

# PERCEPÇÕES DOS PACIENTES QUANTO AOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS DE GRANDE PORTE\*

Maria Eunice Medeiros Teixeira\*\*

Maria Alves Barbosa\*\*\*

Lionídia Filgueira da Silva\*\*\*\*

---

**RESUMO:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, onde as percepções dos pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, em relação aos procedimentos invasivos, foram objetos centrais. O local onde o estudo se desenvolveu foi a clínica cirúrgica de um hospital de ensino em Goiânia. A população constituiu-se de pacientes submetidos de procedimentos invasivos de ambos os gêneros, com faixa etária entre dezoito e sessenta e nove anos. A entrevista semi-estruturada e a observação direta foram utilizadas para a coleta de dados. Os resultados apresentados em três categorias, evidenciaram pouca orientação e interação profissionais-pacientes. A sonda nasogástrica foi o procedimento invasivo que mais incomodou o grupo pesquisado. Aspectos não esperados referentes ao tratamento foram também descritos neste estudo.

**ABSTRACT:** This is a qualitative descriptive study carried out in a hospital-school of Goiânia, on the reaction to invasive procedures of patients who had undergone major surgeries. Both sexes were studied (ages between eighteen and sixty-nine) through semi-structured interviews and through direct observation. The results show that little orientation was given to the patients, and that no interaction between professionals and patients took place. The nasal -gastric catheter was the least accepted procedure. Other unexpected results are also discussed.

---

UNITERMOS: Procedimentos Invasivos - Cirurgias de Grande Porte - Percepção

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A evolução tecnológica na área da saúde nas últimas décadas, traz consigo facilidades tais como rapidez e precisão no diagnóstico e tratamento das patologias, mas ao mesmo tempo, acompanha-se de algum desconforto para o paciente. É o caso por exemplo das incisões e outros procedimentos invasivos, que tendem a se tornarem rotineiros na moderna medicina, apesar de

existir muita polêmica em tomo de sua utilização, e mesmo recomendações de cautela<sup>3,7</sup>.

PADILHA<sup>18</sup> considerou como procedimentos invasivos, os instrumentos inseridos no organismo do paciente através de orifícios naturais ou artificiais, os que rompiam sua integridade cutâneo-mucosa e aqueles que invadiam seu espaço corporal, mesmo que não houvesse contato físico direto.

BOGOSSIAN<sup>3</sup> cita como agressões na fase

---

\* Trabalho apresentado como Tema Livre no 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Olinda-Recife, 28 de novembro a 3 de dezembro de 1993.

\*\* Mestre em Enfermagem, docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Goiás.

\*\*\* Mestre em Enfermagem, docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Goiás e enfermeira do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

\*\*\*\* Especialista em enfermagem Médico Cirúrgica, docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Goiás.

pós-operatória as sondagens, os cateterismos, as injeções endovenosas e intramusculares.

BIROLINI<sup>2</sup>, referindo-se a procedimentos invasivos, afirma que o pós-operatório de cirurgia de grande porte implica na inserção de catéteres, cânulas, sondas, drenos e ministração de soluções. Ainda segundo o referido autor, estes procedimentos, embora de pequeno porte, são de natureza invasiva e dolorosos, levando os pacientes muitas vezes a situações constrangedoras, que os agridem tanto física como psicologicamente.

Entretanto, alguns estudos apesar de exaustivos, não abordam especificamente as reações e percepções dos pacientes portadores de procedimentos invasivos,<sup>2,3,17</sup>.

Muitos trabalhos que tratam do preparo pré-operatório enfatizam a necessidade de se evitar infecções e/ou complicações no período pós-operatório<sup>3,6,9,10</sup>.

Segundo BARBOSA<sup>1</sup>, a finalidade precípua dos cuidados pré-operatórios imediatos é contribuir para o conforto e segurança do paciente cirúrgico. Para VALLE et al.<sup>29</sup>, além dos cuidados físico e da realização dos exames de rotina, o enfermeiro deverá incluir o preparo psicológico do paciente, explicando-lhe como serão as fases do trans e pós-operatórios.

Este estudo surgiu da nossa inquietação enquanto docentes, acompanhando alunos na assistência a pacientes submetidos a grandes cirurgias num hospital de ensino. Muitas vezes nos deparamos com pacientes apresentando diferentes reações no pós-operatório, tais como choro, stress, admiração, decepção, em decorrência da utilização de procedimentos no ambulatório, e nem sempre estamos na clínica no momento da internação, começamos a nos questionar: será que o preparo pré-operatório realizado no hospital inclui esclarecimento quanto ao pós-operatório, e mais especificamente, quanto aos métodos invasivos? O que assusta mais, a cirurgia em si, ou a fase pós-operatória? Como os pacientes reagem e percebem os procedimentos invasivos a que se submeteram? (o preparo pré-operatório preconiza orientações referentes aos aspectos físico, mental, social e psicológico).

Tentando conhecer melhor estas respostas e as percepções dos pacientes portadores de procedimentos invasivos, dispusemo-nos à realização deste estudo, com o objetivo de apreender as percepções dos pacientes no pós-operatório de

cirurgias de grande porte, em relação aos procedimentos invasivos.

## 2. OS CUIDADOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS

Nos dias atuais, muito se tem escrito sobre os cuidados pré e pós-operatórios

O período pré-operatório, segundo KAWAMOTO<sup>10</sup>, inicia-se na internação e termina momentos antes da cirurgia, tendo como finalidade, a rápida recuperação e redução de complicações. No pós-operatório pode-se também "*detectar e prevenir a instalação de complicações*". De acordo com BARBOSA<sup>1</sup>, cronologicamente o período pré-operatório abrange as primeiras vinte e quatro a quarenta e oito horas, enquanto que no pós-operatório existem as fases precoce, tardia e de convalescença.

A adaptação física e psicológica do paciente ao ambiente hospitalar poderá acontecer no período pré-operatório, quando houver tempo e condições para que isto ocorra. BRUNNER e SUDDARTH<sup>5</sup> referem como objetivo do pré-operatório "*levar o paciente à melhor condição física e psicossocial possível, tendo em vista a cirurgia*". Os meios para se conseguir este objetivo, continuam as autoras, *são determinados pelas necessidades individuais do paciente*. Afirmam que o pós-operatório consiste em auxiliar o paciente a retornar normalmente às suas funções.

Além da prevenção de infecções, o pré-operatório consiste, na visão de BOGOSSIAN<sup>3</sup>, em colocar os órgãos, aparelhos e sistemas envolvidos na cirurgia, em repouso e condições basais. Para este autor o pós-operatório é o período compreendido entre a saída do paciente da cirurgia, até o retorno às atividades normais. Ele classifica este período como imediato, mediato e tardio.

Ultimamente tem-se preconizado as visitas pré e pós-operatórias realizadas pelos enfermeiros de Centro Cirúrgico<sup>20,27,28,29</sup>.

Sob o ponto de vista de ROZA<sup>22</sup>, para as visitas no pré-operatório, o enfermeiro utiliza-se dos prontuários, da observação direta e da entrevista e estas têm por finalidade detectar problemas tanto do paciente, quanto da sua família, *para planejar, dirigir, executar supervisionar e avaliar a assistência prestada*". No pós-operatório, elas são realizadas após trinta e seis a quarenta e oito horas do ato cirúrgico.

A visita pré-operatória na visão de PELLIZZETTI & BIANCHI<sup>20</sup> contribui, entre outros aspectos, para reduzir a ansiedade do paciente, oportunidade na qual ele pode explicitar angústia, dúvidas e expectativas. Sobre este aspecto foram encontrados trabalhos que abordam percepções dos pacientes a respeito do ambiente hospitalar e mais especificamente, sobre cirurgias.<sup>11,12,24</sup>

Mesmo em pacientes bem esclarecidos quanto aos procedimentos que envolvem o ato cirúrgico, o período anterior à cirurgia causa certa ansiedade e traz expectativas. Sobre este aspecto, TEIXEIRA<sup>25</sup> lembra quanto à necessidade de assistência integral. Para RODRIGUES<sup>21</sup>, além de informações referentes aos próprios procedimentos terapêuticos, o relacionamento humano deve ser valorizado e SALZANO<sup>27</sup> considera comunicação um componente essencial para esse trabalho.

A assistência no pré e pós-operatórios abrange não apenas cuidados físicos, como psico-sociais e espirituais, e em ambos os períodos torna-se relevante a assistência individualizada.

A essência da prática de enfermagem no que se refere à ajuda ao paciente envolve a compreensão do que acontece entre o profissional e ser assistido<sup>16</sup>. Assim sendo, impõe-se ao enfermeiro, reflexões sobre os aspectos intervenientes no relacionamento terapêutico, buscando soluções para as dificuldades pertinentes a esse processo.

Interações efetivas nas visitas pré e pós-operatórias geram satisfação. Se a interação for bloqueada por inabilidade do profissional e/ou ansiedade do paciente, esta satisfação não será alcançada.

### 3. METODOLOGIA

As percepções da clientela que se submeteu a cirurgias de grande porte e que foi portadora de procedimentos invasivos constituíram-se em objetos centrais deste estudo. Outra questão também considerada relevante para a pesquisa, foi o preparo do paciente para a cirurgia. Para tanto, optamos pela realização de um *trabalho de campo, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa*. Acreditamos que este foi o melhor caminho para a consecução do objetivo, devido ao tipo de problema colocado, à forma como os sujeitos foram abordados e ao método de tratamento dos resultados da pesquisa.

O estudo se desenvolveu em um hospital integrante da rede pública, localizado em Goiânia, escolhido porque ali se realizam grandes cirurgias. A equipe de saúde contém elementos em quantidade considerada adequada ao número de leitos, e além disto, esta unidade serve como campo de estágio para alunos de diversos cursos, entre eles, os de enfermagem. Estes aspectos motivaram e facilitaram a coleta de dados.

Os *sujeitos* deste estudo foram os pacientes internados na Clínica Cirúrgica do referido hospital, que se submeteram a cirurgia de grande porte e que foram portadores de sondas vesical, nasogástrica, drenos de Penrose, Kher e torácico, punção venosa profunda e periférica.

A *coleta de dados* foi realizada pelas pesquisadoras, nos turnos matutino e vespertino. Os procedimentos utilizados foram a entrevista individual realizada na própria enfermaria e a observação direta. Decidimo-nos pela entrevista do tipo semi-estruturada, que segundo TRIVIÑOS<sup>26</sup>, *ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação*. Foi elaborado um roteiro de perguntas abertas, o qual permitia a flexibilidade necessária para que, tanto o investigador quanto o informante pudessem completar, corrigir ou adaptar suas informações. O registro cursivo foi utilizado para armazenar as anotações referentes às entrevistas.

De acordo com LUDKE & ANDRÉ<sup>13</sup>, a observação direta *permite que o observador chegue mais perto das perspectivas dos sujeitos*, constituindo-se num importante alvo nas pesquisas qualitativas. Para estas autoras, enquanto o pesquisador acompanha *in loco* as experiências dos sujeitos, ele pode apreender suas percepções e o significado que atribuem à realidade.

Neste estudo, para evitar visão parcial e tendenciosa, fizemos a confrontação do que fomos captando da realidade, com o que esperávamos encontrar e das primeiras idéias com aquelas que foram surgindo mais tarde. Procedemos ainda, à confrontação das primeiras anotações com os registros feitos ao longo do estudo, tal como recomendam Guba & Lincoln, citados por LUDKE & ANDRÉ<sup>13</sup>. Os registros das observações das pesquisadoras constaram do caderno de campo e foram realizados no momento mais próximo da observação, para conferir maior precisão aos da-

dos.

A pesquisa qualitativa adota a análise dos resultados paralela à coleta e isto permitiu, neste estudo, a inclusão de novas questões de investigação e/ou cancelamento de outras. Retornamos várias vezes ao campo para completar, corrigir e adaptar informações junto aos pacientes.

A fase mais formal da análise nos estudos qualitativos, *tem lugar quando a coleta de dados está encerrada*<sup>13</sup>, e implica em organizar o material, dividi-lo em partes, estabelecer relações entre elas e investigar neste material, tendência e alterações importantes. Num segundo momento, conforme LUDKE & ANDRÉ<sup>13</sup>, "*essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado*".

Para garantir validade à pesquisa, checamos os resultados através de situações, momentos ocorridos na enfermaria e também revelamos os diferentes pontos de vida dos sujeitos do estudo<sup>13</sup>.

A avaliação dos resultados ocorreu com a apresentação do relatório final da pesquisa à maioria dos informantes. Os clientes que estavam presentes na enfermaria, que também se submeteram a grandes cirurgias e foram portadores de procedimentos invasivos, mas que não participaram do estudo, consideravam "*como seus*" os depoimentos dos clientes entrevistados, mostrando que também concordavam com a interpretação dos resultados.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 - Caracterização dos sujeitos do estudo

O grupo de sujeitos deste estudo constituiu-se de pacientes com faixa etária variando entre dezoito e sessenta e nove anos.

Quanto ao grau de instrução, alguns eram não-alfabetizados, outros possuíam o 1º grau incompleto, enquanto outros cursaram 2º grau.

Entre as profissões que o grupo exercia, identificamos: metalúrgicos, secretários, datilógrafos, técnico em agrimensura, e do lar. Estes pacientes se submeteram a cirurgias de grande porte a saber: gastrectomia, histerectomia, Duhamel 1º tempo, coledocolitotomia, enterectomia, laparotomia com cistopexia e laparotomia com drenagem torácica bilateral. As cirurgias de grande porte foram classificadas de acordo com a Tabela de Grupos

e Procedimentos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social<sup>4</sup>. Estas cirurgias também foram referidas por TEIXEIRA<sup>25</sup> como de grande portes. Todos os clientes que participaram deste estudo foram submetidos a procedimentos invasivos. Além da incisão cirúrgica, possuíam sondas nasogástricas, vesicais, drenos de penrose, Kher e torácico, punção venosa profunda e periférica, coto perineal e sonda retal.

### 4.2 - As Percepções

#### Sentindo desconforto em relação dos procedimentos invasivos

Procedimentos invasivos constituem fonte de desconforto, que variam de acordo com o procedimento e o tipo de intervenção realizada. Conhecer estes desconfortos implica em melhorar a qualidade de assistência prestada. VALLE et al.<sup>29</sup> referindo-se ao preparo para a cirurgia cardíaca, afirmam que o paciente deve ser orientado quanto à anestesia, ventilação artificial, utilização de tubos, sondas, catéteres, monitorização cardíaca, exercícios respiratórios, possibilidades de dor e administração de medicamentos. Ficou evidenciado no presente estudo, o desconforto causado por estes procedimentos:

*"Em relação aos drenos e tubos a gente tem vontade de retirar, mas não retira, porque sabe que não pode".*

De acordo com MOSCOVICI<sup>15</sup>, existem diferenças individuais na maneira de pensar, perceber, sentir e agir. Entre os pesquisados, percebemos que um mesmo tipo de procedimento invasivo (sonda nasogástrica), provocou em pacientes diferentes, também reações adversas. Alguns sentiram irritação na garganta, enquanto outros queixaram-se de angústia e nervosismo, conforme se pode confirmar:

*"Senti vontade de retirar a sonda nasogástrica por sentir dor e irritação na garganta, então o médico me orientou a respeito".*

*"Quando vi que estava com a sonda no nariz, fiquei mais ruim do que estava".*

*"A sonda dá muita fadiga".*

*"Quando senti aquela mangueira na minha garganta, sem poder conversar, fiquei muito nervoso; ficava mais nervoso ainda quando queria levantar e ela me atrapalhava".*

Apesar de causar reações diferentes, o desconforto provocado pela sonda nasogástrica foi comum em todos os pacientes entrevistados. Ela é rotineiramente prescrita para eliminar gases, sangue ou secreções, e também evitar vômitos no pós-operatório imediato de cirurgias do aparelho digestivo.

Prestar informações específicas ao paciente sobre as sensações esperadas, pode ser útil. Contudo, é importante antes de fornecer qualquer informação, ouvir o paciente, seus temores e dúvidas. À medida que o paciente possui conhecimentos a respeito da cirurgia, ele poderá melhor enfrentar a situação estressante em que se encontra.

Algumas das observações feitas ao longo deste estudo, coincidem com aquelas apresentadas por ROZA et al.<sup>22</sup>, onde os pacientes, na sua maioria, são submissos, humildes e pouco exigentes. Quando indagados sobre o tratamento oferecido, respondem:

*“Não tenho nada a queixar, tratam a gente bem”.*

Além do desconforto físico, um dos pacientes entrevistados, portador de coto perineal, sentia-se deprimido por perceber que involuntariamente incomodava seus colegas internados na mesma enfermaria:

*“Parece que a gente precisava ser melhor orientado para esta falta de controle da emissão de fezes. A gente sente-se deprimido, angustiada, porque gostaria de evitar que nossos vizinhos de leito viessem a inalar odores desagradáveis”.*

Este paciente demonstrou sentir repugnância de si mesmo. Verbalizou vontade de ter alta para que pudesse se higienizar melhor. Este tipo de depoimento revela a necessidade de orientações, palavras de conforto, contribuindo para o paciente refletir, aceitar a ajuda da equipe de saúde e as limitações impostas pela cirurgia, uma vez que temporariamente dependerá de outras pessoas.

#### **4.3 - Apreendendo e repassando experiências de colegas de quarto**

Vários estudos, entre eles o de BRUNNER & SUDDARTH<sup>5</sup>, URSI & MACUL<sup>28</sup>, PASCUCIZEN & BRUTSCHER<sup>19</sup>, SALZANO<sup>27</sup>, JOUCLAS & SALZANO<sup>8</sup> têm evidenciado que as orientações pré e pós-operatórias podem contribuir para a redução da ansiedade pela qual passam os

pacientes cirúrgicos.

De acordo com PASCUCIZEN & BRUTSCHER<sup>19</sup>, a situação de conflito em que se encontra o paciente de cirurgia, decorre da incerteza, desconhecimento, desconfiança e falta de apoio quando busca amparo e solução para os seus problemas.

Entretanto, as experiências próprias adquiridas de cirurgias anteriores a que se submetem os pacientes, parecem conferir-lhes mais confiança quando expostos a uma cirurgia posterior, conforme revelam os depoimentos:

*“Já tinha me submetido a outras cirurgias”.*

*“Quando cheguei do centro cirúrgico e me vi com tudo isto, senti a maior tranquilidade; o meu estado de espírito é de entusiasmo”.*

Embora considerando que não recebeu esclarecimentos no pré-operatório, o cliente explicitou:

*“Ninguém falou nada a respeito da cirurgia. Ao me ver com todas estas sondas, não senti nada, achei tudo natural no momento”.*

Há outros pacientes que mesmo recebendo orientações pré-operatórias, não as consideraram suficientes:

*“Fiquei de nove a dez dias fazendo o pré-operatório, mas permaneci mal esclarecido por deficiência própria”.*

Muitos pacientes relataram que embora não tenham recebido orientações da equipe de saúde, encontraram outros pacientes na mesma enfermaria que haviam passado por aquela experiência e os ajudaram a superar a ansiedade e o temor pelos procedimentos cirúrgicos:

*“A gente sempre fica preocupada, não fiquei muito, pois na enfermaria já tinha muitas pacientes operadas e me explicaram como era”.*

*“As outras pacientes da enfermaria já tinham colocado sonda e, me falaram que não era nada; era coisa à toa”.*

*“Outros pacientes que tinham passado pela mesma cirurgia, permitiram que eu visse e fiquei me preparando para o que vinha”.*

Os depoimentos revelaram que os pacientes também gostam de contribuir com os outros na mesma situação:

*“Pude ajudar alguns pacientes. Não é a primeira vez que isto acontece comigo. Já estive hospitalizado e tive o prazer de ajudar alguém”.*

A presença de familiares oferece conforto e segurança mesmo nos casos de pacientes relutantes ao tratamento.

*“Meu pai, minha mãe, minha família me ajudam bastante”.*

*“Pensei várias vezes em tirar a sonda do nariz, Meu pai que estava me acompanhando me aconselhou bastante para não fazer aquilo”.*

A ajuda mútua entre pacientes de uma mesma enfermaria e a comunicação estabelecida entre eles, já foram relatadas por outros estudos,<sup>11,15</sup>.

A relação estabelecida entre pacientes operados e bem sucedidos com aqueles que irão se submeter às mesmas cirurgias, pode oferecer segurança a este novo paciente.

#### **4.4 - Explicitando necessidade de orientações pré e pós-operatórias**

Procedimentos cirúrgicos significam ameaça à integridade física, desconforto, ansiedade e medo do desconhecido, sendo então necessária a orientação da equipe de saúde. Segundo SALZANO<sup>27</sup>, considera-se de grande risco aquele paciente excessivamente temeroso. Vários estudos têm abordado a responsabilidade do enfermeiro quanto ao preparo pré e pós-operatórios.<sup>5,12,19,25,27,28, 29</sup>

Neste estudo houve relatos de pacientes que se ressentiram da falta de orientações para a cirurgia:

*“Não tive nenhum preparo; ninguém orientou nada. Ninguém explicou nada”.*

*“A equipe de enfermagem não explica nada quando as pacientes reclamam das sondas, so-ros, mas são solícitas quando são chamadas”.*

*“Parece que a gente precisava ser melhor orientado”.*

SOARES<sup>23</sup> afirma que um bom relacionamento entre enfermeiro e paciente reduz o impacto da cirurgia e as possibilidades de complicações, além de promover adaptação mais rápida. Entretanto, alguns pacientes do nosso estudo, admitiram que não receberam apoio quando sentiam algum desconforto decorrente do tratamento.

*“Quando estava nervoso, ansioso por causa da sonda, ninguém me ajudou. Só aconteceu”.*

*“Ninguém me deu uma palavra de conforto”.*

Os pacientes demonstraram que gostam de ser atendidos por pessoas alegres e comunicativas:

*“Os enfermeiros atendiam bem, só que alguns tinham a cara fechada. É tão bom quando se ouve um bom dia! A gente sente mais confiança”.*

Nesse sentido, TEIXEIRA<sup>25</sup>, SOARES<sup>23</sup> e RODRIGUES<sup>21</sup> enfatizam o tratamento humanizado.

#### **4.5 - Resultados inesperados**

Quando indagados sobre quais aspectos da cirurgia mais os assustavam, um cliente respondeu:

*“O que tive mais medo foi do atendimento do pessoal do hospital, porque a gente houve falar muitas coisas ruins”. E acrescentou: “mas no Pronto Socorro (do próprio hospital) os enfermeiros atendiam bem”.*

Outro assim argumentou:

*“Eu só tenho medo de me entregar nas mãos de pessoas não especializadas”.*

Por outro lado, alguns pacientes reconhecem que existem profissionais que correspondem às suas expectativas:

*“Existem enfermeiras que trabalham tanto emocional quanto profissionalmente. Relacionam-se bem com o enfermo”,* o que vem ao encontro de PASCUCIZEN & BRUTSCHER<sup>19</sup> quando afirmam que *“o paciente espera solução para os seus problemas por parte daqueles que teriam obrigação profissional e institucional de reconhecê-los e solucioná-los”.*

Existem outros aspectos que também assustam os pacientes e dizem respeito aos procedimentos adotados, tais como, medo da dor, da incisão, dos drenos:

*“Ainda bem que não sabia disto”.*

*“Quando acordei já estava com a sonda”.*

Entretanto, como colocado anteriormente, o medo da sonda nasogástrica foi o que mais se destacou neste estudo. VALLE et al.,<sup>29</sup> afirmam que no preparo para cirurgias devem ser dadas orientações quanto aos procedimentos invasivos de maneira clara, objetiva, de acordo com o nível cultural do paciente. Todavia, URSI & MACUL,<sup>28</sup> relatando experiência com visitas pré e pós-operatórias, comentam que, para não provocar medo antecipado, esclarecem apenas aquelas questões que o paciente aborda, ou quando os procedimentos envolvem mutilações, como é o caso das cirurgias mutilantes. Em princípio, isto nos parece omissão de orientações, mas conforme ilustram os depoimentos acima, alguns pacientes

não gostariam de saber antecipadamente das sensações que irão experimentar a respeito dos procedimentos invasivos, e seriam portanto, favoráveis à atitude das autoras.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelaram que a maioria dos pacientes submetidos a sondas, catéteres e drenos de vários tipos, talvez devido à ausência de informações, demonstrou ansiedade e insegurança em relação ao tratamento.

Apesar de relevantes e recomendadas, as orientações pré e pós-operatórias oferecidas pela equipe de enfermagem, não foram relatadas pelos pacientes.

Entre as principais percepções explicitadas pelo grupo quanto aos procedimentos invasivos, ressaltaram-se o desconforto causado pela sonda nasogástrica, o medo da dor e dos drenos. Resultados não esperados, tais como o medo do atendimento da equipe e de ser assistido por profissionais mal preparados, foram também encontrados.

Em virtude deste estudo ter se realizado em hospital público, onde a maioria dos pacientes entrevistados possuía nível educacional menos favorecido, recomenda-se a realização de outras investigações que possam evidenciar percepções quanto aos procedimentos invasivos, entre clientela de nível educacional mais elevado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BARBOSA, H. *Controle clínico do paciente cirúrgico*. 5 ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Livraria Atheneu, 1986.
- 2 - BIROLINI, D. Infecção e procedimentos invasivos. IN: FERRAZ, E.M. (Org.) *Manual de controle de infecção em cirurgia*. São Paulo: EPU, 1982.
- 3 - BOGOSSIAN, E. *Manual prático de pré e pós-operatório*. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica Ltda 1987.
- 4 - BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. *Tabelas de grupos e procedimentos*. Brasília: DATAPREV, 1984.
- 5 - BRUNNER, L.S. & SIDDARTH, D.S. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
- 6 - FERRAZ, E.M. (Org.) *Manual de controle de infecção em cirurgia*. São Paulo: EPU, 1982.
- 7 - HOOK, E.W. Preâmbulo. IN: SURATT, P.M. & GIBSON, R.S. (Org.) *Manual de Procedimentos médicos*. São Paulo: Roca, 1984.
- 8 - JOUCLAS, V.M.F. & SALZANO, S.D.T. Planejamento de uma ficha pré-operatória de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. U.S.P.*, São Paulo, v.15, n.1, p.5-16, abr.1981.
- 9 - JUAÇABA, H.G. Preparação da equipe cirúrgica e do pessoal de apoio. IN: FERRAZ, E.M. (Org.) *Manual de Controle de infecção em cirurgia*. São Paulo, 1982.
- 10 - KAWAMOTO, E.E. *Enfermagem em Clínica Cirúrgica*. São Paulo: EPU, 1986.
- 11 - KUHN, E.H., KRUSE, H.L., RUSCHEL, P.P., DOVERA, T.S. Grupo de pacientes de cirurgia cardíaca - relato de experiência. *Rev. Bras. Enf.* Brasília, v.39, n.2/3, p.76-80 abr/set 1986.
- 12 - LEITE, J.L., CORREA, D.A. e FERNANDES, C.S.R. Necessidades e expectativas do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca-avaliação de uma abordagem prática. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v.38, n.3/4, jul/dez 1985.
- 13 - LUDKE, H & ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986 (Temas Básicos de Educação e Cultura).
- 14 - MENDES, I.A.C., TREVISAN, M.A., HAIASHIDA, M., SONOBE, H. M. Comunicação com o paciente: o teórico e o concreto na enfermagem de âmbito hospitalar. IN: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 43, 1991. Curitiba. *Programa...* Curitiba: ABEn-Pr, 1991, p.121.
- 15 - MOSCOVICI, F. *Desenvolvimento interpessoal: leitura e exercício de treinamento em grupo*. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1978.
- 16 - ORLANDO, I.J. *O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente, função, processo e princípio*. São Paulo: EPU, 1978.
- 17 - PAIVA, M.F.A., JORGE, S.A., KOIZUMI, M.S. Procedimentos invasivos e complicações em pacientes com traumatismo crânioencefálico internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.13, n.1, p.41-46, jan. 1992.
- 18 - PADILHA, K.G. *O coronariopata e o ambiente da unidade de terapia intensiva - estudo da influência dos procedimentos invasivos*. São Paulo, 1985. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1985.
- 19 - PASCUCIZEN, O. & BRUTSCHER, S. Humanização: enfermeira de Centro Cirúrgico e o paciente de cirurgia. *Enfoque*, vol.14, n.1, p.4-6, set. 86.
- 20 - PELLIZZETTI, N. e BIANCHI, E.R.F. Avaliação da prescrição de enfermagem para o período transoperatório. *Rev. Paul. Enf.* São Paulo, ed. especial, lp. 75-84, jun. 1991. Ed. especial.
- 21 - RODRIGUES, A.I. Opacimento no sistema centro cirúrgico - um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período transoperatório. *Rev. Esc. Enf. USP.*, São Paulo, v.18, n.2, p. 163-176, ago. 1984.
- 22 - ROSA, I. B. O papel do enfermeiro em centro cirúrgico. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v.10, n.2, p.25-32, jul. 1989.
- 23 - SOARES, R. Assistência de enfermagem a uma pessoa submetida a mastectomia. *Enfermagem Atual*, Ano II, nº 11, 29, p. 12 - 29, mai/jun. 1980.

- 24 - TAKITO, C. Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital. *Rev. Esc. Enf. U.S.P* São Paulo, v.19, n.3, p.263-280, dez. 1985.
- 25 - TEIXEIRA, M.E.M. *Relação terapêutica entre a equipe de enfermagem e o paciente submetido a cirurgias de pequeno, médio e grande portes*. Rio de Janeiro, 1991. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1991.
- 26 - TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- 27 - SALZANO, S.D.T. Os problemas dos pacientes detectados pela enfermeira durante a recepção no centro cirúrgico. *Rev. Paul. Enf.* São Paulo, v.6, n.2, p.67-77, abr./jun. 1986.
- 28 - URSI, E. S. e MACUL, S. F. A atuação do enfermeiro do centro cirúrgico em visitas pré e pós-operatórias. *Enfoque*, Vol. 15 nº 1, p.4-6, jun.87.
- 29 - VALLE, E.G., GUEDES, M.C.V., ALBUQUERQUE, M.T. Pós-operatório de cirurgia cardíaca: o que pensam e verbalizam os pacientes. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v.43, n.1/2/3/4, p.79-84, jan/dez. 1990.

Recebido para publicação em 28/11/93.