

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**ASSISTÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMEDIATOS A
ADULTOS COM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA SALA DE
CIRURGIA DO HOSPITAL JOSINA MACHEL, SEGUNDO SEMESTRE
2023.**

Autora: Germana José João

Orientadora: Prof^a. Yamilé Hernández, Lic.

Luanda,2024

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMEDIATOS A
ADULTOS COM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA SALA DE
CIRURGIA DO HOSPITAL JOSINA MACHEL, SEGUNDO SEMESTRE
2023.**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob orientação da Profª. Yamilé Hernández, Lic.

Autora: Germana José João

Orientadora: Prof^a. Yamilé Hernández, Lic.

Luanda, 2024

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ASSISTÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMEDIATOS A
ADULTOS COM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA SALA DE
CIRURGIA DO HOSPITAL JOSINA MACHEL, SEGUNDO SEMESTRE
2023.**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

A minha família especialmente aos meus pais: José Manuel João e Laurinda Pedro Hungo, pelo tanto contributo que me deram e o incentivo para que chega-se ao fim do mesmo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia com muita sabedoria e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de não desistir.

A Em segundo, aos meus pais; ao meu esposo, aos meus irmãos, sobrinhos, netos e amigos.

A minha orientadora, Professora Yamilé Hernández, pela orientação e apoio no preparo deste trabalho e pelos seus estímulos e conselhos profissionais, que me auxiliaram a enfrentar os desafios e acreditar na conclusão do mesmo.

A Instituição (ISA) por esses 4 anos.

Aos intervenientes que colaboraram na minha pesquisa de campo como o enfermeiro Marcolino Ndungidi e Artur Vaz Monteiro.

EPÍGRAFE

A equipe de enfermagem é responsável pela montagem da sala cirúrgica, para que o procedimento cirúrgico possa ocorrer com segurança e tranquilidade, priorizando a saúde do paciente.

Lauryan (2011)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de fim de curso, visa abordar sobre Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023. A metodologia aplicada neste trabalho foi a pesquisa descritiva, quanto a modelo de abordagem utilizamos a pesquisa quali-quantitativa. Neste trabalho traçou-se as seguintes hipóteses: É feita com princípios padrões, isto é, o número considerável de profissionais permite o atendimento e proporciona cuidados imediatos, evitando infecções iatrogena na intervenção cirúrgica, faz-se de forma a precaver infecções no local da ferida cirúrgica para prevenir uma iatrogena por parte do enfermeiro na assistência dos cuidados imediatos. Traçou-se os objectivos seguintes: Objectivo Geral : Analisar a Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Pacientes com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel. Objectivos Específicos: Caracterizar os profissionais segundo faixa etária, tempo de serviço, nível de Escolaridade; Identificar os indicadores que incidem Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Pacientes com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel; Descrever Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Pacientes com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel; Propor sugestões que visam melhorar Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Pacientes com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Extraiu-se uma amostra de quarenta e quatro (44) indivíduos. sugestões: Recomenda-se que deve-se buscar pela segurança do paciente conclusão: Com isso podemos afirmar que os nossos objectivos foram alcançadas as nossas hipóteses confirmadas.

Palavras-Chave: Cuidado de enfermagem; Intervenção cirúrgica; Adulto.

ABSTRACT

This end-of-course conclusion work aims to address Immediate Nursing Care Assistance to Adults with Surgical Intervention in the Operating Room of the Hospital Josina Machel, second semester of 2023. The methodology applied in this work was descriptive research; regarding Approach model, we used the quali-quantitative research. In this work, the following hypotheses were outlined: It is carried out with standard principles, that is, the considerable number of professionals allows the attendance and provides immediate care, avoiding iatrogenic infections in the surgical intervention; It is done in order to prevent infections at the site of the surgical wound to prevent iatrogenesis on the part of the nurse in the assistance of immediate care. The following objectives were outlined: General Objective: To analyze the Immediate Nursing Care Assistance to Patients with Surgical Intervention in the Operating Room of the Hospital Josina Machel. Specific Objectives: To characterize the professionals according to age group, length of service , level of education; Identify the indicators that affect Immediate Nursing Care Assistance to Patients with Surgical Intervention in the Operating Room of the General Hospital of Luanda; Describe Immediate Nursing Care Assistance to Patients with Surgical Intervention in the Operating Room of the General Hospital of Luanda; Propose suggestions that aim to improve Immediate Nursing Care Assistance to Patient. A sample of forty-four (44) individuals was extracted. Suggestions: It is recommended that the search for patient safety in the operating room requires. Conclusion: With this we can say that our objectives were achieved and our hypotheses confirmed.

Key words: Nursing care; Surgical intervention; Adult.

LISTA DE ABREVIATURAS

ISC-----Infecções do Sítio Cirúrgico

IFC-----Infecção da ferida cirúrgica.

POI-----Pós-operatório imediato.

POM-----Pós-operatório mediato.

SAEP-----Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1-	Quadro da População e amostra.....	38
Tabela nº 2-	Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	39
Tabela nº 3-	Distribuição da amostra quanto ao nível acadêmico.....	40
Tabela nº4-	Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	41
Tabela nº5-	Distribuição Da Amostra Quanto ao Gênero.....	42
Grafico nº 5-	Conheces os indicadores que incidem na assistência de cuidados de enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.....	43
Grafico nº 6-	Como tem sido assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.....	44
Grafico nº 7-	Será que assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica é feito com princípio e padrões.....	45
Grafico nº 8-	Será que precaver infecções no local da ferida pode servir como assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico nº 1- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	39
Gráfico nº 2- Distribuição da amostra quanto ao nível acadêmico.....	40
Gráfico nº 3 - Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	41
Gráfico nº 4- Distribuição Da Amostra Quanto ao Gênero.....	42
Gráfico nº 5- Conheces os indicadores que incidem na assistência de cuidados de enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.....	43
Gráfico nº 6- Como tem sido assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.....	44
Gráfico nº 7- Será que assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica é feito com princípio e padrões.....	45
Gráfico nº 8- Será que precaver infecções no local da ferida pode servir como assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.....	46

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
1.1 Definições de termos e conceitos	18
1.2 Aspectos históricos da assistência ao paciente cirúrgico.....	19
1.3 Paciente cirúrgico e o profissional de enfermagem.....	20
1.4 Processo de cuidado.....	20
1.5 Preparando o paciente para cirurgia	23
1.6 Classificação do período pré-operatório	24
1.1.1. Preparo Psicológico e Espiritual.....	25
1.1.3. Tipos de anestesia	27
1.1.4. O cuidado de enfermagem no pré-operatório.....	28
1.1.5. Cuidado de enfermagem no pós-operatório	29
1.1.6. Avaliação básica pós-operatório imediata	29
1.2.1. Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC)	30
1.2.2. Infecção da ferida cirúrgica	30
1.2.2. Classificação das cirurgias quanto ao grau de contaminação	31
1.2.3. Paramentação no centro cirúrgico	32
1.2.5. Recomendações para o controle de infecção de sítio no pós-operatório Curativo.....	34
1.2.6. Cuidados com drenos	35
1.3.1. Sistemas de drenagem aberta	35
1.3.2. Posição do paciente na mesa de cirurgia	37
1.3.3. Fios cirúrgicos e sua classificação.....	38
1.3.4. Agulhas cirúrgicas	41
1.3.5. Terminologia cirúrgica e (regras, aparelhos e instrumentos).....	42
CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE PESQUISA	IX

2.1. Tipo de pesquisa	48
2.2. Modelo de abordagem.....	48
3.3 Níveis de estruturação de métodos.....	48
3.4. Técnicas de recolha de dados	50
3.5 Instrumento e procedimentos	50
2.6. População e amostra	51
2.7. Dificuldades encontrada.....	52
CAPÍTULO III- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados.....	53
3.2 Discussão dos resultados.....	61
CONCLUSÃO	62
SUGESTÕES	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICE	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema “Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023”.

O bem-estar do paciente constitui o principal objectivo dos profissionais que assistem o paciente cirúrgico, pois, no período pré-operatório, estes podem apresentar um alto nível de estresse, bem como desenvolver sentimentos que podem atuar negativamente em seu estado emocional, tornando-os vulneráveis e dependentes.

Observa-se que, muitas vezes, o estado de estresse independe do grau de complexidade da cirurgia, assim como tem relação com a desinformação no que diz respeito aos procedimentos da cirurgia, à anestesia e aos cuidados a serem realizados.

Os procedimentos cirúrgicos realizados nos meados do século XVIII eram limitados, destacavam-se as amputações, extracção de abcessos e dentes e ligação de artérias, evitavam-se as da região do abdómen e outras cavidades do corpo, assim como do sistema nervoso central.

Os principais desafios enfrentados eram a dor, a hemorragia e a infecção, neste sentido os cirurgiões se mostravam temerosos a operar seus doentes, além de que para realizar cirurgias não passavam por uma academia, mas por um aprendizado prático, acompanhando um mestre renomado em suas actividades, sendo chamados de “cirurgiões barbeiros

O processo de enfermagem está centrado no paciente, as intervenções de enfermagem prescritas são aquelas que atendem as necessidades do mesmo, existem uma metodologia utilizada com o paciente cirúrgico pode ser denominada como Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, definida como “um processo que objectiva a promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente e da comunidade, devendo ser desenvolvido pelo enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão.

Na atenção ao paciente pré-cirúrgico, a equipe de enfermagem é responsável pelo seu preparo, estabelecendo e desenvolvendo diversas acções de cuidados de enfermagem, de acordo com a especificidade da cirurgia.

É um método utilizado para planejar um cuidado individualizado, de acordo com cada tipo de cirurgia, sendo do mesmo modo uma ferramenta para favorecer uma interação maior entre enfermeiro e paciente, visando à qualidade da assistência e benefícios para o paciente.

O procedimento cirúrgico é uma situação stressante para o paciente, ao deparar-se com a mesma é acometido de muitos medos, diante destas características entendemos que a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada, pois torna-se um processo individualizado, planejado, validado e, principalmente, contínuo.

Durante o período de estágio no Hospital Josina Machel, constatamos que o fluxo de pacientes influenciava na assistência dos cuidados de enfermagem imediato visto que tinha o menor número de profissionais, como também a demora da classificação dos pacientes ao atendimento. Por isso levantamos o presente estudo para propormos sugestões que ajudem a mitigar o problema.

Para o presente fizemos a seguinte pergunta de partida:

Como é feita a Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Pacientes com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023?

• Hipóteses

Segundo Lakatos e Marconi (2010, pag.88), afirmam que hipótese “é uma suposição que fazemos na tentativa de explicar o que desconhecemos e o que pretendemos demonstrar, testando as variáveis, poderão legitimar ou não o que queremos explicar ou descobrir”.

No presente trabalho, elaboramos as seguintes hipóteses:

H-1-É feita com princípios padrões, isto é, o número considerável de profissionais permite o atendimento e proporciona cuidados imediatos, evitando infecções iatrogena na intervenção cirúrgica;

H-2-Faz-se de forma a precaver infecções no local da ferida cirúrgica para prevenir uma iatrogena por parte do enfermeiro na assistência dos cuidados imediatos.

• Objectivos

Marconi e Lakatos (2017), dizem que toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. O objectivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto.

• Objectivo geral:

- Analisar a Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023.

• Objectivos específicos:

- Caracterizar os profissionais segundo faixa etária, tempo de serviço, nível de Escolaridade e Género;
- Identificar os indicadores que incidem Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica;
- Descrever Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica;
- Propor sugestões que visam melhorar Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica.

• Delimitação e limitação

a) Delimitação

O presente tema está delimitado a estudar a Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023.

a) Limitação

O nosso trabalho foi limitado aos seguintes intervenientes: por um (01) director, três (03) médicos cirurgião, dez (10) técnicos médios e trinta (30) pacientes.

• Justificativa

A escolha desse tema foi de motivação própria, porque os cuidados da enfermagem no período pré-operatório ainda podem ser centrados num cumprimento de normas e rotinas, principalmente quando influenciados pelo modelo médico, fazendo com que o enfermeiro utilize, na sua prática assistencial, o diagnóstico médico, e não o de enfermagem como primeiro norteador para o planejamento da assistência, embora não responda adequadamente as necessidades da profissão, assim enfocando mais a doença do que a pessoa e suas experiências de vida e desta maneira, os profissionais que têm interesse na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, com vistas a atender as reais necessidades do paciente, frente ao procedimento anestésico cirúrgico, devem ir a busca de conhecimento científico para fundamentar a prática da enfermagem perioperatória.

• Estrutura do trabalho

O presente trabalho está dividido da seguinte forma:

A parte introdutória que esclarece os objetivos da pesquisa e apresenta três capítulos:

- No primeiro capítulo abordamos a fundamentação teórica.
- No segundo capítulo tratamos da metodologia de pesquisa.
- No terceiro capítulo destacamos os resultados e discussão.

E por fim fizemos menção das conclusões, sugestões e referências bibliográficas.

CAPÍTULO I-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Definições de termos e conceitos

Neste capítulo, apresentaremos as palavras-chaves extraídas a partir do tema, com o intuito de conceituarmos os termos, buscando teorias de autores que tenham realçado ideias inerentes ao tema em questão.

• Cuidados de enfermagem

Segundo Santos (2010, p.40), “os cuidados de enfermagem têm empreendidos esforços no sentido de conceituar o que caracteriza o cuidado do paciente hospitalizado ou não”.

De acordo com Geraldo & Alfenas (2018, p.98), “são todas as atenções que enfermeiros e auxiliares de enfermagem dedicam aos pacientes”.

De acordo com Brunner (2014, p.23), “é a dedicação, zelo, atenção, se colocar no lugar do outro, seja em situações diversas, seja em contextos da vida, em colectividade ou não”.

Na nossa visão entendemos que é um modo de fazer na vida que se caracteriza pela responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas.

• Intervenção cirúrgica

Waldow (2011, p.23), “Cirurgia ou operação é o tratamento de doença, lesão ou deformidade externa e/ou interna com o objectivo de reparar, corrigir ou aliviar um problema físico. É realizada na sala de cirurgia do hospital e em ambulatório ou consultório, quando o procedimento for considerado simples”.

Para o Galvão (2012, p.47), “é qualquer tipo de procedimento no qual o cirurgião e sua equipe realizam uma intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente para diagnosticar, tratar ou curar doenças”.

De acordo com Bork (2015, p.67), é o termo usado tradicionalmente para descrever procedimentos cirúrgicos que envolvem o corte ou a sutura manual de tecidos para tratar doenças, lesões ou deformidades.

Na nossa visão entendemos que é um procedimento médico, que envolve o uso de técnicas e equipamentos especializados para prevenir , corrigir ou tratar doenças.

•Adulto

Segundo Houaiss (2015, p. 68), adulto é a denominação para a fase da vida de um ser humano que compreende o período de transição entre adolescentes e a velhice.

Segundo Ximenes (2013, p. 97), adulto é o indivíduo que passou a fase da adolescência e completou o seu crescimento.

Ferreira (2010), adulto é o indivíduo que atingiu a maturidade do desenvolvimento fisiológico, intelectual ou emocional.

Na nossa óptica adulto é o indivíduo que atingiu o seu pleno desenvolvimento.

1.2. Aspectos históricos da assistência ao paciente cirúrgico

Segundo Pitrez e Pioner (2013), até meados do século XVIII, um grande número de moléstias, de dores, de falta de assistência médica assolava o mundo.

A medicina interna teve sua evolução histórica por caminhos diferentes da cirurgia, sendo estas duas profissões completamente diferentes na forma de saber, de poder, de habilitação e de participação na sociedade (Pitrez e Pioner, 2013).

A medicina interna foi mais valorizada no meio acadêmico, exigindo mais reflexão, estudos e percepção por parte dos médicos e estes não incorporavam a cirurgia como uma das suas disciplinas (Pitrez e Pioner, 2013).

Da mesma forma, a enfermagem e a medicina tiveram origens distintas e existiram como tais por muitos séculos, sem muita relação entre si (Pitrez e Pioner, 2013).

Os procedimentos cirúrgicos realizados nessa época eram limitados, destacavam-se as amputações, extracção de abcessos e dentes e ligação de artérias, evitavam-se as da região do abdómen e outras cavidades do corpo, assim como do sistema nervoso central (Pitrez e Pioner, 2013).

Os principais desafios enfrentados eram a dor, a hemorragia e a infecção, neste sentido os cirurgiões se mostravam temerosos a operar seus doentes, além de que para realizar cirurgias não passavam por uma academia, mas por um aprendizado prático, acompanhando um mestre renomado em suas actividades, sendo chamados de “cirurgiões barbeiros (Pitrez e Pioner, 2013).

1.3 Paciente cirúrgico e o profissional de enfermagem

De acordo com Pitrez e Pioner (2013, p.19) define-se como “paciente cirúrgico aquele cujo tratamento implica um ato cirúrgico”.

Na visão do autor, este tipo de terapia pode representar uma agressão orgânica, psíquica, apresentando características definidas, além de que na maioria das vezes o paciente não se encontra preparado para o inesperado, como o diagnóstico da necessidade de uma cirurgia, uma situação de risco, crítica e evasiva, com indefinição de fatos que irão advir, transformando a intervenção em uma situação assustadora, que traz à tona sentimentos dolorosos e angustiantes.

Nessa perspectiva Carraro (2010, p.4) enfatiza que:

Uma situação cirúrgica envolve não apenas o ato cirúrgico em si, mas envolve mudança da rotina diária do ser humano, separando-o do contexto a que está habituado e expondo-o ao stress de uma hospitalização carregada de características e singularidades. Dentre estas características destacam-se a solidão, o medo, a ansiedade, a esperança, a mudança de hábitos e a necessidade imposta de se relacionar com a diversidade de pessoas de princípios desconhecidas, entregando-se aos seus cuidados. Os pacientes ficam bastante vulneráveis ao ambiente hospitalar.

Para Durman (2010), o paciente ao se internar não deixa sua essência humana na portaria do hospital, ele traz consigo sua inteligência, seus sentimentos e seus mitos em relação à doença, vêm com numerosas percepções desenvolvidas na sua cultura, educação e toda bagagem de vida.

1.4 Processo de cuidado

Sendo Waldow (2011), a enfermagem uma profissão em que os enfermeiros prestam cuidados a outras pessoas, o cuidar se torna uma acção inerente à profissão. Cuidar é a nossa prática, que se caracteriza por acções e comportamentos de cuidar, podendo ser considerada uma forma de ser e de se relacionar.

Neste sentido, para a autora o processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de acções e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter

ou melhorar o processo de viver ou morrer, proporcionando ao paciente a necessidade que apresenta de conforto físico, emocional e espiritual (Waldow, 2011).

As funções exercidas pela enfermagem durante a trajetória de sua história, multiplicaram-se com o passar do tempo, deixando de ser apenas curativa e ganhando dimensões preventivas e de reabilitação (Waldow, 2011).

Para Passos (2015, p.33) “Do simples cuidado directo com o ser humano, ele tornou-se também planejamento, produção e propagação do saber, administração e fiscalização da assistência”.

Assim com a multiplicação das funções, e após estudos realizados, evidenciou-se que os cuidados que eram realizados sem um planejamento e sem uma sistematização necessitavam a implementação de um modelo para sistematizar a assistência de enfermagem estada ao paciente (Passos, 2015).

Neste contexto, surge o processo de enfermagem como metodologia assistencial que o enfermeiro utiliza para o planejamento e implementação dos cuidados, sendo aplicada também para o paciente no período perioperatório (Passos, 2015).

Para Galvão (2012), o procedimento cirúrgico é uma situação stressante para o paciente, ao deparar-se com a mesma é acometido de muitos medos, diante destas características entendemos que a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada, pois torna-se um processo individualizado, planejado, validado e, principalmente, contínuo.

De acordo o Bork (2015), o processo de enfermagem é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida no mundo. O processo de enfermagem é um método para a organização e prestação da assistência de enfermagem”, que tem como propósitos identificar as necessidades de assistência, estabelecer um plano de cuidados para satisfazer as necessidades dos pacientes.

Para Ladden (2013), o processo de enfermagem é uma forma de pensar nas acções, e que se contrasta com aquela consideração da enfermagem como uma única série de rituais e procedimentos escritos num livro de receita que deve ser aprendido.

O autor enfatiza que o foco do processo de enfermagem está centrado no paciente, as intervenções de enfermagem prescritas são aquelas que atendem as necessidades do mesmo.

A metodologia utilizada com o paciente cirúrgico pode ser denominada como Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), definida como um processo que objectiva a promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente e da comunidade, devendo ser desenvolvido pelo enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão (Ladden, 2013)

Para Possari (2014, p. 209). “é um método utilizado para planejar um cuidado individualizado, de acordo com cada tipo de cirurgia, sendo do mesmo modo uma ferramenta para favorecer uma interacção maior entre enfermeiro e paciente, visando à qualidade da assistência e benefícios para o paciente”.

Desta maneira, reforça que o profissional precisa evoluir da simples execução mecânica da técnica para a etapa de compreensão do significado pessoal do paciente (Possari, 2014)

O planeamento da assistência para Para Galvão (2012), possibilitará a implementação de intervenções que atendam às reais necessidades do paciente, minimizado sua ansiedade e os riscos inerentes ao procedimento anestésico cirúrgico.

Para Carraro, (2010), os cuidados da enfermagem no período pré-operatório ainda podem ser centrados num cumprimento de normas e rotinas, principalmente quando influenciados pelo modelo médico, fazendo com que o enfermeiro utilize, na sua prática assistencial, o diagnóstico médico, e não o de enfermagem como primeiro norteador para o planeamento da assistência.

Embora não responda adequadamente as necessidades da profissão, assim enfocando mais a doença do que a pessoa e suas experiências de vida e desta maneira os profissionais que têm interesse na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, com vistas a atender as reais necessidades do paciente, frente ao procedimento anestésico cirúrgico, devem ir a busca de conhecimento científico para fundamentar a prática da enfermagem perioperatória (Carraro, 2010).

1.5.Preparação o paciente para cirurgia

Segundo Santos (2010, p.79), “o período pré-operatório classifica-se em pré-operatório mediato e pré-operatório imediato. O mediato consiste na assistência prestada ao paciente em vigência de cirurgias electivas”.

Compreende o período desde a internação até as 24 horas antes da cirurgia, e tem por objectivo principal preparar o paciente psicológica e fisicamente para o ato cirúrgico e estabilizar condições que podem interferir na recuperação (Santos, 2010).

O período pré-operatório imediato consiste na assistência pré-operatória prestada ao paciente imediatamente, ou seja algumas horas antes da cirurgia, e termina com o início da cirurgia (Santos, 2010).

O preparo pré-operatório do paciente cirúrgico pode ocorrer no consultório médico ou em sua residência antes da internação, por ocasião da internação durante os dias pré-operatórios, na noite que precede a cirurgia, caso o paciente se encontre no hospital, ou na manhã da cirurgia por ocasião da admissão (Santos, 2010).

De acordo o Black & Suddarth (2014), actualmente, como já mencionado anteriormente, existem muitos procedimentos cirúrgicos em que os pacientes são internados no período da manhã, realizando a cirurgia no seu decorrer e recebem alta no mesmo dia, tendo como finalidade diminuir custos da internação bem como o índice de infecção hospitalar

A maioria dos pacientes chega para internar no período pré-operatório imediato, ou seja, poucas horas antes do procedimento. Assim em cirurgias eletivas é neste período que se inicia o preparo, que é executado pela equipe de enfermagem (Black & Suddarth, 2014).

Segundo Pitrez & Pioner (2013, p.39) “conceituam o pré-operatório como um conjunto de medidas adoptadas nessa fase, cujo objectivo comum é alcançar o paciente a um estado fisiológico o mais próximo do ideal, de modo a suportar, com um mínimo de morbidade, as agressões físicas e metabólicas impostas pelo trauma operatório”.

Entende-se desde cuidados gerais e rotineiros a modelos especializados, dentro das especificidades próprias a cada situação, quais sejam, o tipo de

patologia, o estado do paciente e o porte da intervenção a ser executada (Pitrez & Pioner, 2013).

1.6 Classificação do período pré-operatório

De acordo o Santos (2010, p.32), “o período pré-operatório classifica-se em pré-operatório mediato e pré-operatório imediato. O mediato consiste na assistência prestada ao paciente em vigência de cirurgias electivas”.

Compreende o período desde a internação até as 24 horas antes da cirurgia, e tem por objectivo principal preparar o paciente psicológica e fisicamente para o ato cirúrgico e estabilizar condições que podem interferir na recuperação (Santos, 2010).

O período pré-operatório imediato consiste na assistência pré-operatória prestada ao paciente imediatamente, ou seja algumas horas antes da cirurgia, e termina com o início da cirurgia (Santos, 2010).

O preparo pré-operatório do paciente cirúrgico pode ocorrer no consultório médico ou em sua residência antes da internação, por ocasião da internação durante os dias pré-operatórios, na noite que precede a cirurgia, caso o paciente se encontre no hospital, ou na manhã da cirurgia por ocasião da admissão (Santos, 2010).

Outro factor relevante é o fato que, no período pré-operatório, o paciente deve ser escutado em relação aos seus medos e dúvidas para que as orientações como também os cuidados executados não sejam realizados de forma precipitada, explicando assim, fatos que ele não deseja saber, e deixando de lado o que realmente deseja, da mesma forma realizando um cuidado que não contemple suas expectativas (Santos, 2010).

De acordo o Black & Suddarth (2014), p.1) “o conhecimento do paciente, sua participação nas decisões, no preparo a ser realizado, se torna competência do profissional que o atende”.

Com esse entendimento a enfermagem deve realmente dedicar tempo para o atendimento das necessidades dele, e isto pode ser realizada durante a visita pré-operatória (Black & Suddarth, 2014).

• Orientação

O valor da orientação pré-operatória tem sido reconhecido pela equipe cirúrgica, trazendo benefícios comprovados, exercendo efeitos positivos na recuperação do paciente, como na função ventilatória, capacidade funcional e física, sensação de bem-estar e duração da internação (Brunner, 2014)

Cada paciente deve receber orientações individualmente, observando suas preocupações ou necessidades particulares. Frequentemente, são combinadas com vários cuidados preparatórios para permitir o fluxo fácil da informação (Brunner, 2014).

1.1.1.Preparo Psicológico e Espiritual

Para Lopez & Cruz (2012), no momento em que o paciente é internado para a realização de um procedimento cirúrgico, pouco sabe sobre sua situação e sobre o que acontecerá com ele no período que antecede à intervenção.

Sente ameaças às suas necessidades básicas (físicas, emocionais e espirituais); faz questionamentos constantes que perduram a sua consciência; e, traz dúvidas que podem ser causadas pelo medo e aflição, justificando-se desta maneira a importância do preparo psicoespiritual, que deve ser realizado pela equipe de enfermagem no período que antecede à cirurgia (Lopez & Cruz, 2012).

• Jejum

Segundo Nettina (2013), o jejum é solicitado como exigência para grande parte das cirurgias sendo determinada pelo tipo de anestesia e o procedimento cirúrgico a ser realizado. O período exigido pode variar de acordo com a cirurgia, em média 8 a 10 horas antes da mesma.

Quando o paciente se encontra internado no dia anterior da cirurgia e esta estiver agendada para o período matutino geralmente na véspera do procedimento o paciente recebe dieta leve no jantar, e após isso é orientado a permanecer em jejum (Nettina, 2013).

Quando ele não se encontra internado, e interna momentos antes da cirurgia é orientado a realizar uma dieta leve em sua casa e após isto permanecer em jejum (Nettina, 2013).

Se a cirurgia está marcada para o período vespertino, e se não houver envolvimento de segmentos do trato digestivo, e sem haver contra-indicações, o

paciente pode receber dieta leve no café da manhã, tanto quando está internado ou vai internar no período matutino (Nettina, 2013).

O jejum é necessário, porque o estômago deve estar isento de alimentos no momento de determinadas cirurgias, para prevenir vômitos e consequente aspiração do conteúdo gástrico para as vias respiratórias (Suddarth, 2015).

• Sinais Vitais

Os sinais vitais podem ser definidos como parâmetros regulados por órgãos vitais, portanto revelam o estado funcional dos mesmos. Desta forma a mensuração destes parâmetros é um cuidado importante no pré-operatório de todas as cirurgias, pois permite a detecção imediata das condições clínicas, identificação de problemas, bem como avaliação das respostas do paciente frente às prescrições médicas e de enfermagem (Suddarth, 2015).

Os sinais vitais devem ser checados registrados no prontuário com o horário da verificação na admissão do paciente e a intervalos regulares conforme indicação, bem como antes da medicação pré-anestésica. O profissional de enfermagem ao exercer este cuidado deve visar à correcta realização e a redução de riscos ao paciente (Suddarth, 2015).

Muitos factores podem interferir na variação dos sinais vitais como: idade, gênero, exercício, emoções, dor, stress, ambiente, uso de drogas, patologias, entre outros.

Desta forma no período pré-operatório a medicação bem como o stress provocado pelo ato cirúrgico pode provocar alterações fisiológicas nos sinais vitais, assim certo aumento na pressão arterial ou da pulsação é frequente, devido à ansiedade, entretanto se ocorrerem acentuadas diferenças, estas devem ser relatadas ao cirurgião e ao anestesista, pois a alteração nos sinais vitais podem levar a complicações no período trans-operatório (Suddarth, 2015).

E antes dele ser encaminhado ao centro cirúrgico deve ser verificado os sinais vitais pois o anestesista se baseia nestes dados para compará-los com os verificados durante a cirurgia, além das alterações apresentadas que devem ser comunicadas (Suddarth, 2015).

• Pré-Anestésico

Os medicamentos pré-anestésicos são drogas prescritas com a finalidade de conferir maior conforto ao paciente, facilitar os procedimentos do ato anestésico, reduzir a ansiedade do mesmo, facilitar a indução da anestesia e diminuir as secreções da faringe. Normalmente são administradas umas a duas horas antes das cirurgias (Guellere, Maiolos & Rodris, 2014).

Os mais utilizados são os medicamentos do grupo dos anticolinérgicos, tranquilizantes e hipnoanalgésicos. As medicações utilizadas no período pré-operatório podem ser classificadas como sedativos, tranquilizantes, analgésicos ou narcóticos, antieméticos e anticolinérgicos (Guellere, Maiolos & Rodris, 2014).

Uma única droga pode possuir propriedades de várias classes, sendo actualmente o midazolam um dos medicamentos mais utilizados (Hoffer, 2017).

As medicações podem ser ministradas por via oral, intramuscular ou endovenosa, e via de regra geralmente são ministradas de 30 a 90 minutos antes da cirurgia (Hoffer, 2017).

Os medicamentos tranquilizantes têm como finalidade diminuir a ansiedade, os sedativos provocar o sono desejado com também reduzir ansiedade, os analgésicos ou narcóticos aliviam a dor e diminuem a ansiedade, os anticolinérgicos controlam as secreções, aliviam a dor e são sedativos e os antieméticos diminuem o risco de aspiração (Suddarth, 2015).

1.1.3. Tipos de anestesia

Objectivo: Estado de relaxamento, perda da sensibilidade e dos reflexos, de forma parcial ou total, provocada pela acção de drogas anestésicas, é evitar a dor e facilitar o ato operatório pela equipe cirúrgica (Hoffer, 2017).

• Anestesia geral (inconsciência)

Administra-se o anestésico por via inalatória, endovenosa ou combinado (inalatória e endovenosa), com o objectivo de promover um estado reversível de ausência de sensibilidade, relaxamento muscular, perda de reflexos e inconsciência devido à acção de uma ou mais drogas no sistema nervoso (Hoffer, 2017).

Anestesia é indicada para as cirurgias na região abdominal e de membros inferiores, porque o anestésico é depositado no espaço subaracnóide da região

lombar, produzindo insensibilidade aos estímulos dolorosos por bloqueio da condução nervosa (Hoffer, 2017).

- **Anestesia peridural**

O anestésico é depositado no espaço peridural, ou seja, o anestesista não perfura a duramater. O anestésico se difunde nesse espaço, fixa-se no tecido nervoso e bloqueia as raízes nervosas (Hoffer, 2017).

- **Anestesia local**

Infiltra-se o anestésico nos tecidos próximos ao local da incisão cirúrgica. Utilizam-se anestésicos associados com a adrenalina, com o objectivo de aumentar a acção do bloqueio por vasoconstrição e prevenir sua rápida absorção para a corrente circulatória (Hoffer, 2017).

- **Anestesia tópica**

Está indicada para alívio da dor da pele lesada por feridas, úlceras e traumatismos, ou de mucosas das vias aéreas e sistema geniturinário (Hoffer, 2017).

1.1.4. O cuidado de enfermagem no pré-operatório

Abrange desde o momento pela decisão cirúrgica até a transferência do cliente para a mesa cirúrgica.

Segundo Hoffer (2017), período pré-operatório divide-se em mediato e imediato:

Pré-operatório mediato: o cliente é submetido a exames que auxiliam na confirmação do diagnóstico e que auxiliarão o planeamento cirúrgico, o tratamento clínico para diminuir os sintomas e as precauções necessárias para evitar complicações pós-operatórias, ou seja, abrange o período desde a indicação para a cirurgia até o dia anterior à mesma (Hoffer, 2017).

Pré-operatório imediato: corresponde às 24 horas anteriores à cirurgia e tem por objectivo preparar o cliente para o ato cirúrgico mediante os seguintes procedimentos: jejum, limpeza intestinal, esvaziamento vesical, preparo da pele banho com soluções antissépticas e aplicação de medicação pré-anestésica (Hoffer, 2017).

A tricotomia quando indicada, será realizada 2 horas antes da cirurgia para evitar colonização da pele (Hoffer, 2017).

O período de recuperação anestésica é considerado crítico, pois os pacientes encontram-se muitas vezes inconscientes, entorpecidos e com diminuição dos reflexos protectores (Hoffer, 2017).

A enfermagem deve estar voltada para a individualidade de cada paciente, desde a admissão, até a alta da unidade (Hoffer, 2017).

1.1.5. Cuidado de enfermagem no pós-operatório

Segundo Barros (2017, p.67) “Pós-operatório: inicia-se a partir da saída do cliente da sala de operação e perdura até sua total recuperação”. Subdivide-se:

- **Pós-operatório imediato (POI):** Até às 24 horas posteriores à cirurgia.
- **Pós-operatório mediato (POM):** Após as 24 horas e até 7 dias depois;
- **Tardio:** Após 7 dias do recebimento da alta.

Objectivos: identificar, prevenir e tratar os problemas comuns aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, tais como dor, entubação traqueal, náuseas, vômitos, retenção urinária, flebite pós-venóclise e outros, com a finalidade de restabelecer o seu equilíbrio.

1.1.6. Avaliação básica pós-operatório imediata

Avaliação da permeabilidade da via aérea e toma providências necessárias. Avalia a presença de rouquidão, estridor, sibilos ou diminuição do murmúrio vesicular; Aplicar oxigénio humidificado através de cânula nasal ou máscara facial; Registrar (pressão arterial, frequência, força e ritmo cardíaco, frequência e profundidade das respirações, saturação de oxigénio, coloração da pele e temperatura.). Avaliar condição do local da cirurgia. Avaliar nível de consciência (Guellere et al, 2014).

Pós-operatório mediato: As primeiras 24 horas após o ato cirúrgico (há dor mas com menos intensidade) Promoção de deambulação precoce. Higiene após a cirurgia. Realizar curativo após o banho (Guellere et al, 2014).

Pós-operatório tardio: Difícil determinação. Se relaciona com o desaparecimento dos achados clínicos (dor, mal estar, instabilidade dos sistemas orgânicos). Evolução da cicatrização do processo cirúrgico (Guellere et al, 2014).

As acções de enfermagem se baseiam nas manifestações do cliente a pós a cirurgia. Orientação do auto cuidado (Guellere et al, 2014).

1.2.1. Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC)

De acordo o Sales (2019), são infecções que ocorrem relacionadas à manipulação cirúrgica acometendo tecido subcutâneo, tecidos moles profundos (fáscia e músculo), órgão e cavidades com incisão.

Enquadra-se como aquelas que ocorrem até o 30º dia de pós-operatório ou até 01 ano nos casos de cirurgias com implante de próteses. Segundo Ferraz, estima-se que a ISC ocorra após 11% das operações no Brasil (Sales, 2019).

Essa ocorrência varia de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico e a imunidade do paciente. Os patógenos causadores de ISC podem ser provenientes de três fontes: microbiota do próprio paciente, da equipe de saúde e também do ambiente inanimado, incluindo material cirúrgico (Sales, 2019).

1.2.2. Infecção da ferida cirúrgica

Infecção da ferida cirúrgica (**IFC**), caracteriza-se pela presença de secreção purulenta que varia de clara inodora a pus espesso com odor fétido, com a presença ou não de necrose nas bordas da ferida. Quando ocorre um processo inflamatório, normalmente os sintomas se manifestam entre 36 e 48 horas após a cirurgia, mas podem passar despercebidos devido à antibioticoterapia (Sales, 2019).

• Prevenção

Segundo Sales (2019), preparo pré-operatório adequado, utilização de técnicas assépticas, observação dos princípios da técnica de curativo e alerta aos sinais que caracterizam a infecção. Os clientes devem ser orientados quanto aos cuidados, durante o banho, como curativo fechado.

Nas instituições que têm por rotina trocar o curativos somente após o segundo dia pós-operatório, o mesmo deve ser coberto com plástico, como protecção à água do chuveiro - caso molhe-se acidentalmente, isto deve ser notificado (Sales, 2019).

Nas instituições onde os curativos são trocados diariamente, o curativo pode ser retirado antes do banho, para que o cliente possa lavar o local com água e sabão, e refeito logo após (Sales, 2019).

• Deiscência

Abertura total ou parcial da incisão cirúrgica provocada por infecção, rompimento da sutura, distensão abdominal, ascite e estado nutricional precário do cliente. Lavagem ou irrigação do local com solução fisiológica, podendo haver a necessidade de o cliente revisar os pontos cirúrgicos (Sales, 2019).

A troca do curativo pode ou não ser atribuição da equipe de enfermagem e o tempo de permanência dos curativos fechados depende da rotina da instituição ou da equipe médica. Todos os curativos com saída de secreções (purulenta, sanguinolenta) devem ser do tipo fechado; nos casos de sangramento, indica-se o curativo compressivo (Sales, 2019).

1.2.2. Classificação das cirurgias quanto ao grau de contaminação

Grau de contaminação da operação: As cirurgias são classificadas em (1) limpas; (2) potencialmente contaminadas; (3) contaminadas e (4) infectadas (Sales, 2019).

As taxas de ISC dependem diretamente do grau de contaminação da operação, sendo para cirurgias limpas de 1% a 5%, para as potencialmente contaminadas de 3% a 11%, para as contaminadas de 10% a 17% e para as infectadas acima de 27 %, segundo o Centers for Disease Control (CDC) (Sales, 2019).

A taxa de infecção em procedimentos limpos é um dos melhores indicadores de controle das infecções hospitalares (Sales, 2019).

• Cirurgias limpas

Electiva, fechamento por primeira intenção, sem qualquer sinal ou sintoma de inflamação, sem penetração nos tratos respiratórios, gastrointestinal, geniturinário ou orofaringe, sem qualquer falha na técnica asséptica e sem drenos. Ex. (a herniorrafia e safenectomia) (Sales, 2019).

• Cirurgias potencialmente contaminadas

Abertura do trato respiratório, gastrointestinal ou geniturinário sob condições controladas, sem sinais de processo inflamatório. Penetração de orofaringe ou vagina. Pequena quebra de técnica. Ex. (gastrectomia) (Sales, 2019).

• Cirurgias contaminadas

Incisão na presença de inflamação não purulenta aguda, quebra grosseira da técnica asséptica, trauma penetrante há menos de quatro horas, feridas abertas cronicamente. Contaminação do trato gastrointestinal (Sales, 2019).

Penetração no trato biliar ou geniturinário na presença de bile ou urina infectada. Ex. (colecistectomia com inflamação aguda) (Sales, 2019).

- **Cirurgias infectadas**

Quando há presença de secreção purulenta, perfuração de víscera, trauma penetrante há mais de quatro horas, ferida traumática com tecido desvitalizado, corpo estranho ou contaminação fecal. Ex.: (ceco perfurado) (Sales, 2019).

1.2.3. Paramentação no centro cirúrgico

No intra-operatório a equipe cirúrgica deve estar atenta para a importância do uso adequado da paramentação com objectivo de proteger a área a ser operada da flora liberada pela equipe cirúrgica e esta da exposição às secreções dos pacientes (Tashiro, 2011).

- **Aventais**

A utilização de avental objectiva prevenir a dispersão das bactérias no ar, provenientes do pescoço, antebraços e demais áreas expostas da pele, e evitar o contacto da pele do cirurgião com sangue e fluídos corporais que possam vir a contaminar suas roupas (Tashiro, 2011).

Segundo Tashiro (2011, p.23),

Deve ser retirado, com cuidado para não tocar em locais contaminados, após o término de cada cirurgia dentro da sala de operação e colocado no hamper para ser levado a lavanderia. Obrigatório a utilização em todo procedimento cirúrgico. Máscara: Uso destinado à protecção da equipe cirúrgica frente ao risco de exposição a respingos de sangue e outros fluídos corporais. Uso obrigatório na sala de cirurgia. Após o uso devem ser cuidadosamente retiradas com manipulação somente das tiras e descartadas. Uso obrigatório nas áreas restritas do CC.

- **Propés**

Usado para prevenir a transferência de microorganismo através dos sapatos; Não utilizá-los como substitutos dos sapatos (risco de contaminação com materiais perfurocortantes, sangue ou fluídos corporais) (Tashiro, 2011).

O uso de sapato fechado é imprescindível. Uso obrigatório nas áreas semi-restritas e restritas do CC. Gorro: Reduzem a contaminação microbiana, do campo

cirúrgico, proveniente do cabelo e couro cabeludo. Cobrir totalmente os cabelos na face e pescoço (Tashiro, 2011).

- **Luvas Cirúrgicas**

Tem as funções de proteger o paciente das mãos do cirurgião e proteger o cirurgião de sangue contaminado. Uso obrigatório em qualquer procedimento cirúrgico (Tashiro, 2011).

É obrigatório o uso de duplo enluvamento para qualquer procedimento que durar mais do que 1 hora; ou trocar a luva a cada 2 horas de cirurgia (quando não fizer duplo enluvamento) (Tashiro, 2011).

- Devem ser utilizadas luvas estéreis nos seguintes procedimentos:
- Em qualquer procedimento cirúrgico;
- Parto normal;
- Procedimentos invasivos;
- Realização de acessos e procedimentos vasculares (vias centrais);
- Quaisquer outros procedimentos nos quais seja necessário manutenção da técnica asséptica.

- **Luvas de Procedimento**

Prevenir contaminação das mãos dos profissionais com sangue e outros fluidos corporais. Uso obrigatório em todo procedimento com risco de contaminação (punção venosa, circulação de sala, limpeza e desinfecção de sala, etc.) (Tashiro, 2011).

1.2.4. Centro cirúrgico

Áreas Irrestritas: Onde os profissionais podem utilizar roupas comuns ecirculares sem limitações (vestiário e recepção) (Tashiro, 2011).

Semi-restritas: Onde se utiliza roupa privativa e gorro (áreas de estocagem de artigos, corredores e salas internas) (Tashiro, 2011).

Restritas: Consistem nas salas cirúrgicas, com materiais estéreis expostos, sendo necessária utilização de roupa privativa, gorro e máscara, além do

controle do número de pessoas (área de estocagem de materiais estéreis, salas cirúrgicas) (Tashiro, 2011).

1.2.5. Recomendações para o controle de infecção de sítio no pós-operatório Curativo

Mantêm humidade e temperatura adequadas nas feridas cirúrgicas, protegendo contra traumas mecânicos e contaminação do meio externo e absorvem as secreções, favorecendo a epitelização e a cicatrização (Swanson, 2019).

Por seu efeito compressivo, ajudam a prevenir a formação de hematomas e seromas, oferecem conforto físico e psicológico ao paciente. A sua utilização adequada é um meio de prevenção das ISC (Swanson, 2019).

- Higienizar as mãos antes e depois da troca de curativos de qualquer contacto como sítio cirúrgico;
- Realizar o curativo com técnica e material asséptico, logo após o termino da operação e mantidos por 24 horas, sem molhar;
- Fazer a troca do curativo após as 24 horas, antes desse horário, apenas se houver acúmulo de secreções;
- Após 24 horas as feridas suturadas, deverão ser mantidas preferencialmente descobertas;
- Manter o curativo semi-oclusivo por mais tempo na presença de foco infeccioso nas proximidades (colostomia, infecção);
- Comunicar ao SCIH a presença de sinais de infecção da ferida operatória: febre, edema, odor, calor, rubor e drenagem purulenta.

• Retirada de pontos

O tempo para retirada dos pontos deve respeitar o processo de cicatrização da ferida. Sua retirada precoce pode levar a deiscência da ferida, e seu adiamento permite que o fio funcione como corpo estranho levando a reações inflamatórias (Swanson, 2019).

Normalmente retiram-se os pontos em torno do 10º dia de pós-operatório ou a critério médico (Swanson, 2019).

1.2.6.Cuidados com drenos

Dreno pode ser definido como um objecto de forma variada, produzido em materiais diversos, cuja finalidade é manter a saída de líquido de uma cavidade para o exterior (Swanson, 2019).

Cuidados gerais de enfermagem são: manter a permeabilidade, visando garantir uma drenagem eficiente; realizar o adequado posicionamento do dreno, evitando que ocorra tracção e posterior deslocamento; realizar o curativo conforme a necessidade e com o material determinado para a prevenção de infecções; controlar a drenagem, atentando para a quantidade e aspecto da secreção drenada, e registar correctamente todos estes dados(Swanson, 2019).

Sistema para drenagem fechada de feridas: realiza a drenagem com o auxílio de uma leve sucção (vácuo), sendo composto por uma extensão onde uma extremidade fica instalada na cavidade e a outra em uma bolsa com o aspecto de sanfona (Swanson, 2019).

Seu manejo consiste em manter essa sanfona com a pressão necessária para que a drenagem ocorra com mais facilidade (Swanson, 2019).

Este sistema é utilizado principalmente para a drenagem de secreção sanguinolenta, sendo amplamente utilizado nas cirurgias de osteosíntese e drenagem de hematoma craniano (Swanson, 2019).

Outra forma de drenagem fechada são os drenos com reservatório de Jackson-Pratt (JP), que funciona com pressão negativa e diferencia-se do anterior por possuir a forma de pêra – sendo comumente utilizado para cirurgias abdominais (Swanson, 2019).

O principal cuidado com esse tipo de dreno é a correcta manutenção do vácuo, obtido com a compressão do reservatório (Swanson, 2019).

Caso contrário, a drenagem não será eficaz, podendo ocorrer acúmulo de secreção o que provocaria no cliente dor, desconforto e alterações dos seus sinais vitais, entre outras intercorrências (Swanson, 2019).

1.3.1. Sistemas de drenagem aberta

De acordo Tannure (2018), o dreno mais utilizado é o de Penrose, constituído por um tubo macio de borracha, de largura variada, utilizado principalmente para

cirurgias em que haja presença de abscesso na cavidade, particularmente nas cirurgias abdominais nas quais se posiciona dentro da cavidade, sendo exteriorizado por um orifício próximo à incisão cirúrgica.

Com relação aos cuidados de enfermagem, por se tratar de um sistema aberto que deverá estar sempre protegido por um reservatório (bolsa) a manipulação deve ser feita de maneira asséptica, pois existe a comunicação do meio ambiente com a cavidade, o que possibilita a ocorrência de infecção e o profissional deve estar atento para a possibilidade de exteriorização, o que não é incomum (Tannure, 2018).

• Dreno de tórax

Na cavidade torácica a pressão é menor que a do ar atmosférico, o que possibilita a entrada de ar. Sempre que o pulmão perde essa pressão negativa, seja por abertura do tórax devido à cirurgia, trauma ou por presença de ar, pus, ou sangue no tórax ocorrerá o colapso pulmonar (Tannure, 2018).

Na presença desse colapso faz-se necessária a realização de drenagem torácica para a reexpansão pulmonar pela restauração da pressão negativa (Tannure, 2018).

Para tal procedimento faz-se necessária a utilização de máscara, aventais e luvas estéreis, solução para a assepsia do local de punção, sistema de drenagem montado, anestésico local e material para curativo (Tannure, 2018).

Durante o procedimento, a equipe de enfermagem deve auxiliar a circulação dos materiais e promover conforto e segurança ao cliente (Tannure, 2018).

Em relação à manutenção do sistema fechado, a equipe de enfermagem deve observar e realizar algumas acções específicas para impedir a entrada de ar no sistema pois, caso isto ocorra, o ar pode entrar nas pleuras (colabamento pulmonar) e comprimir os pulmões, provocando dispnéia e desconforto respiratório para o cliente (Tannure, 2018).

Como precaução a esta eventualidade o dreno deve estar correctamente fixado ao tórax do paciente com fita adesiva o que impede seu deslocamento (Tannure, 2018).

Visando evitar o colabamento pulmonar a equipe deve adoptar os seguintes cuidados: certificar-se de que as tampas e os intermediários do dreno estejam

correctamente ajustados e sem presença de escape de ar, o que prejudicaria a drenagem; manter o frasco colector sempre abaixo do nível do tórax do cliente o qual, durante a deambulação, poderá utilizar uma sacola como suporte para o frasco colector (Tannure, 2018).

O cliente deve ser orientado para manter o frasco colector sempre abaixo do nível de seu tórax, e atentar para que não quebre-caso isto ocorra, deve imediatamente pinçar com os dedos a extensão entre o dreno e o frasco, o que evitará a penetração de ar na cavidade pleural (Tannure, 2018).

1.3.2.Posição do paciente na mesa de cirurgia

A posição na qual o paciente é colocado na mesa cirúrgica depende do procedimento operatório a ser realizado como também da condição física do paciente (Tannure, 2018).

•Posição dorsal

A posição comum para a cirurgia é com o paciente deitado na horizontal; um braço está ao lado da mesa cirúrgica, com a palma da mão colocada para baixo; o outro está cuidadosamente posicionado sobre a braçadeira para a infusão venosa (Tannure, 2018).

•Posição de Trendelemburg

Esta posição é utilizada para cirurgia no baixo abdómen e na pelve, obtendo-se uma boa exposição pelo deslocamento dos intestinos em direcção ao abdómen superior. Nesta posição, a cabeça e o corpo estão abaixados, e os joelhos flectidos. O paciente é mantido na posição por contenção ao nível do ombro (Brunner, 2014).

•Posição de litotômica

Nesta posição o paciente está deitado de costas com as pernas e coxas fletidas em ângulos agudos. A posição é mantida pela colocação dos pés em estribos. É utilizada em procedimentos cirúrgicos no períneo, reto e vagina (Brunner, 2014).

•Posição para cirurgia do Rim

O paciente é colocado sobre o lado não operatório em posição de Sims, com um travesseiro de ar 12,5 a 15 cm firme sob a região lombar ou em uma mesa com elevador para as costas ou região lombar (Brunner, 2014).

Posição decúbito ventral: o paciente fica deitado de abdômen para baixo, com os braços estendidos para frente e apoiados em talas. O sistema respiratório fica mais vulnerável na posição de decúbito ventral (Brunner, 2014).

- **Posição fowler ou sentada**

O paciente permanece semi-sentado na mesa de operação. Posição utilizada para conforto do paciente quando há dispnéia (Brunner, 2014).

- **Posição de litotômia ou ginecológica**

O paciente permanece em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas, afastadas e apoiadas em perneiras acolchoadas, e os braços estendidos e apoiados em talas. Posição de litotômia ou ginecológica (Brunner, 2014).

- **Posição de canivete (kraske)**

O paciente se encontra em decúbito ventral, com as coxas e pernas para fora da mesa e o tórax sobre a mesa, a qual está levemente inclinada no sentido oposto das pernas, e os braços estendidos e apoiados em talas (Barros, 2017).

Exemplos: posição utilizada para realização de operações proctológicas. Hemorroidectomia, retirada de corpo estranho, fissura e fístulas anais (Barros, 2017).

- **Posição lateral ou sims**

O paciente permanece em decúbito lateral, esquerdo ou direito, com a perna que está do lado de cima flexionada, afastada e apoiada na superfície de repouso exemplo: posição utilizada para realização de cirurgias do sistema renal. Cirurgia de retirada de rins (Barros, 2017).

- **Posição trendelenburg**

É uma variação da posição de decúbito dorsal onde a parte superior do dorso é abaixada e os pés são elevados. Exemplo: posição utilizada em cirurgias de órgãos pélvicos (Barros, 2017).

1.3.3.Fios cirúrgicos e sua classificação

Os fios cirúrgicos com ou sem agulhas, e sua numeração varia de 1 a 5 e de 0-0 a 12-0 (doze-zero).

- **Fios absorvíveis**

Absorvidos pelo organismo após determinado período. O catgut é de origem animal (do intestino delgado dos bovinos), podendo ser simples (2 a 3 semanas) ou cromado (6 meses) (Brunner, 2014).

Esses fios são fagocitados, hidrolisados, degradados e assimilados pelo tecido em que são implantados. Os de origem animal são fagocitados por meio de actividade enzimática durante o processo de cicatrização (Brunner, 2014).

Os de origem sintética são hidrolisados quando da reacção com as moléculas de água dos líquidos corporais, que se degradam e são assimiladas pelos tecidos em cicatrização. Eles são divididos em dois grupos: sintéticos e biológicos (Brunner, 2014).

• **Fios cirúrgicos absorvíveis biológicos**

São conhecidos como catégute (nome de origem inglesa devido à obtenção do intestino do gato) actualmente obtido da submucosa do intestino delgado de ovinos ou serosa de bovinos. Conforme o tempo de absorção, os catégutes podem ser simples ou cromados (Brunner, 2014).

• **Fios não-absorvíveis**

Permanecem encapsulados (envolvidos por tecido fibroso) nas estruturas internas e nas suturas de pele; devem ser removidos entre o 7º e o 10º dia de pós-operatório. O sangramento de capilares pode ser estancado pela aplicação de substância hemostática no local. Ex: a cera para osso - utilizada para estancar o sangramento ósseo nas cirurgias ortopédicas e neurocirurgias (Hoffer, 2017).

Outro recurso é o bisturi elétrico, que pode ser utilizado com a função de coagulação e secção (corte) dos tecidos, através da aplicação local de descargas elétricas (Hoffer, 2017).

• **Fios cirúrgicos absorvíveis sintéticos**

Ácido poliglicólico fio multifilamentar com excelente maleabilidade e tem sido empregado em larga escala como substituto dos fios de absorção lenta e dos inabsorvíveis (Hoffer, 2017).

O ácido poliglicólico é um material sintético obtido por meio de polimerização do ácido glicólico, de fácil manuseio, forte, flexível e de boa tolerância. São utilizados

em anastomoses gastrointestinais, cirurgias ginecológicas, cirurgia geral e operações urológicas (Hoffer, 2017).

Polímeros sintéticos monofilamentares mais recentes: Fios compostos por polímeros como poliglecaprone e polidioxanona. São monofilamentares, maleáveis e mantêm a resistência de tensão por um período mais prolongado que os sintéticos multifilamentares (Hoffer, 2017).

Segundo Hoffer (2017, p.24), “Indicados quando se deseja um apoio prolongado para a ferida, como no fechamento de tecido facial ou para pacientes idoso oncológicos”.

Os fios absorvíveis sintéticos também são embalados em envelope primário aluminizado, porém, seco, para a sua protecção contra a humidade, a luz e as variações de temperaturas (Hoffer, 2017).

Fios cirúrgicos não absorvíveis: São resistentes à digestão enzimática em tecido animal vivo. São de dois tipos: biológico e sintético (Hoffer, 2017).

O algodão é derivado da celulose, de baixo custo, de fácil esterilização e de pouca reacção tecidual. Fio torcido de calibre variado, encontrado no comércio embalado em envelopes e já pré-cortado, geralmente com 15 a 45 cm de comprimento (Hoffer, 2017).

Indicado para tecidos de rápida cicatrização e contraindicado para suturas cutâneas devido à suas reacções tissulares (Hoffer, 2017).

• Fios cirúrgicos não absorvíveis biológicos

O algodão é derivado da celulose, de baixo custo, de fácil esterilização e de pouca reacção tecidual. Fio torcido de calibre variado, encontrado no comércio embalado em envelopes e já pré-cortado, geralmente com 15 a 45 cm de comprimento (Hoffer, 2017)

Indicado para tecidos de rápida cicatrização e contraindicado para suturas cutâneas devido à sua reactividade tissular (Hoffer, 2017).

O fio de seda, de origem animal, obtido de diversas espécies de bicho-da-seda. Suas fibras são retorcidas ou transadas e podem passar por processo de

enceramento para diminuir sua capilaridade. Apresenta facilidade de manuseio, resistência à tracção e segurança na fixação do nó (Hoffer, 2017).

Fios cirúrgicos não absorvíveis sintético subdivididos em 4 grupos:

Poliamida: caracteriza-se pela elasticidade e resistência à água. Pode ser mono ou multifilamentar. Fio de pouca reacção, mas de difícil manipulação, duro e corrediço e Pouca segurança de manutenção do nó (Hoffer, 2017).

Poliéster: apresenta-se sob a forma simples, revestido de teflon ou siliconizado. Fio de difícil manejo por ser também corrediço; para que isso não ocorra, normalmente se adiciona teflon e silicone, mas estes materiais podem se dissociar e provocar reacção tecidual. Utilizados em estruturas que requerem grande resistência à tracção (Hoffer, 2017).

Polipropileno: fio derivado das poliefinas, não biodegradável, e tem sido recomendado o tipo monofilamentado, para a síntese de feridas contaminadas, devido à reacção tecidual mínima (Hoffer, 2017).

É um dos fios mais inertes, com baixa capilaridade, com mínima reacção tissular e com alta resistência à tracção. É Indicado nas cirurgias cardiovasculares (Hoffer, 2017).

Metálico: constituído de aço inoxidável e tântalo. Muito utilizado em tenorrafia; eventualmente em neurorrafias e fechamento de parede abdominal (Hoffer, 2017).

O tântalo é menos resistente do que o aço inoxidável. São de fácil esterilização, bem tolerados, de espessura variável mono e multifilamentares (Hoffer, 2017).

1.3.4. Agulhas cirúrgicas

A agulha não tem papel no processo de cicatrização. Deve ser suficientemente larga, penetrante para ultrapassar a resistência tecidual, resistente para não dobrar, mas ao mesmo tempo flexível, para dobrar antes de quebrar, resistente a corrosão de tamanho, forma, e calibre apropriados à aplicação a que se destina (Hoffer, 2017).

São utilizadas na reconstrução, com a finalidade de transfixar os tecidos, servindo de guia aos fios de sutura. Quanto ao corpo, às agulhas são retas, curvas e

semi-curvas específicas para cirurgia laparoscópica, quanto à ponta são cilíndricas (não cortantes), espatuladas, rombas ou triangulares, e quanto ao fundo podem ser traumáticas ou atraumáticas (Hoffer, 2017).

1.3.5. Terminologia cirúrgica e (regras, aparelhos e instrumentos)

É o conjunto de termos próprios que expressam o segmento corpóreo afectado e a intervenção cirúrgica realizada no tratamento daquele tipo de afecção. É formada por uma raiz (blefaro) e um sufixo (plastia) igual a reparação plástica da pálpebra. (Brunner, 2014).

Blefaroplastia = cirurgia para reparação da pálpebra.

Exemplos de **Raiz** ou **Prefixo**:

Raiz Relativo a (o)

- **Adeno** –Glandula;
- **Cisto** - Bexiga;
- **Gastro** - Estomago;
- **Nefro** - Rim;
- **Rino** - Nariz;
- **Oto** - Ouvido;
- **Osteo** - Osso;
- **Traqueo** - Traqueia;
- **Colpo** - Vagina.

Sufixos

O sufixo na terminologia cirúrgica indica a intervenção cirúrgica a ser realizada. Os principais sufixos são:

- **Tomia**: significa incisão, abertura de parede ou órgão.
- **Stomia**: significa fazer uma nova boca, comunicar um órgão tubular ou oco como exterior.
- **Ectomia**: significa retirar parcial ou totalmente um órgão.
- **Plastia**: significa reparação plástica da forma ou função do segmento afetado.
- **Rafia**: significa sutura.
- **Pexia**: significa fixação de uma estrutura corpórea.

• **Scopia:** significa visualizar o interior de um órgão cavitário ou cavidade com auxílio de aparelhos especiais.

Sufixo Tomia

- Artrotomia – articulação;
- Broncotomia – brônquio;
- Cardiotomia – cárdia;
- Tenotomia – tendão;
- Traqueotomia – traquéia;
- Ureterolitotomia – ureter;
- Traqueotomia – traquéia;
- Flebotomia – veia;
- Hepatotomia – fígado;
- Cistotomia – bexiga;
- Toracotomia – parede torácica.

Sufixo Stomia

• **Traqueostomia** – abertura na traquéia e sutura das bordas de abertura à parede do pescoço.

• **Jejunostomia** – abertura no jejuno e colocação de uma sonda via parede abdominal, geralmente para alimentação.

• **Gastrostomia** – abertura no estômago e colocação de uma sonda via parede abdominal, geralmente para alimentação.

• **Cistostomia** – abertura da bexiga e colocação de sonda via parede abdominal,
para drenagem da urina.

• **Colostomia** – abertura cirúrgica do cólon para desvio do trânsito intestinal, através da parede abdominal etc.

Sufixo Ectomia

- Endicectomia: remoção do apêndice vermiforme.

- Tiroidectomia: remoção parcial ou total da tiróide.
- Colecistectomia: remoção da vesícula biliar.
- Mastectomia: remoção da mama.
- Miomectomia: remoção de mioma.
- Prostatectomia: remoção da próstata.
- Ooforectomia: remoção do ovário.
- Pancreatectomia: remoção do pâncreas.
- Salpingectomia: remoção da trompa de Falópio.
- Histerectomia: remoção do útero.
- Hemorroidectomia: remoção de hemorroida.
- Lobectomia: remoção de lobo de um pulmão etc.

Sufixo plastia

- Artroplastia: articulação, para restaurar movimento ou função.
- Mamoplastia: correção cirúrgica da mama .
- Rinoplastia: correcção cirúrgica do nariz.
- Otoplastia: correcção cirúrgica do ouvido.
- Queiloplastia: correcção cirúrgica nos lábios.
- Salpingoplastia: correcção das trompas, para sua recanalização.
- Ritidoplastia: correcção das rugas da face.
- Píloroplastia: correcção cirúrgica do piloro
- Blefaroplastia: correcção cirúrgica das pálpebras.
- Toracoplastia: correcção cirúrgica do tórax. etc.

Sufixo rafia

- Colporrafia: sutura da parede vaginal.
- Blefarorrafia: sutura da pálpebra.
- Tenorrafia: sutura do tendão.

- Palatorrafia: sutura da fenda palatina.
- Osteorrafia: sutura ou colocação de fio metálico no osso.
- Gastrorrafia; sutura do estômago.
- Períneorrafia: sutura do períneo.
- Herniorrafia: sutura para correcção de hérnia.
- Cistorrafia: sutura da bexiga etc.

Sufixo pexia

- Retinopexia: fixação da retina descolada.
- Nefropexia: elevação e fixação do rim.
- Cistopexia: elevação e fixação da bexiga.
- Histeropexia: fixação do útero a parede abdominal.
- Orquidopexia: fixação do testículo a bolsa escrotal. etc...

Sufixo scopia

- Artroscopia: visualização directa da articulação.
- Broncoscopia: visualização directa dos brônquios.
- Cistoscopia: visualização bexiga.
- Esofagoscopia: visualização do esófago.
- Endoscopia: visualização de órgãos internos.
- Colposcopia: visualização da vagina.
- Laringoscopia: visualização da laringe.
- Laparoscopia: visualização da cavidade abdominal.
- Ventriculoscopia: visualização do ventrículo cerebral.
- Gastrosopia: visualização do estômago.
- Colonoscopia; visualização do cólon.

Exemplos dos principais aparelhos para visualização directa

- Artroscópio: artroscopia

- Broncoscópio: broncoscopia e laringoscopia

Cistoscópio: uretroscopia, cistoscopia e ureteroscopia

- Colposcópio: colposcopia.
- Colonoscópio: colonoscopia.
- Endoscópio digestivo: esofagoscopia, gastroscopia e duodenoscopia.
- Laparoscópio: laparoscopia. etc.

Termos que não seguem as regras citadas

- Amputação: remoção de um membro ou de parte necrosada do corpo
- Anastomose: conexão e sutura de dois órgãos ou vasos.
- Artrodese: fixação cirúrgica de articulações.
- Biópsia: remoção de um tecido vivo para fins diagnósticos.
- Cauterização: destruição de tecido através de agente caustico.
- Cesariana: retirada do feto por incisão através da parede abdominal.
- Cistocele: queda da bexiga.
- Curetagem uterina: raspagem do conteúdo uterino.
- Deiscência: separação de bordas previamente suturadas e unidas.
- Dissecção: corte, retalho.
- Divertículo: bolsa que sai da cavidade.
- Enxerto: transplante de órgão ou tecido.
- Evisceração: saída de víscera de sua cavidade.
- Fístula: orifício que põe em comunicação parte de um órgão, cavidade ou foco supurativo, com a superfície cutânea ou mucosa.
- Paracentese: punção cirúrgica da cavidade para retirada de líquidos.
- Toracocentese: punção cirúrgica na cavidade torácica. etc...

Instrumental e sua classificação

Instrumental Cirúrgico: O instrumental cirúrgico pode ser classificado e dividido em especial e comum. Especiais são aqueles usados em apenas alguns tempos de determinadas cirurgias (Brunner, 2014).

Já os comuns constituem o instrumental básico de qualquer tipo de intervenção cirúrgica em seus tempos fundamentais, a saber : diérese, exérese, hemostasia e síntese (Brunner, 2014).

Instrumental comum: Seus nomes correspondem, em geral ao nome do autor que o descreveu. Em uma classificação geral os vários tipos de instrumentos poderiam ser agrupados também da seguinte maneira: diérese, hemostasia, preensão, separação, síntese e especiais (Brunner, 2014).

Nesta classificação são considerados apenas os instrumentos cirúrgicos propriamente ditos (“ferros”). Seringas e agulhas, drenos de borracha ou plástico, gaze, compressas e campos também podem ser relacionados como instrumental cirúrgico (Brunner, 2014).

CAPÍTULO II-METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste capítulo apresentaremos os materiais e métodos de investigação aplicada no desenvolvimento desta investigação, com a revisão crítica e contribuições dos aspectos que fundamentam “Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Pacientes com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023”.

2.1. Tipo de pesquisa

A escolha do tipo de pesquisa foi descritiva, prospectiva e transversal, que permitiu fazer a colheita de dados bem como detalhar todas as informações coletadas que possibilitou assim a compressão dos diversos que estarão implícitos no fenómeno em estudo.

Para Oliveira (2012, p.114), “é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos factores e elementos que influenciam determinados fenómenos”.

2.2.Modelo de abordagem

O presente trabalho está centrado tecnicamente na abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema (Oliveira, 2012).

Segundo Oliveira (2012, p.115), “é utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritiva na qual se preocupa descobrir e classificar a relação entre variáveis assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenómenos”.

A abordagem quantitativa indica, significa quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo docente educativo (Oliveira, 2012).

Optamos pela abordagem mista (qualitativa-quantitativa), pois a abordagem qualitativa nos permitiu a recolha das informações proveniente dos nossos interlocutores, enquanto que a abordagem quantitativa permitiu-nos a interpretação das informações dos intervenientes na investigação em dados numéricos.

2.3 Níveis de estruturação de métodos

a) Nível teórico

• Histórico Lógico

Segundo Lakatos & Marconi (2017, p. 107),

O método histórico, o foco está na investigação de acontecimentos ou instituições do passado, para verificar sua influência na sociedade de hoje;

considera que é fundamental estudar suas raízes visando à compreensão de sua natureza e função, pois, as instituições alcançaram sua forma actual através de alterações de suas partes componentes, ao longo do tempo, influenciadas pelo contexto cultural particular de cada época.

Este método nos ajudou no entendimento sobre como é que foi a assistência e como é actualmente, dando-nos visão sobre mudanças significativas ou não.

• **Hipóтетico**

Este método nos possibilitou a elaboração das possíveis respostas para responder as incógnitas levantadas na pesquisas dentro do campo, para assim, poder confirmar o que pretendemos investigar.

• **Indutivo**

É um método responsável pela generalização, isto é, partimos de algo particular para uma questão mais ampla, mais geral.

Para Lakatos e Marconi (2017), indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam.

Com este método, conseguimos buscar conclusões do problema a partir de premissas.

b) Nível Empíritico/Experimental

Segundo Minayo, Keeny & Bargas (2010, p.32), “é essencial para o desenvolvimento do conhecimento que permite realizar análises de novas descobertas, ou seja, é um método que analisa suas hipóteses traçadas de forma rigorosa através da demonstração científica que determina se esta hipótese é verdadeira ou falsa”.

Osmétodosdenívelempírico/experimentalparaapesquisafoioinquérito porquestinonarioaplicadasaos profissionais da saúde, assim como a observação não estruturada.

Este método nos permitiu alcançar os objectivos propostos na nossa pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

a) Nível Estatístico/Matemático

É essencialmente, possibilitar uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado.

Os métodos estatísticos para Ramos e Naranjo (2014, p.100), “revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais”.

Este método nos permitiu clarificar a investigação ao quantificar os dados coletados na investigação de campo.

3.4. Técnicas de recolha de dados

Para a coleta de dados serão utilizados:

- Observação
- Inquérito por questionário
- Pesquisa bibliográfica e documental

O tipo de observação será participante ou directa.

No caso do inquérito por questionário será do tipo aberto e fechado, em que a escolha se determinará no momento do estudo de campo.

A pesquisa bibliográfica e documental será de acordo aos levantamentos de documentação publica já realizadas por diversos autores relacionado ao tema tratado a nossa pesquisa como livros, revistas,, boletins, dissertações,

De com o estudo foi necessariamente utilizarmos dois tipos de pesquisas, observacional e bibliográfica, sendo assim abordagem ou paradigma de estudo é quali-quantitativo, que permitirá caracterizar os fundamentos do tema em abordagem.

3.5 Instrumento e procedimentos

“Para a consecução dos objectivos previstos faremos recurso às seguintes técnica e instrumentos”:

“Ficha de Inquérito é o instrumento que será utilizado, com objectivo de colher dados sobre. E a técnica da recolha foi feita através do questionário aplicado nos profissionais”.

“Os dados irão ser recolhidos através do inquérito ou fichas das consultas nos atendimentos gerais com enfermeiros e serão organizados em tabelas configuradas a partir do Excel.

2.6. População e amostra

a) População

Para Silva e Menezes (2013, p. 43), “considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo”.

A população da nossa investigação foi constituída por cento e trinta e três (133) profissionais da saúde na qual temos: um (1) director geral, vinte (20) Licenciados, trinta (30) especialista de enfermagem e oitenta e dois (82) técnicos médios.

b) Amostra

Na visão de Marconi & Lakatos (2010, p. 55), “amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra”.

Na nossa População extraímos uma amostra de quarenta e quatro (44) indivíduos na qual temos: um (1) director geral, cinco (5) Licenciados, dez (10) especialista de enfermagem e vinte oito (28) técnicos médios, usado durante a nossa pesquisa de campo.

Quadro da População e Amostra

Inqueridos	População/Alvo	Amostra	Percentagem
------------	----------------	---------	-------------

Director geral	1	1	2%
Licenciados	20	5	11%
Especialistas de Enfermagem	30	10	23%
Técnicos Médios	82	28	64%
Total	133	44	100%

Fonte: Elaboração Própria

A população da nossa investigação foi constituída por cento e trinta e três (133) profissionais de saúde onde extraímos uma amostra de quarenta e quatro (44) indivíduos na qual temos: um (1) director geral, cinco (5) Licenciados, dez (10) especialista de enfermagem e vinte oito (28) técnicos médios.

2.7. Dificuldades encontrada

No decore da nossa pesquisa as dificuldades que tivemos foram as seguintes:

- Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- Dificuldades financeiras;
- Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;
- Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- Dificuldades em termos de recolha e selecção dos materiais para elaborar a fundamentação teórica.

CAPÍTULO III-RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em função dos dados colhidos durante a pesquisa de campo, faremos uma ilustração para analisarmos os indicadores que incidem sobre Assistência de

Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Geral de Luanda.

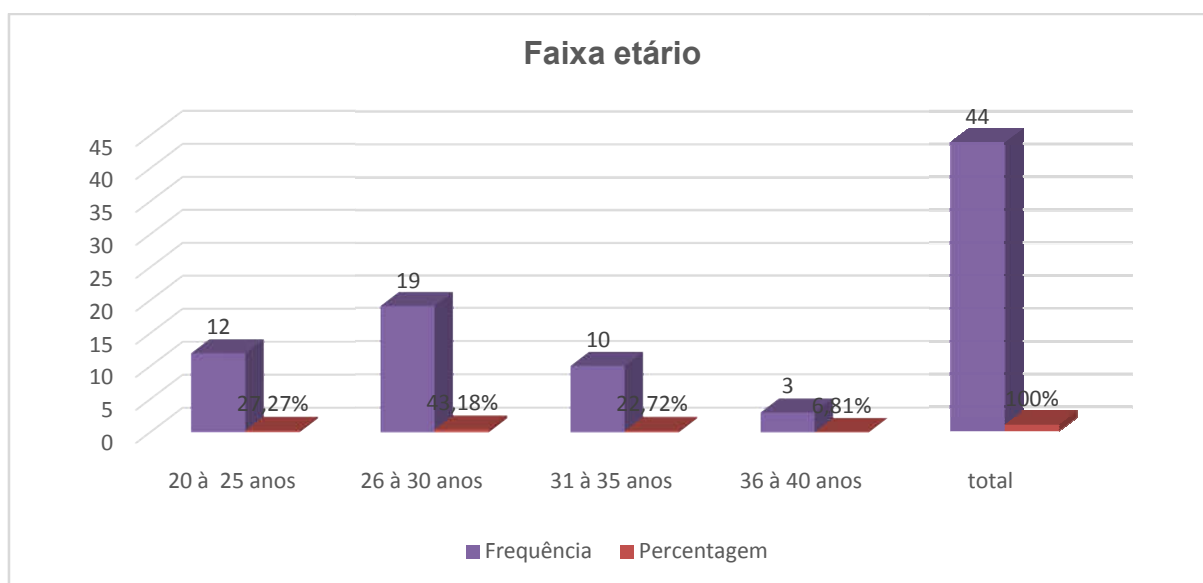
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

3.1.1 Tabela e grafico nº 2. Distribuição da amostra segundo a faixa etária.

Faixa etária	Frequência	Percentagem
20 à 25 anos	12	27,27%
26 à 30 anos	19	43,18%
31 à 35 anos	10	22,72%
36 à 40 anos	03	6,81%
total	44	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 1



Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a tabela e o gráfico 01, a faixa etária com maior número é a de 25 à 30 anos que corresponde a 43,18%, seguida pela faixa de 20 à 25 anos perfazendo a 27,27%.

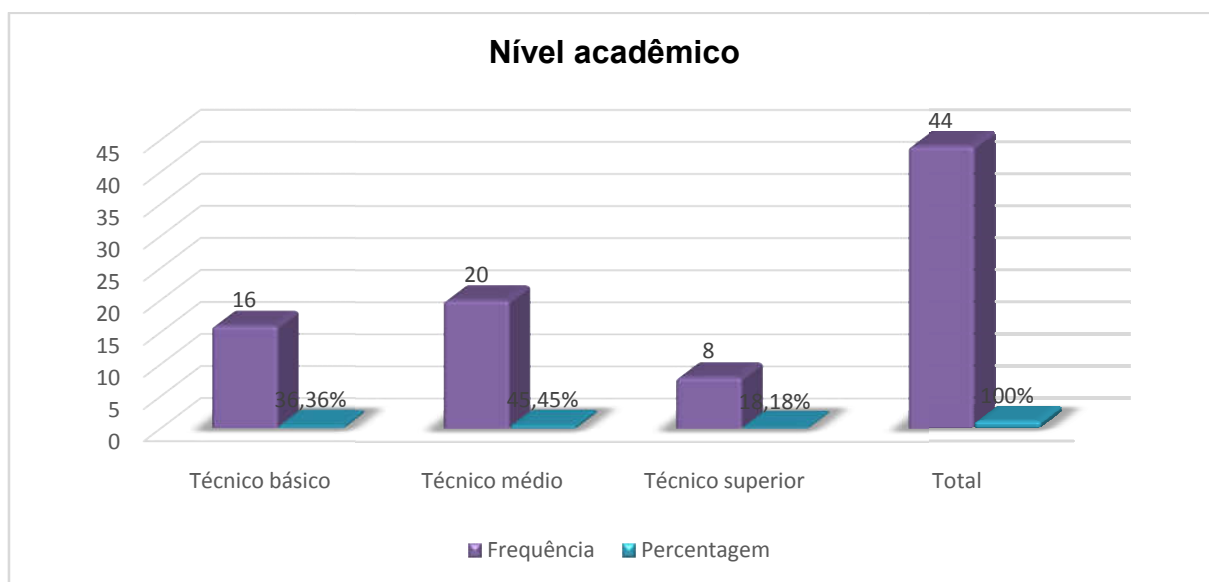
Para o estudo feito por Brunner (2014), 43% do grupo faixa etário dos 25 a 30, disse que a enfermagem é desafiada a oferecer uma assistência com qualidade no período pré-operatório.

Tabela e gráfico nº 2 Distribuição da amostra quanto ao nível acadêmico

Descrição	Frequência	Percentagem
Licenciados	5	11,36%
Especialistas de Enfermagem	11	25%
Técnico Médio	28	63,63%
Total	44	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 2



Fonte:Elaboração Própria

De acordo a tabela e o gráfico 02, o nível predominante é dos técnicos médio, isto é, vinte (20) perfazendo 45,45%, técnicos superiores oito (08), perfazendo 18,18% e desasseis (16) técnicos básicos perfazendo 36,36%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

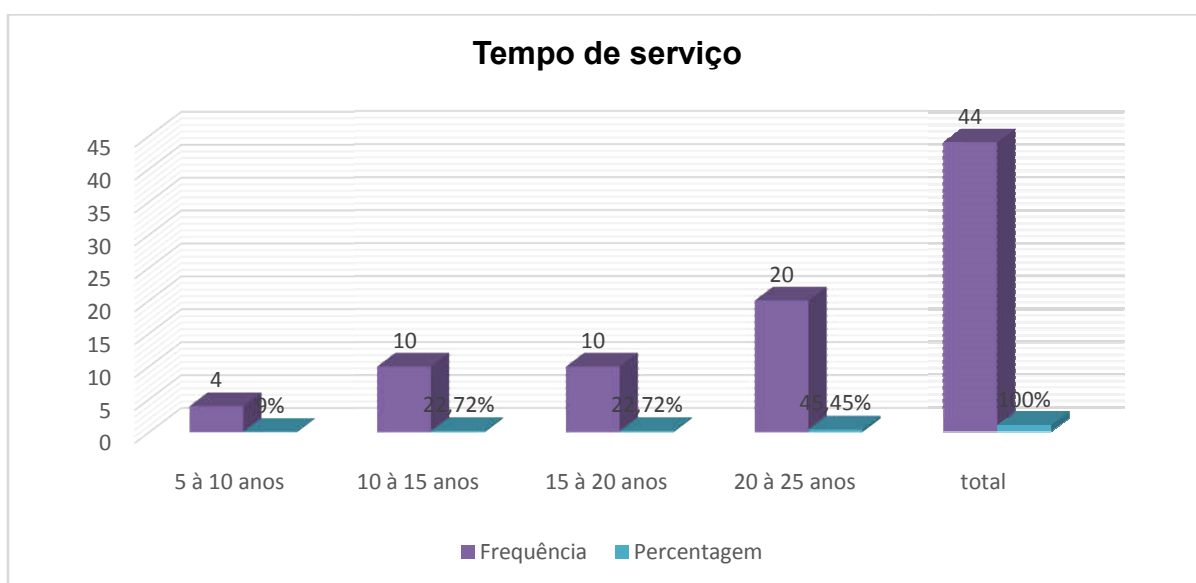
No mundo profissional muitos fatores afetam diretamente os trabalhadores. Entre eles o nível academico dos profissionais de saúde. Em princípio, este conceito se refere ao tempo que um funcionário trabalha em uma empresa. No entanto, não se trata de um fato simples, pois está relacionado a muitos aspectos: indenização por dispensa, possibilidade de solicitar uma licença temporária, promoção interna, cálculo da vida profissional, cobrança de pensão, etc.

Tabela e grafico nº 3 Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço

Tempo de serviço	Frequência	Percentagem
5 à 10 anos	04	9%
10 à 15 anos	10	22,72%
15 à 20 anos	10	22,72%
20 à 25 anos	20	45,45%
total	44	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 3



Fonte: Elaboração Própria

De acordo a tabela e o gráfico 03, os profissionais com mais anos de serviço são os de 20 à 25 anos, perfazendo 45,45%, seguido por os de 15 à 20 e de 10 à 15 anos perfazendo 22,72% e finalmente por os de 5 à 10 anos perfazendo 9%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

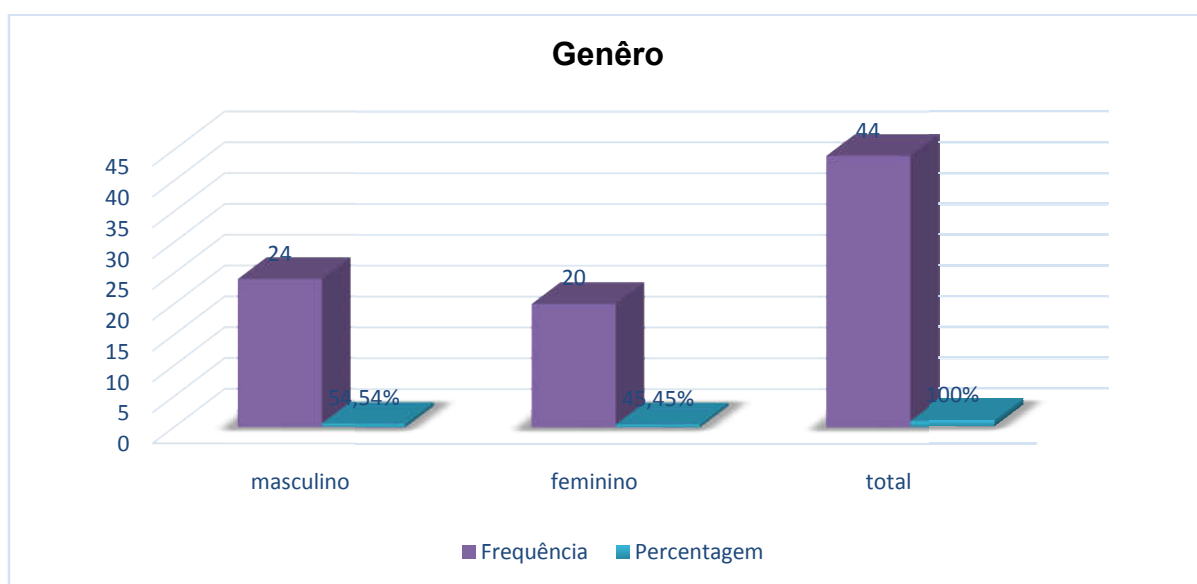
Conselhos Estaduais de Educação das várias unidades federadas - igualmente empenhados em que este Conselho Federal de Educação, no desempenho da dupla função que lhe cabe de fixar, para o ensino de 2.º grau, o mínimo a ser exigido em cada habilitação profissional ou conjunto de habilitações afins. (Hoffer, 2017).

Tabela e gráfico nº4: Distribuição Da Amostra Quanto ao Gênero

Gênero	Frequência	Percentagem
Masculino	24	54,54%
Feminino	20	45,45%
total	44	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 4



Fonte: Elaboração Própria

De acordo o gráfico e a tabela 04, o gênero masculino predomina com vinte e quatro (24) profissionais perfazendo 54,54% e gênero feminino com vinte (20) profissionais perfazendo 45,45%, correspondendo à 100% da nossa pesquisa.

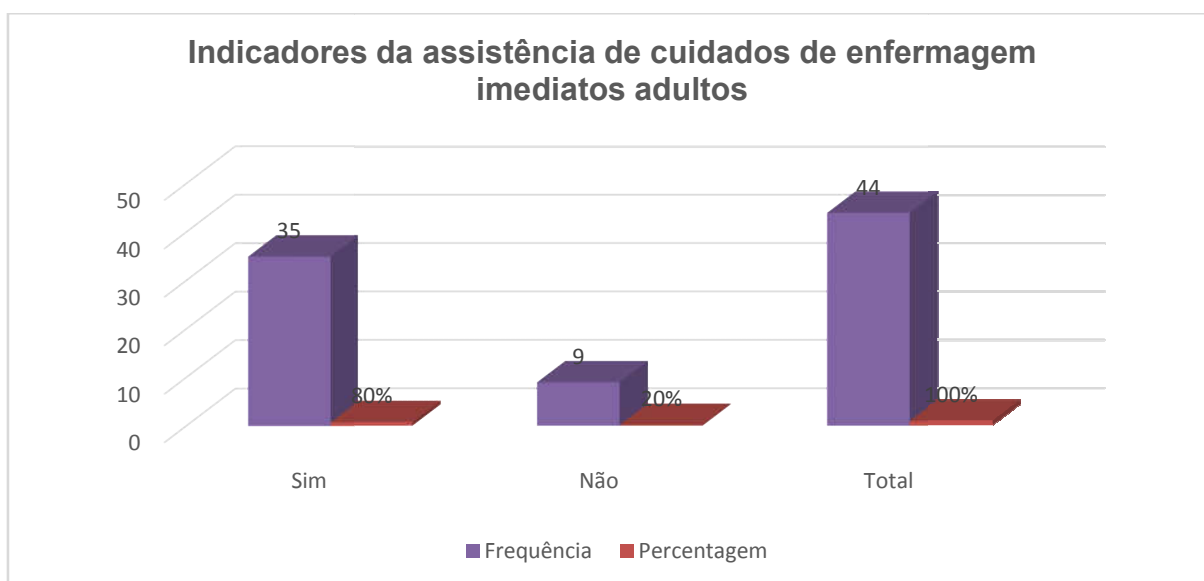
Segundo Hoffer (2017), a necessidade de se promover a prática e a mentalidade da formação contínua ao longo da vida coloca, inevitavelmente, novas exigências nas entidades responsáveis pela promoção dessa formação, como por exemplo as instituições de Ensino Superior. Importa, no nosso contexto de estudo, proporcionar condições para a disponibilização de iniciativas de formação contínua para os Enfermeiros, que lhes sejam "oportunas".

Tabela e grafico nº 5- Conheces os indicadores que incidem na assistência de cuidados de enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica?

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	35	80%
Não	9	20%
Total	44	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 5



Fonte: Elaboração própria

A tabela e o gráfico nº 5 nos mostra que nos quarenta e cinco (45) inquerido trinta e cinco (35) responderam que conhecem os Indicadores da assistência de cuidados de enfermagem imediatos adultos perfazendo os 80% da nossa amostra e nove (9) responderam não que corresponde a 20%.

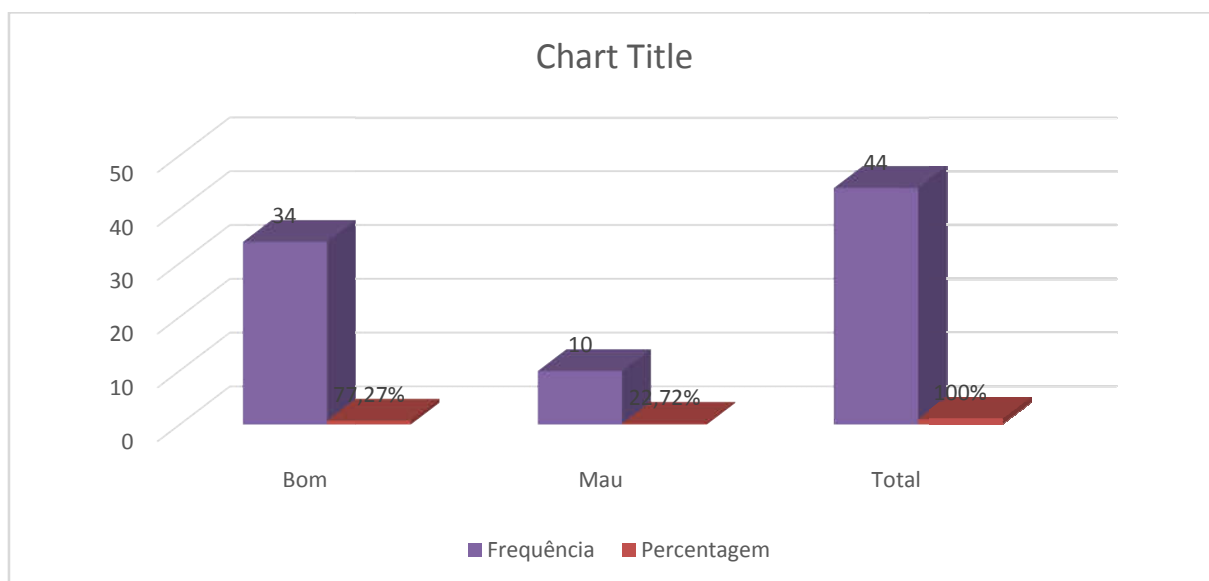
Tabela e grafico nº 6- Como tem sido assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.

Descrição	Frequência	Percentagem
-----------	------------	-------------

Bom	34	77,27%
Mau	10	22,72%
Total	44	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 6



De acordo a tabela e o gráfico 06, trinta e quatro (34) profissionais responderam sim perfazendo 77,27% e dez (10) responderam sim perfazendo 22,72%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

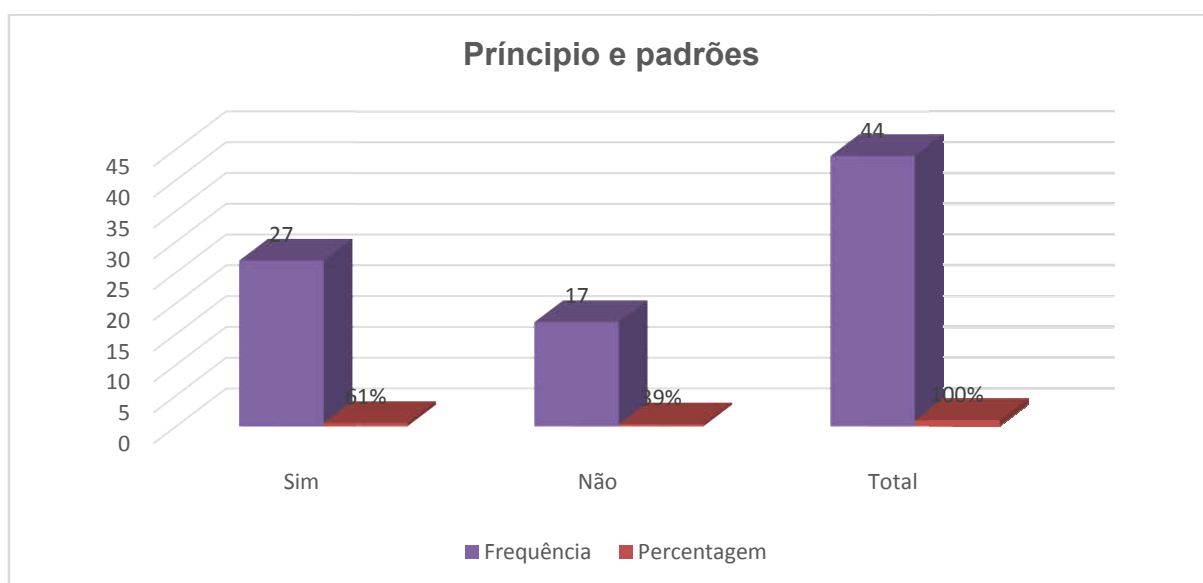
Nos últimos anos houve grandes avanços tecnológicos em todas as áreas do conhecimento, e muitos deles ocorreram na área da saúde. Esses equipamentos auxiliam no diagnóstico, tratamento e monitorização dos pacientes, no controle dos sinais vitais e outros parâmetros clínicos. Destacamos a importância desse desenvolvimento tecnológico no centro cirúrgico e, mais especificamente, na monitorização do paciente dentro da sala de cirurgia (Tashiro, 2011).

Tabela e grafico nº 7- Será que assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica é feito com princípio e padrões?

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	27	61%
Não	17	39%
Total	44	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 7



Fonte: Elaboração própria

Na tabela e o gráfico nº 7- nos quarenta e quatro (44) inqueridos vinte sete (27) responderam sim perfazendo os 61% e dezasete (17) responderam não correspondendo os 39% da mostra

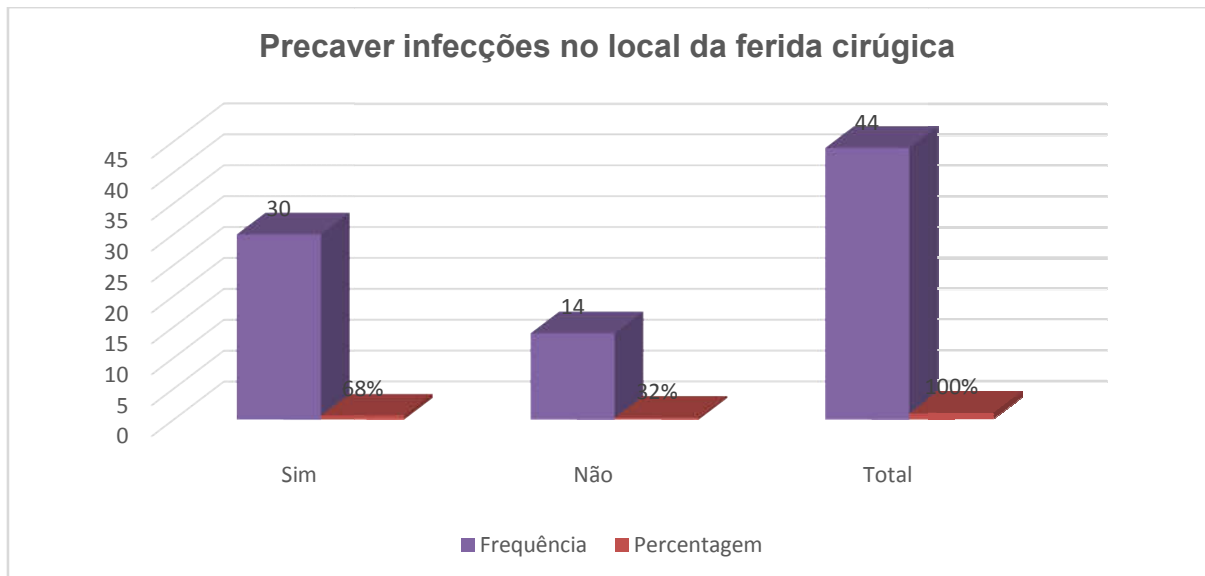
Isso nos levou acreditar que, assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica é feito com princípio e padrões.

Tabela e gráfico nº 8- Será que precaver infecções no local da ferida pode servir como assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica?

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	30	68%
Não	14	32%
Total	44	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 8



Fonte: Elaboração própria

Segundo a tabela e o gráfico nº 8- nos quarenta e quatro (44) inqueridos trinta (30) responderam sim que corresponde à 68% e 14 responderam não correspondendo os 32%.

Isso nos confirma que precaver infecções no local da ferida pode servir como assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.

3.2 Discussão dos resultados

Em função dos dados representados através de tabelas e gráficos, queremos fazer a discussão dos mesmos no sentido de estabelecermos as comparações e presumindo factos que possam influenciar no fenómeno em estudo.

De acordo com a tabela e o gráfico 01, a faixa etária com maior número é a de 25 à 30 anos que corresponde a 43,18%, seguida pela faixa de 20 à 25 anos perfazendo a 27,27%, posteriormente de 30 à 35 anos perfazendo 22,72% e finalmente 35 à 40 anos perfazendo 6,81% que aos 100% da nossa pesquisa. Com isso podemos dizer a faixa etária maioritária que o hospital possui é de 25 à 30.

De acordo a tabela e o gráfico 02, o nível predominante é dos técnicos médio, isto é, vinte (20) perfazendo 45,45%, técnicos superiores oito (08), perfazendo 18,18% e desasseis (16) técnicos básicos perfazendo 36,36%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa. Podemos afirmar que o hospital possui menos técnicos superiores, predominando abundantemente os técnicos médios.

De acordo a tabela e o gráfico 03, os profissionais com mais anos de serviço são os de 20 à 25 anos, perfazendo 45,45%, seguido por os de 15 à 20 e de 10 à 15 anos perfazendo 22,72% e finalmente por os de 5 à 10 anos perfazendo 9%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa. Podemos dizer que há um bom equilíbrio, pois com esses anos acreditamos que os profissionais possuem uma vasta experiência na área.

De acordo o gráfico e a tabela 04, o género masculino predomina com vinte e quatro (24) profissionais perfazendo 54,54% e género feminino com vinte (20) profissionais perfazendo 45,45%, correspondendo à 100% da nossa pesquisa.

De acordo a tabela e o gráfico 05, trinta e quatro (34) profissionais responderam sim perfazendo 77,27% e dez (10) responderam não perfazendo 22,72%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Atendendo a discussão feita, vamos fazer a conclusão logo a seguir para constatarmos os défices e os aspectos que a área administrativa dos hospital precisa precisa para a erradicação do fenómeno que tanto aflige os pacientes.

CONCLUSÃO

Depois de pesquisas feitas com toda rigorosidade aplicada, assim primando as normais que demonstram o plantel da nossa instituição do ensino superior, partindo dos objectivos preconizados assim bem como as nossas hipóteses foram satisfatoriamente alcançados de modo geral chegou-se as seguintes conclusões:

Na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023, a maior parte dos profissionais tem idades compreendida dos 25 à 30 anos.

A maior parte dos profissionais de saúde da Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, são técnicos médios.

Em contrapartida na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, a maior parte dos profissionais tem o tempo de serviço de 20 à 25 anos.

Na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023, existe um número elevado de profissionais que são do gênero masculino.

Uma boa parte dos profissionais de saúde conhecem os indicadores que incidem Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica.

Assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica é feito com princípio e padrões.

Precaver infecções no local da ferida pode servir como assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.

Os objectivos traçados foram alcançados, e as hipóteses confirmada.

SUGESTÕES

- Recomenda-se que deve-se a buscar pela segurança do paciente no centro cirúrgico requer o envolvimento e a participação da equipe multiprofissional, especialmente de cirurgiões e anestesistas, e de gestores da instituição. A Enfermagem destaca-se no desenvolvimento de ações visando à segurança do paciente, mas essa iniciativa não pode partir apenas de uma categoria profissional.

- Deve haver o estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente, a cultura de segurança é um conjunto de práticas compartilhadas pela equipe de saúde e planejadas institucionalmente para evitar riscos aos pacientes durante o período pré, intra e pós-operatório. O planejamento da assistência deve seguir o padrão da instituição, mas possibilitar adaptações conforme as particularidades de cada paciente e sector.

- Deve-se haver melhoria da comunicação interpessoal, a comunicação efetiva facilita a uniformização e continuidade de condutas assistenciais. Também contribui para a união e o bom relacionamento interpessoal entre os profissionais da equipe de saúde, o que possibilita a criação de um ambiente de trabalho favorável ao desenvolvimento de ações para a segurança do paciente. É importante melhorar a comunicação entre a equipe de enfermagem, médicos cirurgiões e anestesistas.

- Deve haver a ampliação da actuação do enfermeiro, a ampliação da atuação do enfermeiro envolve aspectos quantitativos e qualitativos. Quantitativamente, é importante aumentar o número de enfermeiros no centro cirúrgico, possibilitando-os maior tempo de permanência na sala cirúrgica. Qualitativamente, é necessário conferir maior autonomia para o enfermeiro na supervisão da equipe de enfermagem no centro cirúrgico e realização de consulta de enfermagem pré-operatória.

- Deve haver também a disponibilidade adequada de recursos físicos, materiais e humanos os equipamentos e materiais necessários para o ato cirúrgico devem estar disponíveis em quantidade suficiente e devidamente testados e/ou checados antes da cirurgia. É fundamental um plano de manutenção preventiva e periódica para o funcionamento adequado dos equipamentos e materiais. A equipe de trabalho também deve estar dimensionada adequadamente e qualificada para a realização das ações que lhe cabem no contexto cirúrgico.

- Busca individual por atualização profissional, os profissionais de saúde devem buscar constantemente a atualização técnico-científica para prestar um atendimento de qualidade ao paciente cirúrgico.

- Desenvolvimento de ações de educação continuada, a educação continuada deve ser sistemática, envolver os profissionais de todas as áreas assistenciais e ter como foco atualizações sobre procedimentos assistenciais e novos equipamentos e/ou tecnologias disponíveis para a segurança do paciente. O sucesso das ações de educação continuada está diretamente relacionado à participação, e ao apoio dos gestores e lideranças da instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azulay e Azulay (2018). *Pacientes com doenças infecciosas*. 5ª Edição. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan.

Bork, D. L. N. (2015). *Sala de cirurgia do hospital e em ambulatório ou consultório*. Porto.

Brunner, H. (2014). *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 11ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Blackes, A.& Suddarth. R. U. P. (2014). *Formas de Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica em cesarianas*. Rio de Janeiro.

Barros, A. (2017). *Anamnese e Exame Físico*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

Carmelo & Silva vls, L. (2019). *Professional profile of nurses working in intensive care units of a teaching hospital*.

Carraro, A. L. (2010). *Cirurgia pélvica*. 12 Edição, Porto Alegre. Artmed.

Durman, T. U. (2010). *SAE Guia Prático*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Geraldo, F.& Alfenas, G. (2018). *O papel dos componentes dietéticos na prevenção das doenças crônicas tem merecido considerável*. Rev. Med.

Ferreira, M. (2010). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ª Edição. Rio de Janeiro:

Nova Fronteira.

Guellere .M., Maiolos, U. H., & Rodris N. G. (2014). *Cirurgias e alterações estruturais e funcionais no organismo do cliente*. Brasília: Gragas.

Houaiss, A. (2015), *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.

Hoffer, E. G. (2017). *Tipo de intervenção cirúrgica em seus tempos fundamentais*.

Galvão, M. F. (2012). *Casos de hemorragia interna e cirurgia de emergência*. New Yourk: HTMS.

Lopez, F. S., Cruz, F. B. R. (2012) *Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada*. Govaia: Merteszx.

Lakatos, E.& Marconi, M. (2010). *Fundamentos da metodologia científica*. 4ª Edição. SãoPaulo. Editora: Guimarães.

- Ladden, N. F. (2013). *Tratamento de doença, lesão ou deformidade externa e/ou interna*. 4ª Ed. New Yourk.
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2017). *Técnicas de pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- Minayo, M. C. S., Keeny, B., & Bargas, M. (2010). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Nettina, J. R. (2013). *Promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente e da comunidade, devendo ser desenvolvido pelo enfermeiro*. 8ª Ed. Lisboa.
- Oliveira, A. (2012). *Como elaborar projecto de pesquisa*. 4ª Edição. São Paulo: editora Platano.
- Pitrez, F.& Pioner, F. (2013). *Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia*.
- Passos, D. (2015). *Procedimentos Cirúrgicos*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Possari, N. (2014). *Cuidados Médicos na Cirurgia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ramos, S. e Naranjo, E. (2014). *Metodologia de Investigação Científica*. 2ª Edição. Lobito- Angola. Editora Escolar.
- Silva & Meneses (2013). *Pesquisa quantitativa-metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora: florianópolis.
- Santos, R. (2010). *Manual de cirurgia nas comunidades do mundo e suas aplicações e técnicas*. 2ªEdição.Porto: Tardes.
- Suddarth, R. D. (2015). *Tratado de Emergência de Enfermagem Médico Cirúrgica*. Porto: Arts.
- Swanson, E. (2019). *Ligações entre nanda, noc e nic*. 2º Edição, Porto Alegre: Artmed.
- Sales, O. (2019). *Leitura e Interpretação de Exames em Enfermagem*. 3ª Edição.

Goiânia: Editora AB.

Tashiro, M. T. (2011). *Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia*. 1º edição. São Paulo: Atheneu.

Tannure, M. C. (2018). *Guia Prático*. 1º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Waldow, R. (2011). *Assistência de enfermagem cirúrgica*. 2ª Edição. Porto Alegre.

Ximenes, S. (2013). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Ediouro.

X

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO

Autora	Germana José João
Título do TFC: Licenciatura em ciências da Enfermagem	Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023.

Germana José João: Estudante finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu Pré-projeto para a obtenção do título como, Licenciatura em ciências da Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em: Assistência de Cuidados de Enfermagem Imediatos a Adultos com Intervenção Cirúrgica na Sala de Cirurgia do Hospital Josina Machel, Segundo semestre 2023

Grata pela sua colaboração.

Com respeito aos técnicos de enfermagem:

1- Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

20-25	
25-30	
30-35	
35-40	

2- Qual é o seu nível acadêmica como profissional de enfermagem?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Licenciado	
Especialista de Enfermagem	
Técnico Médio	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

5 a 10 anos	
10 a 15 anos	
15 a 20 anos	
20 a 25 anos	

4- Qual é o seu Gênero?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Masculino	
Feminino	

5. Conheces os indicadores que incidem na assistência de cuidados de enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

6- Como tem sido assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica.

Bom	
Mau	

7-Será que assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica é feito com princípio e padrões?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

8- Será que precaver infecções no local da ferida pode servir como assistência de cuidados de Enfermagem imediatos adultos com intervenção cirúrgica

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

MUITO OBRIGADA!

ANEXOS

