

# LEVANTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DURANTE A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA: UMA POSSIBILIDADE DE MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES ORTOPÉDICOS

## *SURVEY OF NURSING DIAGNOSES DURING THE PREOPERATIVE VISIT: A POSSIBILITY OF IMPROVING CARE FOR ORTHOPEDIC PATIENTS*

Isabella Cristina Moraes Campos<sup>1</sup>  
Isabel Cristina Adão Schiavon<sup>2</sup>  
Suzana Vale Rodrigues<sup>3</sup>  
Paula Regina Nunes da Silva<sup>4</sup>  
Tatiele Perpétua Ferreira da Silva<sup>4</sup>  
João Paulo Costa<sup>4</sup>

### **Resumo**

A visita pré-operatória de enfermagem se constitui em uma estratégia eficaz no levantamento individual das necessidades humanas, além de promover a interação profissional-usuário e otimizar o cuidado perioperatório. Este estudo transversal de abordagem quantitativa objetivou levantar os diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA, mediante a realização da visita a pacientes em pré-operatório de cirúrgicas ortopédicas. A amostra foi composta por 98 pessoas atendidas em um hospital geral de médio porte do interior de Minas Gerais. Para a coleta de dados, elaborou-se um questionário e dados complementares foram extraídos dos prontuários médicos dos sujeitos e também junto aos acompanhantes. Os dados obtidos foram analisados pelo software SPSS por meio da estatística descritiva. Dentre os diagnósticos levantados, o mais prevalente foi estilo de vida sedentário (63,3%), apontando para necessidade da atividade física regular como forma de prevenção de complicações, sobretudo pós-cirúrgicas. Outra observação pertinente diz respeito à parca e obsoleta literatura pertinente à temática abordada nesse estudo encontrada pelos autores. Acredita-se que essas informações ora levantadas possam contribuir no planejamento mais assertivo da assistência perioperatória, direcionando-a às reais necessidades dos pacientes.

**Palavras-chave:** Enfermagem Perioperatória. Avaliação em Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Ortopedia. Serviço Hospitalar de Enfermagem.

### **Abstract**

---

<sup>1</sup> IF-SUDESTE-MG. Mestre em Psicologia – UFSJ. E-mail: isabella.campos@ifsudestemg.edu.br.

<sup>2</sup> IF-SUDESTE-MG. Mestre em Enfermagem – Unicamp. E-mail: isabel.schiavon@ifsudestemg.edu.br.

<sup>3</sup> IF-SUDESTE-MG. Mestranda em Saúde Coletiva – UFJF.

<sup>4</sup> IF-SUDESTE-MG. Bolsista IC.

*The preoperative nursing visit constitutes an effective strategy in the individual survey of human needs, besides promoting professional-user interaction and optimizing the perioperative care. This cross-sectional quantitative study aimed at raising nursing diagnoses, according to NANDA, through the visit to patients in the preoperative period of orthopedic surgeries. The sample consisted of 98 people attending a general hospital of medium size in the interior of Minas Gerais. For the data collection, a questionnaire was elaborated and complementary data were extracted from the medical records of the subjects and also with the companions. The data were analyzed by SPSS software using descriptive statistics. Among the diagnoses surveyed, the most prevalent was a sedentary lifestyle (63.3%), pointing to the need for regular physical activity as a way of preventing complications, especially post-surgical complications. Another pertinent observation concerns the sparse and obsolete literature pertinent to the topic addressed in this study found by the authors. It is believed that this information raised may contribute to the more assertive planning of perioperative care, directing it to the real needs of patients.*

**Keywords:** Perioperative Nursing. Nursing Assessment. Diagnosis nursing. Orthopedics. Service. Hospital Nursing.

## INTRODUÇÃO

A pessoa que será submetida a uma cirurgia apresenta diversos receios que podem alterar seu estado de saúde. Para muitas, o período pré-operatório pode ser repleto de ansiedade, temores (da cirurgia, da dor, de não voltar da anestesia, da morte) e medo do desconhecido. Segundo Souza e colaboradores (2010), independente do tipo de procedimento cirúrgico, a proximidade de um ato operatório remete o ser humano ao temor pela própria existência e à incerteza quanto aos resultados da intervenção.

Neste contexto, a visita pré-operatória de enfermagem constitui uma estratégia capaz de favorecer o levantamento individual das necessidades humanas, além de permitir a interação entre o profissional e o usuário e otimizar o cuidado perioperatório. Nesse momento, o enfermeiro atua de maneira expressiva, proporcionando apoio emocional, atenção e orientações ao usuário, o que diminui sua insegurança. A visita vem sendo realizada no Brasil desde 1975, data em que surgiu a primeira divulgação a respeito (SOUZA *et al.*, 2010).

Um estudo avaliou positivamente o cuidado de enfermagem desde a visita até o fim do período pré-operatório imediato evidenciando que a orientação pré-operatória proporcionou uma melhora da recuperação pós-operatória e consequente redução do tempo de internação hospitalar, evitando infecções e reduzindo custos institucionais (GUO, 2014). Os resultados de outro estudo mostraram que a visita reduziu a ansiedade no pré-operatório e a percepção de dor nas primeiras 72 horas do pós-operatório, assim como houve melhora na percepção de bem estar por parte dos pacientes (FORTACÍN *et al.*, 2015).

A visita pré-operatória assegura, ainda, a individualidade da assistência, além de promover a continuidade dos cuidados de enfermagem, pois permite um melhor planejamento da assistência nos períodos transoperatórios e pós-operatórios (JORGETTO; NORONHA; ARAÚJO, 2004; SARAGIOTTO; TRAMONTINI, 2009). Além disso, permite o inter-relacionamento das unidades de internação com o centro cirúrgico, de forma que a assistência não seja fragmentada (ARAÚJO; NORONHA, 1998).

Ao realizá-la, o enfermeiro deve aplicar o Processo de Enfermagem, considerando que este deve “(...) estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados alcançados” (Conselho Federal de Enfermagem [COFEN], 2009). Desta forma, a visita pré-operatória de enfermagem é o primeiro passo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é um recurso utilizado para levantar dados sobre o paciente cirúrgico. A partir desses dados, são detectadas as alterações bio-psíquico e sócioespirituais e os problemas de enfermagem, tornando possível o planejamento da assistência de enfermagem a ser prestada no período perioperatório (GRITTEM; MEIER; GAIEVICZ, 2006).

A SAE é uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. É privativa do enfermeiro e a implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005; COFEN, 2009).

A SAE também proporciona benefícios para o profissional que a aplica. A prática traz maior satisfação laboral, tendo em vista que os instrumentos/roteiros utilizados permitem a visualização do cuidado prestado por toda a equipe de enfermagem, conferindo autonomia e visibilidade do processo de cuidar, o que valoriza a atuação da equipe e a destaca sobremaneira no cenário institucional (AMORIM *et al.*, 2014).

Com o intuito de padronizar a linguagem da equipe de enfermagem, diferentes sistemas de classificação foram desenvolvidos, como a *Nursing Interventions Classification* (NIC), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), entre outras (TRUPPEL *et al.*, 2009). Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi levantar os diagnósticos de enfermagem, segundo a NANDA, mediante a realização da visita pré-operatória de enfermagem a pacientes que seriam submetidos a intervenções cirúrgicas ortopédicas.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa adotou uma abordagem quantitativa e consistiu em uma pesquisa de levantamento, pois foram analisadas a distribuição e as relações entre variáveis naturais relativas aos pacientes. Também pode ser classificada como uma pesquisa transversal, uma vez que os dados que foram coletados em um único momento.

A população-alvo foi composta pelos pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão definidos a seguir. Os critérios de inclusão foram: receber a visita pré-operatória de enfermagem que foi realizada exclusivamente para esta pesquisa, estar no período pré-operatório de cirurgia ortopédica, independentemente da complexidade do procedimento e do seu nível de saúde, idade igual ou superior a 18 anos e de ambos os gêneros. Seriam excluídos os pacientes que apresentassem confusão mental ou que demonstrassem dificuldades de compreensão das questões contidas no instrumento de coletas de dados, mas não foi necessário.

Não foi empregada técnica de amostragem da população-alvo. Dessa forma, todos os pacientes que satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão adotados fizeram parte da amostra desta pesquisa, considerando-se que não se tratou de um número excessivo de pessoas. Segundo Sellitz, Wrightsman e Cook (1987), nas pesquisas de levantamento são coletados dados de uma amostra aleatória representativa ou de toda a população-alvo. Este procedimento amplia a validade interna da pesquisa. Esta pesquisa é de caráter não probabilístico porque a seleção de sua amostra foi intencional, de acordo com o julgamento do pesquisador, ou seja, sua escolha não foi aleatória (OLIVEIRA, 2001).

A coleta dos dados foi realizada entre janeiro e julho de 2016 em um hospital geral de médio porte de um município do interior de Minas Gerais. Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da própria instituição, é classificada como um hospital geral, privado e sem fins lucrativos. São oferecidos atendimentos particulares e para convênios e Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em nível ambulatorial quanto em nível hospitalar de alta complexidade, em diversas especialidades médicas (BRASIL, s.d). Sua capacidade instalada totaliza 123 leitos e 71,56% são destinados ao SUS. É referência para atendimentos ambulatoriais e cirúrgicos em ortopedia para os 18 municípios da microrregião de saúde.

Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro de visita pré-operatória de enfermagem, que consistiu em um questionário para traçar o perfil sócio-demográfico e clínico da amostra e permitir o levantamento dos problemas e diagnósticos de enfermagem. Foi composto por questões sobre sexo, idade, diagnóstico médico, local da cirurgia, dias de internação, uso de medicamentos antes e durante a internação, dentre outras, além de questões com vistas ao exame físico dos pacientes. Este instrumento foi elaborado a partir da análise de roteiros identificados na literatura científica da área (MAZZI; TONHOM, 2014; MOREIRA *et al.*, 2013; MOTA, 2013). Além disso, foram consultados os prontuários dos pacientes e, caso fosse necessário, seus acompanhantes.

Este estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 466/2012. Foi submetido à apreciação da Coordenação de Enfermagem e à Direção Técnica

da instituição, além do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais (IF Sudeste MG), que aprovou a sua realização (parecer nº 1.347.098). No momento da coleta, os pesquisadores identificaram e os pacientes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atestando ciência dos objetivos e procedimentos que seriam empregados e aceitando participar voluntariamente do estudo.

A análise dos dados foi realizada por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS), versão 20.0. Foi feita a estatística descritiva com cálculo de médias, desvios-padrão, porcentagens e valores mínimos e máximos para: (a) caracterização da amostra, com a descrição das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes; e (b) descrição dos problemas e diagnósticos de enfermagem levantados durante a visita pré-operatória de enfermagem. A definição dos diagnósticos foi feita com base na Taxonomia II da NANDA 2018-2020 (NANDA, 2018).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 98 pessoas que estavam no período pré-operatório de cirurgia ortopédica no referido hospital e que receberam a visita pré-operatória de enfermagem. As idades dos participantes variaram entre 18 e 92 anos (média = 52,55 anos; DP = 22,66), a maioria era do sexo masculino (n = 55; 56,1%), se autodeclarou branca (n = 56; 58,9%) e parda (n = 30; 31,6%), solteira (n = 35; 36,8%) e casada (n = 29; 30,5%), com filho(s) (n = 69; 71,1%), católica (n = 87; 90,6%) e de outros municípios (n = 52; 53,1%). Além disso, a maior parte dos entrevistados era sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (n = 49; 50,0%), não trabalhava (n = 49; 50,5%), sendo que, destes, 38 eram aposentados (77,55%).

A maioria dos participantes era procedente de casa (n = 42; 43,9%) ou havia dado entrada na instituição pelo pronto-socorro (n = 40; 41,7%). Quase a totalidade estava internada (n = 92; 93,9%), a maior parte pelo Sistema Único de Saúde (n = 81; 82,7%) e com algum acompanhante (n = 59; 60,2%). O período de internação variou entre um (n = 17; 18,3%) e 27 dias (n = 1; 1,1%), sendo que a maioria dos entrevistados estava internada há dois dias (n = 34; 36,6%).

O diagnóstico médico de fratura foi o mais prevalente (n = 86; 87,8%) e os membros superiores foram os mais afetados (n = 33; 33,7%), seguidos pelos inferiores (n = 64; 65,3%) e havia uma pessoa politraumatizada (1%). A queda da própria altura foi o motivo de cirurgia mais citado (n = 44; 48,9%), em seguida foram os acidentes de moto (n = 18; 20%), de carro (n = 4; 4,4%) e de bicicleta (n = 4; 4,4%). A maioria das cirurgias às quais os entrevistados seriam submetidos foi classificada como limpa (n = 94; 95,9%), curativa (n = 97; 99,0%) e eletiva (n = 98; 100%). Quase dois terços dos pacientes já haviam se submetido a alguma cirurgia prévia

(n = 65; 66,3%) e, desses, quase a totalidade relatou não ter tido complicações durante ou após essa cirurgia (n = 95; 96,9%).

Na Tabela 1 estão apresentados os principais problemas de enfermagem levantados durante a visita pré-operatória de enfermagem, ou seja, aqueles que acometiam no mínimo, 10% na amostra (n = 10), e seus respectivos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA – 2018-2020.

**Tabela 1:** Frequência dos principais problemas de enfermagem levantados e seus respectivos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA – 2018-2020 (N = 98 pacientes). São João del-Rei, Minas Gerais.

Problemas de enfermagem	n(%)	Diagnósticos de enfermagem
Não fazer atividade física	62 (63,3%)	- Estilo de vida sedentário
Estar com sobrepeso	31 (34,4%)	- Sobrepeso
Apresentar obesidade I	10 (11,1%)	- Obesidade
Apresentar diabetes melito	14 (14,3%)	- Risco de glicemia instável - Risco de disfunção neurovascular periférica - Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico
Aceitação hídrica alterada	13 (13,5%)	- Risco de volume de líquidos deficiente
Apresentar tosse	10 (10,3%)	- Troca de gases prejudicada - Padrão respiratório ineficaz - Perfusão tissular periférica ineficaz - Risco de perfusão tissular periférica ineficaz
Apresentar constipação	28 (28,6%)	- Constipação
Ser hipertenso(a)	37 (37,8%)	- Risco de função cardiovascular prejudicada - Padrão respiratório ineficaz - Perfusão tissular periférica ineficaz - Risco de perfusão tissular periférica ineficaz - Risco de pressão arterial instável
Ser tabagista	17 (17,3%)	- Risco de perfusão tissular periférica ineficaz - Risco de pressão arterial instável
Apresentar doença cardíaca	11 (11,2%)	- Risco de débito cardíaco diminuído - Risco de intolerância à atividade - Risco de perfusão tissular periférica prejudicada - Risco de perfusão tissular cardíaca prejudicada - Risco de pressão arterial instável
Ter acesso venoso periférico	72 (73,5%)	- Risco de infecção - Risco de integridade da pele prejudicada
Apresentar lesão cutânea	27 (27,6%)	- Integridade da pele prejudicada - Integridade tissular prejudicada - Risco de infecção

Fonte: elaborado pelos autores.

**Tabela 1:** Frequência dos principais problemas de enfermagem levantados e seus respectivos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA – 2018-2020 (N = 98 pacientes). São João del-Rei, Minas Gerais. (continuação)

Problemas de enfermagem	n(%)	Diagnósticos de enfermagem
Ser dependente para movimentar-se	47 (48%)	- Capacidade de transferência prejudicada - Deambulação prejudicada - Levantar-se prejudicado - Sentar-se prejudicado - Mobilidade física prejudicada - Mobilidade no leito prejudicada - Mobilidade na cadeira de rodas prejudicada - Risco de síndrome do desuso - Déficit no autocuidado para banho - Déficit no autocuidado para vestir-se - Risco de integridade da pele prejudicada - Risco de quedas - Risco de úlcera por pressão
Ser acamado(a)	39 (39,8%)	- Capacidade de transferência prejudicada - Deambulação prejudicada - Levantar-se prejudicado - Sentar-se prejudicado - Mobilidade física prejudicada - Mobilidade no leito prejudicada - Mobilidade na cadeira de rodas prejudicada - Risco de síndrome do desuso - Déficit no autocuidado para banho - Déficit no autocuidado para vestir-se - Risco de integridade da pele prejudicada - Risco de quedas - Risco de úlcera por pressão
Desconhecer a cirurgia que seria realizada	51 (52,6%)	- Conhecimento deficiente
Desconhecer a anestesia que seria aplicada	73 (75,3%)	- Conhecimento deficiente
Desconhecer o médico cirurgião	34 (35,1%)	- Conhecimento deficiente
Não receber orientações pré-operatórias	16 (16,5%)	- Conhecimento deficiente
Apresentar alergia	21 (21,4%)	- Risco de reação alérgica
Queixar dor	69 (70,4%)	- Conforto prejudicado
Queixar dor aguda	35 (50%)	- Conforto prejudicado - Dor aguda

Fonte: elaborado pelos autores.

Alguns problemas e diagnósticos de enfermagem observados merecem destaque por aumentarem o risco cirúrgico. As cirurgias ortopédicas apresentam risco cardiovascular (incidência combinada de morte e infarto agudo do miocárdio não fatal) intermediário, ou

seja, menor que 5%. Idade avançada (acima 60 anos), hábito de fumar e a dependência funcional, por exemplo, aumentam o risco de complicações pulmonares pós-operatórias (FERNANDES *et al.*, 2010).

Além disso, são fatores de risco cardiovasculares e que também podem aumentar o risco cirúrgico o tabagismo, diabetes melito, hipertensão arterial, sedentarismo etc. Ademais, são fatores de risco para tromboembolismo venoso em pacientes cirúrgicos, por exemplo, a cirurgia do trauma (grandes traumas ou de membros inferiores), imobilidade, paresia de membros inferiores, idade avançada, obesidade, tabagismo, dentre outros (GUALANDRO *et al.*, 2017).

O tabagismo é a principal causa evitável de mortes no mundo e contribui diretamente para, no mínimo, 20% de todos os óbitos, cerca de 200.000 mortes ao ano no Brasil. Interfere na cicatrização pós-operatória, taxas de infecção, complicações respiratórias, cardiocirculatórias, ortopédicas, entre outras. Está associado a permanências mais longas em unidades de terapia intensiva (UTI) no pós-operatório, complicações clínicas e cirúrgicas, internações mais prolongadas, além do aumento de custos ao sistema de saúde (GUALANDRO *et al.*, 2017).

É importante enfatizar que o tabagismo é fator de risco independente para complicações no período pós-operatório, mesmo que não haja doença pulmonar crônica concomitante, especialmente naqueles pacientes tabagistas de mais de 20 cigarros/dia e que fumaram nos dois meses que precederam a cirurgia. É importante que seja realizada a orientação pré-operatório, pois é indicado parar de fumar por pelo menos oito semanas antes da cirurgia (FERNANDES *et al.*, 2010; GUALANDRO *et al.*, 2017).

A obesidade é classificada em graus pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). Em adultos, a classificação é: sobrepeso se IMC 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade grau 1 se IMC 30 a 34,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade grau 2 se IMC 35 a 39,9 kg/m<sup>2</sup>; e obesidade grau 3 se IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>. É considerada um problema de saúde pública pandêmico e multiétnico, que acomete tanto homens quanto mulheres, de todas as faixas etárias, sem distinção de classe social e econômica. Em 2014, dados publicados pela OMS mostraram que, no mundo, mais de 1,9 bilhões de adultos estavam com sobrepeso e, desses, mais de 600 milhões eram obesos, significando 13% da população adulta. No Brasil, em 2014, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostraram que 52,5% dos brasileiros estavam acima do peso, e, destes, 17,9% estavam obesos (FERREIRA; PEDROSO; SOUSA, 2017; GUALANDRO *et al.*, 2017).

A obesidade está relacionada a comorbidades que influenciam a avaliação e o manejo perioperatório, tais como doença aterosclerótica, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, hipertensão pulmonar, trombose venosa profunda e baixa capacidade funcional.



Também é associada a problemas do sistema respiratório, como a redução da capacidade residual funcional, atelectasias e *shunts* pulmonares (GUALANDRO *et al.*, 2017). No entanto, Fernandes *et al.* (2010) relataram que a obesidade não é fator de risco independente para evolução pós-operatória desfavorável. Há incidência de complicações pós-operatórias respiratórias semelhantes (21%) entre os obesos e não obesos, mas em se tratando de pacientes com IMC > 27 kg/m<sup>2</sup>, há evidências de que a redução de peso possa reduzir esse risco.

As complicações cardiovasculares são causas importantes de morbidade e de mortalidade em cirurgias, com incidência entre 1% a 5% no mundo. Cirurgias de grande porte não cardíacas, em pacientes com doenças vasculares estabelecidas, têm alta incidência de desfechos negativos, como isquemia, infarto do miocárdio e morte, especialmente naqueles com diabetes melito (FERNANDES *et al.*, 2010; GUALANDRO *et al.*, 2017).

O diabetes melito acomete 6,2% da população adulta brasileira, com aumento progressivo da prevalência conforme a idade, chegando a mais de 19% entre os indivíduos com idade superior a 65 anos. Complicações crônicas da doença, especialmente as vasculares, são as principais causas de morte e as que mais motivam cirurgias. Os diabéticos têm maior probabilidade de serem submetidos a intervenções cirúrgicas e internação hospitalar que não diabéticos. A doença está relacionada, ainda, a desfechos cirúrgicos desfavoráveis, como infecção, maior tempo de internação hospitalar, incapacidades após alta e mortalidade (GUALANDRO *et al.*, 2017).

Outra patologia apresentada pelos pacientes que merece atenção é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), pois é a condição médica mais comum para o adiamento de uma cirurgia. A hipertensão estágio 2 - com pressão arterial sistólica (PAS) > 180mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) > 110mmHg - deve ser controlada antes da cirurgia. Durante um procedimento cirúrgico, importantes alterações hemodinâmicas podem ocorrer, sendo mais pronunciadas nos pacientes hipertensos. Dessa forma, a monitoração cardíaca e da pressão arterial é fundamental para detectar variações pressóricas e sinais de isquemia o mais precocemente possível (GUALANDRO *et al.*, 2017).

Além de ser um fator de risco para a doença coronária, a hipertensão está associada à hipertrofia ventricular, disfunção sistólica, insuficiência renal e eventos cerebrovasculares durante o perioperatório. Deve-se atentar quanto manuseio de volume no perioperatório dos pacientes hipertensos que têm a geometria ventricular e elasticidade arterial alteradas, principalmente os idosos (GUALANDRO *et al.*, 2017).

É importante enfatizar, ainda, o desconhecimento dos pacientes quanto à cirurgia, a anestesia, ao cirurgião e aos cuidados pré-operatórios que deveriam ser realizados. Independentemente do grau de complexidade da cirurgia, o estresse está associado à

desinformação do paciente no que diz respeito ao procedimento cirúrgico, o que pode ser minimizado, ou mesmo solucionado, por meio de um bom processo de comunicação entre o enfermeiro e paciente (MESQUITA; BRESSAN; CHAVES, 2013).

A falta de orientação quanto à cirurgia e a ausência de apoio por parte da equipe de saúde como impeditivos de um relacionamento terapêutico adequado causam a permanência dos pacientes em estado ansioso e deprimido durante toda a internação. Prestar informações sobre a cirurgia, ao contrário, contribui para a redução dos níveis de ansiedade dos pacientes e familiares (SILVA; ZAKIR, 2015).

Portanto, o enfermeiro tem um papel fundamental durante as etapas de qualquer procedimento cirúrgico, desde orientações, consultas e organização do processo, pois pode proporcionar uma segurança durante todo o acompanhamento do paciente, realizando, principalmente, orientações no pré-operatório para que o entendimento de todo o processo seja vivenciado de forma clara e menos ansiosa (FERREIRA; PEDROSO; SOUSA, 2017).

Finalmente, na visita pré-operatória, também deve ser feito o levantamento da presença de dor, a fim de possibilitar intervenções para promoção do conforto do paciente. Estimativas a respeito da prevalência de dor no período pré-operatório de cirurgias diversificadas mostraram porcentagens variando de 32,0% a 83,7%. Pessoas que vivenciam dores pré-operatórias intensas, por longos períodos de tempo, podem referir maiores intensidades de dor no pós-operatório. Investigar, caracterizar, avaliar a intensidade e intervir no aspecto da dor é muito importante na prática dos enfermeiros, pois a dor vem sendo discutida como quinto sinal vital (FERREIRA; PEDROSO; SOUSA, 2017).

Como limitações deste estudo, coloca-se o fato de ter sido realizado em apenas uma instituição hospitalar que é referência para atendimentos ortopédicos do município onde se situa e para mais 17 cidades da região. Assim, seus resultados não podem ser generalizados a outros hospitais porque pode ser que o perfil dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo não seja semelhante ao de pacientes de outras instituições.

Com o objetivo de se evitar ao máximo a perda de pacientes, a equipe de pesquisadores de organizou para coletar os dados em todos os dias da semana. No entanto, no período noturno e aos finais de semana não houve coleta, o que pode ter ocasionado perdas de pacientes que foram diretamente para o centro cirúrgico para serem submetidos a cirurgias, ou seja, que não ficaram internados no período pré-operatório.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a realização desta pesquisa, espera-se proporcionar benefícios aos pacientes, tendo em vista que a literatura específica da área aponta a visita pré-operatória de

enfermagem como uma prática eficaz para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória. Ao se realizar o levantamento de problemas e diagnósticos de enfermagem ainda no período pré-operatório, é possível evitar danos e complicações aos pacientes nos períodos trans e pós-operatório.

Os resultados dessa pesquisa apontam para os problemas de enfermagem mais prevalentes entre os pacientes que iriam submeter a uma intervenção cirúrgica no referido hospital, de forma que esses resultados sejam repassados para os profissionais de enfermagem da instituição. Acredita-se que, em posse dessas informações, será possível planejar melhor a assistência perioperatória, direcionando-a às necessidades dos pacientes.

Finalmente, os resultados e/ou produtos desse estudo serão divulgados em um artigo científico e através da participação das pesquisadoras em eventos da área. Considera-se que a divulgação desses dados será de grande relevância para o aumento do conhecimento em enfermagem perioperatória, pois, durante a busca sistemática de estudos sobre a temática, observou-se a escassez de estudos, tanto nacionais quanto internacionais, e que muitos são bastante antigos e, talvez, possam já estar desatualizados.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2018.
- AMORIM T. V. *et al.* Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: Teoria do Cuidado Transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários *Rev. Bras. Enferm.*, v.67, n.4, p.568-574, jul/ago, 2014.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 58, n. 3, 261-265, jun, 2005.
- ARAÚJO, I. E. M.; NORONHA, R. Comunicação em enfermagem: visita pré-operatória. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.11, n.2, p.35-48, maio/ago, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Informática do SUS [DATASUS]. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. s.d. Recuperado de <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/3162502173565>>. Acesso em 5 ago. 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União 23 out 2009. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=212736>>. Acesso em 12 ago. 2018.
- FERNANDES, E. O. *et al.* Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 54, n.2, p. 240-258, abr/jun, 2010.
- FERREIRA, J. D. C.; PEDROSO, C. F.; SOUSA, T. R. Perfil clínico e avaliação da dor de pacientes obesos no período pré-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev. Cien. Escol. Estad. Saud. Publ. Cândido Santiago - RESAP*, v.3, n. 2, p. 82-96, 2017.
- FORTACÍN, C. B. *et al.* *Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar*. *Enfermería Global*, n. 39, p. 29-40, julio, 2015.

- GRITTEM, M. J. M.; MEIR, J. M.; GAIEVICZ, A. P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. *Cogitare Enferm.*, v 11, n 3, p. 245-251, set/dez, 2006.
- GUALANDRO, D. M. *et al.* 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 109, n. 3, sup. 1, p. 1-115, 2017.
- GUO, P. Preoperative educations interventions to reduce anxiety and improve recover among cardiac surgery patients: a review of randomized controlled trials. *J. Clin. Nurs. [Internet]*, v.24, n.1-2, p.34-36, jan, 2015.
- JORGETTO, G. V.; NORONHA, R.; ARAÚJO, I. E. M. Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.06, n.02, p.213-222, dez, 2006.
- MAZZI, N. R.; TONHOM, S. F. R. Visita pré-operatória de enfermagem: validação de um instrumento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde - REAS*, v. 6, n. 2, p. 638-645, 2014.
- MESQUITA, A. C.; BRESSAN, V. R.; CHAVES, E. C. L. A relação de ajuda não-diretiva como instrumento para o cuidado de enfermagem no pré-operatório: um relato de experiência. *Cienc. Cuid. Saude*, v.12, n.4, p.789-796, out/dez, 2013.
- MOREIRA, R. A. N. *et al.* Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.47, n.1, p.168-175, 2013.
- MOTA, E. M. *Construção e validação de um instrumento para visita pré-operatória de enfermagem de cirurgia de mama*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 77p., 2013. Disponível em <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6171/1/2013\\_dis\\_emmota.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6171/1/2013_dis_emmota.pdf)>. Acesso em 24 de julho de 2018.
- OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **FECAP**. São Paulo, 2001. Disponível em: <[http://www.fecap.br/adm\\_online/art23/tania2.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm)>. Acesso em: 27 set. 2018.
- SARAGIOTTO, I. R. A.; TRAMONTINI, C. C. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória - estratégias utilizadas por enfermeiros para sua aplicação. *Cienc. Cuid. Saude*, v.8, n.3, p. 366-371, jul/set, 2009.
- SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. (2. ed., Vol. 2). São Paulo: EPU, 1987.
- SILVA M. E. M.; ZAKIR, N. S. Controle instrucional e relaxamento como preparo psicológico pré-cirúrgico para portadores de cardiopatia. *Estud. Psicol. [Internet]*, v.28, n.3, p.371-379, set, 2011.
- SOUZA L. R. *et al.* Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. [Internet]*, v. 2, n. 2, p. 797-806, abr/jun 2010.
- TRUPPEL, T. C. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.