

# INFLUÊNCIA DA ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA SOBRE A ATITUDE DO PACIENTE NA MOBILIZAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

*Ana Maria Amorim Müller* \*  
*Barbara Celis Borges Macuco* \*  
*Naira Maria Lima Brandão* †

RESUMO: O trabalho procura avaliar a eficácia da orientação pré-operatória para a execução dos exercícios de respiração profunda, tosse e movimentação no período pós-operatório.

## I- INTRODUÇÃO

### 1. Delimitação do problema

A orientação pré-operatória é um instrumento que faz parte do processo de Enfermagem que, segundo Horta, atende às necessidades básicas do indivíduo e o torna independente da assistência pelo ensino do autocuidado, permitindo ao paciente atuar sobre a sua recuperação no período pós-operatório. Esta atividade do enfermeiro é, fundamentalmente, preventiva e visa diminuir os riscos de ocorrência de complicações, principalmente respiratórias e circulatórias após cirurgia.

A alta incidência destas complicações implicou na preconização, por vários autores como CASH<sup>3</sup>, SMITH<sup>4</sup>, BRUNNER<sup>2</sup> e ALVES<sup>1</sup>, da mobilização do paciente no período pós-operatório, compreendendo exercícios de movimentos ativos, de respiração profunda e de tosse.

Com o objetivo de operacionalizar esta mobilização do paciente, criaram-se, na instituição em estudo, as rotinas de assistências ao paciente cirúrgico, que abrangem o ensino e demonstração dos exercícios no pré-operatório do que deverá ser realizado no pós-operatório.

---

\* Formandas da Escola de Enfermagem da UFRGS. Trabalho apresentado à disciplina Administração Aplicada à Enfermagem.

Pretendendo identificar a atuação do enfermeiro na área de prevenção de complicações após cirurgias abdominais e para atender a uma exigência da disciplina de administração aplicada à Enfermagem, realizou-se este estudo a fim de verificar a eficácia da orientação pré-operatória, através da avaliação da execução de exercícios de movimentação ativa, respiração profunda e tosse no período pós-operatório.

## 2. Objetivos

Pressupondo-se que todos os pacientes integrantes da população em estudo, devam ter recebido orientação pré-operatória quanto à execução de exercícios respiratórios, tosse e movimentação no pós-operatório, segundo as rotinas da unidade, propusemos os seguintes objetivos para desenvolvimento do trabalho:

- Avaliar a eficácia da orientação pré-operatória para execução de respiração profunda, tosse e movimentação no período pós-operatório.
- Oferecer à unidade de internação subsídios quanto ao preparo pré-operatório de seus pacientes.
- Verificar se os pacientes já submetidos à cirurgia respondem mais eficientemente aos exercícios, que os pacientes que não se submeteram.
- Identificar as principais justificativas para a não realização dos exercícios.
- Identificar os principais fatores que motivam o paciente na realização destes exercícios.

## 3. Hipótese

A motivação do paciente, no período pós-operatório para a realização de exercícios de respiração profunda, exercícios de tosse e de movimentação ativa, está intimamente ligada à orientação pré-operatória.

## II— REVISÃO DA LITERATURA

Sabe-se que os aparelhos respiratórios e circulatórios são os dois alvos mais importantes de complicações no período de recuperação pós-operatória de indivíduos submetidos à intervenção cirúrgica abdominal.

DRAIN<sup>2</sup> afirma que a dor incisional é um dos fatores que predispõe a uma respiração superficial. Sendo a dor uma experiência individual deve-se levar em consideração, no seu tratamento, não só o esta-

do físico do paciente, como também a grande variedade de influências sociológicas e psicológicas que fazem parte da percepção da dor pelo paciente. A dor pós-operatória é governada, em grande parte, pelo local e natureza da operação. Os pacientes submetidos a cirurgias abdominais geralmente experimentam mais dor.

MACCLAIN<sup>6</sup> diz que as afecções pulmonares, provavelmente, são as mais sérias de todas as complicações pós-operatórias. Muitas delas, contudo, podem ser evitadas, através da boa assistência de enfermagem.

CASH<sup>3</sup> e WATSON<sup>11</sup> citam que as principais complicações são a bronquite e o colapso pulmonar pós-operatório. Estas complicações podem conduzir à broncopneumonia, bronquiectasia ou ao abscesso pulmonar. Os fatores que predispoem a estas complicações são o aumento da formação de secreções e a diminuição da capacidade de eliminá-las. O colapso parcial dos pulmões se produz geralmente, no espaço de 24 a 48 horas depois da operação.

DRAIN<sup>4</sup> menciona que a promoção da boa função respiratória é uma prioridade de enfermagem para o paciente o qual foi submetido a uma cirurgia abdominal. O paciente deve ser incentivado freqüentemente a respirar fundo, tossir e mudar de posição, para prevenir complicações respiratórias.

ALVES<sup>1</sup> recomenda para a profilaxia de complicações respiratórias iniciarmos com a mudança de decúbito, de modo a não dificultar as incursões respiratórias; mobilizarmos o enfermo para evitar a estase pulmonar, ao mesmo tempo que recomendamos a prática de exercícios lentos e profundos em série de dez, várias vezes ao dia.

CASH<sup>3</sup> diz que o primeiro princípio de tratamento é ensinar o paciente a usar seus pulmões sendo essencial um esclarecimento sobre o valor da respiração eficaz. O segundo princípio do tratamento se baseia sobre a propensão de acumulação de secreções. É importante ensinar o paciente a tossir com um mínimo de esforço e dor. Todos estes exercícios devem ser demonstrados e ensinados no período pré-operatório para que haja cooperação eficaz do paciente.

SOUZA<sup>9</sup> após estudos conclui que, desde que as condições gerais e cirúrgicas, assim o permitam, a mobilização do paciente no leito ou deambulando, é o meio mais seguro para evitar o acúmulo de secreção pulmonar e uma recuperação cirúrgica mais precoce.

SMITH<sup>8</sup> discorre sobre os exercícios com os membros inferiores afirmando que estes não são complicados, podem ser ensinados facilmente no pré-operatório e recordados depois da cirurgia. Comenta ainda sobre o significado da deambulação é o de caminhar e não sentar e tudo o que é feito é auxiliar o paciente a sentar-se numa cadeira por

uma manhã e deixá-lo ali até a noite. O paciente deve sentar-se durante períodos breves, fazer pequenos passeios freqüentes e alternar com o descanso na cama.

BRUNNER<sup>2</sup> orienta que a quase todos os tipos de pacientes cirúrgicos permite-se e encoraja-se a saída do leito dentro de 24 a 48 horas, após a operação, pois isto reduz complicações pós-operatórias. A deambulação aumenta as trocas respiratórias e auxilia na prevenção da estase de secreções brônquicas dentro do pulmão, aumentando também a velocidade da circulação das extremidades, impedindo assim a estase do sangue venoso. A velocidade da cicatrização nos ferimentos é mais rápida quando a deambulação é iniciada mais cedo.

CASH<sup>3</sup> afirma que os exercícios devem ser poucos e simples, de forma que o paciente seja capaz de recordá-los e de praticá-los por iniciativa própria, a intervalos freqüentes durante o dia, sendo a movimentação precoce a melhor forma de prevenir ou reduzir as principais complicações, decorrentes de operações abdominais, relacionadas à mecânica corporal.

WATSON<sup>11</sup> menciona que a importância da respiração profunda, tosse, exercícios de movimentação e deambulação precoce, que será uma parte do cuidado pós-operatório, se trata individualmente com o paciente. Demonstrações destas atividades, pela enfermeira, e sua prática, pelo paciente, devem acompanhar a explicação, para que seja mais fácil realizar-se depois da operação e assegurar maior cooperação do paciente, na participação de sua recuperação.

### III – MATERIAL E MÉTODO

#### 1. Campo de Pesquisa

O trabalho foi desenvolvido em uma unidade de clínica cirúrgica geral, de um hospital de ensino universitário e de grande porte, na cidade de Porto Alegre.

#### 2. População e Amostra

A população de estudo constituiu-se de pacientes no segundo dia pós-operatório de cirurgias abdominais, compreendendo intervenções no trato gastrointestinal, incluindo fígado, vesícula biliar, pâncreas e baço, e cirurgias geniturinárias, realizadas por via transabdominal, submetidos a qualquer tipo de anestesia.

O segundo dia pós-operatório foi um critério de escolha para a seleção da amostra, por ser este, um marco de referência na recuperação do paciente, segundo BRUNNER<sup>2</sup>.

A amostra constitui-se de 20 pacientes, observados durante o período de 06.11.82 a 20.11.82. Destes, oito tinham experiência com cirurgia anterior e doze nunca haviam se submetido à intervenção cirúrgica. As observações ocorreram durante o período de estágio das alunas da disciplina de Administração Aplicada à Enfermagem — ENF. 305, do currículo do curso de graduação, durante o turno da manhã.

A fim de controlar algumas variáveis, estabeleceu-se os seguintes critérios para selecionar a amostra:

- os pacientes deveriam ter recebido orientação pré-operatória pelas enfermeiras da unidade de internação, conforme rotina, sem intervenção das alunas que executaram este estudo;
- os pacientes não poderiam apresentar complicação pós-operatória, que impedissem a sua mobilização neste período;
- os pacientes não poderiam ser de cirurgia de emergência.

### 3. Instrumento

O instrumento foi elaborado com o objetivo de avaliar o comportamento do paciente no 2º dia pós-operatório com relação aos exercícios de respiração, tosse e movimentação ativa.

Para elaborar o instrumento foram listados os exercícios essenciais preconizados pela literatura (DRAIN<sup>4</sup>, CASH<sup>3</sup>, SMITH<sup>8</sup>, WATSON<sup>11</sup>) à rápida recuperação do paciente no período pós-operatório.

O instrumento constitui-se de duas partes.

A primeira parte apresenta um quadro onde inseriu-se os exercícios listados e a atitude do paciente em relação a estes. Na segunda parte, formulou-se duas perguntas que permitem respostas abertas. O modelo de instrumento aplicado encontra-se no anexo I.

### 4. Procedimento para coleta de dados

Para coleta de dados utilizou-se a técnica de observação, ou seja, o acompanhamento direto da evolução do paciente. Esta observação foi feita pelas autoras do trabalho, através de visitas constantes e de curta duração à enfermaria do paciente, pois o regime de solicitação (anexo III) empregado pela equipe de enfermagem da unidade de internação nos permite visualizar o comportamento deste frente aos itens observados.

Com o objetivo de não mascarar os dados colhidos, quanto ao tipo de solicitação feito pelo funcionário e quanto à resposta do paciente, as observadoras não interferiram no processo de solicitação da execução dos exercícios, nem informaram aos funcionários e aos pacientes sobre o foco da observação.

Para aplicar o instrumento, as autoras avaliaram e classificaram em três níveis (anexo II) as atitudes do paciente durante a realização dos exercícios, para posteriormente preencherem o quadro constante na primeira parte. Após a observação foram dirigidas, verbalmente, ao paciente as perguntas que compõe a segunda parte do instrumento.

## 5. Apuração dos resultados

Após a conclusão das observações fez-se a apuração dos dados através de processamento manual. Optamos pelo cálculo da frequência relativa, expressa em termos de porcentagem e da frequência absoluta, expressa pelo número de observações realizadas, com a finalidade de demonstrar a importância de cada exercício dentro do contexto como um todo.

## IV— DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo visa apresentar a discussão dos resultados no estudo dos vinte pacientes de cirurgia abdominal dos quais oito haviam se submetido anteriormente à cirurgia e doze realizaram intervenção cirúrgica pela primeira vez.

TABELA I  
INFLUÊNCIA DA ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NA EXECUÇÃO DE EXERCÍCIOS DE MOVIMENTAÇÃO ATIVA, RESPIRAÇÃO PROFUNDA E TOSSE NO 2º DIA PÓS-OPERATÓRIO

NÍVEL DE COMPORTAMENTO EXERCÍCIOS	REALIZA C/ EFICIÊNCIA		INEFICIENTE		NÃO REALIZA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- EXERCITA ATIVAMENTE OS Músculos	13	65	4	20	3	15	20	100
2- REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	10	50	3	15	7	35	20	100
3- SAI DO LEITO P/SENTAR NA CADEIRA	16	80	2	10	2	10	20	100
4- SAI DO LEITO P/DEAMBULAR	12	60	3	15	5	15	20	100
5- REALIZA EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA	9	45	9	45	2	10	20	100
6- REALIZA EXERCÍCIOS DE TOSSE	5	25	9	45	6	30	20	100
TOTAL	65	54,17	30	25	25	20,83	120	100

Elaborou-se a Tabela I com o objetivo de constatar o comportamento do paciente no período pós-operatório, com relação às orientações recebidas no pré-operatório. Verifica-se que das 120 observações realizadas, que correspondem aos 6 exercícios propostos, distintamente, para cada um dos vinte pacientes, 54,17% são executados com eficiência, 25% são feitos de modo ineficiente e os restantes 20,83% não são realizados.

Estes dados alertam para o fato de que mesmo os pacientes que recebem orientação pré-operatória sofrem interferências no seu processo de assimilação das informações, além disso as condições físicas próprias do pós-operatório de cirurgia abdominal prejudicam a resposta do paciente no que diz respeito aos exercícios.

Considera-se que este índice de eficiência (54,17%) na realização dos exercícios é baixo tendo em vista que todos os pacientes recebem orientação pré-operatória.

No entanto, estes resultados estão limitados pelas inúmeras variáveis não consideradas neste estudo, prejudiciais à interação enfermeiro-paciente antes da cirurgia, sem falar nas interferências que surgem após a mesma. Podemos citar como alguns destes fatores limitantes, o estado psicológico do paciente ante a perspectiva da cirurgia e o pequeno espaço de tempo entre a internação e o ato cirúrgico. Geralmente os pacientes são admitidos em torno das 17 horas e vão para o bloco cirúrgico no início do turno da manhã.

ROBINSON<sup>7</sup>, diz ser a tarde do dia anterior à cirurgia um período particularmente difícil para o paciente; é quando ele mais luta com suas apreensões e medos.

FONTES<sup>5</sup>, cita que o contato freqüente com o paciente é extremamente útil, propiciando uma íntima relação entre o paciente e o enfermeiro que resulta, particularmente eficaz no pós-operatório, quando as solicitações de deambulação, tosse e exercícios são prontamente atendidas.

Os dados mostram que o maior índice de eficiência, na tabela, dos exercícios realizados é a saída do leito e para ir sentar na cadeira (80%) seguidos dos movimentos ativos com os membros inferiores (65%). O que sugere uma maior facilidade no desempenho destas atividades, pelo fato de não envolverem, de maneira significativa, uma tensão excessiva na musculatura abdominal, sendo que a flexão é inclusive, um fator de alívio da tensão na linha incisional.

Verifica-se, pelas freqüências relativas apresentadas, que a maior concentração de ineficiência dos itens apresentados e observados é evidenciada na execução de exercícios de respiração profunda (45%) e

tosse (45%), sendo que os exercícios de tosse é o segundo tópico com mais alto número de não realização (30%). Infere-se que estas percentagens negativas estão relacionadas com o envolvimento da parede abdominal durante a efetivação destas atividades, causando ao paciente dor e desconforto, além do medo de mitos da possível ruptura dos pontos e evisceração dos órgãos.

A mudança de decúbito foi o item que apresentou a maior incidência no nível comportamental de não realizado (35%). Provavelmente, este dado obtido, esteja ligado aos índices de saída do leito para sentar na cadeira de 0% e/ou para deambular 60%.

Um resultado expressivo encontrado foi o percentual de realização eficiente da saída do leito para deambular (60%), quando BRUNNER, CASH e SOUZA recomendam a deambulação precoce a quase totalidade dos pacientes submetidos à cirurgia. Acrescenta-se a este dado o percentual de não realização desta atividade (25%) e de realização ineficiente (15%) que reforçam a disparidade acima comentada.



TABELA II  
COMPARAÇÃO ENTRE ATITUDES DE PACIENTES QUE SE SUBMETERAM E QUE NÃO SUBMETERAM À CIRURGIA ANTERIOR

a) SUBMETIDOS								b) NÃO SUBMETIDOS							
NÍVEL DE COMPORTAMENTO EXERCÍCIOS	REALIZA C/ EFICIÊNCIA		INEFICIENTE		NÃO REALIZA		TOTAL	NÍVEL DE COMPORTAMENTO EXERCÍCIOS	REALIZA C/ EFICIÊNCIA		INEFICIENTE		NÃO REALIZA		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº		%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- EXERCITA ATIVAMENTE OS Msis	5	62,5	3	37,5	0	0	8 100	1- EXERCITA ATIVAMENTE OS Msis	8	66,67	1	8,33	3	25	12 100
2- REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	3	37,5	3	37,5	2	25	8 100	2- REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	7	58,33	0	0	5	41,62	12 100
3- SAI DO LEITO PARA SENTAR NA CADEIRA	5	62,5	2	25	1	12,5	8 100	3- SAI DO LEITO PARA SENTAR NA CADEIRA	11	91,62	0	0	1	8,33	12 100
4- SAI DO LEITO PARA DEAMBULAR	2	25	3	37,5	3	37,5	8 100	4- SAI DO LEITO PARA DEAMBULAR	10	83,33	0	0	2	16,66	12 100
5- REALIZA EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA	3	37,5	4	50	1	12,5	8 100	5- REALIZA EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA	5	41,62	5	41,62	2	16,66	12 100
6- REALIZA EXERCÍCIOS DE TOSSE	1	12,5	5	62,5	2	25	8 100	6- REALIZA EXERCÍCIOS DE TOSSE	4	33,33	1	8,33	8,33	58,34	16 100
TOTAL	19	39,58	20	41,67	9	18,75	48 100	TOTAL	45	65,5	7	9,72	9,72	20	72 100

Na tabela II pretende-se constatar se há uma relação entre os comportamentos de pacientes que se submeteram à cirurgia anteriormente e os que passam pela experiência cirúrgica pela primeira vez. Os dados encontrados nos mostram que há uma maior eficiência na execução dos exercícios pelos pacientes que se submetem à cirurgia pela primeira vez (62,5%) com relação aos que já tiveram esta experiência (39,58%).

Analisando cada tabela separadamente constata-se que a atitude do paciente que vai à cirurgia pela primeira vez apresenta uma pequena percentagem de ineficiência (9,72%). Por outro lado, o paciente já submetido à intervenção cirúrgica anterior apresenta comportamento mais importante e significativo no nível de ineficiência (41,67%).

Os dados demonstram, quando comparadas as tabelas, em relação a cada exercício, que o percentual de eficiência é sempre mais elevado nos pacientes que não se submeteram à cirurgia anteriormente. Devido às limitações do presente estudo não pudemos precisar os motivos desta discrepância. Muito subjetivamente, pressupõe-se que estes dados tenham sido influenciados por experiências cirúrgicas negativas anteriores.

TABELA III  
JUSTIFICATIVAS MENCIONADAS PELOS PACIENTES  
PARA NÃO REALIZAÇÃO DOS EXERCÍCIOS

JUSTIFICATIVAS	Nº	%
1- DOR	6	54,54
2- NÃO LEMBRO DA ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA	3	27,28
3- NÃO ACHO NECESSÁRIO	2	18,18
TOTAL	11	100

Na tabela III evidenciou-se a queixa de dor (54,54%) como a justificativa mais freqüente para não realizar os exercícios, mesmo com os pacientes a receber medicação analgésica sistemática.

Considerou-se as freqüências relativas das outras duas justificativas mencionadas pelos pacientes, não lembrava da orientação pré-operatória (27,28%) e não acha necessário (18,18%) extremamente significativas, pois estas estão diretamente relacionadas com o grau de aprendizado ao qual o paciente foi submetido pela orientação.

FONTES<sup>5</sup> afirma que o paciente apreensivo tolera pouco a dor e apresenta incidência acentuada de complicações. Por isso relacionamos as três justificativas supondo que os pacientes que não foram bem avaliados e atendidos em suas necessidades emocionais e psicológicas no período pré-operatório não assimilaram convenientemente as informações e apresentam um limiar à dor diminuído.

A justificativa do paciente de não lembrar da orientação pré-operatória para não realizar os exercícios no pós-operatório não é motivo para não executá-los já que existe um regime de solicitação no manual de assistência ao paciente cirúrgico que prevê visitas curtas e freqüentes da equipe de enfermagem à enfermaria do paciente.

CASH<sup>3</sup> diz que estas visitas curtas e freqüentes são essenciais até se obter a certeza de que o paciente, no período após cirurgia, mostra entusiasmo suficiente para atuar por sua própria conta.

Supõe-se que o fato do paciente não achar necessário a realização dos exercícios deve-se a uma dificuldade circunstancial, por parte do paciente, para apreender a orientação pré-operatória e ou devido a uma deficiência da qualidade desta.

TABELA IV  
JUSTIFICATIVAS MENCIONADAS PELOS PACIENTES  
PARA REALIZAÇÃO DOS EXERCÍCIOS

JUSTIFICATIVAS	Nº	%
1- A ENFERMEIRA FALOU QUE É BOM	6	30
2- IMPORTANTE P/ A FUNÇÃO PULMONAR E MOTRICIDADE	2	10
3- IMPORTANTE PARA SE AJUDAR	3	15
4- FUNCIONÁRIO MANDA	5	25
5- TODOS DIZEM QUE É BOM	3	15
6- JÁ SABIA DEVIDO À CIRURGIA ANTERIOR	1	5
7- T O T A L	20	100

Na tabela IV identificou-se a justificativa de maior frequência relativa, a participação da enfermeira como implementadora da orientação dos exercícios a serem executados no pós-operatório (30%). Seguindo este dado encontra-se como significativa a atuação do funcionário dentro do regime de solicitação (25%). Somando-se estes resultados parciais obtém-se 55% das justificativas diretamente relacionadas com a equipe de enfermagem o que ressalta a importância da sua participação nesta área.

As justificativas apresentadas pelos pacientes nos itens 2,3 e 5 poderiam ser considerados como consequência da orientação pré-operatória e solicitação após cirurgia.

Verifica-se que 5%, ou seja, um paciente refere que já sabia da importância destes exercícios devido à experiência cirúrgica anterior. Donde se deduz que a orientação pré-operatória não é prática comum a várias instituições.

## VI— CONCLUSÕES

Feita a análise dos resultados obtidos em consonância com os objetivos propostos pôde-se chegar às seguintes conclusões:

Verificou-se que a orientação pré-operatória, pela enfermeira é o principal agente motivador (30%) para a realização dos exercícios no pós-operatório.

Constatou-se que, além dos fatores intrínsecos do paciente, há uma deficiência na orientação com relação aos itens de respiração profunda e tosse, que se traduz na ineficiência do comportamento no pós-operatório. Adiciona-se a esta informação o fato de que a soma das justificativas referidas pelo paciente para não realização dos exercícios (45,46%) são de esquecimento da orientação pré-operatória ou de negação da necessidade destes exercícios.

Nota-se, ainda, que a dor é a principal fonte de limitação da execução eficaz dos exercícios pós-operatórios.

Percebeu-se que a aplicação de um regime de solicitação no pós-operatório é quase tão importante quanto a orientação pré-operatória para motivar o paciente na realização dos exercícios.

Evidenciou-se que pacientes que tiveram experiências cirúrgicas anteriores não estão, necessariamente, educados nem melhor preparados para participar no seu autocuidado.

Pelos resultados obtidos deduz-se que a orientação pré-operatória não está sendo totalmente eficaz, refletindo-se nos índices de ineficiência e não realização dos exercícios os quais somados perfazem 45,83%.

Conclui-se, finalmente, que apesar da orientação pré-operatória e o regime de solicitação serem os fatores que levam os pacientes a realizarem os exercícios no pós-operatório é necessário que tais aspectos sejam reavaliados. Destaca-se a necessidade da participação do enfermeiro na organização, implementação e supervisão deste processo o qual leva à mobilização do paciente.

## VII— COMENTÁRIOS

Verificou-se através do estudo realizado quão importante é a orientação pré-operatória como fator motivacional da resposta do paciente eficiente frente aos exercícios propostos. Aliando-se a esta constatação os resultados expressivos de ineficiência e não realização pressupõe uma reavaliação da abordagem do paciente em determinados pontos.

Como recurso para obter esse aperfeiçoamento sugere-se uma melhor avaliação do estado emocional do paciente no momento da orientação, demonstração e devolução prática dos exercícios e uma ênfase na importância dos mesmos.

Sugere-se também visitas curtas e freqüentes da enfermeira no pós-operatório as quais constituiriam um fator de reforço da orientação.

Levanta-se, ainda, a possibilidade do estudo do preparo do paciente cirúrgico a nível ambulatorial. Este atendimento seria realizado pelo profissional enfermeiro da área cirúrgica e assim se evitaria o preparo do paciente na véspera da cirurgia.

SUMMARY: The work seeks to evaluate the efficiency of preoperative guidance on performance of postoperative deep-breathing exercises, coughing and perambulation.

## VIII— BIBLIOGRAFIA

1. ALVES, Emmanuel. *Vademecum de pré e pós-operatório*. Rio de Janeiro, Ed. Lux, 1957. p.281-499 , 507-534.
2. BRUNNER, Lilian S. & SUDDARTH, Doris S. *Enfermagem médi-*

- co-cirúrgica*. 3º ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. p. 347-50.
3. CASH & JOAN. *Fisioterapia: recuperacion postoperatoria*. 4º ed. Barcelona, Ed. Jims, 1969. p.61-78.
  4. DRAIN, Cecil B. & SHIPLEY, Susan B. *Enfermagem na sala de recuperação*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p.475-88.
  5. FONTES, Maria da Conceição et alii- "O Trauma cirúrgico – importância da orientação pré-operatória". *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 33(2):194-200. abr/jun, 1980.
  6. MCCLAIN, Maria Esther. *Princípios científicos da enfermagem* 2º ed. Rio de Janeiro, Ed. Científica, 1970. p.413-29.
  7. ROBINSON, L. *Psychological aspects of the care hospitalized patients*. Philadelphia, F. A. Davis, 1974.
  8. SMITH, Doroty W. & GERMAIN, Carol P. H. *Enfermeria medicoquirurgica*. 4º ed. México, Interamericana, 1978. p.184-223.
  9. SOUZA, Mariana Fernandes de. *Efeito da interação enfermeira-paciente como método de atendimento à necessidade de segurança do paciente cirúrgico*. Porto Alegre, UFRGS, 1976. 49p. Tese (Liv. Doc.)
  10. VASCO, Richard L. Princípios e cuidados de pré e pós-operatório. In: DAVIS, Loyal. *Christopher: Clínica cirúrgica*. 7 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1961. cap.7, p.95-7.
  11. WATSON, Jeannette E. *Enfermeria medicoquirurgica*. México, Interamericana, 1975. p. 259-66.

Endereço do Autor: Ana Maria Amorim Müller  
Author's Adress: Rua Abaeté, 53 – Fone: 41-6833  
Sarandi – POA(RS) 90.000