

APLICAÇÃO DE UM MÉTODO DE ORIENTAÇÃO SISTEMATIZADA PRÉ-OPERATÓRIA A PACIENTES PORTADORES DA ÚLCERA PÉPTICA

* Zuleika M. Kannebley

INTRODUÇÃO

O valor do preparo pré-operatório, como conjunto de cuidados a serem prestados a todo paciente a ser operado, já é consagrado pelos autores que tratam dos assuntos relacionados à cirurgia e à enfermagem cirúrgica.

Cirurgiões e enfermeiras em suas publicações têm chamado a atenção para a importância do preparo hábil e consciencioso do paciente para a cirurgia. Preconizam uma série de cuidados cujos objetivos podem assim ser resumidos: preparar o paciente, física e psicologicamente, a fim de colocá-lo nas melhores condições possíveis para enfrentar o trauma cirúrgico e para que possa se recuperar sem complicações. Tratam, com igual interesse, os problemas de ordem física e psicológica, lembrando a influência dos estados emocionais na evolução pós-operatória. Reconhecem a relevância do papel do cirurgião no preparo dos pacientes para a cirurgia e também atribuem às enfermeiras uma posição ativa e intransferível nesse preparo.

Frente a essas considerações e aceitando-se ser valiosa e imprescindível a participação da enfermeira no preparo pré-operatório, procura-se com este trabalho elaborar um plano que a auxilie no desempenho de tão importante tarefa junto aos pacientes.

O estudo não visa especificamente o preparo físico ou o psicológico. É apenas um plano de orientação pré-operatória, com informações e ensinamentos ao paciente, e que tanto podem atuar na esfera física como na psicológica.

(*) Docente de Enfermagem Cirúrgica do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

1 — Apresentação do problema

Em contato com pacientes gastrectomizados por terem sido portadores de úlcera péptica, observou-se que nem todos têm a mesma evolução pós-operatória. Alguns apresentam complicações de intensidade variável que interferem na sua recuperação e prolongam sua permanência no hospital.

Na clínica cirúrgica onde foram feitas tais observações não há um programa de orientação sistematizada pré-operatória. As informações e esclarecimentos sobre o pré e o pós-operatório são dados rotineiramente pelo pessoal auxiliar de enfermagem enquanto presta os cuidados aos pacientes. Como na referida clínica cirúrgica a distribuição das tarefas é predominantemente funcional*, o paciente acaba recebendo cuidados e informações de várias pessoas. Isto, de acordo com Bird⁽¹⁾, resulta em informações truncadas e incompletas. Sobre este assunto, assim se manifesta o autor: “quando há várias pessoas trabalhando com o paciente, todas falando pelo menos algumas palavras com êle, e porque nenhuma delas sabe exatamente o que as outras já disseram, o paciente recebe fragmentos de conversações, porém, o mais importante pode ser completamente esquecido”.

Com base nessas considerações levantou-se o seguinte problema: estariam as complicações pós-operatórias, observadas em pacientes gastrectomizados, relacionadas com a falta de uma orientação pré-operatória planejada e mais completa do que a simples orientação rotineira? Este problema nos levou ao seguinte estudo: estabelecer um plano de orientação sistematizada pré-operatória para aplicar a pacientes que vão se submeter à cirurgia gástrica por serem portadores de úlcera péptica e verificar se tal plano faz alguma diferença na recuperação pós-operatória.

2 — Hipóteses

A orientação sistematizada pré-operatória, a pacientes que irão se submeter ao tratamento cirúrgico da úlcera péptica, diminui a incidência de complicações pós-operatórias.

A orientação sistematizada pré-operatória, a pacientes que irão se submeter ao tratamento cirúrgico da úlcera péptica, pode alterar o tempo de permanência dos mesmos no hospital após a cirurgia.

3 — Objetivos

Verificar se a orientação sistematizada pré-operatória tem alguma influência na recuperação pós-operatória de pacientes que se submeteram ao tratamento cirúrgico da úlcera péptica.

Verificar como aqueles pacientes avaliam a orientação pré-operatória.

(*) Distribuição funcional de tarefas — No método funcional, o cuidado de enfermagem ao paciente é fracionado em tarefas as quais são agrupadas por identidade para a distribuição ao pessoal

4 — Definição de termos

Complicações pós-operatórias — É o termo usado neste trabalho para designar todas as intercorrências observadas nos pacientes, ou referidas por eles, após a cirurgia.

Pré-operatório — Embora este termo possa ter uma conotação mais ampla, ele é aqui usado para indicar o período compreendido entre a admissão do paciente na clínica cirúrgica e sua remoção para a sala de operações.

Pós-operatório — Indica o período que se estende desde o momento em que o paciente volta da sala de operações para o seu leito na enfermaria até o dia da sua alta hospitalar. Não se preocupou em distinguir as fases, imediata e mediata do período pós-operatório. Não inclui também a possível permanência de uma ou mais horas na sala de recuperação pós-anestésica.

5 — Limitações do estudo

Uma série de circunstâncias constituíram limitações para o presente estudo. A principal limitação ocorreu por conta do planejamento inicial, que não previu observação continuada dos pacientes no pós-operatório por equipe preparada para isso. As informações foram coletadas pela leitura dos relatórios de enfermagem elaborados pelo pessoal de serviço nos três plantões. Existem dúvidas quanto ao fato das informações serem ou não completas em relação ao estado e reações do paciente.

Decorrente ainda de não ter sido prevista a observação continuada acima referida, a verificação da prática dos exercícios pós-operatórios, que foram ensinados aos pacientes do grupo experimental no pré-operatório, baseou-se em informações dadas por eles. Há dúvidas sobre a fidedignidade dessas informações.

O estudo limitou-se a 31 pacientes do sexo masculino e 9 do feminino em virtude de se ter encontrado na clínica cirúrgica onde se processou este estudo, número maior de homens do que mulheres, portadores de úlcera péptica. Dos 56 leitos para adultos existentes na clínica, 9 são reservados para a admissão de pacientes com problemas gástricos e são assim distribuídos: 7 para o sexo masculino e 2 para o feminino.

Uma outra limitação para o estudo foi a falta de homogeneidade nos intervalos das anotações que se referiam à temperatura dos pacientes. Por essa razão, o estudo da elevação da mesma acima de 37°C que se propôs inicialmente a estudar foi abandonado.

6 — Revisão da literatura

Já em 1941, Drips e col.⁸ se preocupavam com a observância de um programa eficiente para lidar com o paciente cirúrgico. Em trabalho publicado relacionam as complicações pulmonares pós-operatórias com a depressão da função respiratória, e lembram ser da res-

ponsabilidade da enfermeira a execução de certos cuidados para evitá-las. Os autores não se referem a normas a seguir no pré-operatório mas admitem ser valiosa a atuação da enfermeira no pós-operatório para evitar complicações.

Shoick ¹⁷, ao analisar as causas de ansiedade em pacientes cirúrgicos, ressalta, como função importante da enfermeira, “a sondagem das reações emocionais de seus pacientes a fim de bem compreendê-los e ajudá-los”. Segundo a opinião do autor, o sucesso ou insucesso de uma cirurgia relaciona-se mais diretamente com o estado de espírito do paciente do que com seu grau de instrução, nível econômico e tipo de cirurgia. Após tecer considerações sobre fatores emocionais em cirurgia, conclui seu trabalho dizendo que “a boa compreensão e o conhecimento do paciente e seus problemas possibilita a enfermeira aliviar tensão e apreensão. Isto conduz diretamente a um melhor cuidado pós-operatório e a uma melhor convalescença”. Este autor admite, portanto, a influência do preparo psicológico na recuperação pós-operatória.

Bonell ², em trabalho publicado sobre a necessidade de compreensão do paciente cirúrgico, aconselha que no pré-operatório ele seja informado sobre tudo aquilo que provavelmente irá ser incluído no seu tratamento pós-operatório: tubos de drenagem, máquinas de sucção, exercícios respiratórios, etc.

Cassady e col. ⁵ informam ter investigado as causas de medo e ansiedade pré-operatórios em 40 pacientes do sexo feminino com a idade entre 20 e 66 anos. Submetendo-os a uma entrevista individual, na noite que antecede à cirurgia, obtiveram os seguintes resultados: 34 pacientes indicaram uma ou mais preocupações; o medo da morte foi muitas vezes associado ao medo do diagnóstico; o medo da morte foi mais freqüentemente encontrado no grupo etário de 51 a 60 anos.

Wolfer e col. ²¹ apresentam os resultados de um estudo da relação entre o estado emocional e a recuperação pós-operatória. Informam ter aplicado uma variedade de instrumentos destinados a avaliar a ansiedade, o medo e a recuperação pós-operatória a grupos de 70 homens e 75 mulheres submetidos respectivamente a cirurgias abdominais e ginecológicas. Os resultados mostraram um alto grau de medo e ansiedade em 15% das mulheres e 30% dos homens; não houve, porém, substancial relação entre nível de medo e ansiedade e qualquer aspecto da recuperação pós-operatória.

Para Shafer e col. ¹⁶ “o objetivo do cuidado pré-operatório é preparar o paciente, tanto física como psicologicamente, para suportar os efeitos da anestesia e da cirurgia”. Após citarem a valiosa contribuição do médico neste preparo, dão à enfermeira certas responsabilidades dizendo: “a enfermeira pode contribuir substancialmente para o bem estar físico e emocional do paciente e pode influir na sua recuperação pós-operatória”. Abordam a seguir a importância de uma orientação pré-operatória.

A relação entre a incidência de vômitos pós-operatórios e as condições de ansiedade pré-operatória foi demonstrada no trabalho de Dumas⁹. Informa o autor que “um grupo de pacientes submetidos a um processo especial de enfermagem para aliviar tensão emocional apresentou menor incidência de vômitos pós-operatórios do que um grupo de pacientes não submetidos ao mesmo processo”. Diz considerar de suma importância o preparo hábil e consciencioso do paciente para a cirurgia a fim de que sejam reduzidas as complicações.

Smith e col.¹⁸, em texto publicado sobre o Cuidado do Paciente Adulto, preconizam a prática de vários cuidados e observações detalhadas no pré-operatório. Informam que o preparo adequado para a cirurgia diminui a probabilidade de complicações pós-operatórias.

Em 1968, Healy¹¹ apresenta os resultados de um trabalho no qual investiga a influência da instrução pré-operatória na recuperação pós-operatória. O trabalho abrangeu 321 pacientes de cirurgia eletiva, dos quais 140, admitidos em tardes movimentadas na clínica, foram incluídos no grupo de controle e 181 admitidos em tardes de menos movimento, no grupo experimental. Os pacientes deste último grupo receberam instrução pré-operatória individual sobre respiração profunda, movimentação, tosse, mecânica corporal e explicações sobre cuidados específicos esperados com o tipo de operação a que ia se submeter cada paciente. Os seguintes resultados foram obtidos: no grupo experimental, comparado ao grupo de controle, foi menor o número de complicações pós-operatórias, um maior número de pacientes pode suspender a medicação analgésica mais precocemente e um maior número de pacientes teve alta antes da data esperada.

Lindeman e col.¹³ informam ter investigado a influência do exercício de respiração profunda, da tosse e do exercício no leito, sobre as funções ventilatórias pós-operatórias. No grupo experimental, cujos pacientes foram submetidos a uma orientação e ensino sistematizados, a capacidade de respiração profunda e tosse no pós-operatório foi significativamente melhor do que no grupo de pacientes que não receberam a mesma orientação. A média de permanência no hospital foi menor no grupo experimental.

Após a revisão da literatura, pode-se observar que os autores são unânimes em salientar a importância do preparo pré-operatório e, admitem com frequência a influência desse preparo na recuperação pós-operatória.

No levantamento bibliográfico não foi encontrado nenhum trabalho que tratasse especificamente da orientação pré-operatória do paciente que vai se submeter ao tratamento cirúrgico da úlcera péptica.

Metodologia

O método empregado neste trabalho baseou-se em dar orientação pré-operatória, na véspera da cirurgia, a um grupo de pacientes por-

tadores de úlcera péptica submetendo-os a um plano previamente elaborado. Baseou-se ainda em verificar os efeitos da orientação na recuperação pós-operatória e comparar os resultados com um grupo semelhante de pacientes que não recebeu a mesma orientação.

1 — População

Na clínica cirúrgica onde se realizou o estudo há cirurgias em três dias da semana: segundas, quartas e sextas-feiras. A população foi selecionada da seguinte maneira: na véspera desses dias, às 12 horas aproximadamente, a enfermeira-chefe recebe um impresso com a indicação das cirurgias do dia seguinte. Por meio desse impresso tomava-se conhecimento dos pacientes a serem submetidos à gastrectomia no dia seguinte e pela consulta a seus prontuários médicos eram selecionados os que apresentavam diagnóstico de úlcera péptica e eliminados os demais. A colocação dos pacientes nos grupos experimental e de controle foi impessoal e ocasional, alternando-se sucessivamente um para cada grupo, conforme seus nomes apareciam na lista de operações.

Foram constituídos dois grupos de 20 pacientes, sendo que os do grupo experimental receberam números ímpares e os de controle, números pares.

Uma vez selecionado um paciente para o grupo experimental, ele era convidado a acompanhar a orientadora para uma enfermaria onde não havia outros pacientes. Procedia-se então, parte da orientação, com o paciente sentado e ele só era convidado a ser deitar ao se iniciar a explicação de exercícios a serem praticados no período pós-operatório.

Para este estudo foram selecionados apenas pacientes que iriam se submeter ao tratamento cirúrgico da úlcera péptica. Isto porque, se fossem englobados pacientes de diversos diagnósticos médicos e diversos tratamentos cirúrgicos, o plano de orientação que se propôs testar não se aplicaria de maneira global a todos os pacientes indiscriminadamente.

2 — Técnicas utilizadas

2.1 — Entrevista

Entrevista com os pacientes na véspera da operação. Para esta entrevista foi elaborada a ficha de orientação (anexo n.º 1) constando de três partes.

Parte I, com os seguintes itens a serem esclarecidos aos pacientes do grupo experimental:

úlcera e gastrectomia: o que é úlcera, localização da mesma e tratamento cirúrgico;

anestesia geral: objetivos e permanência do paciente na sala de recuperação pós-anestésica logo após a cirurgia;

limpeza da pele, tricotomia e necessidade de pele limpa e sem pelos e do uso de pano embebido em água e sabão para esfregar a pele do corpo e principalmente, no caso, a do abdome;

jejum pré-operatório: objetivos:

retirada de próteses: objetivos e onde guardá-las;

sonda gástrica: objetivos;

pré-anestésico: objetivos e necessidade do repouso no leito após a aplicação do medicamento;

soro endovenoso: objetivos;

dor pós-operatória: causas e recursos para aliviá-la;

cuidado com a ferida cirúrgica;

mudança de decúbito;

deambulação: vantagens de iniciá-la o mais cedo possível no pós-operatório.

Parte II, incluindo os exercícios abaixo relacionados a serem ensinados ao paciente, mostrando-lhe as vantagens da prática dos mesmos depois da operação.

Exercícios de respiração profunda e vagarosa: estes exercícios foram incluídos no plano de orientação como medida preventiva de respiração superficial, no pós-operatório, conseqüente ao mecanismo de defesa contra a dor. Este tipo de respiração, quando adotada pelo paciente, e associada ainda à ação depressora dos anestésicos gerais sobre a função respiratória, contribui para uma ventilação pulmonar deficiente expondo o paciente aos riscos de complicações pulmonares.

Usou-se o seguinte método para ensinar o exercício de respiração profunda e vagarosa: paciente deitado no leito, em decúbito dorsal, com a cabeça ligeiramente elevada e com a palma das mãos apoiadas lateralmente no abdome: em seguida pediu-se que fizesse junto com a enfermeira o exercício de respiração profunda e vagarosa, mantendo a boca fechada na inspiração e soltando o ar pelo nariz na expiração. Repetiu-se o exercício três vezes.

Exercícios de pernas e pés — ensinou-se o paciente a fazer exercícios de flexão e extensão das pernas, pés e artelhos explicando-lhe as vantagens dessa movimentação. Repetiu-se cada exercício três vezes.

Em seguida aconselhou-se o paciente a fazer todos os exercícios e mudança de decúbito várias vezes ao dia após a cirurgia, mesmo durante a noite, se acordasse.

Parte III, esclarecer dúvidas — deu-se ao paciente a oportunidade de fazer perguntas.

2.2 — Observação

Observação do paciente no pós-operatório — Para esta observação foi elaborada a ficha de registro de observação (anexo n.º2) constando de três partes.

Parte I, identificação: foram incluídos aqui os dados concernentes à identificação do paciente e outros dados de interesse a este trabalho: grau de instrução, ocupação, datas de admissão, da orientação, da operação e alta.

Parte II, nesta parte aparecem os dados de observações, a serem pesquisados diariamente até o dia da alta e anotados quando ocorrerem, eles servirão para comparar a recuperação pós-operatória dos pacientes dos dois grupos. As observações incluem: temperatura acima de 37°C, dor no local da incisão, tosse com expectoração, insônia, cólicas abdominais, retenção urinária, cateterismo vesical, complicação da ferida operatória, retirada de sonda gástrica, deambulação e outras queixas do paciente. A decisão na escolha dos dados de observações pós-operatórias, para avaliar a recuperação do paciente, baseou-se em dados obtidos pela observação pessoal e pela entrevista com 15 pacientes gastrectomizados. Procurou-se obter deles a informação sobre o que os tinha perturbado no pós-operatório.

Parte III, nesta estão incluídas as perguntas a serem dirigidas aos pacientes individualmente, procurando-se obter suas opiniões sobre a orientação.

2.3 — Entrevista

Entrevista com os pacientes do grupo experimental para a avaliação. Os dados relacionados com a avaliação (Parte III da ficha de observações), só foram preenchidos no dia da alta.

3 — Coleta de Dados

Aos vinte pacientes de cada grupo foram feitas visitas diárias desde o primeiro dia após a cirurgia até o dia da alta. Os dados sobre a evolução do paciente foram obtidos pela leitura diária do relatório de enfermagem, da ficha médica e pela entrevista com o paciente.

A orientação pré-operatória, assim como a coleta de dados de observações e avaliação, foram feitas por uma só pessoa, a própria autora, levando a crer ter havido homogeneidade na execução das técnicas.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

1 — Características da população

O grupo experimental congregou 14 homens e 6 mulheres com a idade mínima de 22 anos e a máxima de 68 anos; 15 (75%) brancos e 5 (25%) pretos. Em relação ao grau de instrução 9 (45%, oito homens e uma mulher) eram analfabetos, 2 homens (10%) tinham o primário incompleto e 9 (45%, quatro homens e cinco mulheres) o primário completo. No que diz respeito à ocupação, dos 14 homens, sete (50%) eram lavradores, 2 (1,42%) motoristas e os outros assim distribuídos: um confeitoiro, um lustrador de móveis, um operário, um vendedor ambulante e um mecânico. Das 6 mulheres, quatro (66,66%) eram de prendas domésticas, uma doméstica e uma costureira.

O grupo de controle incluiu 17 homens e 3 mulheres com a idade mínima de 26 anos e a máxima de 70 anos; 19 (95%) brancos e 1 (5%) preto. Em relação ao grau de instrução, 12 (60%, nove homens e três mulheres) eram analfabetos, 3 homens (15%) tinham o primário incompleto, 4 homens (20%) o primário completo e 1 homem (5%) tinha o ginásio completo. No que diz respeito à ocupação, dos 17 homens, 7 (41,17%) eram lavradores, 3 (17,64%) vendedores ambulantes, 2 (11,76%) pedreiros e outros assim distribuídos: um garção, um alfaiate, um comerciante, um mecânico e um que informou não trabalhar. As três mulheres eram de prendas domésticas.

A tabela I mostra a distribuição dos pacientes por sexo e grupo etário. Observa-se que 14 pacientes (70%) do grupo experimental e 17 pacientes (85%) do grupo de controle eram do sexo masculino, e que 6 pacientes (30%) do grupo experimental e 3 pacientes (15%) do grupo de controle eram do sexo feminino. Em relação à incidência da úlcera péptica nos dois sexos a população estudada está de acordo com os dados encontrados na literatura. Jordan¹² e Cançado⁴, citados por Corrêa Neto⁶, ao se referirem sobre a maior incidência da úlcera péptica no sexo masculino do que no feminino apresentam respectivamente as seguintes proporções: 3,4:1 e 4:1.

Pela tabela I observa-se que a maioria dos pacientes se situava nas três faixas etárias, intermediárias com a seguinte distribuição: do total geral de 40 pacientes, 9 (5 pacientes do grupo experimental e 4 do grupo de controle) estavam na faixa etária de 32 a 41 anos; 9 (4 pacientes do grupo experimental e 5 do grupo de controle) na faixa de 42 a 51 anos; 11 (5 pacientes do grupo experimental e 6 do grupo de controle) na faixa de 52 a 61 anos. Os 11 pacientes restantes estavam nas faixas etárias extremas de 22 a 31 anos e mais de 61 anos. Em relação às idades mais atingidas pela úlcera péptica, a população estudada se aproxima dos dados encontrados na literatura. A maior

frequência da úlcera péptica se encontra entre “30 e 50 anos”²⁰, “quarta e quinta décadas da vida”^{6,14}.

Tabela I — Distribuição dos pacientes dos grupos experimental e de controle por sexo e grupo etário.

Grupo Sexo Paciente	Gr. Experimental						Gr. de Controle						Geral Total
	M		F		Total		M		F		Total		
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º
22 a 31	2	10	1	5	3	15	3	15	0	0	3	15	6
32 a 41	3	15	2	10	5	25	3	15	1	5	4	20	9
42 a 51	2	10	2	10	4	20	4	20	1	5	5	25	9
52 a 61	5	25	0	0	5	25	5	25	1	5	6	30	11
mais de 61	2	10	1	5	3	15	2	10	0	0	2	10	5
Total	14	70	6	30	20	100	17	85	3	15	20	100	40

2 — Complicações Pós-Operatórias

Pela tabela II pode-se observar que as complicações dos dois grupos perfazem um total geral de 78, e destas, 32 (41%) correspondem ao grupo experimental e 46 (59%) ao grupo de controle.

Nas complicações investigadas, a dor no local da incisão ocorreu em 100% da população. Com a mesma frequência nos dois grupos ocorreram a insônia (15%) e o soluço (5%). A tosse com expectoração, a cólica abdominal, a complicação da ferida cirúrgica e o vômito foram mais frequentes no grupo de controle do que no experimental. A retenção urinária, a cefaléia e a agitação só apareceram no grupo de controle. A diarréia foi a única complicação mais frequente no grupo experimental em relação ao grupo de controle.

Tabela II — Frequência das complicações pós-operatórias apresentadas pelos pacientes.

Complicações	Gr. Experimental		Gr. de controle		Total Geral
	N.º	%	N.º	%	N.º
Dor no local da incisão	20	100	20	100	40
Tosse com expectoração	3	15	4	20	7
Insônia	3	15	3	15	6
Cólica abdominal	1	5	3	15	4
Retenção urinária	0	0	4	20	4
Complicação da ferida	1	5	4	20	5
Vômito	1	5	3	15	4
Solução	1	5	1	5	2
Cefaléia	0	0	2	10	2
Diarréia	2	10	1	5	3
Agitação	0	0	1	5	1
Total	32*	—	46*	—	78*

Teria a orientação pré-operatória contribuído para que no grupo experimental ocorresse menor número de complicações pós-operatórias?

A orientação pré-operatória sobre mudança de decúbito, exercícios respiratórios e de pernas e pés, poderia ter levado os pacientes do grupo experimental a uma movimentação mais ativa no leito. É provável que isto tenha contribuído para a estimulação do peristaltismo gastrointestinal, com conseqüente movimentação de líquidos e eliminação de gases, resultando um menor número de cólicas abdominais e vômitos no grupo experimental. “A movimentação freqüente no leito e a deambulação precoce são ensinadas ao paciente para estimular a atividade do peristaltismo”¹⁶, e “os exercícios de flexão de pernas ajudam a aliviar a dor proveniente de gases abdominais”.³

* Alguns pacientes apresentaram mais de uma complicação

A orientação pré-operatória dos pacientes do grupo experimental, ensinando-os como lavar e esfregar a pele do abdome com água e sabão, poderia ter colaborado para a menor freqüência da complicação da ferida cirúrgica nesse grupo do que no grupo de controle. "Um dos cuidados pré-operatórios é a limpeza da pele da região a ser operada a fim de diminuir a possibilidade de infecção da ferida cirúrgica" 7, 15, 16.

A retenção urinária no pós-operatório pode estar relacionada a várias causas e entre elas a tensão emocional¹⁶. Isto permite aceitar-se que a orientação pré-operatória tenha ajudado a aliviar a tensão emocional e, portanto, contribuído parcialmente para que não houvesse retenção urinária no grupo experimental. Diz-se, parcialmente, por se saber existirem outras causas que dificultam o esvaziamento vesical. A retenção urinária, além de causar desconforto ao paciente, requer, muitas vezes, o cateterismo vesical, que mesmo executado com técnica asséptica, não afasta totalmente a possibilidade de infecção das vias urinárias ascendentes. No grupo de controle, dos 4 pacientes com retenção urinária, 3 foram submetidos ao cateterismo vesical.

Todos os 20 pacientes de cada grupo manifestaram dor na incisão cirúrgica. Não se investigou a intensidade da dor por não ter sido padronizada a medicação analgésica dos pacientes em estudo. Para comparar a dor pós-operatória nos grupos experimental e de controle, Healy¹¹ baseou-se no número de dias em que os pacientes necessitaram narcóticos por via parenteral e por via oral. O autor informou que dos 181 pacientes do grupo experimental submetidos a uma orientação pré-operatória, 160 passaram de narcóticos pela via parenteral para via oral no 4.^a dia pós-operatório, sem dificuldades, e suspenderam essa medicação ao 6.^o dia. Dos 140 pacientes do grupo de controle, e que não receberam a mesma orientação, 127 só passaram para narcóticos por via oral ao 6.^o ou 7.^o dia e 13 pacientes permaneceram com narcóticos pela via parenteral até o dia da alta.

A tosse com expectoração, levando-se em consideração outros fatores intercorrentes, que não foram investigados, tais como tabagismo, bronquites crônicas, ação dos anestésicos, tipo de anestesia etc., foi menor no grupo experimental. Teria a orientação aos exercícios respiratórios permitido melhor ventilação pulmonar e drenagem de possíveis secreções sem os mecanismos da tosse?

Para a insônia, o soluço, a diarréia e a agitação não se encontrou uma explicação que os relacionasse com a eficiência ou ineficiência de algum elemento do plano de orientação. A freqüência dos mesmos leva-se a crer que estariam relacionados a características ou problemas individuais.

A análise e interpretação dos dados de complicações dos pacientes dos dois grupos, experimental e controle, (Tabela II), permite que

se confirme a primeira hipótese levantada neste trabalho: a orientação sistematizada pré-operatória de pacientes, que irão se submeter ao tratamento cirúrgico da úlcera péptica, diminui a incidência de complicações pós-operatórias.

3. RETIRADA DA Sonda GÁSTRICA

Tabela III — Dias de pós-operatório em que foram retiradas as sondas gástricas dos pacientes dos grupos experimental e de controle.

Início da deambulação	Gr. Experimental		Gr. de Controle		TOTAL GERAL
	N.º	%	N.º	%	N.º
Pós-operatório					
1.º dia	12	63,1	8	40	20
2.º dia	4	21,0	7	35	11
3.º dia	1	5,3	3	15	4
4.º dia	2	10,6	2	10	4
Total	19*	100	20	100	39

Pela tabela III pode-se observar que a retirada da sonda gástrica no 1.º dia pós-operatório ocorreu em número maior de pacientes do grupo experimental do que nos do grupo de controle, nas seguintes freqüências: 1.º dia pós-operatório, 12 pacientes (63,1%) do grupo experimental e 8 pacientes (40%) do grupo de controle. Dois pacientes de cada grupo só retiraram a sonda gástrica ao 4.º dia pós-operatório.

Uma das razões para o uso da intubação gástrica nos serviços de cirurgia baseia-se na ação depressora dos anestésicos sobre o tono e a motilidade gástrica^{10,22}. As sondas inseridas no estômago para remover gases e líquidos são usualmente deixadas até que o peristaltismo tenha retornado^{19,16}. A movimentação no leito e a deambulação precoce são ensinadas ao paciente para estimular o retorno do peristaltismo, o que é identificado quando a ausculta do abdome revela presença de sinais hidroaéreos intestinais¹⁶.

Tendo os pacientes do grupo experimental sendo submetidos a um plano de orientação pré-operatória que abordou as vantagens de mudança de posição no leito e da deambulação precoce, é possível que

* Um paciente não usou sonda gástrica

esta orientação tenha colaborado para que a sonda gástrica fosse retirada no 1.º dia pós-operatório de um número maior de pacientes do grupo experimental do que nos do grupo de controle.

4 — Deambulação no pós-operatório

Tabela IV — Início da deambulação dos pacientes dos grupos experimental e de controle.

Retirada da sonda	Gr. Experimental		Gr. de Controle		TOTAL GERAL
	N.º	%	N.º	%	N.º
Pós-operatório					
1.º dia	7	35	3	15	10
2.º dia	11	55	10	50	21
3.º dia	2	10	6	30	8
4.º dia	0	0	1	5	1
Total	20	100	20	100	40

Pela tabela IV observa-se que do total de 10 pacientes que iniciaram a deambulação no 1.º dia pós-operatório, 7 pacientes (35%) eram do grupo experimental e apenas 3 (15%) do grupo de controle. O início da deambulação ao 4.º dia de pós-operatório só ocorreu no grupo de controle, 1 paciente (5%).

O plano de orientação pré-operatória que incluiu, entre outras, a explicação sobre as vantagens da deambulação precoce após a cirurgia parece ter influenciado para que no grupo experimental um maior número de pacientes iniciassem a deambulação no 1.º P.O. do que no grupo de controle.

As vantagens da deambulação precoce após a cirurgia sobre os grandes períodos de repouso no leito, são citadas por Grisheimer¹⁰: “menos complicações pulmonares, circulatórias, assim como a volta mais rapidamente ao normal dos reflexos da bexiga e intestinos”. Na orientação pré-operatória procurou-se por essas razões estimular o paciente a sair do leito logo que houvesse ordem médica.

5 — Alta hospitalar

Tabela V — Alta hospitalar no pós-operatório dos pacientes dos grupos experimental e de controle.

Dias das altas	Gr. Experimental		Gr. de Controle		TOTAL GERAL
	N.º	%	N.º	%	N.º
Pós-operatório					
5.º dia	1	5	0	0	1
6.º dia	7	35	2	10	9
7.º dia	8	40	13	65	21
8.º dia	3	15	1	5	4
9.º dia	1	5	0	0	1
10.º dia	0	0	1	5	1
14.º dia	0	0	1	5	1
16.º dia	0	0	1	5	1
17.º dia	0	0	1	5	1
Total	20	100	20	100	40

A tabela V mostra os dias em que ocorreram as altas dos pacientes.

No grupo experimental todos os pacientes tiveram alta hospitalar do 5.º ao 9.º dia pós-operatório enquanto no grupo de controle esta situação não ocorreu. Neste grupo, os pacientes tiveram altas do 6.º ao 17.º dia de pós-operatório.

Qual teria sido a influência da orientação pré-operatória, para que no grupo experimental os pacientes tivessem altas num prazo mais curto do que os do grupo de controle?

A infecção da ferida cirúrgica e a agitação foram as complicações que mais atrasaram as altas dos pacientes do grupo de controle: 10.º, 14.º, 16.º, 17.º P. O.

Se em decorrência de complicações pós-operatórias alguns pacientes tiveram que permanecer mais tempo no hospital, pode-se aceitar que a orientação pré-operatória, tendo contribuído para um menor número de complicações no grupo experimental do que no grupo de controle (vide tabela II), tenha influído também na alta hospitalar dos pacientes.

6 — Tempo de permanência dos pacientes no hospital após a cirurgia

Esse tempo foi calculado a contar do dia da operação até o dia da alta inclusive por se ter constatado que os pacientes com alta só deixavam o hospital depois do meio dia.

O tempo de permanência compreendido entre as datas da admissão e da cirurgia não foi calculado por não se poder relacioná-lo com algum possível efeito da orientação pré-operatória na véspera da cirurgia.

Tabela VI — Média (\bar{x}) e desvio padrão (S) dos dias de permanência no hospital após a cirurgia dos pacientes dos grupos experimental e de controle.

Grupos	N.º de pacientes	Total dos dias de permanência no hospital após a cirurgia	\bar{X}	S
Experimental	20	156	8,3	1,4
Contorel	20	188	10,55	3,1

Os resultados da tabela VI indicam que o grupo experimental apresenta média de permanência no hospital após a cirurgia menor do que no grupo de controle e uma dispersão menor como indicada pelo seu menor desvio padrão.

7 — Avaliação pelos pacientes da orientação dada pela observadora

Para esta avaliação usou-se a Parte III da ficha de registro de observações (anexo n.º 2).

Ao iniciar a avaliação, explicava-se ao paciente que para a primeira pergunta “o que achou da orientação”, ele deveria escolher uma das três respostas seguintes: — Muito boa, boa, ou dispensável. A resposta do paciente era assinalada com o sinal (v) no espaço para isso reservado.

Para a segunda pergunta, “qual dos ensinamentos achou melhor”, fazia-se ao paciente a leitura dos itens que haviam sido incluídos na ficha de orientação (anexo n.º 1) e pedia-se que ele citasse qual deles achou ter sido o melhor no sentido de tê-lo ajudado. A maioria dos pacientes insistiu em citar mais de um item como sendo os melhores, tendo-se aceito e anotado suas respostas. A seguir, pedia-se ao paciente que informasse “porque” eram melhores os itens por ele escolhidos, anotando-se também literalmente sua resposta.

Os resultados da avaliação encontram-se nas tabelas VII e VIII.

Tabela VII — Avaliação pelos pacientes do grupo experimental da orientação dada pela enfermeira.

Avaliação	Gr. Experimental	
	N.º	%
Muito boa	18	90
Boa	2	10
Dispensável	0	0
Total	20	100

Tabela VIII — Itens da orientação pré-operatória citados pelos pacientes como sendo os melhores.

Itens citados pelos pacientes	Gr. Experimental	
	N.º	%
Explicação sobre: úlcera e gastrectomia	4	20
Exercícios respiratórios e mudança de decúbito	9	45
Exercícios de pernas e pés	3	15
Exercícios respiratórios e de pernas e pés	3	15
Todos são bons	1	5
Total	20	100

Ao avaliar a orientação pré-operatória, os pacientes assim se manifestaram em relação aos exercícios respiratórios: ajudavam a suportar a sonda do nariz, a sair gases e líquidos sujos pela sonda, aliviando a barriga (SIC), aliviando a dor. Um dos pacientes referiu que sua "barriga não estufara" como acontecera em operação anterior.

Em relação à orientação sobre a doença e a cirurgia, informaram que com as explicações ficaram mais tranquilos, com os nervos relaxados por saberem o que iria acontecer com eles. Sobre os exercícios de pernas e pés os pacientes informaram que ajudavam a descansar as pernas, a ficar em posição melhor; um deles disse que "quando estico as pernas, os gases saem mais facilmente". Sobre a mudança de decúbito as informações foram: ajuda a descansar, a "barriga ronca", facilita pegar no sono, os gases saem mais facilmente.

Conclusões

Com o objetivo de verificar se a orientação pré-operatória sistematizada tem alguma influência na recuperação pós-operatória de pacientes que se submeteram ao tratamento cirúrgico da úlcera péptica, foram observados e comparados dois grupos de pacientes, o experimental e o de controle. Todos os pacientes dos dois grupos foram submetidos à gastrectomia para tratamento da úlcera péptica, porém, não foram tratados igualmente pela observadora em relação à orientação pré-operatória. Vinte pacientes do grupo experimental receberam, na véspera da cirurgia, uma orientação pré-operatória que obedeceu a um plano previamente elaborado e a 20 pacientes do grupo de controle foi omitida a mesma orientação.

Para comparar a recuperação pós-operatória dos pacientes dos dois grupos, baseou-se em dados relacionados com a frequência de complicações, dias em que foram retiradas as sondas gástricas, início da deambulação, alta hospitalar e média de permanência no hospital após a cirurgia.

Os seguintes dados foram obtidos:

A frequência de complicações pós-operatória foi menor no grupo experimental do que no grupo de controle. Do total de 78 complicações pós-operatórias, 32 (41%), ocorreram no grupo experimental e 46 (59%), no grupo de controle, confirmando-se portanto a 1.^a hipótese do estudo.

As altas dos pacientes do grupo experimental ocorreram do quinto ao nono dia de pós-operatório e no grupo de controle do sexto ao décimo sétimo dia.

A média de permanência no hospital após a cirurgia foi de 8,3 dias para o grupo experimental e 10,55 dias para o grupo de controle, sendo portanto menor no grupo experimental. O desvio padrão dos dias de permanência no hospital também foi menor no grupo experimental comparado ao grupo de controle.

Com os dados de alta hospitalar e média de permanência no hospital após a cirurgia confirma-se a 2.º hipótese do estudo.

No primeiro dia pós-operatório a sonda gástrica foi retirada de um número maior de pacientes do grupo experimental do que no de controle, sendo: 12 pacientes do grupo experimental e 8 pacientes do grupo de controle.

No grupo experimental o número de pacientes que iniciaram a deambulação no primeiro dia pós-operatório foi maior do que no grupo de controle, 7 pacientes (35%) do grupo experimental e 3 pacientes (15%) do grupo de controle.

A avaliação sobre a orientação foi considerada muito boa por 90% dos pacientes, boa para 10% e nenhum a considerou dispensável. Os elementos do plano de orientação indicados pelos pacientes como sendo os melhores no sentido de tê-los ajudados foram: explicação sobre úlcera e gastrectomia (20%); exercícios respiratórios e mudança de decúbito (45%); exercícios de pernas e pés (15%); exercícios respiratórios, e de pernas e pés (15%); todos foram bons (5%).

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi identificar a influência da orientação pré-operatória na recuperação pós-operatória. O estudo limitou-se a pacientes adultos que se submeteram à gastrectomia por serem portadores de úlcera péptica.

Vinte pacientes do grupo experimental, na véspera da cirurgia, receberam a uma orientação pré-operatória planejada e a vinte pacientes do grupo controle foi omitida a mesma orientação.

Os principais dados obtidos demonstraram que o número de complicações pós-operatórias foi menor no grupo experimental do que no grupo controle, assim como foi menor a média dos dias de permanência no hospital após a cirurgia.

SUMMARY

A method of planned preoperative orientation applied to patients suffering from peptic ulcer.

The purpose of this nursing study was to identify the influence of preoperative orientation on the patient's postoperative recovery. It was limited to adult patients undergoing gastrectomy as a treatment of peptic ulcer.

Twenty experimental patients were submitted to a planned preoperative instruction in the evening before surgery, and twenty control patients were not submitted to the same plan.

The major findings were: the number of postoperative complications and the average length of hospital stay were less for the experimental group than for the control group.

V — REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIRD, B. — Psychological aspects of preoperative and postoperative care. *Amer. J. Nurs.*, 55: 685-688, 1955.
2. BONELL, P. — Understanding surgical patients. *Amer. J. Nurs.*, 59: 1148-1149, 1959.
3. BRUNNER, L. S. et al. — *Enfermeria medico-quirúrgica*. 2.^a ed. México, Interamericana, 1971.
4. CANÇADO, J. R. apud CORREIA, A. (neto) — *Clínica Cirúrgica*. São Paulo, Prociencx, 1966, v. 4: 225.
5. CASSADY, J. & ATUCCHI, J. — Patients concerns about surgery. *Nurs., Res.*, 9: 219-221, 1960.
6. CORRÊA, A. (neto) — *Clínica Cirúrgica*. São Paulo, Prociencx, 1966, v. 4.
7. DAVIS, L. — *Clínica Cirúrgica*. 2.^a ed. Rio de Janeiro, Koogan, 1970.
8. DRIPPS, R. & WATERS, R. M. — Nursing care of the surgical patient. *Amer. J. Nurs.*, 41: 530-537, 1941.
9. DUMAS, R. G. — Psychological preparation for surgery. *Amer. J. Nurs.*, 52-53, 1963.
10. GRISHEIMER, E. — The physiological effects of anesthesia. *Amer. J. Nurs.*, 49: 337-343, 1949.
11. HEALY, K. M. — Does preoperative instruction make a difference? *Amer. J. Nurs.*, 68: 62-67, 1968.
12. JORDAN, J. M. apud Corrêa, A. (neto) — *Clínica cirúrgica*. São Paulo, Prociencx, v. 4, p. 225, 1966.
13. LINDEMAN, C. A. & AERNAN, B. V. — Nursing intervention with presurgical patient: the effects of structured and unstructured preoperative teaching. *Nurs., Res.*, 20: 319-331, 1971.
14. LOEB, C. et al. — *Tratado de medicina interna*. 12.^a ed. México, Interamericana, 1968.
15. MOIDEL, H. C. et al. *Nursing care of the patient with medical — surgical disorders*. Saint Louis, MacGraw Hill, 1971.
16. SHAFER, K. N. et al. — *Medical Surgical Nursing*. 3rd ed. Saint Louis, Mosby, 1964.
17. SHOICK, M. R. V. — Emotional factors in surgical nursing. *Amer. J. Nurs.*, 46: 451-453, 1946.
18. SMITH, D. W. & GIPS, C. — *Care of the adult patient*. 2nd ed. Philadelphia, Lippincott, 1966.
19. SUTTON, L. S. — *Bedside nursing techniques*. Philadelphia, Saunders, 1965.
20. VALENTI, P. FARRERAS. — *Medicina interna*. 7.^a ed. Barcelona. Marin, 1970, v. 1.
21. WOLFER, J. & DAVIS, C. E. — Assessment of surgical patient's preoperative emotional condition and postoperative welfare. *Nurs., Res.*, 19: 402-414, 1970.
22. WULFSOHN, N. L. — *Aids to pre and postoperative nursing care*. 2nd ed. London, Ballière, 1963.

VI — BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ABDELLAH, F. G. — Overview of nursing research: parte I (1955 — 1968). *Nurs., Res.*, 19: 6-17, 1970.
- & Levine, E. — **Better patient care through nursing research.** New York, Macmillan, 1965.
- AYDELOTTE, M. K. — The use of patient welfare as a criterion measure. *Nurs., Res.*, 11: 10-14, 1962.
- BROWN, E. L. — Hospitals can evaluate causes of patient discomfort. *The Mod. Hosp.*, 106: 112-113, 1966.
- BROWNSBERGER, C. N. — Emotional, stress connected with surgery. *Nurs. Froum*, 4: 46-55, 1965.
- BRUEGEL, M. A. — Relationship of preoperative anxiety to perception of postoperative pain. *Nurs., Res.*, 20: 277, 1971.
- BRUNNER, L. S. et al. — **Enfermeria medico — quirurgica.** 2.^a ed. México, Interamericana, 1971.
- CARNEVALI, D. L. — Preoperative anxiety. *Amer. J. Nurs.*, 66: 1536-1538, 1966.
- CHAMBERS, W. G. & PRICE, G. C. — Influence of nurse upon effects of analgesics administred. *Nurs., Res.*, 16: 228-233, 1967.
- CHOW, R. — Postoperative cardiac nursing research: a method for identifying and categorizing nursing actions. *Nurs. Res.*, 18: 4-13, 1969.
- DODGE, J. — Nurse-doctor relations and attitudes toward the patient. *Nurs. Res.*, 9: 32-38, 1960.
- ELDRÉD, S. H. — Improving nurse-patient communication. *Amer. J. Nurs.*, 60: 1600-1602, 1960.
- EDWARDS, B. J. — How to talk with patients before and after surgery. *AORN, J.*, 14: 45-48, nov. 1971.
- FINE, J. — **Care of the surgical patient.** Philadelphia, Saunders, 1949.
- FRY, V. — The creative approach to nuring. *Amer. J. Nurs.*, 53: 301-302, 1953.
- GEITGEY, D. & METZ, E. — A brief guide to designing research proposals. *Nurs., Res.*, 18: 339-340, 1969.
- GRAHAM, L. E. & CONLEY, E. M. — Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nurs., Res.* 20: 113-122, 1971.
- HART, B. L. & ROWEDER, A. W. — Support in nursing. *Amer. J. Nurs.*, 59: 1398-1401, 1959.
- HEALY, K. M. — Does preoperative instruction make a difference? *Amer. J. Nurs.*, 68: 62-67, 1968.
- HOLLIDAY, J. — Bowel programs of patients with spinal cord injury: a clinical study. *Nurs. Res.*, 16: 4-15, 1967.
- HORTA, W. A. — **A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos: tese de doutoramento.** São Paulo, Serviço de Documentação da RUSP, 1968.
- JAHODA, M. — Research and the nurse: 1 — What is research? *Nurs. Mirror*, 111: 2097-2098, 1961.

- Research and the nurse: 2 — What is research. **Nurs. Mirror**, 111: 2199-2200, 1961.
- JOHNSON, J. et al. — Psychological factors in the welfare surgical patients. **Nurs. Res.**, 19: 18-29, 1970.
- Mc CLAIN, M. E. & GRAGG, S. H. — **Princípios científicos de enfermagem**, 2.^a ed. São Paulo, Científica, 1970.
- Mc PHETRIDGE, L. M. — Nursing history: one means to personalize care. **Amer. J. Nurs.**, 68: 68-75, 1968.
- MEZANOTTE, E. J. — Group instruction in preparation for surgery. **Amer. J. Nurs.**, 70: 89-91, 1970.
- MOIDEL, H. C. — **Nursing care of the patient with medical - surgical disorders**. Saint Louis, Mc Graw Hill, 1971.
- MOSS, F. & MEYER, B. — The effects of nursing interaction upon pain relief in patients. **Nurs., Res.**, 15: 304-306, 1966.
- NIELD, M. A. — The effect of health teaching on the anxiety level of patients with chronic obstructive lung disease. **Nurs., Res.**, 20: 537, 1971.
- NOTTER, L. E. — The theoretical framework: and essencial characteristic of research. **Nurs., Res.**, 17: 291, 1969.
- Nursing research and the future. **Nurs. Res.**, 19: 99, 1970.
- PUTT, A. M. — One experiment in nursing adults with peptic ulcers. **Nurs., Res.**, 19: 484-494, 1970.
- SHAFFER, K. N. et al. — **Medical-surgical nursing**, 2nd ed. Saint Louis, Mosby, 1961.
- SHERMAN, R. — Total patient-care from a surgeon's point of view. **Nurs., Forum**, 4: 28-32, 1965.
- SIMON, R. J. — Systematic ratings of patient welfare. **Nurs., Outlook**, 9: 432-436, 1961.
- SMITH, D. W. & GIPPS, C. — **Care of the adult patient**. 2nd ed. Philadelphia, Lippincott, 1966.
- SPIEGEL, M. R. — **Estatística**. São Paulo, Mc Graw Hill, 1972.
- SPRATT, J. H. et al. — Some practical outcomes of a research, study. **Nurs., Outlook**, 17: 66-67, jun. 1969.
- STEPHENSON, E. — Research and the nurse: 3. Fields of research in nursing. **Nurs., Mirror** 111: 2299-2300, 1961.
- WEILLER, M. C. — Postoperative patients evaluate preoperative instruction. **Amer. J. Nurs.**, 68: 1465-1467, 1968.

KANNEBLEY, Z. M. — Aplicação de um método de orientação sistematizada pré-operatória a pacientes portadores de úlcera péptica. **Rev. da Esc. Enf. USP**, 7 (1): 86-101, mar. 1973.

A N E X O N.º 1

FICHA DE ORIENTAÇÃO SISTEMATIZADA PRÉ-OPERATÓRIA

I — Orientação e esclarecimentos sobre os seguintes itens:

- úlcera péptica e gastrectomia
- anestesia
- limpeza da pele e tricotomia
- jejum pré-operatório
- retirada de próteses
- sonda gástrica
- pré-anestésico
- soro endovenoso
- dor pós-operatória
- cuidados com a ferida cirúrgica
- mudança de decúbito
- deambulação pós-operatória

II — Ensinar o paciente a fazer os exercícios abaixo relacionados, praticar com ele três vezes cada um e mostrar-lhes as vantagens da prática dos mesmos depois da operação:

- exercícios de respiração profunda e vagarosa
- exercícios de flexão e extensão das pernas e pés e artelhos.

III — Esclarecer dúvidas do paciente.

ANEXO N.º 2

FICHA DE REGISTRO DE OBSERVAÇÕES FEITAS NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIA

I — Identificação

Nome

Sexo

Idade

Cor

Profissão

Datas

Admissão

Orientação

Operação

Alta

II — Pesquisar os seguintes dados diariamente e chegar com o sinal (v) no dia em que ocorrerem.

	Dia da Cirurgia		1.º		2.º		3.º		4.º		5.º		6.º		7.º		8.º		9.º		10.º		
			P.O.		P.O.		P.O.		P.O.		P.O.		P.O.		P.O.		P.O.		P.O.		P.O.		P.O.
Temperatura acima de 37°																							
Dor no local da incisão																							
Tosse com expectoração																							
Insônia																							
Cólicas abdominais																							
Retenção urinária																							
Cateterismo vesical																							
Complicação da ferida																							
Retirada s/ gástrica																							
Início da deambulação																							
Acrescentar outras observações quando ocorrerem																							

III — Avaliação

1. O que achou da orientação? Muito boa

Boa

Dispensável

2. Qual dos ensinamentos achou melhor?

Porque?