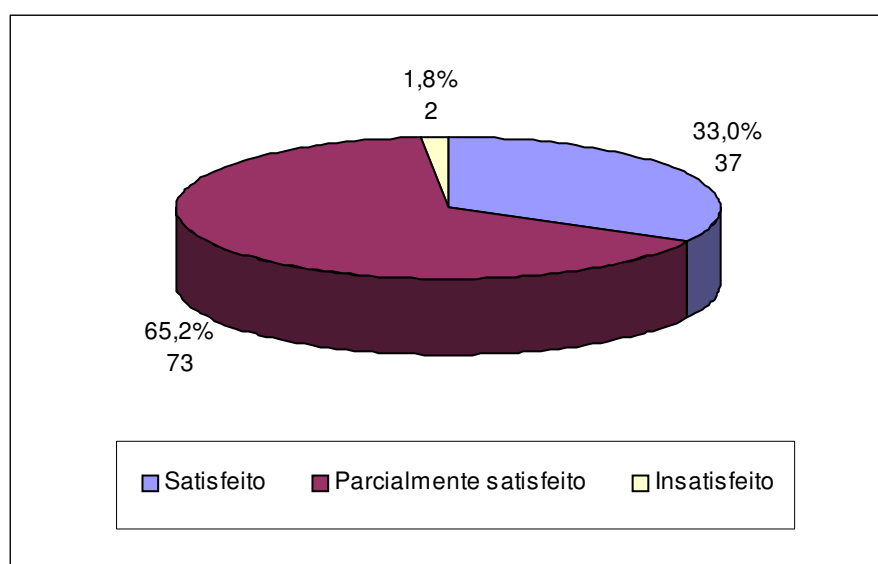
Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto à suficiência das orientações recebidas para o pós-operatório. São José dos Campos – SP, 2004.



Ao se questionar a atuação da equipe, foi indagado se as orientações dadas foram suficientes para o período pós-operatório. Obteve-se que mais da metade considerou-as parcialmente suficientes (55,4%), seguidas de suficientes (35,7%) e insuficientes (8,9%).

As justificativas apresentadas por aqueles que não consideraram as orientações suficientes foram o pouco tempo para assimilação das mesmas e a não existência de orientações escritas.

Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos quanto ao grau de satisfação com a assistência perioperatório recebida. São José dos Campos – SP, 2004.



Mais da metade dos pacientes considerou-se parcialmente satisfeita com a assistência perioperatório recebida (65,2%). Apenas dois pacientes ficaram insatisfeitos (1,8%).

Os motivos alegados para a não totalidade de satisfação localizaram-se predominantemente em questões estruturais e administrativas,

como ausência de reserva de vaga para a cirurgia, demora na admissão pela manhã, demora no atendimento no quarto, ausência de visita médica (alta e receita médica previamente prontas), problemas com convênios, ausência de orientações por escrito para facilitar a compreensão e a consulta em caso de dúvidas, entre outros.

Tabela 17 – Distribuição das queixas relatadas pelos pacientes quanto à assistência perioperatório recebida. São José dos Campos – SP, 2004.

Queixas	n	%
Falta de orientação quanto ao manuseio ferida cirúrgica	57	60,0
Demora atendimento campainha	29	30,5
Falta reforço na orientação da receita	5	5,2
Falta orientação onde buscar ajuda	3	3,2
Retirada precoce dos pontos – não entendeu orientação	1	1,0
Total	95	100,0

Dentre os pacientes que apresentaram queixas, a falta de orientação quanto ao manuseio da ferida foi a mais freqüente (60,0%), relacionadas ora à ausência desta orientação ora à sua não compreensão. Em seguida, a demora no atendimento das solicitações no pós-operatório (30,5%), quando ainda internados.

Quando solicitados, porém, sobre sugestões para melhoria do atendimento, a grande maioria dos pacientes não apresentou nenhum tipo de

sugestão (92,8%). Dentre os que sugeriram, referiram sobre necessidade de orientações escritas para consulta em casa (6,3%) e para contato em caso de dúvidas (0,9%).

2. CARACTERIZAÇÃO DOS PROBLEMAS APRESENTADOS PELOS PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Conforme descrito na introdução, de acordo com Ferreira¹⁵, a palavra *problema* é definida como toda a questão não resolvida e que é objeto de discussão em qualquer domínio do conhecimento, ou qualquer questão que dê margem à hesitação ou perplexidade por dificuldade de explicar ou de resolver.

Partindo desta definição, buscou-se a presença de problemas no pós-operatório, que acometeram os pacientes em questão e constatou-se que a maioria dos entrevistados (78-69,6%) relatou um ou mais problemas.

A estimativa inicial, de 60,0% a 70,0% de pacientes com ocorrências de problemas, foi, então, basicamente confirmada com estes resultados. Os problemas foram classificados em emocionais, fisiológicos, dor e dúvidas em relação a condutas no pós-operatório, os quais são apresentados no quadro 2.

Quadro 2 – Problemas relatados pelos pacientes cirúrgicos no período pós-operatório. São José dos Campos – SP, 2004.

PROBLEMAS	TOTAL	
	N	%
1 – Alterações emocionais:		
– Ansiedade	32	10,8
– Preocupação com PO	28	9,4
– Depressão	2	0,7
Sub-total	62	20,9
2 – Alterações fisiológicas:		
– ferida cirúrgica	40	13,5
– náuseas e vômitos	18	6,1
– hipertermia	8	2,7
– hipotensão	6	2,0
– constipação/obstrução intestinal	6	2,0
– retenção urinária	6	2,0
– flatulência	4	1,3
– reação medicamentosa	2	0,7
– hiperemia local punção venosa	2	0,7
– pirogenia	2	0,7
– lesão pele por queimadura bisturi elétrico	1	0,3
Sub-Total	95	32,0
3- Dúvidas:		
– Cuidados com ferida/dreno/curativo	48	16,2
– Retorno atividade da vida diária	28	9,5
– Dieta a ser seguida	10	3,4
– Retorno para seguimento médico	6	2,0
– Medicações prescritas	2	0,7
Sub-total	94	31,8
4 – Dor:		
– No local da cirurgia	40	13,5
– Cefaléia	4	1,3
– Otagia	1	0,4
Sub-total	45	15,2
TOTAL	296	100,00

Optou-se, no quadro 2, por individualizar as respostas que envolviam somente a dor, em razão de se poder classificar dor como problema tanto do tipo fisiológico quanto do tipo emocional. Dor é conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões teciduais reais ou potenciais”³⁵.

Nos resultados, observa um total de 296 problemas, resultando em média de 3,79 problemas entre os 78 pacientes que os referiram e média de 2,6 ao se considerar toda a população de 112 pacientes do estudo.

Os problemas mais freqüentes se referiram a alterações fisiológicas (32,0%), seguidos das alterações emocionais (32,0%) e dúvidas (31,8%).

Dentre os problemas fisiológicos, a alteração na ferida cirúrgica foi o mais freqüente. Neste item, não foram incluídos os relatos de dor, como explicado acima. As principais alterações na ferida, relatadas, referiram-se a "presença de secreção, abertura de pontos, infecção, vermelhidão e inchaço". Tais alterações não foram avaliadas pessoalmente, não sendo possível diagnosticá-las adequadamente, entre elas, a possibilidade de ocorrência de infecção do sítio cirúrgico.

As alterações emocionais se manifestaram principalmente como ansiedade e preocupação com o pós-operatório. Os dois relatos de depressão foram assim denominados pelos próprios pacientes, não tendo sido obtido diagnóstico médico que confirmasse tal quadro.

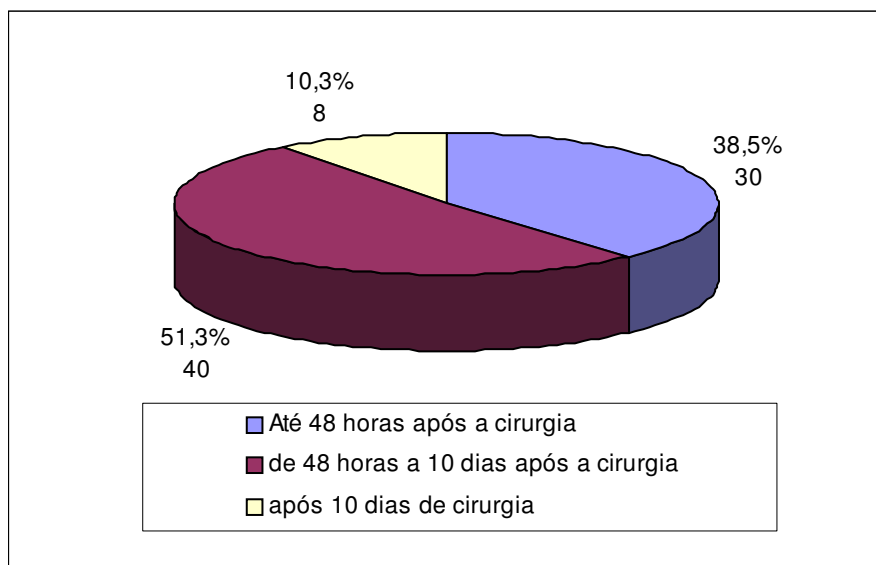
Dentre as dúvidas, predominaram aquelas relacionadas a cuidados com a ferida cirúrgica e com os retornos às atividades diárias.

Em relação à dor pós-operatória, é oportuno comentar que a maior dificuldade dos pacientes foi adequar a prescrição médica do analgésico com o aparecimento da dor. Eles não pensavam ser importante medicar antes da dor se manifestar e, com isto a dor muitas vezes se tornava mais intensa, sendo necessário dose maior de medicamento, que os pacientes não sabiam se podiam tomar ou não. Então, sofriam dor, talvez desnecessária, até conseguir contato com o cirurgião e alterar a dose do medicamento.

Os pacientes relataram também falta de orientação mais precisa sobre o manejo da dor, ou orientação sobre onde buscar ajuda para esta situação.

A dor é considerada um dos maiores problemas na área da saúde, seja ela aguda, no caso pós-operatório em geral, ou crônica.

Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos que relataram problemas (n=78) quanto ao período do pós-operatório em que eles iniciaram. São José dos Campos – SP, 2004.



De acordo com o gráfico 8, observa-se que a maioria dos problemas surgiu a partir de 48 horas e até 10 dias após a cirurgia (51,3%) e, conforme tabela 3, trata-se de período em que a maioria dos pacientes já havia recebido alta do hospital, ou seja, quando já estava em casa.

Tabela 18 – Distribuição dos pacientes cirúrgicos que relataram problemas (n=78) quanto ao local em que buscaram providências para resolução. São José dos Campos – SP, 2004.

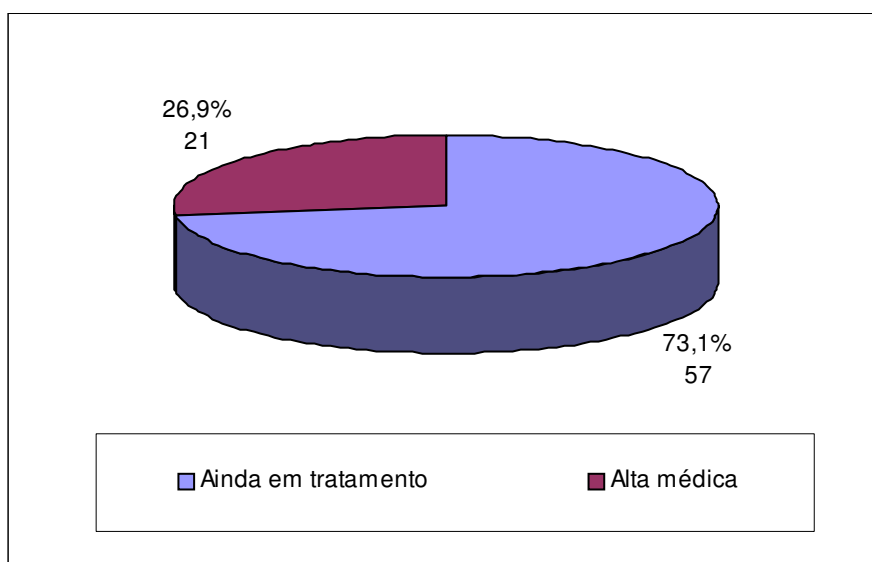
Local	n	%
Consultório do cirurgião	78	100,0
Consultório e hospital	6	7,7
Hospital	-	-

Constata-se que todos os entrevistados que relataram problemas no pós-operatório utilizaram o consultório do cirurgião em busca de apoio e resolução destes problemas. Destes, apenas seis também foram ao hospital, pois necessitaram re-internação em razão de complicações da cirurgia e, destes, quatro foram submetidos a uma segunda intervenção cirúrgica.

Os motivos que levaram à re-operação foram defeito no material implantado, re-sutura de parede abdominal, curativos na lesão de queimadura de pele, nova intervenção em razão de insucesso no procedimento anterior, com agravamento do quadro.

Em outras palavras, o hospital não foi o primeiro recurso que os pacientes utilizaram para resolução dos problemas.

Gráfico 9 – Distribuição da situação atual dos pacientes cirúrgicos (n=78) que relataram problemas. São José dos Campos – SP, 2004.



Conforme o gráfico 9, dos pacientes que apresentaram problemas no pós-operatório, 73,1% continuavam em tratamento e 26,9% já haviam recebido alta médica e estavam restabelecidos completamente, na ocasião da coleta de dados deste estudo.

Discussão



DISCUSSÃO

Conforme já apresentado na introdução deste estudo, está ocorrendo uma mudança significativa no processo cirúrgico, principalmente ao que se refere à participação do hospital, que tem sido parcial, uma vez que etapas das fases pré-operatória e pós-operatória vêm sendo realizadas fora do ambiente hospitalar. Em outras palavras, o processo cirúrgico não mais se inicia e termina no hospital.

Tal mudança obviamente configura uma nova estratégia de processo assistencial curativo, a qual é favorecida pelo desenvolvimento tecnológico e científico de recursos e técnicas de intervenções diagnósticas e terapêuticas. Esse desenvolvimento determina intervenções e restabelecimento mais rápidos do paciente, ao mesmo tempo em que aumenta a produção de atos de intervenção, com crescimento vertiginoso dos custos assistenciais.

Em conseqüência, de um lado o hospital, receptáculo de tais recursos, deve dar conta desta demanda crescente; de outro os financiadores desta assistência buscam o controle dos gastos crescentes.

A prática assistencial curativa necessariamente está inserida neste movimento, e resvala no processo cirúrgico, por meio da diminuição do período de internação hospitalar e do avanço das cirurgias ambulatoriais ou com internação e alta no mesmo dia.

Antes organizadas e realizadas predominantemente no hospital, várias etapas do processo deslocaram-se para outras instâncias: consultório do cirurgião, laboratórios externos para exames clínicos, domicílio. O grande desafio para a assistência perioperatório atual é evitar os "vácuos" de ações destas etapas e garantir a integralidade do processo cirúrgico.

Para tanto, uma das questões que se impõe é reconhecer o papel e as linhas de responsabilidade de cada instância, entre elas, a da enfermagem hospitalar. Outra questão é identificar os efeitos deste novo processo no resultado das intervenções.

Este estudo buscou, portanto, algumas respostas a estas questões, que permitissem reconhecer efeitos deste processo e estabelecer estratégias que direcionem uma melhor assistência de enfermagem, por meio de identificação de problemas do paciente no pós-alta e sua correlação com as etapas do processo cirúrgico.

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos pacientes entrevistados relatou problemas no pós-operatório (78-69,6%).

A literatura científica é escassa quanto à avaliação cirúrgica e identificação de problemas no pós-alta hospitalar. Estudos encontrados referem-se principalmente a problemas no pós-operatório imediato, quando o paciente ainda está internado, como os de Barreto³⁶ e de Silva³⁷.

Wasowicz e Schmitz³⁸, ao avaliarem 854 cirurgias gerais ambulatoriais em um hospital, durante um ano, constataram que dos 823 casos que retornaram para casa no mesmo dia, 57 (7,0%) sofreram algum tipo de complicação fisiológica (hemorragia, infecção do sítio cirúrgico, hematoma,

seroma, flebite, infecção de pele, deiscência etc.). E, do total dos 854 pacientes operados, 6 (0,7%) foram re-internados.

Tal resultado é inferior ao encontrado neste estudo, tanto quanto à frequência de alterações fisiológicas relatadas, quanto aos casos que necessitaram de re-internação, correspondendo a 6 (5,3%) do total de 112 pacientes analisados. Apesar disso, esta população não era de alto risco para condições individuais, uma vez que a maioria obteve ASA I (69,6%) e ASA II (19,6%).

Mesmo com a menor frequência de complicações obtida por Wasowicz e Schmitz³⁸, 13% do total dos casos necessitou de ajuda em casa e, do grupo que obteve sucesso, sem complicações, 14% preferia ter pernoitado no hospital. De certa forma, tal resultado refuta uma das justificativas de alta precoce, de que é melhor para o paciente encontrar-se o quanto antes em sua casa e junto a seus familiares. Em decorrência, emerge a questão sobre se os pacientes estão sendo considerados quanto às suas condições e de sua família para o cuidado em casa.

Tomando como referência os problemas apresentados no presente estudo é possível questionar também sua relação com a qualidade do preparo do paciente e das orientações recebidas para o cuidado após a alta hospitalar, já que apenas 35,7% deles as avaliaram como suficientes (55,4% foram parcialmente suficientes e 8,9% insuficientes).

Esta relação pauta-se no fato de que grande parte dos problemas relatados pelos pacientes deste estudo referiu-se a dúvidas quanto a condutas (31,8%), entre elas, cuidados com a ferida, retorno às atividades normais, dieta

a ser seguida, retorno ao consultório médico para avaliação, medicações prescritas.

A incapacidade de compreensão ou absorção de orientações para os cuidados após a alta não pode ser creditada aos pacientes, cuja quase totalidade apresenta algum grau de instrução. De outro modo, algumas justificativas apresentadas pelos pacientes para a não suficiência das orientações recebidas foram o pouco tempo para sua assimilação e a não existência de orientações escritas que pudessem ser consultados no domicílio.

A ausência ou insuficiência de orientações, por sua vez, pode estar relacionada com a curta permanência hospitalar após a cirurgia que, neste estudo, predominaram os períodos de até 12 horas (35,7%) e de 13-24 horas (33,9%). Ressalte-se que o período pós-operatório para as orientações pode ser mais curto ainda, ao se considerar o tempo demandado para o paciente se restabelecer da anestesia e ser capaz de abstrair-se da preocupação com o resultado imediato da cirurgia.

Neste aspecto, constatou-se que as anestésias mais realizadas (71,4%) foram as mais complexas e que demandam maior tempo para recuperação (raquidiana-35,7%, geral IV/inalatória-35,7%). A relação entre período de permanência hospitalar pós-operatória e anestesia apresentou, inclusive, associação significativa ($p < 0,001$). Há que se adicionar a este resultado, a relação entre quantidade de pacientes e recursos humanos disponíveis, situação não avaliada neste estudo.

Em outras palavras, as orientações até podem ser fornecidas, mas são prejudicadas pelos fatores acima citados (curta permanência hospitalar,

pós-operatório imediato e efeito da anestesia), e os pacientes não terem condições de apreendê-las.

As orientações para alta obviamente não se restringem à fase pós-operatória. Para Du Gás³⁹, Deakers⁴⁰, Koziar e Du Gas⁴¹, elas devem ser iniciadas na fase pré-operatória, a partir da decisão pela cirurgia. Trata-se, portanto, de um processo contínuo.

Neste estudo, constatou-se que todos os pacientes entrevistados relataram ter recebido orientação pré-operatória, principalmente pelos profissionais mais relacionados ao processo cirúrgico (enfermagem-98,2% e cirurgião-94,6%) e elas ocorreram nos locais mais apropriados (admissão no hospital-96,4% e consultório do cirurgião-91,1%).

Quando se observa, porém, os tipos de orientações recebidas constatam-se que elas se referiram quase que exclusivamente ao preparo pré-operatório e transoperatório, ainda assim, de maneira não completa e padronizada (jejum-100,0%, procedimento cirúrgico-85,7%, medicamentos de uso contínuo 6,1%, recuperação anestésia-46,4%).

As orientações para alta, segundo Policastro⁴², devem abranger temas referentes a: cuidados com curativos, drenos, higiene pessoal, atividades básicas de vida diária, atividades físicas, medicações, retornos, procedimentos em intercorrências.

Neste estudo, somente 14,3% das orientações relatadas pelos pacientes referiram-se ao cuidado após a alta, que se restringiu ao sítio cirúrgico. Mesmo assim, tal orientação não deve ter sido suficiente ou adequada, pois os problemas mais freqüentemente relatados foram,

justamente, aqueles referentes à ferida cirúrgica, tanto para dúvidas (48-16%), quanto para alterações fisiológicas (40-13,5%) e dor (45-15,2%). Ou seja, os problemas referentes à ferida cirúrgica corresponderam a 133 (44,9%) do total dos 296 relatados.

É possível considerar que no período pré-operatório, tanto nas preocupações do paciente quanto nas dos profissionais predominam aquelas referentes ao preparo pré-operatório, objetivando o sucesso da intervenção cirúrgica. Policastro⁴², em seu estudo sobre orientações de enfermagem para a alta hospitalar constatou que as pacientes apresentaram médio nível de ansiedade na admissão e baixo nível de ansiedade na alta hospitalar.

No período pós-operatório, portanto, os pacientes estariam menos ansiosos e mais aptos para as principais orientações de condutas pós-operatórias, seja reforçando-as, seja fornecendo-as.

De outro modo, mesmo que assim fosse, é preciso considerar as condições disponíveis para orientações perioperatórias, as mais completas possíveis, no período pré-operatório, principalmente o imediato, entre admissão no hospital e início da cirurgia. Neste estudo, a grande maioria dos pacientes (87,5%) permaneceu no hospital entre admissão e início da cirurgia até 12 horas e, destes, 42,9% até 2 horas.

No hospital sob investigação, neste período o paciente é submetido a uma série de ações técnico-administrativas, que incluem burocracia de admissão, encaminhamento ao setor de internação, abertura e anotações no prontuário, conferência do preparo pré-operatório realizado fora do hospital e realização de outros eventuais prescritos. Com isto, o espaço para orientações

no pré-operatório diminui ainda mais. Há que se considerar, também, que o quadro de funcionários tem que dar conta de tais ações, nesse período, não apenas a um único paciente, mas a todos aqueles admitidos para as intervenções eletivas.

Acrescente-se a isso, os aspectos subjetivos relacionados aos pacientes para reconhecimento e adaptação ao novo espaço e controle da ansiedade em um momento de vida que ele está passando. Para Gilbertoni⁴³, a cirurgia é um dos acontecimentos mais críticos na vida do indivíduo e o stress psicológico por ela acarretado pode causar complicações pós-operatórias variadas e até fatais. Brunner e Suddarth⁴⁴ consideram que o indivíduo ansioso em relação aos problemas de saúde aprende pouco e pode vir a aumentar ou distorcer aquilo que ouviu.

Em outras palavras, este é o contexto pré-operatório em que se inserem a avaliação e as orientações ao paciente.

Com a finalidade de atender tais ações neste período, o hospital-cenário deste estudo buscou uma alternativa, em que uma técnica de enfermagem permanece na recepção para acompanhar o paciente até o quarto. Essa técnica foi treinada para, já durante o trajeto, ir obtendo informações necessárias, assim como orientar o paciente quanto ao processo cirúrgico. No entanto, uma vez que há uma única técnica, nem sempre é possível realizar tal ação para com todos os pacientes, nas ocasiões em que há admissões concomitantes e fora do horário do seu trabalho.

Na unidade de internação os pacientes são recebidos por uma auxiliar de enfermagem que dá prosseguimento ao preparo do paciente,

configurando ações como verificação dos sinais vitais, jejum, tricotomia, anexação dos exames trazidos, anotações de prontuário, além de orientações quando solicitada. Os outros momentos da fase pré-operatória para avaliação e orientação ao paciente seriam durante o trajeto ao centro cirúrgico e na sua recepção, agora, pelos profissionais deste setor.

Mesmo sendo possível avaliar e orientar os pacientes nestas circunstâncias, questiona-se sua efetividade, pelas próprias condições em que são realizadas.

Orientações adequadas no hospital para o período perioperatório necessitam, primeiramente, de um local adequado, que certamente não é com o paciente em trânsito, seja da admissão para o quarto seja do quarto para o centro cirúrgico.

O espaço ideal seria aquele em que o paciente tenha condições de se concentrar exclusivamente nas orientações. Este local pode ser o quarto do paciente ou uma área especificamente reservada para este fim, isolada das turbulências cotidianas da assistência hospitalar.

Na atual conjuntura, questiona-se sobre as condições do período de permanência hospitalar entre admissão e cirurgia para avaliação e orientações sobre a fase pré e transoperatória, o que dirá sobre a fase pós-operatória, incluindo-se aí, aquelas relacionadas aos cuidados para a alta hospitalar.

Há que se garantir espaço e momento apropriados para qualificar a avaliação e as orientações aos pacientes, tanto no período pré quanto no pós, que contribuam de forma efetiva no sucesso do ato cirúrgico e na prevenção de problemas após a alta hospitalar.

Mas, a insuficiência e ou inadequação para avaliação e orientação dos pacientes, assim como a prevenção de problemas após a alta hospitalar não podem ser creditados apenas aos curtos períodos de permanência hospitalar pré e pós operatórios e de espaço e momentos apropriados. A qualificação de tais ações também depende de profissionais apropriados, ou sejam, aqueles mais diretamente relacionados com a assistência cirúrgica: integrantes da enfermagem, o cirurgião e o anestesiológico.

Neste estudo, os pacientes recordaram ter entrado em contato no período pré-operatório, no quarto, quase que exclusivamente com a enfermagem (94,6%). Com o cirurgião e o anestesiológico, o contato no quarto foi relatado por apenas 21,5% e 9,9% dos pacientes, respectivamente. O contato com estes últimos foi mais expressivo quando o paciente já estava no centro cirúrgico (cirurgião-44,6% e anestesiológico-59,8%). Em outras palavras, exceto a enfermagem, os demais profissionais mais apropriados para avaliar, fornecer orientações, esclarecer dúvidas e diminuir a ansiedade do pacientes entraram em contato com os pacientes principalmente e, somente, no momento antes do início da cirurgia.

Mesmo assim, para alguns pacientes os contatos com esses profissionais não ocorreram em nenhum momento antes do início da cirurgia, nem mesmo no centro cirúrgico (cirurgião-33,0%; anestesiológico-30,3%; 5,4%-enfermagem).

Tal situação pode determinar, inclusive, intercorrências no período transoperatório. Neste estudo, os 8 pacientes que apresentaram intercorrências no período transoperatório, registradas no prontuário, não se recordam de ter

entrado em contato com o anestesiológico no quarto e apenas quatro teve contato com este profissional apenas no centro cirúrgico. Com relação ao cirurgião, somente três destes pacientes relataram contato no quarto.

Conforme visto no capítulo de resultados, o paciente cuja cirurgia foi suspensa por dificuldade de intubação foi um dos que relataram não ter tido contato com o anestesiológico em qualquer local. O paciente que questionou a conduta cirúrgica informou contato com o cirurgião e o anestesiológico apenas no centro cirúrgico e não no quarto. Tais fatos permitem questionar se as visitas pré-operatórias tivessem sido realizadas em momento e local adequado, elas pudessem ter feito alguma diferença, partindo do princípio que conhecendo ou avaliando o paciente previamente após a internação, pode-se prevenir intercorrências e complicações.

Do mesmo modo, há que se garantir um momento apropriado no período pós-operatório para orientações de pós-alta ao paciente, por meio de profissionais formalmente preparados.

Neste estudo, conforme se verificou nos resultados, a enfermagem foi novamente a categoria que o paciente mais se lembrou de ter entrado em contato, seguida pelo cirurgião e depois pelo anestesiológico. O contato com o cirurgião ocorreu predominantemente no CC e no quarto (67,0%). A enfermagem se fez presente no quarto (81,3%) e no centro cirúrgico (37,5%). Já, com o anestesiológico o contato ocorreu principalmente e apenas no CC (67,9%), sendo significativa a percepção dos pacientes sobre não terem feito contato com este profissional (30,3%). É preciso considerar, no entanto, a

possibilidade desse contato no centro cirúrgico ter sido maior, mas o paciente não se lembrar em razão do efeito amnésico de alguns tipos de anestesia.

Não foi possível distinguir, no entanto, se em tais contatos ocorreram apenas avaliações das condições pós-operatórias imediatas ou também orientações para o pós-alta. De qualquer modo, o contato ocorrido apenas no centro cirúrgico pode não ser eficiente para tais orientações, dependendo do tipo de anestésico utilizado, que pode ter como efeito amnésia posterior³². Já, os contatos pós-operatórios no quarto não ocorreram com todos os pacientes, e por todos os profissionais, justamente, o local mais apropriado para as orientações pós-operatórias, quando o paciente encontra-se mais recuperado da anestesia.

Os problemas apresentados ocorreram principalmente a partir de 48 horas após a cirurgia, ou seja, após a alta hospitalar. Associando este fato aos demais resultados, há que se questionar sobre a transferência de responsabilidade da assistência pós-operatória para o próprio paciente e a família. Há necessidade de uma assistência formal e sistematizada que não apenas melhor qualifique todo o processo cirúrgico, mas também previna e reduza os problemas pós-operatórios.

Neste contexto, há que se resgatar a importância da assistência hospitalar, não apenas como local para a realização da cirurgia, mas como local que permeia e integra as várias etapas do processo cirúrgico. E a enfermagem pode ter papel significativo, atuando como elo de ligação entre cirurgião-paciente-hospital-família, desde a etapa de agendamento e liberação da cirurgia, verificando ou complementando as ações já demandadas pelo

cirurgião, tais como os procedimentos de preparo pré-operatório e as orientações ao paciente. Nesta ocasião, a enfermagem pode dar início ao cuidado individualizado e específico a cada processo cirúrgico.

No atual sistema de assistência cirúrgica, o médico cirurgião é o primeiro profissional que entra em contato com o paciente, geralmente fora do hospital, em seu consultório. Ou seja, o hospital e a enfermagem não participam deste momento. Este é o primeiro “vácuo” entre as etapas do processo cirúrgico. Este cirurgião é o primeiro a estabelecer as ações de preparo pré-operatório, entre elas, a solicitação de exames, jejum, tricotomia etc. E, conforme visto nos resultados, tais ações e orientações não estão ocorrendo de maneira padronizada ou uniforme. É o caso dos exames realizados, os quais são extremamente necessários não apenas para o cirurgião, mas também o anestesiológico, a fim de reconhecer, da melhor maneira possível, as condições clínicas do paciente e definir os procedimentos anestésicos e cuidados específicos, quando necessário.

A assistência hospitalar pode, inclusive, normatizar ou orientar exames essenciais e outras ações que considera significativas para os diferentes tipos de cirurgias, assim como já vem fazendo para a antibioticoprofilaxia cirúrgica.

Outra estratégia seria a elaboração e fornecimento de orientações e informações escritas, gerais e específicas ao tipo de cirurgia, tanto para o preparo pré-operatório quanto para os cuidados após a alta.

O período que compreende o momento do agendamento até o dia do procedimento seria o momento ideal para a resolução de suas dúvidas e

complementação de ações pela enfermagem, por meio de consulta de enfermagem pré-operatória. Esta consulta pode ser realizada no próprio hospital ou em visita domiciliar, dependendo das condições do paciente. Nestas condições, o enfermeiro teria condições de preencher este primeiro “vácuo” da assistência perioperatório e ser mais reconhecido pelo paciente em relação à sua participação neste processo, uma vez que os resultados deste estudo colocam em dúvida esse reconhecimento.

Outra participação importante do enfermeiro e da enfermagem refere-se ao período pós-operatório, ao se estabelecer um momento e local para avaliação do paciente e para orientações verbais sobre os cuidados após a alta. Em outras palavras, o paciente só receberia alta hospitalar após esta fase formal de contato com o paciente e os familiares. Orientações padronizadas escritas também podem ser elaboradas e fornecidas, como recurso ao paciente no domicílio, que constem, inclusive, formas de recorrer ao hospital ou ao cirurgião em caso de surgimento de problemas.

No processo cirúrgico atual o paciente, após a alta, retorna ao consultório do cirurgião e não mais ao hospital. Nesta ocasião, o cirurgião realiza avaliação e, muitas vezes, alguns procedimentos no próprio consultório, como retirada de pontos e até curativos. Geralmente o cirurgião não informa o hospital sobre a evolução do paciente, exceto quando surgem complicações significativas que podem culminar em re-internações. Ou seja, o hospital não tem condições de participar precocemente na prevenção de problemas.

Esta é uma questão atual que não diz respeito apenas à assistência perioperatório. Os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) também

têm dificuldades para reconhecer a incidência real de infecções hospitalares tardias, como as do sítio cirúrgico. Um recurso que vem sendo realizado por algumas CCIH é o acompanhamento pós-alta do paciente. Estratégias como visitas domiciliares, correspondência ou telefonemas são realizadas, de acordo com os recursos humanos disponíveis nestes serviços²³.

Tal estratégia também poderia ser utilizada para o processo cirúrgico, de maneira conjugada ao controle de infecção hospitalar, o que somaria esforços e reduziria os custos.

Estudos devem ser realizados, a fim de reconhecer e determinar períodos mínimos de permanências hospitalar pré-operatória e pós-operatória, de acordo com o tipo de anestesia, de cirurgia e de intercorrências, a fim de se incluir a avaliação e as orientações apropriadas como etapas formais deste processo. Para tanto, uma nova organização das dinâmicas dos setores e equipes envolvidos precisa ser desencadeada, como setores de admissão, unidade de internação e centro cirúrgico. Esta nova dinâmica precisa também garantir contatos pré e pós no hospital com os profissionais diretamente envolvidos, tanto para reconhecer previamente e de maneira adequada o paciente, quanto para realizar avaliações e orientações as mais completas possíveis e com o paciente em condições de apreendê-las.

Frente a estas sugestões, não se pode deixar de incluir a participação dos familiares do paciente, em todo este processo.

A família é parte integrante de qualquer ação em saúde em todas as fases da doença e em todos os contextos da assistência. Observa-se que pensar a família neste contexto é um desafio para a equipe de saúde, pois os

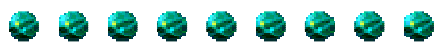
profissionais ainda são formados para atender o indivíduo e não a família. No contexto domiciliário pensar a família significa considerá-la como aliada desta ação em saúde, conferindo-lhe um papel ativo neste processo saúde-doença e não somente um papel passivo de receptora de ordens profissionais.⁽⁴⁵⁾

Quando o paciente recebe alta hospitalar ele necessita de apoio familiar no seu processo de cuidar. O contexto familiar deve ser considerado não apenas como o local onde o cuidado é dado e recebido, mas também onde se aprende sobre saúde e doença. A família é uma aliada na continuidade do tratamento, pois como se pôde constatar, a saúde não se restabelece quando da alta hospitalar.

Desta forma e, segundo Driscoll⁴⁶, os familiares devem ser incluídos no plano de orientação para alta. Seu estudo constatou que quando os familiares estavam junto ao paciente, no momento da orientação, ocorria diminuição da ansiedade tanto do paciente quanto do familiar, assim como pouquíssimos problemas médicos após alta.

Evidentemente que o sucesso do processo cirúrgico não depende exclusivamente da assistência perioperatório. Problemas e complicações podem surgir desde o período transoperatório, dependente de diversos fatores, inclusive do próprio paciente. No entanto, eles não são admissíveis em decorrência de deficiência de ações e providências previamente reconhecidas como necessárias, mas que estão falhando por uma dinâmica inadequada ou incompleta da assistência. Um melhor planejamento da assistência perioperatório, sob a dinâmica atual do processo cirúrgico pode e deve ser estabelecido.

Conclusão



CONCLUSÃO

Este estudo buscou reconhecer problemas ocorridos após a alta pelos pacientes submetidos a cirurgias eletivas em um hospital geral e correlacioná-los com a assistência perioperatório prestada.

O reconhecimento da assistência perioperatório prestada referiu-se a aspectos relacionados com: cirurgia, anestesia, exames pré-operatórios realizados, intercorrências na fase transoperatória, períodos de permanência hospitalar pré e pós-operatória, contatos pré e pós-operatórios com profissionais e os locais em que eles ocorreram, orientações recebidas para o período pós-operatório, entre outros.

Dos 112 pacientes do estudo, a maioria (78-69,6%) relatou problemas após a alta hospitalar relativos a alterações emocionais, alterações fisiológicas, dúvidas e dor.

O total de problemas relatados pelos pacientes (296) correspondeu à média de 2,6% para cada um dos 112 pacientes, sendo que 5,3% evoluiu com complicações, necessitando de internação.

Os problemas relativos à ferida cirúrgica foram os mais freqüentes, relacionados tanto a alterações fisiológicas, incluindo dor, quanto a dúvidas sobre seu cuidado.

Pelos dados obtidos, é possível inferir correlação dos problemas apresentados com etapas da assistência perioperatório, principalmente ao que se refere às orientações para o cuidado após a alta, que se revelaram incompletos e insuficientes.

O pouco tempo de permanência hospitalar pré-operatória e pós-operatória também parece estar relacionado com problemas apresentados, principalmente aqueles referentes às orientações para a alta. Os períodos entre admissão no hospital e início da cirurgia e final da cirurgia e alta hospitalar podem ser considerados curtos para a maioria dos casos cirúrgicos.

O período pós-operatório é menor ainda, se se considerar o prazo necessário para a recuperação da anestesia. E a maioria das anestésias realizadas nos pacientes deste estudo correspondeu às mais complexas (raquidiana e geral IV/inalatória).

Além disso, foi significativo o número de pacientes que não receberam visitas pré e pós-operatória pelas categorias profissionais mais relacionadas ao processo cirúrgico: enfermagem, cirurgião e anestesiológico. E, quanto isto aconteceu, o local nem sempre foi o mais adequado, aqui considerado como o quarto do paciente. A pior situação foi encontrada entre os anestesiológicos que, segundo os pacientes, o contato ocorreu quase que exclusivamente no centro cirúrgico, portanto, momentos antes do início do ato cirúrgico.

Os problemas após a alta que apresentaram maior repercussão e necessitaram de internação ocorreram em pacientes que não receberam visita pré-operatória pelo cirurgião e anestesiológico.

Constatou-se, também, que os pacientes só retornam ao hospital quando complicações já ocorreram. A alta do processo cirúrgico, portanto, ocorre no consultório do cirurgião e o hospital não tem condições de participar na prevenção dos problemas após a alta, uma vez que o cirurgião também não transmite informações ao hospital.

Com o avanço da tecnologia, observa-se que o processo cirúrgico se modificou nos últimos tempos. As intervenções cirúrgicas estão cada vez mais rápidas, permitindo o restabelecimento do paciente em menor tempo.

Por outro lado, o processo cirúrgico que inclui desde o preparo para a cirurgia até a alta médica tem sido realizado em vários locais, além do hospital. Tal situação pode determinar “vácuos” nas etapas da assistência perioperatório e favorecer problemas, tanto durante a fase transoperatória quanto pós-operatória.

Desta forma, configura-se a necessidade de novas estratégias assistenciais que garantam a integralidade do processo. E a enfermagem pode ser uma destas estratégias, tornando-se o elo de ligação entre paciente/família/hospital/médico

A determinação de momentos formais para avaliação e orientações ao paciente, tanto na fase pré-operatória quanto pós-operatória, deve ser considerada, visando atender às expectativas e necessidades dos pacientes como demonstrado neste estudo.

Espera-se que esta investigação colabore com a assistência de enfermagem no processo cirúrgico e que as estratégias aqui discutidas possam ser discutidas, implantadas e se tornem objeto de estudos futuros.

Referências Bibliográficas



REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Silva LGDM, Uchiyama NKS. Problemas e dificuldades detectadas em pacientes e familiares no período pós-alta hospitalar. [monografia]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
- 2) Gilmore C, Novaes HM. Manual de gerência da qualidade em serviço de saúde. Washington DC: Paltex, OPA/OMS, (série HSP/UNI manuais); 1995.
- 3) _____ . Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-hospitalar. Manual de Orientação aos Hospitais participantes – APM/CREMESP - 3^a. ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
- 4) Brunner LS, Suddarth DS. Assistência de enfermagem Perioperatório. In: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Interamericana; 1992. Cap.20, 21 e 22; p.339-407.
- 5) Possari JF. Centro Cirúrgico: Planejamento, organização e gestão. São Paulo: Iátria; 2004. p. 211-232.
- 6) Clausen C, Staff RN. A discharge planner for every patient. News Management 1984; 15(11): 58-61.
- 7) Leite RCBO. O idoso dependente em domicílio.[dissertação de mestrado] Salvador: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 1995.
- 8) Lacerda RA. Técnicas cirúrgicas e procedimentos pré-operatórios. In: Lacerda RA (coord). Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu Editora São Paulo Ltda; 2003; cap. 22; p. 363-85.

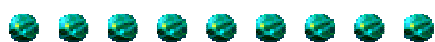
- 9) Watson DS, Sangermano CA. Cirurgia ambulatorial. In: Meeker MH, Rothrock JC. Alexander. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. Cap. 27. p.1059-1077.
- 10) Ferguson LK. Kaplan L. Surgery of ambulatory patient. Philadelphia: J.B.Lippincott; 1996.
- 11) Altemeir WA; Burke JF; Pruitt BA. Manual on control of infection in surgical patients. 2 ed., Philadelphia, 1983.
- 12) Davis JE. The major ambulatory surgery center and how it developed. Surg Clin North Am ,1987; 67.
- 13) Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Monografia de controle de infecção do sítio cirúrgico. São Paulo: APECIH; 2001.
- 14) Association of Operating Room Nurses. AORN. Position statement on perioperative nursing practice in ambulatory surgery. In: AORN standarts and recommended practices for perioperative nursing. Denver: The Association; 1993.
- 15) Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A.; 1999. p.1140.
- 16) Dicionário de termos técnicos de medicina. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda; 1984; p.251.
- 17) Fernandes AT, Ribeiro Filho N, Barroso EAR. Conceito, cadeia epidemiológica das infecções hospitalares e avaliação custo-benefício das medidas de controle. In: Fernandes AT (ed chefe). Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000; cap.10; p.215-65.
- 18) Ferraz EM. Infecção da ferida operatória em cirurgia abdominal. In: Zanon U, Neves J. Infecções hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Medsi; 1987; cap.20. p. 267-78.

- 19) Zanon U, Neves J. Infecções hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Medsi; 1986. cap.6. p.93.
- 20) Rodrigues EA Histórico das infecções hospitalares. In: Rodrigues EA Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Savier; 1997. cap. 1. p.3-27.
- 21) Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 22) _____ . Disponível [http:// www.sjc.com .Br/cidade.cfm](http://www.sjc.com.br/cidade.cfm) capturado em 17/08/02.
- 23) Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. Estudo comparativo do diagnóstico de infecção do sítio cirúrgico durante e após internação. Rev Saúde Pública 2002; 36(6).
- 24) Silva MAA, Rodrigues AL, Cezareti IUR. Enfermagem em Centro Cirúrgico. São Paulo: EPU; 1997. Cap.3 p.63-104.
- 25) Garner JS. CDC guidelines for prevention of surgical wound infections, 1985. Infect Control 1986; 7:193-200.
- 26) Bickel PJ, Doksum KA. Mathematical Statistics. Basic Ideas and select topics. San Francisco: Holden-Day Inc; 1977.
- 27) Neto PLOC. Estatística. Edgard Blucher Ltda; 1977. p.78.
- 28) Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. Boston: PWS Publisher; 1986.
- 29) Secaf V. Artigo Científico: do desafio à conquista. 2ª. ed.. São Paulo: Reis Editorial; 2000.
- 30) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 27 de agosto de 1992. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação. Brasília. 1992.

- 31) Possari JF. Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós-anestésica (RPA). São Paulo: Iátria; 2003. p. 39.
- 32) Vender JS, Spiess BD. Recuperação Anestésica. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1995. p. 09-23.
- 33) Rabhae GN, Ribeiro Filho N, Fernandes AT. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT (ed. Chefe). Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. Cap.19. p. 479-505.
- 34) Bogossian L. Manual prático de pré e pós operatório. 2ª.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1995.cap.1.
- 35) _____ Dor no Brasil: estado atual e perspectivas/ editado por Manuel Jacobsen Teixeira [et al]. São Paulo: Limay, 1995.
- 36) Barreto RASS. Problemas pós-operatórios de pacientes ortopédicos em sala de recuperação pós-anestésica. [dissertação de mestrado] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: 2002.
- 37) Silva RM. Orientação para alta de pacientes submetidas a cirurgia ginecológica: um estudo exploratório. [dissertação de mestrado]: Escola de Enfermagem Ana Néri; Universidade Federal do Rio de Janeiro;1980.
- 38) Wazowicz DK, Schmitz RF. Assessement of day surgery in a district training hospital: safety, efficacy and patient's satisfaction. Ned Tijdschr Geneeskd 2000; 144(40):1919-23
- 39) Du Gas BW. Enfermagem prática. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1977. p. 64-5.
- 40) Deakers LP. Continuity of family centered nursing care between the hospital and the home. Nurs Clin North Am 1972; 7(1):83-93
- 41) Koziar BB, Du Gas BW. Fundamental of patients care. Philadelphia:Saunders; 1967.

- 42)** Policastro S. Orientação de enfermagem. Uma estratégia para minimizar ansiedade e eventuais intercorrências imediatas à alta hospitalar de pacientes mastectomizadas. [dissertação de mestrado] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
- 43)** Gilbertoni J. Assistência psicológica ao paciente para a cirurgia. Rev Bras Enf 1967; 20(4):278-89.
- 44)** Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Interamericana;2002. vol 3. Avaliação e manejo de pacientes com doença de mama. P.1053-72.
- 45)** Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 375-77.
- 46)** Driscoll A. Managing post-discharge care at home: na analysis of patients and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. J Adv Nurs 2000; 31(5):1165-73.

Anexos



ANEXOS

ANEXO 1 – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

São José dos Campos, 18 de julho de 2003

Ilmo.

Dr. Cyro Alves de Britto Filho

Diretor da Policlín S/A Serviços Médico Hospitalares

Solicitamos autorização para coleta de dados de pesquisa de dissertação de Mestrado intitulada “ **PROBLEMAS DE USUÁRIOS CIRÚRGICOS APÓS A ALTA HOSPITALAR: identificando fatores condicionantes do processo cirúrgico e suas implicações para a assistência de enfermagem perioperatório**”, como requisito para obtenção do Título de Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Para tanto, será feito contato telefônico no 15º. de pós-operatório para autorização e agendamento de entrevista junto aos clientes/pacientes que se submeteram à cirurgia nesta instituição, e após essa autorização, serão coletados os dados complementares nos prontuários. Se pacientes permanecerem internados serão entrevistados no hospital e prosseguirá o caminho metodológico já determinado anteriormente.

Esclarecemos que, após análise, concluiu-se que não existe risco potencial de caráter ético identificado para os sujeitos da pesquisa, não havendo também qualquer ônus para a Instituição em função da realização da presente pesquisa. Comprometemo-nos a manter o anonimato da Instituição e dos clientes/pacientes sujeitos da pesquisa.

Certos de contar com sua atenção e aprovação dessa solicitação, colocamo-nos a disposição para esclarecimentos.

Outrossim informamos que os resultados da presente pesquisa estarão a disposição de V.Sa. a partir da conclusão da dissertação de mestrado.

Atenciosamente,

Lucia Garcia Dantas Martins Silva
Coren – 37248 – SP

Autorizado: _____

Dr. Cyro Alves de Britto

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DO PACIENTE EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Título da pesquisa: “PROBLEMAS DE USUÁRIOS CIRÚRGICOS APÓS A ALTA HOSPITALAR: identificando fatores condicionantes do processo cirúrgico e suas implicações para a assistência de enfermagem perioperatório”

Autor da pesquisa: Lucia Garcia Dantas Martins Silva

Nome do paciente:

No. Do prontuário:

Consentimento para agir como um sujeito na pesquisa

Eu, _____ declaro que recebi descrição oral do estudo, incluindo uma explicação do seu propósito e dos procedimentos de coleta de dados (entrevista/questionário).

Entendo que nenhum serviço médico ou compensação será oferecido em decorrência de minha participação e que minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, representa anuência para agir como sujeito na atividade proposta. Fica-me assegurado os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, no momento que julgar necessário; o sigilo de minha identidade; a confidência de qualquer resposta e o conhecimento dos resultados obtidos quando por mim solicitado. Declaro ainda que fui cientificado que os resultados obtidos poderão ser utilizados em publicação e estudos futuros.

Assinatura do sujeito:

local e data:

Confirmação do sujeito que explica o estudo

Certifico que informei e expliquei a pessoa nomeada acima sobre a descrição da lista dos elementos do consentimento esclarecido. Comprometo-me a manter o anonimato dos envolvidos no estudo e informá-los sobre o andamento da pesquisa, garantindo que o desenvolvimento da pesquisa foi planejado de forma a não produzir riscos e desconfortos para a saúde do sujeito da pesquisa.

Assinatura do pesquisador:

local e data:

**ANEXO 3 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES EM
PRONTUÁRIO DO PACIENTE CIRÚRGICO**

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Código do paciente:..... Sexo: () F () M
 Idade:.....anos
 Escolaridade: () analfabeto () ensino fundamental incompleto
 () ensino fundamental completo () ensino médio incompleto
 () ensino médio completo () superior incompleto
 () superior incompleto () outros

2 – DADOS SOBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Data da admissão hospitalar:..... Data da alta hospitalar.....
 Período de permanência hospitalar antes do início da anestesia:
 Período de permanência hospitalar após a alta da Sala Recuperação Anestésica até a
 alta hospitalar:.....

3 – DADOS SOBRE A CIRURGIA:

Data da cirurgia:.....Duração da cirurgia:.....
 Especialidade cirúrgica:.....
 Classificação da cirurgia por potencial de contaminação:
 () limpa () potencialmente contaminada () contaminada () infectada
 Tipo de anestesia:..... ASA:.....
 Exames pré-operatórios: () glicemia () hemograma () coagulograma
 () outros –
 quais:.....
 Intercorrências registradas no transoperatório – () sim () não
 Tipo:.....

ANEXO 4 – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA COM O PACIENTE APÓS A CIRURGIA

1 – ASSISTÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA: Recebeu orientação pré-operatória: () sim () não
Tipos de orientações recebidas: <ul style="list-style-type: none"> • jejum - () não () sim • tricotomia – () não () sim • procedimento cirúrgico – () não () sim • recuperação anestésica – () não () sim • medicamentos de uso contínuo – () não () sim • cuidados com sítio cirúrgico – () não () sim
Profissional que orientou: () cirurgião () anestesiolologista () enfermagem () secretária do cirurgião () outros:.....
Momento da orientação: () consultório cirurgião () no hospital durante a admissão () no CC durante a recepção () outros:
Contato com o cirurgião antes da cirurgia: () sim () não Local: () internação () Centro Cirúrgico () outro:.....
Contato com o anestesiolologista antes da cirurgia: () sim () não Local: () internação () Centro Cirúrgico () outro:.....
Contato com a enfermeira (supervisora) antes da cirurgia: () sim () não Local: () internação () Centro Cirúrgico () outro:.....
2– ASSISTÊNCIA DURANTE A PERMANÊNCIA HOSPITALAR:
Contato com o cirurgião após a cirurgia: () sim () não Local: () internação () Centro Cirúrgico () SRA () outro:.....
Contato com o anestesiolologista após a cirurgia: () sim () não Local: () internação () Centro Cirúrgico () SRA () outro:.....
Contato com a enfermeira (supervisora) após a cirurgia: () sim () não Local: () internação () Centro Cirúrgico () SRA () outro:.....
Reconhece cargo e função da enfermeira supervisora: () sim () não

Queixas e sugestões:
Orientações recebidas: () suficientes para o pós operatório () parcialmente suficientes para o pós operatório () insuficientes para o pós operatório () outro:
Atendimento perioperatório: () satisfeito () parcialmente satisfeito () insatisfeito () não informou
3 – PROBLEMAS E PROVIDÊNCIAS NO PRÉ-OPERATÓRIO:
Problemas: () sim () não
Período do início do problema: () até 48 hs após cirurgia () de 48 hs até 10 dias após a cirurgia () após 10 dias da cirurgia
Tipo de problema: <ul style="list-style-type: none"> • Emocional: () ansioso () tranquilo () preocupado () indiferente () inquieto () outro:..... • Fisiológico: Qual? • Dúvidas: () medicações prescritas () dieta a ser seguida () retorno p/seguimento com cirurgião () cuidados com ferida cirúrgica/drenos () atividades que podem ser realizadas () restabelecimento total • Dor - local: • Outros problemas:

Providência para resolver o problema:

- a) local consultório do cirurgião hospital onde operou
 outro local: Qual?
- b) re-internações devido a complicações cirúrgicas – não sim
- c) resultados: ainda em tratamento alta médica
 outros:.....