



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Demanda de informações de pacientes cirúrgicos hospitalizados: estudo descritivo e prospectivo

Annecy Tojeiro Giordani¹, Debora Viviane Stadler¹,
Gabriela Machado Ezaías Paulino², Renata Rodrigues Zanardo¹,
Helena Megumi Sonobe³, Maria Aparecida Valerio⁴

1 Universidade Estadual do Norte do Paraná

2 Hospital Dr. Anísio Figueiredo de Londrina

3 Universidade de São Paulo

4 Setor de Engenharia e Desenvolvimento Agrário

RESUMO

Objetivos: identificar as complicações pós-operatórias apresentadas por pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos, em um hospital de média complexidade, as dificuldades vivenciadas no autocuidado durante o período pós-operatório e as orientações fornecidas no processo de alta hospitalar.

Métodos: estudo descritivo, prospectivo quantitativo, empreendido em pacientes que realizaram tratamentos cirúrgicos em um hospital do Paraná. **Resultados:** de 110 pacientes, 70 (64%) participaram, sendo que destes, 57 (87%) apresentaram algum tipo de complicação e 67 (95%) afirmaram ter recebido orientações para a alta hospitalar. Apesar de 38 (54%) informarem não ter tido dúvidas quanto ao autocuidado, 26 (37%) relataram dúvidas quanto a realizar o curativo, e seis (9%) sobre o uso correto da medicação. Quanto ao profissional orientador, 45 (64%) foram orientados por enfermeiro, 40 (58%) por médico e quatro (5%) por outros profissionais. **Conclusão:** evidenciou-se a necessidade de ações educativas mais eficientes pelos profissionais da saúde no perioperatório.

Descritores: Pacientes Cirúrgicos; Cuidado; Planejamento.

INTRODUÇÃO

A hospitalização faz com que o paciente crie expectativas que refletem diretamente na sua recuperação, despertando sentimentos que são exacerbados quando surge a necessidade de uma intervenção cirúrgica. Um procedimento cirúrgico é um fator estressante, gerador de inúmeras incertezas traduzidas por ansiedade, sentimentos de medo, angústia e insegurança. Este estado, em geral, altera a autoestima do paciente, suas necessidades psicológicas e fisiológicas e, conseqüentemente, o equilíbrio físico e emocional. Cabe destacar que o medo é o principal sentimento vivenciado por pacientes no perioperatório, possível de ser sanado por meio de orientações prévias à cirurgia, o que diminui a ansiedade⁽¹⁾.

O ato cirúrgico é visto pelo paciente como algo paradoxal, pois ao mesmo tempo em que aliviará as dores e será eficaz no tratamento do problema, é também uma agressão ao organismo, que o induzirá a desenvolver mecanismos de enfrentamento. O estresse em pacientes cirúrgicos é inevitável, entretanto a evolução pós-operatória é mais positiva naqueles que desenvolvem estratégias de enfrentamento mais adequadas, e para isso é essencial um cuidado educacional⁽²⁾.

Portanto, o cuidado é o objeto de ação do enfermeiro, sendo indispensável no tratamento e nas intervenções educativas para pacientes e familiares, visando promover a recuperação e o bem-estar durante o período de internação, capacitando para o autocuidado após a alta hospitalar. Por sua vez, o autocuidado ocorre quando o paciente desenvolve práticas de cuidado em seu próprio benefício, o que é fundamental para sua recuperação, pois o ajudará a melhorar sua atividade social e o retorno a sua função familiar, influenciando positivamente na adesão ao tratamento⁽³⁾.

Quando o paciente é informado sobre a necessidade de um procedimento cirúrgico, inicia-se uma caminhada na qual ele e seus familiares precisarão se adaptar a nova rotina de vida para o enfrentamento deste desafio. É imprescindível que sejam transmitidas informações claras e precisas sobre o período de recuperação após a alta hospitalar⁽³⁾.

Para tanto, utiliza-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), método que direciona as ações do enfermeiro no dia a dia da prática profissional, levando-se em conta as necessidades individuais do paciente, da família e da comunidade. A enfermagem possui uma taxonomia própria, que não envolve somente a padronização, mas também a necessidade de relacionar a assistência com princípios científicos e, assim, oferecer um cuidado de qualidade para o paciente hospitalizado⁽⁴⁾.

O modelo assistencial denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) permite uma assistência integral e individualizada, ajudando o paciente e sua família a assimilar o procedimento ao qual o paciente está sujeito, com a intenção de aliviar seu temor e diminuir os riscos do processo cirúrgico. A SAEP começou, a partir de 1979, quando a enfermeira Wanda de Aguiar Horta identificou a necessidade de uma SAE específica para o Centro Cirúrgico (CC) que atendesse todas as necessidades assistenciais e de gerenciamento. Com a sua implantação, é possível prestar uma assistência de enfermagem planejada e organizada⁽⁵⁾.

Sob o ponto de vista do processo ensino-aprendizagem, a SAE objetiva diminuir o estresse cirúrgico, assim como sintomas de ansiedade, sentimentos de insegurança e medo, além de possibilitar o entendimento sobre a cirurgia pelo paciente e sua família. Isso assegura a recuperação fisiológica e o alcance da reabilitação pós-operatória - que inclui a retomada das ati-

vidades cotidianas mais próximas ao momento anterior ao adoecimento. No entanto, nem sempre os profissionais de saúde estão habilitados a fornecer informações que realmente atendam as expectativas dos pacientes. Além disso, o comportamento cultural daquele que recebe o cuidado reforça e mantém a atitude destes profissionais. Em geral, há um desconhecimento do direito de receber informações durante o processo de hospitalização pela população, bem como de informações que garantam uma adequada recuperação pós-operatória⁽⁶⁾.

A enfermagem exerce papel fundamental no tratamento e nas intervenções educativas para o paciente e seus familiares. Muitas dúvidas poderão surgir sobre o processo cirúrgico, uma novidade para o paciente e sua família, cabendo ao enfermeiro avaliar e identificar as necessidades educacionais desses indivíduos considerando suas crenças, valores, apoio e autoconhecimento sobre sua condição de saúde⁽³⁾.

Enquanto para os enfermeiros a qualidade da assistência está baseada na ética e aspectos de competência profissional, para os pacientes os atributos para um atendimento de qualidade estão relacionados a aspectos interpessoais, dentre eles a oferta de informações e o respeito às suas necessidades. A partir deste entendimento, a assistência de enfermagem perioperatória deve ser planejada pelo enfermeiro para assegurar a individualidade e a demanda de necessidades do paciente, ou seja, em unidades cirúrgicas, os profissionais devem estar preparados para desenvolver ações educativas, que assegurem a recuperação do paciente com vistas à prática do autocuidado⁽⁷⁾.

O conhecimento de características socio-demográficas e condições clínicas do paciente cirúrgico possibilita o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória focalizado nas necessidades do indivíduo, para assegurar a recuperação e a reabilitação pós-operatória.

Enfermeiros podem e têm a oportunidade de individualizar o cuidado em suas atividades diárias, realizando técnicas, ensino e esclarecimentos aos pacientes e seus familiares, respeitando seus limites e capacidades^(7,8).

No estudo anterior⁽⁹⁾, com amostra aleatória com 110 prontuários de pacientes submetidos às cirurgias no primeiro semestre de 2013, houve predomínio do sexo feminino (61-55%), de cirurgias (36/33%) tanto em pacientes com faixa etária abaixo de 20 anos e de adultos na faixa etária entre 41 e 60 anos de idade, respectivamente. Além disso, 80 pacientes (73%) não apresentaram comorbidades, seguido de 16 registros (15%) isolados de hipertensão e cinco associados à diabetes mellitus e elevação da taxa de colesterol. A antibioticoprofilaxia foi empregada em 80 pacientes (73%), sendo cirurgia eletiva (76-69%) e de emergência (34-31%). Do total de 110 cirurgias, foram 27 (25%) cirurgias ortopédicas, 26 (24%) cirurgias gerais, 25 (23%) cirurgias vasculares e 32 (28%) de outras especialidades. Em relação à anestesia, a mais utilizada foi a peridural (63-57%), seguida pela raquidiana (36-33%), com tempo de duração de 30 a 60 minutos em 48 cirurgias (44%), de 61 a 90 minutos em 14 (13%) e de 91 a 120 minutos em 14 (13%), respectivamente.

Assim, este estudo teve como objetivos identificar as complicações pós-operatórias em pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos de médio e pequeno portes em um hospital de média complexidade, assim como as dificuldades vivenciadas no autocuidado durante o período pós-operatório e informações fornecidas no processo de alta hospitalar.

MÉTODOS

Estudo descritivo, prospectivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido no período de

janeiro a junho de 2014. Corresponde à segunda fase de uma pesquisa com duração de três anos realizada em um hospital de média complexidade na cidade de Londrina/PR, instituição sem fins lucrativos e vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital possuía 117 leitos ativos para internação, distribuídos nos setores de Pronto Atendimento, Internação para Clínica Médica e Cirúrgica, tanto para pacientes adultos quanto pediátricos, além de um Centro Cirúrgico destinado à realização de cirurgias eletivas e de urgência, de pequeno e médio portes.

Como critério de inclusão para este estudo na primeira etapa⁽⁹⁾, foram considerados os indivíduos submetidos a cirurgias no período de janeiro a junho de 2013 ou os seus familiares. Excluíram-se os que não tiveram prontuário localizado no período da coleta de dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Norte do Paraná, sob o Parecer de aprovação nº 459.623.

Nesta segunda fase do estudo, a coleta de dados foi realizada com entrevistas por meio de contato telefônico com o paciente ou um familiar próximo, apto a fornecer as informações necessárias para a pesquisa como procedência, profissão/ocupação, renda familiar, período de estudo em anos, complicações pós-operatórias, orientações de alta hospitalar, dúvidas ou dificuldades para o autocuidado no domicílio e a identificação do profissional que realizou as orientações para alta hospitalar.

Como critérios de inclusão, ter feito parte da amostra aleatória da primeira fase deste estudo e o paciente ou familiar ter condições de fornecer as informações solicitadas. Excluíram-se aqueles que não foram localizados após três tentativas de contatos telefônicos em diferentes horários e dias da semana. Foram realizadas ligações telefônicas para os 110 pacientes da amostra aleatória da primeira etapa^(n-REUOL), en-

tretanto só foi possível contatar 70 indivíduos. Foram excluídos 40 indivíduos devido ao não atendimento das ligações, número indisponível para receber chamadas, inexistente ou não pertencente ao paciente; ausência do registro do telefone para contato no prontuário; familiares não aptos a fornecer informações fidedignas sobre o paciente e não localização do paciente no domicílio. O instrumento de coleta foi elaborado com base na experiência clínica dos autores e nas produções científicas sobre a temática.

Os dados foram codificados em um banco (planilha) no aplicativo MS Excel XP, alimentado com dupla digitação para garantir a fidedignidade dos dados coletados e, posteriormente, exportados e analisados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 19.0. Para a descrição dos resultados, utilizou-se distribuição de frequência das variáveis, os quais são apresentados na Tabela 1.

RESULTADOS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e clínico dos 70 pacientes cirúrgicos, participantes do estudo, atendidos no hospital no primeiro semestre de 2013. Londrina, 2015.

Abordagem	Pacientes	
	N	%
Procedência		
Londrina	64	91
Outra	6	9
Ocupação		
Aposentado	12	17
Estudantes e Crianças de creche	24	34
Comerciante	8	11
Dona de casa	8	11
Serviços gerais	6	9
Outros	12	17
Renda Familiar		
Até 1SM	8	12
1 SM a 3 SM	50	71
3 SM a 5 SM	12	17

Complicações Pós-Operatórias		
Nenhuma	9	13
Dor	43	61
Febre	2	3
Naúseas	13	19
Edema	16	23
Deiscência	6	9
Sangramento	3	4
Infecção	3	4
Outras	18	26
Orientações recebidas na alta hospitalar		
Uso de medicações	65	93
Cuidados com a ferida/curativos	26	37
Retorno ambulatorial	49	70
Atendimento de urgência	0	0
Encaminhamentos para outras unidades	0	0
Nenhuma orientação	3	4
Orientações fornecidas por		
Médico	40	58
Enfermeiro	45	64
Outro	4	5
Dificuldades no autocuidado		
Nenhuma	38	54
Curativo	26	37
Ingestão do Medicamento	6	9
Outras	6	9

SM: salário mínimo

Fonte: autoria própria

Na Tabela 1 estão sumarizados os dados levantados durante as entrevistas com os 70 pacientes contatados via telefone, destacando-se o predomínio de indivíduos residentes no município de Londrina 64 (91%). Os demais são de outras cidades da região, visto que a instituição de saúde onde foi realizada a pesquisa localiza-se em uma regional de saúde composta por 21 municípios, que encaminham para Londrina os pacientes para cirurgias eletivas e para atendimento clínico e cirúrgico de urgência. No que se refere à ocupação, houve predomínio de estudantes e crianças, que frequentam creche, com 24 pacientes (34%), seguidos por 12 (17%) indivíduos aposentados; quanto à renda familiar, 50 (71%) possuem uma renda média entre um e três salários mínimos. Nenhum dos

pacientes alegou que a renda familiar tivesse influenciado na adesão aos cuidados após alta hospitalar.

Quando questionados sobre a ocorrência de complicações pós-operatórias, 57 pacientes (87%) afirmaram ter apresentado algum tipo de complicação, destacando-se a dor por 43 indivíduos (61%), assim como a presença de edema por 16 (23%). A ocorrência de febre e deiscência da ferida operatória, apesar de sua baixa incidência na amostra, pode representar complicações importantes, uma vez que se destacam como critérios para diagnósticos de infecção do sítio cirúrgico (ISC). Neste estudo, três pacientes (4%) afirmaram ter recebido o diagnóstico de ISC; em menor porcentagem apareceram outras complicações, como varicoses, dormência de membro, dificuldade de deglutição e de deambulação.

Dentre os entrevistados, 67 (95%) referiram ter recebido orientação de alta hospitalar sobre uso da medicação, e 49 indivíduos (70%) sobre o retorno ambulatorial. Apenas 26 (37%) receberam informações sobre a realização do curativo, não sendo identificadas outras orientações de autocuidado no período pós-operatório. Dentre os entrevistados, três (4%) relataram não ter recebido nenhuma orientação.

Um número representativo de pacientes negou a ocorrência de dúvidas sobre o autocuidado (38 - 54%). Corroborando os dados relacionados aos cuidados com a ferida operatória, 26 pacientes (37%) referiram dificuldades em relação à realização do curativo, limpeza e manutenção da ferida operatória. Outros relataram ainda dúvidas quanto ao tempo de uso de meia no pós-operatório, indicada para varizes e para minimizar o edema pós-cirúrgico.

Frente às orientações recebidas no momento da alta, somente seis sujeitos (9%) re-

feriram dificuldades no uso de medicações, o que demonstra a efetividade das informações fornecidas pela equipe de saúde, aspecto mais citado pelos participantes do estudo.

Ainda, 45 (64%) e 40 (58%) relataram ter recebido orientações do enfermeiro e do médico, respectivamente, sendo importante destacar que a maioria dos pacientes não soube distinguir o profissional enfermeiro de outros membros da equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos).

DISCUSSÃO

Verificou-se que, do total de 70 indivíduos, 67 (95%) receberam orientações sobre uso da medicação, 49 (70%) do retorno ambulatorial e 26 (37%) da realização do curativo; apenas 38 (54%) não relataram dificuldades no autocuidado. Além disso, os 26 participantes (37%) que receberam as orientações sobre o curativo, limpeza e manutenção da ferida operatória relataram dificuldades para realizar este autocuidado.

A ISC é a principal complicação pós-operatória em pacientes cirúrgicos, o que pode elevar os índices de morbimortalidade, os custos terapêuticos, além de constituir um indicador de qualidade do cuidado prestado⁽¹⁰⁾. É responsável por 14-16% de todas as infecções hospitalares em pacientes internados, sendo considerada a mais comum entre os pacientes cirúrgicos. Pode ser prevenida por medidas de manutenção de ambiente biologicamente seguro na realização da cirurgia e pela adesão dos profissionais às práticas assépticas. Ainda, os custos diretos e indiretos do tratamento da ISC são extremamente elevados^(10,11).

A implementação de um protocolo de vigilância de ISC é uma ferramenta que está disponível para unidades hospitalares, sendo

um elemento essencial na hora de organizar o seguimento dos pacientes com essa complicação em relação à avaliação do profissional nas práticas, reduzindo o número de casos⁽¹²⁾.

Os eventos de dor merecem atenção especial, pois contribuem para um estado de incapacidade no paciente que independe da doença base, transcendendo o físico e transmitindo do espiritual ao emocional, o que pode resultar em um estado de prostração, inquietude e esgotamento, agravando ainda mais o catabolismo no pós-operatório, de muitos pacientes, principalmente de idosos e crianças. Desta forma, faz-se necessária a utilização de recursos que minimizem a percepção sintomática da dor, a partir de uma assistência multidisciplinar que utilize diferentes recursos e permita a somatória de múltiplos saberes, para minimizar gasto energético desnecessário⁽¹³⁾.

Por outro lado, no pós-operatório, sentir dor não deveria ser considerado um sintoma expectante ou passar despercebida aos profissionais, cabendo-lhes implementar as medidas de controle.

No tocante ao pós-operatório imediato e mediato, o enfermeiro deve desenvolver estratégias para evitar complicações, como prevenir ou estancar sangramentos por meio da avaliação clínica e observação contínua do local cirúrgico, além de administração de medicamentos, líquidos intravenosos ou hemoderivados, conforme a prescrição médica⁽⁸⁾.

Além dos cuidados oferecidos durante o período de internação, também é função da equipe de enfermagem preparar o paciente para a alta hospitalar, por meio de ensino de cuidados domiciliários. Portanto, a enfermagem deve realizar um planejamento identificando as necessidades dos pacientes, utilizando-se a SAE para planejar um cuidado amplo e individualizado e sistematizado⁽⁸⁾.

Neste caso, na alta hospitalar devem ser contemplados aspectos como dor, febre, edema, deiscência, sangramento e infecção, para favorecer o autocuidado domiciliário.

É fundamental compreender verdadeiramente as dúvidas apresentadas pelo paciente ou familiar, visto que o simples repasse de informações, muitas vezes, além de não esclarecer as dúvidas, pode maximizar a ansiedade. Então, de preferência, em um ambiente calmo, o profissional de enfermagem deve estabelecer diálogo com o paciente e seus familiares, de modo a lhes direcionar para uma melhor recuperação e tratamento⁽¹⁴⁾.

Comumente, a equipe de enfermagem preocupa-se mais em repassar orientações sobre cuidados procedimentais básicos ao paciente cirúrgico como realização de curativo, a administração de medicamentos e a higiene corporal. Desde modo, acaba desconsiderando a complexidade das necessidades e as expectativas do paciente, pois não lhe oferece a atenção que precisa e espera⁽⁷⁾.

Além disso, foram relatadas dúvidas quanto ao tempo de uso de meia no pós-operatório, indicada para varizes e para minimizar o edema pós-cirúrgico.

Apesar de um pequeno percentual (3-4%) de pacientes pesquisados ter alegado o não recebimento de qualquer orientação neste período, é necessário considerar, pois o fornecimento de informações adequadas por profissionais da saúde é intervenção básica no planejamento da alta hospitalar e para a reabilitação pós-operatória⁽⁷⁾. Profissionais da saúde utilizam linguagem altamente técnica durante o processo de orientação para alta, o que dificulta a comunicação com paciente/familiares⁽¹⁵⁾.

Faz-se necessário para uma comunicação eficaz que o enfermeiro compreenda a subjetividade do paciente, traduzindo o que ele sente

e como enfrenta o processo de hospitalização para o tratamento cirúrgico. A percepção das expressões não verbalizadas dos pacientes, assim como sua decodificação, auxilia o enfermeiro na implementação do cuidado efetivo e propicia a troca de informações⁽¹⁶⁾. Uma boa comunicação ajuda no processo de enfermagem, ou seja, facilita a identificação dos diagnósticos e a elaboração de um plano de cuidado que assegura a continuidade do cuidado. Os cuidados pós-operatórios são essenciais, tratando-se do primeiro momento de adaptação do paciente à retomada das atividades cotidianas, após a cirurgia⁽⁴⁾.

Conhecer as dúvidas do paciente é estar ciente das suas expectativas e particularidades verbalizadas ou percebidas. Mas isto não basta. É preciso saber o momento e a maneira de oferecer as informações sem causar ansiedade e dificultar a interpretação e o entendimento do paciente. Uma estratégia relevante no ato de orientar na ocasião que precede a alta é de um possível acompanhamento pós-alta, em ambiente ambulatorial⁽¹⁴⁾.

O entendimento das informações é fundamental para a recuperação do paciente, e a maneira de transmiti-las é decisiva para o entendimento das mesmas, sendo importante identificar como o paciente poderá compreender melhor as orientações, pois serão indispensáveis para o alcance de sua reabilitação⁽¹⁴⁾.

As recomendações podem ser fornecidas por folheto educativo, e não apenas verbalmente, pois estas, até mesmo para famílias e pacientes que não possuem o hábito de leitura, que são escritas são de importante valia, pois ajudam a minimizar a insegurança e o estresse, possibilitando maior tranquilidade no cuidado domiciliário⁽¹⁷⁾.

O conhecimento do enfermeiro sobre os pacientes e suas necessidades possibilitará a sua participação ativa destes no autocui-

dado pós-alta hospitalar. O planejamento da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico deve englobar a implementação de intervenções educativas considerando as suas demandas físicas e psicossociais, com base na individualidade e contexto social, preparando-os para assumir, com maior autonomia e independência, o autocuidado para favorecer a recuperação e reabilitação pós-operatória. Para tanto, é necessário conhecer o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes cirúrgicos, assim como as complicações pós-operatórias e dificuldades no autocuidado domiciliário.

CONCLUSÃO

Neste estudo, participaram 70 indivíduos, sendo que 57 (87%) relataram algum tipo de complicação pós-operatória, destacando-se a dor em 43 (61%) pacientes, presença de edema por 16 (23%) e três (4%) receberam o diagnóstico de ISC.

Em relação à orientação de alta hospitalar, apesar de 67 (95%) indivíduos alegarem ter recebido informações sobre uso da medicação, 49 (70%) sobre retorno ambulatorial e 26 (37%) sobre o curativo, 26 (37%) tiveram dúvidas, no domicílio, sobre os cuidados com a ferida e seis (9%) com medicações. Apenas três (4%) relataram não ter recebido nenhuma orientação.

Em relação às dificuldades vivenciadas no autocuidado, a maioria dos entrevistados negou a ocorrência de dúvidas 38 (54%), apesar de 26 (37%) terem indicado dúvidas sobre os cuidados com a ferida operatória, o curativo e utilização de medicamentos.

As falhas no autocuidado decorrem da deficiência de informações na alta hospitalar, cuja responsabilidade é do enfermeiro,

principalmente no que se refere ao curativo, a correta limpeza e manutenção da ferida operatória. Tais falhas impossibilitam um cuidado domiciliar contínuo e satisfatório.

Os resultados deste estudo indicam a necessidade de maior investimento na realização das ações educativas com estratégias mais eficientes para o ensino do autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa AC, de Souza Terra F, de Carvalho JBV. Humanization of medical and nursing assistance to perioperative patient at a university hospital. *Revista Enfermagem UERJ*. [internet] 2015 [cited 2015 aug 8];22(5):699-704. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.2605>.
2. Daian MR, Petroianu A, Alberti LR, Jeunon EE. Estresse em procedimentos cirúrgicos. *ABCD arq bras cir dig*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];25(2):118-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202012000200012>.
3. Romanzini AE, de Jesus APM, Sasaki VDM, Damiano VB, Gomes JJ. Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. *Revista Mineira de Enfermagem*. [internet] 2010 [cited 2015 aug 8];14(2):239-43. Available from: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622010000200014>.
4. Moreira RAN, Caetano JÁ, Barros LM, Galvão MTG. Nursing diagnoses, related factors and risk factors during the postoperative period following bariatric surgery. *Rev Esc Enferm USP*. [internet] 2013 [cited 2015 aug 8];47(1):168-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100021>.
5. Adamy EK, Tosatti M. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: visão da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];2(2):300-10. Available from: <http://>

- cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5054/3754.
6. Costa Junior ÁL, Doca FNP, Araújo I, Martins L, Mundim L, Penatti T, et al. Psychological preparation in patients undergoing surgical procedures. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];29(2):271-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>.
 7. Razera APR, Braga EM. The importance of communication during the postoperative recovery period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [internet] 2011 [cited 2015 aug 8];45(3):632-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300012>.
 8. de Araújo Saldanha E, Lima FBB, de Sá JD, Fernandes MidCD, de Carvalho Lira ALB, de Oliveira Lopes MV. Defining characteristics present in patients receiving post-operative care after prostatectomy: a transversal study. *Online Braz J Nurs*. 2013 [cited 2015 aug 8];12(3):442-50. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4072>.
 9. Giordani AT, Sonobe HM, Ezaias GM, Valério MA, Barra MR, STADLER DV. Profile of surgical patients treated in a public hospital. *Journal of Nursing UFPE*. 2014;9(1):54-61.
 10. Aguiar APL, Prado PRd, Optiz SP, Optiz SP, Faro ARMdC. Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em um hospital na Amazônia ocidental brasileira. *Rev SOBECC*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];17(3):60-70. Available from: [http://itpack31.itarget.com.br/uploads/snf/arquivos/Ano17_n3_%20jul_set2012_\(Fatores_associados_infeccao_de_sitio_cirurgico_em_um_hospital_na_amazonia_ocidental_brasileira\).pdf](http://itpack31.itarget.com.br/uploads/snf/arquivos/Ano17_n3_%20jul_set2012_(Fatores_associados_infeccao_de_sitio_cirurgico_em_um_hospital_na_amazonia_ocidental_brasileira).pdf).
 11. Junker T, Mujagic E, Hoffmann H, Rosenthal R, Misteli H, Zwahlen M, et al. Prevention and control of surgical site infections: review of the Basel Cohort Study. *Swiss Med Wkly*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];142:w13616. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22949137>.
 12. Mabit C, Marcheix P, Mounier M, Dijoux P, Pestourie N, Bonneville P, et al. Impact of a surgical site infection (SSI) surveillance program in orthopedics and traumatology. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2012 [cited 2015 aug 8];98(6):690-5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877056812001594>.
 13. Florentino D, de Sousa F, Maiworn AI, Carvalho AC, Silva KM. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];11(2). Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8942/6835>.
 14. Remonatto AR, Coutinho AOR, de Souza EN. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];2(1):39-48. Available from: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3829>.
 15. de Lemos Negreiros P, de Oliveira Fernandes M, de Freitas Macedo-Costa KN, da Silva GRF. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [internet] 2010 [cited 2015 aug 8];12(1). Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a15.htm>.
 16. Bax AMC, de Araujo STC A. Expressão não verbal do paciente no cuidado: percepção do enfermeiro em unidade cardiointensiva. *Esc Anna Nery*. 2012 [cited 2015 aug 8];16(4):728-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400012>.
 17. Santos DRFd, Silva FBL, Saldanha EdA, Lira ALBdC, Vitor AF. Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];14(3):670-701. Available from: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/11716>.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 08/08/2015
Revisado: 18/04/2016
Aprobado: 27/04/2016