

ESTUDO EXPLORATÓRIO DOS PROBLEMAS, NOS SEUS ASPECTOS FÍSICOS,  
APRESENTADOS POR PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Uma contribuição ao processo de Enfermagem

Maria Henriqueta Luce Kruse

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NERI  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS  
NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Aprovada por:

Profa. Elvira Felice de Souza  
Presidente da Banca

Prof. Orlando Vieira Marques

Profa. Riva Roitman

Rio de Janeiro, RJ - BRASIL  
Novembro de 1980

KRUSE, Maria Henriqueta Luce

Estudo exploratório dos problemas, nos seus aspectos físicos, apresentados por pacientes no pós-operatório imediato - Uma contribuição ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro, UFRJ, EEAN, 1980.

ix, 63 f.

Tese: Mestre em Enfermagem

1. Pós-operatório imediato
2. Processo de Enfermagem
3. Teses

I. Universidade Federal do Rio de Janeiro

II. Mestre em Enfermagem

À Everton  
e a meus pais,  
pelo apoio e incentivo recebidos  
em todos os momentos.



## AGRADECIMENTOS

- À Professora Vilma de Carvalho, orientadora desta pesquisa, pelo interesse, dedicação e senso científico.
- À Professora doutora Olga Rosária Eidt, pelas sugestões experientes e estímulo constante.
- À Professora Clélia Soares Burlamaque pela colaboração e comentários críticos.
- À Professora Sandra Maria de Abreu Mendes, pela amizade e incentivo.
- À Professora Neusa Sobrosa Mezzomo, pela colaboração na coleta de dados.
- Aos colegas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da Escola de Enfermagem da UFRS pelo apoio e interesse demonstrados.

"Questionar ou simplesmente ouvir, examinar ou simplesmente ver, sentir ou mesmo medir, são alternativas de modos de buscar problemas junto aos pacientes e esses modos são elegíveis a partir do julgamento do enfermeiro para a tomada de decisão, quanto à utilização do instrumento de busca" (Paim, 1977).

## RESUMO

Neste trabalho procuramos identificar os problemas, nos seus aspectos físicos, apresentados por pacientes em período pós-operatório imediato com o intuito de construir uma ficha pós-operatória de enfermagem. O método de trabalho proposto é o exame físico do paciente. É feita, também, uma classificação dos problemas em seis áreas, relacionadas com os segmentos corporais examinados. As áreas ficaram assim denominadas: aparência geral, sinais vitais, cabeça e pescoço, membros superiores, tronco e membros inferiores.

Foram identificados 1.246 problemas em 100 pacientes examinados. A área com maior incidência de problemas foi a da cabeça e pescoço, seguida da área de aparência geral.

Ao final do trabalho é apresentada uma ficha pós-operatória de enfermagem que se constitui num instrumento de avaliação de pacientes no momento da admissão na SRPA. Esse instrumento poderá ser utilizado pelo enfermeiro com o objetivo de prestar assistência a esse tipo de paciente.

## SUMMARY

The purpose here in this paper was to identify the problems in their physical aspects, presented by the patients during their immediate post-operative period with the aim of organizing a nursing post-operative flowsheet. The method aimed was the patient-physical examination. An assessment of the problems identified in six areas was also performed, which are related to the body segments examined. These areas were called general appearance, vital signs, head and neck, upper limbs, trunk and lower limbs.

100 patients were examined and 1.246 problems were identified. The head and neck area had a greater incidence of problems followed by the area of general appearance.

A nursing post-operative flowsheet is presented at the conclusion of this paper; this sheet becomes a patient-assessment tool at the moment of admission to the Recovery-room. This tool may be used by the nurse with the goal of providing assistance to this kinds of patient.

## ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO .....	1
1.1 - Sobre o problema e a importância do estudo .....	1
1.2 - Questões levantadas .....	5
1.3 - Objetivos do estudo .....	6
1.4 - Definição de termos .....	7
2 - REVISÃO DA LITERATURA .....	8
3 - MATERIAL E MÉTODO .....	13
3.1 - População e amostra .....	13
3.2 - Instrumento .....	14
3.3 - Procedimentos .....	15
3.4 - Apuração dos resultados .....	17
4 - RESULTADOS .....	19
5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	35
6 - CONCLUSÕES .....	43
7 - SUGESTÕES .....	45
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46
9 - ANEXOS .....	50
9.1 - Anexo I - Ficha pós-operatória de enfermagem .....	51
9.2 - Anexo II - Instrumento para levantamento de problemas do pós-operatório .....	53
9.3 - Anexo III - Gráficos .....	56

## 1 - INTRODUÇÃO

### 1.1 - Sobre o problema e a importância do estudo

O período pós-operatório imediato caracteriza-se por uma situação de instabilidade, pois o paciente está se recuperando do coma induzido pelas drogas anestésicas. Muitos problemas facilmente identificáveis em outros pacientes podem ter uma manifestação alterada, modificada ou inteiramente eliminada pela anestesia residual. Nesse momento, somente a avaliação acurada do estado geral do paciente possibilitará a intervenção efetiva. Cada paciente deve ser observado como um todo, uma vez que um sintoma pode não ter importância por si só, mas, quando associado a outros, pode indicar perigo.

A assistência de enfermagem a pacientes no período pós-operatório tem por objetivo: identificar problemas para uma intervenção efetiva, prevenir e detectar complicações, diminuir o desconforto do paciente, protegê-lo de possíveis danos e ajudá-lo a readquirir a independência.

A identificação dos problemas reveste-se, então, de especial importância. O fato de a maioria dos pacientes encontrar-se inconsciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (\*) deve ser destacado pelo enfermeiro. Não se pode esquecer que a condição do paciente naquele momento é *estar inconsciente*, mesmo que esta inconsciência tenha sido induzida por drogas anestésicas. O paciente, portanto, precisa de uma assistência profissional adequada. Mas as informações coletadas dependerão daquilo que o enfermeiro considera importante, dos seus conhecimentos a até da sua criatividade. Nesse sentido, pode-se dizer que o processo de assistir em enfermagem é, por excelência, uma atividade intelectual e científica do enfermeiro, que realiza seu trabalho utilizando-se das etapas do método de resolução de problemas.

Horta (1974) descreve seis fases do processo de enfermagem que são inter-relacionadas e podem ser graficamente representadas por um hexágono. As faces do mesmo são constituídas por vetores biorientados, significando a reiteração dos vários procedimentos. A primeira fase desse processo é constituída pelo histórico de enfermagem, sendo o mesmo proposto pela autora como um roteiro para o levantamento sistematizado de dados sobre o paciente, a família ou a comunidade. Os dados devem ser significativos quanto à situação do paciente, a fim de tornar possível a identificação de problemas. O processo se completa com as etapas seguintes: diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados diários, evolução e prognóstico de enfermagem.

---

(\*) Neste trabalho a Sala de Recuperação Pós-Anestésica será identificada pela sigla SRPA.

Seguindo a metodologia indicada no ensino de Enfermagem Cirúrgica, em uma Escola de Enfermagem e no Serviço de Enfermagem Cirúrgica de um Hospital de Clínicas da Região Sul do País, observou-se que os dados registrados pela enfermeira, no momento da internação do paciente, não forneciam elementos suficientes para apoiar a elaboração do plano de cuidados concernente ao pós-operatório imediato. Isto, porque o paciente cirúrgico, neste período, devido às frequentes mudanças em suas condições físicas e emocionais, apresenta uma situação que exige observação apurada. E como os dados constantes do histórico de enfermagem referem-se às condições próprias da fase pré-operatória, o que sucede é que o paciente ao ser admitido na SRPA apresenta novos problemas decorrentes do ato anestésico-cirúrgico, os quais devem ser imediatamente identificados e listados com a finalidade de propor-se a prescrição de enfermagem. Via de regra, a prescrição de enfermagem para o paciente operado é elaborada a partir de rotinas preestabelecidas e não à vista dos problemas possivelmente identificados.

Na bibliografia sobre enfermagem, o que se encontra é que Brunner e cols. (1977), Mason (1974), Smith e cols. (1975), Watson (1979) e Beland (1975) apresentam características gerais de pacientes, na fase pós-operatória, especificando cuidados de enfermagem que devem ser prestados aos mesmos. Enfatizam a importância de se prever e prevenir as complicações pós-operatórias, mas não relacionam os problemas mais frequentes, nem especificam um roteiro para o levantamento dos mesmos. Deixam, portanto, lacunas aos profissionais que atuam neste setor.

Por outro lado, a limitada contribuição que os pacientes no pós-operatório imediato oferecem quanto às informações que possam prestar (Pereira, 1971 e White, 1977) exige que o enfermeiro estabeleça um método de avaliar, pelo menos, as condições físicas dos mesmos, se é que se deseja exercer um certo controle sobre os possíveis problemas. Mas para isso seria fundamental utilizar-se um roteiro que pudesse garantir a sistematização do levantamento de dados visando à identificação dos problemas.

Para elaborar este roteiro, é preciso conhecer os problemas que os pacientes costumam apresentar no pós-operatório imediato. Aliás, o conhecimento dos problemas que ocorrem com mais regularidade nas situações de saúde dos pacientes é tão relevante que os enfermeiros de diversas áreas assistenciais têm realizado estudos com vistas a determinar a frequência e os tipos apresentados. O conhecimento de tais problemas e o roteiro para a identificação dos mesmos, no pós-operatório imediato, poderão também oferecer base tanto para programas educativos, visando à aquisição de competência continuada, quanto para reorientar o ensino de estudantes nessa área específica da atuação profissional.

De um modo geral, a identificação dos problemas de pacientes pressupõe que o enfermeiro realize seu trabalho de forma organizada, efetuando um exame completo e sistemático no paciente, e ao mesmo tempo, utilizando-se de um instrumento adequado para a coleta e o registro de dados.

Nas situações próprias do pós-operatório imediato, ainda

que o exame do estado do paciente seja realizado de forma rápida e sumária, é importante que a inspeção física seja realizada no sentido crânio-caudal, observando-se todos os segmentos corporais de cada paciente. Se contar com um roteiro adequado, um enfermeiro experiente poderá avaliar o paciente em poucos minutos, ao final dos quais terá as informações necessárias para a identificação de problemas, facilitando não só a comunicação na equipe mas processo de tomada de decisão, seja quanto ao controle das condições pós-operatórias ou pelo que se refere aos cuidados de enfermagem.

Como não há na literatura parâmetros sobre a natureza ou a frequência de problemas de pacientes no pós-operatório, de forma a permitir uma identificação mais precisa dos mesmos, convém esclarecer que neste trabalho tentamos classificar os problemas, de acordo com a ocorrência dos mesmos, nos vários segmentos corporais examinados. Portanto, trata-se de estudar, aqui, especificamente os problemas de pacientes, em pós-operatório imediato, com a finalidade de elaborar uma ficha pós-operatória de enfermagem. Na opinião da autora, esta ficha poderá contribuir para a sistematização do processo de assistir os pacientes na SRPA.

## 1.2 - Questões levantadas

A fim de poder estudar com mais objetividade o problema, foram levantadas as seguintes questões:

a) Quais são os problemas, quanto aos aspectos físicos, apresen-

tados por pacientes submetidos à anestesia geral, no momento da admissão na SRPA?

- b) Entre os problemas levantados, quais os mais frequentes?
- c) Os problemas identificados podem ser classificados em áreas?
- d) Com base nos problemas identificados, é possível elaborar uma ficha pós-operatória de enfermagem?

### 1.3 - Objetivos do estudo

À conta do exposto, e para melhor dirigir a pesquisa, foram propostos os seguintes objetivos:

- Verificar quais os problemas, em seus aspectos físicos, apresentados pelos pacientes recém-admitidos na SRPA.
- Propor uma classificação em áreas para os problemas físicos apresentados por pacientes no momento da admissão na SRPA.
- Apresentar um instrumento especificamente elaborado para o levantamento dos problemas, mesmo os mais simples e que geralmente são menos notados, evidenciados em pacientes no pós-operatório imediato.
- Demonstrar a exequibilidade do desenvolvimento do processo de enfermagem no âmbito das situações que envolvem os pacientes no

pós-operatório imediato.

#### 1.4 - Definição de termos

Neste estudo, utilizamos termos cujo significado apresentamos a seguir:

- Exame físico do paciente: observação minuciosa dos segmentos corporais, no sentido crânio-caudal, para avaliar as condições de saúde do paciente.
- Pós-operatório imediato: inicia no momento da admissão do paciente na SRPA, compreendendo um período de 4 horas.
- Problemas de pacientes quanto aos aspectos físicos: condições ou situações de pacientes que possam ser detectadas pelo enfermeiro, e nas quais ele presta, através de sua assistência, seus cuidados profissionais.

## 2 - REVISÃO DA LITERATURA

Walker (1975), discorrendo sobre a assistência de enfermagem no pós-operatório, diz que a enfermeira mantém um estreito contato com *constantes modificações de informação*, e deve fazer repetidas avaliações para detectar precocemente alterações fisiológicas e psicológicas.

Beland (1975) coloca que no período pós-operatório o objetivo principal do enfermeiro é prever, evitar e, se possível, corrigir complicações. Segundo a autora, *evitar ou não complicações depende da qualidade da enfermagem que o paciente recebe*.

Brunner e cols. (1977) apontam como objetivo primário das ações de enfermagem, no período pós-operatório, o auxílio ao paciente até o retorno normal de suas funções, com o máximo de segurança e conforto. Além disso, as autoras dão ênfase à importância de se prever e prevenir dificuldades que poderão ocorrer nesse período. Mas não fazem qualquer referência a instrumentos utilizados para avaliar, de forma sistematizada, as condições do paciente.

Watson (1979), referindo-se ao cuidado de enfermagem no pós-operatório, diz que quando o paciente é admitido na SRPA deve ser feita uma avaliação de seus sinais vitais, condições da pele e mucosas, nível de consciência, incisão cirúrgica, drenos e cateteres. Segundo a autora, essas observações iniciais, acrescidas dos sinais vitais do pré-operatório, servem de dados comparativos para o reconhecimento de alterações favoráveis ou desfavoráveis e para a tomada de decisão acerca das ações de enfermagem.

Num estudo em que, do ponto de vista da fisiologia, o centro de interesse é a avaliação do coração, pulmões, abdômen e sistema nervoso central, Maykoski e Fabre (1975) colocam a compilação de informações como primeiro passo para a avaliação de enfermagem na SRPA e reconhecem o paciente como fonte primária de informação. Isso permite que as intervenções de enfermagem sejam dirigidas às áreas de maior necessidade. Referem ainda que podem ser usadas, como método de avaliação, a inspeção, a palpação, a percussão e a ausculta.

Posso (1975), reconhecendo a insuficiência ou precariedade de critérios para se avaliar as condições dos pacientes recém-operados, sugere a utilização de uma ficha elaborada com base nos trabalhos de Aldrete e Kroulik (1970), com o objetivo de diminuir a permanência dos mesmos na SRPA. Nessa ficha seriam abordados aspectos relativos à pressão arterial, respiração, temperatura, pulso, incisão cirúrgica, mobilidade, nível de consciência, comportamento e coloração de mucosas e extremidades.

Num estudo sobre problemas inerentes ao período pós-operatório imediato, Pereira (1971) aplicou a escala de Aldrete e Kroulik em 424 pacientes admitidos em uma SRPA e concluiu que o método é capaz de prover dados para um estudo sobre problemas inerentes ao período pós-operatório imediato. Nessa escala são incluídos aspectos relativos à atividade, circulação, respiração, consciência e cor da pele.

Koizumi e cols. (1976), referindo-se à inexistência, na literatura específica, de dados sobre a utilização de um roteiro de exame físico para os pacientes em estado agudo grave, elaboraram um roteiro que submeteram a experimentação. Koizumi (1976), após uma experiência de ensino com alunos de Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica e na qual o roteiro acima referido é utilizado, relata que o mesmo demonstrou ser eficiente, seja quanto à aproximação do aluno junto ao paciente, seja quanto a identificação de problemas, ao planejamento de cuidados e ao controle global da situação.

Rolim (1972), em um estudo sobre pacientes portadores de moléstias infecto-contagiosas, classificou os problemas levantados em áreas agrupadas de forma lógica, e de acordo com as suas relações anatomofisiológicas e psicossociais. Nesse estudo, foram obtidas dez áreas de problemas relacionados com: condições gerais; cabeça e pescoço; membros inferiores e superiores; tronco; funções fisiológicas; sono e repouso; condições psicossociais; habilitação; higiene corporal e alimentar; e queixas do paciente. O maior número de problemas levantados relacionava-se com

queixas do paciente, com média de 19,2 problemas por paciente ao longo da internação, seguido da área de funções fisiológicas com 16,9 problemas, e da área de cabeça e pescoço com 13,0 problemas.

Valente (1974), ao estudar os problemas apresentados por 28 pacientes com pneumopatias, relaciona os problemas levantados nas seguintes áreas: sistema cardiorrespiratório; emoções; nutrição; pele e mucosas; aparência geral; percepção sensorial e termorregulação; sono e repouso; terapêutica; eliminação; e atividades físicas. Nesse estudo, a área com maior frequência de problemas é a cardiorrespiratória (28,2%), seguida pela área de nutrição (15,3%).

Araújo e cols. (1975), através de um guia de observação do paciente cirúrgico, analisam os problemas levantados de acordo com doze áreas: aspecto físico; órgãos dos sentidos; comunicação e recreação; movimentação e locomoção; preocupações ou condições emocionais; sinais vitais; eliminação; alimentação e dieta; sono e repouso; queixas; sondas, drenos e curativos; e aspecto da Unidade. Nesse estudo, os problemas mais frequentes distribuem-se na área de aspecto físico, seguida pela área de sondas, drenos e curativos. Houve pequena diferença entre o número de problemas levantados em relação ao tipo de cirurgia.

Nakamae (1975) utiliza o histórico de enfermagem para o levantamento dos problemas mais frequentes em pacientes nefropatas. Para tanto, algumas adaptações são introduzidas ao formato do histórico, visando agrupar os problemas, quanto aos aspectos físicos, em oito áreas: sinais vitais; pele, mucosa e fâne-

ros; nutrição e hidratação; eliminação; sono e repouso e exercício; sensorial e terapêutica. A autora consegue relacionar 1.135 problemas em 30 pacientes e verificar que as áreas em que os problemas são mais incidentes são as de condições da pele, mucosa e fâneros, eliminação, nutrição e hidratação.

### 3 - MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1 - População e amostra

A população, neste estudo, refere-se a pacientes em pós-operatório imediato, admitidos na SRPA de um hospital de Porto Alegre, nos meses de dezembro de 1976 e janeiro de 1977.

A amostra fez um total de 100 pacientes. Arbitrou-se que esta quantidade seria suficiente para atingir os objetivos do estudo. Os pacientes foram selecionados ao acaso, à medida que eram admitidos na SRPA. Ainda assim, com a finalidade de controlar algumas variáveis, foram estabelecidos os seguintes critérios para inclusão dos pacientes no estudo:

- exame físico realizado nos primeiros 15 minutos após a admissão na SRPA;
- faixa etária a partir de 11 anos, sem limite máximo de idade(\*);
- pacientes submetidos a cirurgias eletivas e previamente programadas;

---

(\*) Critério utilizado para admissão de pacientes na SRPA onde foi realizado este estudo.

- pacientes submetidos à anestesia geral.

### 3.2 - Instrumento

Para se proceder à coleta de dados, elaborou-se um instrumento contendo itens relativos às condições físicas do paciente (Anexo II). Tomou-se como base o exame físico, tal como descrito no Histórico de Enfermagem II, proposto por Horta (1976). Algumas modificações foram introduzidas, desde que não se poderiam observar as dificuldades relacionadas com locomoção e vestuário. Também foi necessário acrescentar outros itens relativos a sinais vitais registrados no período pré-operatório e a queixas que pudessem ocorrer durante o exame.

Destarte, neste trabalho, o instrumento elaborado para o exame físico do paciente em pós-operatório imediato foi disposto em três partes:

*Parte I* - Identificação do paciente: nome, idade, sexo, número de registro, cirurgia realizada, duração da anestesia, data, hora de admissão na SRPA, hora do início da avaliação.

*Parte II* - Exame físico do paciente: esta parte foi subdividida em seis áreas, a saber, sinais vitais, aparência geral, cabeça e pescoço, membros superiores, tronco e membros inferiores. Em cada uma das áreas foram observados os seguintes aspectos:

- Sinais vitais: temperatura, pulso, respiração e tensão arterial correspondentes aos períodos pré-operatório e pós-operatório.
- Aparência geral: estado de consciência, mobilidade, condições da pele, tecido adiposo, posição.
- Cabeça e pescoço: cabelos, couro cabeludo, cavidade bucal, olhos, orelhas e narinas.
- Membros superiores: braços, antebraços, mãos, unhas e rede venosa.
- Tronco - tórax anterior: abdômen, cicatriz umbilical e órgãos genitais; e tórax posterior: região sacro-lombar, nádegas e ânus.
- Membros inferiores: coxas, pernas, pés, unhas e rede venosa.

*Parte III* - Queixas do paciente e ocorrências durante o exame.

### 3.3 - Procedimentos

O instrumento foi previamente aplicado pela autora do trabalho e, conforme os resultados obtidos, após a realização do exame físico em alguns pacientes, procedeu-se a uma reformulação dos itens julgados necessários, tendo em vista os objetivos propostos. Somente após esta aplicação prévia, o instrumento foi elaborado em sua forma definitiva (Anexo II).

Para a coleta de dados foi treinada uma enfermeira docente de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Todos os pacientes foram

examinados por essa mesma enfermeira com a finalidade de preservar a uniformidade das informações. O tempo médio gasto em cada exame foi de cinco minutos.

Os dados foram colhidos através da observação sistematizada, iniciada nos primeiros 15 minutos de permanência do paciente na SRPA. Em vista de ocorrer maior demanda de admissão de pacientes no horário compreendido entre 11 e 14 horas, optou-se por este período para proceder à coleta de dados.

No que concerne ao exame dos pacientes, o instrumento seria sempre preenchido da seguinte forma:

- *Parte I:* o nome, a idade, o sexo, o número de registro, a cirurgia realizada e a duração da anestesia eram retirados do prontuário; a data, a hora de admissão na SRPA e a hora do início da avaliação eram completados pelo observador.
- *Parte II:* O exame físico iniciava-se por uma avaliação global do paciente, seguida da observação dos diversos segmentos no sentido crânio-caudal. Na área de sinais vitais eram compilados do prontuário os dados referentes ao pré-operatório e verificados pelo observador os dados referentes ao pós-operatório.
- *Parte III:* Nesta parte registravam-se as queixas que eventualmente pudessem ocorrer durante o exame, e as observações que não se enquadravam em outros itens do instrumento.

Mesmo considerando que muitos deles estavam inconscientes, entendeu-se que este item não poderia ser desprezado e que as solicitações dos pacientes deveriam ser atendidas prontamente.

### 3.4 - Apuração dos resultados

Este capítulo tem por objetivo, descrever os meios utilizados para registrar e organizar os dados de modo que a análise possa ser realizada de forma adequada.

Inicialmente tentou-se isolar alguns fatores que poderiam influir no aumento do número de problemas. Assim, estabeleceram-se distribuições de frequência considerando-se a faixa etária, o tipo de cirurgia e a duração da anestesia. Utilizou-se a média aritmética para representar cada conjunto de dados, possibilitando a comparação entre os mesmos.

Os problemas identificados foram agrupados em cinco áreas: aparência geral, sinais vitais, tronco, membros inferiores e membros superiores. A divisão em áreas teve por objetivo estabelecer uma certa ordenação lógica entre os problemas. Optou-se pelo cálculo da percentagem com a finalidade de verificar a importância de cada área dentro do contexto dos problemas como um todo.

Os problemas de cada área foram discriminados e relacionados por ordem de frequência. A percentagem foi calculada com o objetivo de facilitar a visualização dos problemas mais frequên-

tes e a percentagem acumulada foi calculada para que se pudesse identificar quais eram os mais significativos em cada área.

#### 4 - RESULTADOS

TABELA 1  
DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES OBSERVADOS EM RELAÇÃO AO SEXO E À FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
11 - 20	11	12	23
21 - 30	8	14	22
31 - 40	6	12	18
41 - 50	5	3	8
51 - 60	3	12	15
61 - 70	3	4	7
71 - 80	5	2	7
TOTAL	41	59	100

Na Tabela 1, apresenta-se a distribuição dos pacientes segundo o sexo e a faixa etária. Observa-se que foram examinados 100 pacientes, havendo predominância das mulheres (59) sobre os homens (41). O maior número de pacientes (23) situa-se na faixa etária de 11 a 20 anos e 7 pacientes situam-se nas faixas de 61 a 70 anos e 71 a 80 anos.

TABELA 2  
DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS EM RELAÇÃO À FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	n. DE PACIENTES	n. DE PROBLEMAS	MÉDIA DE PROBLEMAS
11 - 20	23	237	10,3
21 - 30	22	229	10,4
31 - 40	18	240	13,3
41 - 50	8	102	12,7
51 - 60	15	212	14,1
61 - 70	7	116	16,5
71 - 80	7	110	15,7
TOTAL	100	1.246	-

Na Tabela 2, nota-se que a faixa etária de 61 a 70 anos foi a que abrigou a média mais alta de problemas por paciente (16,5). A média mais baixa foi observada nos pacientes com idade entre 11 e 20 anos (10,3). De maneira geral, houve um aumento na média de problemas por paciente à medida que aumentava a faixa etária dos mesmos.

TABELA 3  
DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES OBSERVADOS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE  
PROBLEMAS IDENTIFICADOS

n. DE PROBLEMAS	n. DE PACIENTES	PERCENTAGENS (%)
1 - 5	4	4
6 - 10	29	29
11 - 15	43	43
16 - 20	17	17
21 - 25	6	6
25 - 30	1	1
TOTAL	100	100

Na Tabela 3, verifica-se que 43 pacientes (43%) apresentaram entre 11 e 15 problemas. Deve-se salientar que somente 4 pacientes apresentaram entre 1 e 5 problemas no período pós-operatório e 24 pacientes (24%) apresentaram mais de 15 problemas.

TABELA 4  
DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES OBSERVADOS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE  
PROBLEMAS IDENTIFICADOS

n. DE PACIENTES (f)	n. DE PROBLEMAS (x)	(f.x)
1	2	2
1	3	3
2	4	8
2	6	12
6	7	42
8	8	64
7	9	63
6	10	60
11	11	121
12	12	144
8	13	104
9	14	126
4	15	60
5	16	80
5	17	85
4	18	72
1	19	19
1	20	20
1	21	21
2	22	44
2	23	46
1	24	24
1	26	26
TOTAL 100	-	1.246

A Tabela 4 foi elaborada com a finalidade de apresentar alguns dados específicos que não aparecem na Tabela 3. A média

de problemas por paciente foi de 12,46. Observa-se que um maior número de pacientes (12) apresentou 12 problemas cada um. Todos os pacientes apresentaram problemas no momento da admissão na SRPA.

TABELA 5  
DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS EM RELAÇÃO AO TIPO DE CIRURGIA

TIPO DE CIRURGIA	n. DE PACIENTES	n. DE PROBLEMAS	MÉDIA DE PROBLEMAS
Geral	30	434	14,5
Otorrinolaringológica	15	140	9,3
Plástica	13	137	10,5
Ginecológica	10	138	13,8
Urológica	10	121	12,1
Ortopédica	9	120	13,3
Vascular	7	88	12,5
Outros	6	68	11,3
TOTAL	100	1.246	-

Na Tabela 5, descreve-se o tipo de cirurgia a que foram submetidos os 100 pacientes. Destaca-se a cirurgia geral, em que 30 pacientes apresentaram 434 problemas com uma média de 14,5 problemas por paciente. Este foi o grupo de pacientes que apresentou média mais elevada de problemas. O grupo submetido à cirurgia otorrinolaringológica foi o que apresentou média mais baixa de problemas por paciente (9,3).

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS EM RELAÇÃO À DURAÇÃO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA (horas)	n. DE PACIENTES	n. DE PROBLEMAS	MÉDIA DE PROBLEMAS
10 min - 1 h	24	238	9,9
1 h 1 min - 2 h	36	408	11,3
2 h 1 min - 3 h.	26	339	13,0
3 h 1 min - 4 h	14	261	18,6
TOTAL	100	1.246	-

Na Tabela 6, o número de problemas é distribuído em função da duração (em horas) da anestesia. Os pacientes que permaneceram anestesiados até uma hora, apresentaram média mais baixa de problemas, isto é, 9,9 problemas por paciente. Os pacientes que permaneceram anestesiados por mais de 3 horas apresentaram média mais elevada, com 18,6 problemas por paciente. Observa-se, portanto, que o número de problemas cresce em função do aumento do número de horas de anestesia.

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS PACIENTES EM CADA  
ÁREA, POR ORDEM DECRESCENTE

ÁREA	n. DE PROBLEMAS	PERCENTAGEM %	PERCENTAGEM ACUMULADA
3 - Cabeça e pescoço	397	31,9	31,9
2 - Aparência geral	353	28,3	60,2
4 - Membros superiores	157	12,6	72,8
1 - Sinais vitais	148	11,9	84,7
5 - Tronco	128	10,3	95,0
6 - Membros inferiores	63	5,0	100,0
TOTAL	1.246	100,0	-

Na Tabela 7, tem-se uma visão geral do número dos problemas apresentados pelos pacientes em relação a cada uma das áreas relacionadas no instrumento que serviu de apoio para o exame físico. Foram levantados 1.246 problemas nos 100 pacientes estudados. Acompanhando a ordem decrescente da Tabela, observa-se que a área com maior frequência de problemas foi a de número 3, cabeça e pescoço, com 397 problemas (31,9%); seguem-lhe a área 2, aparência geral, com 353 problemas (28,3%); a área 4, membros superiores, com 157 problemas (12,6%); a área 1, sinais vitais, com 148 problemas (11,9%); a área 5, tronco, com 128 problemas (10,3%); e a área 6, membros inferiores, com 63 problemas (5,0%). Através da percentagem acumulada observa-se que 60,2% dos problemas deste estudo foram identificados pela observação da cabeça e pescoço e aparência geral.

TABELA 8  
DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS PACIENTES DURANTE O  
EXAME DA CABEÇA E PESCOÇO

PROBLEMAS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	PERCENTAGEM ACUMULADA (%)
Halitose	83	20,9	18,0
Lábios secos	64	16,1	37,0
*Com cânula orofaríngea	32	8,1	45,1
Secreção na orofaringe	31	7,8	52,9
Língua seca	28	7,1	60,0
Mucosas secas	24	6,1	66,1
*Com sonda nasogástrica	22	5,6	71,7
Lábios com sangue seco	16	4,0	75,7
Olhos sem umidificação	13	3,3	79,0
*Recebendo O <sub>2</sub> por cateter nasal	11	2,8	81,8
Dentes cariados	10	2,5	84,3
Pálpebras edemaciadas	9	2,3	86,6
Lábios cianóticos	8	2,0	88,6
Obstrução parcial das narinas	7	1,8	90,4
Olhos congestionados	6	1,5	91,9
Fossas nasais com secreção sanguinolenta	5	1,2	93,1
Incisões cirúrgicas	5	1,2	94,3
Língua com secreção sanguinolenta	4	1,0	95,3
Ouvidos com sangue	3	0,7	96,0
Olhos com secreção lacrimal	3	0,7	96,7
Lesões na face	2	0,5	97,2
Outros	14	2,8	100,0
TOTAL	397	100,0	-

\* Esses instrumentos constituem problemas pelo fato de imporem situações ou condições ao paciente em que compete ao enfermeiro intervir.

A Tabela 8 detalha os problemas encontrados na área 3, cabeça e pescoço: salienta-se a halitose como o problema mais frequente (83), significando que, em 100 pacientes, 83 apresentaram halitose no período pós-operatório imediato; lábios secos, cânula orofaríngea, secreção na orofaringe e língua seca foram bastante frequentes, sendo encontrados lábios secos em quase dois terços da população estudada (64%). Cabe destacar ainda que, entre os 397 problemas desta área, 260 foram alterações encontradas no exame da boca. Considerando-se que foram detectados 1.246 problemas no total, a cavidade oral contribui com 20% dos problemas identificados no período pós-operatório imediato. Utilizando a percentagem acumulada, verifica-se que os problemas de halitose, lábios secos, presença de cânula, secreção na orofaringe e língua seca correspondem a 60% dos problemas desta área.

TABELA 9  
DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS PACIENTES DURANTE O  
EXAME DA APARÊNCIA GERAL

PROBLEMAS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	PERCENTAGEM ACUMULADA (%)
Imobilidade aparente	45	12,8	12,8
Inconsciência	41	11,6	24,4
Sonolência	40	11,3	35,7
Obesidade	26	7,4	43,1
Pele fria	23	6,5	49,6
Decúbito dorsal elevado	21	6,0	55,6
Rede venosa invisível e impalpável	18	5,1	60,7
Agitação	16	4,5	65,2
Expressão de desconforto	15	4,3	69,5
Imobilidade de dois membros	13	3,7	73,2
Extremidades frias	12	3,4	76,6
Emagrecidos	11	3,1	79,7
Posição de trendelemburg	9	2,6	82,3
Palidez	9	2,6	84,9
Sonolência profunda	8	2,3	87,2
Membros inferiores elevados	8	2,3	89,5
Lesões na pele	6	1,7	91,2
Tremores	4	1,1	92,3
Decúbito lateral	4	1,1	93,4
Gemendo	3	0,8	94,2
Chorando	3	0,8	95,0
Extremidades cianóticas	3	0,8	95,8
Icterícia	3	0,8	96,6
Contração muscular generalizada	2	0,6	97,2
Outros	10	2,8	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>353</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Na Tabela 9 especifica-se a área 2, aparência geral. Verifica-se que os problemas identificados somaram um total de 353. O problema de maior incidência foi a imobilidade aparente, apresentado por 45 pacientes, seguido pela inconsciência em 41 pacientes e sonolência em 40 pacientes. Vale esclarecer que as alterações do tipo inconsciência, sonolência e sonolência profunda foram encontradas em 89 pacientes; 80 pacientes apresentaram problemas relacionados com a mobilidade (imobilidade, agitação, imobilização de dois membros e tremores); 76 pacientes apresentaram alterações na pele (pele fria, pálida, ictérica e cianótica); 48 pacientes, devido ao tipo de cirurgia realizada, permaneciam em posições que dificultavam a movimentação no leito (decúbito elevado, trendelemburg, membros inferiores elevados e decúbito lateral). Imobilidade aparente, inconsciência, sonolência, obesidade e pele fria foram os problemas mais frequentes, correspondendo a 49,6% dos problemas desta área.

TABELA 10  
DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS PACIENTES DURANTE O  
EXAME DOS MEMBROS SUPERIORES

PROBLEMAS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	PERCENTAGEM ACUMULADA (%)
Hidratação parenteral	88	56,1	56,1
Soroma	16	10,2	66,3
Unhas cianosadas	13	8,3	74,6
Pele com hematomas	9	5,7	80,3
Deltóides endurecidos	6	3,9	84,2
Recebendo sangue	4	2,5	86,7
Com intracath	4	2,5	89,2
Contensão	3	1,9	91,1
Outros*	14	8,9	100,0
TOTAL	157	100,0	-

\* O grande número de problemas classificados como "outros" é devido à falta de parâmetros para classificação de problemas.

A Tabela 10 mostra os 157 problemas encontrados com o exame dos membros superiores. Esta Tabela, além da quantidade e natureza dos problemas, apresenta a frequência com que eles ocorreram. A hidratação parenteral é o problema mais frequente. Dos 100 pacientes examinados, 88 (88%) apresentavam-se com hidratação parenteral em um dos membros superiores. É importante registrar que 16 pacientes (16%) apresentavam soroma e 9 pacientes (9%) apresentavam hematomas nos membros superiores. Hidratação parenteral, soroma e unhas cianosadas foram os problemas mais frequentes, correspondendo a 74,6% dos problemas identificados no exame dos membros superiores.

TABELA 11  
DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS PACIENTES DURANTE O EXAME DOS SINAIS VITAIS

PROBLEMAS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	PERCENTAGEM ACUMULADA (%)
Diminuição da temperatura 1°C a 1,8°C, em relação ao período pré-operatório*	52	35,1	35,1
Pulso com diferença entre 20% e 50% do período pré-operatório*	31	21,0	56,1
Tensão arterial com diferença entre 20 e 50% do período pré-operatório**	25	16,9	73,0
Respiração com diferença maior que 6 m.r.m. do período pré-operatório ***	19	12,8	85,8
Tosse	9	6,1	91,9
Respiração ruidosa	8	5,4	97,3
Outros	4	2,7	100,0
TOTAL	148	100,0	-

Esses problemas foram identificados de acordo com os autores:

\*Posso

\*\*Aldrete & Kroulik

\*\*\*Convenção proposta pela autora

Na Tabela 11 encontram-se o tipo e o número de problemas identificados quando da verificação dos sinais vitais. O problema mais frequente é a diminuição de 1°C a 1,8°C da temperatura corporal em relação ao nível encontrado no período pré-operatório. Este problema foi encontrado em 52 pacientes (52%) e corresponde a 35,1% dos problemas desta área. Seguem-se as alterações do pulso radial, nas quais foram encontradas diferenças entre 20% e 50%

em relação aos dados registrados no período pré-operatório; neste caso, encontraram-se 31 pacientes (31%), correspondendo a 21% dos problemas na área de sinais vitais. Quanto às alterações da tensão arterial, 25 pacientes apresentaram diferença entre 20% e 50% do valor encontrado no período pré-operatório, sendo que apenas 1 paciente apresentou alteração maior que 50% em relação ao valor encontrado no pré-operatório. Alterações na respiração foram identificados em 19 pacientes (19%), que mostraram uma diferença entre 6 e 9 m.r.m. em relação ao período pré-operatório. Tosse e respiração ruidosa foram observados em 9 e 8 pacientes, (9% e 8%), respectivamente, significando 11,5 dos problemas dessa área. A diminuição da temperatura corporal e alterações na frequência do pulso perfazem 56,1% dos problemas dessa área.

TABELA 12  
DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS PACIENTES DURANTE O  
EXAME DO TRONCO

PROBLEMAS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	PERCENTAGEM ACUMULADA (%)
Incisões cirúrgicas	51	39,8	39,8
Curativos com gazes embebidas em secreções	22	17,2	57,0
Com sonda vesical	11	8,6	65,5
Alterações na pele sem solução de continuidade	10	7,8	73,4
Alterações na pele com solução de continuidade	6	4,7	78,1
Com drenos em aspiração	6	4,7	82,8
Sangramento genital	5	3,9	86,7
Com atadura no tórax	4	3,1	89,8
Com dreno de Kehr	3	2,3	92,1
Com sonda de gastrostomia	2	1,6	93,7
Outros	10	6,3	100,0
TOTAL	128	100,0	-

A Tabela 12 apresenta os 128 problemas detectados na área 5. Houve grande frequência de pacientes (51%) com incisões cirúrgicas no tronco; 22 pacientes (22%) necessitavam troca de curativo, pois apresentavam gazes molhadas com sangue ou secreções. Foram observados 11 pacientes com sonda vesical, 6 pacientes com drenos em aspiração, 3 pacientes com dreno de Kehr, e 2 pacientes com sonda de gastrostomia. Utilizando-se a percentagem acumulada, observa-se que incisão cirúrgica, curativos com gazes embebidas em secreções, e sonda vesical apresentaram maior frequência, correspondendo a 65,5% dos problemas encontrados nesta área.

TABELA 13  
DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS NOS PACIENTES DURANTE O  
EXAME DOS MEMBROS INFERIORES

PROBLEMAS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM (%)	PERCENTAGEM ACUMULADA (%)
Pernas enfaixadas	15	23,8	23,8
Alterações na pele sem solução de continuidade	12	19,0	42,8
Varicose	11	17,5	60,3
Incisões cirúrgicas	7	11,1	71,4
Alterações na pele com solução de continuidade	6	9,5	80,9
Aparelho gessado	4	6,4	87,3
Edema	3	4,8	92,1
Outros	5	7,9	100,0
TOTAL	63	100,0	-

Na Tabela 13 aparecem os problemas encontrados nos membros inferiores. Segundo o exame físico, esta área foi a que se caracterizou pela menor incidência de problemas (63), representando 5% dos problemas levantados neste estudo. O número de pacientes (15) que apresentou o problema de pernas enfaixadas foi significativo; no entanto, conforme foi relatado anteriormente, 19 pacientes (19%) foram submetidos a cirurgias dos membros inferiores: ortopédicas, plásticas ou vasculares. As alterações na pele, com ou sem solução de continuidade, foram encontradas em 18 pacientes (18%), perfazendo um total de 28,5% dos problemas da área. Pernas enfaixadas, alterações na pele sem solução de continuidade, e varicose foram os problemas mais frequentes desta área, perfazendo um total de 60,3%.

## 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Lawrence Weed (1968), autor dos "Registros orientados para problema", exemplifica que o simples fato de ser mulher e ter 40 anos pode ser um problema. Esta digressão parece oportuna num momento em que, entre os próprios enfermeiros, existem dúvidas, principalmente entre aqueles que designam o problema como alteração ou algo não esperado.

Apesar de reconhecermos as limitações da observação, na medida em que é um método subjetivo, optou-se pela mesma, tendo o cuidado de usar sempre o mesmo observador. Florence Nightingale, em suas "Notes on nursing", expressou a real significação da observação quando escreveu: "Ao se discorrer sobre a importância da observação não se deve perder de vista o seu objetivo, que é salvar vidas e promover saúde e conforto".

O exame físico de 100 pacientes, no momento da admissão na SRPA, possibilitou a identificação de 1.246 problemas. Paim (1977) em seu trabalho, discorrendo sobre a qualidade do cuidado, diz que o número de problemas é um indicador da qualidade dos cuidados prestados, concluindo que "a identificação de cada um dos problemas representa cerca da metade da sua solução, portan-

to, já é uma razoável expressão qualitativa".

Os problemas identificados foram distribuídos em seis áreas, já descritas no capítulo referente à metodologia. A área com maior frequência de problemas foi a de "cabeça e pescoço", com 397 problemas; em seguida, a área de "aparência geral", com 353 problemas. A percentagem acumulada dessas duas áreas perfaz um total de 60,2%, de onde se conclui que as mesmas devem receber especial atenção do enfermeiro, pois 2/3 dos problemas apresentados por pacientes no período pós-operatório imediato são encontrados nas áreas de "cabeça e pescoço" e de "aparência geral".

A íntima relação entre o procedimento cirúrgico e o procedimento anestésico dificulta a tarefa de determinar se um dado está relacionado mais diretamente com um ou outro procedimento. A anestesia, por exemplo, produz alterações importantes na dinâmica de funcionamento global do paciente, determinando modificações no seu metabolismo, oxigenação, percepção e coordenação. Nesse sentido, o procedimento anestésico, numa relação de causa e efeito, talvez seja o que determina a maior frequência de novos problemas no período pós-operatório imediato. Essas colocações coincidem com a opinião de Sorensen (1980), segundo a qual os efeitos da anestesia são os mais importantes no pós-operatório imediato.

Considerando-se a relação entre a frequência de problemas e a faixa etária, observou-se que os pacientes mais jovens (tabela 2) apresentaram a média mais baixa de problemas (10,3). Esta média cresceu junto com a faixa etária, havendo inversão apenas nas faixas de 41 a 50 anos e 71 a 80 anos. Esses dados per-

mitem concluir que o fato de ser mais jovem está relacionado com uma média mais baixa de problemas no pós-operatório. Em vista de estarmos trabalhando com um número diferente de pacientes por grupo etário, valemo-nos da média aritmética para obtenção do número médio de problemas.

Com respeito à faixa etária, sabe-se que, à medida que a idade avança, ocorrem alterações no organismo humano que são responsáveis por muitos problemas que surgem no pós-operatório. As alterações da oxigenação iniciam-se nos vasos, coração e pulmões. O débito cardíaco diminui com a idade, o miocárdio apresenta dificuldades em contrair-se e as válvulas tornam-se rígidas (Jones, 1978). Sob condições normais, essas modificações resultam em pequena dificuldade funcional, mas em uma situação de estresse o organismo, como um todo, reage pobremente.

Observando-se os resultados da tabela 6, percebe-se que a duração da anestesia guardou estreita relação com o aumento do número de problemas. Assim, pacientes submetidos a até uma hora de anestesia tiveram média de 9,9 problemas; aqueles que permaneceram entre três a quatro horas anestesiados, apresentaram média de 18,6 problemas. Isto confirma o conceito de Pereira (1971), segundo o qual quanto maior o tempo de duração da cirurgia tanto mais lenta é a recuperação do paciente. Esse mesmo autor, ao utilizar a escala de Aldrete & Kroulik, observou que os pacientes submetidos a uma anestesia mais prolongada receberam percentagem maior de graus considerados maus, tanto na primeira como na segunda avaliação.

A título de esclarecimento, vale referir que o método de avaliação pós-anestésica proposto por Aldrete & Kroulik é composto por cinco parâmetros: atividade, respiração, circulação, consciência e cor da pele; de acordo com a presença, ausência ou estados intermediários, foram atribuídos a esses parâmetros pontos de zero a dois. A soma dos diversos pontos conferidos fornece um grau final que expressa o estado geral do paciente no momento da avaliação. A variação do grau no tempo indica a evolução da recuperação pós-anestésica. Entretanto, o método proposto não abrange todos os parâmetros desejáveis; mas, à semelhança da escala de Apgar, permite uma primeira triagem dos pacientes através da atribuição de um algarismo.

Na tabela 8, estão registrados os problemas encontrados no exame da cabeça e pescoço, área que evidenciou maior número de problemas (397), 31,9% do total. A maioria destes problemas está relacionada com os procedimentos anestésicos. Os problemas mais frequentes são: halitose, lábios secos, cânula orofaríngea e secreção na orofarínge. Eles totalizam 52% dos problemas da área. Aliás, 20% de todos os problemas deste estudo foram identificados na boca dos pacientes e detectados com o exame físico. A estes problemas deve ser dada a atenção que sua frequência e implicação quanto ao conforto justificam. Ainda que os mesmos não representem risco de vida, eles podem trazer dificuldades para o bem-estar e o restabelecimento do paciente (Paula, 1972). Embora se encontre sempre na bibliografia menções pertinentes à higiene oral e à umidificação dos lábios como medida de rotina, no período pós-operatório, com a finalidade de combater a ação inibidora de secreções das mucosas provocada pela atropina, a frequência de proble-

mas bucais parece exigir que essas medidas sejam mais intensivamente praticadas por parte do enfermeiro.

Nos 100 pacientes examinados, observou-se que 10 deles apresentavam dentes cariados. Paula (1972) e Brunner (1977) discorrem sobre a relação entre cárie dentária e infecções de vias respiratórias superiores, principalmente em pacientes submetidos ao estresse cirúrgico e que apresentem dificuldades na expansão pulmonar. Destaca-se aqui, portanto, a importância do exame da cavidade oral dos pacientes em período pré-operatório com a finalidade de aplicar as medidas de enfermagem cabíveis, prevenindo complicações pós-operatórias.

Ao observar a aparência geral dos pacientes (tabela 9), foram encontrados 28% dos problemas no período pós-operatório imediato. Com relação a esse aspecto e conforme está descrito no capítulo referente à metodologia, observou-se: estado de consciência, condições da pele, tecido adiposo e posição corporal dos pacientes. A alteração no nível de consciência é um dos aspectos do cuidado que precisa ser melhor avaliado pela enfermeira que está em contato direto com o paciente: 89% dos pacientes apresentava alterações da consciência que determinava uma dependência total do paciente ao enfermeiro. Esses problemas eram: inconsciência, sonolência ou sonolência profunda. Devido à grande incidência dos mesmos, não foi dado tratamento estatístico ao item queixas do paciente, uma vez que somente onze pacientes tinham condições de prestar informações. Entretanto, esses pacientes apresentaram 18 queixas: dor (8), vontade de urinar (5), sede (2), desconforto (2) e frio (1).

A posição corporal do paciente foi considerada problema quando impedia ou dificultava a mobilidade e a execução de exercícios no leito. Assim, para pacientes com membros gessados ou em decúbito lateral pós-timpanoplastia, devem ser prescritos cuidados alternativos de movimentação pós-operatória em substituição àqueles costumeiramente indicados.

As alterações que a anestesia produz no sistema respiratório, interferindo com as funções primárias, podem levar à hipóxia, cujo sinal clínico, a cianose, é melhor observado nos leitos ungueais e lábios do paciente. As membranas mucosas, por serem transparentes, têm especial valor no controle de anormalidades relativas ao conteúdo ou à função de capilares superficiais. Na observação dos lábios e leitos ungueais dos pacientes, conforme observado na tabela 10, foram encontrados 21 problemas relacionados à cianose: 8 pacientes apresentavam lábios cianosados e 13, unhas cianosadas.

A frequência de pacientes que apresentaram hipotermia (tabela 11), no período pós-operatório foi elevada (52 pacientes), sendo estes dados coerentes com os achados bibliográficos. A hipotermia é de aparecimento comum nos períodos trans e pós-operatório, e decorre da interferência de diversos fatores que participam na termorregulação. Além disso, os centros termorreguladores do hipotálamo sofrem bloqueio ou estimulação, de acordo com o agente anestésico utilizado. Salzano (1972), em seu trabalho sobre a temperatura corpórea no paciente submetido a procedimento anestésico-cirúrgico, concluiu que a mesma diminui durante a anestesia e que a temperatura ambiente foi o fator que mais contribuiu

para a queda da mesma. Daí a importância de se cobrir o paciente e de se manter a temperatura ambiente adequada.

Ao observar o tronco, deve-se verificar se estão presentes fatores predisponentes de atelectasia no período pós-operatório. Segundo Cullen (1977), analgesia, bandagens restritivas no abdômen ou no tórax, distensão abdominal, obesidade e dor na incisão levam a anormalidades na ventilação/perfusão, pois, devido a esses fatores, o paciente apresenta uma significativa alteração na capacidade de tossir e respirar. Na área 5, nas observações relativas ao tronco dos pacientes, 39% dos problemas foram relacionados com incisões cirúrgicas sendo que na metade das vezes os curativos dessas incisões estavam úmidos de sangue ou secreções. Este dado vem, mais uma vez, demonstrar a importância do exame físico do paciente no momento da admissão na SRPA, e que através do mesmo podem-se obter os subsídios necessários à elaboração de prescrições de enfermagem indicadas nas situações dos pacientes.

Nos membros superiores, a hidratação parenteral, utilizada como rotina nesses pacientes, foi considerada problema porque determina ações específicas por parte do enfermeiro. Em 16 pacientes foi observado soroma (coleção de soro no tecido celular subcutâneo) e em 9 pacientes verificou-se haver soro fora da veia. Por essas e outras razões de ordem local e geral, os pacientes sob hidratação parenteral precisam ser constantemente observados, a fim de que se possa detectar precocemente qualquer sinal de anormalidade.

Considerando-se os problemas mais frequentes apresentados

pelos pacientes no momento de sua admissão na SRPA, foi elaborada uma ficha pós-operatória de enfermagem (Anexo I), Esta ficha deverá servir como guia para o exame desses pacientes, com a finalidade de identificar seus problemas físicos. A identificação dos problemas dos pacientes tem por objetivo uma intervenção de enfermagem intimamente relacionada com a situação apresentada pelo paciente em cada momento.

Ao propormos uma ficha de avaliação do paciente no período pós-operatório, pretende-se, também, estabelecer um intercâmbio de informações entre os setores do hospital que assegure a continuidade da assistência prestada ao paciente.

## 6 - CONCLUSÕES

Neste trabalho procurou-se estudar os problemas apresentados por pacientes no momento da admissão na SRPA. Através deste estudo conclui-se que hidratação parenteral, halitose, lábios secos, diminuição da temperatura corporal, incisão cirúrgica no tronco, imobilidade, inconsciência e sonolência foram os problemas mais frequentes entre os 100 pacientes estudados.

Através da comparação de dados, foi possível concluir que os problemas crescem em função da faixa etária e da duração da anestesia. Não existe variação significativa entre o número de problemas identificados e o tipo de cirurgia.

Observou-se, também, que é possível classificar os problemas em áreas, sendo que os mesmos, neste estudo, foram distribuídos de acordo com o segmento corporal em que foram observados. Entre todas as áreas, a que apresentou mais problemas foi a da cabeça e pescoço.

Os resultados obtidos possibilitaram a elaboração de uma ficha pós-operatória de enfermagem que permite seja feito um levantamento de problemas no período pós-operatório imediato.

Desta forma, fica demonstrado que é exequível desenvolver-se o processo de enfermagem no âmbito das situações que envolvem os pacientes no pós-operatório imediato.

## 7 - SUGESTÕES

A conta do exposto, pode-se acrescentar algumas sugestões ao final deste trabalho. A ficha pós-operatória de enfermagem deverá ser testada para que se possa avaliar sua exequibilidade quanto ao tempo de aplicação, facilidade de preenchimento e aceitação dos profissionais. Da mesma forma, ela deveria ser aplicada em pacientes submetidos à cirurgia sob outros tipos de anestesia, que não a anestesia geral.

Sugere-se também, que o exame físico seja difundido como método de avaliação de pacientes em estado grave com alterações da consciência. Desta maneira, o exame físico se constituirá na etapa de coleta de dados, permitindo o desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as situações que envolvem o paciente hospitalizado.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALDRETE, J.A. & KROULIK, D. A postanesthetic recovery score. Anesthesia and analgesia. *Current Researches*, Cleveland, Ohio, 49(6): 924-34, Nov./Dec. 1970.
- 2 - ARAÚJO, C.P.; CARDOSO, D.R.; et alii. Análise de um guia de observação utilizado como instrumento para a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 9(1): 65-108, 1975.
- 3 - BELAND, I. & PASSOS, J. *Enfermagem Clínica*. São Paulo, EPU-EDUSP, 1975. V. 3.
- 4 - BRUNNER, E. *Enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
- 5 - CIANCIARULLO, T.I. Histórico de enfermagem: sua utilização em pacientes hospitalizados (Parte I). *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(3): 162-3, 1976.
- 6 - COOD, G. & BROHAR, M.E. Complicaciones pulmonares posoperatórias. *Clínicas de Enfermería de Norteamérica*, 5-14, mar. 1975.
- 7 - CULLEN, D.J. Recovery room complications. *AORN Journal*, 26(4): 746-63, Oct. 1977.
- 8 - DUGAS, B.W. *Enfermagem prática*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
- 9 - FAY, M.R. Nursing process in the recovery room. *AORN Journal*, 24(6): 1069-75, Dec. 1976.
- 10 - FRIEDLANDER, M.R. Problemas de enfermagem e sua conceituação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 11(3): 325-30, 1977.
- 11 - GOODE, J.W. & HATT, P.K. *Métodos em pesquisa social*. São Paulo, Ed. Nacional, 1972.
- 12 - HORTA, W.A. *A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos*. São Paulo, Tese de Livre-Docência apresentada à Escola de Enfermagem da USP, 1968.

- 13 - \_\_\_\_\_. Nota preliminar sobre o histórico de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 3(2): 33-8, 1969.
- 14 - \_\_\_\_\_. Enfermagem, teoria, conceitos, princípios e processo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 8(1):7-15, 1974.
- 15 - \_\_\_\_\_. O processo de Enfermagem - fundamentação e aplicação. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 1(1): 10-16, 1975.
- 16 - \_\_\_\_\_. O histórico de enfermagem simplificado. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(3): 131-8, 1976.
- 17 - JONES, D.; DUNBAR, C.; et alii. *Medical surgical nursing a conceptual approach*. New York, McGraw-Hill, 1978.
- 18 - KOIZUMI, M.S. Exame físico em pacientes agudos graves: uma experiência de ensino. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(5): 284-9, 1976.
- 19 - KOIZUMI, M.S. & CIANCIARULLO, T.I. Assistência de Enfermagem e cuidados de enfermagem. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 4(1): 40-3, 1978.
- 20 - KOIZUMI, M.S.; ZERBETTO, G.M. et alii. Avaliação de um roteiro para exame físico aplicado em pacientes neurocirúrgicos. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(4): 222-31, 1976.
- 21 - LUCKMANN, I. & SORENSEN, K. *Medical - Surgical nursing, a psychophysiologic approach*. Philadelphia, Saunders, 1980.
- 22 - MASON, M.A. *Enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1974.
- 23 - MAYKOSKY, K. & FABRE, D. Valoracion de enfermeria del paciente internado en la unidad de cuidado intensivo quirúrgico. *Clinicas de Enfermeria de Norteamerica*, 63-75, mar. 1975.
- 24 - METHENR, N.A. Equilibrio hidrico y eletrolitico en el paciente posoperatório. *Clinicas de Enfermeria de Norteamerica*, 45-53, mar. 1975.
- 25 - MYERS, N. Nursing diagnosis. *Nursing Times*, 1229-30, Sep. 1973.
- 26 - NAKAMAE, D.D. Identificação dos problemas de enfermagem em pacientes nefropatas, nos seus aspectos físicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 3(9):24-52, 1975.
- 27 - NIGHTINGALE, Florence. *Notes on nursing; what it is, and what it is not*. Philadelphia, J.B. Lippincott s.d.
- 28 - PAIM, L.; HOELZ, L. et alii. Iniciamento à metodologia do processo de enfermagem. *Publicações da ABEn*, Guanabara, 1974.

- 29 - PAIM, L. *Qualitativos e quantitativos da assistência de enfermagem*. Rio de Janeiro, Tese de Livre-Docência apresentada à Escola de Enfermagem Ana Neri da UFRJ, 1977.
- 30 - PAULA, N.S. *Problemas e cuidados de enfermagem da cavidade bucal do paciente acamado hospitalizado*. São Paulo, Tese de doutoramento apresentada à Escola de Enfermagem da USP, 1972.
- 31 - PEREIRA, J.B. Avaliação de pacientes em recuperação pós-anestésica pelo método de Aldrete e Kroulik. *Revista do Hospital Ernesto Dornelles*, Porto Alegre, 1(1):41-5, 1971.
- 32 - PERRONE, O. *Elaboração de trabalhos científicos*. Rio de Janeiro, 1970.
- 33 - POSSO, M.B.S. Avaliação das condições dos pacientes na sala de recuperação pós-anestésica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 3(9):9-23. 1975.
- 34 - REITER, F. The nurse clinician. *Journal of Nursing*, 66: 274-80, Feb. 1966.
- 35 - ROLIM, E.J. *Contribuição para o estudo de problemas de pacientes hospitalizados, portadores de moléstias infecto-contagiosas*. São Paulo, Tese de doutoramento apresentada à Escola de Enfermagem da USP, 1972.
- 36 - SALOMON, D.V. *Como fazer uma monografia*. Belo Horizonte, Interlivros, 1973.
- 37 - SALZANO, S.D.T. *Estudo da avaliação da temperatura corpórea no paciente anestésico-cirúrgico*. São Paulo, Tese de doutoramento apresentada à Escola de Enfermagem da USP, 1972.
- 38 - SANA, J. & JUDGE, R. *Metodos para el examen fisico en la practica de enfermeria*. OPAS, Colombia, 1977.
- 39 - SMITH, B.; PETRUSCAK, J.; et alii. In a recovery room. *American Journal of Nursing*. 73(1): 70-3, Jan. 1973.
- 40 - STEPHENS, D.S. et alii. The nurse's role in immediate postoperative care. *Nursing Mirror*, 145(13):20-3, Sep. 1977.
- 41 - SMITH, D. & GERMAIN, C. *Care of the adult patient*. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1975.
- 42 - SPIEGEL, M.R. *Estatística*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1974.
- 43 - VALENTE, M.A. Estudo de identificação dos problemas de enfermagem em pacientes hospitalizados com pneumopatias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 8(2): 141-98, 1974.
- 44 - \_\_\_\_\_. *À enfermagem na problemática do paciente hospitalizado que apresenta dispnéia*. São Paulo, Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da USP, 1977.
- 45 - WATSON, J.E. *Medical-surgical nursing and related physiology*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1979.

- 46 - WALKER, B. J. Asistencia de enfermeria para estimar y prevenir problemas cardiovasculares comunes. *Clinicas de Enfermeria de Norteamerica*, 39-44, mar. 1975.
- 47 - WEED, L. Medical records that guide and teach. *N. England J. Med.*, 278-593, 1968.
- 48 - WHITE, M.J. & WOLF-WILLETS, V.C. Memory loss following halothane anesthesia. *AORN J.* 26(6): 1053-64, Dec. 1977.

9 - ANEXOS

9.1 - ANEXO I

Ficha pós-operatória de enfermagem

FICHA PÓS-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora de Admissão: \_\_\_\_\_  
 Duração da anestesia: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO

1 - SINAIS VITAIS	T	P	R	TA
Pré-operatório:	9C	bpm	mrn	mmHg
Pós-operatório:	9C	bpm	mrn	mmHg

Sublinhe os itens encontrados no paciente:

- 2 - APARÊNCIA GERAL  
 inconsciente - sonolência profunda - sonolência  
 imóvel - agitado - movimentada 2 membros - contraído  
 obeso - emagrecido  
 pele: fria - pálida - icterícia - cianótica  
 posição: trendelemburg - decúbito dorsal elevado - decúbito lateral - MsIs elevados  
 rede venosa: invisível - impalpável
- 3 - CABEÇA E PESCOÇO  
 lábios: secos - cianóticos - c/lesões  
 língua: seca - saburosa - c/lesões  
 mucosas: secas - c/lesões  
 orofaringe: secreções - cânula orofaríngea - tubo endotraqueal - halitose  
 olhos: secos - congestionados - pálpebras edemaciadas  
 orelhas: c/secreções  
 fossas nasais: obstruídas - c/secreção - cateter O<sub>2</sub> - SNG
- 4 - MEMBROS SUPERIORES  
 MSD: hidratação parenteral - soroma - hematoma - flebotomia - intracath - contensão  
 MSE: hidratação parenteral - soroma - hematoma - flebotomia - intracath - contensão
- 5 - TRONCO  
 Incisão cirúrgica - curativos c/secreção - drenos em aspiração  
 Sonda vesical - gastrostomia - dreno de Kehr  
 Sangramento: vaginal - uretral - anal
- 6 - MEMBROS INFERIORES  
 MID: Incisões cirúrgicas - aparelho gessado - enfaixados  
 MIE: Incisões cirúrgicas - aparelho gessado - enfaixados  
 Varicose - lesões na pele - edema

RELACIONE OUTROS PROBLEMAS ENCONTRADOS:

---



---

QUEIXAS DO PACIENTE E OCORRÊNCIA DURANTE O EXAME:

---



---

Rubrica do enfermeiro:

9.2 - ANEXO II

Instrumento para levantamento de problemas do pós-operatório

# INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS DO PÓS-OPERATÓRIO

## 1 - Identificação

Nome: \_\_\_\_\_ N.º de registro: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_ Hora de admissão na SRPA: \_\_\_\_\_  
Duração da anestesia: \_\_\_\_\_  
Hora do início do exame: \_\_\_\_\_

## 2 - Exame Físico

	T	P	R	TA
*Sinais vitais				
pré-operatório				
pós-operatório				

\*Aparência geral  
Consciência -  
Mobilidade -  
Pele: coloração  
      integridade  
      temperatura  
      limpeza  
Tecido adiposo  
Posição

\*Cabeça e pescoço  
Cabelos  
Couro cabeludo  
Cavidade bucal - lábios  
                  língua  
                  mucosa  
                  dentes  
                  hálito  
                  orofaringe

Olhos  
Orelhas  
Narinas

\*Ms Ss  
Braços  
Antebraços  
Mãos  
Unhas  
Rede venosa

\*Tronco  
Tórax anterior  
Abdomen  
Genitais  
Tórax posterior  
Região lombo-sacra  
Nádegas  
Ânus

\*Membros inferiores

Coxas

Perna

Pé

Unhas

Rede venosa

3 - Queixas e ocorrências durante o exame:

---

---

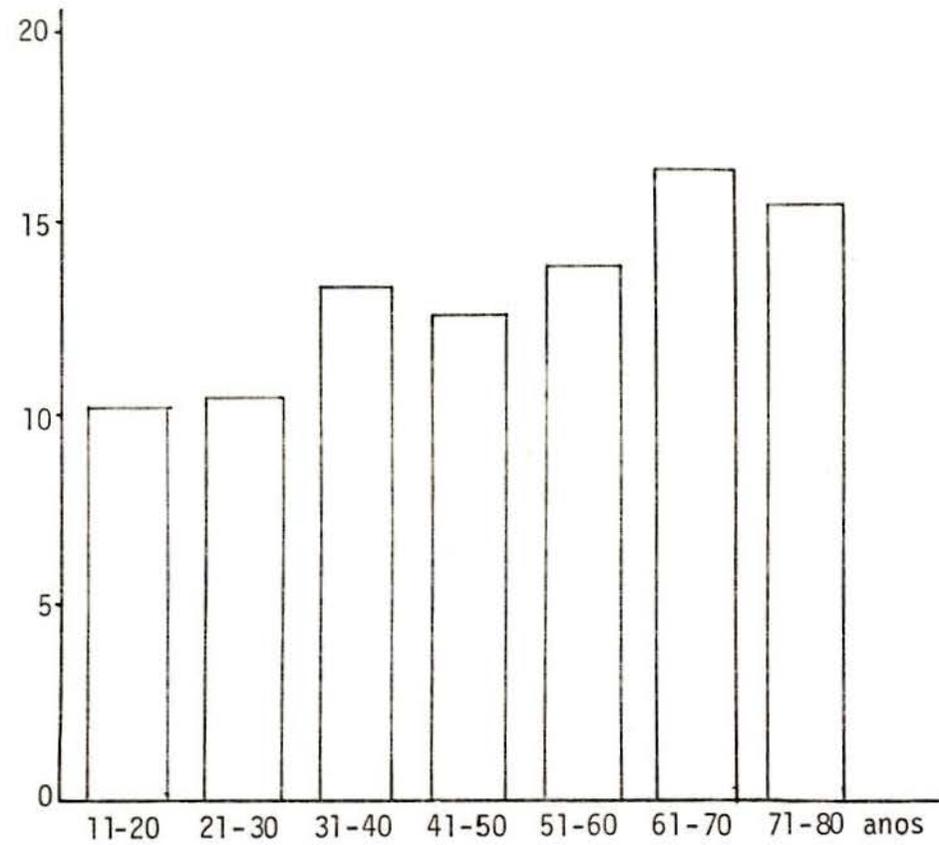
Hora do término do exame:

9.3 - ANEXO III

Gráficos

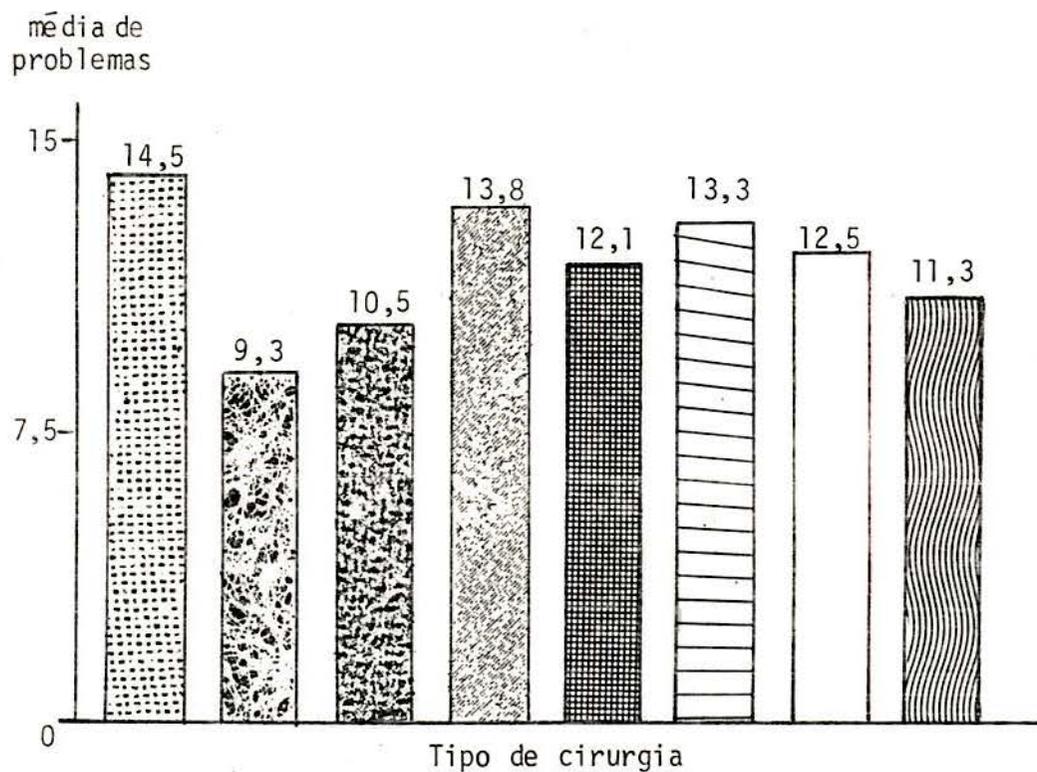
MÉDIA DE PROBLEMAS EM RELAÇÃO À FAIXA ETÁRIA

média de  
problemas



FONTE: Tabela 2.

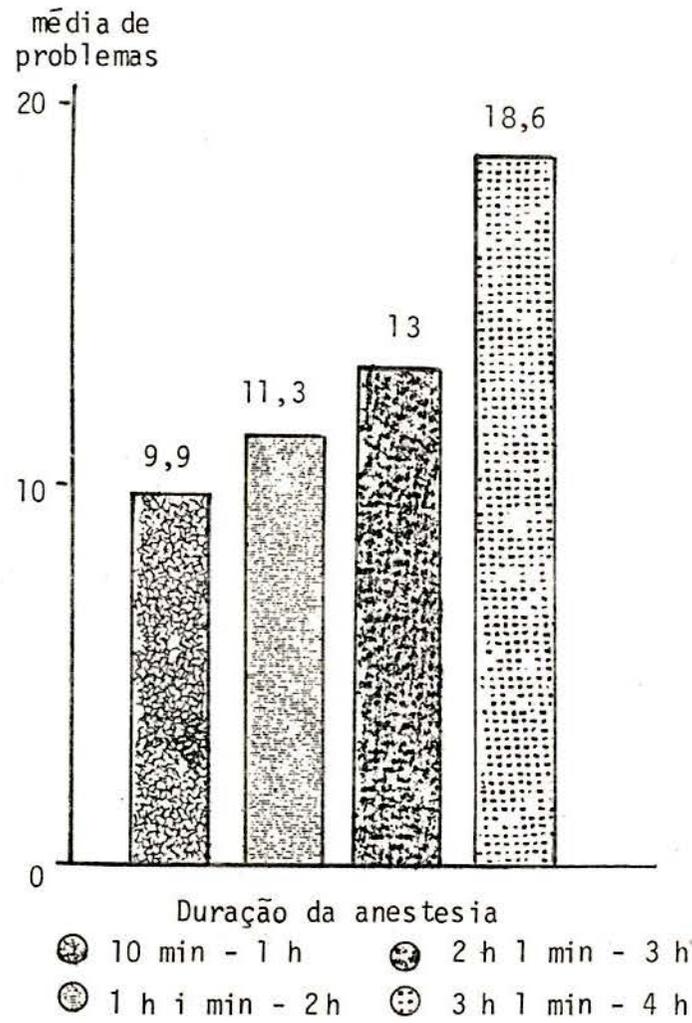
MÉDIA DE PROBLEMAS EM RELAÇÃO AO TIPO DE CIRURGIA



- |                         |              |
|-------------------------|--------------|
| ⊙ Geral                 | ⊙ Urológica  |
| ⊙ Otorrinolaringológica | ⊙ Ortopédica |
| ⊙ Plástica              | ⊙ Vascular   |
| ⊙ Ginecológica          | ⊙ Outros     |

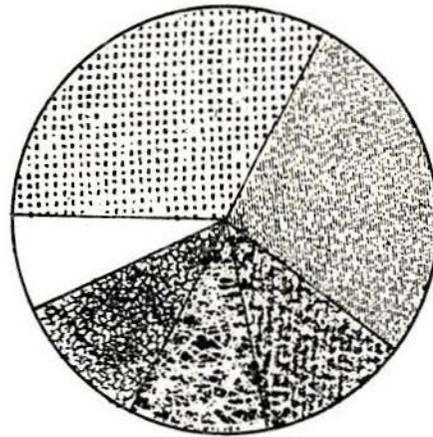
FONTE: Tabela 5.

MÉDIAS DE PROBLEMAS EM RELAÇÃO À DURAÇÃO DA ANESTESIA



FONTE: Tabela 6.

DISTRIBUIÇÃO DOS PROBLEMAS POR ÁREA



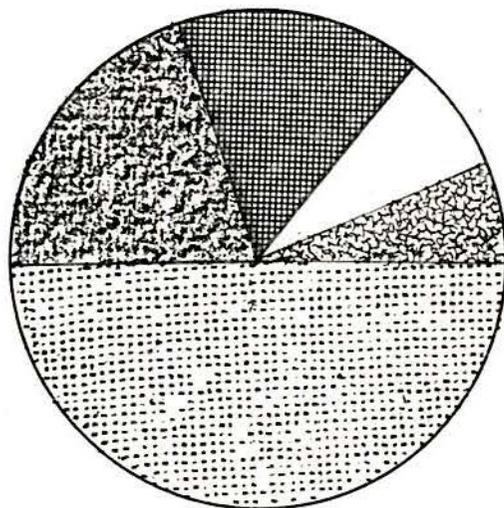
- ⊗ Cabeça e pescoço (31,9%)
- ⊗ Aparência geral (28,3%)
- ⊗ Membros superiores (12,6%)

- ⊗ Sinais vitais (11,9%)
- ⊗ Tronco (10,3%)
- Membros inferiores (5,0%)

FONTE: Tabela 7.

PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO E APARÊNCIA GERAL

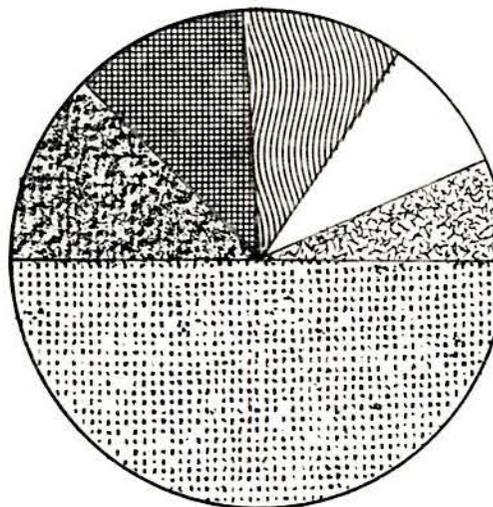
CABEÇA E PESCOÇO



- Halitose (20,9%)
- Lábios secos (16,1%)
- Com cânula orofaríngea (8,1%)
- Secreção na orofaríngea (7,8%)
- Demais problemas (47,1%)

FONTE: Tabela 8.

APARÊNCIA GERAL

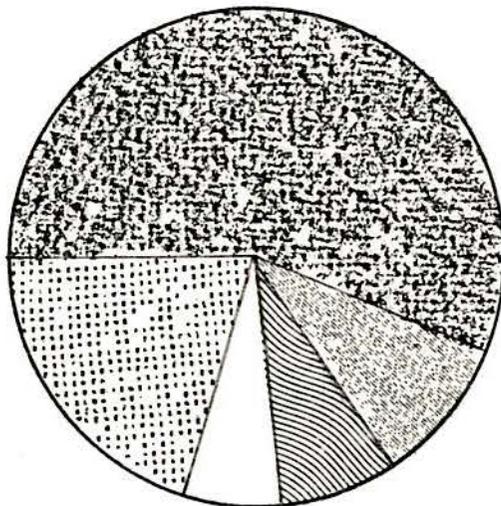


- Imobilidade aparente (12,8%)
- Inconsciência (11,6%)
- Sonolência (11,3%)
- Obesidade (7,4%)
- Pele fria (6,5%)
- Demais problemas (50,4%)

FONTE: Tabela 9.

PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NA REGIÃO DOS MEMBROS SUPERIORES E SINAIS VITAIS

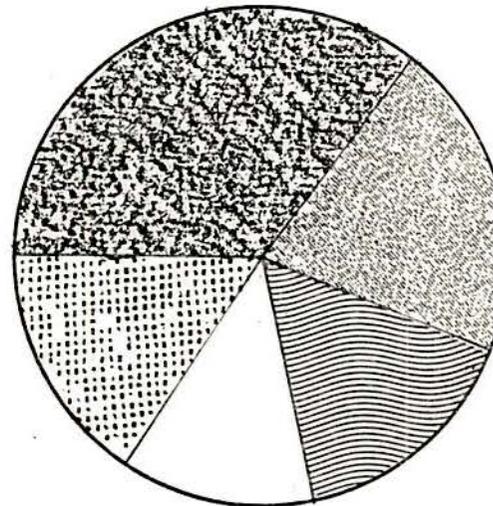
MEMBROS SUPERIORES



- Hidratação parenteral (56,1%)
- Soroma (10,2%)
- Unhas cianosadas (8,3%)
- Pele com hematoma (5,7%)
- Demais problemas (19,7%)

FONTE: Tabela 10.

SINAIS VITAIS



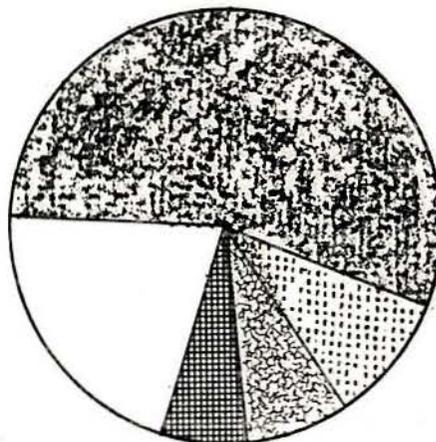
- Temperatura (35,1%)
- Pulso (21%)
- Tensão arterial (16,9%)
- Respiração (12,8%)
- Demais problemas (14,2%)

FONTE: Tabela 11.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NA REGIÃO DO TRONCO E MEMBROS INFERIORES

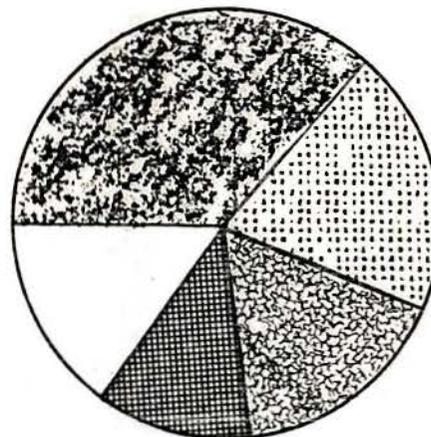
T R O N C O



- Incisões cirúrgicas (39,8%)
- Curativos c/ secreções (17,2%)
- Sonda vesical (8,6%)
- Alterações na pele SSC (7,8%)
- Demais problemas (26,6%)

FONTE: Tabela 12.

MEMBROS INFERIORES



- Pernas enfaixadas (23,8%)
- Alterações na pele SSC (19,0%)
- Varicose (17,5%)
- Incisões cirúrgicas (11,1%)
- Demais problemas (28,6%)

FONTE: Tabela 13.