

DESCONFORTOS ESPERADOS E VIVENCIADOS POR PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

DISCOMFORT PATIENTS EXPECT AND EXPERIENCE IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD

DESCONFORTOS ESPERADOS E VIVENCIADOS POR PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Robertha Pickina Juvenio Silva¹
Ana Raquel Pontello Rampazzo²
Leonel Alves do Nascimento³
Ligia Fahl Fonseca⁴

Como citar este artigo: Silva RPJ, Rampazzo ARP, Nascimento LA, Fonseca LF. Desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. Rev baiana enferm (2018);32:e26070.

Objetivo: verificar os desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. **Método:** estudo descritivo, quantitativo, pré e pós-teste, realizado em dois hospitais públicos. No pré-operatório, os pacientes enumeraram os desconfortos que esperavam vivenciar, dentre dez desconfortos mais comuns, citados em literatura. No pós-operatório imediato indicavam quais desconfortos realmente vivenciaram e atribuíram valores monetários fictícios para evitá-los. A coleta de dados foi realizada de agosto a outubro de 2016. **Resultados:** participaram da pesquisa 160 pacientes. Os desconfortos esperados, vivenciados e com maiores valores monetários fictícios para preveni-los foram dor (5.870), sede (2.255) e fome (2.125). Estes desconfortos apresentaram correlação significativa entre seu ranqueamento e o valor distribuído para sua prevenção. **Conclusão:** a dor foi o desconforto mais antecipado e o mais vivenciado, assim como o que teve maior valor atribuído para sua prevenção. Os desconfortos vivenciados sede, fome, fraqueza e frio ultrapassaram as expectativas de desconfortos esperados no pós-operatório imediato.

Descritores: Assistência perioperatória. Cuidados pós-operatórios. Complicações pós-operatórias. Dor. Sede.

Objective: verify the discomfort patients expect and experience in the immediate postoperative period. Method: descriptive and quantitative study pre and post-test developed at two public hospitals. In the preoperative period, the patients listed the discomfort they expected to experience among the ten most common sources of discomfort cited in the literature. In the immediate postoperative period, they indicated which discomfort they actually experienced and attached fictional amounts to avoid them. The data were collected between August and October 2016. Results: 160 patients participated in the research. The discomfort that was expected, experienced and to whose prevention the highest amounts were attached were pain (5,870), thirst (2,255) and hunger (2,125). This discomfort presented a significant correlation between the ranking and the amount attached to prevention. Conclusion: pain was the most anticipated and experienced discomfort and the highest amount was attached to its prevention. The experienced

¹ Enfermeira. Residente de Enfermagem Perioperatória pela Universidade Estadual de Londrina. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre a Sede. Londrina, Paraná, Brasil. roberthapickina@hotmail.com

² Enfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

³ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Especialista em Centro Cirúrgico. Doutorando pela Universidade Estadual de Londrina. Enfermeiro do Hospital Anísio Figueiredo. Vice-Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre a Sede do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

⁴ Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Docente Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Coordenadora do Programa de Residência em Enfermagem Perioperatória. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre a Sede, Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

sources of discomfort thirst, hunger, weakness, and cold surpassed the expected discomfort in the immediate postoperative period.

Descriptors: Perioperative care. Postoperative care. Postoperative complications. Pain. Thirst.

Objetivo: verificar las incomodidades esperadas y vividas por pacientes en el posoperatorio inmediato. Método: estudio descriptivo, cuantitativo, pre y post-prueba, desarrollado en dos hospitales públicos. En el preoperatorio, los pacientes enumeraron las incomodidades que esperaban vivir, entre diez incomodidades más comunes citados en la literatura. En el posoperatorio inmediato indicaban cuales incomodidades realmente vivieron y atribuyeron valores monetarios ficticios para evitarlas. Los datos fueron recolectados de agosto a octubre del 2016. Resultados: participaron de la investigación 160 pacientes. Las incomodidades esperadas, vividas y con mayores valores monetarios ficticios para prevenirlas fueron dolor (5.870), sed (2.255) y hambre (2.125). Estas incomodidades presentaron correlación significativa entre su ranking y el valor distribuido para su prevención. Conclusión: el dolor fue la incomodidad más anticipada y la más vivida, y también tuvo el mayor valor atribuido a su prevención. Las incomodidades vividas sed, hambre, debilidad y frío ultrapasaron las expectativas de incomodidades esperadas en el posoperatorio inmediato.

Descriptores: Atención perioperatoria. Cuidados posoperatorios. Complicaciones posoperatorias. Dolor. Sed.

Introdução

A necessidade de intervenção cirúrgica representa um evento marcante e repercute diretamente no cotidiano do indivíduo. Encarada como um risco à saúde, a cirurgia traz desequilíbrios físicos e emocionais.

O estresse pré-operatório acarreta sentimentos que podem influenciar de forma negativa a realização do procedimento e sua recuperação⁽¹⁻²⁾. Em um estudo com 106 pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca, 59,4% apresentavam níveis de ansiedade mínima e 19,8%, níveis considerados graves. Mulheres com experiência cirúrgica cardíaca prévia apresentaram escores significativamente mais elevados⁽³⁾.

O procedimento cirúrgico representa, dessa forma, uma etapa de inquietudes para o paciente, pelo temor do desconhecido e estresse gerado por procedimentos preparatórios necessários à cirurgia. Ele utiliza experiências anteriores para antecipar acontecimentos no procedimento a ser feito. Quando tem dúvidas a respeito do que vai ocorrer, utiliza meios alternativos para esclarecê-las, como a internet e relatos de pessoas mais próximas, capazes de influenciar a expectativa em relação ao ato cirúrgico e seus potenciais desconfortos⁽⁴⁾.

Os desconfortos são, quase sempre, sintomas subjetivos, detectados apenas nos relatos do paciente. No perioperatório, os desconfortos cirúrgicos, como estresse, dor, fome, sede, ansiedade

e secura na boca iniciam-se já no pré-operatório, devido ao tempo prolongado de jejum. Além disso, podem ser provenientes do procedimento anestésico-cirúrgico em si, como dor, sangramentos, fraqueza, sonolência, hipotermia, entre outros⁽⁵⁻⁶⁾.

Por se tratar de uma experiência marcadamente subjetiva, muitas vezes é preciso lançar mão de medidas alternativas para quantificar o desconforto experienciado⁽⁵⁾. Em um estudo, avaliou-se a disposição de 808 pacientes em pagar um valor fictício em dólares por antieméticos e analgésicos perfeitos que evitavam esses desconfortos no pós-operatório imediato. Os maiores valores atribuídos foram para dor (US\$ 35) e náusea (US\$ 17)⁽⁷⁾.

Avaliar as preferências dos pacientes permite melhor compreensão de suas expectativas em relação ao procedimento cirúrgico e pode guiar a conduta terapêutica a ser utilizada. A importância está no aprofundamento da compreensão de como o paciente percebe e antevê os resultados clínicos após a cirurgia, colaborando, por exemplo, na escolha do tipo de anestesia e minimizando possíveis complicações após o período cirúrgico⁽⁷⁻⁸⁾.

Procurando descrever o grau de satisfação no pós-operatório de cirurgias eletivas, uma pesquisa realizada com 514 participantes sob cuidados médicos levantou que os principais desconfortos referidos pelos pacientes submetidos a

anestesia geral foram dor (27,4%), sede (23,8%), náuseas (5,1%), vômitos (2,2%) e frio (29%). Apesar desses desconfortos, os pacientes apresentaram-se totalmente satisfeitos com a qualidade de sua recuperação anestésica⁽⁹⁾.

Muitas percepções e temores que os pacientes cirúrgicos apresentam no pré-operatório são projeções do que receiam sentir no pós-operatório imediato (POI). Para a equipe que assiste o paciente no perioperatório, essas sensações não são explícitas, assim como não se sabe quais desses desconfortos podem concretizar-se. Tais considerações levaram os pesquisadores ao seguinte questionamento: Há congruência entre os desconfortos antecipados no pré-operatório e os apresentados no pós-operatório e qual a preferência dos pacientes na prevenção desses desconfortos, quando se solicita que atribuam um valor monetário fictício para evitar sua ocorrência?

Desconfortos físicos e emocionais fazem parte da experiência cirúrgica. Conhecer a preferência do paciente na prevenção desses desconfortos é fundamental para tornar a experiência cirúrgica menos estressante e orientar a elaboração de guias para a prática. Estudos que intencionam apreender a preferência do paciente utilizam uma estratégia denominada *willingness-to-pay* (intenção de pagar). As pesquisas que utilizam essa abordagem, no entanto, estão centradas na perspectiva do anestesiológico⁽⁸⁾. Examinar as ações e expectativas de pacientes cirúrgicos no contexto da enfermagem tem significado prático para o planejamento e a implementação da assistência.

Conhecer quais são os desconfortos que os pacientes cirúrgicos acreditam que experimentarão após o ato cirúrgico e planejar ações que orientem a visita pré-operatória de enfermagem para diminuir ou atenuar as preocupações do paciente justificam a realização desta pesquisa.

Em vista disso, este estudo objetivou verificar os desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato.

Método

Estudo quantitativo, com abordagem comparativa (pré e pós-teste), conduzido em dois

hospitais públicos: o hospital A, hospital universitário, terciário, com 313 leitos, referência para trauma, com média de 600 cirurgias/mês; e hospital B, de porte secundário, com 130 leitos, referência para traumas ortopédicos de média complexidade, com média de 200 cirurgias/mês localizado em Londrina (PR), Brasil.

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, determinada pelo período de três meses (agosto-outubro) de 2016. Os critérios de inclusão foram compostos pela faixa etária entre 18-90 anos, escolaridade mínima do terceiro ano do ensino fundamental, estar orientado e consciente e internado durante o primeiro dia de pós-operatório. Como critérios de exclusão, apresentar alguma limitação de comunicação no POI. Participaram da pesquisa 218 pacientes. Destes, 58 foram excluídos por receberem alta antes de completar o primeiro dia de pós-operatório. A amostra final foi composta por 160 pacientes de ambos os sexos, submetidos a cirurgias agendadas.

A coleta de dados foi realizada em quatro momentos, mediante um roteiro estruturado. Primeiro momento: dados demográficos e clínicos. Segundo momento: enumeração dos desconfortos que o paciente esperava vivenciar no pós-operatório imediato. Os pacientes recebiam uma prancheta metálica e numerada de 1 a 10 e dez tiras imantadas com o nome de dez desconfortos pós-operatórios mais incidentes na literatura. Pediu-se a cada paciente que ordenasse as tiras de acordo com os desconfortos esperados por ele no pós-operatório imediato, considerando 1 o desconforto mais antecipado e assim, sequencialmente, até 10. Terceiro momento: no pós-operatório, os pacientes foram abordados novamente e pediu-se que repetissem a tarefa do item anterior, mas, dessa vez, considerando os desconfortos efetivamente vivenciados no pós-operatório imediato. A ordenação deveria observar a intensidade, sendo 1 o mais intenso, e 10 o menos intenso. Quarto momento: foram oferecidas dez notas monetárias fictícias, com o valor de dez unidades cada. Perguntava-se ao paciente quantas unidades monetárias fictícias ele pagaria para não

vivenciar cada desconforto que, de fato, experienciou no pós-operatório imediato.

Realizou-se estudo piloto com cinco pacientes no hospital A para refinamento do roteiro e ajustes necessários. Estes participantes foram excluídos da amostra final. A coleta de dados foi realizada de agosto a outubro de 2016, por graduandos de enfermagem treinados. No pré-operatório, pacientes internados nas enfermarias cirúrgicas que se enquadravam nos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesse período, os pacientes respondiam os dois primeiros momentos do roteiro de pesquisa. No primeiro dia de pós-operatório, os pacientes eram novamente abordados e respondiam aos dois últimos momentos do roteiro.

O processamento e a análise dos dados foram feitos em um banco de dados, em uma planilha Excel. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do *software* IBM SPSS *Statistics* versão 21.0. As características demográficas foram descritas por meio de frequência absoluta, percentuais e medidas de tendência central. Realizou-se a avaliação da normalidade das variáveis quantitativas por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk. O ranqueamento dos desconfortos foi determinado por meio da somatória dos três principais desconfortos citados pelos pacientes. Esta somatória possibilitou a ordenação dos desconfortos, respeitando-se a ordem de sua frequência de citação.

Para avaliar a significância das mudanças relacionadas aos desconfortos antecipados com os desconfortos que foram vivenciados no pós-operatório imediato, utilizou-se o teste de McNemar. A variável de valor monetário fictício apresentou

distribuição não paramétrica, sendo apresentada por meio de mediana e intervalo interquartil (P25-P75). A correlação entre os desconfortos e o valor monetário fictício distribuído pelos pacientes para evitar o desconforto foi realizada por meio do teste de correlação de *Spearman*. Para todos os testes, adotou-se o nível de significância igual a 5% ($p < 0,05$).

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CAAE: 56033616.0.0000.5231).

Resultados

A amostra foi constituída de 160 pacientes, distribuídos nos dois hospitais (Hospital A $n=79-49,4\%$ / Hospital B $n=81-50,6\%$). Predominou o sexo masculino ($n=87-54,4\%$), estado civil casado ($n=85-53,1\%$), e cirurgia eletiva ($n=117-73,1\%$). A ausência de comorbidades foi prevalente ($n=118-73,8\%$), seguida da hipertensão arterial sistêmica ($n=26-16,3\%$) e diabetes *mellitus* ($n=12-7,6\%$). A clínica cirúrgica com maior representação foi a ortopédica ($n=65-40,6\%$) seguida da cirurgia geral ($n=47-27,5\%$), vascular ($n=16-10\%$), urológica ($n=10-6,3\%$) e outras clínicas ($n=35-15,7\%$). A média de idade foi de 43,64 anos, variando de 18 a 84 anos (DP:15,8). Experiência cirúrgica prévia foi predominante ($n=123-76,9\%$) e a dor foi o desconforto mais lembrado ($n=45-36,6\%$).

A ocorrência de desconfortos no POI da cirurgia atual foi antecipada por 150 (93,8%) pacientes. Os desconfortos que eles presumiam que iriam sentir durante o pós-operatório imediato e os que de fato vivenciaram naquele período estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Congruência entre o ranqueamento dos desconfortos antecipados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. Londrina, Paraná, Brasil – 2016 (N=160) (continua)

Desconforto	Antecipados			Vivenciados			p*
	n	%	Ranking	n	%	Ranking	
Dor	123	76	1	93	58	1	0,57
Sede	56	35	2	90	56	2	0,00
Fome	52	32	3	65	41	3	0,00
Frio	38	24	6	45	28	4	0,00
Ansiedade	48	30	4	41	26	5	0,03

Tabela 1 – Congruência entre o ranqueamento dos desconfortos antecipados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. Londrina, Paraná, Brasil – 2016 (N=160) (conclusão)

Desconforto	Antecipados			Vivenciados			P*
	n	%	Ranking	n	%	Ranking	
Fraqueza	48	30	5	32	20	6	0,16
Náusea	36	22	7	31	23	7	0,00
Tremores	12	7	10	20	12	8	0,00
Vômito	29	18	9	13	8	9	0,01
Sangramento	34	21	8	12	7	10	0,72

Fonte: Elaboração própria.

* Teste de McNemar.

Os valores monetários fictícios atribuídos pelos pacientes para evitar o desconforto vivenciado, caso fosse possível, estão apresentados na

Tabela 2, distribuídos em relação à mediana e intervalos interquartis.

Tabela 2 – Distribuição de valores monetários fictícios em relação à prevenção dos desconfortos vivenciados no pós-operatório imediato. Londrina, Paraná, Brasil – 2016 (N=160)

Desconforto	Pacientes que atribuíram valores monetários		Valor Monetário Fictício Mediana		Valor Monetário Total
	n*	%	Intervalo Interquartil	P25-P75	
Dor	92	57	50	40-100	5870
Sede	73	46	20	10-50	2255
Fome	61	38	30	12,5-50	2125
Frio	36	22	30	10-50	1095
Ansiedade	36	22	30	20-50	1445
Náusea	26	16	30	20-30	920
Vômito	9	6	50	15-50	540
Fraqueza	36	22	20	10-50	680
Tremores	20	12	15	10-20	345
Sangramento	24	15	10	0-20	305

Fonte: Elaboração própria.

* Os pacientes poderiam atribuir um valor a mais de um desconforto, desde que não ultrapassem 100 unidades fictícias.

A Tabela 3 demonstra a correlação entre os desconfortos vivenciados no POI e a distribuição,

por parte do paciente, de unidades monetárias fictícias para prevenção desses desconfortos.

Tabela 3 – Correlação entre desconfortos vivenciados no pós-operatório imediato e valor monetário fictício para evitá-los. Londrina, Paraná, Brasil – 2016 (N=160) (continua)

Desconfortos	Rho de Spearman	P*
Dor	-0,294	0,00
Sede	-0,550	0,00
Fome	-0,661	0,00
Ansiedade	-0,621	0,00
Fraqueza	-0,355	0,03
Frio	-0,683	0,00
Náusea	-0,693	0,00
Sangramento	-0,292	0,17

Tabela 3 – Correlação entre desconfortos vivenciados no pós-operatório imediato e valor monetário fictício para evitá-los. Londrina, Paraná, Brasil – 2016 (N=160) (conclusão)

Desconfortos	Rho de Spearman	P*
Tremores	-0,670	0,00
Vômito	-0,648	0,05

Fonte: Elaboração própria.

* Coeficiente de correlação de Spearman.

Nota: O rho de Spearman apresentou valores negativos devido ao ranqueamento ser realizado do mais indesejável desconforto para o menos indesejável.

Discussão

Este estudo apresentou uma abordagem inovadora, por permitir ao paciente explorar expectativas existentes no pré-operatório em relação aos desconfortos que poderia sentir, confrontando com os desconfortos que de fato experienciou no POI. Além disso, obteve do paciente uma classificação por importância de cada um desses desconfortos. É necessário criar mecanismos pelos quais o paciente possa expor seus temores para se estabelecer orientação pré-operatória adequada, buscando abrir um espaço de diálogo com ele, permitindo-lhe falar de seus temores, de experiências passadas, ajudando-o a discernir a realidade, distinguindo-a de mitos e medos⁽¹⁰⁾.

Outro fator relevante foi a oportunidade de os pacientes classificarem monetariamente o desconforto, atribuindo-lhe um valor que, se fosse possível, pagariam para poder evitá-lo. A classificação monetária teve papel expressivo, pois auxiliou no entendimento, tornando-os mais palpáveis para o paciente e de mais fácil interpretação para os pesquisadores o quanto importante seria evitar o desconforto.

A maioria dos pacientes já havia sido submetida a procedimentos cirúrgicos anteriores. Esse fato pode impactar o paciente em seu modo de encarar o novo procedimento, pois as memórias dessas experiências podem ser positivas ou negativas. Pacientes que, em experiência cirúrgica anterior, não apresentaram desconforto significativo mostram-se mais otimistas frente ao novo procedimento^(1,4). A memória de um ou mais desconfortos durante o POI em cirurgias prévias

deflagra lembranças negativas da experiência cirúrgica, ainda mais se as intervenções de alívio não foram totalmente eficazes.

A maioria dos pacientes relatou esperar algum desconforto após o procedimento cirúrgico. Pacientes que passaram por cirurgia prévia supunham que os desconfortos seriam os mesmos sentidos anteriormente. Declararam buscar na internet informações sobre seu procedimento cirúrgico, independentemente de terem ou não tido experiências anteriores. Também relataram fazer perguntas a outros pacientes cirúrgicos alocados na mesma enfermaria a respeito do procedimento e seus desconfortos.

Pesquisar na internet sobre o procedimento cirúrgico possibilita ao paciente atuar ativamente com a equipe de saúde em seu cuidado. Todavia, é difícil controlar a qualidade das informações adquiridas, podendo trazer malefícios àqueles que se informam equivocada ou erroneamente^(5,12).

A dor foi o desconforto mais lembrado das experiências cirúrgicas prévias. De alta incidência, chega a atingir até 80% dos pacientes que passam por algum tipo de cirurgia, justificada pelo trauma tecidual causado durante o procedimento cirúrgico⁽¹¹⁾.

A percepção da dor varia entre os indivíduos e as diversas culturas, podendo estar associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos. O fato de o paciente mencionar enfaticamente esse desconforto, na antecipação dos desconfortos, como sua alta prevalência no POI, reforça a necessidade de se atentar para a dor do paciente cirúrgico⁽¹³⁾.

Os desconfortos sede, fome, frio, ansiedade, náusea, tremores e vômitos apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação à mudança no ranqueamento dos desconfortos antecipados e os vivenciados ($p < 0,05$). Este resultado reforça que os desconfortos que recebem menor atenção por parte dos pacientes no pré-operatório são os que de fato causam distresse no POI.

Neste estudo, a dor apresentou-se como o desconforto mais antecipado no pré e se confirmou como o mais vivenciado no POI. A dor, a sede e a fome repetiram-se como as mais prevalentes, havendo, assim, congruência entre os desconfortos antecipados pelos pacientes e os que foram de fato vivenciados no pós-operatório imediato.

Nove dos desconfortos elencados apresentaram correlação significativa entre a classificação e o valor monetário fictício empregado para evitá-los no POI ($p < 0,5$). Apenas sangramento não apresentou correlação significativa ($p = 0,17$). Isto deve-se principalmente à baixa frequência de citação tanto na expectativa quanto em sua ocorrência no POI. Além disso, o sangramento teve um total de apenas 305 unidades monetárias fictícias alocadas para sua prevenção.

Os pacientes atribuíram à dor o maior quantitativo de valores monetários fictícios, demonstrando a ênfase em evitar este desconforto. Em estudos que também utilizaram a atribuição monetária como desfecho avaliado, observou-se que os pacientes estavam dispostos a pagar, em média, US\$ 50,00 para não sentir dor no POI⁽⁷⁻⁸⁾.

Em uma pesquisa com 134 pacientes, para avaliar a dor no pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas, constatou-se que 65,7% relataram tal desconforto. Esses resultados evidenciam que a dor ocupa posição central quando se trata de desconfortos antecipados e experienciados. Ressaltam também que, mesmo se apresentando incidente e indesejável, continua subtratada e subvalorizada no período pós-operatório⁽²⁾.

Observou-se, porém, que sede e fome excederam a expectativa que os pacientes atribuíram no pré-operatório. A sede, sintoma pouco

valorizado na prática clínica, apresenta-se em segundo lugar como antecipado e vivenciado. Foi antecipada na fase pré-operatória, mas cresceu em importância, pois os pacientes elencaram-na entre as três primeiras posições no pós-operatório, praticamente equiparando-a à dor em relação aos desconfortos de fato vivenciados ($p < 0,05$).

Os resultados deste estudo evidenciaram que a sede sobrepuja outros sintomas. Muitos pacientes apresentaram sede de forma intensa no POI e gostariam de ter a possibilidade de não experimentar tal desconforto. Em outro estudo, pacientes relacionaram sede com sensação de boca seca, língua grossa, sensação de sufocação, garganta seca e ansiedade para beber água. Além disso, faziam uso de analogias como “deserto”, “camelo” e alusões a pensamentos de morte, quando buscavam descrever o sofrimento causado pelo sintoma⁽¹⁴⁾.

A sede também foi relatada em outros estudos com estratégias semelhantes à utilizada nesta pesquisa. Em um estudo⁽⁸⁾ com 132 pacientes, a sede foi classificada em último lugar na lista de desconfortos que o paciente antecipava sentir no POI. Acredita-se que essa diferença no ranqueamento provém principalmente do fato de os pacientes terem sido abordados no pré-operatório e não tinham vivenciado esse desconforto no procedimento atual. Os pacientes que possuíam experiências prévias ($n = 95$) relataram que a sede foi o quarto desconforto mais lembrado (18,1%), ficando atrás da náusea (31,6%), da dor (30,5%) e de vômito (25,3%)⁽⁸⁾.

No paciente cirúrgico, a dor pode ser desencadeada por fatores que interferem na osmolaridade ou no equilíbrio volêmico, como o tempo de jejum pré-operatório, estado emocional, perda de sangue no intraoperatório, administração de medicações anticolinérgicas e opioides, além da manutenção da abertura da cavidade oral durante o procedimento anestésico. Esses fatores interferem diretamente na presença e intensidade da sede durante todo o período perioperatório^(5,15-16).

O frio também foi vivenciado pelos pacientes durante o pós-operatório imediato. A hipotermia

altera as funções do centro termorregulador e está relacionada com fatores no intraoperatório, medicações, infusão de substâncias geladas no período cirúrgico, podendo levar a uma série de complicações, como aumento da taxa de infecção de sítio cirúrgico, sangramentos, elevação do gasto energético, além da insatisfação do paciente⁽¹⁷⁾.

A ansiedade durante o pré-operatório foi classificada em quarto lugar, e está relacionada com o temor do desconhecido, dúvidas sobre o procedimento anestésico e sensação de vulnerabilidade. A ansiedade pode originar resultados negativos no pós-operatório imediato, pela possível perda de autonomia por determinado período e preocupação em não receber cuidado adequado da equipe. Entretanto, nos desconfortos vivenciados no POI, a ansiedade caiu para quinto lugar⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A náusea, apesar de se classificar em sétimo lugar nesta pesquisa tanto nos desconfortos antecipados quanto nos vivenciados, apresenta destaque na literatura médica. Estudo realizado com 808 pacientes avaliava a disposição de pagamentos para antieméticos e analgésicos profiláticos em cirurgias eletivas. Tais pacientes eram avaliados um dia antes e duas semanas após a cirurgia. A avaliação baseava-se no máximo de dinheiro disposto a ser pago para evitar náuseas, vômitos e dor. Evidenciou-se que a náusea é incidente no pós-operatório imediato e que os pacientes pagariam entre US\$ 11,82 e US\$ 17 para não a vivenciar⁽⁷⁾.

Outro estudo realizado com 80 pacientes cirúrgicos, submetidos a cirurgias eletivas sob anestesia geral, evidenciou que em média estavam dispostos a pagar cerca de US\$ 56,00 para evitar náuseas e vômitos. Do total de participantes, 26% daqueles que foram submetidos à pesquisa desenvolveram náuseas e estavam dispostos a pagar entre US\$ 73,00 e 11% estavam dispostos a pagar em torno de US\$ 100,00. O valor oferecido aos pacientes estava entre US\$ 0,00 e US\$ 500,00. Para evitar tais desconfortos, antieméticos seriam oferecidos pelo hospital participante da pesquisa⁽²⁰⁾.

A importância de estudos com estratégias semelhantes reside no fato de ampliar a compreensão de quais desconfortos são mais antecipados e quais são de fato vivenciados por pacientes na prática clínica diária. Esse conhecimento contribui também para o planejamento individual de ações, a fim de evitar tais sintomas, influenciando positivamente na experiência cirúrgica dos pacientes e acelerando seu processo de recuperação e internação⁽⁷⁻⁸⁾.

O ambiente perioperatório, atualmente, traz um vasto campo de estudos, porém encontrar pesquisas semelhantes ou que apresentassem o mesmo método foi desafiador e trouxe limitações em relação à discussão dos dados encontrados. Outra limitação, apresentada no momento da coleta de dados pelos pesquisadores, está relacionada à disponibilidade do paciente para responder à pesquisa. Muitos pacientes receberam alta hospitalar logo na saída da sala de recuperação ou então, devido a complicações, foram encaminhados à unidade de terapia intensiva.

Conclusão

Os principais desconfortos antecipados no pré-operatório para o POI incluíram dor, sede e fome. Estes resultados, portanto, demonstram congruência com os desconfortos realmente vivenciados. Os desconfortos vivenciados sede, fome, fraqueza e frio ultrapassaram as expectativas de desconfortos esperados no POI.

Os maiores valores monetários totais foram atribuídos à dor, sede, fome, que condizem com a presença dos desconfortos relatados pelos pacientes. Os resultados deste estudo reforçam que os desconfortos após o procedimento são conhecidos e aguardados pelos pacientes. A busca de informações sobre o procedimento pode ser por meio de observação e questionamentos a pacientes que já realizaram a cirurgia, conversa com os profissionais ou então em sites na internet.

A sede tem se tornado um foco importante de pesquisa, principalmente pelo alto grau de

prevalência e intensidade do desconforto e também pela falta de ações de cuidado.

Os resultados deste estudo podem ser utilizados na elaboração de estratégias para a orientação do paciente no pré-operatório pela equipe de saúde. O conhecimento dos desconfortos mais temidos pelos pacientes propiciará à equipe atuar tanto na realização de ações que previnam sua ocorrência como em medidas de identificação e ação precoce no POI. Estas medidas aumentam a segurança e a qualidade da experiência cirúrgica, incrementando a satisfação do paciente com o cuidado prestado.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Robertha Pickina Juvencio Silva, Ana Raquel Pontello Rampazzo, Leonel Alves do Nascimento e Ligia Fahl Fonseca;
2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Robertha Pickina Juvencio Silva, Ana Raquel Pontello Rampazzo, Leonel Alves do Nascimento e Ligia Fahl Fonseca;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Robertha Pickina Juvencio Silva, Ana Raquel Pontello Rampazzo, Leonel Alves do Nascimento e Ligia Fahl Fonseca.

Referências

1. Amorim TV, Arreguy-Sena C, Alves MS, Salimena AMO. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: Teoria do Cuidado Transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 5];67(4):568-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0568.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670411>
2. Barbosa MH, Corrêa TB, Araújo NF, Silva JA, Moreira TM, Andrade EV, et al. Dor, alterações fisiológicas e analgesia nos pacientes submetidos a cirurgias de médio porte. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 10];16(1):142-50. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a17.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20991>
3. Gonçalves KKN, Silva JI, Gomes ET, Pinheiro LLS, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 10];69(2):397-403. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200397&script=sci_arttext&tlng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690225i>
4. Camponogara S, Gonçalves SAS, Silveira M, Viero CM, Barros CS, Cielo C. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 15];16(3):382-90. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/541>. doi: <http://www.doi.org/S1415-27622012000300010>
5. Conchon M, Nascimento LA, Fonseca LF, Aroni P. Perioperative thirst: an analysis from the perspective of the Symptom Management Theory. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 June 2];49(1):122-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100122. doi: 10.1590/S0080-62342015000100016
6. Pierotti I, Fracarolli IL, Fonseca LF, Aroni P. Avaliação da intensidade e desconforto da sede perioperatória. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2017 June 2];22(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300204&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0375
7. Van den Bosch JE, Bonsel GJ, Moons KG, Kalkman CJ. Effect of postoperative experiences on willingness to pay to avoid postoperative pain, nausea, and vomiting. *Anesthesiol* [Internet]. 2006 [cited 2017 Jun 2];104(5):1033-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16645456>
8. Look X, Mok MUS, Tay YS, Abdullah HR. How do Singapore Patients view post-anesthesia adverse outcomes? A single-centre willingness-to-pay study. *Singapore Med J* [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 24];59(5):264-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28805235>
9. Arellano JGDR, Escobar IC, Martínez GP, Díaz IM. Satisfacción de la recuperación anestésica postoperatoria, según escala em pacientes con anestesia general y neuroaxial. *Rev Mexicana Anesthesiol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 24];40(4):264-327. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma174c.pdf>
10. Ascari RA, Neiss M, Sartori AA, Silva OM, Ascari TM, Galli KSB. Perceptions of surgical patient during preoperative period concerning nursing

- care. Rev Enferm UFPE on line. 2013 [cited 2018 Aug 24];7(4):1136-44. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4220>
11. Huang APS, Sakata RK. Dor após esternotomia - revisão. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 10];66(4):397-401. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rba/v66n4/pt_0034-7094-rba-66-04-0395.pdf doi: 10.1016/j.bjan.2014.09.003
 12. De Martino I, D'Apolito R, McLawhorn AS, Fehring KA, Sculco PK, Gasparini G. Social media for patients: benefits and drawbacks. Curr Rev Musculoskelet Med [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 15];10(4):141-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28110391>. doi: 10.1007/s12178-017-9394-7
 13. Nascimento LA, Cardoso MG, Oliveira SA, Quina E, Sardinha DSS. Pain management: evaluation of practices adopted by health professionals of a secondary public hospital. Rev dor [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 25];17(2):76-80. Available from: doi <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160019>
 14. Silva LCJR, Aroni P, Fonseca LF. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. Rev SOBECC [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 3];21(2):75-81. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/16662/sobecc-v21n2_75-81_pt.pdf. doi: 10.5327/Z1414-4425201600020003
 15. Arai S, Stotts N, Puntillo K. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. Am J Crit Care [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 15];22(4):328-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817822>. doi: 10.4037/ajcc2013533
 16. Arai SR, Butzlaff A, Stotts NA, Puntillo KA. Quench the thirst: lessons from clinical thirst trials. Biol Res Nurs [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 28];16(4):456-66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Quench+the+thirst%3A+lessons+from+clinical+thirst+trials>. doi: 10.1177/1099800413505900
 17. Iden T, Höcker J. Prevention of perioperative hypothermia – guidelines for daily clinical practice. Anäst Intensiv Notfall Schmerz [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 2];52(7-8):554-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28743152>. doi: 10.1055/s-0041-103653
 18. Santos MMB, Martins JCA, Oliveira LMN. A ansiedade, depressão e estresse no pré-operatório do doente cirúrgico. Rev Enferm Ref [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 7];4(3):7-15. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300002. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>
 19. Zietek P, Zarzycka B, Zietek J, Stepien-Slodkowska M, Sienko-Awierianow E, Kotrych D, et al. The impact of caregivers' anxiety on patients' anxiety before fast-track knee arthroplasty. Acta Chir Orthop Traumatol Cech [Internet]. 2017 [cited 2017 June 25];84(4):292-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28933332/>
 20. Gan TJ, Sloan F, Dear LG, Moalem HE, Lubarsky DA. How much are patients willing to pay to avoid postoperative nausea and vomiting? Anesth Analg [Internet]. 2001 [cited 2017 Oct 10];92(2):393-400. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/c7ae/286fed92a77a66b5d7e6b3799e7536324cc9.pdf>

Recebido: 29 de março de 2018

Aprovado: 3 de setembro de 2018

Publicado: 26 de novembro de 2018



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.